



# Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée

## **RAPPORT**

L'honorable Eileen E. Gillese  
Commissaire

**Volume 1 – Résumé et recommandations consolidées**

Volume 2 – Une enquête systémique sur les Infractions

Volume 3 – Une stratégie pour la sécurité

Volume 4 – Le processus d'enquête



**Public Inquiry into the Safety  
and Security of Residents in the  
Long-Term Care Homes System**

The Honourable Eileen E. Gillese  
Commissioner



**Commission d'enquête publique  
sur la sécurité des résidents des  
foyers de soins de longue durée**

L'honorable Eileen E. Gillese  
Commissaire

Le 31 juillet 2019

L'honorable Douglas Downey  
Procureur général de l'Ontario  
Ministère du Procureur général  
720, rue Bay, 11<sup>ème</sup> étage  
Toronto (Ontario)  
M5G 2K1

Monsieur le Procureur,

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport de l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée, dans ses versions française et anglaise, comme l'exige le décret portant création de la l'Enquête.

J'espère que le rapport contribuera à améliorer la sûreté et la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée ainsi que celle des personnes bénéficiant de services de soins à domicile.

Ce fut pour moi un privilège d'agir à titre de commissaire dans le cadre de cette importante Enquête.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Procureur, l'expression de mes salutations distinguées.

A handwritten signature in blue ink, reading "Eileen E. Gillese".

Eileen E. Gillese  
Commissaire

400 University Avenue  
Suite 1800C  
Toronto, Ontario M7A 2R9  
[info@longtermcareinquiry.ca](mailto:info@longtermcareinquiry.ca)

400 Avenue University  
Bureau 1800C  
Toronto (Ontario) M7A 2R9  
[info@longtermcareinquiry.ca](mailto:info@longtermcareinquiry.ca)



# Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée

## **RAPPORT**

L'honorable Eileen E. Gillese  
Commissaire

**Volume 1 – Résumé et recommandations consolidées**

Volume 2 – Une enquête systémique sur les Infractions

Volume 3 – Une stratégie pour la sécurité

Volume 4 – Le processus d'enquête

Le présent Rapport comprend quatre volumes :

1. Résumé et recommandations consolidées
2. Une enquête systémique sur les Infractions
3. Une stratégie pour la sécurité
4. Le processus d'enquête

ISBN 978-1-4868-3591-1 (PDF)

ISBN 978-1-4868-3580-5 (version imprimée)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2019

Available in English

## Table des matières

### **VOLUME 1 : Résumé et recommandations consolidées**

Dédicace .....	iv
Résumé .....	1
Recommandations consolidées .....	23

### **VOLUME 2 : Une enquête systémique sur les Infractions**

### **VOLUME 3 : Une stratégie pour la sécurité**

### **VOLUME 4 : Le processus d'enquête**



## ***Dédicace***

***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 des soins de longue durée de l'Ontario.***

# Résumé

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	1
<b>II.</b>	<b>Préparer le terrain</b> .....	2
	<b>A. Les Infractions <i>n'étaient pas</i> des meurtres par compassion</b> .....	3
	<b>B. Les soins de longue durée <i>ne sont pas</i> un problème propre aux baby-boomers</b> .....	3
	<b>C. La menace <i>n'a pas</i> disparu</b> .....	4
	<b>D. Le préjudice <i>n'est pas</i> circonscrit</b> .....	7
	1. Les victimes .....	7
	2. La victime survivante et les familles et les proches des victimes .....	8
	3. Les communautés immédiates .....	9
	4. La communauté élargie .....	9
<b>III.</b>	<b>L'Enquête</b> .....	10
	<b>A. Le mandat et l'objet</b> .....	10
	<b>B. Le processus</b> .....	10
<b>IV.</b>	<b>Les trois constatations principales</b> .....	13
	<b>A. Introduction</b> .....	13
	<b>B. Aucune connaissance des Infractions sans les aveux de Wettlaufer</b> .....	13
	<b>C. Aucune conclusions d'inconduite individuelle</b> .....	15
	<b>D. Le système de soins de longue durée subit de grandes pressions, mais n'est pas cassé</b> .....	16
<b>V.</b>	<b>La feuille de route des recommandations</b> .....	18
<b>VI.</b>	<b>Conclusion</b> .....	21
	<b>RECOMMANDATIONS CONSOLIDÉES</b> .....	23



## I. Introduction

Elizabeth Wettlaufer est la première tueuse en série en milieu de soins de santé (TSMS) connue au Canada<sup>1</sup>. En juin 2017, elle a été condamnée pour huit chefs de meurtre au premier degré, quatre chefs de tentative de meurtre et deux chefs de voies de fait graves (les Infractions). Elle a commis les Infractions entre 2007 et 2016 dans le cadre de son travail d’infirmière autorisée. Dans tous les cas, Wettlaufer a délibérément injecté une surdose d’insuline à ses victimes.

Wettlaufer a commis toutes les Infractions, sauf la dernière, dans des foyers de soins de longue durée (SLD) titulaires d’un permis et réglementés situés dans le sud-ouest de l’Ontario. Elle a commis sa dernière Infraction dans un domicile privé, où elle assurait des soins infirmiers financés par le secteur public.

Jusqu’au moment où les Infractions étaient mises au jour, il n’y avait rien de remarquable chez Wettlaufer. Elle est née le 10 juin 1967 et a grandi dans une petite ville du sud-ouest de l’Ontario. Après avoir obtenu son diplôme d’études secondaires, elle a essayé différents programmes d’études collégiales avant de choisir la carrière d’infirmière. Elle est devenue infirmière autorisée et membre de l’Ordre des infirmières et infirmiers de l’Ontario en 1995. Elle a été infirmière pendant 22 ans, années au cours desquelles elle a connu des « hauts et des bas » dans sa vie personnelle et professionnelle. Dans sa vie personnelle, elle a fait face à des problèmes assez courants aujourd’hui : échecs relationnels, recherche de son identité sexuelle et acceptation de celle-ci, problèmes de santé mentale et toxicomanie. Dans sa vie professionnelle, elle a parfois connu du succès, et parfois, elle a été perçue comme négligente, paresseuse et susceptible de faire des commentaires insensibles et inappropriés à ses collègues.

En septembre 2016, Wettlaufer a elle-même craquelé le vernis de sa vie aux apparences normales. Elle a brusquement démissionné de son poste d’infirmière et s’est présentée volontairement au Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto. Là, elle a annoncé à son psychiatre traitant qu’elle avait blessé et tué plusieurs personnes au cours des neuf dernières années de

---

<sup>1</sup> J’utilise le mot « connue », car il semblerait qu’un tueur en série non identifié – sans doute un prestataire de soins de santé – a été à l’origine de 36 décès de bébés et d’enfants entre juin 1980 et mars 1981 à l’Hôpital pour enfants malades de Toronto, en Ontario. Le juge Samuel Grange a présidé l’enquête publique chargée d’examiner la cause du décès des victimes et l’enquête policière sur les décès. Il a constaté que les décès causés par la toxicité de la digoxine n’étaient pas le résultat d’un accident ni d’une erreur de médicament.

sa carrière d'infirmière en leur injectant des surdoses d'insuline. Sans notes ni documents d'aucune sorte, Wettlaufer a ensuite rédigé à la main des aveux de quatre pages dans lesquels elle exposait les détails des Infractions. Peu de temps après, elle a rencontré volontairement la police, lui a remis ses aveux manuscrits et a répondu à ses questions. Après que la police eut enquêté sur ses affirmations, elle a été accusée.

En juin 2017, Wettlaufer a été condamnée pour les Infractions et à l'emprisonnement à perpétuité, sans possibilité de libération conditionnelle avant 25 ans.

L'indignation du public a suivi. Les Infractions sont des tragédies qui ont déclenché une alarme dans toute la province au sujet de la sécurité du système de soins de longue durée. Les reportages des médias ont révélé des sentiments généralisés de colère, d'insécurité et de vulnérabilité à propos de la sécurité des soins fournis à nos proches à mesure qu'ils vieillissent et qu'ils ont besoin d'une assistance accrue. Des questions importantes se sont immédiatement posées. Comment une infirmière autorisée a-t-elle pu commettre autant de crimes graves dans des foyers de SLD titulaires de permis et réglementés, pendant une aussi longue période, sans se faire prendre? Les Infractions auraient-elles pu être évitées? Et surtout, comment faire en sorte que de telles tragédies ne se reproduisent plus?

Cette enquête publique a été établie pour trouver des réponses à ces questions.

## II. Préparer le terrain

Quatre mythes sont apparus à plusieurs reprises au cours de cette Enquête. Ces mythes déforment sérieusement la nature du problème que représentent les Infractions et doivent être dissipés une fois pour toutes.

Mythe 1 : Les Infractions étaient des « meurtres par compassion ». FAUX

Mythe 2 : Les pressions qui s'exercent sur le système de soins de longue durée disparaîtront avec la génération du baby-boom. FAUX

Mythe 3 : La menace que représente Wettlaufer a disparu parce qu'elle est en prison, condamnée à l'emprisonnement à perpétuité. FAUX

Mythe 4 : Les Infractions n'ont causé que des préjudices restreints. FAUX

## **A. Les Infractions *n'étaient pas* des meurtres par compassion**

Beaucoup de personnes ont suggéré que les Infractions étaient des « meurtres par compassion » et destinés à mettre fin aux souffrances des victimes. Rien ne saurait être plus loin de la vérité. Les victimes profitaient 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. De son propre aveu, elle a commis les Infractions parce qu'elle était en colère au sujet de sa carrière, de ses responsabilités et de sa vie en général. Elle n'a aucunement mentionné de sentiments de pitié ou d'inquiétude pour les victimes. Elle s'est sentie « euphorique » après avoir tué. Wettlaufer a commis ces crimes pour sa seule satisfaction, et non parce qu'elle était mue par un sentiment de miséricorde malavisé.

Personne n'a le droit de définir la valeur et le sens de la vie d'une autre personne et de décider quand il est temps de mettre fin à sa vie. Cette affirmation est particulièrement vraie pour les fournisseurs de soins de santé, à qui on a conféré le privilège et le pouvoir de prendre soin de nous. Les membres vulnérables de nos communautés qui dépendent du système de soins de longue durée ont une vie qui a une valeur et un sens pour eux-mêmes et pour leurs proches. C'est leur droit de vivre leur vie dans la sécurité et dans la dignité et notre obligation collective consiste à nous assurer qu'ils puissent le faire.

## **B. Les soins de longue durée *ne sont pas* un problème propre aux baby-boomers**

Comme dans le reste du Canada, la population de l'Ontario vieillit. Une des principales raisons de ce vieillissement est la trajectoire de vie de la génération du baby-boom, née entre 1946 et 1965. À lui seul, le vieillissement de la génération du baby-boom constituerait un défi autolimitatif. Cependant, la redistribution de la population ontarienne est également due à l'augmentation de l'espérance de vie et à la faiblesse des taux de natalité remontant aux années 1970. La tendance des Canadiens âgés constituant une proportion importante de la population totale se poursuivra donc longtemps après que l'influence de cette génération de l'après-guerre aura disparu.

De plus, les demandes auxquelles le système de soins de longue durée est confronté ne proviennent pas simplement du nombre considérable d'Ontariens âgés. Elles sont également fonction de l'acuité croissante (niveau de soins requis) de cette population : les gens vivent plus longtemps et leurs dernières années sont souvent accompagnées de déficiences cognitives et physiques. Même si les services de soutien facilitent le fait de vieillir en restant chez soi, certains Ontariens âgés ont besoin de plus de soins que ce qui peut être fourni au domicile. Les personnes nécessitant une surveillance ou des soins constants peuvent devenir des résidents de foyers de soins de longue durée.

En 2019, les 626 foyers de soins de longue durée de l'Ontario ont fourni 78 667 lits aux résidents<sup>2</sup>. La population des résidents des foyers de soins de longue durée a indéniablement de grands besoins. La grande majorité des résidents souffrent d'une certaine forme de déficience cognitive et de fragilité physique, ainsi que de problèmes de santé chroniques qui ont compromis leur bien-être. En 2017-2018, 90 % des résidents de foyers de soins de longue durée avaient une forme ou une autre de déficience cognitive et 86 % avaient besoin d'une aide importante pour des activités comme manger ou aller aux toilettes<sup>3</sup>. Le nombre de résidents ayant des déficiences cognitives et de ceux qui ont besoin d'un soutien étendu ou complet dans leurs activités quotidiennes ne cesse d'augmenter<sup>4</sup>.

La redistribution de la population ontarienne et l'acuité croissante des Ontariens âgés sont des réalités de la vie moderne. Nous ne pouvons ignorer les défis que ces enjeux représentent pour le système de soins de longue durée en pensant qu'ils disparaîtront avec le temps.

## C. La menace *n'a pas disparu*

Les meurtres commis par Elizabeth Wettlaufer alors qu'elle travaillait comme infirmière sont à la fois choquants et tragiques. Cependant, ce ne sont pas les premiers. De plus en plus de recherches et de publications montrent que le phénomène des meurtres en série dans le système de santé est rare, mais universel, et qu'il existe depuis longtemps, les cas documentés remontant au

---

<sup>2</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction des données sur la santé, Division de la gestion de l'information sur le système de santé, *Long-Term Care Home System Report from New CPRO*, février 2019.

<sup>3</sup> Ontario Long Term Care Association, *This Is Long-Term Care, 2019* (Toronto, avril 2019), 3.

<sup>4</sup> Ontario Long Term Care Association, *This Is Long-Term Care, 2018* (Toronto, avril 2018), 2.

XIX<sup>e</sup> siècle. Les témoignages d'experts fournis dans le cadre de la présente Enquête montrent que depuis 1970, 90 tueurs en série en milieu de soins de santé ont été condamnés dans le monde, y compris au Canada, aux États-Unis et en Europe occidentale<sup>5</sup>. Même au cours de cette Enquête, les médias ont rapporté l'arrestation de deux autres présumés tueurs en série en milieu de soins de santé. En juillet 2018, une travailleuse de la santé britannique a été arrêtée. Elle était soupçonnée d'avoir assassiné huit bébés et d'avoir tenté d'en tuer six autres alors qu'elle travaillait à l'hôpital Countess of Chester, dans le nord-ouest de l'Angleterre<sup>6</sup>. Quelques jours plus tard, il a été signalé qu'une infirmière japonaise, soupçonnée d'avoir injecté un désinfectant dans des poches de perfusion et d'avoir ainsi tué une vingtaine de patients âgés dont elle s'occupait dans un hôpital de Yokohama, avait été arrêtée<sup>7</sup>.

Les cas de tueurs en série en milieu de soins de santé ont commencé à être documentés dans les années 1850. Parallèlement, les progrès de la technologie médicale, comme l'amélioration des seringues et l'extraction de la morphine à partir de l'opium, ont permis aux travailleurs de la santé de tuer plus facilement et plus subrepticement des patients. Cependant, ce n'est qu'en 1970 que les cas de meurtres en série liés aux soins de santé ont commencé à être systématiquement découverts et documentés. Les cas documentés depuis montrent que le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé ne se limite pas à quelques incidents isolés et choquants. On a retenu les services de la professeure Crofts Yorker, experte du phénomène, à titre de témoin dans cette Enquête. En préparant son rapport d'expert, la professeure Crofts Yorker a examiné les cas de 131 fournisseurs de soins de santé qui, entre 1970 et mai 2018, avaient été poursuivis en justice pour meurtres en série ou agressions de patients dont ils prenaient soin. Ces cas ont eu lieu dans 25 pays, principalement en Europe occidentale et aux États-Unis. Sur les 131 fournisseurs de soins de santé qui ont été poursuivis, 90 ont été condamnés.

---

<sup>5</sup> Sauf indication contraire, le rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, daté du 27 mai 2018, constitue la source d'information dans cette section.

<sup>6</sup> « U.K. police arrest health care worker on suspicion of baby murders » *Associated Press*, 3 juillet 2018, <https://www.ctvnews.ca/world/u-k-police-arrest-health-care-worker-on-suspicion-of-baby-murders-1.3997617> [consulté le 14 mars 2019].

<sup>7</sup> Julian Ryall, « Japanese nurse investigated over 20 killings at end of shifts to avoid 'nuisance' of telling families of deaths » *Telegraph*, 10 juillet 2018, <https://www.telegraph.co.uk/news/2018/07/10/japanese-nurse-investigated-20-killings-end-shifts-avoid-nuisance/> [consulté le 14 mars 2019].

La professeure Crofts Yorker reconnaît que le nombre de tueurs en série en milieu de soins de santé est assez faible, de même que le nombre de tueurs en série en général. Cependant, bien que le nombre connu de tueurs en série en milieu de soins de santé soit peu élevé, le nombre de victimes ne l'est pas. Les 90 tueurs en série en milieu de soins de santé condamnés depuis 1970 ont été reconnus coupables du meurtre d'au moins 450 patients. Ils ont également été reconnus coupables de voies de fait ou de lésions corporelles graves impliquant au moins 150 autres patients. Mais, selon la professeure Crofts Yorker, ces chiffres représentent une sous-estimation considérable du nombre réel de victimes : le nombre total de décès suspects attribués aux 90 tueurs en série en milieu de soins de santé condamnés est supérieur à 2 600.

En outre, une fois que la poursuite d'un tueur en série en milieu de soins de santé est terminée, il n'est pas inhabituel que le nombre de décès liés à un TSMS particulier soit revu à la hausse. Par exemple, l'infirmier allemand Niels Högel a été condamné en 2008 pour tentative de meurtre. En 2015, il a été condamné à la prison à perpétuité pour deux meurtres et pour plusieurs tentatives de meurtre. En août 2017, la police a conclu que des preuves indiquaient que Högel était responsable de la mort d'au moins 90 patients<sup>8</sup>. En novembre 2017, le nombre total de victimes attribuées à Högel a été fixé à 106, tandis que d'autres décès suspects faisaient toujours l'objet d'une enquête<sup>9</sup>. En janvier 2018, les procureurs allemands ont accusé Högel d'avoir assassiné 97 patients supplémentaires<sup>10</sup>. Högel a ensuite admis avoir tué ces patients<sup>11</sup>. Les enquêteurs et les procureurs ont finalement révélé qu'il avait peut-être tué plus de 200 personnes. Le Dr Harold Shipman, un médecin

---

<sup>8</sup> « German nurse suspected of murdering at least 90 patients » *Guardian*, 28 août 2017, <https://www.theguardian.com/world/2017/aug/28/german-nurse-niels-hoegel-suspected-murdering-90-patients> [consulté le 14 mars 2019].

<sup>9</sup> « Un infirmier allemand soupçonné d'une centaine de meurtres » *Le Monde*, 9 nov. 2017, [http://www.lemonde.fr/europe/article/2017/11/09/un-infirmier-allemand-souconne-d-une-centaine-de-meurtres\\_5212789\\_3214.html](http://www.lemonde.fr/europe/article/2017/11/09/un-infirmier-allemand-souconne-d-une-centaine-de-meurtres_5212789_3214.html) [consulté le 14 mars 2019].

<sup>10</sup> « Jailed German serial killer charged with 97 new counts of murder » *USA Today*, 23 janv. 2018, <https://www.usatoday.com/story/news/world/2018/01/23/jailed-german-serial-killer-charged-97-new-counts-murder/1056823001/> [consulté le 14 mars 2019].

<sup>11</sup> « German nurse admits to killing 100 patients as trial opens: Niels Hoegel, already serving 15 years, has been accused of deliberately overdosing victims » *Guardian*, 30 oct. 2018, <https://www.theguardian.com/world/2018/oct/30/german-nurse-serial-killer-niels-hoegel-on-trial-100-patients-deaths> [consulté le 13 mars 2019].

britannique, en est un autre exemple. Shipman a été reconnu coupable du meurtre de 15 patients en 2000<sup>12</sup>. Une enquête publique a conclu que le D<sup>r</sup> Shipman avait en fait tué 215 de ses patients au cours de sa carrière et a considéré 45 autres décès associés au D<sup>r</sup> Shipman comme suspects<sup>13</sup>.

Dans la présente Enquête, après la déclaration de culpabilité de Wettlaufer, on s'est également demandé si elle avait commis d'autres crimes. Alors qu'elle était en prison pour les Infractions, Wettlaufer a déclaré au personnel qu'elle avait causé des préjudices à deux autres résidents dans des foyers de SLD. La police a enquêté sur les deux autres incidents révélés, mais aucune accusation n'a été portée en lien avec eux.

Pour conclure, le fait que Wettlaufer soit derrière les barreaux ne signifie pas que nous sommes à l'abri des tueurs en série en milieu de soins de santé – cela signifie seulement que nous sommes à l'abri d'elle.

## D. Le préjudice n'est pas circonscrit

Les souffrances et les préjudices causés par les Infractions sont plus importants que ce que l'on peut imaginer.

### 1. Les victimes

Je commence par reconnaître les 14 personnes que Wettlaufer a blessées ou tuées. Leurs noms sont énumérés ci-dessous dans l'ordre chronologique des Infractions. Ces gens honnêtes ont passé leur vie à travailler, à élever leurs enfants et à contribuer à leur communauté et à leur pays. Ces personnes

---

<sup>12</sup> Grande-Bretagne, Enquête Shipman, *The Shipman Inquiry: First Report* (Manchester: Shipman Inquiry, [2002]), p. 16, par. 1.48 (Dame Janet Smith, présidente).

<sup>13</sup> *The Shipman Inquiry: First Report*, p. 3, par. 22. Voir également *The Shipman Inquiry: First Report*, p. 198, par. 14.6 à 14.7, traitant d'un examen statistique de la pratique clinique du D<sup>r</sup> Shipman, publié par le professeur Richard Baker en 2001. Le nombre élevé de décès attribués au D<sup>r</sup> Shipman est corroboré par les conclusions du professeur Baker, qui a comparé les taux de mortalité des patients du D<sup>r</sup> Shipman avec ceux d'autres médecins généralistes comparables. Le professeur Baker a estimé que le nombre de décès excédentaires « dont on devrait s'inquiéter » était probablement de 236, ce qui est très proche des 215 meurtres découverts à la suite de l'enquête, surtout si certains des 45 décès « suspects » supplémentaires étaient en fait des meurtres.

étaient des conjoints, des parents, des grands-parents, des frères, des sœurs et des amis bien-aimés.

Clotilde Adriano<sup>14</sup>

Albina deMedeiros<sup>15</sup>

James Silcox

Maurice Granat

Wayne Hedges

Michael Priddle

Gladys Millard

Helen Matheson

Mary Zurawinski

Helen Young

Maureen Pickering

Arpad Horvath

Sandra Towler

Beverly Bertram

## 2. La victime survivante et les familles et les proches des victimes

La seule victime survivante capable de communiquer a été profondément affectée par l'agression dont elle fait l'objet à son domicile. Sa description des effets physiques et psychologiques de la surdose d'insuline est horrible : elle était pliée en deux, gémissant de douleur, et pensait qu'elle était en train de mourir. Elle avait peur d'aller se coucher le soir et de recevoir des visites. Ses relations personnelles en ont souffert.

Les membres de la famille et les proches des victimes sont encore aux prises avec des sentiments de tristesse, de colère, de culpabilité, de deuil, d'anxiété, de peur, de dépression et de trahison. Certains ont perdu confiance

---

<sup>14</sup> Le prénom de M<sup>me</sup> Adriano était orthographié de plusieurs façons dans les documents reçus par la Commission. Dans ce Rapport, j'ai utilisé l'orthographe de sa notice nécrologique.

<sup>15</sup> Le nom de M<sup>me</sup> deMedeiros était orthographié de plusieurs façons dans les documents reçus par la Commission. Dans ce Rapport, j'ai utilisé l'orthographe de sa notice nécrologique.

en les professionnels de santé, les personnes en position d'autorité et le gouvernement. D'autres se sont éloignés de la famille et des amis et la plupart ont de la difficulté à manger, à dormir et à se concentrer.

### **3. Les communautés immédiates**

Le choc et l'horreur provoqués par les Infractions ont fait des vagues au-delà des victimes et de leur famille. De nombreux résidents des foyers de soins de longue durée dans lesquels les Infractions ont été commises sont devenus craintifs, de même que leurs familles. Ceux qui ont travaillé avec Wettlaufer dans les foyers ont été anéantis. Ils ont honte de ce qui s'est passé et se sentent coupables de ne pas l'avoir empêché. Les personnes du ministère de la Santé et des Soins de longue durée responsables des foyers de soins de longue durée et les inspecteurs chargés de les inspecter ont été dégoûtés.

Les Infractions ont été commises dans de petites communautés ontariennes où de nombreux habitants connaissaient Wettlaufer, les victimes et leur famille. Les Infractions les ont choqués et horrifiés. Ils continuent à être en deuil.

Les Infractions ont également injustement entaché les nombreuses personnes de qualité qui travaillent dans les établissements de soins de longue durée et qui fournissent d'excellents soins aux résidents et aux clients. Ces personnes sont passionnées et font preuve d'engagement dans le cadre de leur travail, qui est physiquement et émotionnellement exigeant. Elles méritent nos remerciements et notre reconnaissance, plutôt que de se sentir discréditées à cause des actes répréhensibles de Wettlaufer.

### **4. La communauté élargie**

Les préjudices causés par les Infractions sont encore plus vastes. Il a été largement rapporté que les Infractions ont ébranlé la confiance du public dans le système de soins de longue durée de l'Ontario, et l'Enquête a confirmé cela : le sentiment de trahison du public était palpable tout du long. Les gens s'inquiètent maintenant du système de soins de longue durée et se demandent s'ils peuvent compter sur lui pour prendre soin d'eux et de leurs proches en toute sécurité, lorsque leurs besoins en soins atteignent un niveau qui les empêche de rester chez eux.

## III. L'Enquête

### A. Le mandat et l'objet

Cette Enquête avait une durée de vie de deux ans. Elle a été mise sur pied le 1<sup>er</sup> août 2017 en vertu de la *Loi de 2009 sur les enquêtes publiques*<sup>16</sup>, et du décret 1549/2017. Le décret a fixé au 31 juillet 2019 l'échéance à laquelle je devais remettre au procureur général un rapport sur les activités de l'Enquête, assorti de recommandations sur la manière d'éviter de telles tragédies.

Le mandat de la Commission est défini au paragraphe 2 du décret : il s'agit d'enquêter sur les événements qui ont conduit aux Infractions et sur les circonstances et les facteurs contributifs ayant permis que ces événements surviennent. Le décret énonce clairement que l'obligation primordiale de l'Enquête consiste à formuler des recommandations sur la manière d'éviter des tragédies similaires dans le système de soins de longue durée. Il est important de noter la spécificité des tâches que l'Enquête devait accomplir. L'Enquête n'avait pas pour mandat de procéder à un examen général du système de SLD, ni de formuler des recommandations sur la manière dont on pourrait améliorer plus généralement les foyers ou le système de SLD. Son mandat consistait à enquêter sur les Infractions; à déterminer comment elles ont été commises sur une aussi longue période, sans détection; et à formuler des recommandations sur la manière d'éviter des tragédies similaires à l'avenir.

À mon avis, cette Enquête a également été effectuée dans un but général : aider à rétablir la confiance ébranlée du public envers le système de soins de longue durée.

### B. Le processus

Les travaux de l'Enquête se sont déroulés en deux parties. La partie 1 remplissait le mandat de la Commission consistant à enquêter sur les Infractions et à découvrir la vérité sur ce qui s'était passé. Elle établissait le fondement factuel sur lequel reposait la partie 2. La partie 2 avait pour objectif de formuler des recommandations sur la manière d'éviter des tragédies similaires dans le système de soins de longue durée.

---

<sup>16</sup> L.O. 2009, chap. 33, annexe 6.

J'ai commencé la partie 1 en rencontrant les personnes les plus directement touchées par les Infractions. Sur une période de deux semaines en septembre 2017, dans des hôtels à Woodstock, London, St. Thomas et Brantford, en Ontario, j'ai tenu 16 réunions privées avec des groupes de familles et d'êtres chers des victimes. À la mi-octobre, l'équipe de la Commission et moi avons tenu trois réunions communautaires, deux à Woodstock et une à London.

Les avocats de la Commission ont ensuite mené des investigations relatives à cinq domaines :

- l'enquête policière sur les Infractions et la poursuite pénale subséquente;
- les foyers et agences de soins à domicile où travaillait Wettlaufer quand elle a commis les Infractions;
- l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, l'organisme de réglementation régissant tous les infirmiers autorisés en Ontario, y compris Wettlaufer;
- le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario, qui est responsable des investigations sur les décès en Ontario;
- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les Réseaux locaux d'intégration des services de santé, qui tous deux jouent un rôle de surveillance des foyers de soins de longue durée et de la prestation des services de soins à domicile financés par le secteur public.

Ces investigations ont mené à la production de plus de 42 000 documents, comprenant environ 400 000 pages.

La partie 1 a abouti aux audiences publiques au cours desquelles les avocats de la Commission ont présenté les résultats de leurs enquêtes sous la forme de preuves documentaires (principalement de rapports sommaires) et du témoignage de quelque 50 personnes. Les audiences se sont déroulées sur 39 jours entre juin et fin septembre 2018. Au cours des audiences, les avocats de la Commission ont présenté les preuves. Les 16 participants<sup>17</sup>, la plupart d'entre eux ayant leur propre avocat, ont sondé les preuves et les ont complétées.

---

<sup>17</sup> Les enquêtes publiques précédentes ont structuré les droits des tiers de participer au travail de l'Enquête, particulièrement ses audiences publiques, avec « qualité pour agir ». Conformément à l'article 15 de la *Loi de 2009 sur les enquêtes publiques*, j'ai traité cette question sous l'angle du droit de participer. Par conséquent, les personnes ayant le droit de participer aux audiences publiques de l'Enquête étaient appelées les participants.

Toutes les journées d'audiences publiques sauf trois – celles consacrées aux preuves expertes et techniques – ont eu lieu au palais de justice du comté d'Elgin à St. Thomas, en Ontario. J'ai choisi cet endroit, car il se trouvait à proximité des communautés dans lesquelles les Infractions avaient été commises, ce qui a permis aux personnes les plus directement touchées d'y assister plus facilement en personne. La webémission en direct des audiences publiques était accessible sur le site Web de l'Enquête, permettant aux gens de visionner les audiences sans y assister en personne. Les enregistrements sont demeurés sur le site Web jusqu'en janvier 2019. Les transcriptions des audiences publiques ont également été publiées sur le site Web de l'Enquête.

L'Enquête a demandé des rapports d'expert à la professeure Beatrice Crofts Yorker et à M<sup>me</sup> Julie Greenall. Le D<sup>r</sup> Michael Hillmer a fourni de l'expertise technique. La preuve d'expert et la preuve technique ont été entendues au cours d'audiences publiques tenues à Toronto pendant trois jours. La professeure Crofts Yorker a fait un témoignage d'expert sur le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé. M<sup>me</sup> Greenall a fourni des preuves d'expert sur les pratiques exemplaires d'entreposage sécuritaire, d'administration, de vérification et de suivi des médicaments. Le D<sup>r</sup> Hillmer a fourni des preuves techniques sur un travail en cours au ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur les analyses de données et des tendances pour les taux de mortalité dans les foyers de soins de longue durée.

Dans la partie 2, les chercheurs de la Commission se sont penchés sur d'autres régions du Canada et du monde pour se renseigner sur les tueurs en série en milieu de soins de santé, les différentes approches des soins de longue durée et la complexité de la gestion des médicaments dans les foyers de SLD. En plus de la recherche, nous avons mené des consultations approfondies dans la partie 2. En octobre et novembre 2018, j'ai tenu 19 consultations individuelles et en petits groupes avec les participants et d'autres intervenants du système de soins de longue durée. Cinq consultations ont duré une journée et les 14 autres ont duré environ quatre heures. Le processus de consultation s'est poursuivi de manière informelle jusqu'à la séance plénière de deux jours qui a eu lieu fin janvier 2019 à Toronto, à laquelle ont assisté tous les participants à la consultation. L'élaboration des recommandations était en cours tout au long de la partie 2.

## IV. Les trois constatations principales

### A. Introduction

D'après les éléments de preuve présentés lors des audiences publiques de l'Enquête, je fais trois constatations principales qui sont à la base des recommandations du présent Rapport :

- si Wettlaufer n'avait pas avoué, les Infractions n'auraient pas été découvertes;
- les Infractions résultaient de vulnérabilités systémiques et, par conséquent, aucune conclusion d'inconduite individuelle n'est justifiée;
- le système de soins de longue durée subit de grandes pressions, mais il n'est pas cassé.

### B. Aucune connaissance des Infractions sans les aveux de Wettlaufer

Je n'hésite pas à conclure que les Infractions n'auraient pas été découvertes si Wettlaufer n'avait pas avoué et ne s'était pas livrée à la police. Je m'appuie sur trois éléments de preuve pour cette constatation.

Premièrement, le juge Thomas a fait cette constatation lorsqu'il a condamné Wettlaufer à une peine d'emprisonnement à perpétuité, en déclarant : « Sans ses aveux, je suis convaincu que l'accusée n'aurait jamais été traduite en justice<sup>18</sup> ».

Deuxièmement, les éléments de preuve ont montré que personne ne soupçonnait Wettlaufer d'avoir intentionnellement porté préjudice à des résidents qui étaient sous sa responsabilité – ni les résidents, ni leur famille, ni ceux qui travaillaient à ses côtés, ni ceux qui la géraient et la supervisaient. Aucun des rapports ou des plaintes que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a reçus des foyers où Wettlaufer travaillait ou à propos de ces foyers n'indique qu'elle pouvait intentionnellement porter préjudice à des résidents. Rien n'a soulevé la méfiance des nombreux inspecteurs du Ministère qui se rendaient régulièrement dans les foyers au cours de la période où Wettlaufer a commis les Infractions. Rien n'a sonné l'alarme chez les coroners qui ont mené des investigations sur les décès de certaines des victimes. Bien que l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre) ait reçu le rapport de cessation des fonctions que Caressant Care (Woodstock) avait

---

<sup>18</sup> Motifs de la peine, p. 10.

déposé lors du licenciement de Wettlaufer, il n'a constaté aucune inquiétude quant au traitement réservé à ses résidents par l'infirmière. Sa décision de ne prendre aucune mesure au-delà de la « consignation au dossier du rapport de cessation des fonctions et l'envoi d'un avis »<sup>19</sup> montre qu'il n'avait aucune inquiétude sérieuse quant aux soins prodigués par Wettlaufer aux résidents.

Troisièmement, le D<sup>r</sup> Pollanen, médecin légiste en chef de l'Ontario, a déclaré dans ses témoignages lors des poursuites pénales contre Wettlaufer et de la présente Enquête que, même si des investigations complètes sur les décès (y compris des autopsies) avaient été menées sur toutes les victimes de meurtre, il était peu probable qu'elles auraient fourni des preuves que Wettlaufer leur avait intentionnellement injecté une dose excessive d'insuline. Le D<sup>r</sup> Pollanen a expliqué un certain nombre de difficultés relatives à la détection d'une surdose d'insuline après le décès :

- il n'existe actuellement aucun mécanisme permettant de diagnostiquer l'hypoglycémie (faible taux de sucre dans le sang, causé notamment par une trop grande quantité d'insuline dans l'organisme) à partir d'échantillons prélevés sur un cadavre;
- l'hypoglycémie entraîne des symptômes non spécifiques associés à d'autres affections médicales;
- il existe de sérieux défis pratiques liés à la détection de l'hypoglycémie causée par l'administration d'insuline;
- les décès dus à des surdoses d'insuline se produisent souvent plusieurs jours après l'administration de la substance, et le passage du temps rend sa détection pratiquement impossible;
- les changements survenant après le décès rendent difficile la distinction entre l'insuline naturelle produite par l'organisme et l'insuline synthétique qui y est introduite.

Le fait que les Infractions aient été découvertes uniquement parce que Wettlaufer les a avouées est important, car il 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. Quelques changements fondamentaux doivent être apportés – des changements visant à prévenir, détecter les méfaits intentionnels commis par des professionnels de la santé et dissuader ces derniers d'en commettre.

---

<sup>19</sup> La « consignation au dossier et envoi d'un avis » consiste à donner à l'infirmier membre un avis indiquant qu'une copie du rapport sera conservée dans les dossiers de l'Ordre afin d'être examinée si d'autres préoccupations étaient portées à l'attention de ce dernier.

## C. Aucune conclusions d'inconduite individuelle

Je ne fais pas de conclusion d'inconduite parce que les Infractions résultaient de vulnérabilités systémiques, et non des défaillances d'un individu ou d'une organisation à l'intérieur du système. Comme ce sont des défaillances systémiques – et non individuelles – qui sont à l'origine des circonstances qui ont permis la perpétration des Infractions, il serait injuste que je me lance dans une imputation personnelle. Ce serait également inefficace : pointer du doigt des individus ne résoudra pas les problèmes systémiques et ne nous mettra pas à l'abri de tragédies semblables.

De plus, étant donné la nécessité pour tous les membres d'un système de travailler en collaboration pour résoudre des problèmes systémiques, il est contre-productif de blâmer des individus ou différentes organisations du système. Les problèmes systémiques sont « mieux traités en encourageant les gens à s'engager sur une voie où ils peuvent changer les choses qui ont mal tourné<sup>20</sup> ». Dans le *Rapport de la commission d'enquête Arbour sur certains événements survenus à la Prison des femmes de Kingston*, la juge Louise Arbour était peu disposée à attribuer la responsabilité à un individu pour cette raison. Comme elle l'explique : « L'attribution de blâmes individuels aurait suggéré des lacunes personnelles plutôt que systémiques et aurait démoralisé avec raison le personnel, sans espoir de corriger ni d'améliorer le système dans l'avenir<sup>21</sup> ».

Le fait que je ne formule aucune conclusion d'inconduite ne signifie pas qu'il n'y a pas eu de lacunes individuelles ni que les parties prenantes ne peuvent rien faire individuellement pour améliorer la sécurité des résidents. Bien sûr, il y a des choses à améliorer – et je formule des recommandations précises destinées aux parties prenantes sur ces questions. Cette constatation met en évidence le fait qu'il n'existe pas de solution simple. Nous ne pouvons pas pointer du doigt une personne ou une organisation en particulier, déceler les lacunes que nous lui trouvons et mettre fin à la menace posée par des malfaiteurs tels que Wettlaufer en remédiant à ces lacunes.

Les problèmes systémiques – comme ceux de la présente Enquête – sont de nature complexe, multiforme et polycentrique. Si nous voulons atteindre l'objectif commun de sécurité pour les résidents et les clients du système

---

<sup>20</sup> Juge Archie Campbell, « The Bernardo Investigation Review » dans Allan Manson et David Mullan (éd.), *Commissions of Inquiry: Praise or Reappraise?* (Toronto: Irwin Law, 2003), 400.

<sup>21</sup> Commission d'enquête Arbour sur certains événements survenus à la Prison des femmes de Kingston, mentionnée dans Campbell, « Bernardo Investigation Review », 400.

de soins de longue durée, nous devons examiner le fonctionnement du système dans son ensemble. Les problèmes systémiques exigent une réponse systémique allant au-delà des actions des différents acteurs. Une réponse systémique efficace exige que tous les acteurs du système – individus et organisations – travaillent ensemble pour remédier aux défaillances systémiques décelées. La collaboration, la coopération et la communication doivent devenir les mots d'ordre du système.

## **D. Le système de soins de longue durée subit de grandes pressions, mais n'est pas cassé**

Les éléments de preuve recueillis lors des audiences publiques ont brossé un tableau complet du système de soins de longue durée et de son fonctionnement. Ils ont aussi montré que le système – et ceux qui y travaillent – sont sous pression. Les foyers de soins de longue durée constituent le secteur de la santé le plus réglementé de la province. 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.

Bien que le système de SLD subisse de grandes pressions, il n'est pas cassé. Le régime réglementaire qui régit le système de SLD, ainsi que ceux qui y travaillent, constitue une base solide pour résoudre les problèmes systémiques décelés dans la présente Enquête.

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*<sup>22</sup> et son règlement<sup>23</sup> créent un cadre réglementaire solide pour les soins centrés sur le résident. Ils imposent des normes claires aux foyers de soins de longue durée et un régime d'inspection rigoureux pour appliquer ces normes. Le régime de réglementation joue un rôle important en établissant des normes minimales de soins pour les résidents dans un large éventail de domaines, notamment les droits des résidents, les soins et les services qu'ils reçoivent; les obligations de faire rapport; la gestion des médicaments; le contrôle des infections; la sécurité et la qualité des aliments; et la dotation en personnel du foyer. Il impose à tous les titulaires de permis de foyers de SLD des obligations détaillées, exhaustives et normatives. En établissant les fondements de soins de qualité pour les résidents des foyers de SLD de l'Ontario, ce régime réglementaire est conçu pour garantir que les résidents sont en sécurité et qu'ils sont traités avec dignité et respect.

<sup>22</sup> L.O. 2007, chap. 8.

<sup>23</sup> Règl. de l'Ont. 79/10.

Au cours de cette Enquête, j'ai pu constater de visu que la grande majorité de ceux qui travaillent dans les soins de longue durée se consacrent à la fois aux idéaux des soins axés sur les résidents et aux personnes pour lesquelles ils fournissent des soins. Les témoins des audiences publiques venaient de toutes les parties du système de soins de longue durée, y compris ceux qui travaillent dans des foyers de soins de longue durée, ceux qui inspectent les foyers et ceux qui sont chargés de veiller à la prestation sans danger de soins à domicile financés par l'État. La douleur ressentie à la suite des infractions était manifeste. Ce qui était également évident était leur passion pour le travail qu'ils font et leur engagement envers les résidents et les clients du système de SLD.

Au cours des consultations dans la partie 2, j'ai rencontré directement de nombreuses parties prenantes, y compris des résidents, du personnel de première ligne, des personnes occupant des postes de direction dans des foyers de soins de longue durée, des responsables de l'élaboration et de la supervision de politiques au Ministère, des organismes de réglementation professionnels et des organismes de défense des droits des professionnels. Tous ceux qui sont venus aux consultations l'ont fait de leur plein gré, avec empressement et pleinement préparés. Ils ont formulé des commentaires réfléchis et constructifs, des observations et des idées à approfondir. Par la suite, beaucoup d'entre eux ont fourni des renseignements supplémentaires sur les questions soulevées lors des consultations. Comme dans le cas de ceux qui ont témoigné lors des audiences publiques, j'ai constaté que les participants aux consultations étaient dévoués à la tâche et très soucieux des soins de longue durée. Plusieurs membres des deux groupes ont dit la même chose : leur travail dans les établissements de soins de longue durée est une vocation, pas seulement un travail.

Les initiatives des parties prenantes constituent une preuve incontestable du dévouement et de l'engagement des personnes qui travaillent dans le système de soins de longue durée. J'attire votre attention sur deux groupes de ces initiatives. Le premier a été lancé pendant que l'Enquête se poursuivait, en réponse à des problèmes que la Commission et moi avons décelés lors des audiences publiques et des consultations. Parmi les exemples d'initiatives de ce groupe, citons la création d'un groupe de travail sur le système de gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée, les modifications apportées à la *Loi sur les coroners* et l'augmentation de la quantité de renseignements sur les antécédents professionnels des infirmiers accessibles par l'intermédiaire de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Le premier groupe d'initiatives montre que les parties prenantes n'ont pas

attendu le présent Rapport avant d'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 comprend des programmes dirigés par des parties prenantes qui ont précédé l'Enquête et qui visent à améliorer la vie des résidents et de ceux qui travaillent auprès d'eux. Ce groupe comprend le projet pilote sur la sécurité des médicaments et le programme d'outils de soutien clinique. Ces programmes novateurs sont de nature collaborative et montrent que le système de soins de longue durée possède de fortes capacités de leadership. Ces initiatives montrent également que les grandes avancées en matière de soins de longue durée ne peuvent être entreprises par une seule organisation. Des améliorations durables nécessiteront une réponse systémique.

Ma conclusion selon laquelle le système de soins de longue durée n'est pas cassé est très importante. L'Ontario n'a pas besoin de se débarrasser du système actuel de réglementation et de recommencer à zéro. Nous devons plutôt identifier et reconnaître les forces du système existant et les exploiter. La célébration des domaines d'excellence existants dans le système de soins de longue durée devrait inspirer d'autres personnes dans le système à faire de même. Cependant, nous devons également nous mobiliser et reconnaître les vulnérabilités du système de soins de longue durée que les Infractions et la présente Enquête ont révélées. Cela peut se faire grâce à la mise en œuvre des recommandations de l'Enquête.

## V. La feuille de route des recommandations

Vous trouverez ci-dessous les recommandations consolidées présentées dans ce Rapport. Il y a 91 recommandations en tout. Les six points suivants donnent des indications sur la structure et la progression des recommandations.

1. Le présent Rapport comprend quatre volumes, mais les recommandations ne figurent que dans les volumes 2 et 3 (mais pas dans tous les chapitres). Toutes les recommandations se trouvent à la fin des chapitres.
2. Chaque recommandation contenue dans les recommandations consolidées est placée sous le titre du chapitre dans lequel elle se trouve. Le texte du chapitre lui-même fournit le contexte de chaque recommandation. De plus, les recommandations figurant à la fin des chapitres sont complétées par des raisonnements et des détails.

3. Le volume 2 comprend les chapitres 1 à 14. Ces chapitres résument les résultats des enquêtes de la Commission sur les Infractions et les circonstances dans lesquelles elles ont été commises. Ils examinent chacune des principales parties prenantes qui ont été au centre des enquêtes de la Commission. Les recommandations du volume 2 s'adressent aux parties prenantes individuelles.
4. Le volume 3 comprend les chapitres 15 à 19. Ces chapitres présentent les résultats des travaux de l'Enquête sur les problèmes systémiques et ses recommandations pour remédier aux vulnérabilités systémiques du système de soins de longue durée de l'Ontario. Les recommandations s'adressent à toutes les parties prenantes du système de SLD, même lorsque je préconise qu'elles soient dirigées par des institutions nommées. Bien que la plupart des recommandations s'adressent aux foyers de soins de longue durée, certaines visent le système de soins à domicile.
5. Les problèmes systémiques nécessitent une réponse systémique. Les recommandations du volume 3 reposent sur quatre réponses systémiques :
  - *La prévention.* Le meilleur moyen de dissuader les tueurs en série en milieu de soins de santé est de consolider le système de soins de longue durée en renforçant les capacités et l'excellence de tout le système. Je recommande que le Ministère joue un rôle de leadership élargi axé sur la prévention. Ce rôle comprendrait la création d'une unité spécialisée qui aiderait les foyers de soins de longue durée à se conformer à la réglementation et à diffuser les pratiques exemplaires; la fourniture de programmes de transition et de formation d'appoint dans ces foyers; la promotion de l'innovation et de l'utilisation des nouvelles technologies dans le système de soins de longue durée.
  - *La sensibilisation.* Nous pouvons prévenir et détecter uniquement les problèmes dont nous sommes conscients; cela est vrai aussi pour ce qui est de dissuader les malfaiteurs de commettre des méfaits. Ainsi, la première ligne de défense essentielle dans la lutte contre les tueurs en série en milieu de soins de santé consiste à sensibiliser l'ensemble du système à la possibilité de préjudices intentionnels de la part de travailleurs de la santé. Je recommande que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario soit chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan stratégique visant à développer, à renforcer et à maintenir cette sensibilisation. Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario est particulièrement bien placé dans le système de santé pour assumer

cette responsabilité. Cependant, comme le montrent clairement les recommandations complémentaires à ce sujet, la responsabilité de dispenser l'éducation et la formation nécessaires pour outiller tous les fournisseurs de soins de santé nécessite une réponse systémique.

- *La dissuasion.* Je recommande qu'une approche en trois volets soit adoptée pour dissuader les auteurs d'actes répréhensibles de nuire intentionnellement aux résidents en utilisant des médicaments. La dissuasion est un enjeu pour lequel je demande que les foyers de soins de longue durée jouent un rôle de premier plan, avec le soutien financier approprié du Ministère. Premièrement, le système de gestion des médicaments déjà solide dans les foyers de soins de longue durée doit être renforcé par des changements d'infrastructure, l'utilisation de la technologie et l'élargissement du rôle des pharmaciens. Cette recommandation doit être lue conjointement avec une recommandation adressée au Ministère, qui cherche à élargir immédiatement les paramètres de financement de l'enveloppe des soins infirmiers et personnels afin de permettre aux foyers de soins de longue durée d'utiliser leurs fonds pour financer un plus large éventail de personnel, y compris des pharmaciens et des techniciens en pharmacie. Deuxièmement, je formule des recommandations visant à améliorer l'analyse des incidents liés à des médicaments dans les foyers de soins de longue durée, notamment en utilisant un cadre d'analyse des incidents rigoureux et normalisé. Troisièmement, je fais des recommandations visant à augmenter le nombre d'employés autorisés dans les foyers de soins de longue durée.
- *La détection.* L'Ontario dispose d'un solide système d'investigation sur les décès et d'un excellent leadership. Nous devons tirer parti de ces atouts en adaptant le processus d'investigation sur les décès aux décès dans les établissements de soins de longue durée. Je recommande que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario accroisse le nombre d'investigations sur les décès de résidents, sur la base d'un Avis de décès de patient en établissement modifié et de l'utilisation des analyses de données.

6. Les recommandations dans le présent Rapport visent également à améliorer les soins et la qualité de vie des résidents. Les ressources humaines et financières étant insuffisantes dans le système de soins de longue durée, il est important de les utiliser judicieusement, en apportant des changements qui amélioreront non seulement la sécurité et de ceux qui font partie du système de soins de longue durée, mais aussi la qualité de leur vie quotidienne.

## VI. Conclusion

Cette Enquête a été mise sur pied en raison des préoccupations relatives à la sécurité et au bien-être des résidents des foyers de soins de longue durée de l'Ontario et de ceux qui bénéficient de services de soins de santé à domicile financés par le secteur public. Les recommandations qui suivent s'inscrivent dans le mandat de l'Enquête, à savoir de s'attaquer à la menace pour la sécurité des résidents et des clients que pose une tueuse en série en milieu de soins de santé comme Wettlaufer. Ce sont des stratégies efficaces et réalisables pour éviter des tragédies semblables par la prévention, la dissuasion et la détection.

Je soulève trois points concernant le coût de la mise en œuvre de ces recommandations.

Premièrement, bon nombre des recommandations ne coûtent rien ou presque. Ce qu'il faut pour les mettre en œuvre, c'est que les employés des établissements de soins de longue durée aient la volonté d'accepter que des changements soient apportés à certains aspects de leur travail et, ensuite, de les adopter. Sur la base de mon expérience personnelle au cours de l'Enquête avec les personnes qui travaillent dans le système de soins de longue durée, je suis persuadée que ces recommandations seront mises en œuvre.

Deuxièmement, pour les recommandations qui nécessitent un financement, le coût est proportionnel à la grave menace que représentent les tueurs en série en milieu de soins de santé dans le système de soins de longue durée. Si nous prenons en considération le fait que la mise en œuvre des recommandations améliorera également la qualité de vie des résidents des foyers de soins de longue durée, leur coût est pleinement justifié.

Troisièmement, la présentation du présent Rapport nous oblige, en tant que société, à décider si nous sommes disposés à effectuer l'investissement financier nécessaire pour améliorer non seulement la sécurité des Ontariens âgés, mais également leur qualité de vie.

Je termine en exprimant l'espoir que cette Enquête aura permis aux victimes des Infractions d'amorcer leur guérison et de rétablir la confiance du public dans le système de soins de longue durée de l'Ontario.



## RECOMMANDATIONS CONSOLIDÉES

Mes recommandations complètes se trouvent ci-dessous.<sup>1</sup>

### Chapitre 1

## Les fondements : le contexte, les conclusions et la feuille de route du Rapport

- 1** Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit publier un rapport à l'occasion du premier anniversaire de la publication du présent Rapport, dans lequel il décrit les mesures prises pour mettre en œuvre les recommandations qu'il contient. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée devrait déposer le rapport public à l'Assemblée législative.
- 2** Le ministère du Procureur général devrait rendre accessibles des services de counseling pour une période de deux ans suite à la conclusion de l'Enquête le 31 juillet 2019 à la victime, aux familles des victimes et à leurs proches, sans frais.

---

<sup>1</sup> Le 18 avril 2019, la *Loi de 2019 sur les soins de santé pour la population*, L.O. 2019, chap. 5, a reçu la sanction royale. Dès l'entrée en vigueur des dispositions pertinentes, la présente loi permettra notamment de créer un nouvel organisme dénommé Santé Ontario et de réorganiser ou dissoudre les RLISS. Toutes les recommandations contenues dans le présent Rapport et adressées aux RLISS devraient être prises en compte par tout organisme successeur ayant des responsabilités liées au système de soins de longue durée, y compris Santé Ontario.

## Chapitre 4

# Le rôle des foyers de soins de longue durée

- 3** Les titulaires de permis doivent fournir à la direction et au personnel autorisé la formation suivante :
- a. Les administrateurs et les directeurs des soins infirmiers devraient recevoir de la formation :
    - sur les pratiques exemplaires en matière de présélection, d'embauche, de gestion et de discipline du personnel autorisé;
    - sur la conduite des investigations sur le lieu de travail;
    - comme recommandé ailleurs dans le présent Rapport, cette formation doit être dispensée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et le Bureau du coroner en chef/Service de médecine légale de l'Ontario;
    - sur leurs obligations de faire rapport au Ministère et à l'Ordre.
  - b. Le personnel autorisé doit recevoir une formation continue complète sur :
    - les exigences de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD), relativement à la prévention des mauvais traitements et de la négligence des résidents et à leurs obligations en matière de rapport en vertu de l'article 24(1) de la LFSLD;
    - le système d'administration des médicaments du foyer, ainsi que l'identification et le signalement des incidents liés à des médicaments;
    - l'Avis de décès de patient en établissement modifié, une fois créé; le Bureau du coroner en chef/Service de médecine légale de l'Ontario offrira cette formation.

- 4** Les titulaires de permis devraient modifier leurs contrats avec les directeurs médicaux de manière à exiger qu'ils suivent :
  - la formation requise en vertu de l'article 76(7) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*;
  - le cours de directeur médical d'Ontario Long Term Care Clinicians dans les deux ans suivant leur entrée en fonction.
- 5** Pour faire en sorte que la direction et le personnel autorisé puissent assister régulièrement à la formation, les titulaires de permis doivent assumer les coûts de la formation, couvrir les salaires du personnel pendant la formation et remplacer les équipes le cas échéant.
- 6** Les titulaires de permis devraient adopter un processus d'embauche/de présélection qui comprend la vérification rigoureuse des références, la vérification des antécédents en cas de lacunes dans un curriculum vitæ ou si le candidat a été congédié, et assurer la supervision étroite du candidat pendant la période probatoire.
- 7** Les titulaires de permis devraient exiger que les directeurs des soins infirmiers effectuent des vérifications inopinées lors des quarts de soir et de nuit, y compris les fins de semaine.
- 8** Les titulaires de permis doivent conserver un historique complet des mesures disciplinaires pour chaque employé afin que la direction puisse facilement les consulter lors de la prise de décisions en matière de mesures disciplinaires.
- 9** La direction des foyers doit veiller à ce que le personnel soumette l'Avis de décès de patient en établissement par voie électronique au Bureau du coroner en chef/Service de médecine légale de l'Ontario.
- 10** Les titulaires de permis devraient prendre des mesures raisonnables pour limiter les réserves d'insuline dans les foyers de soins de longue durée.

## Chapitre 7

# Les infirmiers d'agence dans les foyers de soins de longue durée

- 11** Les titulaires de permis devraient réduire au minimum le recours aux infirmiers d'agences. Pour ce faire, ils doivent élaborer des stratégies proactives, telles que la constitution d'une liste d'employés occasionnels mais qui sont tout de même membres du personnel infirmier permanent et peuvent couvrir les quarts de travail en cas d'absence imprévue.
- 12** S'ils doivent avoir recours à des infirmiers d'agence, les titulaires de permis doivent procéder à des vérifications minutieuses avant de passer des contrats avec les agences afin de s'assurer que la direction et le personnel des agences possèdent les connaissances, les compétences et l'expérience nécessaires pour fournir des services efficaces et sécuritaires aux résidents du foyer, notamment en ce qui concerne les exigences de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et ses règlements.
- 13** Les titulaires de permis doivent s'assurer que leurs contrats avec les agences :
- obligent l'agence à avoir en tout temps une liste d'infirmiers qui ont suivi l'orientation du foyer du titulaire de permis et qui répondent aux exigences de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et de ses règlements;
  - énoncent clairement les responsabilités et les attentes envers l'agence en matière d'embauche, de présélection et de formation du personnel autorisé;
  - établissent un processus clair pour le signalement à l'agence par le titulaire de permis de préoccupations concernant le rendement.

## Chapitre 8

### Les fournisseurs de services de soins à domicile

- 14** Les organismes fournisseurs de services qui dispensent des soins à domicile financés par l'État au nom d'un Réseau local d'intégration des services de santé doivent veiller à ce que leur direction et leur personnel reçoivent de la formation dans les domaines suivants :
- Direction
    - Ressources humaines, y compris : les pratiques exemplaires en matière de présélection et de sélection des candidats; les techniques d'entrevue; la vérification des références; les vérifications des antécédents; l'obtention de commentaires sur les nouveaux employés et l'évaluation de leur aptitude au cours de la période probatoire;
    - Investigation des incidents entraînant un risque;
    - Politiques et procédures pour la saisie d'incidents entraînant un risque et des plaintes dans le logiciel de gestion des incidents pertinents.
  - Personnel
    - Politiques et procédures de signalement des incidents entraînant un risque et des plaintes à leurs superviseurs.
- 15** Les fournisseurs de services doivent tenir à jour un dossier personnel permanent contenant les antécédents de rendement des employés, ainsi que des dossiers concernant toutes les plaintes et préoccupations.
- 16** Les fournisseurs de services doivent établir un processus de signalement des incidents inhabituels, notamment les entrées non autorisées au domicile du client. Ce processus doit :
- exiger que ces incidents soient signalés rapidement au Réseau local d'intégration des services de santé;
  - classer ces incidents comme entraînant un risque élevé;
  - indiquer clairement comment le personnel de première ligne doit signaler de tels incidents à son superviseur et dans quel délai;
  - désigner une personne au sein de l'organisation pour investiguer sur des incidents de cette nature et pour préparer et conserver des dossiers de l'investigation.

**17** Une fois que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) aura créé une version adaptée de l'Avis de décès des patients en établissement (ADPE) à utiliser lors de décès survenus chez des personnes ayant récemment reçu des soins à domicile financés par l'État (voir le chapitre 18), les fournisseurs de services doivent s'assurer que leur personnel reçoit la formation donnée par le BCC/SMLO sur son utilisation et encourager les travailleurs de première ligne à examiner l'ADPE adapté lorsqu'ils apprennent le décès d'un patient.

**18** Les fournisseurs de services sont vivement encouragés à ne pas faire appel à des sous-traitants. Si des sous-traitants doivent être utilisés, les fournisseurs de services doivent établir des pratiques officielles pour s'assurer que les sous-traitants leur rapportent correctement les plaintes et les incidents entraînant un risque, et effectuent une vérification des antécédents et une présélection rigoureuses de tout le personnel qui fournira des services aux clients du Réseau local d'intégration des services de santé.

## Chapitre 9

### Le rôle du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

**19** Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit élargir les paramètres de financement de l'enveloppe des soins infirmiers et personnels afin de permettre aux foyers de soins de longue durée d'utiliser ces fonds pour un plus large éventail d'employés, notamment les porteurs, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie.

**20** Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager, reconnaître et récompenser financièrement les foyers de soins de longue durée qui ont démontré une amélioration du bien-être et de la qualité de vie de leurs résidents.

- 21** Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) devrait créer une nouvelle enveloppe de financement permanent des foyers de soins de longue durée (SLD) afin de financer la formation, l'éducation et le perfectionnement professionnel de tous ceux qui dispensent des soins aux résidents des foyers de SLD. Le Ministère devrait permettre aux foyers de SLD d'utiliser l'enveloppe de financement pour, entre autres :
- les coûts du remplacement des employés qui suivent la formation;
  - les indemnités versées au personnel qui suit une formation nécessitant un congé;
  - les frais des cours;
  - l'élaboration de matériel de formation;
  - les coûts des cotisations annuelles associées à l'adhésion aux organisations comme l'Ontario Long Term Care Association et AdvantAge Ontario.
- 22** Le gouvernement de l'Ontario doit abroger la partie de l'article 222(3) du Règlement 79/10 de l'Ontario qui dispense les titulaires de permis de veiller à ce que les directeurs médicaux et les infirmiers praticiens (infirmiers autorisés de la catégorie générale) reçoivent la formation requise du personnel de soins directs en vertu de l'article 76(7) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD). Aux termes de l'article 76(7), le personnel fournissant des soins directs aux résidents doit suivre une formation sur des sujets comme la reconnaissance et la prévention des mauvais traitements, les problèmes de santé mentale et la gestion du comportement.
- 23** Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) devrait entreprendre un programme visant à informer tous ceux qui travaillent dans des foyers de soins de longue durée, qui font du bénévolat ou qui rendent visite à leur famille et à leurs amis de leur obligation de faire rapport en vertu de l'article 24(1) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD). L'article 24(1) exige que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner l'administration d'un traitement ou de soins de façon inappropriée ou incompétente, ou le mauvais traitement ou de la négligence d'un résident (entre autres), fasse rapport au directeur (un poste créé par la LFLSD et occupé par un employé du Ministère) de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés, et pas simplement à la direction du foyer.

- 24** Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait adopter une politique visant à clarifier le sens de « motifs raisonnables » et d'administration d'un « traitement de façon inappropriée ou incompétente » apparaissant à l'article 24(1).
- 25** Le Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée (PIQFSLD) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) attribue des niveaux de risque ou de rendement aux foyers de soins de longue durée depuis 2013, en se fondant principalement sur les données obtenues lors des inspections du Ministère. Le Ministère devrait affiner son évaluation du rendement dans le cadre du PIQFSLD afin de mieux identifier les foyers qui peinent à fournir un environnement sûr et sécurisé aux résidents en accordant plus de poids aux constatations de non-respect relatives aux domaines à risque élevé pour les résidents qu'à celles moins susceptibles d'avoir un impact sur leur sécurité. Par exemple, une constatation de non-respect pour omission de faire rapport d'un mauvais traitement ou de la négligence est plus importante qu'un constat de non-respect pour omission de s'assurer que les aliments prévus au menu sont offerts à chaque repas et à chaque collation.
- 26** Les responsables de la coordination et de la conduite des inspections au ministère de la Santé et des Soins de longue durée devraient veiller à ce que la plus haute priorité soit accordée à tous les rapports d'incidents graves et toutes les plaintes relatives à des incidents entraînant un risque élevé et qu'ils soient inspectés le plus rapidement possible afin que tout risque persistant subi par les résidents soit atténué immédiatement.
- 27** Les responsables de la coordination et de la conduite des inspections au ministère de la Santé et des Soins de longue durée devraient s'appuyer sur les éléments suivants pour établir les priorités en matière d'inspection :
- les évaluations du rendement du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée;
  - les données produites par la Direction générale de la gestion de l'information, données et analytique, montrant les foyers où le taux de mortalité est supérieur aux prévisions.

- 28** Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait examiner les résultats des évaluations du rendement du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée afin d'identifier les foyers de soins de longue durée qui peinent à fournir un environnement sécuritaire à leurs résidents. Lorsqu'un foyer tombe au-dessous du niveau 1 pendant deux trimestres consécutifs, la Division des foyers de soins de longue durée devrait prendre des mesures pour aider ce foyer à retrouver le statut de niveau 1.
- 29** Lorsqu'une constatation de non-respect a été émise à un titulaire de permis pour omission de faire rapport conformément à l'article 24(1) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, les responsables de la coordination des inspections dans les foyers de soins de longue durée du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée doivent veiller à ce que 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 au foyer.
- 30** Avant de commencer une inspection impliquant des narcotiques manquants ou des allégations de mauvais traitements infligés par les employés aux résidents, les représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée chargés de la coordination des inspections devraient veiller à ce que l'inspecteur désigné examine les rapports d'incidents graves précédents afin de déterminer si l'employé impliqué dans ces incidents y figure.
- 31** Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait établir 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 (Ordre) sur les membres de l'Ordre susceptibles causer des préjudices aux résidents.

## Chapitre 12

# Le rôle des CASC et des RLISS dans la fourniture et la surveillance des services de soins à domicile

**32** Tous les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) devraient adopter le même système de rapport d'incidents en ligne. Le système devrait :

- être configuré de manière à permettre à tous les RLISS d'accéder à toutes les données et de faire des recherches;
- contenir un champ dédié et interrogeable pour le nom du membre du personnel impliqué dans les incidents signalés.

**33** Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé devraient modifier ou clarifier leurs obligations de faire rapport pour les fournisseurs de services en cas d'incident inhabituel, y compris une entrée non autorisée au domicile d'un patient en :

- précisant que tous ces incidents doivent être signalés;
- précisant que tous ces incidents sont considérés comme entraînant un risque élevé; et
- demandant aux fournisseurs de services d'informer immédiatement le coordonnateur des soins du patient lorsqu'un tel incident se produit et de faire un suivi par un rapport écrit indiquant les étapes que le fournisseur de services a prises pour enquêter sur l'incident.

**34** Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) devraient offrir une formation supplémentaire aux fournisseurs de services et au personnel des RLISS, comme suit :

- Pour les fournisseurs de services : sur l'utilisation du système en ligne de déclaration des incidents et des exigences en matière de rapport du RLISS.
- Pour le personnel du RLISS : sur l'utilisation du système électronique de déclaration des incidents et des exigences en matière de rapports du RLISS, ainsi que des mesures à prendre lorsqu'une plainte ou un incident entraînant un risque est signalé.

**35** Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) devraient préparer des renseignements écrits sur :

- les signes et symptômes de toxicité;
- les mesures à prendre en cas de suspicion de toxicité;
- l'entreposage et l'élimination sécuritaires des médicaments.

En règle générale, les coordonnateurs des soins du RLISS devraient diffuser cette information à tous les patients à domicile et recevant des médicaments injectables, et en discuter lors de l'examen des médicaments avec eux.

**36** Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé devraient informer les patients recevant des soins de MedsCheck à domicile, un programme grâce auquel un pharmacien communautaire se rend chez son patient et examine les médicaments qu'il prend et la manière dont ils sont conservés. Le pharmacien retirera du foyer, en toute sécurité, les médicaments périmés ou ceux que le patient n'utilise plus.

**37** Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé devraient mener des vérifications régulières pour s'assurer que tous les fournisseurs de service :

- s'acquittent correctement de leurs obligations en matière d'embauche, de présélection, d'éducation et de formation du personnel;
- signalent tous les incidents.

**38** Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé devraient modifier leurs ententes de services pour exiger, comme condition préalable à l'approbation du sous-traitant proposé par un fournisseur de services, que :

- le fournisseur de services veille à ce que le sous-traitant effectue une présélection et des vérifications des antécédents rigoureuses de tout le personnel;
- le fournisseur de services met en place un processus pour vérifier, de manière continue, que le sous-traitant lui signale correctement toutes les plaintes, les incidents entraînant un risque et les autres incidents.

**39** Si le Bureau du coroner en chef/Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) crée une version adaptée de l'Avis de décès des patients en établissement (ADPE) pour le décès de patients ayant récemment reçu des soins à domicile financés par l'État (voir le chapitre 18), les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) devraient :

- obliger les coordonnateurs des soins et autres membres du personnel du RLISS à suivre une formation donnée par le BCC/SMLO sur l'utilisation de l'ADPE adapté;
- inciter les coordonnateurs des soins à examiner l'ADPE lorsqu'un client décède et, si cet examen suscite des inquiétudes, à contacter le BCC/SMLO;
- encourager les fournisseurs de services à former les travailleurs de première ligne à l'ADPE adapté et à son utilisation.

## Chapitre 13

### L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

**40** L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario doit informer ses membres et son personnel de la possibilité qu'un infirmier ou un autre professionnel de la santé porte délibérément atteinte à ceux auxquels ils fournissent des soins.

**41** L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario devrait renforcer son processus d'évaluation préliminaire après la réception des rapports de cessation des fonctions et d'autres rapports 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;
- à expliquer le but de leurs enquêtes aux personnes interrogées;
- à identifier et interroger non seulement la personne à contacter mentionnée dans le rapport, mais aussi les autres personnes concernées sur le lieu de travail du membre;
- à déterminer, avant une entrevue, les renseignements que la personne interrogée doit examiner avant de parler à l'enquêteur, demander à la personne interrogée d'examiner ces renseignements avant l'entrevue et lui demander de les avoir avec elle pendant l'entretien.

- 42** L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario doit revoir ses politiques et ses procédures et les réviser, le cas échéant, pour tenir compte de la possibilité qu'un infirmier ou un autre fournisseur de soins de santé cause intentionnellement un préjudice aux personnes auxquelles il fournit des soins.
- 43** L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre) a annoncé lors de l'Enquête son intention de transmettre les recherches qu'il a menées 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. L'Ordre doit poursuivre cette initiative dans l'espoir qu'elle suscitera une discussion plus large entre les organismes de réglementation sur les moyens de prévenir, de dissuader et de détecter les professionnels de la santé susceptibles de chercher à intentionnellement porter préjudice aux personnes dont ils prennent soin.
- 44** L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario devrait revoir régulièrement ses programmes de sciences infirmières approuvés de manière à ce qu'ils comprennent de l'éducation et de la formation adéquates en matière de soins infirmiers pour une population vieillissante, ainsi que la possibilité qu'un professionnel de la santé cause intentionnellement du tort à des patients ou à des résidents.
- 45** L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario devrait user de son influence auprès des établissements d'enseignement postsecondaire offrant des programmes de sciences infirmières approuvés pour :
- promouvoir l'inclusion d'informations sur le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé dans les programmes d'enseignement, notamment dans les cours sur la responsabilité professionnelle et la gestion du risque du patient;
  - s'assurer qu'ils dispensent de l'éducation et de la formation adéquates aux soins infirmiers à une population vieillissante;
  - promouvoir la discussion sur les soins infirmiers dans les foyers de soins de longue durée (SLD) – y compris les débouchés professionnels qu'ils offrent – de manière équilibrée;
  - promouvoir le placement d'étudiants dans les foyers de SLD.

**46** L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre) devrait prendre des mesures pour améliorer les rapports des employeurs et des exploitants d'établissements de soins de longue durée en les informant de leurs obligations de faire rapport à l'Ordre en vertu des articles 85.1-85.6 de l'annexe 2 (Code des professions de la santé) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, en particulier des rapports sur la cessation de fonctions d'un membre et des rapports indiquant qu'il existe des motifs raisonnables de croire qu'un membre est incompetent ou frappé d'incapacité. Cette formation devrait clarifier la relation entre l'obligation de faire rapport de l'employeur et de l'exploitant de l'établissement au directeur (un poste créé par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) et occupé par un employé du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée) en vertu de l'article 24(1) de la LFSLD, et leur obligation de faire rapport (s'il y a lieu) à l'Ordre sur la même question.

**47** L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre) devrait réviser sa publication intitulée *L'obligation de déposer un rapport : Guide à l'intention des employeurs, exploitants et infirmiers* de manière à expliquer clairement les obligations de faire rapport de l'employeur et de l'exploitant en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, le type de renseignements à inclure dans les rapports et la manière dont l'Ordre utilisera les renseignements fournis.

**48** L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre) devrait réviser son formulaire de rapport obligatoire ainsi que le processus de soumission de ces rapports à l'Ordre. Le formulaire type révisé devrait :

- inclure une déclaration de la personne qui remplit le rapport, (1) qu'elle comprend ses obligations de faire rapport et s'y est conformée; indiquant que (2) la personne à contacter identifiée dans le rapport connaît bien la pratique de l'infirmier membre et est la personne que l'Ordre doit contacter;
- contenir des instructions claires qui obligent le déclarant à fournir tous les renseignements pertinents concernant le membre. Dans le cas d'un rapport de cessation des fonctions, cela peut inclure tout ou partie des antécédents disciplinaires du membre, mais comprendra toujours une copie de la lettre de congédiement de l'employeur au membre;
- s'assurer que la section « Incidents » du modèle de formulaire de rapport révisé soit automatiquement extensible pour permettre au déclarant d'indiquer tous les renseignements et incidents pertinents;

- fournir une explication claire des mots « frappé d'incapacité » et « incompetent »;
- permettre au déclarant d'envoyer son rapport rempli par courriel à l'Ordre.

**49** L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre) devrait mettre en place un programme visant à informer les membres de leurs obligations de faire rapport découlant de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, des normes de pratique de l'Ordre et du Règlement sur la faute professionnelle de la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*. Ce programme devrait indiquer expressément quand les membres doivent signaler à l'Ordre les soupçons de mauvais traitements et de négligence de patients et de résidents par d'autres infirmiers.

## Chapitre 14

### Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario

**50** Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario devraient remplacer l'Avis de décès des patients en établissement (ADPE) par un nouvel avis de décès reposant sur des données probantes, après consultation des intervenants. L'ADPE modifié devrait obliger le membre du personnel autorisé du foyer de soins de longue durée inscrit qui le remplit à :

- répondre à une série de questions reposant sur des données probantes qui inciteront l'employé autorisé à fournir des observations cliniques et d'autres renseignements sur le décès du résident;
- indiquer si certains aspects du déclin ou du décès du résident étaient incompatibles avec la trajectoire de décès prévue par le médecin;
- indiquer si la famille ou d'autres prestataires de soins, comme les préposés aux services de soutien à la personne, ont soulevé des préoccupations concernant les soins prodigués au résident au cours de la période qui a précédé le décès, et au moment du décès;
- indiquer si la personne qui remplit l'ADPE modifié est incertaine quant à la réponse à une question et expliquer la raison de l'incertitude sur le formulaire lui-même.

- 51** Le nouvel Avis de décès des patients en établissement (ADPE) doit clairement indiquer ce qui suit :
- il doit être rempli par le membre du personnel autorisé du foyer de soins de longue durée qui a fourni au résident les soins les plus directs au moment du décès, après avoir consulté les préposés aux services de soutien à la personne qui prenaient soin du résident au cours de la période précédant son décès;
  - la personne qui remplit l'ADPE modifié doit le soumettre rapidement au Bureau du coroner en chef et au Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO), et en même temps, en envoyer des copies au directeur médical, au directeur des soins infirmiers et au pharmacien du foyer de soins de longue durée, ainsi qu'au médecin ou à l'infirmier praticien traitant du résident (s'il y a lieu);
  - ceux qui reçoivent un exemplaire de l'ADPE modifié doivent l'examiner et contacter rapidement le BCC/SMLO s'ils ont des préoccupations relatives au décès du résident ou à l'exactitude des renseignements qu'il contient.
- 52** Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario doivent prendre des mesures pour veiller à ce que les titulaires de permis des foyers de soins de longue durée demandent à leur personnel de leur transmettre par voie électronique l'Avis de décès de patient en établissement dûment rempli.
- 53** Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) devraient exiger 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 (SLD), un Avis de décès de patient en établissement (ADPE) lui soit soumis pour ce décès. Le BCC/SMLO devrait collaborer avec les foyers de SLD et les hôpitaux afin de mettre au point un processus de soumission de l'ADPE modifié, indiquant notamment qui doit soumettre le formulaire et comment les dossiers médicaux nécessaires seront transmis.

- 54** Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario devraient former tous les employés autorisés des foyers de soins de longue durée qui pourraient être appelés à remplir le nouvel ADPE. La formation devrait porter notamment sur :
- la trajectoire de décès attendue et sur la manière d'évaluer si le décès d'un résident s'écarte de cette trajectoire;
  - le sens d'un décès « soudain et inattendu ».
- 55** Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario devraient établir comme pratique exemplaire que, à l'étape de la consultation préliminaire, le coroner doit :
- parler avec la famille du défunt ou au mandataire du défunt;
  - informer la famille ou le mandataire du défunt que, si le coroner décide qu'aucune investigation sur le décès ne sera entreprise, la famille ou le mandataire peut adresser ses questions au coroner régional principal.
- 56** Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario devraient préparer des documents sur le processus de signalement et d'investigation des décès et les fournir aux foyers de soins de longue durée pour qu'ils soient distribués, au moment approprié, aux familles des résidents.
- 57** Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) devraient exiger que si, après avoir procédé à une consultation préliminaire, le coroner décide de ne pas procéder à une investigation sur le décès, il remplisse un document standard (p. ex. une version révisée du formulaire de données sur la sélection des cas) exposant les motifs de la décision, et transmette ce document par voie électronique au coroner régional principal et au BCC/SMLO dans les délais impartis.
- 58** Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario devraient élaborer des protocoles et des politiques sur la participation des médecins légistes au processus d'investigation sur le décès des résidents des foyers de soins de longue durée.

- 59** Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario devraient élaborer un protocole normalisé pour les autopsies pratiquées sur des personnes âgées et former les médecins légistes à ce protocole.
- 60** Le gouvernement de l'Ontario devrait continuer d'appuyer financièrement le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) dans la mise en place et le maintien en place d'un corps de coroners spécialement formés qui :
- acceptent de consacrer une partie de leur pratique au travail de coroner, à préciser dans un contrat avec le BCC/SMLO,
  - reçoivent une formation spécialisée sur les foyers de soins de longue durée, leurs résidents et les pratiques exemplaires en matière de consultations préliminaires et d'investigations sur les décès des résidents.
- 61** Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) devraient veiller à ce que le travail des coroners dans les foyers de soins de longue durée (SLD) soit effectué autant que possible par le corps de coroners. Si les coroners locaux continuent à mener des investigations sur les décès des résidents des foyers de soins de longue durée, le BCC/SMLO devrait leur demander de suivre une formation continue sur la conduite de ces investigations.

## Chapitre 15

### Renforcement des capacités et de l'excellence dans le système de soins de longue durée

- 62** Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) doit jouer un rôle de leadership accru dans le système de soins de longue durée en :
- établissant une unité spécialisée au sein de la Division des foyers de soins de longue durée pour :
    - aider les foyers de soins de longue durée (SLD) à se conformer à la réglementation;
    - déterminer, reconnaître et mettre en commun les pratiques exemplaires menant à l'excellence dans la prestation des soins dans les foyers de SLD;
  - assurant la fourniture de programmes de transition et de formation d'appoint dans les foyers de SLD;
  - assurant la promotion de l'innovation et de l'utilisation des nouvelles technologies dans le système de SLD.

Le Ministère et l'unité spécialisée devraient collaborer avec les parties prenantes de l'ensemble du secteur des SLD, en tirant parti des partenariats existants et en en forgeant de nouveaux.

- 63** La Division des foyers de soins de longue durée du ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit communiquer et collaborer avec la Direction des soins à domicile et en milieu communautaire et les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (ou l'organisation qui leur succédera) pour fournir des services de soins de santé aux Ontariens âgés.

## Chapitre 16

### La sensibilisation au phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé

- 64** Le gouvernement de l'Ontario doit s'assurer qu'un plan stratégique est en place pour accroître la sensibilisation au phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé.

- 65** Le gouvernement de l'Ontario devrait charger le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario d'élaborer ce plan stratégique et de collaborer avec les parties prenantes du système de soins de santé et de soins de longue durée. Le plan stratégique doit définir des étapes systématiques, permanentes et mesurables pour sensibiliser les parties prenantes du système de soins de santé au phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé.
- 66** Le gouvernement de l'Ontario doit confier au Bureau du coroner en chef et au Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) la mise en œuvre du plan stratégique. Le BCC/SMLO doit élaborer des renseignements normalisés sur le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé et les fournir aux organisations et aux établissements responsables de l'éducation et de la formation dispensées aux étudiants, aux professionnels et au personnel du système de soins de santé et des programmes et domaines apparentés.
- 67** Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) devrait mener des recherches continues sur les développements nationaux et internationaux concernant le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé (TSMS), y compris des mesures prises pour détecter les TSMS et les dissuader d'agir. Il devrait diffuser les résultats de cette recherche selon les besoins, y compris auprès des organisations et des établissements qui dispensent de l'enseignement et de la formation sur la possibilité que les fournisseurs de soins de santé causent intentionnellement des préjudices. Le BCC/SMLO devrait effectuer un suivi régulier pour s'assurer que la sensibilisation et la formation requises sont assurées.
- 68** Le gouvernement de l'Ontario devrait financer le poste d'un employé à temps plein chargé d'élaborer et de mettre en œuvre le plan stratégique au Bureau du coroner en chef et au Service de médecine légale de l'Ontario (voir les recommandations 65-67). Le financement devrait être suffisant pour permettre l'embauche d'une personne ayant une connaissance et une compréhension solides du système de soins de santé, y compris de ses dimensions politiques; des aptitudes démontrées en matière de leadership et d'organisation; une compréhension de l'importance du travail fondé sur des données probantes; et la capacité de consulter et de réunir diverses parties prenantes lors de l'élaboration du plan stratégique.

**69** Le gouvernement de l'Ontario devrait fournir un soutien financier au Bureau du coroner en chef/Service de médecine légale de l'Ontario pour qu'il puisse faire appel à un spécialiste de l'éducation des adultes afin de travailler avec des organisations et établissements chargés de l'éducation et de la formation sur le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé (voir la recommandation 70).

**70** Les organisations et les établissements responsables de l'éducation et de la formation des groupes composant le système de soins de santé doivent se charger de l'éducation et de la formation sur la possibilité que les professionnels de la santé causent intentionnellement des préjudices aux personnes dont ils prennent soin. Je recommande que les établissements et les organisations suivants dispensent cet enseignement et cette formation (voir le chapitre 16, la figure 16.6) :

- les collèges et les universités;
- les organismes de réglementation, y compris l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario;
- le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille;
- la Division des foyers de soins de longue durée au sein du ministère de la Santé et des Soins de longue durée;
- les Réseaux locaux d'intégration des services de santé ou les organismes successeurs;
- les titulaires de permis de foyers de soins de longue durée;
- le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario;
- l'Ontario Association of Residents' Councils;
- les conseils des résidents;
- Family Councils Ontario;
- les conseils de famille.

**71** Les foyers de soins de longue durée, les conseils de résidents, les conseils de famille, l'Ontario Association of Residents' Councils et Family Councils Ontario devraient collaborer pour s'assurer que l'information fournie est cohérente et adaptée à leur public particulier.

**72** Les établissements et les organisations énumérées à la recommandation 70 ci-dessus devraient préciser le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé dans le contexte plus large de questions comme la gestion des risques, la sécurité et les résultats des patients/résidents ou le professionnalisme, plutôt que de manière isolée.

**73** Les organisations et les établissements énumérées à la recommandation 70 ci-dessus doivent réviser leurs politiques, pratiques et procédures pertinentes pour refléter la possibilité qu'un professionnel de la santé puisse causer intentionnellement un préjudice.

## Chapitre 17

### La dissuasion par une meilleure gestion des médicaments

Une approche à trois volets devrait être adoptée pour dissuader les malfaiteurs de causer un préjudice intentionnel aux résidents en utilisant des médicaments :

- renforcer le système de gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée (SLD);
- améliorer l'analyse des incidents liés à des médicaments dans les foyers de SLD;
- augmenter le nombre d'employés autorisés dans les foyers de SLD.

#### *Renforcer le système de gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée (SLD)*

**74** Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée devrait émettre une directive expliquant qu'un titulaire de permis doit s'assurer que la politique écrite du foyer de soins de longue durée concernant la destruction et l'élimination des médicaments couvre les cartouches d'insuline.

**75** Lors des inspections annuelles de la qualité des services aux résidents dans les foyers de soins de longue durée, les inspecteurs du ministère de la Santé et des Soins de longue durée devraient confirmer que la politique écrite du titulaire de permis en matière de destruction et d'élimination des médicaments comprend la destruction et l'élimination des cartouches d'insuline, et que le personnel autorisé du foyer se conforme à cette politique.

**76** Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait établir un programme d'une durée de trois ans, dans le cadre duquel les foyers de soins de longue durée peuvent demander une subvention pour financer un ou plusieurs des programmes suivants :

- l'installation de portes, de fenêtres ou de murs vitrés dans les salles de médicaments et autres salles dans lesquelles des médicaments sont conservés;
- l'installation de caméras de sécurité dans les salles de médicaments et autres salles dans lesquelles les médicaments sont conservés, ainsi que dans les aires communes et aux entrées et sorties;
- l'achat ou la mise à niveau d'armoires de distribution automatisée de médicaments intégrées;
- l'achat d'un système d'administration de médicaments assisté par code-barres;
- l'embauche, à temps plein ou à temps partiel, d'un pharmacien ou d'un technicien en pharmacie.

*Remarque* : Cette recommandation doit être lue conjointement avec la recommandation 19, qui préconise l'extension immédiate des paramètres de financement de l'enveloppe des soins infirmiers et personnels afin de permettre aux foyers de soins de longue durée d'utiliser ces fonds pour financer un plus large éventail de personnel, y compris les pharmaciens et les techniciens en pharmacie.

**77** Le montant de la subvention du ministère de la Santé et des Soins de longue durée décrite dans la recommandation 76 ci-dessus devrait être lié à la taille du foyer, comme suit :

- foyer de petite envergure (64 lits ou moins) : un maximum de 50 000 \$ chacun sur une période de trois ans;
- foyer d'envergure moyenne (plus de 64 lits, mais moins de 129) : un maximum de 125 000 \$ chacun sur une période de trois ans;
- un foyer de grande envergure (129 lits ou plus) : un maximum de 200 000 \$ chacun sur une période de trois ans.

### *Améliorer l'analyse des incidents liés à des médicaments dans les foyers de SLD*

**78** La direction des foyers de soins de longue durée devrait cultiver une culture juste – une culture dans laquelle l'erreur humaine est traitée d'une manière ouverte plutôt que de manière punitive.

**79** Les foyers de soins de longue durée devraient analyser les incidents liés à des médicaments et les réactions indésirables à des médicaments au moyen d'un cadre d'analyse des incidents qui comprend le dépistage des préjudices éventuels.

**80** Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée devrait émettre une directive exigeant que les foyers de soins de longue durée traitent l'utilisation du glucagon comme un incident lié à un médicament, au sens de l'article 1 du Règlement de l'Ontario 79/10.

**81** La Division des foyers de soins de longue durée du ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit informer les foyers de soins de longue durée que l'utilisation du glucagon constitue un incident lié à un médicament et est soumise aux exigences de l'article 135 du Règlement de l'Ontario 79/10.

**82** Les foyers de soins de longue durée devraient documenter et suivre l'utilisation du glucagon pour déceler les schémas et les tendances, et signaler où des recherches supplémentaires devraient être entreprises.

- 83** La Division des foyers de soins de longue durée du ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait consulter des organisations comme l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada pour dresser la liste complète des médicaments de secours et des « outils de déclenchement » permettant de détecter les incidents potentiels liés à un médicament. Il convient de déterminer si, comme le glucagon, l'utilisation de ces médicaments de secours et de ces outils de déclenchement doit être traitée comme un incident lié à un médicament. Si tel est le cas, ces renseignements doivent être communiqués aux foyers de soins de longue durée avec des explications appropriées et des instructions sur la manière de les utiliser.
- 84** Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée devrait émettre une directive exigeant que les foyers de soins de longue durée traitent l'hypoglycémie grave ou ne répondant pas au traitement comme un incident lié à un médicament, au sens de l'article 1 du Règlement de l'Ontario 79/10.

### *Augmenter le nombre d'employés autorisés dans les foyers de SLD*

- 85** Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait mener une étude afin de déterminer le nombre adéquat d'employés autorisés dans les foyers de soins de longue durée (SLD) à chacun des quarts de jour, de soir et de nuit. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée devrait déposer l'étude à l'Assemblée législative d'ici le 31 juillet 2020. Si l'étude montre que des effectifs supplémentaires sont requis pour la sécurité des résidents, les foyers de SLD devraient recevoir un financement global plus élevé, les fonds supplémentaires devant être placés dans l'enveloppe des soins infirmiers et personnels.

## Chapitre 18

### La détection des décès de résidents causés intentionnellement

- 86** Le Bureau du coroner en chef/le Service de médecine légale de l'Ontario devrait augmenter le nombre d'investigations sur les décès de résidents dans les foyers de soins de longue durée en utilisant les renseignements provenant de l'Avis de décès de patient en établissement modifié. Ces renseignements devraient être utilisés pour décider, à l'égard des décès de résidents, s'il y a lieu de lancer une consultation préliminaire ou une investigation sur un décès, ou les deux.
- 87** Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) a créé quatre modèles d'analyses de données préliminaires qui peuvent être utilisés pour déceler les foyers de soins de longue durée dont le nombre de décès est plus élevé que prévu. Le Ministère devrait agir le plus rapidement possible pour finaliser un modèle d'analyses de données, après avoir consulté des experts et les parties prenantes. Une fois que le modèle d'analyses de données est finalisé, le Ministère devrait transmettre de façon régulière et continue les renseignements qui en découlent au Bureau du coroner en chef/Service de médecine légale de l'Ontario.
- 88** Le Bureau du coroner en chef/le Service de médecine légale de l'Ontario devrait utiliser les analyses de données pour analyser les données agrégées issues des Avis de décès de patient en établissement modifiés pour détecter des profils et tendances inhabituelles dans les décès de résidents des foyers de soins de longue durée. Ces renseignements devraient également être utilisés pour décider s'il y a lieu de lancer une consultation préliminaire ou une investigation sur un décès, ou les deux.
- 89** Le Bureau du coroner en chef/le Service de médecine légale de l'Ontario devrait utiliser les renseignements tirés du modèle d'analyses de données du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, une fois finalisé, et des Avis de décès de patient en établissement (ADPE) modifiés et des analyses de données des ADPE modifiés lorsqu'il décide s'il faut désigner une équipe multidisciplinaire pour mener une investigation sur le décès d'un résident ou un foyer affichant un profil de décès imprévu.

- 90** Le Bureau du coroner en chef/Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) devrait adapter l'Avis de décès de patient en établissement (ADPE) pour qu'il soit utilisé par les soignants à l'occasion du décès d'une personne qui reçoit des soins à domicile financés par l'État. La version adaptée de l'ADPE devrait aider les soignants à savoir quand il faut signaler un décès au BCC/SMLO et comment faire ce rapport.
- 91** Le Bureau du coroner en chef ou Service de médecine légale de l'Ontario devrait former le personnel des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (ou d'un organisme successeur) et les fournisseurs de services sur l'utilisation de l'Avis de décès de patient en établissement adapté.

