



# 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 978-1-4868-3592-8 (PDF)

ISBN 978-1-4868-3588-1 (version imprimée)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2019

Available in English

## Table des matières

### VOLUME 1 : Résumé et recommandations consolidées

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

<b>Dédicace</b> .....	v
<b>Remerciements</b> .....	vi
<b>Acronymes et sigles</b> .....	ix
<b>Les victimes : la chronologie</b> .....	xiii
<b>Section I : L'Enquête est établie</b> .....	1
Chapitre 1 : Les fondements : le contexte, les conclusions et la feuille de route du Rapport .....	3
Chapitre 2 : Les Infractions, les victimes et l'établissement de l'Enquête .....	29
Chapitre 3 : Les premières années de Wettlaufer en tant qu'infirmière .....	61
<b>Section II : Les foyers de soins de longue durée et les fournisseurs de services de soins à domicile</b> .....	81
Chapitre 4 : Le rôle des foyers de soins de longue durée .....	83
Chapitre 5 : Caressant Care (Woodstock) .....	141
Chapitre 6 : Le foyer de soins Meadow Park (London) .....	239
Chapitre 7 : Les infirmiers d'agence dans les foyers de soins de longue durée.....	277
Chapitre 8 : Les fournisseurs de services de soins à domicile.....	333

<b>Section III : Organismes de surveillance et de réglementation</b> .....	377
Chapitre 9 : Le rôle du ministère de la Santé et des Soins de longue durée .....	379
Chapitre 10 : La surveillance de Caessant Care (Woodstock), Meadow Park (London) et Telfer Place par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée .....	481
Chapitre 11 : Inspections du Ministère à la suite des aveux de Wettlaufer .....	521
Chapitre 12 : Le rôle des CASC et des RLISS dans la fourniture et la surveillance des services de soins à domicile .....	579
Chapitre 13 : L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario .....	631
Chapitre 14 : Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario .....	731
<b>Annexes</b> .....	813
Annexe A – Décret .....	816
Annexe B – Motifs de la peine .....	822
Annexe C – L'exposé conjoint des faits .....	837
<i>Annexe A de l'exposé conjoint des faits – Aveux manuscrits</i> .....	867
<i>Annexe C à l'exposé conjoint des faits – Transcription de la déclaration à la police faite par Elizabeth Wettlaufer</i> .....	871
<i>Annexe D de l'exposé conjoint des faits – Centre de toxicomanie et de santé mentale/Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) Données de sortie</i> .....	982
Annexe D – Avis de décès de patient en établissement .....	995
Annexe E – Protocole d'inspection – Médicaments .....	996
Annexe F – Lettre et rapport de congédiement .....	1021

## 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.***

## Remerciements

Je suis extrêmement reconnaissante envers les nombreuses personnes qui ont travaillé sans relâche pour que cette Enquête s'acquitte de son mandat. Merci à tous et à toutes.

Tout d'abord, l'équipe juridique de la Commission. Je suis privilégiée d'avoir eu l'assistance d'une équipe juridique de haut calibre : Mark Zigler, Will McDowell, Liz Hewitt, Megan Stephens, Rebecca Jones, Lara Kinkartz, Ida Bianchi et Nicolas Rouleau. Les avocates à l'interne Lindsay Merrifield, Alexandra Campbell, Kat Owens et Laura Robinson ont apporté un soutien remarquable aux avocats de la Commission. Je remercie Étienne Lacombe, Greg Furmaniuk et Sean Pierce, récemment diplômés en droit à l'époque, qui nous ont prêté main-forte durant l'hiver 2017 pour nous y retrouver dans cette avalanche de documents.

L'équipe juridique a joué un rôle absolument indispensable au travail de la Commission, au même titre que son personnel administratif, dirigé par Andrea Barton, la directrice générale. M<sup>me</sup> Barton, avec l'appui de Carla Novakovic et Nazma Dusoruth, a veillé au bon fonctionnement de tous les aspects des travaux de la Commission. Je tiens également à remercier ici la coordonnatrice des enquêtes publiques au ministère du Procureur général, Laureen Moran, qui a beaucoup aidé à lancer l'Enquête. Dominatum a géré le site Web de la l'Enquête, Peter Rehak a apporté son expertise en relations de presse et en communication, et Al Gayed a veillé à ce que du counselling et du soutien soient offerts à la victime, ainsi qu'aux familles des victimes et à leurs proches. Le professionnalisme et l'engagement de chaque personne participant à l'Enquête ont été essentiels à la mise en œuvre de son mandat.

Ensuite, je tiens à souligner l'apport des participants et de leurs avocats. Vous avez joué un rôle important dans les deux volets du processus d'enquête. Lors des audiences sur la participation, j'ai dit espérer que tous ceux qui auraient la possibilité de participer collaborent et aident les avocats de la Commission, et c'est exactement ce que vous avez fait.

Il était important que les audiences publiques de l'Enquête aient lieu dans le sud-ouest de l'Ontario, près des collectivités les plus directement touchées. Le magnifique palais de justice de St. Thomas m'est immédiatement venu à l'esprit – ses installations étaient idéales pour y tenir les audiences publiques. Lorsqu'on le lui a demandé, le juge principal régional, Bruce Thomas, a accepté volontiers qu'on utilise le bâtiment à cette fin. Il a apporté son soutien tout au long du processus, de même que la juge Kelly Gorman, juge et chef de

l'administration locale au palais de justice de St. Thomas au moment de la mise sur pied de l'Enquête, et son successeur, le juge Scott Campbell. Le personnel de St. Thomas a travaillé sans se plaindre jusque tard le soir, en plus de s'acquitter de ses autres fonctions habituelles, pour s'assurer que les audiences publiques se déroulaient sans problème. À vous tous, un grand merci pour votre professionnalisme, vos nombreuses attentions et le dévouement dont vous avez fait preuve pendant le travail de l'Enquête.

Les témoins des audiences publiques doivent également être remerciés. Il vous a fallu beaucoup de courage pour vous présenter devant la population de l'Ontario et pour témoigner. Sachez que votre témoignage a joué un rôle important et que je vous en suis très reconnaissante. J'adresse aussi mes remerciements aux témoins qui ont fourni des preuves d'expert et techniques lors des audiences publiques : la professeure Beatrice Crofts Yorker, M<sup>me</sup> Julie Greenall et le D<sup>r</sup> Michael Hillmer.

Pour mettre en œuvre le mandat de l'Enquête, il était essentiel que ses audiences publiques soient accessibles à toute la population de l'Ontario. Nous avons pu compter sur le dévouement d'une personne et de trois organisations pour y parvenir. Christina Shiels-Singh, technicienne en droit chez Lenczner Slaght, a joué un rôle déterminant dans la mise en place du système de gestion des documents de l'Enquête, qui comprenait des dizaines de milliers de documents. M<sup>me</sup> Shiels-Singh a travaillé en étroite collaboration avec Commonwealth Legal, qui assistait quotidiennement aux audiences publiques, veillant à l'accessibilité des pièces en temps réel. Neesons Reporting a transcrit tous les mots prononcés lors de chaque journée d'audience publique, et les transcriptions quotidiennes étaient toujours publiées sur le site Web de l'Enquête le lendemain matin. Sight N Sound Design inc. était responsable de la diffusion des audiences publiques sur le Web. Ensemble, les transcriptions et la diffusion sur le Web ont permis d'assurer que l'Enquête était accessible à tous, pas seulement à ceux qui assistaient en personne aux audiences publiques à St. Thomas.

La production d'un tel rapport nécessite des compétences en révision, en traduction et en mise en pages. J'ai la chance d'avoir pu compter sur l'excellente assistance de l'équipe de rédaction de Rosemary Shipton, Dan Liebman et Mary McDougall Maude, un trio possédant une expérience considérable dans le domaine des rapports d'enquête. Traductions Larrass inc. et H3 Creative ont relevé les défis respectifs de la traduction et de la conception de ce Rapport afin qu'il soit accessible et compréhensible. Merci également à Marquis Webcom, l'imprimeur du Rapport, pour la qualité de son travail.

Je suis également redevable à ceux qui ont participé au processus de consultation, en donnant sans compter leur temps et leur expertise : Advisory Group for Regulatory Excellence (Groupe consultatif pour l'excellence en matière de réglementation), Société Alzheimer de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, Maltraitance des personnes âgées Ontario, Family Councils Ontario, l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada, l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, le D<sup>r</sup> Samir K. Sinha, Saint Elizabeth Health Care, et le personnel du Centre des vétérans à l'hôpital Sunnybrook.

Aux membres du public qui ont communiqué leurs expériences du système de soins de longue durée ainsi que leurs points de vue sur la façon de l'améliorer – merci d'avoir pris le temps de vous assurer que nous vous avons entendus.

Mes collègues et amis, les juges Bellamy, Goudge, Lang, O'Connor et Tulloch, ont été des conseillers de confiance tout au long de l'Enquête. Je vous remercie pour vos témoignages directs sur le travail des commissaires.

Je termine en saluant la victime et les familles et les proches des victimes, ainsi que leur volonté de soutenir l'Enquête et d'y collaborer. Comme vous le constaterez à la lecture du Rapport, de nombreux changements ont déjà été mis en œuvre dans les soins de longue durée à la suite de l'Enquête. J'espère que vous y trouverez du réconfort en sachant que votre perte et votre chagrin n'ont pas été vains.

Enfin, j'adresse à ma famille, et plus particulièrement à mon mari très patient, Rob Badun, tous mes remerciements pour son soutien indéfectible au cours des deux dernières années. Qu'aurais-je pu faire sans vous?

L'honorable Eileen E. Gillese  
Commissaire

## Acronymes et sigles

ADAM	Armoire de distribution automatisée de médicaments
ADPE	Avis de décès de patient en établissement
AIOO	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
AMAC	Administration des médicaments assistée par code-barres
AVC	accident vasculaire cérébral
BCC	Bureau du coroner en chef
BMU	boîte à médicaments d'urgence
BRS	Bureau régional de services
CAMH	Centre de toxicomanie et de santé mentale
CARI	Les Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation
CARSS	Commission d'appel et de révision des services de santé
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
CASC SO	Centre d'accès aux soins communautaires du Sud-Ouest
CCIP	cathéter central inséré par voie périphérique
CCAI	Cadre canadien d'analyse des incidents
CCP	Professional Advisory Committee (comité consultatif professionnel)
CEPR	comité des enquêtes, des plaintes et des rapports
comité SÉS	Comité des politiques de la santé, de l'éducation et des services sociaux (comité du Cabinet)
comité SSS	Comité des politiques de la santé et des services sociaux [comité du Cabinet]
CRMCC	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
CRP	coroner régional principal
CSJ	Centre des sciences judiciaires
DAPC	La Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité
dossier AM	dossier sur l'administration des médicaments
dossier électronique AM	dossier électronique sur l'administration des médicaments
dossier imprimé AM	dossier imprimé sur l'administration des médicaments

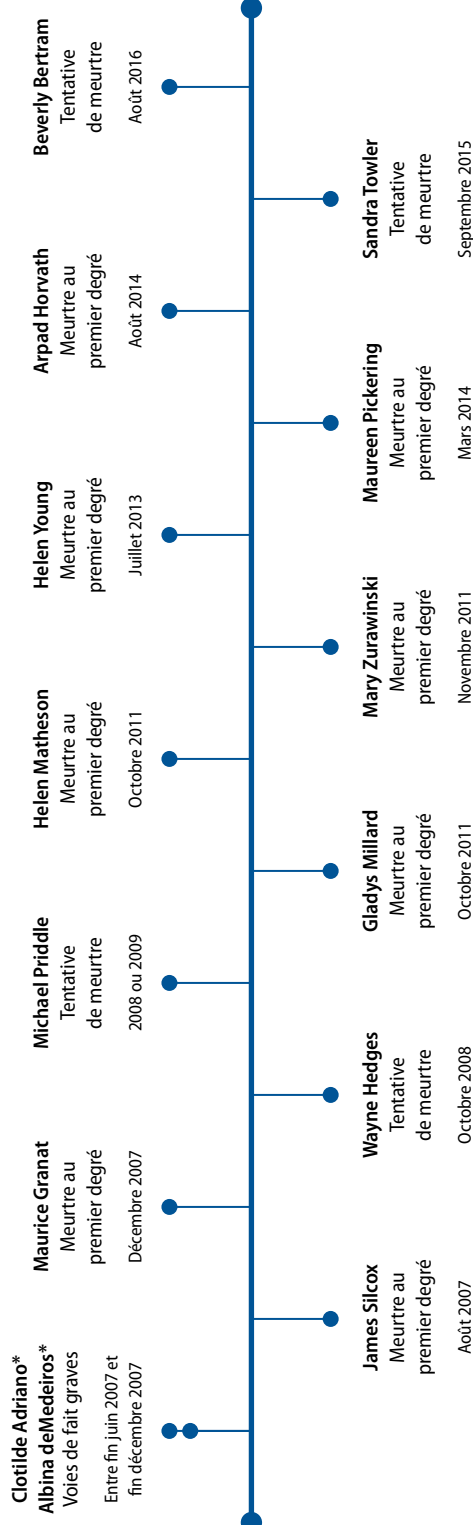
DS	directeur des soins
DSI	directeur de soins infirmiers
ÉCRÉT	Équipe centrale de réception, d'évaluation et de triage
Enquête publique sur les foyers de SLD	Enquête publique sur les foyers de soins de longue durée
ensemble MD	ensemble minimal de données
EPM	examen post mortem
équivalent TP	équivalent temps plein
ERS-SLD	Entente de responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée
fournisseur SS	fournisseur de services de santé
HNHB	Haldimand Niagara Haldimand Brant
HSIM	gestion de l'information sur le système de santé (division)
IA	infirmier autorisé
IAA	infirmier auxiliaire autorisé
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IGC	Indice des groupes clients
inspection PII	Inspection concernant des plaintes ou des incidents graves ou inspection de suivi
instrument EP	instrument d'évaluation du patient
IP	infirmier praticien
IQSR	Inspection de la qualité des services aux résidents
I/RAO	logiciel de répartition assistée par ordinateur
ISMP	Institut pour la sécurité des médicaments aux patients
LFSLD	<i>Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée</i>
LMSI	<i>Loi sur les maisons de soins infirmiers</i>
LPSR	<i>Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées</i>
LSSDSC	<i>Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires</i>

MPOC	maladie pulmonaire obstructive chronique
MSTP	meilleur schéma thérapeutique possible
OARC	Ontario Association of Residents' Councils
OIIO	Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
OLTCA	Ontario Long Term Care Association
OPA	Ontario Pharmacists' Association
PE	Protocole d'entente
PIQF	Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée
Politique AAFSE	Politique sur les agences et autres fournisseurs de services externes
préposé SSP	préposé aux services de soutien à la personne
PRN	pro re nata (« au besoin »)
PSI	programme de santé des infirmiers
QSSO	Qualité des services de santé Ontario
RAI-CA	instrument d'évaluation des résidents – Évaluation des contacts
RAI-HC	instrument d'évaluation des résidents – Soins à domicile
RAI-MDS	instrument d'évaluation du patient – Ensemble minimal de données
rapport AF	rapport automatisé du fournisseur
Rapport ÉRR	Rapport d'évaluation des risques et du rendement du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée
RED	Règlement extrajudiciaire des différends
RLISS	Réseaux locaux d'intégration des services de santé
RLISS SO	Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest
RNMH	ratio normalisé de mortalité hospitalière
SCAN	Suspected Child Abuse and Neglect (Program) [cas présumés d'enfants victimes de négligence ou de mauvais traitements]
SCQI	Système de contrôle de la qualité pour les inspecteurs
SGSI	système de gestion du suivi des incidents

SIMDUT	Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail
SIP	Soins infirmiers et personnels
SLD	Soins de longue durée
SMLO	Service de médecine légale de l'Ontario
SOIC	Système de rapport obligatoire d'incidents critiques
TAR	registre d'administration des traitements
TOC	trouble obsessionnel compulsif
TSMS	Tueur en série en milieu de soins de santé
UES	Unité des enquêtes spéciales
UML	Unité de médecine légale
UPML	Unité provinciale de médecine légale
WSIB	Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail



# Les victimes : la chronologie



\*Veuillez noter que l'orthographe du nom de famille d'Albina deMedeiros a été tirée de sa notice nécrologique. L'Enquête souligne que son nom de famille était parfois épelé différemment.

Source : Pièce 3.



**SECTION I**

SECTION II

SECTION III

ANNEXES

L'Enquête est établie





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

<b>I.</b>	<b>Le contexte</b> .....	4
<b>II.</b>	<b>L'Enquête</b> .....	6
	A. Le mandat, la fonction et l'objet .....	6
	B. Le processus .....	7
	C. Mon approche des recommandations .....	9
<b>III.</b>	<b>Les souffrances causées par les Infractions</b> .....	9
	A. Les victimes .....	9
	B. La victime et les familles et les proches des victimes .....	10
	C. Les communautés immédiates .....	11
	D. Le coût pour la communauté élargie .....	12
	E. Les Infractions n'étaient pas des meurtres par compassion.....	12
<b>IV.</b>	<b>Le contexte de l'Enquête : la population vieillissante de l'Ontario</b> .....	13
	A. L'évolution démographique .....	13
	B. Les options de soins pour les Ontariens âgés .....	14
	C. Vieillir chez soi .....	14
	D. Vivre dans un foyer de soins de longue durée .....	16
<b>V.</b>	<b>Les principales constatations</b> .....	17
	A. Introduction.....	17
	B. Aucune connaissance des Infractions sans les aveux de Wettlaufer .....	18
	C. Aucune conclusion d'inconduite .....	20
	D. Le système de soins de longue durée n'est pas cassé .....	21
<b>VI.</b>	<b>La feuille de route du Rapport</b> .....	22
	<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	27

## I. Le contexte

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 la dernière infraction dans un domicile privé, où elle offrait des soins infirmiers financés par l’État en vertu de la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires*<sup>2</sup>. Pour la commodité du lecteur, bien que la dernière Infraction ait été commise dans un domicile privé et non dans un foyer de SLD, je dirai dans l’ensemble du Rapport que les Infractions ont été commises au sein du système de soins de longue durée.

Jusqu’au moment où les Infractions étaient mises au jour, Wettlaufer semblait être une personne ordinaire dans tous les aspects de sa vie. 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 travaillé comme 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.

<sup>1</sup> J’utilise le mot « connue », car, comme je l’explique au chapitre 16, 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 (Ontario). Le juge Samuel Grange a présidé l’enquête publique chargée d’examiner la cause du décès des victimes et l’enquête de la police 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.

<sup>2</sup> L.O. 1994, chap. 26, version modifiée.

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 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, leur a remis ses aveux manuscrits et a répondu à leurs questions. Après que la police eut enquêté sur ses affirmations, elle a été accusée.

Le 1<sup>er</sup> juin 2017, dans une salle d'audience à Woodstock (Ontario), Wettlaufer a plaidé coupable aux accusations portées contre elle à la suite des Infractions. Le juge Bruce Thomas de la Cour supérieure de justice de l'Ontario a accepté ses plaidoyers de culpabilité et l'a déclarée coupable pour l'ensemble des 14 Infractions. Le 26 juin 2017, le juge Thomas a condamné Wettlaufer 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 être détectée? Les Infractions auraient-elles pu être prévenues? Et surtout, comment faire en sorte que de telles tragédies ne se reproduisent plus?

Le gouvernement de l'Ontario a réagi en mettant sur pied cette enquête publique.

## II. L'Enquête

### A. Le mandat, la fonction et l'objet

La présente Enquête a été mise sur pied le 1<sup>er</sup> août 2017 en vertu de la *Loi de 2009 sur les enquêtes publiques*<sup>3</sup>, et du décret 1549/2017 (OCI). Le décret apparaît à l'annexe A du présent volume.

L'énoncé du mandat de la Commission se trouve au paragraphe 2 du décret :

2. Compte tenu de l'article 5 de la *Loi de 2009 sur les enquêtes publiques*, la commission a pour mandat d'effectuer une enquête :
  - a. sur les événements qui ont conduit aux Infractions;
  - b. sur les circonstances et les facteurs contributifs ayant permis que ces événements surviennent, notamment sur l'effet, le cas échéant, des politiques, procédures et des pratiques pertinentes et sur les mécanismes de responsabilisation et de surveillance;
  - c. sur les autres éléments pertinents que la commissaire juge nécessaires afin d'éviter des tragédies similaires.

En résumé, le mandat de la Commission consistait à enquêter sur les événements liés aux Infractions et à découvrir la vérité sur ce qui s'était passé.

Le mandat de la Commission et celui de l'Enquête sont deux choses différentes. Le mandat de l'Enquête inclut à la fois les obligations de la Commission et celles que le décret m'impose, en tant que commissaire. Les plus importantes de ces obligations sont au nombre de deux. Premièrement, le décret m'oblige, en tant que commissaire, à fournir des recommandations sur la façon d'éviter des tragédies similaires à l'avenir. Deuxièmement, il m'oblige à remettre un rapport final au procureur général sur les activités de l'Enquête, y compris les recommandations, au plus tard le 31 juillet 2019. Le rapport final doit être rédigé en anglais et en français, et il doit y avoir une version électronique et une version imprimée.

Comme la plupart des enquêtes publiques, outre son mandat, cette Enquête remplit une fonction sociale importante. Dans *Phillips c Nouvelle-Écosse (Commission d'enquête sur la tragédie de la mine Westray)*<sup>4</sup>, le juge Cory explique :

<sup>3</sup> L.O. 2009, chap. 33, annexe 6.

<sup>4</sup> [1995] 2 R.C.S. 97, par. 62.



[Les enquêtes] peuvent remplir, et remplissent de fait, une fonction importante dans la société canadienne. Dans les périodes d'interrogation, de grande tension et d'inquiétude dans la population, elles fournissent un moyen d'informer les Canadiens sur le contexte d'un problème préoccupant pour la collectivité et de prendre part aux recommandations conçues pour y apporter une solution.

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

## B. Le processus

J'ai réparti le travail de l'Enquête en deux parties. La partie 1 visait à remplir le mandat de la Commission, énoncé au paragraphe 2 du décret, d'enquêter sur les Infractions et les circonstances qui ont permis qu'elles soient commises. La partie 2 consistait à élaborer des recommandations et à rédiger ce Rapport.

J'ai commencé la partie 1 de l'Enquête 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 (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 de santé 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 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.

Les 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>5</sup>, la plupart d'entre eux ayant leur propre avocat, ont sondé les preuves et les ont complétées.

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, 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. Les témoignages d'experts et techniques ont été entendus pendant trois jours à Toronto (Ontario).

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.

La partie 1 de l'enquête établissait le fondement factuel sur lequel reposait la partie 2. Dans la partie 2, les chercheurs de l'Enquête 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. Sur la base de cette recherche, des éléments de preuve recueillis lors des audiences publiques et des principaux thèmes que j'ai vus émerger des deux, j'ai préparé un dossier de consultation qui définissait un cadre de discussion pour les recommandations potentielles. À l'aide du dossier de consultation – que j'avais déjà distribué à l'avance – j'ai tenu 19 consultations en octobre et en novembre 2018 avec les participants et d'autres parties prenantes du système de SLD. Les consultations duraient généralement une

---

<sup>5</sup> Le droit de participer aux audiences publiques et ceux qui en ont bénéficié (les participants) sont abordés au chapitre 20.

journée, mais certaines ont duré deux jours. Le processus de consultation s'est poursuivi de manière informelle jusqu'à la séance plénière de janvier 2019, à laquelle ont assisté tous les participants à la consultation.

## C. Mon approche des recommandations

Les recommandations du présent Rapport visent à réaliser le mandat de l'Enquête, comme elles doivent le faire. Ainsi, elles traitent de la menace pour la sécurité des résidents et des clients posée par une tueuse en série en milieu de soins de santé comme Wettlaufer. Elles ont pour but de prévenir et de détecter les actes répréhensibles commis intentionnellement par les fournisseurs de soins de santé, et à dissuader ces personnes d'en commettre.

Cependant, dans la mesure du possible, les recommandations visent également à améliorer les soins et la qualité de vie des résidents. Les ressources humaines et financières sont insuffisantes dans le système de soins de longue durée. Il est logique que nous utilisions ces ressources à bon escient et que nous apportions des changements qui amélioreront non seulement la sécurité des personnes vivant dans le système de SLD, mais également leur qualité de vie quotidienne.

## III. Les souffrances causées par les Infractions

Les souffrances causées par les Infractions sont plus grandes qu'on ne peut l'imaginer. Les descriptions suivantes ne permettent pas de saisir la profondeur et l'ampleur de cette souffrance.

### A. Les victimes

Je commence par reconnaître les souffrances des 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 étaient des conjoints, des parents, des grands-parents, des frères, des sœurs et des amis bien-aimés.

**Clotilde Adriano<sup>6</sup>**

**Albina deMedeiros<sup>7</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**

## **B. La victime 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. 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. Après cette atteinte à sa vie, elle avait peur d'aller se coucher le soir et de recevoir des visites. Son mari a dû s'occuper de toutes les tâches ménagères, car elle semblait « incapable de faire quoi que ce soit » et ses relations avec les autres membres de la famille ont été ternies à la suite de cette expérience.

Les membres de la famille et les proches des victimes sont 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 en les professionnels de santé, les personnes en position d'autorité et le

---

<sup>6</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>7</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.

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. Beaucoup d'enfants des victimes se sentent coupables de ne pas avoir protégé leurs parents comme ceux-ci les ont protégés quand ils étaient petits. Dans certains cas, les familles ont été déchirées par les Infractions. Beaucoup connaissaient et aimaient bien Wettlaufer – certains l'avaient même félicitée et l'avaient serrée dans leurs bras pour avoir bien soigné leurs proches. Elles sont maintenant hantées par ces souvenirs.

Des années de thérapie seront peut-être nécessaires pour gérer les séquelles de ces Infractions pour la victime survivante et les familles des victimes. J'ai organisé des services de counseling pour elles pendant l'Enquête et, comme vous le constaterez à la fin de ce chapitre, je recommande que le counseling continue à être mis à leur disposition gratuitement pendant deux ans après la conclusion de l'Enquête.

Un certain nombre de groupes familiaux de victimes ont participé activement aux travaux de la Commission d'enquête, ce qui leur a occasionné des coûts élevés sur le plan personnel. J'espère sincèrement que chacun ait pu trouver un certain apaisement grâce au processus de l'Enquête, et que tous soient réconfortés par le Rapport et ses recommandations, sachant que leurs souffrances ont été le catalyseur des améliorations aux soins de longue durée en Ontario.

## **C. 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 même que leur famille, beaucoup de résidents des foyers de SLD dans lesquels les Infractions ont été commises avaient peur. Ceux qui ont travaillé avec Wettlaufer dans ces foyers ont été, et sont toujours, 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 SLD 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.

## **D. Le coût pour la communauté élargie**

Il a été largement rapporté que les Infractions ont ébranlé la confiance du public envers le système de soins de longue durée de l'Ontario. Le processus de l'Enquête a confirmé cela : le sentiment de trahison était palpable partout. 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.

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

Au cours de l'Enquête, j'ai entendu dire que les Infractions étaient des « meurtres commis 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. Blessier 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<sup>8</sup>. Wettlaufer a commis ces crimes pour sa seule satisfaction, et non parce qu'elle était mue par un sentiment de miséricorde malavisé.

---

<sup>8</sup> Motifs de la peine, p. 3. Les motifs se trouvent à l'annexe B du présent volume.

## IV. Le contexte de l'Enquête : la population vieillissante de l'Ontario

### A. L'évolution démographique

La population du Canada vieillit et la population de l'Ontario reflète cette tendance. La raison principale en est que les premiers membres de la génération du baby-boom (ceux nés entre 1946 et 1965) ont eu 65 ans en 2011. Le recensement de 2016 a été le premier à enregistrer plus de personnes âgées de 65 ans et plus que d'enfants de 14 ans et moins.

À lui seul, le vieillissement des baby-boomers constituerait un problème de ressources autolimitatif. Toutefois, la redistribution de la population de l'Ontario n'est pas seulement due au phénomène du baby-boom. Elle est également due à l'augmentation de l'espérance de vie et à la faiblesse des taux de natalité remontant aux années 1970. Cette tendance des Canadiens âgés, qui représentent une proportion importante de l'ensemble de la population, se maintiendra probablement bien après l'influence de la génération actuelle d'après-guerre.

Le vieillissement de sa population est un phénomène que le Canada a en commun avec les autres pays du G7. En 2016, la proportion d'ainés au Canada était inférieure à celle des pays du G7, à l'exception des États-Unis, où le taux de natalité est actuellement supérieur à celui du Canada<sup>9</sup>. La population du Canada a vieilli plus lentement en raison de son niveau d'immigration relativement élevé et de l'âge moyen des immigrants qui est inférieur à celui de la population en général<sup>10</sup>. Toutefois, si la population du Canada continue de vieillir comme prévu, la proportion de personnes âgées dans ce pays pourrait atteindre les niveaux actuels du Japon d'ici 2031 – un niveau où une personne sur quatre a 65 ans et plus<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> Statistique Canada, Chiffres selon l'âge et le sexe, et selon le type de logement : Faits saillants du Recensement de 2016, *Le quotidien*, 3 mai 2017 : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/170503/dq170503a-fra.htm>

<sup>10</sup> John Ibbitson et Darrell Bricker, « The Vanishing », *Globe and Mail* (Toronto), le 26 janvier 2019.

<sup>11</sup> Statistique Canada, Chiffres selon l'âge et le sexe, et selon le type de logement : Faits saillants du Recensement de 2016, *Le quotidien*, 3 mai 2017 : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/170503/dq170503a-fra.htm>

## B. Les options de soins pour les Ontariens âgés

Lorsqu'on vieillit, nos besoins en matière de santé et de soins personnels ont tendance à augmenter. Pour de nombreux Ontariens âgés, la question clé est de savoir si leurs besoins en matière de soins peuvent être satisfaits tout en vivant chez eux – avec l'aide de membres de la famille, d'amis et de fournisseurs de soins à domicile – ou s'ils jugeront nécessaire de déménager dans un logement collectif où des niveaux plus élevés de soutien sont fournis<sup>12</sup>.

Les options de soins pour les Ontariens âgés peuvent être considérées comme un spectre. À une extrémité du spectre se trouve la possibilité de « vieillir chez soi », c'est-à-dire de continuer à vivre de façon autonome à la maison, avec un soutien minimal. Les foyers de soins de longue durée, qui offrent aux résidents une surveillance et des soins infirmiers 24 heures sur 24, se situent à l'autre extrémité du spectre. À mesure que les besoins en soins augmentent et que les circonstances personnelles changent, les Ontariens âgés évoluent dans le continuum des soins : rester à la maison, mais avec un soutien accru; emménager dans un logement offrant de l'assistance et, lorsqu'un suivi et des soins constants sont nécessaires, emménager dans un foyer de soins de longue durée.

## C. Vieillir chez soi

La plupart des Ontariens âgés vivent dans des logements privés plutôt que collectifs. *Vieillir en confiance : le Plan d'action de l'Ontario pour les personnes âgées* (2017) indique que 93 % des Ontariens âgés de 65 ans et plus vivent dans des logements privés, une statistique correspondant aux données du recensement de 2016. La plupart (63 %) d'entre eux vivent avec un partenaire ou un conjoint, 23,5 % habitent seuls, 11 % avec un autre membre de la famille et 1,9 % avec quelqu'un qui ne fait pas partie de leur famille<sup>13</sup>.

Les soins qui permettent aux personnes de continuer à vivre chez elles malgré des problèmes de santé combinent l'aide familiale et les soins à domicile et dans la communauté. *Amener les soins au domicile : Rapport du groupe*

<sup>12</sup> Statistique Canada classe les logements comme privés ou collectifs et définit un logement collectif comme suit : « Établissement commercial, institutionnel ou communautaire » (<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/dwelling-logements002-fra.cfm>). À ce titre, les logements collectifs comprennent les foyers de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées.

<sup>13</sup> Ontario, ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité, *Vieillir avec confiance : le Plan d'action de l'Ontario pour les personnes âgées*, 9 novembre 2017 : [https://files.ontario.ca/le\\_plan\\_daction\\_de\\_lontario\\_pour\\_les\\_personnes\\_agees\\_2017.pdf](https://files.ontario.ca/le_plan_daction_de_lontario_pour_les_personnes_agees_2017.pdf)



*d'experts pour l'examen des soins à domicile et en milieu communautaire* (2015) indique qu'en Ontario, 1,8 million de personnes vivant à domicile ont reçu l'aide de 3,3 millions de proches aidants<sup>14</sup>. La *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires* régit la fourniture d'un large éventail de services financés par les fonds publics, y compris les agences de services de soutien communautaire (qui offrent, entre autres, des repas, du transport et du soutien aux proches aidants); les services de ménage (ménage, lessive et courses); des services d'assistance personnelle (services d'hygiène personnelle); et des services professionnels (soins infirmiers, ergothérapie, physiothérapie et travail social).

De nombreux Ontariens reçoivent des soins à domicile par le biais des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)<sup>15</sup>. (Jusqu'en 2017, les Centres d'accès aux soins communautaires offraient ce service.) Les RLISS sont des organismes de la Couronne financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Au cours de l'exercice 2016-2017, environ 760 000 personnes ont été servies par les RLISS, dont environ 561 000 ont reçu des soins à domicile. Plus de la moitié des clients des RLISS sont des Ontariens âgés<sup>16</sup>.

Le personnel des RLISS fournit directement certains soins à domicile, mais le plus souvent, les RLISS concluent un contrat avec des fournisseurs de services pour assurer des soins à domicile comme des soins infirmiers et du soutien à la personne. Une proportion importante de clients reçoivent des soins à domicile pendant de courtes périodes. La majorité des clients des soins à domicile « de courte durée » ne reçoivent des services que pendant quelques mois. Les clients des soins à domicile « chroniques », en revanche, ont souvent de nombreuses comorbidités qui sont prises en charge pendant plusieurs années. Les services offerts sont majoritairement des soins infirmiers, suivis des services de soutien personnel et d'aide familiale.

L'acuité<sup>17</sup> des clients de soins à domicile est en hausse. Trois facteurs ont contribué à cette augmentation : les gens vivent plus longtemps et les

---

<sup>14</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée : *Amener les soins au domicile : Rapport du groupe d'experts pour l'examen des soins à domicile et en milieu communautaire*, 7 mars 2015 : [http://health.gov.on.ca/fr/public/programs/lhin/docs/hcc\\_report.pdf](http://health.gov.on.ca/fr/public/programs/lhin/docs/hcc_report.pdf)

<sup>15</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 SLD, y compris Santé Ontario.

<sup>16</sup> Affidavit de Donna Ladouceur, aux par. 31-33.

<sup>17</sup> L'acuité désigne l'intensité des soins que nécessite une personne.

dernières années sont souvent accompagnées de déficiences cognitives et physiques; les patients sortent de l'hôpital pour retourner dans la communauté plus tôt dans leur trajectoire de rétablissement; beaucoup de ceux qui auraient auparavant été soignés à l'hôpital ou dans un foyer de soins de longue durée vivent à la maison<sup>18</sup>. Aujourd'hui, certains clients des services à domicile utilisent des ventilateurs 24 heures sur 24 et ont des besoins multiples en matière de soins. De plus, la complexité médicale des clients en soins palliatifs a changé<sup>19</sup>.

## D. Vivre dans un foyer de soins de longue durée

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 à domicile. Les personnes nécessitant des soins ou une surveillance 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>20</sup>. La plupart des lits des foyers de soins de longue durée sont de deux types : lits de longue et de courte durée. Les résidents occupant des lits de longue durée restent généralement dans le foyer jusqu'à leur décès. Les lits de courte durée comprennent les lits de convalescence, les lits provisoires et les lits de répit. Ces lits permettent aux membres de la communauté de rester dans un foyer de SLD pendant une courte période avant de retourner chez eux.

Les statistiques de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)<sup>21</sup> pour 2016-2017 aident à brosser un tableau général de la population de résidents de foyers de soins de longue durée en Ontario. Selon ces données, l'âge moyen d'un résident d'un foyer de soins de longue durée est de 83 ans. Bien qu'une petite majorité (54,6 %) de la population de ces foyers ait 85 ans et plus, 6,7 % ont moins de 65 ans. Les résidents sont principalement des femmes : elles constituent en effet environ les deux tiers (67,1 %) des résidents.

---

<sup>18</sup> Témoignage de Donna Ladouceur, transcription, daté du 8 août 2018, p. 7741-7742.

<sup>19</sup> Témoignage de Donna Ladouceur, transcription, p. 7713.

<sup>20</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction des données sur la santé, Division Gestion de l'information sur le système de santé, *Long-Term Care Home System Report from New CPRO*, février 2019.

<sup>21</sup> L'ICIS est un organisme indépendant, à but non lucratif, qui fournit de l'information sur les systèmes de santé canadiens et la santé de la population. Il collecte des renseignements provenant de différents secteurs des soins de santé (notamment des foyers de SLD) de l'Ontario, de toutes les autres provinces et des différents territoires.

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. Dans *This Is Long Term Care 2019*, l'Ontario Long Term Care Association a établi un profil des résidents des foyers de soins de longue durée en 2017-2018. Le profil montre entre autres que 90 % des résidents ont une forme ou une autre de déficience cognitive et que 86 % ont besoin d'une aide importante pour des activités comme manger ou aller aux toilettes<sup>22</sup>. (Le profil est présenté en détail au chapitre 4.) 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>23</sup>.

## V. Les principales constatations

### 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;
- aucune conclusion d'inconduite n'est justifiée;
- le système de SLD n'est pas cassé.

On ne saurait trop insister sur l'importance de ces constatations.

Le fait que les Infractions aient été découvertes uniquement parce que Wettlaufer les a avouées nous indique que, pour éviter de telles tragédies à l'avenir, 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 actes répréhensibles intentionnels commis par des professionnels de la santé et dissuader ces derniers d'en commettre.

<sup>22</sup> Ontario Long Term Care Association, *This Is Long-Term Care 2019* (Toronto, avril 2019), 3.

<sup>23</sup> Ontario Long Term Care Association, *This Is Long-Term Care 2018* (Toronto, avril 2018), 2.

Je ne fais pas de conclusion d'inconduite parce que les Infractions résultaient de défaillances systémiques dans le système de soins de longue durée, et non des défaillances d'un individu ou d'une organisation en son sein. Cependant, je ne veux pas dire que les parties prenantes ne peuvent rien faire individuellement pour améliorer la sécurité des résidents. Bien sûr, il y a des choses à faire – et je formule des recommandations particulières destinées aux parties prenantes sur ces questions. Cette constatation met toutefois en évidence le fait qu'il n'existe pas de solution simple. Nous ne pouvons pas pointer du doigt une personne ou une organisation donnée, déceler ses faiblesses et mettre fin à la menace posée par des malfaiteurs comme Wettlaufer en remédiant à ces failles. Au contraire, il faudra que toutes les parties prenantes du système de soins de longue durée travaillent ensemble pour atteindre l'objectif commun de sécurité pour les résidents et les clients qu'ils servent. La collaboration, la coopération et la communication doivent devenir les mots d'ordre du système.

Ma constatation selon laquelle le système de SLD n'est pas cassé est également 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 à faire de même. Mais nous devons également nous mobiliser et reconnaître les lacunes du système de soins de longue durée que les Infractions et la présente Enquête ont révélées. En outre, la présentation de ce Rapport nous oblige, en tant que société, à décider si nous sommes disposés à effectuer les investissements financiers nécessaires pour améliorer non seulement la sécurité des Ontariens âgés, mais également leur qualité de vie.

Je vais résumer maintenant le fondement de ces trois constatations.

## **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 les trois éléments de preuve suivants 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>24</sup> Il explique comment elle a pu continuer à commettre les Infractions, sans se faire prendre, en disant :

Elle était l’infirmière autorisée responsable des quarts de travail. Elle gérait les médicaments, le personnel et la paperasse. Semblait-il qu’elle avait le champ libre. La plupart de ses victimes étaient des résidents de Caressant Care (Woodstock). Elles avaient toutes des affections différentes et des niveaux de conscience de leur environnement et de leurs situations différents. Toutes, cependant, étaient extrêmement vulnérables aux mauvais traitements d’Elizabeth Wettlaufer. Dans une des déclarations de victimes, elle est décrite comme une « prédatrice traquant les faibles et les plus vulnérables »<sup>25</sup>.

Deuxièmement, personne n’a soupçonné que Wettlaufer avait intentionnellement porté atteinte à des résidents. Les preuves recueillies auprès de témoins dans les divers foyers et organisations pour lesquelles Wettlaufer a travaillé montrent que personne ne la soupçonnait d’avoir intentionnellement blessé des résidents 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 blesser intentionnellement 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 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>26</sup> montre qu’il n’avait aucune inquiétude sérieuse quant aux soins prodigués par Wettlaufer aux résidents.

Troisièmement, le D<sup>r</sup> Michael Pollanen, médecin légiste en chef de l’Ontario, a déclaré lors des poursuites pénales contre Wettlaufer et de la présente Enquête que, même si des investigations complètes sur le décès (y compris

<sup>24</sup> Motifs de la peine, p. 10. Les motifs se trouvent à l’annexe B du présent volume.

<sup>25</sup> Motifs de la peine, p. 2. Les motifs se trouvent à l’annexe B du présent volume.

<sup>26</sup> La « consignation au dossier et l’envoi d’un avis » consistent à donner à l’infirmier membre l’avis qu’une copie du rapport sera conservée au dossier de l’Ordre, qui l’examinera si d’autres préoccupations sont portées à son attention. Cette décision est traitée en détail au chapitre 13.

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 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 chapitre 14 contient une explication plus complète du témoignage du D<sup>r</sup> Pollanen.

### C. Aucune conclusion d'inconduite

Dans ce cas, les défaillances systémiques – et non individuelles – ont créé les circonstances permettant la perpétration des Infractions. Il serait donc injuste de ma part d'entreprendre une attribution personnelle de responsabilité.

Compte tenu de l'intérêt que la société porte aux tragédies qui ont conduit à des enquêtes publiques, il n'est pas surprenant que les problèmes qu'elles révèlent aient souvent un caractère systémique et demandent une réponse globale. Comme le juge Archie Campbell l'a observé dans le cadre de la Bernardo Investigation Review :

Il est fréquent que les défaillances systémiques, par opposition aux erreurs individuelles, soient la cause réelle des catastrophes publiques et le point de mire le plus approprié des enquêtes publiques. La détection publique d'erreurs ou d'actes individuels répréhensibles, bien qu'elle soit importante, ne règle pas nécessairement le problème sous-jacent. Et à moins que ce problème ne soit résolu, les mêmes erreurs ou actes répréhensibles se reproduiront probablement si le système qui les permettait n'est pas corrigé.

C'est une erreur pour une commission royale ou une enquête publique de se concentrer exclusivement sur la recherche de boucs émissaires lorsque l'échec est en réalité d'ordre institutionnel, à savoir un manque de systèmes appropriés, un manque de ressources raisonnables, une culture institutionnelle défaillante ou une rupture du mécanisme de reddition de comptes.

[...] Ces problèmes ne disparaissent pas simplement parce que des individus ont été mis en cause. Ces problèmes ne disparaissent que lorsque les personnes modifient leurs systèmes, leur attitude et leur façon de fonctionner<sup>27</sup>.

## D. Le système de soins de longue durée n'est pas cassé

Au chapitre 15, j'explique que le système de SLD n'est pas cassé. Voici un résumé des atouts du système existant qui suffit à justifier cette constatation.

- Premièrement la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* établit des normes claires et uniformes que tous les foyers de soins de longue durée en Ontario doivent respecter ainsi qu'un régime de conformité pour faire respecter ces normes. Elle fournit une base solide sur laquelle introduire des changements qui compléteront les efforts de conformité avec des stratégies visant à renforcer la capacité et l'excellence dans les soins offerts aux résidents.
- Deuxièmement, tout au long du processus de l'Enquête, j'ai été impressionnée par la passion et le dévouement de ceux qui travaillent dans le système de soins de longue durée, malgré les défis auxquels ils sont confrontés. C'est d'autant plus évident que de nombreuses parties prenantes ont déjà mis en œuvre des recommandations dont j'ai discuté avec elles dans le cadre des consultations. Elles n'ont pas attendu ce Rapport avant de passer à l'action. Au lieu de cela, après avoir appris ce qu'elles pourraient améliorer ou faire différemment, elles ont immédiatement pris des mesures en ce sens. Au chapitre 15, vous trouverez une liste des nombreuses questions sur lesquelles les parties prenantes ont agi avant le présent Rapport.
- Troisièmement, l'Ontario dispose d'un solide système d'investigation sur les décès et d'un excellent leadership. Il faut maintenant tirer parti de ces atouts en adaptant le système d'investigation sur les décès aux décès des résidents et à la possibilité d'actes répréhensibles intentionnels. Ce sujet est traité aux chapitres 14 et 18.

---

<sup>27</sup> « The Bernardo Investigation Review », dans Allan Manson et David Mullan, éd., *Commissions of Inquiry, Praise or Reappraise?* (Toronto : Irwin Law, 2003), citation reproduite dans Ed Ratushny, *The Conduct of Public Inquiries: Law, Policy and Practice* (Toronto : Irwin Law, 2009), 385-386.

- Les foyers de soins de longue durée disposent d'un solide système de gestion des médicaments sur lequel s'appuyer. Avec l'injection de modestes sommes d'argent, ce système peut être amélioré de manière à répondre non seulement aux préoccupations en matière de sécurité révélées par les Infractions, mais également à améliorer globalement la qualité pour les résidents et les conditions de travail de ceux qui leur fournissent des soins directs. Ce sujet est présenté plus en détail au chapitre 17.

## VI. La feuille de route du Rapport

Ce Rapport comprend quatre volumes, chacun ayant une orientation et un but précis.

**Le volume 1 : Résumé et recommandations consolidées** exposent brièvement les éléments clés du Rapport et comprennent une liste consolidée de toutes les recommandations qu'il contient. Cette liste intègre les recommandations que je fais dans plusieurs chapitres, mais pas dans tous. Contrairement aux recommandations figurant à la fin des chapitres, la liste récapitulative du Volume 1 n'inclut pas la justification des recommandations.

**Le volume 2 : Une enquête systémique sur les Infractions** résume les résultats des enquêtes de la Commission sur les Infractions et les circonstances dans lesquelles elles ont été commises. Il se divise en trois sections. La section I présente le contexte des Infractions et de l'Enquête. La section II traite du rôle des foyers de SLD et des fournisseurs de services de soins à domicile. La section III décrit les organismes de surveillance et de réglementation au sein du système de SLD.

Le **chapitre 2** donne un aperçu de la carrière d'infirmière de Wettlaufer, des Infractions qu'elle a commises et de la manière dont elle s'est retrouvée en prison. Il décrit les victimes afin que, dans une certaine mesure, les lecteurs connaissent leur histoire. Il fournit également une explication plus détaillée de la portée du mandat de l'Enquête et de la manière dont nous nous sommes acquittés de notre tâche dans l'exercice de ce mandat.

Le **chapitre 3** décrit les 12 premières années de la carrière d'infirmière de Wettlaufer. En dehors d'un début désastreux dans la profession, Wettlaufer n'a rien montré d'inhabituel pendant plus d'une décennie, ni sur elle-même ni sur le travail qu'elle a accompli. Ce chapitre fait également ressortir les preuves d'experts, examinées au chapitre 16, qui montrent que le profilage est peu ou pas utile pour tenter d'identifier les tueurs en série en milieu de soins de santé.



Le **chapitre 4** définit, de manière générale, le rôle des foyers de soins de longue durée. La majorité des recommandations visant spécifiquement les titulaires de permis et les foyers de SLD figurent à la fin de ce chapitre. Toutefois, il est également demandé aux titulaires de permis et aux foyers d'examiner les recommandations systémiques du volume 3, car la plupart d'entre elles ont des conséquences directes pour eux.

Les **chapitres 5 à 8** explorent les situations dans lesquelles Wettlaufer a commis les Infractions : en tant qu'employée de Caressant Care (Woodstock) et de Meadow Park (London); en tant qu'infirmière d'agence à Telfer Place; en tant qu'infirmière pour un fournisseur de services travaillant dans le secteur des soins à domicile, Saint Elizabeth Health Care.

Les **chapitres 9 à 12** décrivent le rôle de réglementation que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) jouent dans la surveillance du système de SLD. Ils décrivent les démarches entreprises par le Ministère lorsqu'il a eu connaissance des Infractions, notamment des inspections approfondies dans tous les foyers où une Infraction a été commise. La plupart des recommandations propres au Ministère, qui figurent à la fin du chapitre 9, peuvent être mises en œuvre rapidement, avec des avantages positifs immédiats pour les foyers de SLD. Le chapitre 15 examine la question systémique et les recommandations associées, appelant à un changement dirigé par le Ministère. Les recommandations adressées aux RLISS (ou à l'organisation qui leur succédera) figurent à la fin du chapitre 12. Le Ministère et les RLISS doivent également examiner toutes les recommandations systémiques du volume 3, dont beaucoup ont une incidence directe sur leur travail dans le système de SLD.

Le **chapitre 13** traite des crimes de Wettlaufer en lien avec son travail d'infirmière autorisée et son statut de membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre). La profession d'infirmière est une profession autonome. Pour l'exercer en Ontario, il faut être membre de l'Ordre. À titre d'organisme de réglementation, le rôle de l'Ordre est de réglementer, dans l'intérêt public, ses 175 000 membres. Au chapitre 13, j'examine d'abord le rôle général de l'Ordre dans la gouvernance des infirmiers en Ontario, puis les interactions de Wettlaufer avec l'Ordre depuis son inscription initiale en 1995 jusqu'à 2017, date à laquelle l'Ordre a révoqué son inscription. Ce chapitre se termine par des recommandations propres au travail de l'Ordre. Je renvoie également l'Ordre aux recommandations systémiques du volume 3, notamment celles relatives à la formation sur le phénomène des tueurs en

série en milieu de soins de santé (chapitre 16) et à la gestion des médicaments (chapitre 17).

Le **chapitre 14** décrit le système d'investigation sur les décès en Ontario, dirigé par le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO). Il met l'accent sur la manière dont les décès dans les foyers de SLD sont rapportés au BCC/SMLO et sur les mesures prises lors de l'investigation sur le décès d'un résident. Je décris également la participation du BCC/SMLO en ce qui a trait aux victimes de meurtre de Wettlaufer avant et après la révélation des Infractions. Je conclus en recommandant une approche en deux volets pour réformer le processus d'investigation sur le décès des résidents des foyers de SLD. Ce chapitre traite du premier volet : un rapport de décès modifié que les foyers de soins de longue durée transmettront au BCC/SMLO. Le second volet appelle à des changements dans le processus d'investigation sur les décès en ce qui concerne les résidents des établissements de SLD. Ce second volet, qui dépend d'une réponse systémique apportée par le BCC/SMLO, est présenté au chapitre 18.

**Le volume 3 : Une stratégie pour la sécurité** présente 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. Ces chapitres et recommandations s'adressent à tous les intervenants du système de SLD.

Le **chapitre 15** décrit ce que l'on entend par problèmes systémiques et les raisons pour lesquelles ils demandent des réponses systémiques. Il est également clair que le système de soins de longue durée de l'Ontario n'est pas cassé; son cadre réglementaire est solide et efficace pour garantir que tous les foyers de SLD respectent des normes de soins rigoureuses. Cependant, comme je l'explique au chapitre 15, un changement de culture est nécessaire, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée assurant le leadership nécessaire pour renforcer les capacités et l'excellence dans les foyers de SLD. Les recommandations constituent un plan directeur pour que le Ministère fasse ce pas courageux vers l'avenir, en travaillant en étroite collaboration avec d'autres intervenants dans le domaine des soins de longue durée.

Le **chapitre 16** expose les résultats de la preuve d'expert et de la recherche de l'Enquête sur le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé (TSMS). Bien que rare, ce phénomène existe depuis longtemps et a une portée universelle. Après avoir établi où, quand et comment les TSMS ont fonctionné et le grand nombre de personnes qu'ils ont tuées, je compare les caractéristiques communes des meurtres en série dans les établissements

de santé aux Infractions de Wettlaufer : il est clair qu'elle est une tueuse en série en milieu de soins de santé. Fait important, ce chapitre prouve que la première étape essentielle dans la lutte contre les TSMS consiste à sensibiliser l'ensemble du système de santé à la possibilité que les fournisseurs de soins nuisent intentionnellement aux personnes dont ils s'occupent. J'explique également pourquoi le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario occupent une position idéale pour diriger le processus de sensibilisation. Pour ce qui est du problème systémique, cependant, de nombreuses personnes devront travailler pour favoriser la sensibilisation nécessaire.

Le **chapitre 17** décrit une approche en trois volets pour dissuader les malfaiteurs de nuire intentionnellement aux résidents des foyers de soins de longue durée en utilisant des médicaments. Premièrement, je suggère des stratégies pour renforcer le système de gestion des médicaments dans les foyers et je recommande que le Ministère injecte des fonds pour permettre à ces établissements de mettre en œuvre lesdites stratégies. Certaines de ces stratégies sont simples et directes : installer des fenêtres dans les portes et les murs des salles de médicaments, de sorte que ce qui se passe à l'intérieur de celles-ci soit facilement visible, et placer des caméras dans les zones communes du foyer afin d'investiguer plus facilement et plus efficacement sur les incidents. D'autres stratégies nécessitent l'utilisation de technologies, comme des armoires de distribution automatisée, pour faciliter le suivi et la vérification des médicaments. D'autres encore appellent à un renforcement des fonctions de gestion des médicaments grâce à une plus grande participation des pharmaciens et des techniciens en pharmacie.

Deuxièmement, je recommande que les foyers améliorent leur analyse des incidents liés à des médicaments en utilisant, entre autres, un cadre d'analyse qui inclut le dépistage du potentiel de préjudice intentionnel. Troisièmement, pour éviter des tragédies comme les Infractions, il est clair que le nombre d'employés autorisés dans les foyers de soins de longue durée doit être augmenté. Le troisième volet demande au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de mener une étude afin de déterminer les niveaux adéquats de dotation en personnel pour chacun des quarts de jour, de soir et de nuit et, une fois que cela sera fait, d'octroyer un financement adéquat aux foyers de SLD afin qu'ils puissent atteindre ces niveaux.

Le **chapitre 18** traite du système d'investigation sur les décès en Ontario et de son fonctionnement en ce qui concerne les décès de résidents dans des foyers de soins de longue durée. J'explique les difficultés rencontrées pour détecter les décès de résidents causés intentionnellement et pourquoi les méthodes

existantes ne permettent pas de contrer la menace que représentent les TSMS. J'expose ensuite deux stratégies clés pour augmenter le nombre d'investigations de décès de résidents : la révision de l'Avis de décès de patient en établissement et l'utilisation des analyses de données, dans le cadre du projet du Ministère visant à détecter des taux de mortalité élevés dans les foyers de soins de longue durée.

Le **chapitre 19** traite des propositions qui ont été faites à l'Enquête sur la manière de prévenir de telles tragédies, mais qui ne sont finalement pas devenues des recommandations. Comme je l'explique, certaines propositions ne relevaient pas du mandat de l'Enquête. L'Enquête est obligée de respecter les limites de son mandat et ne peut donc pas donner suite à ces propositions. J'ai trouvé d'autres propositions irréalisables. Une comparaison des coûts et des avantages associés à d'autres propositions laisse présager qu'il n'y a pas lieu d'y donner suite. Bien que les propositions présentées au chapitre 19 ne soient pas devenues des recommandations, le simple fait de les explorer nous a amenés, mon équipe et moi, à réfléchir, à consulter et à faire des recherches sur les problèmes soulevés. Ce faisant, elles ont contribué à orienter ce Rapport et les recommandations qu'il contient.

**Le volume 4 : Le processus d'enquête** explique le processus suivi dans chacune des parties 1 et 2 de l'Enquête.

Le **chapitre 20** décrit la constitution de l'équipe de l'Enquête, la mise en place des bureaux de la Commission et le début de la communication avec le public. Il explique ensuite chaque étape de la première partie du processus de l'Enquête, en commençant par les rencontres que j'ai eues avec les familles des victimes et en terminant par les audiences publiques. Dans ce chapitre, je traite également du droit de participer, des personnes auxquelles il a été attribué, et de la façon dont j'ai formulé des recommandations concernant les allocations destinées à certains des participants.

Le **chapitre 21** décrit la deuxième partie du processus de l'Enquête, en commençant par les consultations des intervenants et en terminant par la production du présent Rapport. Au chapitre 21, je décris également une évolution survenue tardivement dans le processus de l'Enquête et la façon dont j'ai géré cette affaire.

## RECOMMANDATIONS

**Recommandation 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.

**Recommandation 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.



## Les Infractions, les victimes et l'établissement de l'Enquête

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	31
<b>II.</b>	<b>Le passé d'Elizabeth Wettlaufer</b> .....	32
<b>III.</b>	<b>L'insuline et les réactions hypoglycémiques</b> .....	34
<b>IV.</b>	<b>Les Infractions</b> .....	36
	<b>A. La carrière de Wettlaufer avant les Infractions</b> .....	37
	<b>B. Foyer de soins Caressant Care (Woodstock) (juin 2007 à mars 2014)</b> .....	39
	1. Aperçu .....	39
	2. Les Infractions .....	40
	<b>C. Foyer de soins Meadow Park (London) (avril à octobre 2014)</b> .....	42
	1. Aperçu .....	42
	2. L'infraction.....	42
	<b>D. Life Guard Homecare (janvier 2015 à août 2016)</b> .....	42
	1. Aperçu .....	42
	2. L'infraction.....	43
	<b>E. Saint Elizabeth Health Care (juillet à août 2016)</b> .....	43
	1. Aperçu .....	43
	2. L'infraction.....	44
<b>V.</b>	<b>Les victimes</b> .....	45
	Clotilde Adriano .....	45
	Albina deMedeiros .....	45
	James Silcox .....	46
	Maurice Granat.....	46
	Wayne Hedges .....	46
	Michael Priddle .....	47
	Gladys Millard.....	47
	Helen Matheson.....	47

Mary Zurawinski .....	48
Helen Young .....	48
Maureen Pickering .....	48
Arpad Horvath .....	49
Sandra Towler .....	49
Beverly Bertram .....	49
<b>VI. Les aveux et les poursuites pénales .....</b>	<b>50</b>
<b>A. Les aveux .....</b>	<b>50</b>
<b>B. L'enquête policière .....</b>	<b>51</b>
<b>C. Les plaidoyers de culpabilité et la peine .....</b>	<b>53</b>
<b>VII. L'Enquête .....</b>	<b>55</b>
<b>A. L'établissement de la Commission .....</b>	<b>55</b>
<b>B. Le mandat de la Commission .....</b>	<b>55</b>
<b>C. La portée de l'Enquête .....</b>	<b>56</b>
<b>D. Les fonctions et les principes directeurs de la Commission .....</b>	<b>58</b>



## I. Introduction

Entre 2007 et 2016, Elizabeth Wettlaufer a blessé ou tué plus d'une douzaine de ses patients alors qu'elle travaillait comme infirmière autorisée dans le sud-ouest de l'Ontario (les Infractions). Chacune des Infractions, à l'exception de la dernière, a été commise au sein d'un foyer de soins de longue durée (SLD) agréé et réglementé. La dernière infraction a été commise dans un domicile privé, où Wettlaufer offrait des soins infirmiers en vertu de la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires*<sup>1</sup>. Pour la commodité du lecteur, bien que la dernière infraction ait été commise dans un domicile privé et non dans un foyer de soins de longue durée, je dirai dans l'ensemble du Rapport que les Infractions ont été commises au sein du système de soins de longue durée.

Les Infractions ont anéanti la confiance du public envers le système de SLD de l'Ontario. Elles ont suscité une indignation publique généralisée et retentissante. Les victimes faisaient partie des personnes les plus vulnérables de notre société et se trouvaient à un stade de leur vie où elles méritaient respect, attention et affection de notre part.

Une enquête indépendante était la moindre des mesures à prendre pour rétablir la confiance du public envers le système de SLD et pour répondre à cette question : comment autant de crimes graves ont-ils pu être commis sur une période aussi longue et dans autant de lieux différents sans être découverts? L'Enquête publique a été établie pour trouver des réponses à cette question et pour fournir des recommandations sur la façon d'éviter de telles tragédies à l'avenir.

Ce chapitre commence par de brefs renseignements sur le passé de Wettlaufer. Étant donné qu'elle a commis les Infractions en injectant de l'insuline aux victimes, j'ai ensuite fourni quelques renseignements de base au sujet de l'insuline et de l'hypoglycémie, c'est-à-dire la réaction du corps à une surdose d'insuline. Les Infractions sont présentées dans la partie qui suit, y compris les dates auxquelles Wettlaufer les a commises et l'endroit où elle travaillait à ces moments-là.

Après cela est présentée ma brève description des victimes. Comme vous pourrez le voir, il s'agissait de personnes admirables, qui avaient passé leur vie à travailler, à élever leurs enfants et à contribuer à leur communauté. Ces personnes étaient des conjoints, des parents, des grands-parents, des frères,

---

<sup>1</sup> L.O. 1994, chap. 26, version modifiée.

des sœurs et des amis bien-aimés. Je prends un moment pour souligner un point important. Au cours de l'Enquête, beaucoup de personnes ont suggéré que les Infractions étaient peut-être des « meurtres par compassion ». Rien ne saurait être plus loin de la vérité. Les victimes profitaient encore de leur vie lorsqu'il leur a été porté préjudice, et leurs proches appréciaient encore le temps passé avec elles. Blesser ou tuer ces personnes n'était pas une preuve de « compassion ».

La fin de ce chapitre décrit les aveux de Wettlaufer, les poursuites pénales qui ont suivi, l'établissement de l'Enquête et son mandat.

## II. Le passé d'Elizabeth Wettlaufer

Elizabeth Tracy Mae (Parker) Wettlaufer<sup>2</sup> est née le 10 juin 1967. Elle a été élevée au sein d'une famille religieuse près de Woodstock, dans le sud-ouest de l'Ontario, et allait régulièrement à l'église lorsqu'elle vivait chez ses parents.

Après le secondaire, Wettlaufer a étudié le journalisme pendant un an, puis a fréquenté le London Baptist Bible College à London (Ontario), pendant quatre ans. Elle a obtenu un baccalauréat en éducation religieuse. Lorsqu'elle a décidé qu'elle voulait être infirmière, elle a perfectionné ses connaissances du niveau secondaire en sciences et en mathématiques. Elle a ensuite suivi un programme d'enseignement en sciences infirmières de trois ans au Conestoga College à Stratford (Ontario), et obtenu son diplôme d'infirmière en juin 1995. Son programme d'enseignement incluait l'administration de médicaments et la formation aux soins palliatifs et gériatriques.

Wettlaufer est devenue infirmière autorisée et membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre) en 1995.

Avant de devenir infirmière autorisée, Wettlaufer a emménagé à Geraldton, dans le nord de l'Ontario. En avril 1995, elle a commencé à travailler pour l'Association de Geraldton et du district pour l'intégration communautaire en tant que préposée aux services de soutien. Elle a continué jusqu'en février ou mars 1996.

---

<sup>2</sup> Le nom de naissance de Wettlaufer est Parker. Certains des documents présentés en preuve au cours de l'Enquête la mentionnent sous son nom de naissance, Parker.

Après être devenue infirmière autorisée, Wettlaufer a travaillé pour les employeurs suivants<sup>3</sup> :

- Hôpital du district de Geraldton (Geraldton, Ont.), de juin à octobre 1995;
- Victoria Rest Home (Woodstock, Ont.), de mars ou avril à octobre ou novembre 1996;
- Christian Horizons (Woodstock, Ont.), de juin 1996 à juin 2007;
- Foyer de soins Caressant Care (Woodstock, Ont.), de juin 2007 à mars 2014;
- Foyer de soins Meadow Park (London, Ont.), d'avril à octobre 2014;
- Life Guard Homecare (Brantford, Ont.), dont à l'établissement de soins de longue durée Telfer Place (Paris, Ont.), de janvier 2015 à août 2016<sup>4</sup>;
- Saint Elizabeth Health Care (comté d'Oxford, Ont.), de juillet à août 2016<sup>5</sup>.

Le 16 septembre 2016, Wettlaufer s'est présentée volontairement au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) de Toronto. Pendant son séjour au CAMH, elle a avoué avoir tué des résidents dans les foyers où elle avait travaillé en leur injectant de l'insuline.

En juin 2017, Wettlaufer a plaidé coupable et a été condamnée pour les 14 Infractions : huit chefs de meurtre au premier degré, quatre chefs de tentative de meurtre et deux chefs de voies de fait graves.

En juillet 2017, l'Ordre a révoqué le certificat d'inscription de Wettlaufer et affirmé que ses actions constituaient « l'exemple le plus choquant d'une conduite abusive et scandaleuse »<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> Les renseignements suivants, en particulier les dates et l'orthographe des noms des employeurs de Wettlaufer, sont tirés en grande partie de l'Exposé conjoint des faits présenté lors des procédures pénales contre Wettlaufer. D'autres dates et orthographes de noms figurent dans divers documents présentés en preuve au cours de l'Enquête.

<sup>4</sup> La durée d'emploi de Wettlaufer à Telfer Place a été plus courte que sa durée d'emploi chez Life Guard. Ces dates reflètent la durée de son emploi chez Life Guard. Elle a travaillé à Telfer Place entre février 2015 et avril 2016.

<sup>5</sup> Wettlaufer a reçu une offre d'emploi de la part de Saint Elizabeth Health Care en juin 2016, mais n'a commencé à y travailler qu'en juillet 2016.

<sup>6</sup> *College of Nurses of Ontario c Elizabeth Tracy Mae Wettlaufer, Registration #9581737*, 2017 CanLII 77173 (Ont. CNO), CanLII-2017 CanLII 77173 (ON CNO), consulté le 2018-12-01.

### III. L'insuline et les réactions hypoglycémiques

Wettlaufer a commis toutes les infractions en injectant de l'insuline aux victimes<sup>7</sup>. Pour cette raison, il est utile de comprendre pourquoi certaines personnes peuvent avoir besoin d'insuline synthétique et ce qu'il se passe lorsqu'elles en reçoivent trop, la conséquence étant un état appelé « hypoglycémie ».

Le glucose, parfois appelé « le sucre dans le sang », est un sucre simple que le corps humain utilise comme carburant. Normalement, le glucose provient de la nourriture que nous mangeons et de certaines boissons que nous buvons.

Le corps humain produit naturellement deux substances qui stabilisent le taux de glucose : l'insuline et le glucagon. Lorsque le taux de sucre dans le sang d'une personne est trop élevé, le corps produit de l'insuline pour le faire baisser. Lorsque le taux de sucre dans le sang d'une personne est trop faible, le corps produit du glucagon pour le faire augmenter. Un faible taux de sucre dans le sang est appelé « hypoglycémie ». Un fort taux de sucre dans le sang est appelé « hyperglycémie ».

Les personnes diabétiques ne sont pas capables de stabiliser naturellement leur taux de sucre dans le sang. Par conséquent, elles doivent prendre des moyens pour s'assurer que leur taux de sucre dans le sang reste dans une fourchette normale. Certaines personnes y parviennent en recevant des injections d'insuline synthétique. D'autres parviennent à contrôler leur taux de sucre dans le sang à l'aide de médicaments sous forme de comprimés.

Beaucoup de personnes âgées sont diabétiques à des degrés divers; de l'insuline synthétique est donc fréquemment administrée dans les foyers dispensant des soins de longue durée.

Deux grands types d'insuline sont pertinents dans cette affaire : l'insuline « à action brève » et l'insuline « à action prolongée ». Comme leurs noms le laissent supposer, le premier type est conçu pour faire baisser le taux de sucre dans le sang très rapidement, tandis que le second produit cet effet plus lentement, sur une période plus longue. Les deux types d'insuline sont généralement disponibles dans les foyers de SLD.

---

<sup>7</sup> Les renseignements fournis dans cette partie sont tirés principalement de l'Exposé conjoint des faits présenté dans le cadre de l'instance pénale contre Wettlaufer et du rapport du D<sup>r</sup> Michael Pollanen, médecin légiste en chef de l'Ontario, préparé en vue de ces procédures.

Le mode d'utilisation de l'insuline synthétique (le choix de sa forme, le moment de son administration et son dosage) est adapté en fonction des besoins de la personne. Durant la période où Wettlaufer a commis les Infractions, de l'insuline synthétique a été administrée au moyen d'un dispositif appelé le « stylo injecteur », qui comporte une aiguille à une extrémité et un bouton pour l'administration du médicament à l'autre extrémité. Une cartouche d'insuline était insérée dans le stylo injecteur. La personne administrant l'insuline devait ensuite tourner un sélecteur pour régler la dose souhaitée d'insuline qui serait injectée depuis la cartouche à la personne qui en a besoin.

L'injection d'insuline à une personne qui n'en a pas besoin peut faire descendre son taux de sucre dans le sang en dessous des valeurs normales et causer de l'hypoglycémie. Il en va de même en cas d'injection d'une surdose d'insuline.

L'hypoglycémie peut être légère ou grave. Elle entraîne un vaste éventail de symptômes non spécifiques, notamment la confusion, la pâleur, la diaphorèse (la transpiration), les tremblements, l'irritabilité, la faim, l'anxiété, la tachycardie (un rythme cardiaque anormalement rapide), des étourdissements, des maux de tête et la faiblesse. Lorsque l'hypoglycémie atteint un certain degré de gravité, une personne peut présenter un niveau de conscience réduit, tomber dans le coma ou mourir. L'injection d'une surdose d'insuline met souvent plusieurs heures à manifester son plein effet (elle ne tue pas instantanément).

Les stocks de stylos injecteurs et de cartouches d'insuline sont conservés dans des salles d'entrepôt des médicaments au sein des foyers de SLD. Bien que ces salles d'entrepôt des médicaments soient généralement fermées à clé et que les clés soient détenues en nombre limité et uniquement par des membres du personnel autorisés, les personnes qui disposent de ces clés peuvent accéder à de l'insuline sans être détectées. Habituellement, l'utilisation d'insuline ne fait pas l'objet d'un suivi. Lorsque le stock d'un résident est bas, une commande de réapprovisionnement est passée.

L'hypoglycémie est assez courante chez les personnes âgées, même lorsqu'elles ne sont pas atteintes de diabète. C'est pourquoi une crise d'hypoglycémie décelée chez une personne âgée n'éveille pas forcément de soupçons. En outre, étant donné que de nombreux symptômes de

l'hypoglycémie peuvent découler d'autres troubles médicaux, l'origine des symptômes peut être difficile à déterminer. Cela pourrait expliquer pourquoi l'insuline a été utilisée par un certain nombre de tueurs en série en milieu de soins de santé<sup>8</sup>.

## IV. Les Infractions

À l'exception d'une année environ, pendant laquelle elle a travaillé dans le nord de l'Ontario, Wettlaufer a passé toute sa carrière dans une petite partie du sud-ouest de l'Ontario. C'est là qu'elle a commis les Infractions.

La carrière de Wettlaufer a été marquée par des problèmes de rendement et des relations difficiles avec ses collègues. Le dernier stade de sa carrière a aussi été ponctué par de nombreux changements d'emploi. Il est important de noter que, malgré ses problèmes de rendement, Wettlaufer a été en mesure de poursuivre sa carrière d'infirmière dans de petites localités géographiquement proches les unes des autres.

La figure 2.1 donne une idée de la distance entre les foyers dans lesquels Wettlaufer a commis les Infractions.



**Figure 2.1 : Lieux des Infractions : Ingersoll, London, Paris et Woodstock, en Ontario**

Source : Compilé par la Commission.

<sup>8</sup> Le chapitre 16 du Volume 3 examine le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé et l'utilisation de l'insuline par les infirmiers pour tuer les personnes confiées à leurs soins.

## A. La carrière de Wettlaufer avant les Infractions

Wettlaufer a commis les Infractions alors qu'elle travaillait au sein du foyer de soins Caessant Care (Woodstock), du foyer de soins Meadow Park (London), de l'établissement de soins de longue durée Telfer Place et dans un domicile privé. Aucune des Infractions n'a été commise avant qu'elle ne commence à travailler au sein de Caessant Care (Woodstock), en 2007. Une brève description de sa carrière avant 2007 fournit toutefois des renseignements généraux utiles.

### ***Association de Geraldton et du district (avril 1995 à mars 1996)***

Wettlaufer a été employée en tant que préposée aux services de soutien (et non en tant qu'infirmière) par l'Association de Geraldton et du district pour l'intégration communautaire pendant qu'elle vivait dans le nord de l'Ontario. Durant une partie de sa période d'emploi au sein de cette association, Wettlaufer a aussi travaillé à l'Hôpital du district de Geraldton.

### ***Hôpital du district de Geraldton (juin à octobre 1995)***

Le premier emploi de Wettlaufer en soins infirmiers a été en tant qu'élève infirmière à l'Hôpital du district de Geraldton. Elle a commencé à travailler à l'hôpital en tant qu'infirmière autorisée en juin 1995, avec une inscription à l'Ordre dans la catégorie temporaire. Son inscription à l'Ordre dans la catégorie générale a été validée en août.

L'emploi de Wettlaufer au sein de l'hôpital a été de courte durée. En septembre 1995, elle s'est évanouie au travail. Elle avait volé du lorazépam (une substance réglementée) dans les réserves de l'hôpital et l'avait ingéré alors qu'elle se trouvait sur son lieu de travail. Deux autres infirmiers autorisés ont signalé qu'elle semblait hébétée, titubait et avait de la difficulté à communiquer. L'hôpital l'a renvoyée et a déclaré l'incident à l'Ordre, l'organisme régissant le travail des infirmières et infirmiers en Ontario, comme requis en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*<sup>9</sup>.

Des détails concernant l'enquête menée par l'Ordre sont disponibles au chapitre 13. Pour le moment, il est suffisant de savoir que l'Ordre a pris des mesures afin de déterminer si Wettlaufer était apte à exercer la profession d'infirmière. Il lui a ordonné de se soumettre à un examen donné par un médecin spécialisé dans le traitement des dépendances. Elle a également consulté un psychiatre.

---

<sup>9</sup> L.O. 1991, chap. 18.

Au final, l'Ordre a imposé des conditions et des limitations au permis d'exercer de Wettlaufer. En vertu de ces conditions, elle devait, entre autres, s'abstenir de tout abus de substance, ne pas consommer d'alcool, suivre un programme de traitement, informer l'Ordre si elle trouvait un emploi d'infirmière et si cet emploi changeait ultérieurement, et elle devait informer ses employeurs des conditions de son permis d'exercer.

L'Ordre a surveillé Wettlaufer en communiquant avec son employeur et avec les prestataires de son traitement. Il a levé les conditions en mai 1998.

### ***Victoria Rest Home (mars à octobre 1996)***

Wettlaufer a travaillé brièvement à la maison de repos Victoria Rest Home à Woodstock en tant qu'infirmière<sup>10</sup>.

### ***Christian Horizons (juin 1996 à juin 2007)***

En juin 1996, Wettlaufer a commencé à travailler pour Christian Horizons, un organisme situé à Woodstock (Ontario), qui fournissait des services de soutien résidentiel à des personnes invalides. Elle a travaillé là pendant plus de dix ans, non pas en tant qu'infirmière, mais en tant que préposée aux services de soutien.

Au début de l'été 2006, Wettlaufer a pris un congé de courte durée et a été hospitalisée en raison de troubles mentaux, notamment d'une dépression. Elle est retournée au travail à la fin du mois de juillet 2006.

Début 2007, le mariage de Wettlaufer a pris fin. Au printemps de cette année-là, elle a démissionné de Christian Horizons et prévoyait d'emménager au Nouveau-Brunswick avec une nouvelle compagne. Cette relation a cependant pris fin peu après sa démission, et Wettlaufer est restée à Woodstock.

---

<sup>10</sup> On ne sait que très peu de choses au sujet de son emploi à la maison de repos Victoria Rest Home. Dans un CV, Wettlaufer a décrit son poste à cet endroit comme celui d'« infirmière responsable ». Dans un autre CV, elle a indiqué avoir travaillé là en tant qu'« infirmière de chevet ». Une note de l'Ordre au sujet d'une conversation avec la maison de repos indique qu'elle a travaillé là en tant qu'infirmière auxiliaire autorisée.



## **B. Foyer de soins Caessant Care (Woodstock) (juin 2007 à mars 2014)**

### **1. Aperçu**

Wettlaufer a commencé à travailler au sein de Caessant Care (Woodstock) en tant qu'infirmière autorisée en juin 2007. À titre d'infirmière autorisée dans un foyer de SLD, elle était responsable des évaluations, de la planification des soins, de l'administration des médicaments, de l'établissement des horaires, de la réalisation d'interventions infirmières (soins de la peau et des plaies, par exemple) et de la consignation des notes au dossier des résidents. Ses responsabilités incluaient la supervision des infirmiers auxiliaires autorisés et des préposés aux services de soutien personnel.

En tant qu'infirmière autorisée, Wettlaufer avait un accès facile aux médicaments et aux fournitures médicales. Elle savait que l'insuline stockée dans les foyers où elle avait travaillé n'était pas comptabilisée de façon rigoureuse. Elle travaillait souvent le soir et la nuit avec une supervision minimale et avait facilement accès à de l'insuline.

Wettlaufer a commis la majorité de ses Infractions alors qu'elle travaillait au sein de Caessant Care (Woodstock), et ce, en commençant peu de temps après son arrivée.

Le 20 mars 2014, Wettlaufer a ajouté une erreur à la longue liste des erreurs de médicament commises durant son emploi à Caessant Care (Woodstock). Il s'agissait d'une erreur grave liée à l'administration d'insuline de sa part, mais elle ne concernait pas l'une de ses victimes. Caessant Care (Woodstock) a mis fin à son emploi.

Caessant Care (Woodstock) a informé l'Ordre du congédiement de Wettlaufer dans un rapport daté du 17 avril 2014. Ce rapport incluait un résumé mentionnant une grande partie de ses problèmes de rendement et des erreurs de médicament qu'elle avait commises au cours des deux années, approximativement, précédant son congédiement. Le rapport attirait également l'attention de l'Ordre sur le dossier personnel de Wettlaufer, indiquant que celui-ci incluait d'autres réprimandes et problèmes liés à son assiduité et à son comportement professionnel.

L'Ordre a déterminé qu'une enquête n'était pas nécessaire et n'a imposé aucune limitation au permis d'exercer de Wettlaufer. Une description de la gestion de cet incident par l'Ordre est disponible au chapitre 13.

## 2. Les Infractions

Les Infractions commises par Wettlaufer pendant qu'elle travaillait au sein de Caressant Care (Woodstock) sont indiquées ci-dessous par ordre chronologique.

### **Clotilde Adriano<sup>11</sup> – voies de fait graves**

Wettlaufer a intentionnellement injecté à M<sup>me</sup> Adriano des doses non nécessaires d'insuline à action prolongée à plusieurs reprises entre juin et décembre 2007. À ces occasions, d'autres fournisseurs de soins de santé, y compris des infirmiers, ont traité avec succès M<sup>me</sup> Adriano pour hypoglycémie.

### **Albina deMedeiros<sup>12</sup> – voies de fait graves**

Wettlaufer a intentionnellement injecté à M<sup>me</sup> deMedeiros des doses non nécessaires d'insuline à plusieurs reprises entre juin et décembre 2007. À ces occasions aussi, des infirmiers et d'autres fournisseurs de soins de santé ont traité avec succès M<sup>me</sup> deMedeiros pour hypoglycémie.

### **James Silcox – meurtre au premier degré**

Le 11 août 2007, Wettlaufer a intentionnellement injecté à M. Silcox une surdose d'insuline à action brève. Il est décédé le lendemain.

### **Maurice Granat – meurtre au premier degré**

Durant la nuit du 22 au 23 décembre 2007, Wettlaufer a injecté à M. Granat de l'insuline à action brève dans le but de mettre fin à ses jours. Il n'était pas diabétique et n'avait pas besoin d'insuline synthétique. Elle a dit à M. Granat que l'injection contenait des vitamines. Il est décédé le 23 décembre 2007.

### **Wayne Hedges – tentative de meurtre**

En octobre 2008, Wettlaufer a injecté à M. Hedges une grande quantité d'insuline dans le but de mettre fin à ses jours. Les dossiers indiquent que M. Hedges a fait une crise d'hypoglycémie en octobre 2008 et que Wettlaufer lui a administré des médicaments pour rétablir son taux de sucre dans le sang. Elle a déclaré à la police qu'elle ne se souvenait pas lui avoir donné ces médicaments.

<sup>11</sup> Dans certains documents présentés devant la Commission, le prénom de M<sup>me</sup> Adriano est épilé Clotilda, à la place de Clotilde. La Commission a utilisé l'orthographe figurant dans sa nécrologie.

<sup>12</sup> La Commission a utilisé l'orthographe du nom d'Albina deMedeiros figurant dans sa nécrologie. Son nom est épilé de différentes façons dans plusieurs documents présentés en preuve au cours de l'Enquête.

**Michael Priddle – tentative de meurtre**

En 2008 ou 2009, Wettlaufer a injecté à M. Priddle une grande quantité d'insuline dans le but de mettre fin à ses jours. Les dossiers médicaux confirment que, en juillet 2008, Wettlaufer dispensait des soins à M. Priddle et qu'il a eu un incident semblant être de nature hypoglycémique. Il a survécu à la surdose, apparemment sans intervention médicale.

**Gladys Millard – meurtre au premier degré**

Durant les premières heures du 14 octobre 2011, Wettlaufer a injecté à M<sup>me</sup> Millard à la fois de l'insuline à action brève et de l'insuline à action prolongée. Lorsque le personnel du quart de jour a remarqué que M<sup>me</sup> Millard avait des rougeurs, tenait un discours incohérent et présentait des signes vitaux faibles, il l'a transférée dans une salle de soins palliatifs. Malgré les efforts du personnel pour aider M<sup>me</sup> Millard, cette dernière est décédée le lendemain.

**Helen Matheson – meurtre au premier degré**

Le soir du 25 octobre 2011, Wettlaufer a injecté à M<sup>me</sup> Matheson de l'insuline à action brève dans le but de mettre fin à ses jours. Au cours de cette soirée et du jour suivant, l'état de M<sup>me</sup> Matheson s'est détérioré et elle a été transférée dans une salle de soins palliatifs. Elle est décédée le 27 octobre 2011.

**Mary Zurawinski – meurtre au premier degré**

Le 6 novembre 2011, M<sup>me</sup> Zurawinski a été transférée dans une salle de soins palliatifs. Wettlaufer lui a injecté de l'insuline à action brève et de l'insuline à action prolongée, lui disant que les injections étaient destinées à traiter la douleur. M<sup>me</sup> Zurawinski est décédée le lendemain, en début de journée.

**Helen Young – meurtre au premier degré**

Le 13 juillet 2013, Wettlaufer a injecté à M<sup>me</sup> Young de l'insuline à action brève, puis, plus tard, de l'insuline à action prolongée, lui disant que les injections étaient destinées à apaiser la douleur. M<sup>me</sup> Young est décédée le lendemain matin.

**Maureen Pickering – meurtre au premier degré**

Le 22 mars 2014, Wettlaufer a administré un sédatif à M<sup>me</sup> Pickering, lui disant qu'il s'agissait d'une injection de vitamines. Elle a ensuite fait deux injections d'insuline à M<sup>me</sup> Pickering, à environ deux heures et demie d'intervalle : la première contenait de l'insuline à action prolongée, et la seconde de l'insuline à action brève. Le lendemain, il a été découvert que M<sup>me</sup> Pickering était sans réaction et avait la peau froide et moite. Elle a été transportée à l'hôpital. Il a été constaté qu'elle était en état d'hypoglycémie et qu'elle avait aussi subi un accident vasculaire cérébral. Elle est retournée à Caressant Care (Woodstock) pour recevoir des soins palliatifs et est décédée le 28 mars 2014.

## C. Foyer de soins Meadow Park (London) (avril à octobre 2014)

### 1. Aperçu

Le 22 avril 2014, Wettlaufer a commencé à travailler au sein de Meadow Park (London), en Ontario, en tant qu'infirmière autorisée.

Le 25 septembre 2014, Wettlaufer a démissionné de Meadow Park (London), avec prise d'effet le 15 octobre 2014, en vue d'obtenir de l'aide pour « une maladie » nécessitant un traitement de longue durée. Plus tard, elle a avoué à la directrice des soins<sup>13</sup> de Meadow Park (London) qu'elle avait une dépendance à l'alcool et aux drogues. Son dernier jour de travail à Meadow Park (London) a été le 26 septembre 2014.

### 2. L'infraction

#### Arpad Horvath – meurtre au premier degré

Le 23 août 2014, Wettlaufer a injecté à M. Horvath de l'insuline à action brève et de l'insuline à action prolongée. Plus tard cette nuit-là, M. Horvath a été découvert sans réaction, en plus d'avoir la peau froide et moite. Il a été transporté à l'hôpital, où on lui a diagnostiqué une hypoglycémie. Il a été traité, mais est resté à l'hôpital, car il était dans le coma et faisait des crises convulsives. M. Horvath est décédé à l'hôpital le 31 août 2014.

## D. Life Guard Homecare (janvier 2015 à août 2016)

### 1. Aperçu

En janvier 2015, Wettlaufer a commencé à travailler pour Life Guard Homecare à Brantford (Ontario), en tant qu'infirmière autorisée. Life Guard est une entreprise d'aide à la vie autonome qui offre des services d'assistance infirmière et de soutien personnel au domicile des clients. Elle sous-traite également ses infirmiers autorisés, ses infirmiers auxiliaires autorisés et ses préposés aux services de soutien personnel aux foyers de SLD dans les régions de Brant, d'Oxford et de Haldimand-Norfolk.

---

<sup>13</sup> Dans d'autres foyers, ce poste est appelé directeur des soins infirmiers (DSI).

Durant son emploi chez Life Guard, Wettlaufer a été affectée à plusieurs foyers de SLD, y compris à l'établissement de soins de longue durée Telfer Place situé à Paris (Ontario). Elle a été affectée à Telfer Place pour divers quarts de travail entre février 2015 et avril 2016.

Le 7 septembre 2016, Wettlaufer a démissionné de Life Guard.

## **2. L'infraction**

### **Sandra Towler – tentative de meurtre**

Le 6 septembre 2015, Wettlaufer travaillait à Telfer Place en tant qu'infirmière d'agence, pour le compte de Life Guard. Elle a injecté à Sandra Towler de l'insuline à action prolongée et de l'insuline à action brève. M<sup>me</sup> Towler a fait une réaction hypoglycémique, mais a été traitée avec succès. Au moment de la rédaction du présent Rapport, M<sup>me</sup> Towler est encore en vie.

## **E. Saint Elizabeth Health Care (juillet à août 2016)**

### **1. Aperçu**

En juillet 2016, Wettlaufer a commencé à travailler pour Saint Elizabeth, le plus important fournisseur de services de santé en Ontario, qui compte plus de 8 000 employés réalisant environ 5 millions de visites médicales par an. Dans l'ensemble du Canada, Saint Elizabeth assure chaque jour environ 20 000 visites. L'organisation met à la disposition des clients des infirmiers autorisés, des infirmiers auxiliaires autorisés et d'autres employés, qui sont chargés d'aider les clients à leur domicile.

Dans le cadre de son emploi chez Saint Elizabeth, Wettlaufer a dispensé des soins infirmiers à des clients à leur domicile, dans le comté d'Oxford. Beverly Bertram était l'une de ses clients.

Le 29 août 2016, Wettlaufer a démissionné de Saint Elizabeth après avoir appris qu'elle devrait travailler avec des enfants diabétiques dans une école. Plus tard, elle a avoué à la police qu'elle avait démissionné parce qu'elle craignait de porter préjudice à ces enfants.

## 2. L'infraction

### **Beverly Bertram – tentative de meurtre**

M<sup>me</sup> Bertram souffre de plusieurs problèmes de santé, notamment de diabète, lequel est contrôlé au moyen d'injections d'insuline. Elle n'est pas atteinte de démence. Elle a été opérée à la jambe gauche durant l'été 2016, et le 19 août de la même année, elle a quitté l'hôpital pour rentrer chez elle. Des infirmiers de Saint Elizabeth ont effectué des visites à son domicile périodiquement afin de traiter une infection. Leur assistance consistait en partie à administrer des antibiotiques par intraveineuse au moyen d'un cathéter central inséré par voie périphérique (CCIP), un tube inséré dans une veine.

Le 20 août 2016, Wettlaufer s'est rendue au domicile de M<sup>me</sup> Bertram et lui a administré des antibiotiques par intraveineuse au moyen du CCIP.

Plus tard ce jour-là, après avoir décidé que M<sup>me</sup> Bertram serait sa prochaine victime, Wettlaufer s'est rendue au domicile d'une autre cliente de Saint Elizabeth afin de lui voler de l'insuline. Elle est entrée dans le domicile, sans y être invitée et sans s'annoncer, alors que la cliente était sous la douche. La cliente a entendu du bruit et demandé si quelqu'un était là, mais n'a pas reçu de réponse. Une fois sa douche terminée, la cliente est sortie de la salle de bain et a découvert Wettlaufer en train de fouiller dans ses médicaments, lesquels incluaient de l'insuline et de la morphine. Wettlaufer lui a dit qu'elle cherchait un oxgénomètre qu'elle avait oublié lors d'une précédente visite. En réalité, elle avait volé une partie de l'insuline de la cliente. Plus tard, Wettlaufer a avoué qu'elle avait aussi volé une partie de l'hydromorpnone de la cliente pour sa propre consommation.

Même si M<sup>me</sup> Bertram est diabétique et disposait de sa propre insuline, Wettlaufer a volé l'insuline de l'autre cliente, de sorte que si M<sup>me</sup> Bertram décédait, comme le voulait Wettlaufer, une enquête ne révélerait pas une réserve d'insuline anormalement basse chez M<sup>me</sup> Bertram.

Le 21 août 2016, Wettlaufer a effectué une visite au domicile de M<sup>me</sup> Bertram et a administré à celle-ci, au moyen de son CCIP, une « énorme quantité » d'insuline de l'autre cliente. Après avoir reçu ce qu'elle pensait être de simples antibiotiques, M<sup>me</sup> Bertram a expliqué s'être sentie étrangement nauséuse et étourdie. Inquiète, elle a décidé de ne pas s'injecter d'insuline ce jour-là.

M<sup>me</sup> Bertram a survécu à cette attaque sans intervention médicale. Elle est en vie à ce jour.

## V. Les victimes

Les renseignements suivants sont tirés de l'Exposé conjoint des faits présenté dans le cadre des poursuites pénales contre Wettlaufer. L'Exposé conjoint des faits est disponible à l'annexe C du présent volume du Rapport.

### **Clotilde Adriano**

Clotilde Adriano est née le 25 octobre 1920. Elle a vécu à Woodstock avec son époux (décédé en 1997) et ses deux enfants.

En mars 2007, M<sup>me</sup> Adriano est devenue résidente de Caessant Care (Woodstock), où vivait sa belle-sœur, Albina deMedeiros. Leurs chambres se situaient à côté l'une de l'autre.

M<sup>me</sup> Adriano était atteinte de démence et souffrait de diabète insulino-dépendant.

Elle est décédée en 2008, à l'âge de 87 ans.

### **Albina deMedeiros**

Albina deMedeiros est née au Portugal le 25 février 1919 et a emménagé plus tard au Canada pour rejoindre ses frères et sa famille. Son mari et elle ont travaillé dans le domaine de la culture du tabac, dans la région de Woodstock. Ils n'ont pas eu d'enfant ensemble, mais son mari avait des enfants issus d'un précédent mariage.

À la suite du déclin de ses facultés cognitives, M<sup>me</sup> deMedeiros est devenue résidente de Caessant Care (Woodstock) le 4 décembre 2006<sup>14</sup>. Elle vivait dans une chambre située à côté de celle de sa belle-sœur, Clotilde Adriano. Le diabète de M<sup>me</sup> deMedeiros nécessitait des injections d'insuline.

Elle est décédée en 2010, le jour de son 91<sup>e</sup> anniversaire.

---

<sup>14</sup> L'Exposé conjoint des faits affirme que M<sup>me</sup> deMedeiros a été admise à Caessant Care (Woodstock) en avril 2006, mais le formulaire d'admission du foyer indique le 4 décembre 2006 comme date d'admission.

### **James Silcox**

James Silcox est né le 17 février 1923 et a vécu à Woodstock pendant la majeure partie de sa vie. Il a travaillé pour Standard Tube inc. pendant plus de 30 ans et a servi durant la Seconde Guerre mondiale. Il a été marié pendant 63 ans à son épouse, Agnes, avec qui il a eu six enfants. Il était grand-père et arrière-grand-père.

M. Silcox a subi un accident vasculaire cérébral au printemps 2007 et a été hospitalisé pendant quatre mois et demi. Il a été admis à Caessant Care (Woodstock) le 25 juillet 2007 et était atteint de plusieurs troubles médicaux, notamment de la maladie d'Alzheimer et de diabète contrôlé par des injections d'insuline. Le 4 août 2007, M. Silcox a été opéré à la hanche droite au Woodstock General Hospital. Il est retourné à Caessant Care (Woodstock) le 10 août 2007.

Il est décédé le 12 août 2007, à l'âge de 84 ans.

### **Maurice Granat**

Maurice Granat est né le 7 février 1923 et a vécu à Tillsonburg (Ontario), pendant la majeure partie de sa vie. Il avait été ferblantier et avait tenu un petit magasin à Tillsonburg, où il réparait des appareils. Il avait une grande famille et un large cercle d'amis dans la région de Tillsonburg.

M. Granat a été admis à Caessant Care (Woodstock) en décembre 2006. Il était atteint d'un cancer et de plusieurs autres troubles physiques. Il n'était pas diabétique, mais était devenu fragile. Même si parfois on le disait confus, il n'avait pas reçu de diagnostic de démence ou de maladie similaire.

Il est décédé le 23 décembre 2007, à l'âge de 84 ans.

### **Wayne Hedges**

Wayne Hedges est né le 23 avril 1951. La plupart de sa famille vivait dans l'ouest de l'Ontario.

M. Hedges a été admis à Caessant Care (Woodstock) en 2000, à l'âge de 49 ans. Il recevait des injections d'insuline pour son diabète. Il était également atteint de schizophrénie et de troubles du développement.

Il est décédé en janvier 2009, à l'âge de 57 ans.



### **Michael Priddle**

Michael Priddle est né le 1<sup>er</sup> juin 1949 et a grandi à Ingersoll (Ontario), où il a rencontré son épouse. Il s'est marié en 1971 et a eu un fils. M. Priddle avait exercé le métier de boucher et était passionné de hockey.

M. Priddle était atteint de la maladie de Huntington. En raison de l'évolution de sa maladie, il avait besoin de soins permanents. Son état l'avait rendu incapable de dire s'il ressentait de la douleur, et il courait un risque important de se blesser, de faire une chute et de s'étouffer. Il n'était pas diabétique et n'avait pas besoin d'insuline synthétique. Il a été admis à Caressant Care (Woodstock) le 20 octobre 2006.

Il est décédé en 2012, à l'âge de 63 ans.

### **Gladys Millard**

Gladys Millard est née le 11 octobre 1924 à New Glasgow, en Nouvelle-Écosse. Son époux (décédé en 1997) et elle se sont installés à Woodstock (Ontario). Ils ont eu deux enfants. M<sup>me</sup> Millard prenait part aux activités de son église ainsi qu'à divers clubs philanthropiques et œuvres de charité.

Elle a été admise à Caressant Care (Woodstock) le 11 septembre 2006. Elle était atteinte de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles médicaux, mais n'était pas diabétique et n'avait pas besoin d'insuline synthétique.

Elle est décédée le 14 octobre 2011, peu après avoir célébré ses 87 ans avec sa famille et ses amis.

### **Helen Matheson**

Helen Matheson est née le 4 juin 1916 et s'est installée dans le village d'Innerkip (Ontario). Son époux (décédé en 1998) et elle ont eu deux fils et plusieurs petits-enfants et arrière-petits-enfants. Elle a pris part aux activités de son église pendant de nombreuses années.

M<sup>me</sup> Matheson a été admise à Caressant Care (Woodstock) le 20 janvier 2010, alors qu'elle avait 93 ans. Elle était atteinte de démence et d'autres troubles médicaux, mais pas de diabète. Elle n'avait pas besoin d'insuline synthétique.

Elle est décédée au cours des premières heures du 27 octobre 2011, à l'âge de 95 ans.

### Mary Zurawinski

Mary Zurawinski est née le 7 avril 1915 et a grandi à Sudbury (Ontario). Elle s'est mariée, a travaillé comme serveuse et a eu quatre fils. Son époux et trois de ses fils sont décédés avant elle. Elle était très indépendante avant son admission à Caressant Care (Woodstock) le 6 mai 2011, à l'âge de 96 ans.

M<sup>me</sup> Zurawinski était atteinte de plusieurs troubles médicaux, notamment de démence, mais pas de diabète. Elle n'avait pas besoin d'insuline synthétique.

Elle est décédée au petit matin du 7 novembre 2011. Elle avait 96 ans.

### Helen Young

Helen Whitelaw Marshall Young est née à Édimbourg, en Écosse, le 29 juin 1923. Elle a servi durant la Seconde Guerre mondiale, ce qui lui a permis de rencontrer son époux (décédé en 1988). Après leur mariage en 1948, elle a immigré au Canada, et ils se sont installés à Woodstock en 1971. Le couple, qui n'a pas eu d'enfant, adorait les animaux et les voyages.

À la suite d'une mauvaise chute, M<sup>me</sup> Young ne pouvait plus vivre seule. Elle est devenue résidente de Caressant Care (Woodstock) le 16 décembre 2009<sup>15</sup>. Elle était atteinte de plusieurs troubles médicaux, notamment de démence, mais n'était pas diabétique et n'avait pas besoin d'insuline synthétique.

Elle est décédée le 14 juillet 2013. Elle avait 90 ans.

### Maureen Pickering

Maureen Pickering est née le 9 juin 1935 et a vécu dans la ville de Tillsonburg (Ontario). Son époux (décédé en 2009) et elle ont habité dans la région du grand Toronto avant d'emménager à Tillsonburg. Ils n'ont pas eu d'enfant. Après le décès de son époux, elle a fait régulièrement des séjours en Floride, avant que sa santé décline.

M<sup>me</sup> Pickering a été admise à l'hôpital de Tillsonburg le 21 août 2013. Le 9 septembre 2013, elle est devenue résidente de Caressant Care (Woodstock). Ses troubles médicaux incluaient la démence et la maladie d'Alzheimer. Elle n'était pas diabétique et n'avait pas besoin d'insuline synthétique.

Elle est décédée le 28 mars 2014. Elle avait 78 ans.

---

<sup>15</sup> La Commission a utilisé la date du 16 décembre 2009, qui est la date figurant dans les dossiers fournis dans le cadre de l'Enquête. La date du 12 décembre 2009 figure dans d'autres documents présentés en preuve au cours de l'Enquête.

### **Arpad Horvath**

Arpad Horvath est né le 14 novembre 1938 et a vécu la majeure partie de sa vie à Straffordville (Ontario). Son épouse et lui ont eu deux enfants.

M. Horvath a dirigé sa propre entreprise d'outils et de matrices pendant 50 ans. Il était passionné de chasse et très fier de ses racines hongroises.

Il a été admis à Meadow Park (London) le 29 août 2013. Il était atteint de plusieurs troubles médicaux, notamment de démence et de diabète. Son diabète était traité au moyen d'hypoglycémifiants oraux, et non d'injections d'insuline.

Il est décédé le 31 août 2014. Il avait 75 ans.

### **Sandra Towler**

Sandra Towler est née le 6 avril 1939. Elle a habité dans le comté de Brant, où elle a élevé sa fille et son fils.

M<sup>me</sup> Towler a été admise à Telfer Place le 12 février 2014. Elle était atteinte de démence et de diabète. Son diabète était contrôlé au moyen d'hypoglycémifiants oraux; elle n'avait donc pas besoin d'injections d'insuline.

Bien que M<sup>me</sup> Towler ait survécu à la tentative de meurtre commise par Wettlaufer, sa maladie l'empêche de communiquer.

### **Beverly Bertram**

Beverly Bertram est atteinte de diabète, entre autres troubles médicaux. Elle n'est pas atteinte de démence.

M<sup>me</sup> Bertram est en vie aujourd'hui, mais à cause de la tentative de meurtre commise par Wettlaufer, elle souffre d'un traumatisme psychologique durable.

## VI. Les aveux et les poursuites pénales

### A. Les aveux

Le 16 septembre 2016, environ deux semaines après avoir démissionné de Saint Elizabeth, Wettlaufer s'est présentée volontairement au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) de Toronto. Elle y est restée jusqu'au 5 octobre 2016. Bien qu'elle se soit présentée au CAMH de sa propre initiative, elle y a été admise et détenue à titre de patiente en cure obligatoire<sup>16</sup> conformément à la *Loi sur la santé mentale*.

Au moment de son admission au CAMH, il n'y avait pas de poursuites pénales ni d'autre type d'enquête en cours concernant Wettlaufer ou l'une de ses victimes.

Pendant son séjour au CAMH, Wettlaufer a révélé à son psychiatre qu'elle avait intentionnellement administré des surdoses d'insuline à un certain nombre de ses patients, entraînant ainsi leur décès. Elle a choisi de discuter en détail de ses agissements, même si elle savait qu'il y avait des limites à la confidentialité de la relation médecin-patient. Elle a été informée de ses droits légaux, y compris de son droit de consulter un avocat, et du fait que le CAMH pouvait avoir l'obligation légale de divulguer ses propos à la fois à la police et à l'Ordre des infirmières et infirmiers. Wettlaufer a refusé de se faire aider par un avocat et a continué ses aveux pendant 20 jours, même après avoir été informée par le CAMH du fait que la police et l'Ordre des infirmières et infirmiers avaient été contactés. Elle a invariablement affirmé qu'elle s'était rendue au CAMH pour parler ouvertement de ses agissements et se préparer à les signaler à la police et à l'Ordre.

Le psychiatre qui traitait Wettlaufer a suggéré que, pour des raisons thérapeutiques, elle devrait organiser ses pensées et ses aveux sur papier. Les 24 et 25 septembre 2016, Wettlaufer a rédigé à la main une déclaration de quatre pages, dans laquelle elle a fourni des notes détaillées sur ses agissements, à savoir les meurtres de huit de ses patients et l'administration d'insuline à six autres patients qui ont survécu<sup>17</sup>. Elle l'a rédigée de mémoire, sans avoir aucun document à sa disposition. Avec son consentement, ce document manuscrit a plus tard été remis à la police.

<sup>16</sup> Wettlaufer a été admise au CAMH en vue d'une évaluation selon la formule 1 stipulée à l'article 13 des *Dispositions générales*, R.R.O. 1990, Règl. 741, de la *Loi sur la santé mentale*, L.R.O. 1990, chap. M.7. Une formule 3 (certificat d'admission en cure obligatoire) a également été signée afin de s'assurer qu'elle resterait au CAMH. Ce certificat a été renouvelé ultérieurement.

<sup>17</sup> Les 24 et 25 septembre 2016 sont les dates qui figurent dans l'Exposé conjoint des faits présenté dans le cadre des poursuites pénales contre Wettlaufer.

## B. L'enquête policière

Dans la mesure où la majorité des Infractions avaient été commises à Woodstock, le 29 septembre 2016, le Service de police de Woodstock a été informé des Infractions signalées. Il a été convenu que des détectives du Service de police de Toronto procéderaient à un premier interrogatoire de Wettlaufer. Ce jour-là, le Service de police de Toronto a interrogé Wettlaufer, avec son consentement. Elle a été autorisée à sortir temporairement du CAMH à cette fin. Elle a refusé une invitation à consulter un avocat et a parlé librement pendant environ 40 minutes avant de se sentir fatiguée et de demander à retourner au CAMH. Le Service de police de Woodstock a été informé de la teneur de cet interrogatoire.

Le 3 octobre 2016, le Service de police de Woodstock a entamé sa propre enquête. Étant donné que les Infractions concernaient plusieurs compétences territoriales en Ontario, l'enquête a été menée conjointement par le Service de police de Woodstock, la Police provinciale de l'Ontario et le Service de police de London.

Le 5 octobre 2016, Wettlaufer a quitté le CAMH et a accepté d'être transportée par le Service de police de Woodstock jusqu'à Woodstock, où elle s'est soumise à un deuxième interrogatoire policier. Cet interrogatoire a duré environ trois heures et s'est déroulé au poste de police de Woodstock. Une fois encore, elle a été avisée du fait que tout ce qu'elle dirait pourrait être utilisé contre elle et qu'elle avait le droit à l'assistance d'un avocat. Durant cet interrogatoire, elle a fait des aveux détaillés.

Le 6 octobre 2016, Wettlaufer a comparu devant un juge et a contracté un engagement (une sorte de promesse) de son plein gré, conformément au *Code criminel*<sup>18</sup>. En vertu de cet engagement, Wettlaufer a été soumise à des conditions strictes pendant que la police menait une enquête plus approfondie.

Le 24 octobre 2016, Wettlaufer s'est rendue à la police, qui l'a arrêtée. Elle a été officiellement inculpée de huit chefs de meurtre au premier degré.

---

<sup>18</sup> L.R.C. 1985, chap. C-46, art. 810.2. Un juge peut ordonner cette sorte d'engagement s'il est convaincu qu'il existe des motifs raisonnables de craindre qu'un individu commettra des sévices graves à la personne. L'engagement exige que cet individu ne trouble pas l'ordre public et ait une bonne conduite, et il peut aussi inclure d'autres conditions destinées à garantir la bonne conduite de l'individu. La violation de l'une de ces conditions, quelle qu'elle soit, constitue une infraction criminelle.

La police a saisi et examiné l'ordinateur de Wettlaufer. L'examen a révélé que, au cours des jours précédant ses aveux au CAMH, Wettlaufer avait effectué des recherches sur Google au sujet de cinq victimes et passé en revue les nécrologies de trois autres. L'examen a aussi fait ressortir que Wettlaufer avait consulté des articles en ligne relatifs à des infirmiers ayant commis des meurtres et qu'elle avait cherché des renseignements sur le délai avant le décès et sur la douleur ressentie en cas de surdose d'insuline.

La police a également obtenu les dossiers psychiatriques de Wettlaufer auprès du CAMH et ailleurs. Aucun élément n'a prouvé qu'elle ait parlé de faire du mal à des patients avec d'autres professionnels de la santé mentale. Les dossiers les plus détaillés et les plus utiles proviennent du CAMH. Le résumé à la sortie établi par le CAMH est joint à l'Exposé conjoint des faits, à l'annexe C du présent volume. Il énonce les conclusions des psychiatres, selon lesquelles Wettlaufer ne présentait pas de signe de psychose, ne souffrait pas d'hallucinations, avait une compréhension complète de ses propres agissements et était consciente des conséquences de ses gestes. Ses diagnostics incluaient un comportement antisocial de l'adulte, un trouble de la personnalité limite, de légers troubles liés à la consommation d'alcool et d'opiacés, et un trouble dépressif majeur.

Aucun des diagnostics relatifs à la santé mentale de Wettlaufer ne permet de faire valoir une défense fondée sur la non-responsabilité criminelle en raison de troubles mentaux.

Même si Wettlaufer a avoué avoir consommé des médicaments sur ordonnance de façon occasionnelle pendant qu'elle travaillait, elle n'a pas prétendu avoir été sous l'effet de l'alcool ou de drogues au moment où elle a commis les Infractions.

La police a exhumé les corps de deux des victimes de meurtre afin que le médecin légiste en chef de l'Ontario puisse les autopsier. Comme les autres victimes de meurtre ont été incinérées, il n'était possible de faire des autopsies que sur ces deux victimes.

Le 13 janvier 2017, Wettlaufer a été arrêtée une nouvelle fois et inculpée de deux nouveaux chefs de voies de fait graves et de quatre nouveaux chefs de tentative de meurtre.

## C. Les plaidoyers de culpabilité et la peine

Wettlaufer est restée en détention depuis qu'elle s'est rendue à la police, qui l'a arrêtée, le 24 octobre 2016.

Le 1<sup>er</sup> juin 2017, dans une salle d'audience de Woodstock, Wettlaufer a plaidé coupable à l'ensemble des 14 chefs d'accusation contre elle. À ce moment-là, elle était représentée par un avocat. Son avocat et le procureur de la Couronne ont présenté ensemble l'Exposé conjoint des faits, qui établissait les faits essentiels des Infractions. Dans cet exposé, Wettlaufer reconnaissait qu'elle avait intentionnellement fait l'usage de la force contre chacune de ses victimes lorsqu'elle leur avait injecté de l'insuline, qu'elle savait qu'il n'y avait pas de raison médicale de le faire et qu'elle avait agi sans le consentement des victimes. Elle reconnaissait aussi qu'elle avait eu l'intention, au sens légalement requis, de commettre chaque infraction à l'égard de chaque victime.

Le juge Bruce Thomas de la Cour supérieure de justice de l'Ontario a accepté ses plaidoyers de culpabilité et l'a déclaré coupable pour l'ensemble des 14 Infractions. Le 26 juin 2017, le juge Thomas a condamné Wettlaufer à l'emprisonnement à perpétuité, sans possibilité de libération conditionnelle avant 25 ans.

Wettlaufer a été condamnée à des peines d'emprisonnement à perpétuité pour l'ensemble des 8 chefs de meurtre au premier degré (M. Silcox, M. Granat, M<sup>me</sup> Millard, M<sup>me</sup> Matheson, M<sup>me</sup> Zurawinski, M<sup>me</sup> Young, M<sup>me</sup> Pickering et M. Horvath), ces peines devant être purgées concurremment et sans possibilité de libération conditionnelle avant 25 ans.

Elle a été condamnée à des peines de dix ans d'emprisonnement pour chacun des quatre chefs de tentative de meurtre (M. Hedges, M. Priddle, M<sup>me</sup> Towler et M<sup>me</sup> Bertram), ces peines et toutes les autres peines devant être purgées concurremment.

Wettlaufer a été condamnée à sept ans pour chacun des deux chefs de voies de fait graves (M<sup>me</sup> Adriano et M<sup>me</sup> deMedeiros), ces peines et toutes les autres peines devant être purgées concurremment.

Les motifs de la peine sont trouvés à l'annexe B du présent volume. Parmi ces motifs, le juge Thomas a fait remarquer que les victimes étaient toutes « extrêmement vulnérables ». Il a évoqué la propre description de Wettlaufer concernant les effets des surdoses d'insuline sur les victimes, affirmant ceci :

« Cela a été une expérience douloureuse et pleine de tourments pour l'esprit et le corps de toutes les victimes, tant celles qui sont décédées que celles qui ont survécu. »

Il a également souligné le témoignage de Beverly Bertram. M<sup>me</sup> Bertram a été la seule survivante capable d'aider à expliquer les circonstances des infractions. Le juge Thomas a relaté la description de M<sup>me</sup> Bertram concernant la douleur, la souffrance et les hallucinations qu'elle a subies à la suite de la surdose d'insuline.

Le juge Thomas a fait cette effrayante constatation :

Une chose semble certaine : si Elizabeth Wettlaufer n'avait pas décidé de se présenter au CAMH le 16 septembre 2016, nous ne serions pas ici aujourd'hui. Les familles des victimes n'auraient aucune idée des abus subis par leurs proches, et l'accusée serait peut-être encore libre d'agir.

Le juge Thomas a dit aux victimes et à leurs proches :

Une société civilisée protège ses membres les plus vulnérables, ses jeunes, ses infirmes, ses personnes âgées; tous ceux qui ne sont plus en mesure de prendre soin d'eux-mêmes. En tant que familles de personnes malades et âgées, vous devez à un moment ou à un autre confier les soins quotidiens de vos proches à des individus qui sont formés et plus à même de leur offrir un environnement sûr. Cela est d'autant plus vrai qu'un pourcentage croissant de notre population vieillit et que la médecine moderne prolonge l'espérance de vie.

Le fait qu'une personne soignante mette fin à une vie au lieu de la prolonger représente une trahison absolue de votre confiance. Mais vous ne devez pas vous sentir responsables. La valeur des vies de vos proches n'est pas diminuée par leur âge ou leur état de santé, et la loi ne reconnaît pas d'échelle mobile de peines pour les meurtres de cette nature. Votre deuil n'en est pas moins insupportable.

Wettlaufer a ensuite été remise en prison, où elle continue de purger ses peines d'emprisonnement à perpétuité.



## VII. L'Enquête

### A. L'établissement de la Commission

Le 1<sup>er</sup> juin 2017, Wettlaufer a plaidé coupable à huit chefs de meurtre au premier degré, quatre chefs de tentative de meurtre et deux chefs de voies de fait graves. La cour a accepté ses plaidoyers de culpabilité et inscrit des condamnations pour l'ensemble des 14 chefs. Le 26 juin 2017, Wettlaufer a été condamnée à l'emprisonnement à perpétuité, sans possibilité de libération conditionnelle avant 25 ans.

Le même jour, le gouvernement de l'Ontario a fait une déclaration publique indiquant qu'il établirait une enquête publique indépendante et nommerait un commissaire pour la diriger. La déclaration concluait sur cette note :

Nous espérons que l'Enquête aboutira aux réponses dont nous avons besoin pour garantir qu'une tragédie de ce genre ne se reproduise plus jamais<sup>19</sup>.

Le 1<sup>er</sup> août 2017, l'Enquête publique, dont je suis la commissaire, a été lancée. Elle a été établie conformément à la Loi de 2009 sur les enquêtes publiques<sup>20</sup> et au décret 1549/2017. Le décret énonce le cadre de référence de l'Enquête. Il est reproduit à l'annexe A.

### B. Le mandat de la Commission

Le mandat de la Commission, comme établi par le décret, exige que la Commission effectue une enquête sur les événements qui ont conduit aux Infractions, sur les circonstances et les facteurs contributifs ayant permis que ces événements surviennent et sur les autres éléments pertinents que je juge nécessaires. En tant que commissaire, je dois fournir des recommandations sur la façon d'éviter des tragédies similaires à l'avenir.

Le paragraphe 14 du décret exige que je, en tant que commissaire, remette au procureur général un rapport final résumant mes activités et présentant mes recommandations, d'ici le 31 juillet 2019. Le paragraphe 16 du décret me

---

<sup>19</sup> Ontario, ministère du Procureur général, *Déclaration du procureur général et du ministre de la Santé et des Soins de longue durée au sujet d'une enquête publique sur les circonstances de l'affaire Elizabeth Wettlaufer (26 juin 2017)*, <https://news.ontario.ca/mag/fr/2017/06/declaration-du-procureur-general-au-sujet-dune-enquete-publique-sur-les-circonstances-de-laffaire-el.html>, consulté le 2018-12-05.

<sup>20</sup> L.O. 2009, chap. 33, annexe 6.

confie la responsabilité de la traduction et de l'impression de mon rapport et établit que je dois veiller à ce que ses versions française et anglaise soient présentées en même temps, en format électronique et sur papier.

## C. La portée de l'Enquête

Quelle est la portée de l'Enquête? Qu'est-ce qui n'est pas couvert? Étant donné l'ampleur et la complexité du système de soins de longue durée, il était essentiel de répondre à ces questions au tout début du processus, si la Commission espérait remplir son rôle et respecter l'échéance imposée pour la livraison de son rapport final.

La détermination de la portée de l'Enquête a commencé par la prise en compte du décret, dont le paragraphe 2 est crucial. Il prévoit ce qui suit :

2. Compte tenu de l'article 5 de la *Loi de 2009 sur les enquêtes publiques*, la commission a pour mandat d'effectuer une enquête :
  - a. sur les événements qui ont conduit aux Infractions;
  - b. sur les circonstances et les facteurs contributifs ayant permis que ces événements surviennent, notamment sur l'effet, le cas échéant, des politiques, procédures et des pratiques pertinentes et sur les mécanismes de responsabilisation et de surveillance;
  - c. sur les autres éléments pertinents que la commissaire juge nécessaires afin d'éviter des tragédies similaires.

Il est important de remarquer que le paragraphe 2 du décret ne charge *pas* la Commission d'étudier le système de soins de longue durée et de faire des recommandations sur la façon de l'améliorer. En fait, le paragraphe 2 énonce le mandat de la Commission en des termes clairs et précis : effectuer une enquête sur les événements et les circonstances entourant les Infractions et sur les autres éléments pertinents nécessaires afin d'éviter des tragédies similaires à l'avenir. En tant que commissaire, il était de ma responsabilité de fournir des recommandations sur la façon d'éviter de telles tragédies à l'avenir.

Cette interprétation du mandat est appuyée par le préambule du décret, qui énonce ce qui suit :

ATTENDU QU'il est jugé souhaitable et dans l'intérêt public que le gouvernement de l'Ontario *nomme une personne pour cerner les défaillances systématiques du réseau ontarien des foyers de soins de longue durée susceptibles d'être associées à la perpétration des Infractions, et pour formuler des recommandations afin d'y remédier*; [italiques ajoutés]

Il a ensuite été nécessaire d'expliquer soigneusement la nature des Infractions. Les Infractions ont consisté en des préjudices causés intentionnellement par une infirmière autorisée qui, sous couvert de son emploi, a injecté des surdoses d'insuline à des résidents de foyers de SLD et à un client recevant des soins à domicile financés par l'État.

Bien qu'elles soient essentielles, les considérations qui précèdent ne sont pas exhaustives. Lors de la détermination de la portée de l'Enquête, il a également été nécessaire de prendre en compte à quelles fins elle avait été demandée.

Comme la plupart des enquêtes publiques, la présente Enquête a découlé d'événements tragiques présentant un intérêt public important. Dans la mesure où la Commission était un tiers indépendant, la meilleure façon pour l'Enquête de s'acquitter de sa responsabilité envers le public, c'est-à-dire de respecter le « droit de savoir » légitime de celui-ci, consistait à répondre à ces deux questions :

1. Quelles lacunes dans notre système de soins de longue durée ont pu permettre à Elizabeth Wettlaufer de causer des préjudices graves à 13 résidents de foyers de soins de longue durée ou de tuer ces résidents et de tenter de tuer une personne qui recevait des soins à domicile, chez elle, sans être découverte, alors qu'Elizabeth Wettlaufer travaillait comme infirmière autorisée?
2. Que peut-on faire pour empêcher que des tragédies semblables se reproduisent?

Selon moi, l'Enquête a aussi été établie dans un autre but important : rétablir la confiance du public envers le système de SLD, laquelle avait été anéantie par cette affaire. Lorsque nous-mêmes ou nos proches avons besoin de soins continus, il nous faut un endroit sûr. Après ces Infractions, comment pouvons-nous être certains que les personnes qui dépendent du système de SLD de l'Ontario sont en sécurité?

Après avoir analysé toutes ces considérations, j'ai conclu que la portée de l'Enquête était d'examiner les événements et les circonstances entourant les Infractions et de faire des recommandations dans le but d'empêcher et de dissuader les fournisseurs de soins de santé de causer intentionnellement un préjudice aux personnes prises en charge par le système de SLD en leur administrant des médicaments de façon inappropriée, mais aussi dans le but de détecter les personnes qui commettent de telles infractions.

Bien que mes recommandations soient motivées par la portée de l'Enquête, elles ont aussi des répercussions plus vastes, comme vous pourrez le voir. Si elles sont mises en œuvre, les recommandations énoncées dans ce Rapport devraient aboutir à des améliorations généralisées profitant au système de SLD, ainsi qu'aux personnes qui en dépendent.

## D. Les fonctions et les principes directeurs de la Commission

Cette Enquête a été établie conformément à la *Loi de 2009 sur les enquêtes publiques*. Par conséquent, elle est régie par ses dispositions.

L'article 5 de la *Loi sur les enquêtes publiques* confie les fonctions suivantes à la Commission :

5. Toute commission :

(a) effectue fidèlement, honnêtement et impartialement son enquête publique conformément à son mandat;

(b) veille à effectuer son enquête publique avec efficacité et célérité et conformément au principe de proportionnalité;

(c) veille à pratiquer une saine gestion financière et à exercer son mandat dans les limites de son budget.

Ces fonctions ont formé le cadre de travail que la Commission devait respecter.

Au-delà de l'utilité d'un tel cadre, il me semblait que les résultats de la Commission seraient enrichis si nous adhérions à un ensemble de valeurs communes qui définirait tous les aspects de notre travail. Je me suis inspirée des rapports de précédentes enquêtes publiques et j'ai instauré les quatre principes directeurs suivants :

- **Rigueur** Nous nous engageons à examiner toutes les questions pertinentes avec rigueur, de sorte qu'il n'y ait aucun doute que chaque question soulevée par le mandat de l'Enquête a été explorée et a reçu une réponse.
- **Rapidité** Nous nous engageons à effectuer notre travail dans les meilleurs délais, afin de gagner la confiance du public, de rester pertinents et de respecter notre échéance.

- **Transparence** Nous nous engageons à ce que les procédures et les processus de l'Enquête soient aussi ouverts et accessibles au public que raisonnablement possible.
- **Équité** Nous nous engageons à garantir un équilibre approprié entre les intérêts du public qui veut savoir ce qu'il s'est passé et le droit à un traitement équitable dont bénéficient les personnes concernées.

Comme pour toute question de fond, ces principes directeurs ont été débattus de façon approfondie par l'équipe de la Commission avant leur adoption. Et il ne faut pas croire un instant que ces principes directeurs étaient une simple façade. Lorsque nous nous efforçons d'accomplir une tâche monumentale en peu de temps, nous avons régulièrement invoqué ces principes et les avons utilisés pour nous guider.



## Les premières années de Wettlaufer en tant qu'infirmière

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	62
<b>II.</b>	<b>Hôpital du district de Geraldton</b> .....	62
	A. Premier emploi de Wettlaufer en soins infirmiers.....	62
	B. Événements survenus entre le 12 et le 14 septembre 1995 ....	62
	C. Cessation de l'emploi de Wettlaufer .....	66
	D. Wettlaufer présente un grief à la suite de son congédiement. .67	
	E. Le rapport de l'hôpital à l'Ordre .....	67
	F. Décision du comité des plaintes de l'Ordre.....	69
	G. Règlement du grief de Wettlaufer .....	70
<b>III.</b>	<b>Christian Horizons</b> .....	71
	A. Introduction.....	71
	B. Wettlaufer fait l'objet de mesures disciplinaires pour des erreurs de médicament.....	71
	C. Christian Horizons est informé de la décision d'incapacité. . . .72	
	D. Renseignements accessibles au public .....	74
	E. Rendement à Christian Horizons.....	74
	F. Congé sans solde, 2006 .....	78
	G. Démission de Christian Horizons, 2007 .....	78

## I. Introduction

Le présent chapitre traite de deux périodes relatives au début de la carrière de Wettlaufer. Bien que les deux précèdent les Infractions, des enseignements peuvent en être tirés, comme vous le verrez dans les recommandations formulées dans les chapitres suivants.

La première période a trait à l'année 1995, lorsque Wettlaufer a commencé sa carrière d'infirmière à l'Hôpital du district de Geraldton. Elle n'y a travaillé que quelques mois, son emploi ayant pris fin lorsqu'elle s'est évanouie au travail après avoir consommé des stupéfiants qu'elle avait volés à l'hôpital. La deuxième période a duré plus de dix ans (de juin 1996 à juin 2007) alors qu'elle occupait un poste de préposée aux services de soutien pour Christian Horizons. Une image différente de Wettlaufer se dégage de cette période, une image qui montre les progrès qu'elle a faits dans son comportement professionnel.

## II. Hôpital du district de Geraldton

### A. Premier emploi de Wettlaufer en soins infirmiers

En janvier 1995, Wettlaufer — connue à l'époque sous son nom de jeune fille, Parker — a fait un stage d'étudiante infirmière à l'hôpital. Le 31 mars, elle a postulé pour un poste d'infirmière autorisée. Le 11 avril, l'hôpital lui a proposé un poste d'infirmière diplômée occasionnelle et à temps partiel, un poste syndiqué auprès de la section locale 228 de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO). Wettlaufer a accepté ce poste le 13 avril. À cette époque, elle n'était pas encore membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre). En mai 1995, Wettlaufer et l'hôpital ont rempli un formulaire intitulé « Offre d'emploi pour inscription temporaire », qui lui permettait d'obtenir un certificat d'inscription temporaire auprès de l'Ordre. En juin 1995, elle a réussi ses examens complets d'infirmière et l'Ordre lui a délivré un certificat d'inscription le 11 août.

### B. Événements survenus entre le 12 et le 14 septembre 1995

Le 12 septembre 1995, à 19 h 30, Elizabeth Wettlaufer a commencé un quart de travail de 12 heures à l'hôpital. Elle est entrée au travail après avoir déjà travaillé ce jour-là pour l'Association de Geraldton et du district pour



l'intégration communautaire, où elle exerçait comme préposée aux soins directs. Pendant son quart de travail à l'hôpital, elle a volé de l'Ativan<sup>1</sup> de la salle des médicaments de l'hôpital et l'a ingéré.

Dans le cadre de l'Enquête, les avocats de la Commission ont interrogé Elizabeth Wettlaufer<sup>2</sup>. Lorsqu'elle a décrit cet épisode, cette dernière a déclaré qu'elle se sentait isolée et déprimée à ce moment-là et qu'elle avait pris de l'Ativan pour tenter de mettre fin à ses jours. Au cours de cette même entrevue, elle a déclaré aux avocats de la Commission qu'elle avait déjà volé de l'Ativan et du Valium à l'hôpital et qu'elle avait également pris la morphine d'un patient pour elle-même lorsque ce dernier l'avait refusée.

Elle a toutefois donné un certain nombre de descriptions différentes des événements en question. Elle a dit aux avocats de la Commission qu'elle avait volé et avalé 30 comprimés ce soir-là. Cependant, immédiatement après l'incident, Elizabeth Wettlaufer a donné un certain nombre de versions différentes, dans lesquelles elle a dit avoir ingéré entre 2 et 27 comprimés. Quel que soit le nombre réel de pilules qu'elle a prises et ingérées, il est indéniable que vers la fin de son quart de travail, le 13 septembre 1995, un collègue a découvert Wettlaufer sortant des toilettes d'un pas incertain et l'air confus. Elle a été emmenée dans une chambre de patient et examinée par l'infirmière responsable de la santé du personnel. L'examen a révélé que les pupilles de Wettlaufer étaient petites et peu réactives, et l'infirmière de responsable de la santé du personnel a appris que Wettlaufer avait été « lente et somnolente toute la nuit ».

Le D<sup>r</sup> Gomide, un médecin à l'hôpital, a été appelé pour évaluer Wettlaufer. Il a déclaré à la directrice des soins infirmiers, Marlene Pavletic, qu'il avait trouvé Wettlaufer « somnolente, mais facilement éveillable ». Sa note d'admission<sup>3</sup> contient le récit initial de Wettlaufer sur les événements de cette nuit-là :

Au début, elle a nié avoir pris des médicaments, mais peu de temps après l'arrivée de Marlene, la surveillante des soins infirmiers, elle a déclaré qu'elle avait sorti 2 comprimés d'Ativan de l'armoire à médicaments. Lorsqu'on lui a demandé pourquoi, elle a déclaré avoir pris des comprimés d'Ativan de 1 mg chacun juste pour se calmer « parce qu'elle était très nerveuse puisqu'elle n'avait pas travaillé ici très souvent ».

<sup>1</sup> Dans certains documents, les médicaments volés sont désignés comme du lorazépam.

<sup>2</sup> L'entretien a eu lieu le matin du 14 février 2018 à l'Établissement pour femmes Grand Valley situé à Kitchener (Ontario).

<sup>3</sup> M<sup>me</sup> Pavletic était présente lors de l'examen de Wettlaufer par le D<sup>r</sup> Gomide. Les notes qu'elle a prises pendant l'examen sont conformes à la note d'admission.

Wettlaufer a été hospitalisée. Lorsque le D<sup>r</sup> Gomide et M<sup>me</sup> Pavletic lui ont rendu visite plus tard dans la matinée, elle a accepté de subir une prise de sang. Elle a dit à M<sup>me</sup> Pavletic qu'elle n'avait jamais auparavant pris d'Ativan de l'hôpital et n'en avait jamais vendu dans la rue. Elle a également dit à M<sup>me</sup> Pavletic qu'elle n'avait pas pris d'Ativan dans le but de commettre une tentative de suicide.

Vers 16 heures, le même jour, M<sup>me</sup> Pavletic a de nouveau parlé à Wettlaufer. Cette dernière lui a dit cette fois qu'elle ne se souvenait pas de ses conversations précédentes avec elle. M<sup>me</sup> Pavletic a dit à Wettlaufer qu'elle avait déclaré avoir pris 2 mg d'Ativan à 22 heures le 12 septembre 1995 et qu'elle ne se sentait pas bien à la fin de son quart de travail. Selon les notes de M<sup>me</sup> Pavletic, Wettlaufer lui a répondu qu'elle ne savait pas pourquoi elle avait dit cela, parce qu'elle avait pris 0,5 mg d'Ativan peu de temps après le début de son quart de travail à 19 h 30, puis 2 mg vers 7 h 15. M<sup>me</sup> Pavletic a informé Wettlaufer qu'elle communiquerait avec l'Ordre pour déterminer les obligations de l'hôpital, compte tenu des circonstances.

Au petit matin du 14 septembre 2015, le récit des événements de Wettlaufer a radicalement changé. Le résumé du D<sup>r</sup> Gomide concernant le congé hospitalier de Wettlaufer à cette même date décrit le changement dans son histoire comme suit :

Lorsqu'elle a été admise à l'hôpital, elle a déclaré avoir pris 2 comprimés de 1 mg d'Ativan et plus tard dans la journée, elle a dit à Marlene, la superviseuse des soins infirmiers, qu'elle avait pris 0,5 mg avant de commencer son quart de travail et 2 mg le matin. Après le départ du D<sup>r</sup> Shiu, plus tard dans la nuit à 2 h 15, je suis allé la réévaluer et elle était parfaitement alerte et orientée et elle a déclaré qu'elle attendait de rentrer chez elle tôt le matin. Quelques heures plus tard, quand je suis allée la voir pendant mes rondes matinales, son histoire avait encore changé. Elle a déclaré qu'elle m'avait menti et qu'elle avait effectivement pris 25 comprimés d'Ativan pour tenter de se suicider. Elle a également déclaré avoir déjà été soignée pour une dépression. J'ai alors communiqué avec le département de santé mentale même si elle a nié être suicidaire à ce moment-là. La patiente attendait de rentrer chez elle et le même jour, j'ai discuté de son cas avec Brenda Abraham, intervenante en santé mentale, et nous avons décidé de lui donner son congé. Elle doit être suivie en externe<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Les tests sanguins n'étaient pas concluants en ce qui concerne la quantité d'Ativan ingérée. Le D<sup>r</sup> Gomide a noté dans son résumé à la sortie que le niveau d'Ativan de Wettlaufer se situait dans la plage normale et n'était pas compatible avec 25 comprimés, mais il a ajouté « Par contre, la patiente a déclaré qu'elle avait vomi après avoir ingéré les comprimés ».

Le D<sup>r</sup> Gomide a informé M<sup>me</sup> Pavletic de cette dernière discussion avec Wettlaufer.

M<sup>me</sup> Pavletic s'est de nouveau entretenue avec Wettlaufer le 14 septembre. Wettlaufer a dit à M<sup>me</sup> Pavletic qu'elle ne parvenait pas à se souvenir des événements de la veille et qu'elle avait eu des hallucinations. Cette fois-ci, Wettlaufer a dit à M<sup>me</sup> Pavletic qu'elle avait pris 0,5 mg d'Ativan peu de temps après son entrée en service le 12 septembre et qu'elle avait pris 25 comprimés d'Ativan vers 7 heures le 13 septembre. Elle s'est dite préoccupée par l'impact potentiel de ces événements sur son emploi et sa carrière. M<sup>me</sup> Pavletic lui a dit qu'elle consulterait l'Ordre et qu'elle tenterait de mener une enquête interne sur le problème.

Les notes de la consultante en santé mentale donnent cette description de Wettlaufer le 14 septembre 1995 :

La travailleuse a rencontré Elizabeth, qui avait un bon contact visuel, était disposée à parler, et a ri et pleuré aux moments appropriés.

Elizabeth donne l'impression qu'elle est extrêmement seule, elle a raconté qu'elle devait cacher beaucoup de choses à sa famille.

Elizabeth s'est retrouvée à assumer un rôle de soignante et n'a pas déterminé ni comblé ses propres besoins. Elizabeth indique qu'elle ne veut pas se suicider. Cette travailleuse pense qu'il faudrait la surveiller pour voir si elle mange. Si oui, et si le médecin est d'accord, elle peut recevoir son congé.

Elizabeth a déclaré qu'elle téléphonerait pour obtenir un suivi.

Wettlaufer a obtenu son congé de l'hôpital le 14 septembre. À ce moment-là, M<sup>me</sup> Pavletic a dit à Wettlaufer qu'elle la contacterait dans une semaine et que, dans l'intervalle, aucun quart de travail ne lui serait assigné à l'hôpital.

Le 20 septembre 1995, M<sup>me</sup> Pavletic a rencontré Wettlaufer et son représentant de l'AIIO et leur a dit que l'affaire serait rapportée à l'Ordre et qu'une enquête interne serait effectuée. Wettlaufer a appris qu'elle ne serait plus affectée à l'hôpital en attendant les résultats de l'enquête. Wettlaufer a signalé qu'elle était retournée travailler chez son autre employeur (Association de Geraldton et du district pour l'intégration communautaire) le 16 septembre 1995.

## C. Cessation de l'emploi de Wettlaufer

En enquêtant sur l'incident, M<sup>me</sup> Pavletic a interrogé des membres du personnel qui travaillaient le soir où Wettlaufer avait volé et ingéré de l'Ativan, ceux qui commençaient leur quart de travail le lendemain matin et les infirmiers qui l'avaient soignée pendant son hospitalisation. Les entretiens révèlent que :

- Wettlaufer semblait fatiguée pendant son quart de travail et à un moment donné, elle a disparu pendant une heure.
- Lors de l'évaluation d'un patient, une autre infirmière a dû aider Wettlaufer à insérer une canule nasale.
- Le plateau de médicaments de Wettlaufer a été retrouvé au chevet d'un patient vers 7 h 20 le 13 septembre 1995.

Le 12 octobre 1995, M<sup>me</sup> Pavletic a de nouveau rencontré Wettlaufer, qui était accompagnée d'un représentant de l'AIIO. Wettlaufer a déclaré que plus tôt dans la journée de l'incident, elle avait travaillé pour l'Association de Geraldton et du district pour l'intégration communautaire et qu'elle était stressée. Elle a dit à M<sup>me</sup> Pavletic qu'elle avait pris 0,5 mg d'Ativan vers 22 heures et qu'à la fin de son quart de travail, elle en avait pris 25 mg supplémentaires. Lorsqu'on lui a demandé à nouveau à quelle heure elle avait pris de l'Ativan à l'origine, Wettlaufer a répondu que cela aurait pu être lorsqu'elle a pris son service à l'hôpital.

Au cours de la rencontre, M<sup>me</sup> Pavletic a décrit les résultats de son enquête, notamment que Wettlaufer aurait disparu pendant une heure au cours de son quart de travail et qu'elle semblait somnolente. Wettlaufer a déclaré qu'elle ne se souvenait pas de l'heure manquante et a insisté sur le fait qu'elle n'avait pris qu'une petite quantité d'Ativan au début de son quart de travail et le reste à la fin. M<sup>me</sup> Pavletic a constaté qu'il y avait des incohérences dans le récit des événements de Wettlaufer.

Au cours de cette rencontre, Wettlaufer a reconnu le caractère inapproprié de sa conduite. Les notes de la réunion de M<sup>me</sup> Pavletic indiquent que « Beth a ajouté qu'elle cherchait à obtenir de l'aide, qu'elle reconnaissait que ce qu'elle avait fait était mal et qu'elle estimait que cela ne se reproduirait plus jamais ». Comme les lecteurs le verront dans les chapitres suivants de ce Rapport, la volonté de Wettlaufer de reconnaître ses torts et de s'en excuser est une constante tout au long de sa carrière.

Le 13 octobre 1995, Wettlaufer a appris que son emploi à l'hôpital avait pris fin et que l'hôpital présenterait un rapport de cessation d'emploi obligatoire à l'Ordre dans les 30 jours.

## D. Wettlaufer présente un grief à la suite de son congédiement

Le 19 octobre 1995, Wettlaufer a déposé un grief concernant son congédiement.

## E. Le rapport de l'hôpital à l'Ordre

Le 14 septembre 1995, M<sup>me</sup> Pavletic a contacté l'Ordre pour l'aviser du fait que Wettlaufer s'était évanouie au travail et avait admis avoir pris des médicaments provenant du stock de l'hôpital. M<sup>me</sup> Pavletic a indiqué qu'à ce moment-là, elle n'était pas certaine que Wettlaufer serait congédiée. On lui a rappelé que l'hôpital avait l'obligation de déposer un rapport en cas de congédiement de Wettlaufer. Étant donné la gravité de la situation, M<sup>me</sup> Pavletic a été encouragée à signaler l'affaire en tout état de cause.

L'Ordre a expliqué à M<sup>me</sup> Pavletic qu'en signalant l'affaire, l'hôpital avait deux options; déposer un rapport ou une plainte. Le *Code des professions de la santé*<sup>5</sup> (Code) oblige l'Ordre à enquêter sur les « plaintes », mais il le laisse décider d'enquêter sur les « rapports », y compris ceux qui sont déposés lors de la cessation de l'emploi d'une infirmière. S'il s'agit d'un rapport, l'Ordre ne peut fournir aucune information à la personne ou à l'organisation qui l'a produit en raison des dispositions de l'article 36 du Code en matière de confidentialité.

M<sup>me</sup> Pavletic a informé l'Ordre que l'hôpital déposerait un rapport.

Le 25 octobre 1995, l'hôpital a verbalement informé l'Ordre de la cessation d'emploi de Wettlaufer, ajoutant qu'elle avait déposé un grief à ce sujet. Dans son rapport, l'hôpital a décrit la conduite de Wettlaufer comme suit :

La membre terminait un quart de travail de 12 heures de nuit à 7 h 30. Deux infirmières autorisées qui commençaient leur quart de travail ont signalé que la membre qui sortait des toilettes du personnel semblait hébétée, très instable, et avait des difficultés à communiquer oralement.

---

<sup>5</sup> Annexe 2 à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, L.O. 1991, chap. 18.

Par la suite, la membre a confirmé qu'elle avait retiré sans autorisation du lorazépam (2 mg) du stock de médicaments du service et l'avait ingéré pendant ses heures de travail. L'histoire racontée par la membre a changé plusieurs fois au cours de la période de 24 heures du 13 au 14 septembre 1995.

En plus de son rapport, l'hôpital a remis à l'Ordre l'horaire de travail de Wettlaufer pour le mois de septembre. L'horaire montre que le 12 septembre 1995, ce n'était que la deuxième fois que Wettlaufer effectuait un quart à l'hôpital au cours du même mois.

Dans une lettre datée du 7 novembre 1995, l'Ordre a accusé réception du rapport de cessation d'emploi et a informé l'hôpital :

Étant donné que toutes les informations relatives à cette affaire sont confidentielles, nous ne pouvons pas vous informer des instances ni des résultats qui pourraient découler de toute enquête. Si des informations supplémentaires étaient nécessaires, un enquêteur de l'Ordre pourrait vous contacter ultérieurement.

Nous demandons que toute la documentation pertinente à cette affaire soit conservée pendant une période allant jusqu'à deux ans dans l'attente de l'enquête.

Le 24 novembre 1995, une entrevue téléphonique a eu lieu entre M<sup>me</sup> Pavletic et un enquêteur de l'Ordre. Au cours de cette discussion, M<sup>me</sup> Pavletic a déclaré à l'enquêteur qu'elle souhaitait que la lettre faisant état du congédiement de Wettlaufer soit considérée comme une lettre de plainte. M<sup>me</sup> Pavletic a officialisé cette demande dans une lettre datée du 27 novembre 1995.

L'Ordre a alors dit à l'hôpital qu'il avait nommé un enquêteur conformément à l'article 75 du *Code*. À la demande de l'enquêteur de l'Ordre, l'hôpital a produit les dossiers médicaux de Wettlaufer relatifs à son hospitalisation du 13 septembre 1995; tous les documents relatifs à l'incident; toute la documentation réunie lors de l'enquête interne; les noms, adresses et numéros de téléphone des membres du personnel identifiés comme témoins.

À la fin de décembre 1995, l'enquête de l'Ordre sur la conduite de Wettlaufer était en cours et son grief était en suspens. Wettlaufer a continué de travailler pour l'Association de Geraldton et du district pour l'intégration communautaire. Son inscription auprès de l'Ordre n'était soumise à aucune restriction et aucune information n'a été communiquée au public pour indiquer que Wettlaufer avait fait l'objet d'un rapport à l'Ordre ou qu'elle faisait l'objet d'une enquête.

## F. Décision du comité des plaintes de l'Ordre

Le 22 mars 1996, le comité des plaintes de l'Ordre a informé l'hôpital qu'il avait décidé de renvoyer la plainte à son bureau pour qu'elle soit traitée comme une « procédure pour incapacité ». À cette époque, le *Code* définissait « frappé d'incapacité » comme suit :

« frappé d'incapacité » : Se dit d'un membre atteint d'une affection physique ou mentale ou de troubles physiques ou mentaux qui sont tels qu'il convient, dans l'intérêt public, de ne plus l'autoriser à exercer sa profession ou de restreindre ses activités professionnelles (« incapacitated »).

L'hôpital a reçu une copie de la décision du comité des plaintes sous forme de lettre le 3 avril. La décision, datée du 20 mars, énonçait les allégations formulées à l'encontre de Wettlaufer et poursuivait comme suit :

### Renseignements sur la santé concernant M<sup>me</sup> Parker<sup>6</sup>

M<sup>me</sup> Parker n'a pas fourni à l'Ordre de formulaires signés pour la divulgation de renseignements sur la santé.

Dans le résumé à la sortie signé par le D<sup>r</sup> J. G., il est noté que M<sup>me</sup> Parker a indiqué avoir pris 25 comprimés d'Ativan dans le cadre d'une tentative de suicide. Elle a aussi mentionné avoir déjà été soignée pour une dépression.

Dans un rapport fourni par l'avocat de M<sup>me</sup> Parker, M<sup>me</sup> B. A., intervenante en santé mentale, a déclaré que M<sup>me</sup> Parker se sentait isolée et seule à Geraldton. Le rapport de M<sup>me</sup> B. A. mentionne ensuite que M<sup>me</sup> Parker a connu une grande instabilité émotionnelle, mais qu'elle progressait pour ce qui est de faire face à ses difficultés.

Dans un rapport distinct fourni par l'avocat de M<sup>me</sup> Parker, J. R., intervenant en toxicomanie, indique que M<sup>me</sup> Parker n'a pas de problème de drogue, mis à part sa récente tentative de suicide. J. R. affirme que M<sup>me</sup> Parker avait eu des problèmes de consommation d'alcool, mais qu'elle essayait de la maîtriser.

### Réponse de la membre

Dans sa réponse soumise par l'intermédiaire d'un avocat, M<sup>me</sup> Parker a déclaré qu'elle avait toujours reconnu avoir pris le médicament, mais que ses actes étaient dus à la dépression dont elle souffrait au moment des faits.

---

<sup>6</sup> Le nom de jeune fille de Wettlaufer était Parker.

Étant donné que M<sup>me</sup> Parker pense que ses actes sont liés à un problème de santé, elle demande au comité de renvoyer l'affaire au bureau aux fins d'une procédure pour incapacité.

### **CONCLUSION**

Le comité estime que les allégations concernant M<sup>me</sup> Parker et les renseignements obtenus au cours de l'enquête de l'Ordre font état d'un membre présentant des problèmes de santé pouvant affecter sa capacité à exercer sa profession de manière sécuritaire et efficace. Le comité renvoie donc cette question au bureau aux fins d'une procédure pour incapacité.

La lettre indiquait également que le rôle du bureau était « d'identifier un membre potentiellement incapable et de prendre des mesures pour assurer la protection du public » et que comme la question était renvoyée au bureau, l'Ordre n'avait « aucune autorité permanente de vous tenir au courant de toute décision ultérieure qui pourrait être prise à ce sujet ».

Cette lettre du 3 avril constituait la dernière communication de l'Ordre à l'hôpital au sujet de la plainte.

## **G. Règlement du grief de Wettlaufer**

Le 15 novembre 1996, l'hôpital et l'AIIO ont réglé l'intégralité du grief de Wettlaufer et signé un procès-verbal de transaction, énoncé ci-dessous dans son intégralité :

Les parties soussignées conviennent du règlement final et exécutoire suivant dudit grief de Beth Parker daté du 19 octobre 1995 :

1. Il est expressément convenu que ce règlement est sans préjudice et sans reconnaissance de responsabilité de la part de l'hôpital (cette responsabilité est en fait expressément refusée par l'hôpital) relativement à toute question en litige dans le grief de Beth Parker daté du 19 octobre 1995;
2. L'hôpital accepte de modifier le dossier personnel de Beth Parker pour indiquer que M<sup>me</sup> Parker a démissionné de son emploi à l'hôpital pour des raisons de santé;
3. L'hôpital convient que toute personne qui le contacte à la recherche de références d'emploi pour Beth Parker sera dirigée vers le service des ressources humaines de l'hôpital. Ce service informera ladite personne que Beth Parker a démissionné de son emploi pour des raisons de santé;



4. L'hôpital, en acceptant les conditions de ce règlement, s'appuie sur l'assurance de Beth Parker qu'elle était, au moment de la cessation de son emploi, atteinte d'un problème de santé pour lequel elle a depuis demandé des soins professionnels;
5. Le syndicat et la plaignante conviennent de retirer le grief susmentionné et que l'objet du grief susmentionné ne servira de fondement à aucun autre grief.

Cela a mis fin à la relation de l'hôpital avec Wettlaufer.

### III. Christian Horizons

#### A. Introduction

En juin 1996, Wettlaufer a commencé à occuper le poste de préposée aux services de soutien pour Christian Horizons, une organisation située à Woodstock (Ontario), qui fournissait des services de soutien résidentiel aux personnes ayant une déficience. Quand elle a présenté sa demande d'emploi, elle n'a pas révélé qu'elle avait travaillé comme infirmière à l'Hôpital du district de Geraldton ni qu'elle faisait l'objet d'une enquête de l'Ordre. Elle a seulement parlé de son expérience professionnelle auprès de personnes aux prises avec des problèmes de développement : son travail en tant que membre du personnel de soutien en résidence auprès des services de développement de Woodstock et du district (1991-1992) et son travail à l'Association de Geraldton et du district pour l'intégration communautaire, en indiquant les dates de mai 1995 à février 1996.

#### B. Wettlaufer fait l'objet de mesures disciplinaires pour des erreurs de médicament

En décembre 1996, Wettlaufer a commis trois erreurs de médicament, décrites comme suit :

- le 9 décembre 1996 — n'a pas signé
- le 25 décembre 1996 — n'a pas signé
- le 27 décembre 1996 — n'a pas signé

Wettlaufer a été avertie verbalement lors des deux premières erreurs, mais, après la troisième, elle a été suspendue de l'administration de médicaments pendant trois jours et a été informée qu'elle était tenue d'assister à une

rencontre et de discuter des attentes de Christian Horizons à son égard. On lui a dit qu'une nouvelle erreur dans les trois mois à venir entraînerait une nouvelle suspension et qu'elle devrait rencontrer le responsable régional pour discuter de la nature et des raisons des erreurs récurrentes.

Aucune autre suspension n'a été constatée dans les fiches d'emploi de Wettlaufer à Christian Horizons<sup>7</sup>.

## C. Christian Horizons est informé de la décision d'incapacité

Le résultat de la procédure pour incapacité de Wettlaufer devant l'Ordre a été la décision (décision d'incapacité) du 9 mai 1997, rendue par le comité d'aptitude professionnelle, avec le consentement des parties. Dans sa décision d'incapacité, le comité d'aptitude professionnelle a conclu que Wettlaufer était frappée d'incapacité, au sens de l'article 1(1) du *Code des professions de la santé, Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*<sup>8</sup>, et que sa dépendance à l'alcool était le trouble à l'origine de la constatation.

La décision d'incapacité imposait des modalités, des conditions et des restrictions (conditions) au certificat d'infirmière de Wettlaufer qui obligeaient cette dernière, entre autres à :

- ne consommer aucun alcool ni aucun médicament ou drogue, à part les médicaments prescrits par son médecin de famille et son médecin spécialiste en toxicomanie;
- aviser son employeur, Christian Horizons, que son certificat d'infirmière était soumis à des conditions et que Christian Horizons, par l'intermédiaire de son représentant, David Petkau, devait déposer une lettre auprès de l'Ordre confirmant avoir reçu une copie de la décision d'incapacité et devait informer l'Ordre si la chimiodépendance de Wettlaufer affectait sa capacité à exercer la profession d'infirmière ou si elle ne s'était pas conformée à l'une des conditions;
- aviser immédiatement l'Ordre par écrit si elle obtenait un autre emploi en soins infirmiers ou apportait un autre changement à ses fonctions d'infirmière;

---

<sup>7</sup> Christian Horizons a fourni à l'Enquête une liste des incidents liés à des médicaments ayant impliqué Wettlaufer après décembre 1996. Cette liste ne permettait toutefois pas d'établir si Wettlaufer était responsable de ces erreurs ou si elle les avait constatées et signalées.

<sup>8</sup> L.O. 1991, chap. 32.

- avant d'obtenir tout autre emploi en soins infirmiers, informer l'employeur éventuel que son certificat en soins infirmiers était assujéti aux conditions;
- fournir des échantillons d'urine si l'Ordre ou son médecin traitant en toxicomanie le demandait;
- continuer à recevoir un traitement et un suivi de son médecin spécialiste en toxicomanie et à suivre la thérapie qu'il jugeait appropriée, notamment des consultations individuelles mensuelles avec lui et une participation hebdomadaire au groupe des professionnels de la santé<sup>9</sup>;
- assister à des réunions d'étude de la Bible ou à des réunions des Narcotiques anonymes ou des Alcooliques anonymes au moins deux fois par semaine.

La décision d'incapacité indiquait également que les conditions devaient rester en vigueur pendant un an et, si elles étaient pleinement respectées, elles prendraient fin, sauf décision contraire des membres du comité d'aptitude professionnelle. La décision d'incapacité indiquait également que les conditions pourraient être prolongées au-delà de la période d'un an si l'Ordre apprenait que Wettlaufer avait « recheté en ce qui a trait à sa consommation d'alcool ».

Wettlaufer a remis à M. Petkau une copie de la décision d'incapacité, comme exigé.

Le 19 juin 1997, M. Petkau a accusé réception par écrit de la décision d'incapacité et, au nom de Christian Horizons, a accepté de coopérer avec l'Ordre et de l'informer si la « dépendance chimique » de Wettlaufer affectait sa capacité d'exercer la profession d'infirmière ou si elle omettait de se conformer à toute autre condition. Aucune preuve n'indique qu'un incident à signaler se soit produit pendant la durée du mandat de Wettlaufer à Christian Horizons.

Dans une lettre datée du 2 juillet, l'Ordre a accusé réception de l'accusé de réception de M. Petkau et lui a indiqué qu'au cours de la période de surveillance d'un an, le coordonnateur des dossiers d'incapacité de l'Ordre le contacterait par téléphone environ quatre fois. Les dossiers indiquent que l'Ordre a eu une conversation téléphonique avec M. Petkau le

---

<sup>9</sup> Un groupe de soutien spécifique aux professionnels de la santé atteints de troubles liés à l'utilisation d'alcool ou de drogues, similaire à Narcotiques anonymes ou Alcooliques anonymes (d'après le témoignage de Anne Coghlan, transcription, 24 juillet 2018, p. 5351.)

2 décembre 1997. Lors de cet appel, M. Petkau a indiqué, entre autres choses, que Wettlaufer allait bien, qu'elle n'avait éprouvé aucun problème dans l'exercice de ses fonctions et qu'il ne craignait pas de rechute.

Le 29 mai 1998, il a été constaté que Wettlaufer respectait les conditions et ces dernières ont été levées. Les mesures prises par l'Ordre à cet égard sont décrites au chapitre 13.

## D. Renseignements accessibles au public

En novembre 1995, l'Hôpital de Geraldton a informé l'Ordre qu'il avait mis fin à l'emploi de Wettlaufer. Jusqu'à la décision d'incapacité de mai 1997, le public – y compris les employeurs potentiels – n'aurait pas eu connaissance de problèmes relatifs au permis d'exercice de la profession d'infirmière de Wettlaufer. Après la publication de la décision d'incapacité, le public aurait eu le droit d'être informé, par l'Ordre, que Wettlaufer avait été trouvée en état d'ébriété au travail, et de connaître les conditions qui avaient été imposées à son permis d'infirmière. Après la levée des conditions en mai 1998, le constat d'incapacité – mais non les conditions résultantes – était accessible au public pendant six ans.

Ainsi, au moment où Caressant Care (Woodstock) envisageait d'embaucher Wettlaufer en 2007, les renseignements communiqués par l'Ordre n'auraient pas montré que la pratique de Wettlaufer avait déjà fait l'objet de restrictions ni que cette dernière avait été frappée d'incapacité.

## E. Rendement à Christian Horizons

Wettlaufer a travaillé pour Christian Horizons pendant 11 ans. Jusqu'à sa démission en juin 2007, son rendement a été évalué à plusieurs reprises, y compris par les pairs. Trois thèmes se dégagent de ces évaluations. Premièrement, à part lors de sa première évaluation, sa relation et ses interactions avec ceux qu'elle soutenait étaient décrites comme étant très bonnes. Deuxièmement, ses pairs ne la considéraient pas comme particulièrement motivée. Troisièmement, au moins au début, elle a eu du mal à nouer des relations avec ses collègues. Ces thèmes restent constants tout au long de sa carrière d'infirmière.

Le système d'évaluation du rendement de Christian Horizons comprenait la planification et le développement du rendement, l'évaluation des compétences de base et l'évaluation par les pairs. En février 1997, Wettlaufer

a reçu son évaluation pour la période allant de juin 1996 à février 1997. Dans cette évaluation, Wettlaufer a défini ces objectifs pour l'année suivante :

Faire part aux clients de commentaires uniquement d'une manière et dans un endroit que je choisirais.

Pour fonctionner en tant que membre de l'équipe, reconnaître la valeur de mes collègues en : utilisant un humour approprié; en étant respectueuse des sentiments d'autrui; en écoutant les préoccupations qui me sont signalées.

M. Petkau a évalué les compétences essentielles de Wettlaufer à ce moment-là et a noté que les domaines suivants nécessitaient des améliorations :

Promouvoir le bien-être

- Être vigilant et conscient des signes/symptômes d'abus
- Respecter la vie privée et la dignité des clients, y compris dans le domaine de la sexualité

Afficher un comportement professionnel

- La conduite reflète l'éthique professionnelle
- Donner l'exemple des comportements attendus

Travail d'équipe

- Gérer efficacement les conflits et la confrontation
- Respecter les points de vue/décisions d'autrui

Les commentaires de M. Petkau suggèrent qu'il était préoccupé par le comportement professionnel et le travail en équipe de Wettlaufer. Wettlaufer a pris acte de son évaluation, commentant : « Je pense qu'il s'agit, pour l'essentiel, d'une évaluation précise de mon rendement et des domaines à améliorer ».

Dans son évaluation du rendement de 1998, les objectifs que Wettlaufer s'était fixés l'année précédente ont été passés en revue. Ses objectifs de fonctionner en tant que membre de l'équipe et d'utiliser un humour approprié ont été partiellement atteints. Son responsable note :

Il y a eu de l'amélioration dans ce domaine, puisque Beth a travaillé d'arrache-pied pour formuler des réponses appropriées, utiliser l'humour et résoudre de façon plus professionnelle les conflits au sein de son équipe. Cependant, les commentaires des pairs reflètent toujours un besoin d'amélioration, avec des commentaires comme la nécessité de faire preuve de plus de tact, l'impolitesse et le fait de se réjouir des erreurs des autres. Cela restera un objectif pour la prochaine période.

En ce qui concerne l'objectif de Wettlaufer de faire attention aux commentaires qu'elle adressait à ceux qu'elle soutenait chez Christian Horizons, son supérieur note :

Il y a eu beaucoup d'amélioration dans le soutien à notre clientèle. Je crois qu'il faut surveiller ce domaine à l'avenir et qu'une vigilance constante s'impose. Le type de personnalité et les préférences en matière d'humour ne sont jamais une raison acceptable de manquer de respect aux personnes que nous desservons.

Dans son autoévaluation remplie en 1998, Wettlaufer a indiqué qu'elle avait atteint certains de ses objectifs, notamment :

Un des objectifs était d'avoir une approche plus orientée vers le travail d'équipe. J'ai l'impression d'y arriver. J'assiste à certaines réunions du personnel et quand je ne le fais pas, je m'assure de lire les comptes rendus pour connaître les décisions prises par l'équipe.

Je me concentre plus sur les besoins des gars et moins sur mon propre programme quand je m'occupe d'eux.

Je suis devenue plus accessible. Je le sais parce que plusieurs membres du personnel m'ont abordée quand des problèmes se sont présentés.

Je fais face à deux obstacles majeurs. Le premier est le fait que chaque fois la réunion du personnel a lieu pendant mon jour de congé. Je n'ai donc pas atteint mon objectif d'assister à toutes les réunions du personnel.

Mon autre obstacle est ma propre habitude de procrastiner. Je n'ai pas saisi les données dans l'ordinateur aussi rapidement que je l'aurais voulu.

Les relations de Wettlaufer avec ses pairs semblent s'être améliorées en 1999, comme en témoignent ces commentaires de son responsable :

Cette année, il semble que vous ayez atteint les objectifs que vous vous êtes fixés. C'est formidable de constater les progrès que vous avez faits dans les domaines précisés dans votre dernière évaluation.

« Comportement professionnel » – vous avez fait de grands progrès en déployant des efforts dans ce domaine. Votre équipe a constaté vos progrès : vous avez fait preuve de sagesse et de maturité en ce qui a trait à votre langage et à votre humour. En retour, l'équipe a fait preuve de respect envers vous pour les responsabilités et les tâches que vous avez assumées.

« Gestion de soi » – encore une fois, vous avez fait des progrès dans ce domaine, en mettant les priorités aux bons endroits et en prenant davantage de responsabilités. C'est encourageant de voir vos coéquipiers vous décrire comme une travailleuse dévouée, une bonne intervenante, réceptive aux compliments comme aux critiques, etc.

« Travail d'équipe » – dans ce domaine, comme dans ceux mentionnés ci-dessus, vous avez fait des progrès grâce au respect que vous portez à vos coéquipiers, malgré les différences en matière de personnalité, d'expériences et d'éducation. Vous avez fait des progrès en adoptant des attentes plus objectives envers votre coéquipier.

Certes, vous savez que ce n'est pas l'aboutissement des progrès, je crois, tout comme vous, que les trois domaines énumérés ci-dessus nécessitent une attention et une amélioration constantes. Continuez à collaborer avec l'équipe en valorisant les personnes et les opinions, continuez à faire confiance aux gens et soyez digne de confiance, et enfin, passez souvent en revue vos objectifs communs avec tous ceux qui vous entourent.

En 2001, Wettlaufer avait assumé la responsabilité de superviser la formation en matière de médicaments à Christian Horizons. Le gestionnaire qui a rempli son évaluation a inscrit la remarque suivante au sujet de son rendement :

Beth, vous avez manifesté le vif désir de vous acquitter de vos responsabilités avec un très haut degré de professionnalisme et d'intégrité. Vous avez toujours exprimé votre désir de progresser, tant sur le plan personnel que professionnel. D'après mes observations et nos discussions périodiques au cours de l'année écoulée, je suis convaincu que vous avez dépassé les attentes dans tous ces domaines. Vous avez fait preuve de beaucoup de professionnalisme et d'une grande sensibilité dans vos interactions avec vos coéquipiers, les personnes que vous soutenez et leur famille. Vos coéquipiers vous ont décrite comme étant une personne bienveillante, attentionnée, compatissante et dotée d'un bon sens de l'humour.

Beth, vos compétences en soins infirmiers et l'attention que vous accordez aux détails concernant la supervision des procédures médicales et de la formation sont appréciées – je vous demanderais tout simplement de continuer à faire preuve du niveau d'excellence qui se dégage de votre travail. Il semblerait que vous ayez réglé les points de la motivation personnelle et de l'exécution des tâches en temps voulu.

L'examen du rendement de Wettlaufer effectué en 2002 par ses pairs était le dernier que Christian Horizons ait pu trouver et produire pour l'Enquête. Ses pairs expliquent que ses points forts ont trait à la surveillance des procédures médicamenteuses, à l'enseignement, à la communication, à l'honnêteté, à l'humour et aux relations avec les personnes soutenues. Les points à améliorer sont notamment les suivants : « intervenir et prendre des situations en charge », le fait d'être « autoritaire » et de donner parfois l'impression à des membres du personnel qu'ils ne devraient pas travailler là parce qu'ils manquent de connaissances.

## F. Congé sans solde, 2006

En juillet 2006, Wettlaufer a pris un congé de Christian Horizons. Le cahier de communication de son employeur indique que Wettlaufer avait des « difficultés d'ordre émotionnel » et avait été hospitalisée.

Lors de son entretien avec les avocats de la Commission en 2018, Wettlaufer a déclaré qu'elle était actuellement déprimée et qu'elle avait passé deux semaines à l'hôpital psychiatrique à Woodstock (Ontario). Elle a dit qu'elle avait des pensées obsessionnelles sur des thèmes religieux et que, si elle avait une pensée qu'elle ne voulait pas, elle « aurait un verset biblique qui contredirait cette pensée » et devrait dire ou chanter le verset à voix haute. Wettlaufer a en outre déclaré qu'elle avait reçu un diagnostic de trouble de personnalité limite à ce moment-là et qu'elle avait été mise sous traitement.

Après son séjour à l'hôpital, Wettlaufer est retournée travailler à Christian Horizons.

## G. Démission de Christian Horizons, 2007

Wettlaufer a quitté Christian Horizons en juin 2007 afin de pouvoir déménager vers l'est avec sa nouvelle partenaire. Le 2 juin, elle écrivait dans le cahier de communication :

Salut, tout le monde, je voulais juste remercier tout le monde d'avoir prié pour moi et d'avoir pris de mes nouvelles. Je voulais vous informer que je déménagerai à Fredericton, au Nouveau-Brunswick, le 27 juin. Mon dernier jour de travail ici sera le mardi 26 juin. J'ai vraiment apprécié les moments que j'ai passés à travailler ici et j'espère que nous pourrons rester en contact.

Le 11 juin 2007, Mark Lambley, responsable de programme pour Christian Horizons, a écrit à Wettlaufer la lettre de recommandation suivante<sup>10</sup>.

Beth Wettlaufer travaille pour Christian Horizons à Woodstock (Ontario), depuis le 28 juin 1996. Christian Horizons est un organisme à but non lucratif qui soutient les personnes ayant une déficience intellectuelle en Ontario, au Canada.

<sup>10</sup> Caressant Care (Woodstock) avait une copie de cette lettre au moment de prendre une décision concernant l'embauche de Wettlaufer.



Au cours de cette période, Beth a démontré une préoccupation et un dévouement indéniables envers les personnes auxquelles elle a fourni des services. Ce dévouement s'est manifesté non seulement dans le soutien quotidien des personnes dans des domaines comme les soins d'hygiène quotidiens et les routines, mais également dans les actions visant à donner un sens à leur journée et à la rendre agréable. Beth est restée concentrée sur une approche axée sur le patient, afin de se familiariser avec les espoirs et les rêves de ceux qu'elle sert. Elle s'est efforcée d'atteindre ces objectifs et a continué à jouer le rôle de préposée aux services de soutien principale à divers moments pendant son emploi.

Beth a également assumé les rôles de représentante de la santé et de la sécurité de l'établissement en veillant à ce que des inspections régulières soient effectuées, que les points à surveiller soient énumérés, qu'un suivi soit fait et que la documentation à jour du SIMDUT [Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail] soit sur place. Beth a aussi exercé les fonctions de formatrice et de coordinatrice des médicaments pour le foyer et a également été en mesure de former le personnel à l'occasion, au cours de son emploi, pour répondre à des besoins médicaux spéciaux, en s'appuyant sur ses antécédents en soins infirmiers. Beth a également pu utiliser ces connaissances à un moment donné pour fournir un soutien intensif à une personne ayant des besoins complexes en matière de soins.

Nous tenons à profiter de l'occasion pour souhaiter à Beth la meilleure des chances dans ses projets.

Au bout du compte, Wettlaufer n'allait pas quitter l'Ontario. Lors de son entretien avec les avocats de la Commission, elle a déclaré que sa nouvelle relation avait pris fin peu de temps après sa démission de Christian Horizons. Elle ne pensait pas pouvoir retourner travailler chez Christian Horizons, car sa relation avait été une relation homosexuelle. Au lieu de cela, elle a postulé chez Caressant Care (Woodstock). Caressant Care (Woodstock) l'a embauchée le même mois où elle a quitté Christian Horizons.

Peu de temps après avoir commencé à travailler à Caressant Care (Woodstock), Wettlaufer a commencé à commettre les infractions en question.



SECTION I

**SECTION II**

SECTION III

ANNEXES

## Les foyers de soins de longue durée et les fournisseurs de services de soins à domicile





## Le rôle des foyers de soins de longue durée

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	85
<b>II.</b>	<b>Droits, rôles et responsabilités clés dans les foyers de SLD</b> ...	86
	<b>A. Les droits des résidents</b> .....	86
	<b>B. Rôles et responsabilités clés dans les foyers de SLD</b> .....	87
	1. Rôles clés prévus par les régimes de réglementation de la LMSI et de la LFSLD. ....	88
	<b>C. Les obligations de faire rapport</b> .....	96
<b>III.</b>	<b>Défis auxquels font face les foyers de SLD</b> .....	97
	<b>A. L'acuité croissante des résidents</b> .....	97
	<b>B. Le manque d'infirmiers dans les foyers de SLD</b> .....	99
	<b>C. Responsabilités croissantes en matière de documentation</b> ..	100
	1. Documentation requise à l'admission .....	100
	2. Programmes de soins aux résidents .....	101
	3. Notes d'évolution .....	102
	4. Évaluations trimestrielles à l'aide du RAI-MDS .....	103
	<b>D. Défis liés à la formation et à l'orientation du personnel</b> .....	104
<b>IV.</b>	<b>Gestion des médicaments dans les foyers de SLD</b> .....	106
	<b>A. Introduction</b> .....	106
	<b>B. Gestion des médicaments : rôles et responsabilités</b> .....	107
	1. Le personnel infirmier et le directeur des soins infirmiers .....	107
	2. Le directeur médical .....	108
	3. Le fournisseur de services pharmaceutiques .....	109
	4. L'équipe interdisciplinaire .....	110
	<b>C. Les types de médicaments et leur emballage</b> .....	111
	1. Emballage en bandes .....	112
	2. Narcotiques en comprimés .....	112
	3. Réserve de médicaments en cas d'urgence .....	113

D. La commande des médicaments .....	114
E. Livraison et réception des médicaments .....	115
F. Entreposage des médicaments .....	116
G. La distribution des médicaments .....	117
<b>V. Gestion de l'insuline</b> .....	119
A. Aperçu .....	120
B. Entreposage de l'insuline – les cartouches .....	121
C. Administration de l'insuline .....	121
D. Normes de l'ISMP et contre-vérification indépendante .....	122
E. Élimination des cartouches d'insuline .....	123
F. Suivi de l'utilisation de l'insuline .....	125
<b>VI. Gestion des narcotiques</b> .....	125
A. Commande et livraison des narcotiques .....	125
B. Administration des narcotiques .....	126
C. Entreposage des médicaments désignés .....	127
D. Calcul des médicaments désignés .....	127
E. Élimination et destruction des médicaments désignés .....	127
<b>VII. Incidents liés à des médicaments et philosophie d'une culture positive en matière de sécurité</b> .....	129
A. Incidents liés à des médicaments .....	129
1. Qu'est-ce qu'un incident lié à un médicament? .....	130
2. À qui les incidents liés à des médicaments sont-ils rapportés? .....	132
B. Une culture positive en matière de sécurité dans les foyers de SLD .....	133
C. Recours à la discipline en réponse aux erreurs de médicament .....	134
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	135

## I. Introduction

Les Infractions commises par Elizabeth Wettlaufer se sont réparties sur près d'une décennie, dans trois foyers de soins de longue durée (SLD) différents et dans un domicile privé du sud-ouest de l'Ontario. Comme je l'explique au chapitre 1, si Wettlaufer n'était pas passée aux aveux, ses Infractions n'auraient jamais été mises au jour. À mon avis, d'après les éléments de preuve présentés dans le cadre de la présente Enquête, Wettlaufer aurait pu commettre ces Infractions dans n'importe quel foyer de SLD en Ontario sans que personne ne s'en aperçoive jamais. Cet effroyable constat explique pourquoi il est important que nous ne nous intéressions pas uniquement aux trois foyers dans lesquels elle a commis ces Infractions. En effet, pour enrayer cette menace pour la sécurité des résidents des foyers de SLD, il faut adopter une approche systémique. Pour y parvenir, il est nécessaire de comprendre, de manière générale, comment les foyers de SLD de l'Ontario fonctionnent. Tel est l'objet du présent chapitre. Dans des chapitres ultérieurs, j'examine chacun des trois foyers et les Infractions qui y ont été commises.

La première section de ce chapitre porte sur trois questions : les droits des résidents de foyers de SLD, les rôles joués par le personnel clé au sein des foyers et les responsabilités associées à ces rôles, ainsi que les obligations de rapport des foyers de SLD. Étant donné que les Infractions ont été commises entre 2007 et 2016, période au cours de laquelle deux régimes de réglementation différents ont régi les trois foyers de SLD à but lucratif dans lesquels Wettlaufer les a perpétrées, chacune de ces trois questions est examinée au regard des deux régimes. Jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2010, les foyers à but lucratif étaient régis par la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* (LMSI)<sup>1</sup> et ses règlements<sup>2</sup> (Règlement 832)<sup>3</sup>. Durant cette période, les foyers étaient également tenus de respecter les normes et critères énoncés dans le *Manuel du programme des foyers de soins de longue durée* (Manuel du programme). Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, tous les foyers de SLD, qu'ils soient à but lucratif, à but non lucratif ou municipaux, sont régis par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD)<sup>4</sup> et son règlement<sup>5</sup> (Règlement).

<sup>1</sup> L.R.O. 1990, chap. N.7.

<sup>2</sup> R.R.O. 1990, Règl. 832.

<sup>3</sup> Jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2010, trois lois différentes régissaient les foyers de SLD en Ontario : la LMSI, qui régissait la plupart des foyers à but lucratif; la *Loi sur les établissements de bienfaisance*, L.R.O. 1990, chap. C.9, qui régissait les foyers à but non lucratif; et la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*, L.R.O. 1990, chap. H.13, qui régissait les foyers municipaux. La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* a abrogé et remplacé ces trois lois.

<sup>4</sup> L.O. 2007, chap. 8.

<sup>5</sup> Règl. de l'Ont. 79/10.

Dans la deuxième section, je me penche sur les problèmes auxquels font face les foyers de SLD, comme la hausse d'acuité des résidents en SLD, le manque de personnel de soins – en particulier les infirmiers – et les solutions à mettre en œuvre pour fournir au personnel des foyers une formation efficace malgré leur énorme charge de travail .

Wettlaufer a commis les Infractions en injectant à ses victimes une surdose d'insuline. Il est donc important de comprendre le système de gestion des médicaments en place dans les foyers de SLD, sujet abordé dans la section qui suit. Cette section comporte deux grandes parties. Dans la première, j'examine les rôles du personnel infirmier, du directeur médical et du fournisseur de services pharmaceutiques dans le système de gestion des médicaments. Puis, dans la seconde, j'étudie le cheminement des médicaments dans les foyers de SLD, depuis le moment où ils sont commandés jusqu'à leur réception, leur entreposage et leur administration.

Les trois dernières sections de ce chapitre présentent la manière dont les foyers de SLD gèrent l'insuline injectable, les narcotiques et les erreurs de médicament. Je me penche sur la manière dont l'insuline est gérée dans les foyers de SLD parce qu'il s'agit du médicament dont Wettlaufer s'est servie pour commettre les Infractions. Je m'intéresse également à la manipulation des narcotiques parce que Wettlaufer les détournait des foyers pour son utilisation personnelle. Les mesures de dissuasion et la détection sont liées à la façon dont les erreurs de médicament sont traitées dans les foyers de SLD. Pour clore le chapitre, j'examine la manière dont les foyers de SLD gèrent les erreurs de médicament, ainsi que la philosophie qui sous-tend leur approche en la matière : la culture juste ou positive en matière de sécurité.

## II. Droits, rôles et responsabilités clés dans les foyers de SLD

### A. Les droits des résidents

Le principe fondamental qui sous-tend la LMSI et la LFSLD est qu'un foyer de SLD doit être avant tout le *foyer* de ses résidents (appelés « pensionnaires » dans la LMSI)<sup>6</sup> : un foyer où leurs besoins physiques, sociaux, psychologiques et spirituels sont comblés; un foyer où les résidents sont – et se sentent – en sécurité; un foyer où les résidents sont traités avec respect et où ils peuvent vivre en dignité.

<sup>6</sup> LMSI, art. 2(1); LFSLD, art. 1.



Une description complète des droits des résidents se trouve au chapitre 9.

## B. Rôles et responsabilités clés dans les foyers de SLD

Les régimes de réglementation de la LMSI et de la LFSLD imposent des obligations importantes aux foyers de SLD, à leurs titulaires de permis et à leurs administrateurs<sup>7</sup>. En plus de la promotion et du respect des droits des résidents, les principales obligations comprennent :

- veiller à ce que le personnel du foyer reçoive la formation et l'éducation appropriées<sup>8</sup>;
- avoir un système de gestion des médicaments<sup>9</sup>;
- respecter les obligations de faire rapport au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère)<sup>10</sup>;
- avoir en place un système de gestion de la qualité<sup>11</sup>.

<sup>7</sup> Un changement important apporté par la LFSLD a été d'imposer la plupart des obligations au titulaire de permis. Parmi les exceptions, peu nombreuses, on peut citer l'obligation de faire rapport de l'article 24, qui s'applique à toutes les personnes, sauf aux résidents. Sous le régime de la LMSI, ces obligations étaient parfois imposées aux titulaires de permis, mais elles pouvaient également être imposées directement aux foyers ou aux directeurs généraux.

<sup>8</sup> Règl. 832, art. 61.2; LFSLD, art. 76; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 216-22. Cette obligation s'appliquait au titulaire de permis sous les deux régimes.

<sup>9</sup> Règl. 832, art. 63-69. Aux termes de l'article 63 du Règlement 832, le directeur général était « responsable de l'administration et de l'application dans le foyer de soins des dispositions du présent Règlement relatives aux médicaments ». Aucune obligation semblable n'était imposée aux foyers régis par la *Loi sur les établissements de bienfaisance*, la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos* ou les règlements de ces lois. Le Manuel du programme imposait également un certain nombre de normes et de critères relatifs à la gestion et à l'administration des médicaments, qui s'appliquaient à tous les foyers de SLD de la province. Dans le cas de la LFSLD et du Règlement, cette obligation a été imposée directement au titulaire de permis : Règl. 79/10, art. 114-36.

<sup>10</sup> Aux termes de l'article 25 de la LMSI, quiconque, à l'exception d'un pensionnaire, qui a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un pensionnaire subit un préjudice devait communiquer ses soupçons au directeur. L'article 26 de la LMSI exigeait que le titulaire de permis transmette toute plainte écrite au directeur. L'article 96 du Règlement 832 exigeait que le titulaire de permis signale certains événements précis au directeur en vertu de la LMSI. Enfin, le Manuel du programme exigeait que l'administrateur (ou son représentant désigné) signale les « incidents inhabituels » au directeur. LFSLD, art. 22-24; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 103-7. Sous le régime de la LFSLD, toutes les obligations de faire rapport ont été imposées au titulaire de permis, à l'exception des rapports prévus à l'article 24, qui étaient exigés de toute personne, résidents exclus, qui avait des motifs raisonnables de croire qu'un résident avait fait l'objet de soins administrés de façon inappropriée ou incompétente, de mauvais traitements ou de négligence (entre autres).

<sup>11</sup> LMSI, art. 20.11; LFSLD, art. 84. Cette obligation s'appliquait et s'applique au titulaire de permis sous les deux régimes.

Les principaux membres du personnel d'un foyer de SLD responsables du respect de ces obligations sont les suivants :

- l'administrateur, chargé de la gestion du foyer;
- le directeur des infirmiers (désormais dénommé le directeur des soins infirmiers et des soins personnels);
- le directeur médical;
- le personnel infirmier;
- le fournisseur de services pharmaceutiques;
- les préposés aux services de soutien personnel.

Les préposés aux services de soutien personnel (préposés SSP) jouent un rôle important dans les soins quotidiens fournis aux résidents. Leurs fonctions sont : d'aider les résidents dans toutes les activités de la vie quotidienne et de l'hygiène personnelle, comme se laver, s'habiller et aller aux toilettes; de transporter les résidents à la salle à manger et à d'autres endroits du foyer ou de les aider à s'y rendre; d'aider les résidents à manger leurs repas; de consigner tous les aspects non médicaux des activités quotidiennes des résidents. Étant donné que la loi ne met pas l'accent sur les fonctions et les responsabilités particulières des préposés SSP, je ne les aborderai pas en détail dans cette section.

## 1. Rôles clés prévus par les régimes de réglementation de la LMSI et de la LFSLD

### a) *L'administrateur*

Selon les régimes de réglementation de la LMSI et de la LFSLD, les foyers de SLD sont tenus d'avoir un administrateur (appelé « directeur général » dans la LMSI). La LFSLD précise combien d'heures par semaine l'administrateur doit travailler à son poste, en fonction du nombre de lits autorisés dans le foyer<sup>12</sup>. Les qualifications requises pour un administrateur ont changé. D'après les dispositions du Règlement 832 pris en vertu de la LMSI, le directeur général d'un foyer de SLD devait être inscrit au cours de l'Association des hôpitaux du Canada intitulé Long Term Care Organization and Management Course (Organisation et gestion des soins de longue durée) et le terminer dans les

<sup>12</sup> Règl. 832, art. 79; LFSLD, art. 70.

trois ans<sup>13</sup>. Selon le Règlement pris en vertu de la LFSLD, les administrateurs sont désormais tenus d'avoir :

- un diplôme d'études post-secondaires obtenu à l'issue d'un programme d'une durée d'au moins trois ans, ou un diplôme d'études post-secondaires en santé ou en services sociaux obtenu à l'issue d'un programme d'une durée d'au moins deux ans.
- trois ans d'expérience de travail dans un poste de gestion ou de supervision dans un secteur de la santé ou des services sociaux, ou dans un autre poste de gestion au cas où l'intéressé a au préalable suivi une formation en administration de foyers de soins de longue durée d'au moins 100 heures;
- des aptitudes éprouvées en leadership et en communication;
- terminé avec succès une formation en administration ou gestion de foyers de soins de longue durée totalisant un minimum de 100 heures d'enseignement (ou être inscrit à une telle formation)<sup>14</sup>.

Les règlements pris en vertu de la LMSI imposaient d'importantes obligations aux directeurs généraux, notamment l'administration et l'application de la réglementation relative aux médicaments et à leur entreposage<sup>15</sup>; la création et la tenue de dossiers et de fichiers écrits et détaillés sur chaque résident du foyer (y compris les dossiers médicaux détaillés); les documents généraux du foyer (y compris les dossiers d'inspection); et les dossiers du personnel pour chaque employé du foyer<sup>16</sup>.

En vertu de la LFSLD, l'essentiel de ces obligations incombe au titulaire de permis. Au lieu d'imposer des obligations spécifiques à l'administrateur du foyer, l'article 70(2) de la LFSLD stipule que l'administrateur « est responsable du foyer de soins de longue durée et de sa gestion »<sup>17</sup>. Pendant les audiences publiques de l'Enquête, j'ai appris que les administrateurs sont souvent responsables des relations avec les intervenants externes, y compris de la liaison avec le Ministère, les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) (lorsqu'ils existaient) et les Réseaux locaux d'intégration des services

---

<sup>13</sup> Règl. 832, art. 80. Une exception à cette exigence s'appliquait si, de l'avis du ministre de la Santé, le directeur général en question possédait des qualifications équivalentes.

<sup>14</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 212(1)-(4). Le Règlement prévoit certaines exceptions à ces exigences pour les administrateurs qui occupaient déjà ces fonctions au moment de l'entrée en vigueur de la LFSLD.

<sup>15</sup> Règl. 832, art. 63(1).

<sup>16</sup> Règl. 832, art. 88-95.

<sup>17</sup> LFSLD, art. 70(2)(a).

de santé (RLISS)<sup>18</sup>. Dans la plupart des foyers, les administrateurs restent responsables du fonctionnement quotidien du foyer, y compris la gestion des plaintes, la dotation en personnel et les questions relatives au personnel. L'administrateur du foyer est également l'un des membres obligatoires de l'équipe interdisciplinaire chargée d'évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments du foyer<sup>19</sup>.

### ***b) Le directeur des infirmiers/des soins infirmiers et des soins personnels***

En vertu du Règlement 832 pris en vertu de la LMSI, le titulaire de permis devait veiller à ce que le foyer dispose d'un infirmier autorisé (IA), qui était nommé au poste de directeur des infirmiers. Le directeur des infirmiers était responsable de l'organisation, de la direction et de l'évaluation des soins infirmiers, ce qui signifiait diriger le travail du personnel infirmier et coordonner les programmes de formation du personnel en cours d'emploi<sup>20</sup>. Le Règlement 832 précisait le nombre d'heures que le directeur des infirmiers devait passer dans le foyer, qui était calculé en fonction du nombre de lits<sup>21</sup>.

La LFSLD enjoint à tout titulaire de permis de veiller à ce que le foyer de SLD dispose d'un directeur des soins infirmiers et des soins personnels, qui doit être un IA. Le directeur des soins infirmiers et des soins personnels est le plus souvent appelé Directeur des soins infirmiers (DSI). Le Règlement impose au DSI des critères de qualification plus exigeants que ceux de la LMSI pour le directeur des infirmiers. Les titulaires de permis doivent s'assurer que les DSI ont au moins un an d'expérience de travail comme IA dans le secteur des soins de longue durée, au moins trois ans d'expérience de travail comme IA dans l'exercice de fonctions de gestion ou de supervision dans un milieu où sont donnés des soins de santé et des compétences manifestes en leadership et en communication<sup>22</sup>. La LFSLD précise si le poste doit être occupé à plein temps ou à temps partiel, en fonction du nombre de lits du foyer<sup>23</sup>.

<sup>18</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, cette loi permettra notamment de créer un nouvel organisme dénommé Santé Ontario et de réorganiser ou dissoudre les 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (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 SLD, y compris Santé Ontario.

<sup>19</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 115(1).

<sup>20</sup> Règl. 832, art. 60(1).

<sup>21</sup> Règl. 832, art. 60(3).

<sup>22</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 213(4). Le Règlement prévoit certaines exceptions à ces exigences pour les directeurs des soins infirmiers qui assumaient cette fonction au moment où la LFSLD est entrée en vigueur.

<sup>23</sup> LFSLD, art. 71; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 213(1)-(3).

Les DSI sont chargés de la supervision et de la direction du personnel des soins infirmiers et des soins personnels du foyer, ainsi que des soins qu'ils fournissent. En général, les DSI assument un large éventail de responsabilités au sein du foyer, notamment le recrutement du personnel infirmier et des préposés SSP, l'établissement des horaires de travail, la réponse aux plaintes liées aux soins infirmiers, la déclaration des incidents graves et l'enquête sur ces incidents. Ils doivent également être membres de l'équipe interdisciplinaire responsable de l'examen de l'efficacité du système de gestion des médicaments du foyer<sup>24</sup>, qui sera décrite plus loin dans ce chapitre.

### ***c) Le directeur médical***

Le cadre réglementaire de la LMSI imposait aux titulaires de permis de nommer un médecin au poste de directeur médical du foyer. Le titulaire de permis était tenu d'obtenir une déclaration écrite du directeur médical, indiquant qu'il ou elle consentait à conseiller le directeur général « sur les questions relatives aux soins médicaux fournis au foyer, y compris sur la qualité de ces soins »<sup>25</sup>.

Un résident (ou mandataire spécial) pouvait retenir un médecin personnel pour la fourniture des soins médicaux<sup>26</sup>. S'il ne l'avait pas fait, le directeur général était tenu de retenir un médecin (généralement le directeur médical du foyer) pour fournir les soins médicaux au résident<sup>27</sup>. Le directeur général du foyer était également chargé d'organiser la permanence d'un médecin de garde pour intervenir en cas d'urgence lorsque le médecin du résident ou son remplaçant n'était pas disponible<sup>28</sup>.

Chaque médecin ou infirmier autorisé de la catégorie supérieure (infirmier praticien), retenu pour fournir des soins à un résident, était tenu de visiter le résident et d'examiner ses médicaments et son régime alimentaire au moins une fois tous les trois mois, d'effectuer un examen physique annuel du

---

<sup>24</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 115.

<sup>25</sup> Règl. 832, art. 50(1). Même si le titulaire de permis était également autorisé à nommer un ou plusieurs infirmiers autorisés de la catégorie supérieure (les infirmiers praticiens sont des infirmiers de la catégorie supérieure) au sein du foyer de soins infirmiers, cet infirmier n'était pas le directeur médical du foyer : voir le Règl. 832, art. 50(5)-(7).

<sup>26</sup> Règl. 832, art. 51(1).

<sup>27</sup> Règl. 832, art. 51(1).

<sup>28</sup> Règl. 832, art. 53(1). Un infirmier autorisé de la catégorie supérieure pouvait faire partie de l'équipe de garde pour la fourniture des soins d'urgence : Règl. 832, art. 53(2).

résident et de remettre au directeur général un rapport écrit sur l'examen et ses constatations, et d'apporter les soins supplémentaires requis par l'état de santé du résident<sup>29</sup>.

En vertu de la LFSLD, le titulaire de permis doit toujours veiller à ce que le foyer de SLD dispose d'un directeur médical, qui est un médecin<sup>30</sup>. Le titulaire de permis doit conclure une entente écrite avec le directeur médical du foyer, pour préciser, au minimum, la durée de l'entente, les responsabilités du titulaire de permis, ainsi que les responsabilités et les fonctions du directeur médical<sup>31</sup>. La LFSLD stipule que le rôle du directeur médical est de conseiller le titulaire de permis sur « les questions qui se rapportent aux soins médicaux » fournis par le foyer, et de remplir les autres obligations prévues dans le Règlement<sup>32</sup>. Le Règlement stipule également que le directeur médical est chargé de l'élaboration, de la mise en œuvre, de la surveillance et de l'évaluation des services médicaux; de la fourniture de conseils sur les politiques et procédures cliniques, s'il y a lieu; de la communication des attentes aux médecins traitants et aux infirmiers praticiens; du traitement des questions ayant trait aux soins à fournir aux résidents, à la permanence après les heures normales de travail et à la couverture de garde; et de la participation aux comités interdisciplinaires (y compris le comité de gestion des médicaments du foyer) et aux activités d'amélioration de la qualité<sup>33</sup>. Dans l'exercice de leurs fonctions, les directeurs médicaux doivent consulter le DSI, ainsi que les autres professionnels de la santé qui travaillent dans le foyer<sup>34</sup>.

Le cadre réglementaire de la LFSLD impose aux titulaires de permis de veiller à ce que les résidents aient accès à des services médicaux au foyer 24 heures sur 24. L'article 82 du Règlement exige en outre que les titulaires de permis veillent à ce qu'un médecin ou un infirmier praticien fasse passer à chaque résident un examen physique dès son admission dans le foyer (et une fois par an par la suite); soit régulièrement présent au foyer pour y fournir des services, notamment des évaluations; et assure la permanence après les heures normales de travail et la couverture de garde. Les résidents (ou leur mandataire spécial) peuvent retenir les services d'un médecin ou d'un

<sup>29</sup> Règl. 832, art. 51(4).

<sup>30</sup> LFSLD, art. 72(1)-(2).

<sup>31</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 214(1).

<sup>32</sup> LFSLD, art. 72(3).

<sup>33</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 214(3).

<sup>34</sup> LFSLD, art. 72(4).

infirmier praticien pour fournir ces soins médicaux. Dans le cas contraire, le titulaire de permis nomme un médecin ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure à cette fin, en consultation avec le directeur médical, le résident et son mandataire spécial, s'il y en a un<sup>35</sup>. Là aussi, dans ces circonstances, le directeur médical du foyer est souvent nommé comme médecin du résident. Si un infirmier praticien est nommé, il doit alors préciser quel médecin il va consulter<sup>36</sup>. Le rôle du directeur médical dans le système de gestion des médicaments du foyer sera présenté plus en détail plus loin.

Avant de commencer à travailler dans un foyer de SLD, tout membre du personnel – à l'exception des directeurs médicaux, des médecins traitants et des infirmiers praticiens, nommés pour fournir des soins aux résidents du foyer – doit faire l'objet d'une vérification des antécédents criminels et une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables<sup>37</sup>.

#### **d) Personnel de soins infirmiers**

En vertu du cadre réglementaire de la LMSI, le titulaire de permis d'un foyer de soins infirmiers est tenu de garantir la disponibilité des services de soins infirmiers dans le foyer 24 heures sur 24. L'article 59(1) du Règlement 832 impose au titulaire de permis de veiller à ce « qu'au moins un infirmier autorisé, qui est membre du personnel infirmier permanent du foyer, soit de service et présent au foyer en tout temps »<sup>38</sup>. Le DSI qui travaille à ce titre dans le foyer ne peut pas remplir aussi ces fonctions<sup>39</sup>. Le nombre d'employés nécessaire pour fournir les soins aux résidents était laissé à la discrétion du titulaire de permis, à condition qu'un « nombre suffisant d'infirmiers autorisés, d'infirmiers auxiliaires autorisés et d'aides-soignants » soit disponible pour « fournir les soins de santé infirmiers dont les résidents du foyer ont besoin »<sup>40</sup>.

<sup>35</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 82(3).

<sup>36</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 84c).

<sup>37</sup> LFSLD, art. 75; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 215.

<sup>38</sup> Les Règlements pris en vertu de la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos* ne contiennent aucune exigence similaire. Cette exigence est certes prévue par le règlement pris en vertu de la *Loi sur les établissements de bienfaisance*, mais elle était assortie d'une exception pour les foyers plus petits, au moins jusqu'en 2005.

<sup>39</sup> Règl. 832, art. 60(4). Jusqu'au 1<sup>er</sup> août 2005, cet article ne s'appliquait pas aux titulaires de permis dont les foyers de soins infirmiers comptaient 80 lits ou moins : Règl. 832, art. 60(5).

<sup>40</sup> Règl. 832, art. 60(6).

La LFSLD impose aux titulaires de permis de veiller à la mise en place d'un programme organisé de services infirmiers dans le foyer, pour répondre aux besoins évalués des résidents<sup>41</sup>. Les titulaires de permis doivent veiller à ce qu'au moins un IA, qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire du Règlement<sup>42</sup>. Cette exigence est connue sous l'expression « exigence IA 24 heures sur 24 ». Ni l'administrateur du foyer ni le DSI ne peut être considéré comme étant IA de service<sup>43</sup>. Pour améliorer la continuité des soins pour les résidents, la LFSLD limite la capacité des titulaires de permis à utiliser du personnel temporaire, saisonnier ou d'agence<sup>44</sup>. Même si le cadre réglementaire de la LFSLD ne prescrit pas des niveaux spécifiques de dotation en personnel, l'article 31 du Règlement impose au titulaire de permis de veiller à l'élaboration d'un plan de dotation en personnel écrit qui prévoit une dotation en personnel variée qui soit compatible avec les besoins évalués des résidents en matière de soins et de sécurité, promeut la continuité des soins, comprend un plan d'urgence pour la dotation en personnel des soins infirmiers et des soins personnels pour parer aux situations où le personnel est incapable de se rendre au travail, et est évalué et mis à jour au moins une fois par année<sup>45</sup>.

Certains foyers de SLD qui peinent à satisfaire l'exigence IA 24 heures sur 24, recourent à des infirmiers d'agences de placement ou à des tiers (infirmiers d'agence). Les infirmiers d'agence ne peuvent être sollicités que dans des cas précis. Cette question sera abordée au chapitre 7 du présent Rapport.

### ***e) Le fournisseur de services pharmaceutiques***

La LMSI et le Règlement 832 ne décrivaient pas le rôle des fournisseurs de services pharmaceutiques. Toutefois, le Manuel du programme imposait un certain nombre de normes et critères relatifs aux services pharmaceutiques dans les foyers de SLD. Par exemple, le Manuel du programme exigeait que les services pharmaceutiques cliniques soient fournis au foyer par un pharmacien, et que le foyer soit approvisionné en médicaments et produits pharmaceutiques par une pharmacie. Le pharmacien chargé de fournir

---

<sup>41</sup> LFSLD, art. 8(1). Les titulaires de permis doivent également veiller à ce que le foyer dispose d'un programme structuré de services de soutien personnel qui visent à prêter assistance dans le cadre des activités de la vie quotidienne.

<sup>42</sup> LFSLD, art. 8(3).

<sup>43</sup> LFSLD, art. 8(4).

<sup>44</sup> LFSLD, art. 74.

<sup>45</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 31(3).



les médicaments au foyer pouvait être différent de celui qui fournissait les services cliniques. Le Manuel du programme précisait également qu'il fallait mettre en place un « programme structuré de fourniture de services pharmaceutiques visant à satisfaire aux besoins des résidents », notamment :

- un processus d'examen structuré et interdisciplinaire pour diriger les programmes et les services de la pharmacie;
- la fourniture sécuritaire des médicaments aux résidents;
- la tenue de dossiers exacte pour assurer la réception, le traitement, le suivi, le rapprochement et la vérification sûrs des médicaments;
- la distribution précise et sécuritaire des médicaments, ainsi que leur entreposage et destruction appropriés;
- un système de signalement immédiat d'erreurs de médicament et des effets indésirables des médicaments (avec mesures de suivi spécifiques).

Le Manuel du programme exigeait une entente écrite entre le foyer et les personnes chargées de la fourniture des services pharmaceutiques. Cette entente précisait les « attentes » du service pharmaceutique, sur les aspects suivants notamment :

- une méthode de communication établie entre le pharmacien et le foyer;
- la gestion de la qualité, notamment en ce qui concerne l'entreposage, la prescription et les systèmes de distribution des médicaments;
- la participation à un processus d'examen interdisciplinaire;
- l'acquisition et la distribution précises et sûres des médicaments;
- le signalement à l'administrateur du foyer, au médecin ou au DSI, de toute irrégularité ou préoccupation relative à la commande ou à l'administration des médicaments;
- la préparation et l'examen des traitements médicamenteux des résidents en vue de l'examen trimestriel du foyer;
- la tenue du profil pharmaceutique complet de chaque résident;
- la mise en œuvre de programmes visant à améliorer la pharmacothérapie des résidents (p. ex., l'utilisation des médicaments);
- l'organisation de séminaires de formation; la destruction de médicaments<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> Manuel du programme, art. 1016-01, p. 1-4.

Le Manuel du programme précisait également que l'accès à un service pharmaceutique devait être possible 24 heures par jour, sept jours par semaine.

En vertu du Règlement pris en vertu de la LFSLD, un titulaire de permis doit faire appel à un fournisseur de services pharmaceutiques qui détient un certificat d'agrément valide l'autorisant à exploiter une pharmacie<sup>47</sup>. Le Règlement impose qu'une entente écrite soit conclue entre eux qui exige que le fournisseur de services pharmaceutiques approvisionne le foyer en médicaments 24 heures 24 et sept jours par semaine (ou prenne des dispositions pour qu'ils soient fournis par une autre pharmacie agréée) et s'acquitte de toutes ses responsabilités en vertu du Règlement<sup>48</sup>.

Bon nombre des responsabilités du fournisseur de services pharmaceutiques ont trait au système de gestion des médicaments du foyer, que j'examinerai en profondeur plus loin dans ce chapitre.

## C. Les obligations de faire rapport

La LMSI, le Règlement 832 et le Manuel du programme imposaient des exigences différentes en matière d'établissement de rapports aux titulaires de permis et à d'autres personnes dans diverses circonstances. La plupart de ces exigences existent encore – avec de légères variations – sous la LFSLD. La LMSI et la LFSLD imposent toutes deux une obligation générale à tout le monde, sauf aux résidents, de faire rapport au directeur, en vertu de la LMSI (aujourd'hui la LFSLD)<sup>49</sup>, de tout préjudice soupçonné (ou conduite potentiellement dangereuse) causé aux résidents. De plus, les deux régimes de réglementation exigent l'établissement de rapport sur les incidents inhabituels ou incidents graves qui se sont produits au foyer<sup>50</sup>. Les obligations de faire rapport imposés en vertu de la LMSI, puis de la LFSLD et de son Règlement sont examinées en détail au chapitre 9 (voir la section III pour un aperçu des obligations de signalement liées à la LMSI, et la section V pour les obligations de faire rapport liées à la LFSLD).

En plus de ces obligations d'établissement de rapports, si un résident décède dans un foyer de SLD, la *Loi sur les coroners* exige que la « personne qui est

<sup>47</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 119(1)-(2).

<sup>48</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 119(3)-(4).

<sup>49</sup> LMSI, art. 25(1); LFSLD, art. 24(1).

<sup>50</sup> Règl. 832, art. 96; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107.

responsable » du foyer donne immédiatement avis du décès à un coroner<sup>51</sup>. Pour s’acquitter de cette obligation, le foyer remplit un Avis de décès de patient en établissement (ADPE) et l’envoie au Bureau du coroner en chef (BCC). La démarche suivie par le BCC suivant le moment où il est avisé du décès d’un résident est expliquée au chapitre 14 du présent Rapport.

### III. Défis auxquels font face les foyers de SLD

Pendant les audiences publiques, de nombreux témoins ont décrit les conditions de travail dans les foyers de SLD en Ontario. Ces témoins – parmi lesquels des administrateurs, des DSI, un directeur médical, des médecins traitants et des consultants en pharmacie – ont parlé de l’environnement dans les foyers de SLD et des défis auxquels font face ces foyers. Je vais en discuter maintenant.

#### A. L’acuité croissante des résidents

Dans le secteur des soins de santé, acuité désigne l’intensité des soins que nécessite une personne : un niveau élevé d’acuité veut dire que la personne a des besoins importants en matière de soins. Lors des audiences publiques, tous les témoins interrogés sur l’acuité ont dit la même chose : les foyers de SLD ont toujours pris soin des résidents qui avaient besoin d’un niveau de soutien supérieur à celui qu’il est possible de fournir à domicile, mais le pourcentage des résidents ayant une acuité élevée a fortement augmenté au cours des dernières années.

Trois facteurs ont contribué à l’augmentation de l’acuité des résidents des foyers de SLD. Premièrement, depuis 2010, le gouvernement de l’Ontario met plus l’accent sur le « vieillissement à domicile ». Deuxièmement, depuis 2010, des critères plus stricts d’admission aux soins de longue durée sont en vigueur, de sorte que seules les personnes dont les besoins sont élevés ou très élevés (selon les scores MAPLe (Méthode d’attribution des niveaux de priorité)) sont admissibles<sup>52</sup>. Troisièmement, de nombreux résidents qui auraient auparavant été soignés dans des hôpitaux vivent maintenant dans des foyers de SLD. Par conséquent, les résidents entrent dans les foyers de SLD à un stade avancé

<sup>51</sup> L.R.O. 1990, chap. C.37, art. 10(2.1).

<sup>52</sup> Rapport final de l’Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l’Ontario, mars 2018, *Changing An Unacceptable Reality : Enabling Nursing Knowledge for Quality Resident Outcomes in Ontario’s Long Term Care Homes*, p. 2. Ce rapport repose sur une étude financée par l’Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l’Ontario et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

de leur déficience cognitive et physique, lorsque leur santé est probablement instable, qu'ils sont plus fragiles physiquement et que leurs besoins en soins sont plus importants.

Aujourd'hui, la grande majorité des personnes vivant dans les foyers de SLD 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. Le profil suivant est tiré du rapport de 2019 de l'Ontario Long Term Care Association. Il donne un aperçu des besoins actuels des résidents de l'Ontario en matière de soins de longue durée.

#### **Profil des résidents dans les foyers de SLD, 2017-2018<sup>53</sup>**

- 90 % souffrent d'une certaine forme de déficience cognitive.
- 86 % ont besoin d'une aide élargie pour, par exemple, manger ou utiliser les toilettes.
- 80 % souffrent de maladies neurologiques.
- 76 % souffrent de maladies cardiaques et circulatoires.
- 64 % ont reçu un diagnostic de démence.
- 62 % souffrent de maladies musculosquelettiques telles que l'arthrite et l'ostéoporose.
- 40 % ont besoin de surveillance pour un état pathologique aiguë.
- 21 % ont été victimes d'accident vasculaire cérébral.
- 61 % prennent au moins 10 médicaments sur ordonnance.

*Note* : Les données relatives à l'utilisation des médicaments sur ordonnance datent de 2012.

Étant donné qu'un plus grand nombre de résidents ont besoin de niveaux plus élevés de soins, le personnel des foyers de SLD fait face à des exigences et à des responsabilités de plus en plus grandes, en particulier celui qui fournit

<sup>53</sup> Ontario Long Term Care Association, *This Is Long-Term Care 2019* (Toronto, Ont., avril 2019), p. 3. Le rapport montre que pour créer ce profil, l'association s'est appuyée sur des informations provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé (2018), y compris le Système d'information sur les soins de longue durée : Profil des résidents dans les Installations de soins de longue durée 2017-18 et *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2012* (2014).

des soins directs aux résidents. Une infirmière qui a témoigné aux audiences publiques a déclaré qu'elle avait choisi de travailler dans un foyer de SLD pensant que ce serait un « bon précurseur de la retraite », mais a constaté qu'elle n'avait « jamais travaillé aussi dur de [sa] vie. »

## **B. Le manque d'infirmiers dans les foyers de SLD**

La vulnérabilité des résidents des foyers de SLD n'est pas seulement due à leur état physique et mental. Elle est également causée par le manque de personnel – en particulier d'infirmiers – dans le foyer. La raison principale de ces faibles niveaux d'effectifs est le financement public limité accordé aux foyers de SLD pour le personnel de soins infirmiers et de soins personnels. Toutefois, cette situation est également attribuable à la difficulté qu'éprouvent les foyers de SLD à recruter et à retenir le personnel infirmier.

Le secteur hospitalier est le principal concurrent des foyers en ce qui concerne le personnel infirmier. Des témoins aux audiences publiques ont donné de nombreuses raisons pour expliquer pourquoi il est plus intéressant de travailler dans un hôpital que dans un foyer de SLD. En tête de liste, une meilleure rémunération, de meilleurs avantages sociaux et de meilleures conditions de travail. De plus, en milieu hospitalier, un IA peut consulter immédiatement d'autres professionnels de la santé en cas d'urgence – médecins, infirmiers praticiens, pharmaciens, inhalothérapeutes et autres infirmiers autorisés. Par contre, dans un foyer de SLD, en particulier les petits foyers en milieu rural, il arrive souvent qu'un seul IA soit de service. Cet infirmier est le seul responsable des soins immédiats et de l'évaluation des besoins médicaux des résidents, y compris en cas d'urgence. Il y a également un écart important entre le nombre de patients ou de résidents dont l'infirmier est responsable, les infirmiers des foyers de SLD étant généralement responsables d'un nombre beaucoup plus élevé de personnes.

Lorsque l'on conjugue la lourde charge de travail des foyers de SLD à ces autres points, il est facile de comprendre pourquoi les foyers ont de la difficulté à recruter et à retenir des infirmiers. Ces problèmes sont accentués par le fait que le travail dans les foyers de SLD semble sous-évalué, d'un point de vue sociétal, et indésirable, du point de vue de nombreux professionnels de la santé. Ces problèmes sont examinés aux chapitres 13 et 15, où je formule également des recommandations sur la façon de les résoudre.

## C. Responsabilités croissantes en matière de documentation

Ces dernières années, des responsabilités croissantes en matière de documentation ont été confiées au personnel infirmier (ainsi qu'aux préposés aux services de soutien personnel) des foyers de SLD, en partie à cause de la mise en œuvre du régime de la LFSLD. La plupart des activités de collecte d'information et de documentation visent à s'assurer que les résidents reçoivent le niveau de soins nécessaire à leur état mental et physique, qu'il y ait une continuité dans les soins aux résidents, que les médicaments appropriés soient administrés aux résidents et que les changements dans l'état des résidents soient rapidement remarqués et pris en charge. Bien que la documentation accrue s'explique, ces responsabilités supplémentaires ont augmenté la charge de travail des infirmiers dans les foyers de SLD. Beaucoup d'infirmiers qui ont témoigné ont déclaré que pour remplir les dossiers, ils doivent régulièrement rester au foyer après la fin de leur quart de travail (sans être payés pour ce temps supplémentaires).

La liste qui suit – loin d'être exhaustive – donne des exemples de documents que les infirmiers dans les foyers de SLD doivent préparer et examiner :

- les évaluations d'admission, y compris des évaluations de la tête aux pieds, un bilan comparatif des médicaments et un programme de soins 24 heures sur 24;
- les programmes de soins fournis aux résidents;
- les notes d'évolution quotidiennes;
- les dossiers d'administration des médicaments;
- les dossiers d'administration des traitements;
- les évaluations trimestrielles des médicaments;
- les évaluations trimestrielles de l'Instrument d'évaluation des résidents – Ensemble de données minimales (RAI-MDS) (expliqués plus loin);
- les rapports d'incidents concernant les chutes, les erreurs de médicament et les cas soupçonnés de mauvais traitement ou de négligence.

### 1. Documentation requise à l'admission

Lors de l'admission dans un foyer de SLD, la santé et l'état physique d'un résident doivent être évalués. Le personnel infirmier autorisé joue un rôle important dans ce processus, qui commence par le bilan comparatif des médicaments du résident.

Un infirmier prépare le « meilleur schéma thérapeutique possible » qui contient des renseignements sur les médicaments que prend le résident, des directives sur la façon de les prendre, des renseignements sur le prescripteur et les allergies aux médicaments (le cas échéant). Comme le directeur médical ne voit généralement pas le résident dans les 24 heures suivant son admission, le personnel infirmier doit également prendre des dispositions pour que les médicaments du résident soient examinés par son médecin (généralement par téléphone) et obtenus auprès du fournisseur de services pharmaceutiques du foyer le plus tôt possible.

De multiples évaluations doivent être effectuées pour dresser un tableau aussi complet que possible de l'état de santé, des préférences et des activités du résident. Par exemple, les titulaires de permis doivent veiller à ce que soit élaboré un programme de soins provisoire dans les 24 heures de l'admission de chaque résident et à ce qu'il soit communiqué au personnel chargé des soins directs dans le même délai<sup>54</sup>. Certaines des questions qui doivent être abordées dans le programme de soins incluent :

- les risques que le résident peut courir, ou faire courir aux autres, notamment le risque de chute, et les interventions nécessaires pour les atténuer;
- le type et le niveau d'aide dont il a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne;
- sa routine habituelle et ses besoins en matière de confort;
- les médicaments et traitements dont il a besoin;
- les renseignements sur les maladies connues dont il souffre et l'état de sa peau;
- les directives concernant son régime alimentaire<sup>55</sup>.

## 2. Programmes de soins aux résidents

Bien qu'un programme de soins provisoire soit élaboré dans les 24 heures de l'admission, le titulaire de permis doit également veiller à ce qu'un programme de soins complet soit achevé dans les 21 jours<sup>56</sup>. L'article 26 du Règlement précise un large éventail de questions que le programme de soins doit aborder en plus de celles qui sont incluses dans le programme de soins provisoire dans les 24 heures, notamment la capacité cognitive, l'habilité

<sup>54</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 24(1).

<sup>55</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 24(2).

<sup>56</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 25(1).

à communiquer, les humeurs et comportements habituels, les habitudes de sommeil et préférences en la matière, le bien-être psychologique, le fonctionnement physique et les risques en matière de sécurité<sup>57</sup>. J'ai entendu dire qu'une évaluation de la tête aux pieds et une évaluation au chevet du patient sont effectuées pour compléter le programme de soins, ainsi que d'autres évaluations telles que l'évaluation ou l'examen par un médecin. Mis ensemble, ces évaluations et le programme de soins qui en résulte visent à couvrir tous les aspects des soins, des besoins et des préférences du résident.

Si le résident atteint un objectif du programme, si ses besoins en matière de soins évoluent, si un aspect des soins n'est plus nécessaire ou si les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces, le résident doit être réévalué et son programme de soins provisoire réexaminé<sup>58</sup>. Même en l'absence de tels changements, le titulaire de permis doit veiller à ce que le résident soit réévalué et que le programme de soins soit réexaminé tous les six mois au moins<sup>59</sup>. Le résident, son mandataire spécial (s'il en a un) et toute autre personne désignée par l'un ou l'autre ont droit à une explication du programme de soins<sup>60</sup>.

### 3. Notes d'évolution

Des notes d'évolution sont consignées pour chaque résident. Le personnel infirmier autorisé, le DSI, le coordonnateur des soins aux résidents, les diététistes et les physiothérapeutes font partie de ceux qui ont accès aux notes d'évolution et qui y consignent des données. Toutefois, il appartient principalement aux infirmiers de rédiger les notes de progrès d'un résident.

En général, les infirmiers ne prennent pas des notes quotidiennes pour chaque résident. Ce serait trop onéreux. La consignation des notes d'évolution est une pratique « exceptionnelle ». Une IA a expliqué qu'elle notait tous les événements importants qui se produisaient. L'examen des notes d'évolution d'un résident montre des notes sur les comportements, les chutes, la douleur, les incidents, les médicaments PRN (administration selon le besoin), les infections, les résultats de laboratoire, les notes familiales et les visites du médecin. Les notes d'évolution ne sont pas censées refléter le degré d'interaction d'un infirmier avec le résident, elles servent plutôt à saisir les points importants ou significatifs relatifs aux soins fournis au résident.

<sup>57</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 26(3).

<sup>58</sup> LFSLD, art. 6(10); Règl. de l'Ont. 79/10, art. 24(9).

<sup>59</sup> LFSLD, art. 6(10).

<sup>60</sup> LFSLD, art. 6(12).



#### 4. Évaluations trimestrielles à l'aide du RAI-MDS

Lors de son admission au foyer, et à intervalles réguliers par la suite, chaque résident fait l'objet d'une évaluation interdisciplinaire fondée sur un outil électronique appelé Instrument d'évaluation des résidents–Ensemble de données minimales (RAI-MDS). Le RAI-MDS est un outil international, normalisé et interdisciplinaire d'évaluation et de planification des soins. Il a été mis en œuvre dans tous les foyers de SLD de l'Ontario en 2009, avant l'entrée en vigueur du régime de la LFSLD.

Le RAI-MDS doit être rempli par un IA ou un infirmier auxiliaire autorisé. L'infirmier évalue le résident puis consigne des détails sur l'état de santé et les pathologies du résident; les algorithmes utilisent ensuite ces renseignements pour créer un programme de soins individualisé pour le résident. Le RAI-MDS est l'évaluation la plus complète de l'état de santé d'un résident. Il comprend pratiquement tous les renseignements médicaux et sanitaires du résident, notamment en ce qui a trait à ses humeurs, à son comportement, à son régime alimentaire, à sa vision, à ses habitudes d'élimination, à ses diagnostics, à sa mobilité et à ses activités. Les données du RAI-MDS sont transmises à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), où elles sont traitées de façon à pouvoir être utilisées par le Ministère pour faciliter la planification des soins, le suivi de certains aspects, dont l'acuité des résidents et le rendement du foyer par rapport aux autres dans la province, et la supervision générale du secteur des foyers de SLD.

Les infirmiers ne sont pas les seuls à consigner des données pour le RAI-MDS. Les préposés SSP doivent consigner tous les aspects des activités quotidiennes du résident qui ne sont pas liés aux soins infirmiers et médicaux, notamment la consommation de liquides et d'aliments, l'incontinence, la continence, l'habillement, les humeurs, le comportement, le lavage et le toilettage.

Comme je l'explique au chapitre 9, le Ministère fournit des fonds aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui, à leur tour, les redistribuent aux foyers à travers quatre enveloppes budgétaires<sup>61</sup>. L'une des enveloppes est destinée aux soins infirmiers et personnels (SIP). Le montant du financement qu'un foyer recevra dans l'enveloppe de SIP varie en fonction de l'acuité de ses résidents. L'acuité du foyer est fondée sur son

---

<sup>61</sup> Comme je l'explique dans le chapitre qui traite de la question, le Ministère fournit également des fonds directement aux foyers de SLD.

rapport RAI-MDS pour chaque résident<sup>62</sup>. Un foyer dont les résidents ont des problèmes de santé plus aigus ou plus complexes que d'autres foyers de la province recevra plus de fonds dans son enveloppe de SIP.

Le RAI-MDS, qui est détaillé et nécessite beaucoup de travail, a augmenté le nombre de notes que les infirmiers et les préposés SSP doivent consigner. Pour faciliter ce processus, le Ministère finance un poste de coordonnateur, dans les foyers, dédié aux évaluations du RAI-MDS. Le coordonnateur de l'IER reçoit les renseignements du RAI-MDS de la part des infirmiers et des préposés SSP, les examine et les inscrit dans le système de l'ICIS. Le coordonnateur est également responsable de la planification des évaluations subséquentes du RAI-MDS pour tous les résidents. Bien que le RAI-MDS ait supprimé certaines évaluations des soins infirmiers, de nombreuses autres évaluations doivent encore être effectuées, notamment celles qui sont requises pour préparer le programme de soins d'un résident.

## D. Défis liés à la formation et à l'orientation du personnel

La LFSLD et son Règlement imposent aux titulaires de permis des foyers de SLD un certain nombre de responsabilités en matière de formation et d'orientation, tant pour le personnel que pour les bénévoles<sup>63</sup>. Le titulaire de permis doit veiller à ce qu'un programme de formation et d'orientation soit adopté, que le programme soit évalué et mis à jour au moins une fois par année et qu'un dossier écrit de cette évaluation soit conservé<sup>64</sup>. Le personnel doit recevoir une formation avant d'assumer des responsabilités au foyer, mais un recyclage annuel est également exigé<sup>65</sup>. Tous les bénévoles du foyer doivent également recevoir une orientation prescrite<sup>66</sup>.

Tout le personnel chargé des soins directs, à l'exception des directeurs médicaux et des médecins traitants ou des infirmiers praticiens, doit recevoir une formation annuelle dans un certain nombre de domaines, notamment le dépistage et la prévention des mauvais traitements, les questions de santé mentale (y compris les soins aux personnes atteintes de démence), la

---

<sup>62</sup> Le foyer doit effectuer une évaluation RAI-MDS au moment de l'admission d'un nouveau résident et lorsque l'état de santé d'un résident connaît un changement significatif. Les évaluations de chaque résident doivent également être mises à jour chaque trimestre.

<sup>63</sup> LFSLD, art. 76-77.

<sup>64</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 216.

<sup>65</sup> LFSLD, art. 76; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 219 et 220.

<sup>66</sup> LFSLD, art. 77; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 223.

gestion des comportements, la façon de réduire au minimum l'utilisation de la contention, les soins palliatifs, la prévention et la gestion des chutes, les soins de la peau et des plaies, la facilitation des selles et les soins de l'incontinence, et la gestion de la douleur<sup>67</sup>.

Les foyers dispensent la formation de diverses façons, notamment au moyen de modules informatiques, de foires éducatives, de présentations, d'examens de politiques et de jeux-questionnaires. Certains foyers consacrent une journée par an à la formation, tandis que d'autres imposent une formation mensuelle. D'autres encore offrent une formation continue lors des réunions du personnel.

En plus d'élaborer et de fournir la formation et l'orientation requises au personnel et aux bénévoles, le titulaire de permis doit veiller à ce que le foyer dispose des politiques, procédures et programmes exigés par la LFSLD. Les titulaires de permis qui exploitent plusieurs foyers peuvent s'inspirer des pratiques normalisées, mais ils devront toujours adapter les politiques et les procédures à chaque établissement. Les titulaires de permis qui exploitent un seul foyer doivent élaborer leurs propres politiques, procédures et programmes. Étant donné qu'une grande partie de la formation se rapporte à ces politiques, procédures et programmes, le titulaire de permis doit consacrer des ressources importantes pour se conformer aux obligations en matière de formation et d'orientation en vertu de la loi.

Il est difficile de veiller à ce que le personnel suive la formation requise et à ce qu'elle soit efficace, en partie à cause des problèmes d'horaire liés au travail par quarts. Souvent, les membres du personnel n'ont pas le temps de terminer leur formation au travail parce qu'il n'y a généralement personne pour les remplacer. Certains membres du personnel terminent leur formation à la maison, bien qu'ils ne soient pas payés pour cela. L'ancienne formatrice du personnel de Meadow Park (London) a expliqué les difficultés qu'elle a rencontrées :

Chaque mois, je suivais le programme [des sujets de formation] qui a été préparé par Jarlette [Services de santé]. Je devais courir après tous les infirmiers, les intercepter entre deux résidents pour les amener à suivre cette formation. Lorsque le personnel autorisé suivait la formation, cela accaparait du temps normalement consacré au travail.

---

<sup>67</sup> LFSLD, art. 76(7); Règl. de l'Ont. 79/10, art. 221 et 222(3).

Les titulaires de permis doivent également veiller à ce que le fournisseur de services pharmaceutiques offre au personnel un encadrement pédagogique en ce qui concerne les médicaments dans le foyer<sup>68</sup>. Cet encadrement couvre des sujets tels que la commande, la réception, la manipulation, l'entreposage, l'administration et la destruction des médicaments.

De plus, les titulaires de permis sont tenus d'offrir au personnel une formation sur la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, ainsi qu'une formation sur le dépistage et la prévention des mauvais traitements. Les preuves recueillies lors des audiences publiques montrent qu'il n'y a pas eu de formation se rapportant à la possibilité qu'un fournisseur de soins de santé fasse intentionnellement du mal à un résident. À la lumière des Infractions, il est essentiel, à mon avis, que la possibilité d'un préjudice causé intentionnellement et menant à des incidents liés à des médicaments ou à des décès soit maintenant incorporée dans les processus de formation et de gestion du risque des foyers. Dans le chapitre 16, j'aborde le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé et je formule des recommandations sur la façon de le traiter.

## IV. Gestion des médicaments dans les foyers de SLD

### A. Introduction

La gestion des médicaments dans un foyer de SLD est un défi de taille. Dès leur admission dans un foyer de SLD, les résidents cessent d'être responsables de leurs médicaments et de la gestion de ceux-ci. Par conséquent, en fonction de la taille du foyer, il peut arriver que le personnel autorisé soit responsable de satisfaire aux besoins en médicaments de plus d'une centaine de personnes. Étant donné que les résidents ont des problèmes médicaux plus complexes qu'auparavant, la plupart d'entre eux prennent de nombreux médicaments qui doivent être administrés à divers moments de la journée et à des doses différentes. Il y a des médicaments sous forme de comprimés et des médicaments injectables. Il y a des médicaments qui sont classés comme substances désignées (médicaments désignés), comme les narcotiques, et des médicaments qui ne le sont pas (médicaments non désignés), tels que ceux pour la tension artérielle et l'insuline. Il est évident que la gestion des

---

<sup>68</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 120.

médicaments est une responsabilité sérieuse et présentant des risques. Par conséquent, elle est fortement réglementée par la LFSLD et le Règlement.

J'examine, ci-dessous, les obligations relatives au système de gestion des médicaments du Règlement, qui visent à faire en sorte que chaque résident reçoive ses médicaments appropriés au bon moment. Ensuite, j'examine la façon dont les médicaments sont manipulés dans un foyer de SLD : comment ils sont emballés, commandés, livrés et entreposés, puis administrés aux résidents dans le cadre de ce qui est communément appelé la distribution des médicaments.

## **B. Gestion des médicaments : rôles et responsabilités**

De nombreuses personnes participent au système de gestion des médicaments dans un foyer de SLD. Le titulaire de permis est globalement responsable de l'élaboration d'un système interdisciplinaire de gestion des médicaments, et le personnel infirmier, le DSI, le directeur médical et le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer jouent chacun un rôle pour assurer le bon fonctionnement de ce système. Après avoir décrit les rôles que chacun joue dans le système de gestion des médicaments, j'explique comment ces professionnels doivent travailler ensemble pour examiner et évaluer l'efficacité du système dans le foyer et chercher des moyens de l'améliorer.

### **1. Le personnel infirmier et le directeur des soins infirmiers**

Les responsabilités de l'infirmier commencent par la vérification des médicaments destinés à chaque résident admis au foyer, comme expliqué plus haut. Ensuite, les infirmiers sont responsables de tous les aspects de la manipulation des médicaments au sein du foyer. Ils commandent les médicaments, vérifient que les médicaments reçus sont effectivement ceux qui ont été commandés, s'assurent que les médicaments sont bien entreposés et les administrent aux résidents.

En vertu de l'article 134 du Règlement, les titulaires de permis doivent veiller à ce que les résidents qui prennent des médicaments soient surveillés et que leur réaction – ainsi que l'efficacité des médicaments – soit documentée. Les titulaires de permis doivent également veiller à ce que des mesures appropriées soient prises en cas d'incident lié à un médicament ou de réaction indésirable à un médicament, et exiger qu'une réévaluation documentée du régime médicamenteux de chaque résident soit effectuée au moins une fois par trimestre. Les infirmiers effectuent le travail quotidien découlant de ces

obligations. Ils doivent consigner tous les médicaments qu'ils administrent, et surveiller et documenter la réaction du résident aux médicaments, en prêtant une attention particulière aux effets indésirables.

L'article 135 du Règlement exige des titulaires de permis qu'ils veillent à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause un résident et chaque réaction indésirable à un médicament soient documentés, examinés, analysés, et fassent l'objet d'un rapport et que les mesures correctrices nécessaires soient prises. Les titulaires de permis doivent également veiller à ce qu'un examen trimestriel soit entrepris à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence. Ils doivent également mettre en œuvre toute modification ou amélioration identifiée lors de l'examen et consigner les résultats de ces examens.

Comme souligné plus haut, le DSI doit superviser et diriger le personnel et les soins que ce dernier fournit. Le DSI joue également un rôle particulier dans la surveillance du système de gestion des médicaments du foyer. Tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables aux médicaments mettant en cause des résidents doivent être rapportés au DSI<sup>69</sup>. C'est le DSI qui doit désigner un membre du personnel infirmier autorisé pour détruire les substances désignées qui se trouvent dans le foyer (avec un médecin ou le fournisseur de services pharmaceutiques) et pour détruire les médicaments non désignés (avec un autre membre du personnel)<sup>70</sup>. Le DSI collabore également avec le fournisseur de services pharmaceutiques ou le directeur médical pour créer des politiques et des protocoles écrits concernant le système de gestion des médicaments<sup>71</sup> et les médicaments à entreposer dans la boîte à médicaments d'urgence<sup>72</sup>, et décider des médicaments qui accompagneront un résident quand il quittera provisoirement le foyer<sup>73</sup>.

## 2. Le directeur médical

Comme indiqué plus haut dans ce chapitre, le rôle du directeur médical est plus vaste que celui d'un médecin qui s'occupe d'un ou de plusieurs résidents. Le directeur médical « conseille le titulaire de permis sur les questions qui se rapportent aux soins médicaux » au sein du foyer et exerce toute fonction

<sup>69</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 136(1)b.

<sup>70</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 136(3).

<sup>71</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 114(3)b.

<sup>72</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 123.

<sup>73</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 128.

prévue par la législation<sup>74</sup>. Le directeur médical doit notamment participer à des comités interdisciplinaires et à des activités d'amélioration de la qualité<sup>75</sup>. Il doit également intervenir dans divers aspects du système interdisciplinaire de gestion des médicaments que les titulaires de permis doivent mettre en place pour le foyer. Tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables à des médicaments chez des résidents doivent être rapportés au directeur médical<sup>76</sup>. Le directeur médical fait partie de l'équipe interdisciplinaire chargée de l'évaluation trimestrielle et annuelle du système de gestion des médicaments du foyer<sup>77</sup>. Je me penche sur l'équipe interdisciplinaire et ses responsabilités un peu plus loin.

### 3. Le fournisseur de services pharmaceutiques

Les fournisseurs de services pharmaceutiques jouent un rôle important dans le système de gestion des médicaments dans un foyer de SLD. Aux termes de l'article 120 du Règlement, le titulaire de permis du foyer doit veiller à ce que le fournisseur de services pharmaceutiques participe à tout un ensemble d'activités liées à la gestion des médicaments, notamment :

- l'élaboration d'évaluations des médicaments et de dossiers sur l'administration des médicaments, ainsi que la tenue de profils pharmaceutiques;
- l'évaluation des résultats thérapeutiques des médicaments chez les résidents;
- la gestion des risques et les activités d'amélioration de la qualité;
- l'élaboration de protocoles de vérification permettant au fournisseur de services pharmaceutiques d'évaluer le système de gestion des médicaments;
- l'encadrement pédagogique du personnel du foyer en ce qui concerne les médicaments; et
- dans certaines circonstances, la destruction et l'élimination des médicaments<sup>78</sup>.

<sup>74</sup> LFSLD, art. 72(3).

<sup>75</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 214(3).

<sup>76</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135.

<sup>77</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 115 et 116.

<sup>78</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 120.

Le fournisseur de services pharmaceutiques est également un membre indispensable de l'équipe interdisciplinaire chargée d'évaluer le système de gestion des médicaments dans le foyer<sup>79</sup>.

#### 4. L'équipe interdisciplinaire

Aux termes de l'article 114 du Règlement, tous les titulaires de permis doivent élaborer un « système interdisciplinaire de gestion des médicaments qui prévoit une gestion sécuritaire des médicaments et qui maximise les résultats d'une pharmacothérapie efficace pour les résidents. » Les titulaires de permis doivent veiller à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour tous les aspects du système de gestion des médicaments, y compris l'entreposage et l'administration, dans le foyer. Ces politiques et protocoles doivent être examinés et approuvés par le DSI et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, par le directeur médical<sup>80</sup>.

Les articles 115 et 116 du Règlement exigent que le titulaire de permis veille à ce que le système de gestion des médicaments du foyer soit régulièrement évalué et modifié au besoin, dans le cadre d'évaluations trimestrielles et annuelles. Des évaluations trimestrielles doivent être effectuées par l'équipe interdisciplinaire du foyer, laquelle doit comprendre, au minimum, le directeur médical, l'administrateur, le DSI et le fournisseur de services pharmaceutiques. Pour les évaluations annuelles, un diététiste doit également faire partie de l'équipe.

L'article 115 stipule que l'évaluation trimestrielle du système de gestion des médicaments doit comprendre au minimum :

- un examen des tendances et caractéristiques de l'utilisation des médicaments au foyer, y compris l'utilisation de tout médicament ou mélange de médicaments (notamment des médicaments psychotropes) susceptibles de mettre les résidents en danger;
- un examen des rapports sur tout incident lié à un médicament et sur toute réaction indésirable à un médicament visés à l'article 135 et sur tous les cas où des résidents ont été maîtrisés en leur administrant un médicament;

<sup>79</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 115 et 116.

<sup>80</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 114.



- l'identification des modifications à apporter pour améliorer le système, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises<sup>81</sup>.

Le titulaire de permis doit veiller à ce que les modifications identifiées lors de l'évaluation trimestrielle soient mises en œuvre<sup>82</sup> et à ce que les résultats de l'évaluation et les modifications qui ont été mises en œuvre soient consignés dans un dossier<sup>83</sup>.

En vertu de l'article 116 du Règlement, le titulaire de permis doit veiller à ce que l'équipe interdisciplinaire entreprenne une évaluation annuelle du système de gestion des médicaments, qui doit comprendre un examen des évaluations trimestrielles de l'année précédente, et être entreprise en ayant recours à un outil d'évaluation conçu expressément à cette fin<sup>84</sup>. L'Auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments pour les soins de longue durée proposée par l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients (ISMP) en est un exemple. (L'ISMP est un organisme à but non lucratif qui se consacre à la promotion de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans tous les systèmes de santé.) Ce sondage en ligne est rempli volontairement par les foyers qui fournissent des renseignements sur les pratiques exemplaires en matière d'utilisation sécuritaire des médicaments. Sur les quelque 630 foyers de SLD de l'Ontario, 194 ont utilisé l'outil d'auto-évaluation de l'ISMP Canada en 2017<sup>85</sup>. Les données de tous les foyers qui ont effectué l'auto-évaluation sont ensuite partagées entre les foyers participants. L'évaluation doit permettre d'identifier les modifications à apporter pour améliorer le système de gestion des médicaments du foyer, et le titulaire du permis doit veiller à ce que ces modifications soient mises en œuvre<sup>86</sup>.

## C. Les types de médicaments et leur emballage

Dans les foyers de SLD, les médicaments servent généralement au traitement continu de maladies chroniques (p. ex. hypertension, diabète, dépression) et au traitement épisodique de maladies aiguës, comme une blessure. La façon dont les médicaments sont emballés permet de garantir que chaque résident reçoit les médicaments qui lui sont destinés.

<sup>81</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 115(3).

<sup>82</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 115(4).

<sup>83</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 115(5).

<sup>84</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 116(3).

<sup>85</sup> Rapport d'expert de Julie Greenall, , 1<sup>er</sup> juin 2018, p. 19.

<sup>86</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 116(3)-(5).

## 1. Emballage en bandes

Les médicaments non désignés couramment prescrits aux résidents des foyers de SLD comprennent les médicaments pour la tension artérielle, les hypoglycémifiants oraux, les médicaments contre l'arthrite et les vitamines. De nombreux résidents prennent plusieurs médicaments à la même heure de la journée.

Depuis quelque temps déjà, les pharmacies distribuent des comprimés solides par voie orale, notamment des médicaments en comprimés<sup>87</sup> aux foyers de SLD dans des emballages en bande alvéolée. Il s'agit de petits sachets en plastique qui contiennent un certain nombre de médicaments à prendre en même temps. Chaque sachet est relié au suivant, séparé par une bande perforée. Le nom de la personne, la date et l'heure d'administration, le nom de chaque médicament, la dose et une brève description de chaque médicament sont imprimés sur le sachet. Le sachet contient tous les médicaments qui doivent être administrés au résident à la même heure prescrite – au petit déjeuner, par exemple. Si un sachet n'est pas assez grand, le sachet suivant de la bande contient le complément.

Les bandes alvéolées sont distribuées par un distributeur automatique. En règle générale, les foyers reçoivent un approvisionnement d'une semaine par résident.

## 2. Narcotiques en comprimés

Les médicaments désignés qui sont prescrits en comprimés, y compris les narcotiques, se présentent sous forme de plaquettes alvéolées. (Avant l'introduction des emballages en bandes alvéolées, les médicaments non désignés étaient également conditionnés de cette manière.) Chaque plaquette contient un nombre précis d'alvéoles – généralement 31 par plaquette, bien que, pour réduire le nombre de narcotiques stockés sur place, certains foyers aient opté pour des plaquettes qui ne contiennent que sept alvéoles. La plaquette porte le nom du résident, la date de commande, le nom du foyer de SLD, l'emplacement dans le foyer, le nom du médicament, la dose du médicament, le numéro d'ordonnance, les consignes d'administration et d'autres informations utiles. Le nom de la pharmacie figure aussi sur la plaquette. Si un résident a une ordonnance pour un médicament PRN désigné (administration selon le besoin), la plaquette est étiquetée comme telle pour

---

<sup>87</sup> Certains médicaments sous forme de capsules sont également emballés de la même façon. Par souci de commodité, j'utilise le mot comprimé pour décrire ce système.

la distinguer d'une plaquette à dose ordinaire. Par exemple, un résident souffrant de douleurs sporadiques plutôt que continues peut indiquer le moment où il a besoin d'un analgésique ou un infirmier peut déterminer que le résident en question a besoin d'un analgésique, lequel peut être administré s'il respecte les paramètres de dosage et de temps d'administration fixés par le médecin.

Chaque alvéole contient un comprimé. Le comprimé est retiré lorsque l'infirmier est prêt à administrer le médicament. Les infirmiers commencent par le comprimé numéro 31 (ou 7 selon le cas) et descendent jusqu'au dernier comprimé de la plaquette, le numéro 1. Un rappel visuel sur la carte indique à quel moment le médicament doit être commandé de nouveau.

### 3. Réserve de médicaments en cas d'urgence

En plus des médicaments spécifiquement prescrits à un résident, chaque foyer de SLD dispose d'une réserve de médicaments en cas d'urgence, souvent appelée la boîte à médicaments d'urgence. La réserve de médicaments en cas d'urgence permet de garantir que les médicaments dont on peut avoir besoin en cas d'urgence ou en dehors des heures normales d'ouverture de la pharmacie sont toujours disponibles. En règle générale, un foyer de SLD n'a qu'une seule boîte de médicaments en cas d'urgence, qui est conservée dans l'une des salles de médicaments verrouillées.

Chaque titulaire de permis qui garde une réserve de médicaments en cas d'urgence doit veiller à ce que seuls soient gardés les médicaments approuvés à cette fin par le directeur médical, en collaboration avec le DSI, l'administrateur et le fournisseur de services pharmaceutiques<sup>88</sup>. Une politique écrite doit être adoptée pour régir l'emplacement de la réserve, les marches à suivre et l'échéancier à respecter pour le réapprovisionnement en médicaments, l'accès à la réserve, l'utilisation des médicaments de la réserve et le suivi ainsi que la documentation à l'égard des médicaments qui y sont gardés<sup>89</sup>.

La réserve de médicaments en cas d'urgence comprend généralement du glucagon, qui est un agent de secours en cas d'épisodes hypoglycémiques. Le glucagon est une substance naturelle présente dans l'organisme. Il stimule le foie pour qu'il produise plus de sucre. Une injection de glucagon amène l'organisme à fabriquer du sucre et produit généralement une réaction rapide.

<sup>88</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 123a).

<sup>89</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 123b).

L'utilisation d'un médicament de secours indique fortement qu'il faut enquêter sur les raisons pour lesquelles il a dû être utilisé. Il se peut qu'une erreur de médicament ait été commise ou qu'un médicament ait même fait l'objet d'une mauvaise utilisation intentionnelle. Lorsque le glucagon est utilisé, le pharmacien et le comité interdisciplinaire devraient consigner son utilisation et l'examiner<sup>90</sup>. J'aborde cette question au chapitre 17.

## D. La commande des médicaments

Aux termes de l'article 133 du Règlement, les titulaires de permis doivent veiller à ce qu'un dossier des médicaments soit établi, tenu et conservé au foyer pendant au moins deux ans. Les renseignements suivants doivent être consignés pour chaque médicament commandé et reçu au foyer :

- la date de commande du médicament;
- la signature de la personne qui passe la commande;
- le nom, la concentration et la quantité du médicament;
- le nom de l'endroit où la commande du médicament est passée;
- le nom du résident à qui le médicament est prescrit, le cas échéant;
- le numéro de l'ordonnance, le cas échéant;
- la date de réception du médicament au foyer;
- la signature de la personne qui accuse réception du médicament pour le compte du foyer;
- les renseignements relatifs à la destruction des substances réglementées (tel que prévu par l'article 136(4) du Règlement)<sup>91</sup>.

Les Infractions ont été commises sur une période de presque dix ans. Au cours de cette période, deux systèmes de commande différents ont été utilisés dans les foyers de SLD – l'un manuel et l'autre électronique. (Les deux systèmes sont encore utilisés). Dans le système manuel, le médecin inscrit les nouvelles ordonnances directement sur le dossier du résident, le plus souvent sur un bon de commande de médecin ou sur le formulaire de commande d'un prescripteur. Si le médecin n'est pas au foyer au moment où une nouvelle ordonnance est commandée – par exemple, s'il a reçu un appel téléphonique en raison de la dégradation de l'état d'un résident – il envoie l'ordonnance soit

<sup>90</sup> Témoignage de Julie Greenall, Transcription, 13 sept. 2018, p. 8287-88.

<sup>91</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 133.

directement à la pharmacie soit au foyer de SLD pour qu'un infirmier l'envoie à la pharmacie. Dans de tels cas, l'infirmier inscrit l'ordonnance sur le dossier du résident pour que le médecin y appose sa signature dès son retour au foyer.

Dans le système manuel, l'infirmier inscrit l'ordonnance dans le dossier des médicaments où sont enregistrés tous les médicaments commandés et reçus de la pharmacie. Pour obtenir le médicament, l'infirmier envoie la page du dossier des médicaments en question par télécopie à la pharmacie. La pharmacie consigne l'information dans un dossier sur l'administration des médicaments (dossier AM), qui identifie, entre autres, le résident, son médecin, le type et la concentration du médicament, l'heure et le mode d'emploi. Lorsqu'un médicament est administré, l'infirmier le confirme dans le dossier AM.

Au fil du temps, certains foyers de SLD sont passés à la transmission électronique de l'ordonnance d'un médecin (ou d'un infirmier praticien). L'un de ces mécanismes est le « stylo numérique », que le prescripteur utilise pour rédiger la commande; puis, « lorsque le stylo est replacé dans la station d'accueil, il transmet une réplique exacte de la commande à la pharmacie »<sup>92</sup>.

## E. Livraison et réception des médicaments

Chaque semaine, le fournisseur de services pharmaceutiques délivre des quantités des médicaments habituels qui n'ont pas été changés. Les médicaments désignés et non désignés sont généralement livrés en même temps, mais sont emballés séparément. Par exemple, certaines pharmacies utilisent des sacs de couleurs différentes afin que le personnel de la pharmacie et des foyers de SLD puisse les distinguer facilement.

Dans la pratique courante, le chauffeur de la pharmacie remet les médicaments à un infirmier au foyer de SLD. La remise peut avoir lieu dans un endroit désigné près de l'entrée du foyer. Dans certains foyers, le chauffeur peut livrer les médicaments de chaque unité directement à l'unité concernée. L'infirmier qui reçoit les médicaments signe le bordereau de livraison du chauffeur, indiquant que le foyer a bien reçu le colis. Le bordereau de livraison du chauffeur est retourné à la pharmacie pour ses dossiers.

L'infirmier vérifie ensuite ce qui a été livré par rapport à ce qui a été commandé. Lorsque la vérification se fait manuellement, l'infirmier compare l'ordonnance reçue de la pharmacie avec le registre du dossier des médicaments. L'infirmier

---

<sup>92</sup> Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 7.

signe ensuite le registre pour attester que ce qui a été commandé a été reçu. Depuis la mise en œuvre du dossier électronique sur l'administration des médicaments (dossier électronique AM), les médicaments peuvent être numérisés dans le système à l'aide d'un code-barres. Lorsqu'une ordonnance a été commandée mais n'a pas encore été reçue, le dossier électronique AM du résident affiche la mention « en attente ». Lorsque l'ordonnance est reçue et numérisée dans le système, le message « en attente » disparaît du profil du résident.

En règle générale, les médicaments ne sont pas placés dans le chariot de médicaments s'ils n'ont pas été vérifiés au préalable. Étant donné que les médicaments sont souvent livrés vers l'heure du dîner et qu'ils peuvent arriver pendant la distribution des médicaments, ils sont parfois placés dans une salle de médicaments fermée à clé, pour être vérifiés plus tard, lorsque l'infirmier n'est plus trop occupé ou par l'infirmier du quart suivant.

## F. Entreposage des médicaments

Une fois reçus, les médicaments doivent être entreposés de manière sécuritaire. Le titulaire de permis doit veiller à ce qu'ils soient entreposés dans une salle ou dans un chariot à médicaments verrouillé<sup>93</sup>, et à ce qu'ils restent dans leur contenant ou emballage d'origine étiqueté jusqu'à leur administration à un résident<sup>94</sup>. Les substances désignées, comme les narcotiques, doivent être entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé<sup>95</sup>. L'accès à ces zones verrouillées est réservé aux « personnes qui peuvent distribuer, prescrire ou administrer des médicaments au sein du foyer » et à l'administrateur<sup>96</sup>.

Les médicaments qui n'ont pas besoin d'être réfrigérés, comme les paquets de bandes, sont conservés dans un chariot à médicaments verrouillé. Bien qu'il existe différents types et tailles de chariots à médicaments, chaque résident a généralement un petit bac, identifié par son numéro de chambre et son nom, rangé dans l'un des tiroirs du chariot. Ce bac sert à ranger les paquets de bandes du résident et, s'il y a assez de place, un stylo à insuline au besoin.

<sup>93</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 129(1).

<sup>94</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 126.

<sup>95</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 129(1).

<sup>96</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130.

D'après ce que j'ai appris, s'il n'y a pas assez de place dans le bac du résident pour son stylo, certains foyers ont un bac séparé tout à côté ou bien ils entreposent les stylos ailleurs dans le chariot. Lorsqu'ils ne sont pas utilisés, les chariots à médicaments verrouillés sont rangés dans la salle des médicaments verrouillée.

Les médicaments qui ont besoin de réfrigération, comme l'insuline injectable, sont conservés dans le réfrigérateur de la salle des médicaments fermée à clé.

## G. La distribution des médicaments

L'administration des médicaments représente de toute évidence une tâche ardue dans les foyers de SLD. Un rapport publié en 2014 par l'Institut canadien d'information sur la santé a révélé que les personnes âgées vivant dans des foyers de SLD prennent plus de médicaments sur ordonnance et plus de médicaments potentiellement dangereux que celles qui vivent à leur domicile. Plus des trois cinquièmes (60,9 %) des Canadiens âgés de 65 ans et plus qui vivent dans des foyers de SLD prennent au moins 10 médicaments d'ordonnance différents<sup>97</sup>. Il n'est donc pas surprenant que l'administration des médicaments occupe une part importante d'un quart de travail typique en soins infirmiers. L'administration de médicaments à 30 résidents peut prendre de deux heures et demie à trois heures, et cet exercice doit être répété plusieurs fois par jour.

Ce n'est pas seulement le nombre de résidents et le nombre de médicaments qui compliquent l'administration des médicaments dans les établissements de soins de longue durée. Afin de garantir que le médicament approprié est donné à la bonne personne lorsqu'ils administrent un médicament, les infirmiers tiennent compte des huit critères suivants :

- le bon médicament;
- le bon dosage;
- le bon moment;
- le bon résident;
- la bonne voie d'administration – p. ex., voie orale, sous-cutanée ou intramusculaire;
- la bonne raison;

---

<sup>97</sup> Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 16.

- la bonne documentation;
- la bonne réaction.

L'infirmier doit s'assurer que le bon résident reçoit le bon médicament – un travail qui n'est pas toujours facile dans un foyer de SLD. Par exemple, il est fort probable que les patients hospitalisés se trouvent dans les lits et chambres qui leur sont assignés. Dans les foyers de SLD, en revanche, étant donné qu'il s'agit du domicile du résident, ce dernier peut se trouver à l'extérieur de sa chambre – peut-être dans la salle à manger, le salon ou la salle d'activités, ou avec sa famille ou ses amis. Pour achever leur distribution des médicaments, les infirmiers des foyers de SLD doivent retrouver et identifier chaque résident.

Parfois, il peut être difficile pour un infirmier d'identifier le bon résident. Il est possible qu'un infirmier qui travaille d'ordinaire de nuit remplace temporairement quelqu'un qui travaille de jour. Le soir, il est possible qu'un infirmier ne voie un résident qu'en vêtements de nuit et sans lunettes. Puis, pendant la journée, lorsqu'il est habillé et porte des lunettes, ce même résident peut avoir une apparence très différente. Pour aider l'infirmier, une photo du résident apparaît sur son dossier AM ou sur son dossier électronique AM. Si un infirmier n'est pas certain de l'identité d'un résident, il vérifiera auprès de la personne ou d'un autre membre du personnel qui connaît mieux le résident.

En plus de veiller à ce que le bon résident reçoive le médicament, l'infirmier doit aussi s'assurer que le bon résident reçoive le bon médicament au bon moment. Certains résidents connaissent les médicaments qu'ils prennent, l'heure à laquelle ils les prennent et savent s'ils reçoivent les bons médicaments. Ce n'est cependant pas le cas de beaucoup d'entre eux.

Comme les médicaments quotidiens prescrits sont généralement administrés avec le petit-déjeuner, la distribution des médicaments la plus intense des foyers de SLD est celle du matin. Les distributions du déjeuner et du dîner sont également importantes. Des distributions de médicaments plus réduites peuvent intervenir à d'autres heures du matin, de l'après-midi et du soir. Comme nous l'avons indiqué plus haut, certains médicaments sont prescrits pour être administrés « au besoin » et peuvent, par conséquent, être administrés en dehors des heures d'une distribution des médicaments.

Les chariots à médicaments dans lesquels de nombreux médicaments sont rangés (les conditionnements en bande alvéolée, les narcotiques et les stylos à insuline entamés) sont mobiles. En passant de résident en résident dans une zone du foyer, l'infirmier se déplace avec le chariot. Chaque fois que l'infirmier



s'éloigne du chariot pour administrer un médicament à un résident, le chariot doit être verrouillé. Il ne doit jamais être laissé en état déverrouillé.

Une infirmière autorisée (IA) du Caressant Care (Woodstock) a décrit sa distribution des médicaments pendant une journée ordinaire, en soulignant les exigences liées à la tâche :

- La quasi-totalité des résidents dont elle était responsable était sous traitement médicamenteux.
- Ce traitement comportait, en moyenne, plus de cinq médicaments.
- La distribution des médicaments du matin était la plus lourde, avec une moyenne de cinq à dix médicaments par résident.
- Pendant la distribution des médicaments du matin, elle administrait entre 400 et 600 médicaments, dont la plupart étaient non désignés.
- Elle essayait d'administrer les médicaments aux résidents au fur et à mesure qu'ils entraient dans la salle à manger pour prendre leur petit déjeuner.
- Lorsque les distributions de médicaments avaient lieu aux repas, en tant que membre du personnel autorisé, elle avait d'autres tâches à accomplir, notamment surveiller la texture (p. ex. : s'assurer que les résidents sont capables de mâcher et d'avaler leur nourriture) et superviser les agents de soutien personnel.

Compte tenu du contexte dans les foyers de SLD, il est pratiquement impossible que les infirmiers ne soient pas interrompus pendant la distribution des médicaments. Des témoins aux audiences publiques ont déclaré qu'il n'existait pas de « distribution ininterrompue ». Les infirmiers sont interrompus pour répondre aux questions de la famille, gérer les situations d'urgence telles que les chutes ou les épisodes d'étouffement, et pour répondre aux appels.

## V. Gestion de l'insuline

L'insuline injectable était l'arme de prédilection de Wettlaufer. Comme elle l'a confié aux avocats de la Commission, elle a choisi l'insuline parce qu'« il n'y avait aucun décompte pour cette substance et je savais qu'elle pouvait tuer. » J'ai entendu les témoignages de membres du personnel de Caressant Care (Woodstock), de Meadow Park (London) et de Telfer Place sur la manière dont chacun de ces foyers gère l'insuline. En général, ils observent le même procédé

de commande, d'entreposage, d'administration et d'élimination. Ces procédés sont abordés dans la suite du chapitre. S'il y avait des différences entre ces foyers à l'égard de ces questions, je les explique dans les chapitres consacrés à chacun de ces foyers.

## A. Aperçu

Les hypoglycémiantes oraux permettent aux personnes qui ne sécrètent pas suffisamment d'insuline ou qui ont développé une résistance à l'insuline de gérer leur taux d'insuline. Pour ceux qui n'arrivent pas à sécréter de l'insuline, cette hormone leur est administrée par injection. Au moment des Infractions, le système d'administration de l'insuline avait évolué, et était passé des flacons et des seringues aux stylos à insuline (un dispositif contenant une cartouche d'insuline). Ce dispositif portable simplifie l'administration de l'insuline, car la seringue et l'aiguille sont intégrées dans le stylo. Ce stylo est équipé d'un cadran qui permet de mesurer correctement la dose souhaitée et de s'assurer que la dose est préparée. En raison de ces fonctions, les stylos à insuline sont prisés dans les environnements institutionnels. Aujourd'hui, les stylos utilisés dans de nombreux foyers de SLD sont jetables.

Toutefois, au moment des Infractions, la plupart des foyers de SLD utilisaient le système des stylos à cartouches. Les stylos n'étaient donc pas jetables. Chaque stylo portait le nom du résident. Les stylos endommagés ou perdus étaient commandés à nouveau. Autrement, ils restaient en usage. Les cartouches contenant l'insuline étaient commandées dès qu'un résident ayant besoin d'insuline intégrait le foyer, et la commande était renouvelée lorsque son stock baissait. Les cartouches d'insuline étaient commandées de la même manière que les autres médicaments non désignés: soit manuellement en envoyant une télécopie à la pharmacie, soit par voie électronique.

Les cartouches d'insuline sont livrées dans des boîtes. En général, chaque boîte contient cinq cartouches. La boîte est étiquetée par la pharmacie, qui y appose le nom du résident, sa date de naissance, le nom du médecin qui a prescrit l'insuline, ainsi que le type d'insuline, la fréquence de dosage, la date à laquelle l'ordonnance a été exécutée et le numéro de l'ordonnance. La boîte porte également une date de péremption.

Contrairement aux boîtes de cartouche, les cartouches elles-mêmes ne sont pas suffisamment grandes pour porter une étiquette identifiant le résident. Ainsi, les cartouches indiquent le nom du médicament qu'elles contiennent, mais pas le nom du résident.

Chaque cartouche contient 3 ml d'insuline. Il y a 100 unités par millilitre et donc chaque cartouche contient 300 unités. Les résidents peuvent avoir besoin de 5, 10 ou 50 unités (ou une autre quantité), en fonction de l'ordonnance du médecin. Les ordonnances de certains résidents indiquent avec précision les quantités et le(s) type(s) d'insuline qu'ils doivent recevoir, ainsi que les heures d'injection. Pour d'autres résidents, les ordonnances concernent des « doses variables » d'insuline, c'est-à-dire que la quantité à administrer dépend du taux de glycémie du résident au moment de l'injection. Pour les patients qui reçoivent des doses variables d'insuline, il existe un dossier sur l'administration des médicaments (AM) ou un dossier électronique AM distinct, pour relever la glycémie et le nombre d'unités administrées.

Quel que soit le type d'insuline prescrit, les quantités à administrer sont tellement négligeables qu'il n'est pas possible de les mesurer « d'un coup d'œil. » C'est pour cette raison que chaque stylo est équipé d'un cadran, qui permet de déterminer avec précision le nombre d'unités à administrer.

## **B. Entreposage de l'insuline – les cartouches**

Après avoir été reçues de la pharmacie, les cartouches d'insuline doivent être entreposées dans un réfrigérateur. Il est recommandé d'utiliser une cartouche à la fois, jusqu'à ce qu'elle soit vide. Toutefois, après avoir été insérée dans le stylo, la cartouche doit être utilisée dans les 28 jours.

Avec un tel système, une grande quantité d'insuline se trouve dans un foyer de SLD. Si seulement cinq résidents logés dans une aile du foyer de SLD sont sous deux types d'insuline, alors il y aura toujours 10 boîtes de cartouches d'insuline ouvertes dans le réfrigérateur situé dans la salle des médicaments, avec au moins quatre cartouches restantes dans chaque boîte (en supposant qu'il y ait une cartouche utilisée par stylo).

## **C. Administration de l'insuline**

Pour administrer l'insuline, l'infirmier insère d'abord une aiguille dans l'embout en caoutchouc du stylo. Ensuite, il amorce le stylo jusqu'à ce que le bout de l'aiguille libère une goutte, pour s'assurer que ni l'aiguille ni son conduit ne contient de l'air. Cette opération répand nécessairement une petite quantité d'insuline. La quantité d'insuline utilisée pour amorcer le stylo varie.

Après l'amorçage du stylo, l'infirmier règle l'insuline à la dose prescrite. Comme nous l'avons souligné, l'infirmier injecte l'insuline après avoir procédé

à la vérification des « critères » : il s'agit du bon résident, du bon moment pour l'injection, du bon type d'insuline, de la bonne dose, etc.

Une fois l'insuline administrée au résident, le cadran du stylo revient à zéro. Après l'administration d'une dose, un tiers ne peut pas savoir combien d'unités ont été injectées.

À la fin de l'opération, l'infirmier signe le dossier AM ou confirme électroniquement dans le dossier électronique AM que l'insuline a été administrée.

## D. Normes de l'ISMP et contre-vérification indépendante

L'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients (ISMP) a classé l'insuline comme un médicament de niveau d'alerte élevé. Julie Greenall, la pharmacienne autorisée qui a donné un témoignage d'expert aux audiences publiques, a expliqué qu'un médicament de niveau d'alerte élevé peut causer des dommages s'il est mal utilisé<sup>98</sup>. Autrement dit, les médicaments de niveau d'alerte élevé ne sont pas plus susceptibles d'une mauvaise utilisation que d'autres médicaments, mais s'ils sont mal administrés, ils présentent un risque plus élevé de préjudice pour le patient.

Si elle est mal utilisée, l'insuline peut provoquer une hypoglycémie, qui peut entraîner une perte de conscience, voire la mort. Une description plus détaillée de cette question est donnée au chapitre 2. L'ISMP publie des bulletins sur les médicaments de niveau d'alerte élevé. Comme M<sup>me</sup> Greenall l'a expliqué, ces bulletins ont pour but :

de susciter une prise de conscience accrue chez les gens qui travaillent dans le domaine des soins de longue durée sur les précautions qu'ils doivent observer dans la manipulation de ces médicaments et sur l'existence de protections supplémentaires liées à ces produits, afin de réduire la probabilité de préjudices pour les résidents.

Selon l'ISMP, les hôpitaux et certains foyers de SLD ont associé des précautions supplémentaires aux médicaments de niveau d'alerte élevé, notamment en limitant leur accès par la réduction des approvisionnements sur place ou par une contre-vérification indépendante manuelle ou électronique. Diverses méthodes permettent d'effectuer une contre-vérification indépendante. Lorsqu'une vérification est effectuée par un infirmier, un second infirmier doit vérifier le type d'insuline administré, le résident à qui il est administré et

---

<sup>98</sup> Rapport d'expert de Julie Greenall, p 10.

le nombre d'unités injectées, tel que noté dans le dossier AM ou le dossier électronique AM. Le second infirmier doit s'assurer que le cadran indique la dose appropriée. Pendant les années au cours desquelles les Infractions ont été commises, les foyers n'avaient pas l'habitude de faire vérifier la dose d'insuline administrée au résident par un second infirmier. En réalité, des témoins qui ont témoigné dans le cadre de l'Enquête ont indiqué qu'une telle pratique était irréaliste. De toute façon, il est peu probable qu'une contre-vérification indépendante ait pu empêcher la commission des Infractions. En effet, rien n'aurait pu empêcher Wettlaufer d'augmenter le nombre d'unités après s'être éloignée de l'infirmier qui avait vérifié la dose, ou d'administrer de l'insuline à un résident qui n'en avait pas besoin.

La deuxième méthode de contre-vérification indépendante repose sur un système de codes-barres électroniques où le dossier de médicaments, le résident et les médicaments à administrer ont tous un code-barres. L'infirmier qui administre un médicament comme l'insuline balaie les codes-barres pour s'assurer qu'ils correspondent tous. Le système de code-barres peut certes réduire les erreurs de médicament en permettant à l'infirmier de s'assurer qu'il administre bien le bon type d'insuline (ou d'un autre médicament) au bon résident, mais il ne permet pas de s'assurer que la bonne dose d'insuline est administrée ou inscrite dans le stylo.

## E. Élimination des cartouches d'insuline

Les cartouches de certains stylos ne contiennent pas suffisamment d'insuline pour administrer au résident la dose nécessaire. Par exemple, un résident peut avoir besoin de 30 unités au petit-déjeuner, alors qu'il ne reste que 20 unités dans la cartouche. Dans une telle situation, le cadran s'arrêtera à 20 parce que la cartouche ne contient que cette quantité d'insuline. Selon certains témoignages, même s'il est possible de mesurer les 20 unités restantes, de les administrer au résident, puis d'insérer une nouvelle cartouche et de mesurer les 10 unités supplémentaires à donner au résident, telle n'est pas la pratique générale, car il faudrait alors effectuer deux injections au résident. La pratique générale consiste à retirer et à jeter la vieille cartouche, puis à insérer une nouvelle cartouche et à administrer la dose indiquée au résident.

Les méthodes d'élimination des cartouches d'insuline vides ou presque vides à Caressant Care (Woodstock), à Meadow Park (London) et à Telfer Place varient d'un membre du personnel à l'autre. Certains éliminaient les cartouches vides ou presque vides dans le contenant réservé aux objets pointus et tranchants (un réceptacle en plastique dur utilisé pour éliminer les

aiguilles hypodermiques et d'autres instruments médicaux coupants). Une fois la cartouche éliminée dans le contenant des objets tranchants, il est difficile de la récupérer. Si quelqu'un essayait de le faire, il subirait probablement des blessures ou endommagerait le contenant. D'autres plaçaient les cartouches dans une corbeille ou un seau de destruction des médicaments non désignés. Ce contenant est conservé dans la salle des médicaments verrouillée et sert à éliminer tous les médicaments non désignés.

En vertu de l'article 136 du Règlement, les titulaires de permis veillent à ce que soit élaborée au foyer une politique écrite qui prévoit l'identification, la destruction et l'élimination continues de ce qui suit :

- les médicaments périmés;
- les médicaments dont l'étiquette est illisible;
- les médicaments placés dans des contenants qui ne satisfont pas aux exigences applicables aux données devant figurer sur les contenants, que précise l'article 156(3) de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*;
- les médicaments d'un résident lorsque leur utilisation a été interrompue, que le résident est décédé ou qu'il obtient son congé du foyer (ou lorsque le prescripteur recommande l'interruption d'un médicament)<sup>99</sup>.

La politique de destruction et d'élimination des médicaments doit prévoir l'entreposage sûr et sécuritaire des médicaments jusqu'à ce qu'ils soient détruits. Les substances non désignées (telles que l'insuline) doivent être détruites par deux membres du personnel nommés à cette fin par le DSI, dont l'un doit être un membre du personnel infirmier autorisé<sup>100</sup>. Un médicament est considéré comme étant détruit « s'il est modifié ou dénaturé à tel point que sa consommation est devenue impossible ou improbable »<sup>101</sup>. Le titulaire de permis doit également veiller à ce que le système de destruction et d'élimination des médicaments soit vérifié au moins une fois par année, afin de s'assurer que ses marches à suivre sont suivies et sont efficaces<sup>102</sup>.

<sup>99</sup> Selon les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins de longue durée adoptées par l'Ontario Pharmacists Association (OPA), les pratiques exemplaires visées à l'article 126 du Règlement exigent l'adoption d'une politique écrite sur la destruction et l'élimination des médicaments, qui prévoit l'identification, la destruction et l'élimination de nombreux médicaments différents, y compris « les excédents ou les surplus de médicaments ».

<sup>100</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 136(2)-(3).

<sup>101</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 136(6).

<sup>102</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 136(5).

## F. Suivi de l'utilisation de l'insuline

Selon les témoignages recueillis lors des audiences publiques, il semble qu'il n'existe aucun dossier indiquant le moment où un infirmier retire une nouvelle cartouche du réfrigérateur dans la salle des médicaments verrouillée. De même, aucun dossier n'indique la date ou le lieu où l'infirmier élimine la cartouche d'insuline. En outre, aucun dossier n'indique la quantité d'insuline laissée dans la cartouche au moment où elle est jetée.

Par conséquent, le seul dossier contenant des informations sur la quantité d'insuline utilisée pour un résident est le dossier AM ou le dossier électronique AM. En principe, le dossier AM et le dossier électronique AM peuvent être consultés pour calculer la quantité d'insuline qu'un résident a reçue au cours d'un mois donné. Toutefois, la quantité consignée comme ayant été reçue n'est pas nécessairement égale à la quantité d'insuline effectivement utilisée. En effet, de petites quantités d'insuline sont perdues lorsque l'infirmier amorce l'aiguille ou lorsque la cartouche est jetée parce que la quantité d'insuline qu'elle contient est inférieure à la dose à administrer au résident. Ainsi, le suivi des quantités d'insuline exigerait un temps considérable et ne serait susceptible de déclencher l'alarme que si une importante quantité d'insuline destinée à un résident était introuvable.

## VI. Gestion des narcotiques

Au Canada, certains médicaments sont considérés comme des substances désignées qui requièrent des contrôles supplémentaires pour empêcher leur abus et leur détournement. Les narcotiques figurent parmi les substances désignées. Dans ce chapitre, j'aborde la façon dont les narcotiques sont gérés dans les foyers de SLD : leurs procédures de commande, de livraison, d'administration et d'entreposage. J'examine également les contrôles internes appliqués pour empêcher que les narcotiques soient détournés de leur utilisation prévue.

### A. Commande et livraison des narcotiques

Dans les foyers de SLD, les médicaments désignés et non désignés sont commandés de la même façon. Si un foyer de SLD essaie de commander un réapprovisionnement en médicaments désignés avant le terme fixé, le service de livraison de la pharmacie enverra probablement une alerte. Par exemple, si un foyer commande un réapprovisionnement sur une carte PRN qui comptait 31 doses, puis essaie de commander une autre PRN pour le même

résident une semaine plus tard, le système informatique de la pharmacie signalera cette commande. Dans une telle situation, la pharmacie contacte le foyer pour s'assurer qu'elle a bien reçu la première carte PRN ou qu'il n'y a pas eu d'autre erreur. Un tel scénario s'est produit à Meadow Park (London) à l'automne 2014<sup>103</sup>, tel qu'indiqué aux chapitres 6 et 10.

Même si les médicaments désignés et non désignés sont conditionnés différemment, le service de livraison de la pharmacie les livre généralement au même moment aux foyers de SLD.

## B. Administration des narcotiques

Dans les foyers de SLD, des mesures supplémentaires doivent être prises pendant l'administration des médicaments désignés, pour veiller à ce que chaque dose de médicament soit bien comptabilisée. Autrement, les médicaments désignés et non désignés sont administrés de la même façon.

Après avoir vérifié le médicament désigné dans le dossier AM ou le dossier électronique AM, l'infirmier l'administre au résident en vérifiant les « critères » mentionnés plus haut dans le présent chapitre. Ensuite, une fois le médicament administré, l'infirmier consigne sur une feuille de calcul des narcotiques et des médicaments désignés (feuille de calcul) la date et l'heure auxquelles le médicament a été administré, ainsi que la quantité administrée et la quantité restante<sup>104</sup>. L'infirmier doit également consigner l'administration du médicament sur le dossier AM ou le dossier électronique AM. L'infirmier doit remplir ces documents avant de passer au résident suivant.

Parfois, le consultant de la pharmacie constate un écart ou une erreur dans la documentation au terme d'une vérification des dossiers des résidents, des dossiers des narcotiques, ou après un inventaire trimestriel des médicaments. Par exemple, un infirmier peut avoir signé le dossier AM, mais oublié de signer la feuille de calcul. Dans ce cas, le service de livraison de la pharmacie doit soumettre un rapport sur cet écart ou cette erreur au DSI à des fins de suivi. Le fournisseur de services pharmaceutiques peut également suggérer l'organisation de sessions de formation sur la tenue de documents; mais la responsabilité d'une telle décision incombe au foyer.

---

<sup>103</sup> L'erreur a été commise fin septembre, mais elle n'a été remarquée qu'en octobre, à la commande suivante du foyer.

<sup>104</sup> Elle est parfois appelée le dossier d'administration des substances désignées, le décompte des médicaments surveillés ou quelque chose de semblable.



Si une dose régulière et une dose PRN sont prescrites au résident, il doit y avoir deux feuilles de calcul : une pour chaque ordonnance. Les deux ordonnances ne sont pas interchangeables. La PRN doit toujours rester un médicament prescrit selon le besoin. Par exemple, il n'est pas recommandé de remplacer une dose régulière par une dose administrée selon le besoin. Une prescription distincte existe pour chaque dose, qui doit être administrée conformément à la prescription.

## C. Entreposage des médicaments désignés

L'article 129 du Règlement impose aux titulaires de permis de veiller à ce que les substances désignées soient entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé<sup>105</sup>. J'ai appris qu'en général, les substances désignées étaient conservées dans une corbeille distincte du chariot à médicaments verrouillé. Les clés de la salle des médicaments, du chariot à médicaments et de la corbeille verrouillée sont toutes différentes.

## D. Calcul des médicaments désignés

Le calcul des médicaments désignés s'effectue à la fin de chaque quart, par deux infirmiers : l'infirmier qui quitte son service et celui qui prend service. Les titulaires de permis doivent également veiller à ce qu'une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien des substances désignées soit effectuée afin de déceler tout écart et de prendre des mesures immédiates, le cas échéant<sup>106</sup>.

## E. Élimination et destruction des médicaments désignés

Le Règlement de la LFSLD impose des règles très strictes en matière d'élimination et de destruction des narcotiques. Le titulaire de permis doit veiller à ce que le foyer ait adopté une politique écrite sur la destruction et l'élimination des médicaments. Si des narcotiques doivent être détruits, par exemple lorsqu'un résident décède ou lorsque son ordonnance est modifiée, la politique du titulaire de permis en matière de destruction et d'élimination des médicaments exige que les narcotiques soient entreposés dans un

<sup>105</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 129(1).

<sup>106</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130(3).

lieu d'entreposage verrouillé à double tour au foyer, différent de celui où sont entreposées les substances désignées destinées à être administrées aux résidents, jusqu'à ce qu'ils soient détruits et éliminés. Les substances désignées doivent être détruites par les membres d'une équipe agissant de concert, laquelle se compose d'un médecin ou d'un pharmacien ainsi que d'un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le DSI à cette fin. L'équipe doit consigner des données détaillées relatives à la destruction du médicament dans le dossier du médicament<sup>107</sup>.

J'ai entendu des témoignages selon lesquels les foyers sont dotés d'un seau de destruction de médicaments désignés (parfois appelée boîte) installé dans une salle de médicaments verrouillée. Généralement, un foyer de SLD ne dispose que d'un seul seau de destruction de médicaments désignés, lequel est fixé au plancher.

Lorsqu'un résident cesse de prendre des médicaments narcotiques, les médicaments PRN (administration selon le besoin) et les cartes narcotiques à dose régulière sont immédiatement retirés du chariot à médicaments, de même que la feuille de calcul des narcotiques du résident. Sur la feuille de calcul, l'infirmier encercle la quantité restante, inscrit le nombre de comprimés restants et barre d'un X la partie inférieure de la feuille où il n'a pas été indiqué que le narcotique a été administré. Cette information doit être approuvée par un second infirmier, qui les compare au dossier AM ou au dossier électronique AM.

La carte et la feuille de calcul sont emballées ensemble et déposées dans le seau de destruction des médicaments désignés. Le processus est le même pour les cartes vides après que leur contenu a été dûment administré aux résidents.

En fonction des foyers, une clé du seau de destruction des médicaments désignés est détenue, soit par le DSI et le fournisseur de services pharmaceutiques, soit uniquement par le DSI. J'ai entendu des témoignages selon lesquels le seau est vidé parfois plus fréquemment lorsque le fournisseur de services pharmaceutiques détient une clé, car il n'a pas besoin de l'autorisation du DSI pour y avoir accès. Dans de telles circonstances, les écarts ou les erreurs peuvent être décelés plus tôt et corrigés plus rapidement.

Lorsque le pharmacien vide le bac à destruction de médicaments désignés, il est accompagné d'un membre du personnel infirmier autorisé, désigné

---

<sup>107</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 136(2)-(4).

par le DSI<sup>108</sup>. Ils vident le bac ensemble, effectuent la conciliation de tous les médicaments qui s’y trouvent par rapport aux feuilles de calcul, puis détruisent ou dénaturent les médicaments désignés. Selon les explications d’un témoin, l’opération consiste à « perforer » les comprimés narcotiques ou les capsules narcotiques, à casser les ampoules, à couper les timbres (c.-à-d. le fentanyl), puis à écraser ces différents éléments avec du savon et de l’eau dans un contenant en plastique pour les rendre inutilisables. La substance est ensuite placée dans un contenant distinct garni en vue de la collecte par une entreprise d’élimination des déchets, selon les dispositions prises par le foyer. Les heures de collecte varient d’un foyer à l’autre.

## VII. Incidents liés à des médicaments et philosophie d’une culture positive en matière de sécurité

### A. Incidents liés à des médicaments

Les incidents liés à des médicaments – ou les erreurs de médicament<sup>109</sup> – peuvent survenir et surviennent dans tous les milieux de soins de santé. Des infirmiers compétents et bien intentionnés peuvent faire et font des erreurs. Trois facteurs contribuent aux incidents liés à des médicaments dans les foyers de SLD. D’abord, le nombre de résidents souffrant de multiples problèmes de santé chroniques dans les foyers de SLD ne cesse de croître. Comme je l’ai déjà fait remarquer, de nombreux résidents peuvent se voir prescrire 10 types de médicaments différents ou plus, ce qui signifie que de plus en plus de médicaments doivent être administrés plusieurs fois par jour, dans une fenêtre de temps défini. Ensuite, le nombre de résidents par infirmier est élevé. Lors des audiences publiques, nous avons entendu des témoins nous dire que dans une seule distribution des médicaments, un infirmier peut administrer des centaines de médicaments. Enfin, les facteurs environnementaux contribuent à augmenter le risque d’erreurs. Par exemple, les infirmiers sont souvent interrompus pendant les distributions des médicaments pour, par exemple, s’occuper d’un résident ayant fait une chute. Par ailleurs, il convient

<sup>108</sup> L’article 136(3) du Règlement 79/10 de l’Ontario prévoit que les substances désignées doivent être détruites par une équipe composée d’un membre du personnel infirmier autorisé désigné par le DSI et d’un médecin ou d’un pharmacien.

<sup>109</sup> Le terme « incident lié à un médicament » est reconnu comme synonyme d’« erreur de médicament » : Rapport d’expert de Julie Greenall, p. 31. Dans le présent Rapport, je considère ces deux termes comme synonymes.

de rappeler qu'un foyer de SLD est le domicile des résidents. Par conséquent, la distribution des médicaments du matin a lieu lorsque l'on apprête les résidents pour la journée et qu'ils vont prendre leur petit-déjeuner. Comme il est décrit ci-dessus, contrairement au milieu hospitalier où un patient est généralement dans son lit et disponible pour se faire administrer des médicaments, dans un foyer de SLD, l'infirmier peut se trouver obligé de chercher un résident à différents endroits et d'administrer les médicaments à divers endroits, notamment dans la salle à manger.

Quel que soit le milieu de soins de santé, il est toujours important d'identifier les erreurs de médicament aussi rapidement que possible après qu'elles ont été commises, afin de réduire au minimum tout préjudice ou tout risque de préjudice. Toutefois, il ne suffit pas d'identifier une erreur de médicament et de prendre les mesures nécessaires pour la corriger, si nécessaire. Il est également essentiel de signaler immédiatement ces erreurs de médicament à la direction en vue d'une investigation et d'une analyse. C'est grâce à ces étapes que la « cause fondamentale » de l'erreur peut être identifiée et traitée. Généralement, la cause fondamentale peut être un problème de processus, une question d'environnement ou une erreur humaine. Chaque cause nécessite une intervention différente pour s'assurer que l'erreur ne se répète pas. Comme je l'explique plus loin, la nécessité d'un signalement immédiat sous-tend la philosophie dominante d'une culture positive en matière sécurité.

## 1. Qu'est-ce qu'un incident lié à un médicament?

Selon l'article 1 du Règlement, un incident lié à un médicament est un :

événement évitable lié à la prescription, à la commande, à la préparation, à l'entreposage, à l'étiquetage, à l'administration ou à la distribution d'un médicament, ou encore à la transcription d'une ordonnance. S'entend notamment, selon le cas :

- a) d'un acte d'omission ou de commission, qu'il donne lieu ou non à un préjudice ou à des blessures chez un résident ou au décès de celui-ci, ou
- b) d'un événement évité de justesse au cours duquel un incident ne touche pas un résident, mais qui, s'il l'avait touché, aurait donné lieu à un préjudice ou à des blessures chez lui ou à son décès.

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario décrit une erreur de médicament dans sa Norme d'exercice relative aux médicaments comme suit :

Tout événement évitable qui peut causer ou entraîner une utilisation inappropriée d'un médicament ou un préjudice à un malade, alors que le médicament est sous le contrôle d'un professionnel de la

santé, du client ou du consommateur. Ces événements peuvent être liés à la pratique professionnelle, aux produits de soins de santé, aux procédures et aux systèmes, y compris la prescription, la communication de l'ordre, l'étiquetage des produits, l'emballage et la nomenclature, la composition, la distribution, l'administration, l'éducation, la surveillance et l'utilisation<sup>110</sup>.

Un événement évité de justesse survient lorsqu'un infirmier constate une erreur avant qu'elle ne touche le résident. Le processus de réflexion qui accompagne un événement évité de justesse est du genre : « J'ai failli administrer ce médicament au résident, mais j'ai réalisé que ce n'était pas le bon avant de l'administrer. » Il est important de signaler les événements évités de justesse, car même si le résident n'a pas subi un préjudice et qu'il n'y avait aucun risque de préjudice, il peut y avoir des leçons à tirer et à partager.

Voici des exemples de types d'incidents liés à des médicaments que les témoins ont décrits pendant les audiences publiques :

- l'oubli d'administrer un médicament;
- l'administration excessive ou insuffisante d'un médicament;
- l'administration d'un médicament à la mauvaise personne;
- l'administration d'un médicament au mauvais moment;
- l'administration de doses de médicaments à des heures trop rapprochées;
- l'administration du mauvais médicament;
- l'administration d'un médicament à une personne autre que celle pour qui le médicament est prescrit, même s'il s'agissait du bon médicament à administrer.

Comme le montre la liste ci-dessus, un large éventail de situations entrent dans la définition d'un incident lié à un médicament. Les incidents liés à des médicaments peuvent survenir à n'importe quelle étape du processus de gestion des médicaments, depuis la prescription d'un médicament jusqu'à la période suivant son administration. La liste permet également de souligner qu'un incident lié à un médicament ne dépend pas de l'existence d'un préjudice subi par un résident. Tous les incidents liés à des médicaments doivent être signalés, indépendamment de la gravité et du fait qu'ils aient causé ou non des préjudices. Tout ce qui est « susceptible de causer un préjudice » constitue un incident à signaler<sup>111</sup>.

<sup>110</sup> Practice Standard: Medication, Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2017), p. 7.

<sup>111</sup> Témoignage de Julie Greenall, Transcription, 13 sept. 2018, p. 8296.

## 2. À qui les incidents liés à des médicaments sont-ils rapportés?

Le processus de signalement des incidents commence au foyer de SLD. Pendant les années où Wettlaufer a commis les Infractions, le processus interne de signalement des incidents liés à des médicaments était quasiment le même dans tous les foyers où elle a travaillé, à commencer par la rédaction d'un rapport d'incident. Aujourd'hui, certains foyers continuent d'utiliser des rapports manuels tandis que d'autres utilisent des rapports électroniques.

Comme indiqué plus haut, en vertu du régime de réglementation actuel, les titulaires de permis veillent à ce que *chaque* incident lié à un médicament mettant en cause un résident et *chaque* réaction indésirable à un médicament soient documentés et que les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident soient consignées dans un dossier<sup>112</sup>.

Le titulaire de permis doit également veiller à ce que tous les incidents liés à des médicaments, notamment ceux causés par un infirmier (p. ex., erreurs dans la documentation) et ceux d'origine pharmaceutique (p. ex., erreur d'étiquetage), soient rapportés au résident, à son mandataire spécial (s'il en a), au DSI, au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament, au médecin traitant du résident ou à l'infirmier praticien du résident et au fournisseur de services pharmaceutiques<sup>113</sup>. Chaque incident lié à un médicament et chaque réaction indésirable à un médicament doivent être examinés et analysés<sup>114</sup>, un processus qui nécessite une investigation – généralement menée, comme je l'ai entendu, par le DSI et l'administrateur du foyer. D'après les éléments de preuve présentés lors des audiences publiques, il semble que les administrateurs du foyer et les directeurs des soins infirmiers reçoivent peu voire pas du tout de formation sur la façon de mener efficacement des investigations sur les incidents liés à des médicaments.

Dans certains cas, un incident lié à un médicament peut être un incident grave à signaler en vertu de l'article 107 du Règlement. En particulier, les titulaires de permis doivent présenter un rapport au directeur en vertu de la LFSLD lorsqu'un incident lié à un médicament ou une réaction indésirable à un médicament entraîne l'hospitalisation d'un résident ou lorsque des substances désignées sont manquantes ou introuvables<sup>115</sup>.

<sup>112</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135(1)a).

<sup>113</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135(1)b).

<sup>114</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135(2).

<sup>115</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107(3).

## B. Une culture positive en matière de sécurité dans les foyers de SLD

Une culture positive en matière de sécurité est décrite au mieux comme une culture dans laquelle toute l'équipe se concentre principalement sur la sécurité des personnes dont elle s'occupe. Une telle culture vise à promouvoir une discussion ouverte sur les incidents et les stratégies de sécurité des résidents, tout en mettant l'accent sur l'ensemble du système plutôt que de considérer les erreurs comme une évaluation des compétences personnelles. Les rapports d'incidents font l'objet d'un suivi en vue d'améliorer le système – et ne sont pas accumulés pour servir de points d'inaptitude contre des personnes.

Une culture positive en matière de sécurité se traduit par un système solide de signalement des incidents liés à des médicaments dans lequel tout type d'incident inhabituel est signalé – peu importe qu'il ait causé ou non un préjudice à un résident. De même, elle comporte des discussions régulières sur la sécurité, les principes de sécurité et les stratégies visant à réduire le risque que se produisent des événements malencontreux. Un tel système représente toute la philosophie de fonctionnement d'une organisation.

Plutôt que de mettre l'accent sur les actions de la personne ayant commis l'erreur de médicament, une culture positive en matière de sécurité examine les étapes du processus ou le système de médicament dans son ensemble, afin de l'améliorer pour éviter que l'erreur se reproduise. Un directeur des soins a expliqué qu'en supprimant les mesures disciplinaires relatives aux incidents liés à des médicaments, les infirmiers n'hésitent pas à signaler leur propres erreurs et celles de leurs collègues. Des corrections peuvent être apportées plus rapidement, si nécessaire.

Tout au long de ce chapitre, j'ai évoqué la vulnérabilité des résidents des foyers de SLD. Cette vulnérabilité n'est nulle part aussi évidente que dans la manipulation des médicaments. Certes, il y a des résidents des foyers de SLD qui connaissent les médicaments qui leur sont administrés et savent à quoi ils ressemblent, mais ce n'est pas le cas d'une partie importante des résidents. Ces personnes ne peuvent pas se plaindre que le mauvais médicament leur a été administré ou qu'elles l'ont reçu au mauvais moment. Elles doivent s'en remettre à la capacité d'observation de tous les membres du personnel pour déceler un problème.

Cela signifie qu'il y a un fort besoin d'auto-signallement dans les foyers de SLD. Si un infirmier se rend compte qu'il a commis une erreur de médicament, il serait souhaitable pour tout le monde que cet infirmier divulgue l'erreur aussi tôt que possible et que l'on répare rapidement tout préjudice éventuel. De plus, il serait bien que les incidents soient signalés et analysés pour mettre en œuvre des changements et éviter que des incidents similaires ne se reproduisent. Une culture positive en matière de sécurité est essentielle si l'on veut obtenir des signalements rapides et complets.

### **C. Recours à la discipline en réponse aux erreurs de médicament**

Une culture positive en matière de sécurité signifie que les foyers de SLD adoptent généralement une approche non disciplinaire en ce qui concerne les erreurs de médicament signalées. Toutefois, cela ne signifie pas que les infirmiers ne sont pas responsables de leur rendement au travail. Les infirmiers, tout comme d'autres fournisseurs de soins de santé, devraient être tenus responsables des comportements que « tout fournisseur de soins de santé reconnaîtrait comme étant une façon totalement inappropriée de fournir des soins »<sup>116</sup>.

Il y a donc un trait d'union entre la culture positive en matière de sécurité et la procédure disciplinaire. Dans un foyer ayant une culture positive en matière de sécurité, des mesures disciplinaires peuvent être imposées en cas d'incidents liés à des médicaments causés par un comportement irresponsable dans l'administration de médicaments ayant causé un préjudice. Un autre exemple pourrait être celui d'un infirmier qui commet sans cesse des erreurs du même genre, en dépit du fait qu'il ait reçu des conseils, une formation et une orientation sur la question.

Comme vous le verrez dans les chapitres suivants, Wettlaufer a commis de nombreuses erreurs de médicament au cours de sa carrière d'infirmière autorisée dans les foyers de SLD. Ces chapitres illustrent également le défi que doivent relever les foyers pour instaurer une culture positive en matière de sécurité, tout en adoptant des mesures disciplinaires de temps à autre.

---

<sup>116</sup> Témoignage de Julie Greenall, Transcription, 13 sept. 2018, p. 8294.



## RECOMMANDATIONS

De nombreux chapitres du présent Rapport contiennent les renseignements sur lesquels reposent les recommandations destinées aux titulaires de permis et aux foyers de soins de longue durée. Pour la commodité des titulaires de permis et des foyers, la majorité de ces recommandations sont énoncées à la fin du chapitre 4. Veuillez noter toutefois que les recommandations figurant à la fin du chapitre 17 s'adressent aussi aux titulaires de permis et aux foyers.

### **Recommandation 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 (Ministère), l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre) 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.

### Raisonnement de la recommandation 3

- Les témoignages donnés lors des audiences publiques indiquent que la direction des foyers de soins de longue durée (SLD) a besoin de formation supplémentaire sur le recrutement et la surveillance efficaces du personnel, ainsi que sur la résolution des problèmes de rendement.
- Les éléments de preuve montrent également que la direction des foyers de soins de longue durée a besoin d'une formation formelle sur la manière de mener une investigation sur le lieu de travail. En l'absence d'une telle formation, les investigations peuvent être menées de manière incohérente, passer à côté de renseignements importants et aboutir à des conclusions erronées.
- Une équipe de direction compétente en matière d'embauche et de gestion du personnel, qui réagit systématiquement et adéquatement aux problèmes survenant dans le foyer de SLD, augmente la sécurité des résidents, améliore le moral du personnel et inspire confiance aux résidents et à leur famille.
- Ceux qui occupent des postes de direction dans des foyers de SLD ne comprennent pas bien les obligations de faire rapport en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) et l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario comptent sur les foyers pour présenter les rapports exigés par la loi. La clé de l'amélioration des rapports repose sur une formation accrue et de meilleure qualité.
- Les témoignages entendus lors des audiences publiques ont montré que les membres du personnel autorisé ne comprenaient pas qu'ils étaient tenus, en vertu de la LFSLD, de signaler la négligence ou les mauvais traitements réels ou soupçonnés envers des résidents au directeur (un poste créé par la LFSLD et occupé par une personne du Ministère) et pas simplement à la direction.
- Les éléments de preuve ont également montré que le personnel autorisé avait besoin de formation supplémentaire sur le système d'administration des médicaments du foyer et sur la manière de reconnaître et de signaler les incidents liés à des médicaments.

**Recommandation 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.

**Recommandation 3 :** 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.

#### Raisonnement des recommandations 4 et 5

- Les témoignages entendus lors des audiences publiques montrent que ceux qui travaillent dans des foyers de soins de longue durée ne peuvent souvent pas suivre la formation dispensée, car ils sont censés le faire en même temps qu'ils exercent leurs fonctions habituelles ou pendant leur temps libre, sans rémunération. Les titulaires de permis doivent veiller à ce que tous les employés aient réellement la possibilité de suivre la formation. Pour appuyer cet objectif, je recommande ailleurs dans le présent rapport que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée crée une nouvelle enveloppe de financement permanente pour l'éducation, la formation et le perfectionnement du personnel des foyers de soins de longue durée.
- L'investissement dans la formation améliorera les compétences de la main-d'œuvre, la sécurité des résidents et le moral.

**Recommandation 4 :** 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 vitae ou si le candidat a été congédié, et assurer la supervision étroite du candidat pendant la période probatoire.

#### Raisonnement de la recommandation 6

- Bien que Wettlaufer ait admis dans sa demande d'emploi et dans le processus d'embauche à Meadow Park (London) que Caressant Care (Woodstock) avait mis fin à ses fonctions, sa version des événements ne révélait pas tous les faits. Les personnes de Caressant Care (Woodstock) qu'elle a mentionnées pour ses références n'étaient pas assez haut placées pour être conscientes de la gravité de l'erreur de médicament qui avait provoqué la cessation de son emploi. Elles ne comprenaient pas non plus la nature et l'ampleur de son dossier disciplinaire chez Caressant Care (Woodstock).

**Recommandation 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.

#### Raisonnement de la recommandation 7

- Les témoignages lors des audiences publiques montrent que la direction était rarement présente les quarts de soir, de nuit et de fin de semaine. Wettlaufer a commis les Infractions à ce moment-là.
- La surveillance accrue du quart de travail ou la possibilité d'une vérification inopinée de la part du directeur des soins infirmiers peut dissuader une personne qui a l'intention de causer un préjudice à un résident.

**Recommandation 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.

#### Raisonnement de la recommandation 8

- Le maintien de dossiers complets et exacts permettra aux titulaires de permis de prendre des décisions éclairées en matière de discipline. Les dossiers aideront également le titulaire de permis à faire rapport à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, si cela s'avère nécessaire.

**Recommandation 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.

#### Raisonnement de la recommandation 9

- Comme je l'explique dans le chapitre 14, le Bureau du coroner en chef/Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) n'est pas en mesure d'agrèger les données des Avis de décès de patient en établissement soumis par télécopieur. Cela crée un ensemble de données incomplet et empêche le BCC/SMLO de suivre les profils, les pics et les regroupements de décès de résidents dans les foyers de soins de longue durée.

**Recommandation 10 :** Les titulaires de permis devraient prendre des mesures raisonnables pour limiter les réserves d'insuline dans les foyers de soins de longue durée.

#### Raisonnement de la recommandation 10

- L'insuline est un médicament à risque élevé, ce qui signifie qu'une mauvaise utilisation a de grands risques de causer un préjudice. Limiter les réserves d'insuline aide à réduire les risques de détournement et de mauvaise utilisation.



## Caressant Care (Woodstock)

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	145
<b>II.</b>	<b>L'établissement</b> .....	146
	<b>A. Les aspects physiques clés</b> .....	146
	<b>B. Le personnel clé de l'établissement</b> .....	147
	<b>C. Les niveaux de soins infirmiers à l'établissement.</b> .....	148
<b>III.</b>	<b>L'embauche, l'orientation et la formation du personnel infirmier</b> .....	151
	<b>A. L'embauche</b> .....	151
	<b>B. L'orientation</b> .....	152
	<b>C. La formation annuelle</b> .....	153
	1. L'obligation de faire rapport en cas de mauvais traitement et de négligence .....	154
	2. Les politiques de Caressant Care pour faire rapport en cas de mauvais traitement et de négligence. ....	155
<b>IV.</b>	<b>La gestion du rendement et le processus disciplinaire</b> .....	157
	<b>A. Les évaluations du rendement.</b> .....	157
	<b>B. La discipline progressive</b> .....	157
	1. Les employés étaient encouragés à faire connaître leurs préoccupations .....	158
	2. Les enquêtes sur les incidents impliquant le personnel infirmier ...	158
	3. La détermination du niveau approprié de discipline .....	159
	4. La réunion disciplinaire .....	159
	5. La tenue de dossiers .....	160
<b>V.</b>	<b>La gestion des médicaments</b> .....	160
	<b>A. Les médicaments</b> .....	160
	<b>B. La boîte à médicaments d'urgence</b> .....	162
	<b>C. Le traitement de l'insuline.</b> .....	163

<b>D. Le traitement des médicaments narcotiques</b> .....	165
1. Août 2012 .....	167
2. Mars 2013 .....	167
3. Avril 2013 .....	167
<b>E. La philosophie concernant les erreurs de médicament</b> .....	168
<b>F. La déclaration des incidents liés à des médicaments et des réactions indésirables à des médicaments</b> .....	169
1. Les exigences législatives .....	169
2. La déclaration des incidents liés à des médicaments à Caressant Care (Woodstock) .....	170
<b>G. La surveillance et l'évaluation du système de gestion des médicaments</b> .....	171
1. Les exigences législatives .....	171
2. La gestion et la surveillance des médicaments à Caressant Care (Woodstock) .....	173
<b>VI. Le signalement du décès d'un résident</b> .....	175
<b>A. Au Bureau du coroner en chef</b> .....	175
<b>B. Au Ministère</b> .....	177
<b>VII. L'embauche et l'orientation de Wettlaufer</b> .....	178
<b>A. Le curriculum vitæ de Wettlaufer</b> .....	178
<b>B. L'entretien de Wettlaufer</b> .....	179
<b>C. La vérification des références</b> .....	179
<b>D. La vérification d'inscription à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario</b> .....	179
<b>E. L'orientation de Wettlaufer</b> .....	179
<b>VIII. Les infractions commises à Caressant Care (Woodstock)</b> .....	180
<b>A. 2007</b> .....	180
1. M <sup>me</sup> Adriano .....	180
2. M <sup>me</sup> deMedeiros .....	183
3. M. Silcox .....	184
4. M. Granat .....	185
<b>B. 2008–2009</b> .....	186
1. M. Hedges .....	186
2. M. Priddle .....	186
<b>C. 2011</b> .....	187
1. M <sup>me</sup> Millard .....	187
2. M <sup>me</sup> Matheson .....	188
3. M <sup>me</sup> Zurawinski .....	188



D. 2013–2014 .....	189
1. M <sup>me</sup> Young .....	189
2. M <sup>me</sup> Pickering .....	190
E. Wettlaufer est surnommée « l'ange de la mort » .....	192
F. Les circonstances ayant permis à Wettlaufer d'éviter toute détection .....	193
<b>IX. Le rendement de Wettlaufer .....</b>	<b>194</b>
A. Les interactions de Wettlaufer avec les résidents et les familles .....	194
B. Les problèmes de santé mentale .....	194
C. La surconsommation d'alcool et de drogues .....	195
D. Les évaluations du rendement de Wettlaufer .....	196
1. L'évaluation de 2008 .....	196
2. L'évaluation de 2013 .....	197
<b>X. Le dossier disciplinaire de Wettlaufer .....</b>	<b>198</b>
A. L'attitude de Wettlaufer lors des réunions disciplinaires .....	199
B. L'absentéisme .....	199
C. Les problèmes de comportement .....	200
1. Janvier 2010 .....	202
2. Juin 2011 .....	203
3. Mars 2012 .....	203
4. Novembre 2013 .....	204
D. Les problèmes de rendement au travail .....	204
1. Les allégations soulevées par une résidente en janvier et février 2012 .....	208
2. Les allégations soulevées par le personnel en janvier 2012 .....	210
3. Les mesures disciplinaires découlant des incidents .....	213
E. Les erreurs de médicament .....	217
1. Mars 2008 .....	222
2. Mars 2013 .....	222
3. Avril 2013 .....	222
4. Décembre 2013 .....	223
5. Janvier 2014 .....	224
<b>XI. La cessation des fonctions de Wettlaufer .....</b>	<b>225</b>
A. L'erreur de médicament .....	225
B. La décision relative à la cessation des fonctions .....	226
C. La réunion de cessation des fonctions .....	227

<b>XII. Le rapport de Caressant Care à l'Ordre</b> .....	228
<b>A. L'obligation juridique</b> .....	228
<b>B. Le contenu du rapport de cessation des fonctions</b> .....	228
<b>C. Le moment où a été rédigé le rapport de cessation         des fonctions</b> .....	231
<b>D. Les contacts entre l'Ordre et Caressant Care (Woodstock)</b> ...	232
<b>XIII. Le grief de Wettlaufer et son règlement</b> .....	233
<b>XIV. Caressant Care est informé des Infractions et     le Ministère enquête.</b> .....	235
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	238

## I. Introduction

Le foyer de soins infirmiers Caressant Care, à Woodstock (Ontario), est un foyer de soins de longue durée (SLD) à but lucratif de 163 lits – l'un des 15 établissements similaires exploités par Caressant Care Nursing and Retirement Homes Limited (bureau central de Caressant Care). Caressant Care (Woodstock) est rattaché à une maison de retraite; toutefois, aux fins du présent Rapport, toutes les références faites à Caressant Care (Woodstock) concernent uniquement le foyer de SLD. Caressant Care (Woodstock) était l'établissement où Wettlaufer a travaillé comme infirmière autorisée (IA) pendant la période la plus longue (de juin 2007 à mars 2014). Il s'agissait du premier des trois foyers de SLD où les Infractions ont été perpétrées – soit 11 en tout, incluant, tragiquement, le meurtre de sept résidents, des voies de fait graves envers deux autres, ainsi que deux tentatives de meurtre.

Je commence ce chapitre en décrivant les processus en place pour le recrutement, l'orientation et la formation du personnel infirmier, ainsi que pour la gestion du rendement et les mesures disciplinaires, pendant la période où Wettlaufer a travaillé à Caressant Care (Woodstock). Je traite ensuite du système de gestion des médicaments, en accordant une attention particulière à la gestion de l'insuline et des narcotiques dans l'établissement, de même qu'au système de rapport d'incidents en place pour les erreurs de médicament. Étant donné que bon nombre des victimes de Wettlaufer sont décédées pendant qu'elles résidaient à Caressant Care (Woodstock), j'examine aussi le processus suivi par l'établissement lorsqu'un résident y décède.

J'aborde ensuite l'embauche et l'orientation de Wettlaufer à l'été 2007. Je passe en revue la manière dont Wettlaufer a commis les 11 Infractions au sein de l'établissement, en m'appuyant à la fois sur les éléments de preuve tirés des poursuites pénales et les dossiers de l'établissement. En plus de décrire les Infractions, j'examine les circonstances ayant permis à Wettlaufer d'échapper à toute détection.

L'emploi de Wettlaufer à Caressant Care (Woodstock) a pris fin en mars 2014. Étant donné les circonstances entourant la cessation des fonctions de Wettlaufer, Caressant Care (Woodstock) avait l'obligation de faire rapport auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre); je discute donc ensuite du rapport de cessation des fonctions que Caressant Care (Woodstock) a déposé relativement à cette obligation. Toutefois, mentionnons que Wettlaufer a déposé un grief concernant son congédiement par l'intermédiaire de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO). Lorsque le grief a finalement été réglé, les conditions du règlement imposaient au bureau central

de Caressant Care de fournir à Wettlaufer une lettre de recommandation. Ces questions font l'objet de l'avant-dernière section du présent chapitre.

À l'automne 2016, Wettlaufer a avoué ses méfaits. Une fois les Infractions révélées au grand jour, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) a effectué des inspections dans tous les établissements où les Infractions avaient été commises. Le présent chapitre se termine par une brève description de l'inspection effectuée par le Ministère à Caressant Care (Woodstock). Je fais également référence aux constatations pertinentes de cette inspection tout au long de ce chapitre. Cependant, je n'examine pas en détail l'inspection ou les constatations en découlant, car elles sont décrites en détail au chapitre 11.

## II. L'établissement

### A. Les aspects physiques clés

En 2007, lorsque Wettlaufer a été embauchée, Caressant Care (Woodstock) était divisé en deux sections :

- Section A, composée de 64 lits, 32 sur chacun des niveaux 1 et 2;
- Section B, composée de 99 lits répartis dans trois ailes – Nord, Sud et Est.

Dans la Section A se trouvait un poste de soins infirmiers au Niveau 1 et un autre au Niveau 2. Chaque niveau était doté d'une salle des médicaments verrouillée contenant un chariot à médicaments, un chariot de traitement et des réfrigérateurs. La Section B comportait un poste de soins infirmiers, une salle des médicaments verrouillée et une salle de traitement verrouillée. Dans la salle de traitement verrouillée se trouvaient les réfrigérateurs où l'on entreposait vaccins et médicaments devant être réfrigérés, tels que l'insuline.

Le membre du personnel autorisé responsable de la Section B et des niveaux 1 et 2 de la Section A détenait des passe-partout permettant d'accéder à toutes les salles de médicaments. Ainsi, en cas d'urgence, un infirmier détenant la clé de la salle des médicaments du Niveau 1 pouvait également accéder aux salles de médicaments du Niveau 2 et de la Section B<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> À partir de 2017, les membres du personnel autorisés responsables de la Section B et des Niveaux 1 et 2 de la Section A se sont vu remettre une clé unique ne donnant accès qu'à la salle des médicaments de leur zone respective. Aux fins de vérification, le directeur et le directeur adjoint des soins infirmiers détiennent un passe-partout permettant d'accéder à toutes les salles de médicaments.

Les salles de médicaments et de traitement étaient censées rester verrouillées lorsqu'un infirmier ne se trouvait pas à l'intérieur. Aucune salle n'était munie de caméras. Les portes des salles de médicaments des niveaux 1 et 2 comportaient des carreaux vitrés, contrairement aux portes de la salle des médicaments de la Section B et de la salle de traitement.

## B. Le personnel clé de l'établissement

L'administrateur du foyer était le membre de la direction le plus haut placé à Caessant Care (Woodstock). Lorsque Wettlaufer a commencé à travailler dans l'établissement en 2007, Bonnie Hughes en était l'administratrice. Brenda Van Quaethem lui a succédé en 2009 et a continué à occuper ce poste jusqu'à sa retraite en 2016. Elle n'était pas elle-même infirmière, mais avait auparavant travaillé comme aide-infirmière. En tant qu'administratrice du foyer, elle était responsable de l'ensemble du fonctionnement et de l'administration de l'établissement. Elle était chargée d'administrer les ressources humaines; de régler les problèmes et les préoccupations en matière de dotation en personnel; d'assister aux réunions du comité consultatif professionnel<sup>2</sup> (CCP) et d'assurer la liaison avec le Ministère, le ministère du Travail, le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) et le Réseau local d'intégration des services de santé<sup>3</sup> (RLISS).

Helen Crombez, directrice des soins infirmiers, relevait de l'administratrice du foyer. Le bureau central de Caessant Care l'a embauchée initialement en 1983 à titre d'infirmière autorisée à temps plein à Caessant Care (Woodstock); en cinq ans environ, elle en est devenue la directrice des soins infirmiers. Elle a ensuite continué d'occuper ce poste jusqu'à sa retraite en 2017. Ses tâches incluaient notamment le recrutement du personnel infirmier; le traitement des plaintes des résidents et des préoccupations des familles; les enquêtes sur les incidents graves et leur signalement au Ministère; la réponse aux inspections

---

<sup>2</sup> Le CCP réunissait un groupe interdisciplinaire composé de l'administrateur du foyer, du directeur et du directeur adjoint des soins infirmiers, du coordonnateur des soins, du consultant en pharmacie, d'un infirmier en santé publique et du directeur médical. Le CCP se réunissait tous les trimestres pour discuter d'un large éventail de questions propres au foyer, notamment les changements de personnel, les visites de conformité, les incidents graves et les incidents liés à des médicaments.

<sup>3</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. Lorsque les dispositions pertinentes entrèrent en vigueur, cette loi créera, entre autres, un nouvel organisme gouvernemental – Santé Ontario – et permettra la réorganisation ou la dissolution des 14 RLISS existants. Toutes les recommandations formulées dans le présent Rapport à l'intention des RLISS devraient être considérées par tout organisme successeur ayant des responsabilités liées au système de SLD, y compris Santé Ontario.

du Ministère; la conduite des réunions du CCP; ainsi que l'assurance de l'entreposage sécuritaire, de l'administration et de l'élimination appropriée des médicaments.

Caessant Care (Woodstock) employait également un directeur adjoint des soins infirmiers qui était chargé, entre autres, de veiller à ce que le personnel reçoive l'orientation et la formation requises par la législation en vigueur.

Le D<sup>r</sup> Richard Reddick, un médecin local, agissait comme directeur médical de Caessant Care (Woodstock) lorsque Wettlaufer y travaillait. Il a exercé ce rôle pendant près de 40 ans<sup>4</sup>. Le D<sup>r</sup> Reddick a estimé que, durant l'emploi de Wettlaufer à Caessant Care (Woodstock), il était le médecin d'environ une centaine de ses résidents. Au cours de cette période, il faisait également partie de l'équipe de médecins de garde servant plusieurs des foyers de SLD de la région, notamment Caessant Care (Woodstock). En tant que directeur médical du foyer, il était également membre du CCP, bien qu'il n'ait pas toujours assisté aux réunions.

Le fournisseur de services pharmaceutiques de Caessant Care (Woodstock) pour la période comprise entre 2007 et 2014 était Medical Pharmacies Group Limited.

## C. Les niveaux de soins infirmiers à l'établissement

La *Loi sur les maisons de soins infirmiers*<sup>5</sup> (LMSI) et son règlement (le Règlement 832) ont régi les activités de Caessant Care (Woodstock) jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2010, date à laquelle la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD), et son règlement (le Règlement) sont entrés en vigueur<sup>6</sup>. Conformément au Règlement 832, le foyer devait disposer de services de soins infirmiers 24 heures sur 24; le Règlement prévoyait notamment « qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est un membre du personnel infirmier permanent du foyer » soit de service et présent au foyer en tout temps<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> Comme d'autres directeurs médicaux, le D<sup>r</sup> Reddick entretenait une relation contractuelle avec Caessant Care (Woodstock); il n'en était pas l'employé.

<sup>5</sup> L.R.O. 1990, chap. N.7.

<sup>6</sup> L.O. 2007, chap. 8; Règl. de l'Ont. 79/10.

<sup>7</sup> Règl. 832, art. 59.

En plus de cette exigence, l'Entente sur la responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée conclue entre Caessant Care (Woodstock) et le RLSS du Sud-Ouest obligeait l'établissement à se conformer aux normes et critères énoncés dans le *Manuel du programme des foyers de soins de longue durée* (Manuel du programme). Le Manuel du programme obligeait notamment le foyer à mettre en place un programme organisé de services en soins infirmiers répondant aux besoins des résidents en matière de soins infirmiers et de soins personnels – un programme conforme aux normes professionnelles de l'Ordre. Pour répondre à ces normes, Caessant Care (Woodstock) devait, par exemple, avoir en place un système de dotation en personnel 24 heures sur 24 « conforme aux besoins des résidents sur le plan des soins et de la sécurité ».

La LFSLD et le Règlement n'ont pas sensiblement modifié ces obligations sur le plan des soins infirmiers et de la dotation en personnel. Ils ont toutefois transféré le fardeau des obligations au titulaire de permis, tout en mettant l'accent sur les soins centrés sur le résident. Par exemple, la loi obligeait les titulaires de permis à promouvoir la continuité des soins en minimisant le nombre de membres du personnel s'occupant de chaque résident individuel<sup>8</sup>. Par conséquent, Caessant Care (Woodstock) a modifié ses horaires afin d'affecter des membres précis de son personnel à chaque aile du foyer.

Le tableau 5.1 présente les niveaux de dotation en personnel pour les infirmiers autorisés (IA) et les infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) à Caessant Care (Woodstock) au cours des années où Wettlaufer y était employée.

**Tableau 5.1 : Niveaux de dotation en personnel pour les IA et les IAA à Caessant Care (Woodstock), 2007-2013**

QUART DE TRAVAIL	SECTION B (99 RESIDENTS)	SECTION A, NIVEAU 1 (32 RÉSIDENTS)	SECTION A, NIVEAU 2 (32 RÉSIDENTS)
<b>Jour</b> (7 h – 15 h)	1 IA	1 IA	1 IA
	2 IAA	Pas d'IAA	Pas d'IAA
<b>Soir</b> (15 h – 23 h)	1 IA	1 IA	
	1 IAA	1 IAA	
<b>Nuit</b> (23 h – 7 h)	1 IA	Pas d'IA	
	Pas d'IAA	1 IAA	

Source : Compilé par la Commission.

<sup>8</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 31(3).

Comme l'illustre le tableau 5.1, il y avait moins d'infirmiers travaillant pendant les quarts de soir et de nuit, c'est-à-dire qu'ils étaient responsables d'un plus grand nombre de résidents que ceux travaillant durant les quarts de jour. Au cours de la journée, cinq membres du personnel autorisé travaillaient dans les deux sections de l'établissement. La nuit, il n'y en avait que deux : un IA et un IAA. L'infirmier autorisé était responsable du quart et, à ce titre, était chargé de la surveillance des autres membres du personnel (entre autres tâches). En pratique, toutefois, les IA n'auraient pas été en mesure d'exercer une surveillance étroite, car ils devaient également s'occuper de plusieurs résidents lorsqu'ils étaient en service.

Le personnel infirmier était donc peu surveillé durant les quarts de soir et de nuit. Les heures normales de travail de l'administrateur du foyer ne chevauchaient que de quelques heures le quart de soir et ni l'administrateur ni le directeur des soins infirmiers ne se rendaient habituellement à l'établissement pendant le quart de nuit. En outre, les inspections du Ministère n'avaient presque jamais lieu pendant le quart de nuit. Par conséquent, les IA travaillant de nuit ne se seraient pas attendus à ce que leur travail soit observé à l'occasion d'une visite inopinée.

En 2014, le nombre d'IAA assignés aux quarts de jour et de soir est passé à trois, mais le nombre d'IA est resté le même. Les niveaux de dotation du personnel autorisé de nuit n'ont pas été modifiés (voir tableau 5.2).

**Tableau 5.2 : Niveaux de dotation en personnel pour les IA et les IAA à Caressant Care (Woodstock), 2014**

QUART DE TRAVAIL	SECTION B (99 RÉSIDENTS)	SECTION A, NIVEAU 1 (32 RÉSIDENTS)	SECTION A, NIVEAU 2 (32 RÉSIDENTS)
Jours (7 h – 15 h)	1 IA	1 IA	1 IA
	1 IAA	1 IAA	1 IAA
Soir (15 h – 23 h)	1 IA	1 IA	
	1 IAA	1 IAA	1 IAA
Nuit (23 h – 7 h)	1 IA	Pas d'IA	
	Pas d'IAA	1 IAA	

Source : Compilé par la Commission.

Même avec ce changement, il n'y avait toujours que peu ou pas de surveillance du personnel infirmier travaillant de nuit.



### III. L'embauche, l'orientation et la formation du personnel infirmier

Lorsque Wettlaufer a été embauchée en 2007, la LMSI ne stipulait aucune exigence particulière en matière d'embauche du personnel infirmier. Le Manuel du programme, toutefois, exigeait que tous les IA et IAA détiennent un « certificat de compétence à jour de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario ».

Lorsque la LFSLD est entrée en vigueur en juillet 2010, elle exigeait que les foyers de SLD effectuent une présélection avant l'embauche d'un nouveau membre du personnel, notamment la vérification de dossier de police, la vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables et une vérification du certificat d'inscription en vigueur auprès de l'Ordre<sup>9</sup>.

#### A. L'embauche

En tant que directrice des soins infirmiers, M<sup>me</sup> Crombez était responsable de l'embauche du personnel infirmier et des préposés aux services de soutien à la personne (préposés SSP). Au moment où Wettlaufer a été engagée, le processus d'embauche de M<sup>me</sup> Crombez comportait un entretien, une vérification des références et une vérification de l'inscription à l'Ordre. En cas d'embauche, le nouveau membre du personnel infirmier faisait l'objet d'une période de probation, conformément à la convention collective conclue entre le bureau central de Caessant Care et l'AIIA (Convention collective).

À l'instar des autres foyers de SLD, Caessant Care (Woodstock) a toujours eu du mal à recruter et à conserver des infirmiers autorisés. Souvent, l'établissement les embauchait et les formait, pour ensuite les voir partir peu de temps après pour des emplois mieux rémunérés ailleurs. Dans la mesure du possible, l'établissement profitait des mesures incitatives offertes par le Ministère, telles que l'Initiative de maintien en poste du personnel infirmier chevronné<sup>10</sup>. À certains moments, l'établissement offrait également ses propres mesures incitatives pour favoriser le recrutement, par exemple une commission pour les membres du personnel recommandant un nouvel infirmier. Néanmoins, le foyer continuait de peiner à attirer des infirmiers

<sup>9</sup> LFSLD, art. 75; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 215 et 234.

<sup>10</sup> L'initiative évoquée plus haut finançait les foyers de SLD afin de permettre aux membres du personnel infirmier de 55 ans et plus de consacrer une partie de leur temps à des rôles moins exigeants sur le plan physique, les incitant ainsi à rester plus longtemps sur le marché du travail.

autorisés et à les maintenir en poste : beaucoup d'entre eux trouvaient en effet la charge de travail dans le contexte des SLD trop lourde et allaient travailler dans un hôpital dès que l'occasion se présentait.

## B. L'orientation

Le règlement pris en vertu de la LMSI obligeait les titulaires de permis à maintenir une formation en cours d'emploi, tant pour l'orientation du personnel que pour la formation continue<sup>11</sup>. Le Manuel du programme précisait que le programme devait inclure une orientation générale et une orientation spécifique à chaque service, adaptées aux responsabilités du poste occupé par le membre du personnel. Le Manuel obligeait également l'établissement à documenter les informations fournies aux nouveaux employés et à obtenir leur signature accusant réception de ces informations.

À Caressant Care (Woodstock), les nouveaux infirmiers recevaient une journée d'orientation générale au cours de laquelle étaient passées en revue les politiques et procédures de l'établissement, ainsi que les exigences réglementaires. Lorsque Wettlaufer a été embauchée en juin 2007, l'établissement utilisait une liste de contrôle d'orientation générale pour tous les employés. Les sujets abordés comprenaient : l'intimité et la dignité des résidents; les procédures à suivre en cas d'accident d'un employé ou d'un résident; le perfectionnement professionnel; les politiques sur les mauvais traitements, les mesures disciplinaires et la consommation d'alcool et de substances intoxicantes. Le formateur et le nouvel infirmier étaient tenus de parapher chaque section de l'orientation générale achevée, et le chef de service devait examiner, signer et dater la liste de contrôle. À un moment donné, Caressant Care (Woodstock) a mis à jour ses listes de contrôle pour l'orientation afin d'inclure des exigences plus détaillées pour le personnel autorisé, y compris sur des sujets portant sur les processus des services pharmaceutiques; les normes de l'Ordre; la LFSLD et son Règlement; les évaluations des résidents; les examens trimestriels; ainsi que le processus à suivre en cas de décès d'un résident<sup>12</sup>.

Après la journée d'orientation générale, les nouveaux infirmiers recevaient une orientation sur le terrain, dont la durée variait en fonction du niveau d'expérience. L'orientation avait généralement lieu pendant le ou les quarts

<sup>11</sup> Règl. 832, art. 61.2.

<sup>12</sup> M<sup>me</sup> Crombez était d'avis qu'une liste de contrôle était en usage en 2007, mais aucune n'a été trouvée pour Wettlaufer.

de travail pour lesquels les nouveaux infirmiers étaient embauchés. Si de nouveaux infirmiers étaient embauchés pour travailler pendant les trois quarts de travail, l'orientation sur le terrain se déroulait généralement sur deux jours, deux soirs et deux nuits.

Au cours de l'orientation, les nouveaux infirmiers commençaient par observer la distribution des médicaments. Ils commençaient ensuite graduellement à administrer les médicaments, pour ensuite en assurer la distribution complète, sous la supervision de l'IA ou de l'IAA dirigeant l'orientation.

## C. La formation annuelle

Le régime de réglementation de la LMSI exigeait que le titulaire de permis offre une formation en cours d'emploi afin d'assurer la formation continue pour tous les membres du personnel de l'établissement. Le Manuel du programme mentionnait expressément que le programme de formation en cours d'emploi devait répondre aux besoins évalués du personnel en matière d'apprentissage et prévoir au moins 10 programmes de formation en cours d'emploi par année, portant notamment sur les problèmes de qualité de vie des résidents; les pratiques de contrôle des infections; les procédures d'urgence; les besoins des résidents atteints de déficiences cognitives, ainsi que l'intervention face aux comportements perturbateurs. Le Manuel du programme suggérait également – sans toutefois l'exiger – qu'un programme de formation en cours d'emploi soit offert au personnel sur des sujets tels que la communication avec les résidents et leurs familles et le soutien à leur apporter, la gestion du stress, les soins palliatifs, les médicaments et les interactions médicamenteuses, les questions éthiques et la gestion des conflits.

Lorsque la LFSLD et le Règlement sont entrés en vigueur, ils ont rendu obligatoire la formation continue sur un éventail de nouveaux sujets, notamment la déclaration des droits des résidents, la promotion de la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, les processus de plainte, la protection des dénonciateurs et l'obligation de faire un rapport dans certaines circonstances<sup>13</sup>.

À Caressant Care (Woodstock), le directeur adjoint des soins infirmiers était chargé de veiller à ce que le personnel suive la formation annuelle obligatoire. L'établissement assurait cette formation sous différentes formes – lors des réunions du personnel, par exemple, et parfois, par l'intermédiaire d'une

---

<sup>13</sup> LFSLD, art. 76; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 216 et 219.

« foire de l'éducation », où différents postes de travail étaient aménagés pour permettre au personnel de lire du matériel et d'obtenir des réponses à leurs questions.

## 1. L'obligation de faire rapport en cas de mauvais traitement et de négligence

L'article 25 de la LMSI mentionnait l'obligation de signaler un cas de mauvais traitement soupçonné ou de négligence à l'égard d'un résident :

La personne, à l'exception d'un pensionnaire [c'est ainsi que la LMSI désignait les résidents], qui a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un pensionnaire a subi ou peut subir un préjudice à la suite d'un acte illégal, de négligence ou d'un traitement ou de soins inappropriés ou administrés par des personnes incompetentes communique sans délai ses soupçons et les motifs qui les fondent au directeur.

Aucun des termes clés de l'article 25 n'était défini dans la LMSI ou son règlement. Le Manuel du programme fournissait en revanche des exemples de différents types de mauvais traitements et de négligence; de la prévention des mauvais traitements; des mesures à prendre en cas de mauvais traitement soupçonné – y compris le signalement à la famille/au mandataire, à la police et au Ministère – ainsi que des ressources en place pour venir en aide à un résident maltraité et à une personne responsable de mauvais traitement.

Selon le Manuel du programme, l'administrateur du foyer (ou son représentant) était également tenu de signaler toute « incident inhabituel », définie comme étant « un incident présentant un risque potentiel ou réel pour la sûreté, la sécurité, le bien-être ou la santé d'un résident ou d'un membre du personnel, ou pour la sûreté et la sécurité des établissements, et qui nécessite une intervention de la part du personnel ». Les situations présentant un risque immédiat pour les résidents et impliquant l'intervention d'un organisme extérieur devaient être signalées immédiatement – par exemple, un mauvais traitement ou une agression à l'endroit d'un résident, sous quelque forme que ce soit, y compris les agressions sexuelles et de la douleur ou des blessures infligées délibérément.

En vertu de la LFSLD, les titulaires de permis sont tenus de mettre en place une politique écrite pour promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents, et d'assurer le respect de cette politique. La politique doit contenir une explication de l'obligation, prévue à l'article 24 de la LFSLD, de faire rapport des cas de

mauvais traitement ou de négligence soupçonné<sup>14</sup>. L'article 24 (1) de la LFSLD prévoit que :

Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.
2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.
3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.
4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.
5. La mauvaise utilisation ou le détournement des fonds octroyés à un détenteur de permis aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).

Comme pour la LMSI, la LFSLD ne définit pas les termes « motifs raisonnables de soupçonner » ou « administration d'un traitement de façon inappropriée ou incompétente », « Mauvais traitement » et « négligence » sont par contre tous deux définis dans le Règlement<sup>15</sup>.

## **2. Les politiques de Caressant Care pour faire rapport en cas de mauvais traitement et de négligence**

Les politiques du bureau central de Caressant Care en matière de mauvais traitements, qui étaient en place dans tous ses foyers, ont été périodiquement mises à jour au fil des ans. Les documents de formation de Wettlaufer indiquent qu'elle a reçu une formation sur la politique en vigueur en 2007. La Commission d'enquête a reçu une copie de la politique entrée en vigueur en août 2014. Ayant pour titre « Abuse and Neglect Policy » (politique en matière de mauvais traitements et de négligence), ce document montre que le bureau central de Caressant Care avait adopté une politique de tolérance zéro en la matière, comme l'exige la LFSLD. La politique est assortie du processus de rapport suivant :

<sup>14</sup> LFSLD, art. 20.

<sup>15</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 2 et 5.

1. Tous les cas de mauvais traitement soupçonné ou réel doivent faire l'objet d'un rapport écrit au directeur des soins infirmiers ou à l'administrateur du foyer. Si aucun membre de la direction n'est disponible, les préoccupations doivent être exprimées à l'infirmier responsable, qui en informera le ou les membres de la direction de garde. Le rapport écrit doit inclure le nom du résident ou du membre du personnel victime du mauvais traitement, la date et l'heure de l'incident, le lieu de l'incident, le nom de la personne ayant commis le mauvais traitement, le nom de tout témoin, la nature du mauvais traitement et les blessures qui en ont résulté.
2. Le directeur des soins infirmiers qui reçoit l'avis de mauvais traitement doit immédiatement informer l'administrateur du foyer de l'ouverture d'une enquête. En l'absence du personnel de direction, l'infirmier responsable qui reçoit l'avis de mauvais traitement doit informer le personnel de direction de garde de l'ouverture d'une enquête.
3. L'administrateur du foyer doit informer le bureau central de Caressant Care de l'enquête et suivre ses instructions.
4. Le directeur des soins infirmiers et (ou) l'administrateur du foyer doivent créer un environnement accueillant pour les victimes, la famille et les employés en dissipant les craintes de représailles et en encourageant la libre expression des préoccupations ou des questions.
5. Si une personne a des motifs raisonnables de soupçonner que la situation relève de l'une des catégories de rapport obligatoire mentionnées à l'article 24 de la LFSLD, elle doit immédiatement faire rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés. De plus, l'administrateur du foyer doit immédiatement faire rapport au directeur toute allégation de mauvais traitement ou de négligence d'un résident ayant entraîné un préjudice ou un risque de préjudice.

Bien que la politique en matière de mauvais traitements et de négligence exige du personnel qu'il fasse rapport en cas de mauvais traitement soupçonné ou réel au directeur des soins infirmiers ou à l'administrateur et au directeur en vertu de la LFSLD, le personnel infirmier de Caressant Care (Woodstock) avait pour pratique de faire rapport du problème à l'administrateur, au directeur des soins infirmiers ou, après les heures de bureau, au responsable de garde, qui faisait ensuite rapport du cas au directeur des soins infirmiers et à l'administrateur du foyer. Lors des audiences publiques, des aides-soignants et des préposés SSP ont témoigné avoir fait rapport des incidents à l'infirmier de fonction, qui les a ensuite rapportés à la direction. Les membres du personnel ont déclaré que, au regard de la formation qu'ils avaient reçue, ils comprenaient que les cas de mauvais traitement et de négligence *pouvaient* être rapportés directement au Ministère, mais sans savoir qu'ils étaient obligés de le faire.

## IV. La gestion du rendement et le processus disciplinaire

### A. Les évaluations du rendement

En tant que directrice des soins infirmiers de Caressant Care (Woodstock), M<sup>me</sup> Crombez était chargée d'évaluer le rendement des membres du personnel autorisé et elle a tenté de procéder à une évaluation annuelle du rendement de ceux-ci. Le formulaire d'évaluation du rendement utilisé dans l'établissement exigeait que M<sup>me</sup> Crombez et l'infirmier faisant l'objet de l'évaluation évaluent le rendement sous divers aspects, notamment les compétences cliniques, organisationnelles et interpersonnelles, la communication, les connaissances et le leadership. Au moment de l'évaluation, les deux devaient également décider d'une « note convenue » pour l'infirmier. Les notes s'échelonnaient de 1 à 4, 1 étant « médiocre », 2 « avec réserves », 3 « compétent » et 4 « louable ».

Le processus d'évaluation du rendement à Caressant Care (Woodstock) n'incluait pas de composante officielle d'examen par les pairs. Bien que M<sup>me</sup> Crombez ait demandé de manière informelle aux membres du personnel infirmier des informations sur leurs pairs, elle a finalement éliminé cette étape du processus d'évaluation, car le personnel était trop occupé et ne voulait pas participer.

### B. La discipline progressive

La décision de sanctionner un membre du personnel était généralement prise conjointement par l'administrateur du foyer et le directeur des soins infirmiers. Cependant, lorsque des incidents se produisaient, les mesures disciplinaires n'étaient généralement pas la première forme d'intervention. M<sup>me</sup> Van Quaethem ou M<sup>me</sup> Crombez préférait porter la question à l'attention du membre du personnel et lui fournir du counseling. Le counseling n'étant pas considéré comme une mesure disciplinaire, il ne pouvait faire l'objet d'un grief (c.-à-d. d'une plainte officielle déposée par le syndicat au nom de l'employé).

Lorsque des mesures disciplinaires s'imposaient, les deux femmes adoptaient l'approche de « discipline progressive » prescrite par le bureau central de Caressant Care. Dans le cadre de cette approche, le membre du personnel faisait généralement l'objet d'un avertissement verbal pour un premier incident. Pour les incidents subséquents de nature similaire, les mesures

disciplinaires augmentaient en gravité, passant d'un avertissement écrit à une série de suspensions s'échelonnant d'un à cinq jours, et pouvant éventuellement aboutir à la cessation des fonctions. La politique institutionnelle de Caressant Care en matière de discipline progressive prévoyait qu'un employé pouvait faire l'objet d'un ou de plusieurs avertissements verbaux et écrits, d'une suspension sans salaire et, au bout du compte, d'un congédiement. Une étape dans la progression des mesures disciplinaires pouvait être omise, si cela était justifié.

M<sup>mes</sup> Van Quaethem et Crombez n'avaient pas le pouvoir d'imposer tous les types de mesures disciplinaires. Compte tenu des répercussions financières, si la mesure disciplinaire proposée était une suspension ou la cessation des fonctions, elles devaient au préalable en informer le bureau central de Caressant Care et recevoir son approbation.

### **1. Les employés étaient encouragés à faire connaître leurs préoccupations**

Les personnes ayant témoigné aux audiences ont décrit M<sup>me</sup> Crombez comme étant stricte avec son personnel. Elles ont dit que M<sup>mes</sup> Van Quaethem et Crombez encourageaient les employés à exprimer leurs préoccupations et qu'elles y donnaient suite en enquêtant à ce sujet. Ainsi, elles demandaient aux membres du personnel de consigner par écrit ce qui s'était passé et, après enquête, imposaient des mesures disciplinaires si elles estimaient que cela était justifié.

### **2. Les enquêtes sur les incidents impliquant le personnel infirmier**

De manière générale, M<sup>mes</sup> Crombez et Van Quaethem s'occupaient toutes deux d'enquêter sur les incidents impliquant le personnel infirmier. M<sup>me</sup> Van Quaethem a déclaré qu'elle avait peut-être reçu des consignes générales sur la manière de mener une enquête, mais ni elle ni M<sup>me</sup> Crombez n'avait reçu une formation en bonne et due forme sur la manière d'enquêter sur les incidents, de réunir des preuves, de mener des entretiens avec les personnes concernées, de documenter l'enquête ou d'évaluer la crédibilité des témoignages.

Lorsqu'elles recevaient une plainte concernant un membre du personnel infirmier, M<sup>mes</sup> Crombez et Van Quaethem rencontraient la personne en question, qui avait le droit d'être accompagnée du représentant de l'AIIO rattaché à l'établissement. Si le représentant ne pouvait être présent, un autre membre du personnel infirmier était convié à la réunion à titre de témoin.



Au cours de la réunion, la direction décrivait l'incident et donnait à la personne la possibilité d'expliquer ce qui s'était passé, de son point de vue.

### 3. La détermination du niveau approprié de discipline

Après avoir établi les faits, M<sup>mes</sup> Crombez et Van Quaethem décidaient de la façon d'agir, en tenant compte de la nature et du type de l'incident, d'éventuelles mesures disciplinaires antérieures pour ce type d'incident, de la gravité de la conduite et de la durée écoulée entre l'incident et des incidents antérieurs de nature similaire.

Les différents types d'incidents (erreurs de médicament, absentéisme, problèmes de rendement et de comportement) étaient traités de manière indépendante. Par exemple, si un infirmier avait eu deux incidents à son compte, le premier ayant trait à une erreur de médicament et le second à l'absentéisme, chacun faisait l'objet d'un traitement distinct. En d'autres termes, on considérait que l'infirmier n'avait qu'un seul antécédent d'erreur de médicament à son compte, et un seul antécédent d'absentéisme. En général, les deux femmes répondaient à une première occurrence de chaque type d'incident en offrant du counseling. Elles ne passaient à des mesures plus sévères que si le même type d'incident se reproduisait. Ainsi, une première erreur de médicament se traduisait généralement par du counseling, même si l'employé avait déjà été discipliné pour absentéisme, mauvaise conduite ou d'autres problèmes de rendement. Cette approche en matière de discipline s'appuyait sur leur compréhension de la Convention collective conclue avec l'AIIO.

M<sup>mes</sup> Crombez et Van Quaethem étaient toutes deux préoccupées par le risque de voir une décision disciplinaire faire l'objet d'un grief et tenaient compte de cette possibilité pour décider de la mesure disciplinaire appropriée en cas d'incident. Parfois, elles répétaient une étape du processus de discipline progressive pour résoudre la situation ou s'épargner un grief. Elles évitaient également de sauter une étape du processus, car une telle approche aurait pu faire l'objet d'un grief. Il faut savoir que si un grief aboutissait, l'établissement pouvait être contraint de réintégrer l'employé et de le rémunérer pour les quarts de travail manqués (p. ex. en raison d'une suspension).

### 4. La réunion disciplinaire

Après avoir décidé de la mesure disciplinaire appropriée, M<sup>mes</sup> Crombez et Van Quaethem rencontraient l'employé. Lors de la réunion disciplinaire, le représentant de l'AIIO ou un témoin était de nouveau présent et rédigeait un

procès-verbal de la réunion. L'employé était informé de la mesure disciplinaire décidée et recevait un formulaire de mesure disciplinaire ou une autre forme d'avis, tel qu'une lettre, contenant l'information pertinente. Une copie était également remise au représentant de l'AIIO ou au témoin.

## 5. La tenue de dossiers

Pendant les réunions disciplinaires, soit M<sup>me</sup> Van Quaethem, soit M<sup>me</sup> Crombez prenait des notes, pendant que l'autre s'exprimait. Elles joignaient ces notes au formulaire de mesure disciplinaire ou à une autre forme d'avis et classaient les documents dans le dossier de l'employé tenu par l'établissement.

Le représentant de l'AIIO tenait également un registre de ces réunions. Le représentant utilisait à cette fin un classeur verrouillé dans une pièce sous clé, située dans l'une des aires d'entreposage de l'établissement; l'AIIO avait l'habitude d'y conserver les procès-verbaux des réunions et les copies de formulaires de mesure disciplinaire ou d'autres formes d'avis versés dans le dossier de l'employé. Si un témoin assistait à la réunion disciplinaire à la place du représentant de l'AIIO, ce témoin remettait généralement le procès-verbal de la réunion au représentant. Cependant, ce n'était pas toujours le cas. Ainsi, en raison de lacunes dans la tenue des dossiers, Karen Routledge, infirmière en chef à Caessant Care (Woodstock) – qui a également été la représentante de l'AIIO dans l'établissement à une époque – a affirmé dans son témoignage qu'elle avait le sentiment de « ne jamais avoir eu en main tous les éléments du dossier de Wettlaufer ».

## V. La gestion des médicaments

### A. Les médicaments

Les membres du personnel infirmier dans les foyers de SLD sont responsables de la plupart des tâches liées aux médicaments. Ils ont entre autres la charge :

- de faire le bilan comparatif des médicaments d'un résident lors de son admission au foyer et de passer les commandes;
- de recevoir les médicaments du fournisseur de services pharmaceutiques et de remplir les chariots à médicaments;
- d'administrer les médicaments aux résidents de l'unité où ils sont rattachés, et ce, plusieurs fois par quart de travail;
- de faire le calcul des narcotiques à la fin de chaque quart de travail;

- de participer à des évaluations trimestrielles des médicaments;
- d'éliminer les substances désignées et les médicaments non désignés dont les résidents n'ont plus besoin.

Comme dans d'autres foyers de SLD, lorsque les résidents étaient admis à Caressant Care (Woodstock), leurs médicaments faisaient l'objet d'un « bilan comparatif » afin de garantir que l'établissement disposait d'une liste précise et complète de ces médicaments et des instructions d'utilisation correspondantes. À cette fin, le foyer obtenait une liste des médicaments de chaque résident auprès de deux sources au moins, comme le résident lui-même (ou la famille) et la pharmacie où le résident s'approvisionnait antérieurement. L'infirmier consignait les détails des ordonnances d'admission du médecin sur un formulaire de pharmacie, puis remettait celui-ci au fournisseur de services pharmaceutiques du foyer afin d'obtenir les médicaments du résident.

Les médicaments de chaque résident étaient revus tous les trimestres. Dans le cadre de ce processus, les membres du personnel infirmier vérifiaient les médicaments que chaque résident recevait alors, apposaient leur signature sur la liste et la remettaient au médecin pour examen. Le pharmacien passait également en revue la liste des médicaments au cours de l'examen trimestriel.

Le fournisseur de services pharmaceutiques livrait généralement, pendant le quart de soir, une quantité suffisante de médicaments non contrôlés pour une semaine pour chaque résident. Les médicaments solides administrés par voie orale étaient conditionnés dans un emballage en bande alvéolée, comme décrit au chapitre 17. Les médicaments désignés, tels que les narcotiques, étaient quant à eux mis dans des plaquettes alvéolées, contenant des doses uniques de 31 pilules ou comprimés. Lorsque le foyer en recevait la livraison, les médicaments étaient saisis manuellement dans le dossier des médicaments ou, après le passage aux systèmes électroniques, ils étaient scannés par l'infirmier du quart de nuit. Si les médicaments ne pouvaient être scannés immédiatement, l'infirmier les mettait sous clé dans la salle des médicaments et, dans le cas des narcotiques, il les remisait dans le chariot à médicaments, jusqu'à ce qu'ils soient scannés. L'infirmier et le livreur de la pharmacie signaient tous deux le reçu de livraison pour indiquer que les médicaments avaient bien été livrés au foyer.

Les médicaments des résidents étaient conservés dans des chariots à médicaments. Les membres du personnel infirmier devaient verrouiller le chariot chaque fois qu'ils s'en éloignaient, même lorsqu'ils ne quittaient le chariot que brièvement pour administrer un médicament. On ouvrait les

chariots à l'aide d'une clé, mais on les verrouillait en appuyant simplement sur un bouton. Les médicaments solides administrés par voie orale (contenus dans un emballage en bande alvéolée) étaient déposés dans les tiroirs du haut des chariots. Les emballages en bande alvéolée étaient mis dans des bacs séparés, étiquetés avec le nom du résident et le numéro de la chambre. S'il y avait plus d'un résident par chambre, il y avait un bac séparé pour chaque lit et le résident qui l'occupait. Les substances désignées des résidents étaient conservées dans un bac à part et enfermées dans le tiroir du bas de chaque chariot à médicaments. Lorsqu'ils n'étaient pas utilisés, les chariots à médicaments étaient rangés dans les salles de médicaments verrouillées.

En plus des médicaments des résidents, Caressant Care (Woodstock) conservait un stock de médicaments en vente libre fournis par le Service d'approvisionnement médicopharmaceutique du gouvernement de l'Ontario (stock gouvernemental). Le stock gouvernemental comprend des médicaments courants tels que de l'acétaminophène, des laxatifs et des antiacides. Ces médicaments étaient conservés dans les salles des médicaments verrouillées.

## **B. La boîte à médicaments d'urgence**

Outre les médicaments des résidents et le stock gouvernemental, Caressant Care (Woodstock) disposait d'une boîte à médicaments d'urgence (BMU) contenant des médicaments pouvant être nécessaires en cas d'urgence ou en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie. La BMU comprenait des médicaments pour la gestion des symptômes (p. ex. prednisone) et des médicaments de secours (p. ex. glucagon), ainsi que ceux pouvant être requis en dehors du calendrier de livraison quotidien (p. ex. antibiotiques oraux). Le contenu de la boîte était décidé chaque année lors des réunions du CCP de l'établissement. Avant que les médicaments de la BMU puissent être administrés aux résidents, ils devaient faire l'objet soit d'une ordonnance spécifique, soit d'une directive médicale (c.-à-d. une ordonnance permanente pour la gestion des symptômes).

L'article 123 du Règlement de la LSSLD oblige les titulaires de permis à s'assurer que :

- seuls les médicaments désignés comme médicaments d'urgence par le directeur médical, le fournisseur de services pharmaceutiques, le directeur des soins infirmiers et l'administrateur du foyer sont conservés dans la BMU;

- le foyer dispose d'une politique écrite qui précise l'emplacement de la BMU, ainsi que les consignes entourant l'accès, le réapprovisionnement, l'utilisation, le suivi et la documentation par rapport aux médicaments;
- au moins une fois par an, le directeur médical, le fournisseur de services pharmaceutiques, le directeur des soins infirmiers et l'administrateur du foyer évaluent l'utilisation et la pertinence des médicaments contenus dans la BMU;
- les modifications convenues lors de l'évaluation annuelle sont mises en œuvre.

La politique relative à la BMU du bureau central de Caressant Care énonçait les étapes que le personnel devait suivre pour retirer un médicament de la boîte. Entre autres, le personnel était tenu de contrôler la date de péremption des médicaments; de vérifier le nom du médicament, sa concentration et sa posologie par rapport à l'ordonnance du médecin; de saisir l'ordonnance du médecin et la quantité de médicaments retirée de la boîte dans le dossier des médicaments; de noter sur le formulaire d'ordonnance du médecin la quantité de médicaments retirée de la boîte; ainsi que de télécopier le formulaire d'ordonnance et la page du dossier des médicaments à la pharmacie. La pharmacie remplaçait alors les médicaments prélevés dans la BMU, ce qui était consigné par le personnel infirmier une fois les médicaments réceptionnés.

## C. Le traitement de l'insuline

Pendant la période où Wettlaufer travaillait à Caressant Care (Woodstock), on utilisait pour les résidents prenant de l'insuline le système stylo injecteur et cartouche. À la réception d'un stylo injecteur, celui-ci était retiré de son étui et étiqueté avec le nom du résident. Il était conservé dans le bac du résident, avec l'emballage en bande alvéolée, ou dans un bac distinct à côté.

L'insuline était commandée par l'intermédiaire du dossier des médicaments de l'unité ou, une fois le dossier électronique sur l'administration des médicaments (dossier électronique AM) en place, par voie électronique. La pharmacie la livrait avec les autres médicaments le soir et la réception était consignée dans le dossier des médicaments ou, après la mise en place du dossier électronique AM, l'infirmier de soir ou de nuit en scannait le code.

Les cartouches d'insuline étaient conditionnées dans des boîtes de cinq et ces boîtes portaient le nom du résident, sa date de naissance, la posologie, le type d'insuline et le nom du médecin. Ces boîtes étaient rangées dans

le réfrigérateur se trouvant dans les salles de médicaments verrouillées de la Section A, ainsi que dans la salle de traitement de la Section B. Les réfrigérateurs eux-mêmes n'étaient pas verrouillés.

À tout moment, on retrouvait une grande quantité d'insuline excédentaire dans les réfrigérateurs. Un témoin à l'audience a estimé que sur les 99 résidents de la Section B, 10 à 14 étaient sous insuline, et que certains d'entre eux prenaient plus d'un type d'insuline. Pour illustrer la quantité d'insuline pouvant se trouver à portée de main, si seulement 10 résidents prenaient chacun un seul type d'insuline, jusqu'à 40 cartouches supplémentaires pouvaient être entreposées dans le réfrigérateur (en supposant qu'une cartouche de chaque boîte de cinq se trouvait dans le stylo du résident dans le chariot à médicaments).

Lorsque les membres du personnel infirmier avaient pour tâche d'administrer de l'insuline à un résident, ils devaient vérifier le type d'insuline et la dose par rapport au dossier AM ou au dossier électronique AM du résident et, à un certain moment, par rapport aux « fiches médicales » conservées dans la salle des médicaments. Les fiches médicales prenaient la forme de petites cartes organisées dans une boîte en fonction du moment où l'insuline devait être administrée (matin, midi, après-midi et soir). Chaque fiche indiquait le nom d'un résident à qui de l'insuline devait être administrée à ce moment précis, ainsi que le nom du médecin, le type d'insuline et la posologie. En retirant les fiches médicales de la boîte pour le moment de la journée en question, le personnel infirmier pouvait rapidement voir quels stylos à insuline devaient être préparés<sup>16</sup>.

Si, après avoir commencé à préparer le stylo injecteur à insuline d'un résident, les infirmiers constataient que la cartouche ne contenait qu'une dose partielle d'insuline, ils jetaient la cartouche presque vide dans le contenant pour objets tranchants ou dans la boîte de destruction des médicaments non désignés, et ils utilisaient une nouvelle cartouche. Lorsqu'ils sortaient la nouvelle cartouche du réfrigérateur, ils s'assuraient de retirer l'insuline de la boîte du bon résident et la chargeaient dans le stylo injecteur de ce dernier.

Pour administrer une dose d'insuline, l'infirmier « programmait » la dose sur le stylo injecteur. Une fois l'insuline administrée, le cadran-indicateur se remettait automatiquement à zéro. Par conséquent, le stylo n'indiquait pas la quantité d'insuline injectée.

---

<sup>16</sup> À un certain moment après 2008, Caressant Care (Woodstock) a cessé d'utiliser les fiches médicales.

Lorsque Wettlaufer travaillait à Caessant Care (Woodstock), le foyer n'exigeait pas qu'un deuxième infirmier vérifie à nouveau que la dose correcte avait été programmée. Étant donné qu'un seul IA ou IAA travaillait dans chaque zone de l'établissement, il aurait été difficile de trouver un autre membre du personnel infirmier pour effectuer cette contre-vérification. Qui plus est, l'infirmier administrant l'insuline aurait pu aisément programmer une dose supplémentaire d'insuline après la contre-vérification. Malgré ces difficultés, Caessant Care (Woodstock) a mis en place une politique de contre-vérification indépendante après la découverte des Infractions.

Le retrait des cartouches d'insuline du réfrigérateur et leur élimination n'étaient ni documentés ni surveillés à Caessant Care (Woodstock). Pour cette raison, une cartouche d'insuline pleine pouvait être retirée du réfrigérateur sans que personne ne le remarque, même si cela aurait pu éveiller des soupçons que l'insuline soit commandée de nouveau après un délai plus court que la normale. De même, rien n'empêchait un infirmier de mettre dans ses poches une cartouche presque vide au lieu de la jeter. Bien que le fournisseur de services pharmaceutiques ait effectué certaines vérifications relatives à l'insuline, il n'a pas vérifié la quantité d'insuline entreposée dans l'établissement. De telles vérifications auraient notamment permis de contrôler la datation et l'étiquetage corrects des cartouches; les pratiques d'entreposage; l'élimination appropriée des lancettes et des aiguilles; la documentation appropriée sur l'administration d'insuline; l'utilisation correcte de l'insuline comme indiquée dans le dossier AM du résident; la disponibilité de médicaments hypoglycémiques de secours; ainsi que les directives pour l'utilisation de ces derniers.

## **D. Le traitement des médicaments narcotiques**

À Caessant Care (Woodstock), les médicaments désignés, tels que les narcotiques, étaient conservés dans un bac séparé et verrouillé, placée dans un tiroir du chariot à médicaments, fermé à clé. Les chariots à médicaments étaient rangés dans la salle des médicaments verrouillée quand ils n'étaient pas utilisés. Chacune des serrures (celle de la salle des médicaments, du chariot à médicaments et du bac verrouillé dans le chariot à médicaments) nécessitait une clé distincte.

Lorsque les infirmiers administraient un médicament désigné, ils signaient le dossier AM ou le dossier électronique AM, ainsi que le dossier individuel des narcotiques, qui indiquait à la fois quand une pilule individuelle dans la plaquette alvéolée était administrée, et combien il en restait.

À chaque changement de quart, deux membres du personnel infirmier autorisé devaient effectuer un calcul des narcotiques. Selon la Narcotic Drug Count Policy [politique relative au calcul des narcotiques] du bureau central de Caressant Care, le personnel infirmier devait consigner le nom du résident, le nom du médicament et sa concentration dans le formulaire de calcul des narcotiques du changement de quart. Ensemble, les deux infirmiers dénombreaient également la quantité réelle de chaque narcotique restant; ils confirmaient que la quantité correspondait à la quantité consignée dans le dossier des narcotiques; ils notaient ensuite la date, l'heure, la quantité de médicaments; et apposaient enfin leurs signatures sur la feuille de calcul des narcotiques. Tout écart devait être signalé immédiatement au directeur des soins infirmiers. À une époque, un infirmier décomptait les médicaments et l'autre consignait les quantités, mais ce processus a été modifié par la suite pour que les deux infirmiers examinent ensemble les narcotiques et en documentent le nombre.

En cas de modification de l'ordonnance d'un résident ou de son décès, les infirmiers se débarrassaient des narcotiques restants à l'aide de la boîte de destruction des médicaments désignés de l'établissement. Deux infirmiers travaillaient alors de concert : tout d'abord, ils vérifiaient le nombre de pilules restantes et signaient le dossier des narcotiques; ils enrroulaient ensuite le dossier des narcotiques autour de la plaquette, en utilisant une bande élastique, puis déposaient le tout dans la boîte de destruction des médicaments désignés; puis ils signaient la liste des médicaments sous contrôle en surplus qui indiquait le nom du résident, le nom du médicament, le numéro d'ordonnance, la quantité de médicaments et la raison pour laquelle celui-ci était éliminé.

Périodiquement, le pharmacien effectuait le bilan du contenu de la boîte de destruction des médicaments désignés et dénaturait ces derniers afin qu'ils ne puissent être récupérés. Les médicaments dénaturés étaient ensuite ramassés et détruits par une entreprise engagée par l'établissement à cette fin.

En dépit de ces mécanismes de protection, Wettlaufer a réussi à détourner des narcotiques pour son usage personnel. Elle a expliqué à la police les différentes manières dont un membre du personnel infirmier pouvait s'y prendre :

- apposer sa signature, indiquant qu'un résident avait reçu une dose PRN de narcotique (à prendre selon ses besoins), en volant le médicament;
- détourner les médicaments habituels d'un résident si celui-ci n'était pas en mesure de déterminer quels médicaments devaient lui être administrés;
- pour un médicament sous forme de gélule, en extraire le contenu.



Il y a eu trois cas de narcotiques manquants à Caessant Care (Woodstock) pendant la période d'emploi de Wettlaufer – soit en août 2012, puis en mars et avril 2013.

### 1. Août 2012

Lors d'un calcul des narcotiques effectué le 28 août 2012, deux infirmiers ont découvert qu'il manquait une boîte de cinq timbres de fentanyl ainsi qu'un autre timbre individuel. Ils ont immédiatement signalé cet écart à M<sup>me</sup> Van Quaethem. Bien que les infirmiers et la direction aient cherché les timbres manquants, ceux-ci sont restés introuvables. M<sup>me</sup> Van Quaethem a donc soumis un rapport d'incident grave au Ministère le jour même et la police a été appelée sur les lieux. Toutefois, ni le foyer ni la police n'ont été en mesure de déterminer qui avait subtilisé les timbres.

### 2. Mars 2013

Le 14 mars 2013, Wettlaufer a été impliquée dans un incident lié à un médicament où une capsule de Kadian 10 mg à libération prolongée (un narcotique) n'a pu être localisée. Wettlaufer avait confirmé dans le dossier électronique AM l'administration du médicament, mais n'avait pas signé le dossier des narcotiques. Cette omission a été constatée lorsque Wettlaufer a effectué le calcul des narcotiques avec le membre du personnel infirmier qui venait d'arriver, à la fin de quart du soir. Wettlaufer a elle-même informé M<sup>me</sup> Crombez de la situation.

Caessant Care (Woodstock) a alors soumis un rapport d'incident grave au Ministère et a appelé la police, mais celle-ci n'a porté aucune accusation. M<sup>mes</sup> Crombez et Van Quaethem ont également rencontré Wettlaufer. Cette dernière a affirmé avoir peut-être donné le médicament au résident, mais en oubliant de signer le dossier; elle a ainsi reconnu ne pas avoir suivi la procédure adéquate. Elle a donc fait l'objet d'une suspension d'un jour (voir ci-dessous).

### 3. Avril 2013

Le 16 avril 2013, le pharmacien effectuant le processus de destruction des médicaments a constaté qu'il manquait une plaquette de 31 comprimés d'hydromorphone. La documentation indiquait que la plaquette avait été déposée dans la boîte de destruction des médicaments désignés le 21 mars 2013 par deux IA, aucun d'eux n'étant Wettlaufer. Au cours de l'enquête interne qui a suivi, M<sup>mes</sup> Crombez et Van Quaethem ont découvert une fente

dans la boîte de destruction des médicaments désignés qui aurait peut-être permis à quelqu'un d'en retirer une plaquette. La pharmacie a été priée de fournir une boîte de remplacement.

La police a également mené une enquête, mais n'a pas été en mesure de déterminer qui était responsable. Elle a suggéré d'installer une caméra de sécurité dans la salle des médicaments et cette installation a été approuvée par le bureau central de Caessant Care. Bien que la caméra n'ait jamais été installée, M<sup>me</sup> Crombez a témoigné que la direction avait agi comme si elle l'avait été, espérant ainsi que l'illusion dissuaderait quiconque de subtiliser des médicaments à l'avenir.

## **E. La philosophie concernant les erreurs de médicament**

Dans les foyers de SLD, un grand nombre de médicaments doivent être donnés pendant la distribution régulière. M<sup>me</sup> Routledge a estimé que lors de sa distribution du matin à Caessant Care (Woodstock), elle remettait de 400 à 600 médicaments à ses 32 résidents. La majorité était des médicaments non désignés comme des antihypertenseurs, hypoglycémisants oraux et anti-arthritiques, contenus dans un emballage en bande alvéolée. La distribution de médicaments du matin était particulièrement intense : tandis que le personnel infirmier autorisé donnait les médicaments, il était également chargé de superviser les résidents et les préposés SSP, en plus de répondre aux urgences. Toutes ces activités se déroulaient parallèlement aux allées et venues des résidents pour le petit-déjeuner, servi dans la salle à manger.

Étant donné le nombre de médicaments administrés, des erreurs pouvaient survenir. Les erreurs de médicament pouvaient prendre la forme de médicament administrés au mauvais résident, au mauvais moment ou à la mauvaise dose. Pour encourager le personnel infirmier à signaler les erreurs de médicament, Caessant Care (Woodstock) n'imposait généralement pas de mesures disciplinaires immédiates pour sanctionner ces erreurs. Le signalement rapide de ces erreurs était plus important, afin que des mesures correctives puissent être prises rapidement pour éviter tout préjudice aux résidents.

M<sup>me</sup> Routledge a témoigné que d'après son expérience, les infirmiers étaient généralement « anéantis » lorsqu'ils commettaient une erreur de médicament. Lorsqu'une faute survenait, M<sup>me</sup> Crombez avait l'habitude d'en discuter avec l'infirmier et de lui fournir du counseling sur la question, dans le but d'améliorer son travail. Cependant, si un infirmier commettait des erreurs à répétition, des mesures disciplinaires formelles s'ensuivaient.

## F. La déclaration des incidents liés à des médicaments et des réactions indésirables à des médicaments

### 1. Les exigences législatives

La LMSI ne stipule pas expressément que les erreurs de médicament doivent être signalées. Cependant, le Manuel du programme exigeait que les établissements signalent au Ministère, dans un délai de dix jours ouvrables, « toute blessure et toute erreur de médicament ou de traitement entraînant le transfert d'un résident à l'hôpital pour admission et (ou) traitement ». Le Manuel du programme exigeait également que l'établissement dispose d'un système permettant de signaler immédiatement les erreurs de médicament et les réactions indésirables à des médicaments, mais sans définir aucun de ces termes. En vertu du Manuel du programme, le système en place dans l'établissement devait prévoir :

- le signalement rapide de toutes les erreurs de médicament et réactions indésirables à des médicaments au directeur des soins infirmiers, au prescripteur et au pharmacien, ainsi que l'application rapide de mesures de suivi;
- la consignation de l'erreur de médicament ou de la réaction indésirable à un médicament dans le dossier clinique du résident, immédiatement après le signalement;
- la documentation de toute réaction indésirable à un médicament dans le profil pharmaceutique du résident et le signalement de la réaction indésirable au pharmacien. Le pharmacien devait alors signaler la réaction indésirable au Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments.

Le Règlement pris en vertu de la LFSLD contient plusieurs dispositions relatives aux incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments. En vertu du Règlement, les termes « incident lié à un médicament » et « réaction indésirable à un médicament » sont définis comme suit :

- « **incident lié à un médicament** » : Événement évitable lié à la prescription, à la commande, à la préparation, à l'entreposage, à l'étiquetage, à l'administration ou à la distribution d'un médicament, ou encore à la transcription d'une ordonnance. S'entend notamment, selon le cas :

- (a) d'un acte d'omission ou de commission, qu'il donne lieu ou non à un préjudice ou à des blessures chez un résident ou au décès de celui-ci;
- (b) d'un événement évité de justesse au cours duquel un incident ne touche pas un résident, mais qui, s'il l'avait touché, aurait donné lieu à un préjudice ou à des blessures chez lui ou à son décès.

« **réaction indésirable** à un médicament » : Réaction nuisible et non intentionnelle d'un résident à un médicament ou à une combinaison de médicaments qui survient lorsque le médicament est utilisé selon les doses normales ou selon des doses expérimentales aux fins du diagnostic, du traitement ou de la prévention d'une maladie ou de la modification d'une fonction organique<sup>17</sup>.

L'article 107 du Règlement oblige les titulaires de permis à informer le Ministère d'un incident lié à un médicament ou une réaction indésirable à un médicament nécessitant qu'un résident soit transporté à l'hôpital (entre autres), dans un délai d'un jour ouvrable.

Le Règlement énonce également le processus à suivre par l'établissement en cas d'incident lié à un médicament ou une réaction indésirable à un médicament. En vertu de l'article 135, le titulaire de permis doit prendre des mesures immédiates pour évaluer et préserver l'état de santé du résident; il doit documenter, examiner et analyser tout événement de la sorte; ainsi que prendre des mesures correctives au besoin. Chacune de ces mesures doit être consignée dans un dossier.

L'article 135 exige également que les titulaires de permis rapportent tout incident lié à un médicament mettant en cause un résident et toute réaction indésirable à un médicament au résident lui-même, à son mandataire spécial (s'il en a un), au directeur des soins infirmiers, au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament, au médecin ou à l'infirmier praticien traitant et au fournisseur de services pharmaceutiques. Les titulaires de permis doivent procéder à un examen trimestriel de tous les incidents liés à des médicaments et de toutes les réactions indésirables à des médicaments, et mettre en œuvre les modifications et améliorations identifiées lors de l'examen. De telles mesures doivent être consignées dans un dossier.

## 2. La déclaration des incidents liés à des médicaments à Caressant Care (Woodstock)

En cas d'erreur de médicament, les membres du personnel du foyer étaient tenus de remplir un formulaire de rapport d'incident interne. Bien que la

---

<sup>17</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art 1.

loi exige que tous les incidents liés à des médicaments soient signalés à un certain nombre d'individus, y compris la pharmacie, le foyer ne suivait pas cette pratique avant 2017.

Durant l'emploi de Wettlaufer à Caessant Care (Woodstock) – jusqu'à un certain moment en 2017 – les incidents liés à des médicaments non attribuables à une erreur de la pharmacie n'étaient pas signalés à celle-ci. Pour les erreurs commises par la pharmacie, comme des pilules manquantes ou des médicaments reçus sous une forme posologique incorrecte, le personnel en informait M<sup>me</sup> Crombez, qui remplissait un formulaire décrivant l'erreur et le soumettait au fournisseur de services pharmaceutiques du foyer, soit Medical Pharmacies Group. M<sup>me</sup> Crombez rapportait également les erreurs de médicament tous les trimestres lors de la réunion du CCP.

À une époque, M<sup>me</sup> Crombez passait en revue toutes les erreurs de médicament, bien que cette responsabilité ait finalement été déléguée au directeur adjoint des soins infirmiers. Lors des réunions mensuelles du personnel, les participants discutaient également du nombre d'erreurs de médicament, d'une hausse éventuelle de celles-ci et de ce qui pourrait être fait pour remédier à de tels incidents. Cependant, le foyer n'a pas fait le suivi des erreurs de médicament et n'a pas suivi les tendances à une plus vaste échelle. Le pharmacien se rendait aussi régulièrement à Caessant Care (Woodstock) pour discuter des erreurs de médicament et de leur prévention avec le personnel.

Au début de 2017, Caessant Care (Woodstock) avait modifié certaines de ses pratiques en ce qui concerne les erreurs de médicament. Notamment, en plus d'obliger le personnel infirmier à remplir le rapport d'incident interne concernant un résident, l'établissement a ajouté une exigence : remplir et soumettre le formulaire pour signaler les erreurs de médicament à la pharmacie.

## **G. La surveillance et l'évaluation du système de gestion des médicaments**

### **1. Les exigences législatives**

En vertu du régime de la LMSI, le Manuel du programme exigeait que les établissements aient en place un « processus d'examen interdisciplinaire organisé pour orienter le programme et les services pharmaceutiques de l'établissement ». Dans le cadre de ce processus, les établissements devaient dans un premier temps documenter les conclusions de l'examen et les mesures prises tous les trimestres; ensuite, dans un deuxième temps, ils

devaient examiner le programme de gestion de la qualité et des risques liés aux services pharmaceutiques, en mettant l'accent sur l'amélioration de la pharmacothérapie des résidents. Les établissements devaient enfin élaborer des politiques et des procédures écrites pour leurs services pharmaceutiques.

Le comité de pharmacie et de thérapeutique de l'établissement était notamment chargé :

- d'élaborer, de promouvoir et d'examiner les politiques et procédures écrites de l'établissement pour aborder tous les aspects des services pharmaceutiques, afin de fournir une orientation cohérente au personnel;
- de faire des recommandations pour améliorer les programmes pharmaceutiques et d'évaluer leur capacité d'assurer la distribution, le contrôle et l'usage des produits pharmacologiques de manière sûre, efficace et économique;
- d'examiner tous les rapports d'erreurs de médicament et les taux d'erreur afin d'en relever les causes et d'élaborer des politiques ou des procédures visant à prévenir des incidents similaires à l'avenir;
- d'examiner les dossiers de vérification du système d'entreposage et de distribution des médicaments.

De même, en vertu de l'article 115 du Règlement de la LFSLD, le titulaire de permis doit s'assurer que le foyer de SLD dispose d'une équipe interdisciplinaire – composée au minimum du directeur médical, de l'administrateur du foyer, du directeur des soins infirmiers et des soins personnels et du fournisseur de services pharmaceutiques – devant se réunir au moins une fois par trimestre afin d'évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et de recommander les modifications à apporter pour l'améliorer. Dans le cadre de cette tâche, l'équipe interdisciplinaire doit examiner les tendances et les caractéristiques de l'utilisation des médicaments au foyer, ainsi que les rapports sur les incidents liés à des médicaments ou sur les réactions indésirables à des médicaments. Le titulaire de permis doit consigner dans un dossier les résultats de l'évaluation trimestrielle et les modifications mises en œuvre.

L'article 116 du Règlement exige en outre que le titulaire de permis veille à ce que l'équipe interdisciplinaire, conjointement avec un diététiste agréé, effectue une évaluation annuelle du système de gestion des médicaments à l'aide d'un outil d'évaluation conçu expressément à cette fin. L'évaluation annuelle doit inclure un examen des évaluations trimestrielles de l'année précédente. Le personnel qui effectue l'évaluation doit identifier les modifications à apporter

pour améliorer le système, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises. Comme pour les évaluations trimestrielles, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les modifications recommandées soient mises en œuvre, et à ce que les résultats et toutes les modifications mises en œuvre soient consignés dans un dossier.

## **2. La gestion et la surveillance des médicaments à Caressant Care (Woodstock)**

À Caressant Care (Woodstock), le groupe interdisciplinaire qui constituait le CCP – l'administrateur du foyer, le directeur et le directeur adjoint des soins infirmiers, le coordonnateur des soins, un consultant en pharmacie, un infirmier en santé publique et le directeur médical – se réunissait tous les trimestres pour discuter des sujets préoccupants au foyer. Bien que tous les membres du CCP étaient censés assister à chaque réunion, le directeur médical n'était pas toujours présent.

Lors des réunions trimestrielles du CCP, les participants abordaient des sujets tels que les changements de personnel, les visites de conformité, l'accréditation, le système RAI-MDS (Instrument d'évaluation des résidents-ensemble minimal de données), les activités de formation, les préoccupations touchant le personnel et les soins infirmiers, ainsi que les incidents graves (tels que les blessures nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale). On y communiquait également des informations sur les infections récentes et leur traitement. Le CCP examinait en outre les rapports préparés par le pharmacien consultant qui comparait l'utilisation des médicaments au foyer par rapport à l'utilisation de ces mêmes médicaments à l'échelle du RLISS et de la province. Ces rapports contenaient de l'information sur les différentes classes thérapeutiques de médicaments utilisées au foyer, le nombre de médicaments par résident et le nombre de résidents sous insuline. Par exemple, en avril 2011, le rapport indiquait que 13 résidents – soit 8,2 % de la population résidente – prenaient de l'insuline. Si des médicaments particuliers posaient problème, le CCP discutait de la façon de réduire leur utilisation.

Le CCP examinait aussi les incidents liés à des médicaments. Ce faisant, ses membres se penchaient sur le nombre d'erreurs de médicament et déterminaient si celles-ci étaient attribuables à une erreur du personnel, à une erreur de la pharmacie ou aux deux. Parfois, le consultant en pharmacie dispensait un enseignement lors des réunions du CCP, sur un sujet, comme par exemple les cibles glycémiqes pour les personnes âgées fragiles.

Plusieurs membres du CCP participaient aussi à titre individuel à la surveillance et à l'évaluation des médicaments et du système de gestion des médicaments. Par exemple, le pharmacien consultant pouvait suggérer des améliorations aux politiques et procédures de gestion des médicaments et former le personnel sur des médicaments spécifiques, ainsi que des modifications aux politiques et procédures. Ainsi, lors de la formation des membres du personnel sur l'insuline, le pharmacien leur a expliqué son utilisation et son administration, les différents types d'insuline et la manière de reconnaître et de traiter l'hypoglycémie.

Le fournisseur de services pharmaceutiques procédait par ailleurs à des vérifications régulières de la gestion des médicaments et de l'administration des médicaments au foyer. Ces vérifications consistaient notamment à vérifier si les médicaments étaient entreposés aux endroits appropriés et mis sous clé dans la salle des médicaments ou dans le chariot à médicaments. Le fournisseur de services pharmaceutiques s'assurait aussi que le « MAR/TAR » (dossier d'administration des médicaments/dossier d'administration des traitements) et la documentation relative à l'évaluation des médicaments étaient exacts. Il vérifiait également l'administration des médicaments, la sécurité des résidents, le bilan comparatif des médicaments, le respect des exigences en matière de narcotiques, l'élimination des médicaments, l'utilisation appropriée de l'insuline, l'inventaire des fournitures d'urgence et l'utilisation du dossier des médicaments.

Bien que Joanne Polkiewicz, pharmacienne consultante rattachée à Caressant Care (Woodstock) de 2006 à 2013, ne se rappelle pas avoir mené une « évaluation formelle du système de gestion des médicaments », les vérifications trimestrielles comportaient un examen de la conformité aux mesures de sécurité dans la gestion des médicaments. Les résultats étaient communiqués au directeur des soins infirmiers et utilisés pour la planification de l'amélioration de la qualité. M<sup>me</sup> Polkiewicz collaborait également avec le directeur des soins infirmiers et le personnel pour apporter des améliorations dans le cadre de discussions informelles, en réponse aux erreurs ou dans le cadre de son processus de rapports au foyer. Elle a témoigné que les vérifications avaient aidé à améliorer la qualité dans l'établissement, par exemple en identifiant et éliminant les médicaments périmés. Elle a souvent constaté des améliorations après ces vérifications.

En dépit des vérifications effectuées par le fournisseur de services pharmaceutiques et des discussions sur les incidents et problèmes liés aux médicaments lors des réunions du CCP, ce dernier n'a pas procédé à une évaluation trimestrielle ou annuelle formelle du système de gestion des



médicaments, comme l'exigent pourtant la LFSLD et le Règlement. Au cours de l'inspection effectuée par le Ministère à Caessant Care (Woodstock) en 2016–2017, après la découverte des Infractions, les inspecteurs ont constaté que le titulaire de permis n'avait pas veillé à ce qu'une équipe interdisciplinaire se réunisse tous les trimestres et tous les ans pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments du foyer (voir le chapitre 11).

## VI. Le signalement du décès d'un résident

### A. Au Bureau du coroner en chef

Lorsqu'un résident décède dans un foyer de SLD, un certificat médical de décès doit être rempli avant que la dépouille ne soit retirée des lieux. À Caessant Care (Woodstock), une partie des informations figurant sur le certificat est remplie par le personnel infirmier – comme le nom du résident, son âge et la date du décès – et le reste, par le médecin.

Depuis 2007, la *Loi sur les coroners*<sup>18</sup> exige que chaque décès d'un résident dans un foyer de SLD soit signalé au Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCC) (voir le chapitre 14). Les décès sont rapportés à l'aide d'un formulaire intitulé Avis de décès de patient en établissement (ADPE); le formulaire contient une série de questions sur le décès du résident et doit être rempli immédiatement après son décès. Une copie de l'ADPE se trouve à l'annexe D du présent volume du Rapport.

En 2007, l'ADPE comportait 10 questions auxquelles il fallait répondre par « oui » ou par « non ». Ces questions peuvent être résumées comme suit :

- Le décès était-il accidentel?
- Le décès était-il un suicide?
- Le décès était-il un homicide?
- Le décès était-il de cause indéterminée?
- Le décès était-il à la fois soudain et inattendu?
- La famille ou l'un des prestataires de soins ont-ils exprimé des préoccupations au sujet des soins prodigués à la personne décédée?
- A-t-on noté une augmentation récente du nombre de décès dans le foyer?

---

<sup>18</sup> L.R.O. 1990, chap. C.37, art. 10(2.1).

- A-t-on noté une augmentation récente du nombre des transferts à l'hôpital?
- Si ce décès est survenu durant l'écllosion d'une maladie ou une épidémie, le décès y est-il relié?
- Le décès s'inscrit-il dans un seuil? (Le seuil était atteint au 10<sup>e</sup> décès dans le foyer, peu importe qu'un coroner local ait réalisé une investigation sur l'un des neuf décès précédents.)

Si la réponse à l'une des questions était « oui », l'établissement devait immédiatement rapporter le décès à un coroner local.

Lorsque Wettlaufer travaillait à Caessant Care (Woodstock), l'infirmier en chef remplissait l'ADPE. Il n'y avait pas de formation formelle sur la façon de le remplir; les nouveaux membres du personnel infirmier étaient simplement formés à l'égard de l'ADPE par l'infirmier en chef. Lorsqu'un résident décédait, l'IA ou l'IAA en service remplissait l'ADPE et l'envoyait par télécopieur au BCC. Après 2011, lorsque le Centre de répartition provincial a commencé à être déployé, le BCC a demandé à tous les établissements de soumettre le formulaire par voie électronique. Le directeur des soins infirmiers recevait bien une copie de l'ADPE, mais uniquement à des fins d'information, et non pour en examiner le contenu en détail.

Avant la mise en œuvre du Centre de répartition provincial, si l'une des questions de l'ADPE comportait une réponse affirmative, l'établissement devait signaler le décès de manière directe et immédiate à un coroner local. Une fois le Centre de répartition provincial en place, l'établissement devait appeler immédiatement le numéro du Centre. Ce processus est décrit plus en détail au chapitre 14.

Il pouvait être difficile pour les infirmiers remplissant l'ADPE de savoir si le décès était « soudain ou inattendu », le personnel infirmier de Caessant Care (Woodstock) n'ayant pas reçu de formation sur ce sujet. La politique institutionnelle du bureau central de Caessant Care, intitulée « Death of a Resident – Registered Staff Role » [décès d'un résident – rôle du personnel autorisé], expliquait qu'un décès était attendu lorsque les membres de l'équipe soignante étaient d'avis que le résident était irréversiblement et irrémédiablement malade, qu'il était en phase terminale, qu'aucun traitement ne pouvait le guérir et que sa mort était attendue. M<sup>me</sup> Crombez a expliqué son point de vue sur le concept de décès « soudain ou inattendu » dans le contexte des SLD :

Pour déterminer si un décès est « soudain ou inattendu », nous considérons si un résident en était au stade palliatif [auquel cas le décès n'était probablement pas soudain ou inattendu] ou si, par exemple, un résident qui était assis sur une chaise il y a une minute décède subitement [auquel cas le décès serait probablement jugé soudain et inattendu].

Comme indiqué ci-dessus, l'ADPE demandait si la famille du défunt avait exprimé des préoccupations concernant les soins prodigués au résident et si le nombre de résidents transférés à l'hôpital avait récemment augmenté. Plusieurs membres du personnel infirmier ayant témoigné lors des audiences ont indiqué qu'ils répondaient à ces questions en se basant sur leurs propres observations directes, plutôt que sur une perspective institutionnelle plus large.

Il était relativement rare que le coroner soit appelé. Le D<sup>r</sup> Reddick, directeur médical de Caessant Care (Woodstock), a déclaré avoir prononcé plusieurs centaines de décès et que le coroner avait peut-être été appelé une douzaine de fois. Il a expliqué que les résidents des foyers de SLD sont fragiles et souffrent de plusieurs maladies. Il estimait donc rarement qu'un décès était inattendu.

Pour aider le personnel, Caessant Care (Woodstock) tenait un dossier contenant des ressources sur les étapes à suivre en cas de décès d'un résident; les formulaires à remplir; les coordonnées des médecins et des salons funéraires; ainsi que des instructions sur le moment d'appeler la famille, le coroner et les médecins. Le registre des décès de l'établissement était également conservé avec ce dossier. Le registre des décès contenait une liste de tous les résidents décédés au foyer ou à l'hôpital. Jusqu'en septembre 2013, le registre était également utilisé pour savoir quand survenait chaque 10<sup>e</sup> décès, car ces décès étaient les décès s'inscrivant dans le « seuil », c'est-à-dire qu'ils devaient être rapportés automatiquement au Bureau du coroner. À compter de septembre 2013, cette exigence ne s'appliquait plus.

## B. Au Ministère

Bien que le BCC soit informé de chaque décès survenant dans un foyer de SLD, le Ministère, lui, ne l'est pas. En vertu du Règlement de la LMSI, le titulaire de permis était tenu de déclarer « un décès résultant d'un accident ou d'une cause indéterminée »<sup>19</sup>. Le Manuel du programme mentionnait également que si le foyer avait été en communication avec la police au sujet d'un « décès inhabituel/accidentel, y compris un suicide », l'administrateur du foyer devait signaler immédiatement ce décès au Ministère comme un « incident inhabituel ».

<sup>19</sup> Règl. 832, art. 96.

En vertu du Règlement, les titulaires de permis doivent soumettre un rapport d'incident grave au Ministère dans les cas « de décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide ». Ni la LFSLD ni le Règlement ne définissent toutefois le concept de « décès inattendu ou soudain »<sup>20</sup>.

## VII. L'embauche et l'orientation de Wettlaufer

### A. Le curriculum vitæ de Wettlaufer

Wettlaufer a postulé pour un emploi au bureau central de Caressant Care en juin 2007. Son curriculum vitæ indiquait qu'elle avait obtenu son diplôme d'infirmière en avril 1995. Sur le plan de l'expérience professionnelle, elle a indiqué avoir occupé un poste de travailleuse de soutien à l'Association de Geraldton et du district pour l'intégration communautaire, d'avril 1995 à mars 1996; un poste d'infirmière soignante au Victoria Rest Home, de mars 1996 à octobre 1996; et un poste de travailleuse de soutien à Christian Horizons depuis 1996.

Le curriculum vitæ de Wettlaufer ne révélait pas son bref passage à l'Hôpital du district de Geraldton. En fait, elle n'a révélé à aucun employeur éventuel son emploi auprès de cet établissement après qu'elle en eut été renvoyée en 1995.

Wettlaufer a indiqué que dans son rôle de travailleuse de soutien à Christian Horizons, elle administrait des médicaments; prêtait assistance à des personnes ayant une déficience intellectuelle dans tous les aspects de leur vie quotidienne; coordonnait la formation du personnel sur l'administration des médicaments; et veillait à ce que le personnel examine régulièrement les procédures, les classifications et les effets secondaires des médicaments. Elle a indiqué que, grâce à ces tâches et à un cours qu'elle donnait sur les techniques de lavage, elle avait développé de solides compétences pédagogiques. Elle a également fait remarquer qu'à Christian Horizons, elle remplissait le rôle de coordonnatrice de la santé et de la sécurité et faisait partie d'un comité d'employés et de gestionnaires qui enquêtaient sur les allégations de mauvais traitement.

---

<sup>20</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107.

## B. L'entretien de Wettlaufer

M<sup>me</sup> Crombez a interviewé Wettlaufer pour un poste à Caessant Care (Woodstock) en 2007. Elle a trouvé que Wettlaufer était de commerce agréable et qu'elle s'exprimait bien.

## C. La vérification des références

Wettlaufer a remis à M<sup>me</sup> Crombez une lettre de recommandation favorable de Mark Lambley, responsable des programmes à Christian Horizons (la lettre est décrite au chapitre 2). M<sup>me</sup> Crombez a également appelé M. Lambley, qui a exprimé son soutien à l'égard de Wettlaufer.

## D. La vérification d'inscription à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Lorsque Wettlaufer a été embauchée à Caessant Care (Woodstock), le registre *Find a Nurse* n'existait pas encore sur le site Web de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. M<sup>me</sup> Crombez a témoigné que l'inscription de Wettlaufer à l'Ordre aurait été vérifiée à l'aide de sa carte d'inscription. En juin 2007, Wettlaufer détenait un certificat d'inscription en règle auprès de l'Ordre, sans restriction. Si une vérification avait été effectuée auprès de l'Ordre à ce moment-là, celui-ci n'aurait pas divulgué les restrictions qui avaient été imposées au permis d'exercice de Wettlaufer à la suite de l'incident survenu à l'Hôpital du district de Geraldton et le constat d'incapacité établi à ce moment-là. Lorsque ce constat a été fait, la loi autorisait l'Ordre à rendre publics de tels renseignements pendant six ans seulement<sup>21</sup>. Or, en 2007, quand Wettlaufer a été embauchée, plus de six ans s'étaient écoulés.

M<sup>me</sup> Crombez a décidé d'embaucher Wettlaufer et a senti qu'ils « avaient eu de la chance de l'avoir trouvée ». Wettlaufer a donc été embauchée et a fait l'objet d'une période de probation, conformément à la Convention collective.

## E. L'orientation de Wettlaufer

Les nouveaux membres du personnel infirmier de Caessant Care (Woodstock) étaient informés à la fois des politiques générales et des pratiques de travail pour les différents quarts de travail auxquels ils étaient assignés. L'orientation générale de Wettlaufer a eu lieu le 27 juin 2007 et a été dispensée par le

---

<sup>21</sup> Annexe 2 à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, L.O. 1991, chap. 18, art. 23.

directeur adjoint des soins infirmiers. M<sup>me</sup> Crombez a expliqué que si un membre du personnel autorisé devait travailler pendant tous les quarts de travail – comme le faisait Wettlaufer – elle planifiait normalement l’orientation pendant deux quarts de jour, deux de soir et deux de nuit. Lors de son entretien avec les avocats de la Commission, Wettlaufer a déclaré avoir reçu deux semaines complètes d’orientation à Caressant Care (Woodstock).

## VIII. Les infractions commises à Caressant Care (Woodstock)

Wettlaufer a été embauchée en juin 2007. Elle a commencé par un poste à temps partiel à la Section B, où elle était assignée à tous les quarts de travail. Lors de son entretien avec les avocats de la Commission, elle a décrit les premiers jours de son emploi comme suit :

J’étais occupée. En tant qu’infirmière autorisée couvrant le jour et l’après-midi, j’avais 32 patients à qui donner des médicaments. On attendait ensuite de moi que je m’occupe des traitements – par exemple changer les pansements, appliquer de la lotion, des choses comme ça. Je devais en outre voir à remplir la paperasse. Au début, j’arrivais à bien m’en sortir, mais j’étais très occupée.

Wettlaufer est passée rapidement d’une infirmière qui arrivait « à bien m’en sortir » et qui était « occupée » à une infirmière qui infligeait intentionnellement des préjudices aux résidents.

### A. 2007

#### 1. M<sup>me</sup> Adriano

Quelques mois après son embauche, Wettlaufer a commencé à se livrer à des expériences en administrant aux résidents une surdose d’insuline. Sa première victime à Caressant Care (Woodstock) était Clotilde Adriano, admise en mars 2007; celle-ci résidait auparavant à la maison de retraite adjacente à l’établissement. M<sup>me</sup> Adriano était diabétique et traitée à l’insuline. Elle était également atteinte de démence. Wettlaufer a décrit ainsi sa décision de causer intentionnellement un préjudice à M<sup>me</sup> Adriano :

Peu de temps après mon arrivée à Caressant Care, j’ai senti que j’avais de la difficulté à gérer émotionnellement mon emploi à Caressant Care, avec toute la charge de travail que cela représentait, en plus de m’occuper d’un conjoint et de deux adolescents vivant avec moi à la maison.

Un soir que je travaillais, j'étais auprès de Clotilde qui prenait de l'insuline. Et ça m'est passé par la tête, tout d'un coup, l'idée de lui donner une dose trop élevée d'insuline pour voir l'effet que ça produirait – et c'est ce que j'ai fait.

Étant donné que M<sup>me</sup> Adriano était diabétique et avait sa propre insuline, Wettlaufer a utilisé le stylo injecteur de la résidente et a « programmé » plus d'insuline que la dose prescrite. Wettlaufer s'est souvenue d'avoir administré à M<sup>me</sup> Adriano une surdose d'insuline pour la première fois avant le 12 août 2007 et de l'avoir fait à plusieurs reprises, bien qu'elle n'ait pas eu l'intention de la tuer.

Quand M<sup>me</sup> Adriano a connu des épisodes d'hypoglycémie suite aux gestes de Wettlaufer, elle a été traitée avec succès par d'autres membres du personnel infirmier.

#### ***a) Le rapport d'incident du 7 octobre 2007***

Même avant que Wettlaufer n'ait été embauchée par Caessant Care (Woodstock), M<sup>me</sup> Adriano avait connu des épisodes d'hypoglycémie. Sa dose d'insuline a dû être ajustée à maintes reprises en raison de ces épisodes. Après l'embauche de Wettlaufer au foyer, M<sup>me</sup> Adriano a continué d'avoir des épisodes d'hypoglycémie. En septembre et au début d'octobre 2007, on a continué d'ajuster son régime alimentaire et ses doses d'insuline pour tenter de maîtriser les épisodes récurrents d'hypoglycémie. Le D<sup>r</sup> Reddick a témoigné que, compte tenu des antécédents de glycémie instable de M<sup>me</sup> Adriano, il aurait été difficile de détecter une intervention néfaste.

Le 6 octobre 2007, Wettlaufer effectuait un double quart de travail, jour et soir. Le dossier AM de M<sup>me</sup> Adriano révèle que ce jour-là, un infirmier (autre que Wettlaufer) lui a administré son insuline prescrite à 7 h 30. À 16 h 30, un autre membre du personnel infirmier (qui n'était pas non plus Wettlaufer) lui a administré sa dose d'insuline prescrite. Wettlaufer a pris la glycémie de M<sup>me</sup> Adriano à 20 h et a noté une valeur de 8,3.

Le 6 octobre, au début du quart de nuit, un préposé SSP a trouvé M<sup>me</sup> Adriano dans un état de faiblesse; sa peau était froide et moite. Bradley Layne, l'infirmier autorisé en service ce soir-là, a été convoqué immédiatement. La glycémie de M<sup>me</sup> Adriano s'établissait à 1,9, mais après avoir absorbé un peu de sirop de maïs, de sucre et de jus de pomme, sa glycémie a augmenté à 3,8. Cependant, à 3 h 30 du matin le 7 octobre, sa glycémie avait chuté de nouveau

pour s'établir à 2,2. On lui a administré du glucagon avec du jus de pomme, et M. Layne a appelé le D<sup>r</sup> Norman Yu, le médecin de garde. M. Layne a continué à surveiller la glycémie de M<sup>me</sup> Adriano et à lui donner du jus et des glucides.

Durant sa conversation téléphonique avec M. Layne, le D<sup>r</sup> Yu lui a dit qu'un membre du personnel infirmier de Caressant Care (Woodstock) l'avait appelé plus tôt dans la soirée pour lui signaler une surdose d'insuline dont aurait fait l'objet M<sup>me</sup> Adriano. Les notes d'évolution de M. Layne indiquent que, selon les propos du D<sup>r</sup> Yu, un membre du personnel infirmier avait appelé le médecin pour lui dire que M<sup>me</sup> Adriano aurait reçu une dose de près de 30 unités d'insuline – soit plus que la quantité prescrite<sup>22</sup>.

Bien que M. Layne ait cherché un rapport d'incident interne, celui-ci s'est révélé introuvable. Il n'avait pas été informé d'une surdose d'insuline au moment du changement de quart. Ce jour-là, M. Layne a rempli un rapport d'incident interne concernant un résident où il a décrit la situation comme étant une erreur de médicament impliquant une « surdose d'insuline ». Il n'a toutefois pas fait état des détails communiqués par le D<sup>r</sup> Yu, à savoir que M<sup>me</sup> Adriano avait reçu 30 unités d'insuline.

La glycémie de M<sup>me</sup> Adriano a continué de fluctuer. Elle a été transférée à l'hôpital plus tard le même jour.

Le directeur des soins infirmiers et l'administrateur du foyer ont passé en revue, environ deux semaines plus tard, le rapport d'incident interne rédigé par M. Layne. Le D<sup>r</sup> Reddick n'a pas examiné ce rapport avant la fin du mois, mais il a témoigné qu'il a dû être informé des événements le lendemain.

Le D<sup>r</sup> Reddick a expliqué qu'à l'époque, il n'a pas compris que l'expression « surdose d'insuline » dans le rapport faisait référence à une erreur de médicament. Il a dit que l'on peut donner à cette expression des significations différentes. Dans certains cas, un résident reçoit bien la quantité d'insuline correcte et prescrite, mais sa glycémie continue de baisser. Or, certains désignent ces cas comme étant une « surdose d'insuline » parce que les résidents reçoivent simplement plus d'insuline qu'il ne leur en faut. Et dans d'autres situations, une « surdose d'insuline » peut renvoyer à des situations où un résident se voit administrer une quantité d'insuline supplémentaire excédant la quantité prescrite. Comme M<sup>me</sup> Adriano a connu plusieurs

---

<sup>22</sup> Le dossier d'administration des médicaments de M<sup>me</sup> Adriano indique que la quantité prescrite qu'elle devait recevoir à 16 h 30 était de 11 unités.



épisodes d'hypoglycémie lorsqu'on lui administrait l'insuline prescrite, il comprenait que la référence à une « surdose d'insuline » signifiait qu'on lui avait administré la bonne dose, mais que celle-ci semblait excessive par rapport à ses besoins à ce moment-là.

Rien n'indiquait que cet incident ait fait l'objet d'une enquête à ce moment-là ou que Wettlaufer ait été impliquée d'une manière ou d'une autre. L'exposé conjoint des faits déposé dans le cadre des poursuites pénales engagées contre Wettlaufer n'indique pas de dates précises relativement aux voies de fait graves commises par Wettlaufer à l'endroit de M<sup>me</sup> Adriano. Cependant, Wettlaufer a admis qu'elle avait commis ces gestes entre le 25 juin et le 31 décembre 2007, l'incident décrit plus haut tombant dans cette plage.

Au cours de l'inspection effectuée à Caessant Care (Woodstock) en 2016–2017, après que les Infractions eurent été mises au jour, les inspecteurs du Ministère ont examiné le rapport d'incident interne du foyer et ont déterminé que l'établissement n'avait pas respecté les normes et critères du Manuel du programme exigeant la déclaration de cet incident inhabituel, à savoir une « erreur de médicament ou de traitement entraînant une hospitalisation ». Les détails de cette inspection se trouvent au chapitre 11.

## 2. M<sup>me</sup> deMedeiros

La deuxième victime de Wettlaufer était Albina deMedeiros, admise à Caessant Care (Woodstock) en décembre 2006. M<sup>me</sup> deMedeiros était diabétique et on lui avait prescrit de l'insuline. Comme dans le cas de M<sup>me</sup> Adriano, M<sup>me</sup> deMedeiros avait connu des épisodes d'hypoglycémie avant que Wettlaufer ne commence à travailler à Caessant Care (Woodstock). En réponse à ces épisodes, les doses d'insuline de M<sup>me</sup> deMedeiros étaient examinées et ajustées.

Entre juin et décembre 2007, Wettlaufer a administré à M<sup>me</sup> deMedeiros plus d'une dose inutile d'insuline. Elle a choisi M<sup>me</sup> deMedeiros comme victime parce qu'« elle était diabétique, ce qui facilitait l'utilisation de sa propre insuline ». Wettlaufer a déclaré ne pas avoir eu l'intention de tuer M<sup>me</sup> deMedeiros.

M<sup>me</sup> deMedeiros a été traitée avec succès par d'autres membres du personnel infirmier lorsqu'elle a souffert d'hypoglycémie à la suite des actes de Wettlaufer.

### 3. M. Silcox

Wettlaufer a commis son premier meurtre à Caessant Care (Woodstock) en août 2007. Sa victime était James Silcox, qui avait été admis au foyer le 25 juillet 2007. Il souffrait d'un certain nombre d'affections, dont la maladie d'Alzheimer. Il était diabétique et traité à l'insuline. Le 30 juillet 2007, M. Silcox a fait une chute, et le 1<sup>er</sup> août 2007, il a été transféré à l'hôpital après que sa fille l'a trouvé souffrant de douleurs intenses et incapable de se tenir debout. On lui a diagnostiqué une fracture du fémur, pour laquelle il a été opéré le 4 août 2007. Il est retourné à Caessant Care (Woodstock) le 10 août 2007.

Wettlaufer a avoué avoir injecté à M. Silcox 50 unités d'insuline à action brève le 11 août 2007. Elle a admis qu'elle était en colère contre lui et voulait qu'il meure. Wettlaufer était toujours en service lorsque M. Silcox est décédé quelques heures plus tard – la première et unique fois où elle était en service lorsqu'une victime des Infractions est décédée. Elle a noté dans les notes d'évolution que M. Silcox avait été trouvé par un préposé SSP vers 3 h 55 le 12 août 2007 avec des « signes vitaux absents ».

Wettlaufer a rempli l'ADPE pour M. Silcox et a répondu à deux questions par l'affirmative, indiquant que le décès était à la fois « accidentel » et « soudain et inattendu ». Le formulaire a été télécopié au BCC le 12 août 2007, et le D<sup>r</sup> William George, coroner local, a été contacté. Il a déterminé qu'une enquête sur le décès était justifiée parce que celui-ci était peut-être de nature accidentelle (compte tenu de l'antécédent de chute et de fracture subséquente). La cause du décès indiquée dans le rapport d'investigation du coroner et dans le certificat médical de décès était « complications d'une fracture de la hanche droite »; le coroner a également noté que M. Silcox souffrait d'autres affections importantes ayant contribué à son décès. Le processus observé par le BCC après avoir reçu l'ADPE ainsi que les étapes suivies par le D<sup>r</sup> George dans son investigation sur le décès sont décrits au chapitre 14.

Aucun signalement d'incident inhabituel n'a été effectué auprès du Ministère, même si un tel signalement était requis en cas de « décès inhabituel ou accidentel ». Le Ministère a relevé cette omission lors de son inspection après la mise au jour des Infractions, comme expliqué au chapitre 11. Les inspecteurs ont constaté que le foyer n'avait pas respecté les normes et critères de déclaration énoncés dans le Manuel du programme.

## 1. M. Granat

Maurice Granat a été admis à Caessant Care (Woodstock) en décembre 2006. Même s'il souffrait de nombreux maux et qu'il était très fragile, fin 2007, il n'était pas diabétique. Par conséquent, il n'avait pas de stylo injecteur à insuline.

Wettlaufer a expliqué qu'afin d'obtenir l'insuline nécessaire pour commettre certaines des Infractions, elle prenait des cartouches d'insuline de rechange dans le réfrigérateur de la salle de traitement, les mettait dans sa poche, puis se procurait un stylo injecteur de rechange dans la salle des médicaments<sup>23</sup>. Après avoir administré la surdose d'insuline, Wettlaufer éjectait la cartouche du stylo injecteur, la jetait et remettait le stylo injecteur là où elle l'avait trouvé.

Pendant son quart de travail des 22 et 23 décembre 2007, Wettlaufer « a eu le sentiment qu'il était temps pour M. Granat de partir ». Elle a donné à M. Granat une surdose d'insuline et, pour dissimuler son motif véritable, elle lui a dit qu'elle lui faisait une injection de vitamines. Plus tard, au cours du même quart de travail, elle l'a trouvé diaphorétique et ayant du mal à respirer, mais elle ne l'a pas traité pour hypoglycémie. Les amis proches de M. Granat ont été appelés et, lors des audiences publiques, l'un d'eux a dit que Wettlaufer avait fait à M. Granat une injection pour le « calmer » pendant qu'ils se trouvaient auprès de lui. M. Granat est décédé plus tard dans la matinée du 23 décembre, après que Wettlaufer eut fini de travailler pour la journée.

Un infirmier a rédigé un ADPE pour M. Granat et l'a transmis au BCC. Sa mort n'était pas un décès s'inscrivant dans un seuil et toutes les questions du formulaire ont reçu une réponse négative. Par conséquent, aucune investigation sur le décès n'a eu lieu. Le certificat médical de décès a été rempli par le D<sup>r</sup> Yu. Il indiquait que la cause immédiate du décès était « la débilité due au grand âge » et que son cancer métastatique de la prostate était une affection importante ayant contribué à son décès.

---

<sup>23</sup> Certains témoins employés par Caessant Care (Woodstock) ont indiqué que l'établissement ne gardait pas de stylos injecteurs à insuline supplémentaires sous la main, tandis que d'autres ont indiqué qu'il en restait un dans la BMU. Par conséquent, on ne sait pas clairement à quoi Wettlaufer faisait allusion quand elle a indiqué prendre un stylo injecteur de rechange.

## B. 2008–2009

Bien que Wettlaufer n'ait pas assassiné un autre résident avant 2011, elle a admis avoir administré une surdose à deux résidents, Wayne Hedges et Michael Priddle, en 2008 et 2009, dans l'intention de mettre fin à leurs jours. Les deux ont survécu.

### 1. M. Hedges

M. Hedges a été admis à Caessant Care (Woodstock) en 2000. Il souffrait de schizophrénie, d'un trouble convulsif et de troubles du développement. Il était également diabétique et sous insuline. Wettlaufer a admis lui avoir administré une surdose d'insuline à l'automne 2008. Les dossiers font état d'un incident hypoglycémique en octobre 2008, à l'époque où Wettlaufer travaillait au foyer.

Wettlaufer était de service les 26 et 27 octobre 2008. Tôt le matin du 27 octobre, elle a consigné au dossier que M. Hedges était « réveillé et criait de façon persistante à 1 h ». Plus tard le même jour, un IAA a consigné au dossier que M. Hedges était léthargique et ne réagissait pas aux stimuli verbaux. Sa glycémie s'établissait à 2,4 et il a reçu du glucagon à 16 h 40. Sa glycémie a commencé à grimper, il s'est réveillé et le personnel a continué de le surveiller pour détecter des signes d'hypoglycémie.

Wettlaufer est revenue en poste la nuit du 27 octobre 2008. Elle a consigné au dossier que la glycémie de M. Hedges s'établissait à 13,6 à minuit, mais que sa respiration était bruyante et qu'il manifestait de l'apnée de façon intermittente. À 6 h 35, sa glycémie était de 1,4 et il ne réagissait plus. Pour la deuxième fois en deux jours, M. Hedges a reçu du glucagon; en 20 minutes, sa glycémie avait remonté et il répondait de nouveau à la voix et au toucher.

Même si l'utilisation du glucagon faisait l'objet d'un suivi pour s'assurer qu'il était remplacé dans la boîte à médicaments d'urgence, l'utilisation du glucagon n'était pas traitée comme un incident lié à un médicament. L'utilisation du glucagon ne déclenchait donc généralement pas une enquête.

### 2. M. Priddle

M. Priddle a été admis à Caessant Care (Woodstock) en octobre 2006. Il souffrait de la maladie de Huntington, dont la progression avait entraîné un état d'incapacité nécessitant des soins 24 heures sur 24. Wettlaufer a admis avoir injecté de l'insuline à M. Priddle en 2008 ou 2009. Comme il n'était pas

diabétique, sa glycémie au cours de cette période n'a pas été mesurée. Les dossiers médicaux de juillet 2008 confirment que Wettlaufer s'occupait de M. Priddle à ce moment-là et qu'il a connu un épisode « qui semblait être de nature hypoglycémique » : à la fin du souper, sa peau était devenue sombre, ses extrémités étaient fraîches, il était diaphorétique et congestionné, sa respiration était sifflante. Il a survécu sans aucune intervention.

## C. 2011

Wettlaufer n'a pas assassiné d'autres victimes avant l'automne 2011. Elle n'a pas expliqué au cours de son entretien avec la police pourquoi elle avait pour un temps cessé d'infliger du mal aux résidents. Comme pour les victimes précédentes, les trois victimes de 2011 vivaient dans la Section B de l'établissement.

### 1. M<sup>me</sup> Millard

Gladys Millard a été admise à Caessant Care (Woodstock) en septembre 2006. Elle souffrait de la maladie d'Alzheimer et d'autres affections, mais n'était pas diabétique.

Wettlaufer a travaillé durant le quart de nuit le 13 octobre 2011. Ce soir-là, elle a senti que M<sup>me</sup> Millard allait être sa prochaine victime. Elle s'est emparée de préparations d'insuline à action brève et à action prolongée dans le réfrigérateur et a administré ces substances à M<sup>me</sup> Millard vers 5 h le 14 octobre 2011. À 7 h 23, Wettlaufer a noté dans les notes d'évolution que M<sup>me</sup> Millard avait été éveillée toute la nuit, qu'elle dormait actuellement et que le personnel avait reçu l'ordre de la laisser se reposer dans son lit. Elle a demandé à l'IAA de ne pas donner à M<sup>me</sup> Millard ses médicaments avant son réveil. Juste avant le petit-déjeuner, M<sup>me</sup> Millard a été retrouvée diaphorétique, froide, moite, avec de l'écume et de la bave à la bouche. À 15 h 40, elle avait cessé de respirer, puis elle est morte.

Le D<sup>r</sup> Reddick a été appelé et a rempli le certificat médical de décès, indiquant la « maladie d'Alzheimer » comme cause du décès, un AVC (accident vasculaire cérébral) ayant contribué de manière importante à son décès. L'infirmier qui a rempli l'ADPE a répondu « non » à toutes les questions. En conséquence, aucun coroner n'a été contacté.

## 2. M<sup>me</sup> Matheson

Helen Matheson a été admise à Caessant Care (Woodstock) en janvier 2010. Elle était atteinte de démence, mais n'était pas diabétique. Wettlaufer lui a administré une surdose d'insuline le 25 octobre 2011. Elle a dit à la police que M<sup>me</sup> Matheson était lucide le soir en question et que les deux avaient parlé du penchant de M<sup>me</sup> Matheson pour la tarte aux bleuets et la crème glacée. Wettlaufer a décidé que M<sup>me</sup> Matheson serait « la prochaine à mourir » et, après lui avoir donné de la tarte aux bleuets et de la crème glacée, Wettlaufer a pris de l'insuline dans le réfrigérateur et lui a administré une surdose.

Wettlaufer a également travaillé durant le quart de soir du 26 octobre 2011 et a noté la détérioration de l'état de M<sup>me</sup> Matheson. À 22 h 28, elle a consigné ce qui suit au dossier : « Helen tressaillait et semblait ne pas sentir bien, on lui a donc administré 10 mg [de morphine] [par voie sous-cutanée]. Elle semble maintenant se reposer tranquillement. » Wettlaufer a alors quitté son poste. Le 27 octobre 2011, vers 1 h, le fils de M<sup>me</sup> Matheson a informé le personnel que sa mère avait cessé de respirer.

La D<sup>re</sup> Michelle Andersen-Kay était de garde ce soir-là et a rempli le certificat médical de décès. Elle a indiqué que la cause immédiate du décès était naturelle (cancer) et qu'il y avait d'autres causes liées à des antécédents de perte de poids, de déclin et de débilité associée au grand âge. On a répondu à toutes les questions de l'ADPE de manière négative, de sorte qu'aucun coroner n'a été contacté au sujet du décès.

## 3. M<sup>me</sup> Zurawinski

Mary Zurawinski a été admise à Caessant Care (Woodstock) en mai 2011. Elle était atteinte de démence et de nombreuses autres affections, mais n'était pas diabétique. Wettlaufer a dit à la police que le 6 novembre 2011, M<sup>me</sup> Zurawinski croyait qu'elle allait mourir et a demandé à être couchée dans son « lit de mort ». Wettlaufer et un autre membre du personnel ont donc transféré M<sup>me</sup> Zurawinski dans la salle de soins palliatifs de la Section B, même si rien ne laissait présager que la résidente allait mourir.

Cet après-midi-là, Wettlaufer a donné à M<sup>me</sup> Zurawinski une surdose d'insuline, dissimulant ses véritables intentions en lui disant que les injections étaient « pour soulager la douleur ». Wettlaufer a consigné au dossier qu'au souper, M<sup>me</sup> Zurawinski était pâle et respirait par petits coups. Elle a été ramenée dans la salle des soins palliatifs; un préposé SSP a ensuite prié avec elle et son fils a été appelé.

Wettlaufer a quitté son poste et M<sup>me</sup> Zurawinski est décédée tôt le lendemain matin. Le D<sup>r</sup> Pongrac Kocsis était de garde ce jour-là et a rempli le certificat médical de décès, indiquant qu'un AVC était la cause immédiate du décès. Le membre du personnel infirmier ayant rempli l'ADPE a répondu « non » aux 10 questions, de sorte qu'aucun coroner n'a été contacté à propos du décès.

## D. 2013–2014

Wettlaufer a été transférée à la Section A de Caessant Care (Woodstock) en 2013. Ses deux dernières victimes au foyer, Helen Young et Maureen Pickering, vivaient toutes les deux dans cette section.

### 1. M<sup>me</sup> Young

M<sup>me</sup> Young a été admise à Caessant Care (Woodstock) en décembre 2009. Elle était atteinte de démence, mais ne souffrait pas de diabète. Il lui arrivait d'être agressive et de dire qu'elle voulait mourir.

Wettlaufer travaillait de soir le 13 juillet 2013. Elle a dit à la police que M<sup>me</sup> Young avait de nouveau déclaré qu'elle voulait mourir et, ce jour-là. Wettlaufer a pensé : « D'accord, vous allez mourir. » Avant le souper, elle lui a administré une injection d'insuline à action brève en lui disant que c'était pour la douleur. Après souper, elle lui a injecté de l'insuline à action prolongée, lui disant à nouveau que c'était pour la douleur. Wettlaufer a expliqué qu'après le souper, M<sup>me</sup> Young était diaphorétique et avait des troubles de l'élocution. Elle a consigné ses signes vitaux, mais pas sa glycémie. À 21 h 40, Wettlaufer a été convoquée dans la chambre de M<sup>me</sup> Young. Cette dernière gémissait bruyamment, les bras et les jambes repliés, et a indiqué qu'elle souffrait. Wettlaufer a fait semblant de lire sa glycémie. Elle a dit aux préposés SSP qui se trouvaient dans la chambre que la glycémie de M<sup>me</sup> Young était « correcte » et a donné un chiffre moyen. Wettlaufer n'a pas consigné la glycémie de la patiente.

Wettlaufer a ensuite contacté le médecin de garde, qui a ordonné d'administrer de la morphine. Après en avoir reçu, M<sup>me</sup> Young était calme et détendue. Cependant, le rythme de sa respiration était faible et elle présentait des périodes d'apnée. Wettlaufer a terminé son quart et M<sup>me</sup> Young est décédée plus tard dans la matinée.

La D<sup>re</sup> Michelle Andersen-Kay était de garde et elle a rempli le certificat médical de décès de M<sup>me</sup> Young. Elle a déterminé que la débilité due à la vieillesse était la cause immédiate du décès et que la fibrillation auriculaire était un facteur important. L'infirmière qui a rempli l'ADPE a répondu « non » à toutes les questions. Aucun coroner n'a donc été contacté à propos du décès.

## 2. M<sup>me</sup> Pickering

M<sup>me</sup> Pickering était la dernière victime de Wettlaufer à Caressant Care (Woodstock). Elle a été admise au foyer en septembre 2013 et était atteinte de démence et de la maladie d'Alzheimer, mais elle n'était pas diabétique. Elle était agressive, avait un comportement d'errance et avait besoin de soins personnalisés, mais ce n'était pas toujours possible.

En janvier 2014, M<sup>me</sup> Pickering a été impliquée dans un incident avec un autre résident (voir ci-dessous). Wettlaufer était de service et ses actes à l'égard de M<sup>me</sup> Pickering à ce moment-là ont finalement entraîné une suspension de cinq jours, pour laquelle elle a déposé un grief. Wettlaufer a déclaré à la police qu'il était de plus en plus difficile de s'occuper de M<sup>me</sup> Pickering et qu'elle voulait « lui donner en quelque sorte une dose suffisante pour provoquer un coma. » Le 22 mars 2014, alors que Wettlaufer était de service dans l'après-midi, M<sup>me</sup> Pickering était dans un état de grande agitation. Wettlaufer lui a donné des médicaments pour la calmer.

Vers 20 heures, Wettlaufer a volé l'insuline qui se trouvait dans le réfrigérateur de la salle des médicaments et a administré deux injections d'insuline à M<sup>me</sup> Pickering, espacées d'environ deux heures et demie. Elle lui a d'abord administré de l'insuline à action prolongée, puis de l'insuline à action brève. Lorsque M<sup>me</sup> Pickering lui a demandé pour quelle raison elle lui donnait une injection, Wettlaufer a répondu qu'il s'agissait de ses vitamines. À la fin de son quart de travail, Wettlaufer a expliqué que M<sup>me</sup> Pickering était allée se coucher à 19 h 30 et qu'elle avait appelé deux fois, mais qu'elle « dormait à chaque fois qu'on était allé la voir. »

Le matin du 23 mars 2014, les préposés SSP ont signalé à M<sup>me</sup> Routledge que M<sup>me</sup> Pickering « ne semblait pas être dans son assiette et ne venait pas prendre son petit-déjeuner. » Lorsque M<sup>me</sup> Routledge l'a examinée vers 8 heures, M<sup>me</sup> Pickering était somnolente. Plus tard dans la matinée, M<sup>me</sup> Routledge a trouvé M<sup>me</sup> Pickering diaphorétique et insensible. M<sup>me</sup> Routledge a pris ses signes vitaux à ce moment-là, mais n'a pas mesuré sa glycémie, car elle n'était pas diabétique. M<sup>me</sup> Routledge a composé le 911 et M<sup>me</sup> Pickering a été transférée au Woodstock General Hospital.



Wettlaufer a consigné au dossier à 17 h 11 que la D<sup>re</sup> Elizabeth Urbantke avait appelé de l'hôpital et indiqué que M<sup>me</sup> Pickering « continue d'être non réactive et que les tests montrent la possibilité d'un AVC au "mésencéphale" ». Wettlaufer a également noté que :

La D<sup>re</sup> Urbantke mentionne que la glycémie de Maureen était extrêmement basse à son arrivée à l'hôpital et que la cause est inconnue. Elle a dit que si Maureen décède, « ce serait une bonne idée d'appeler le coroner pour ça. »

M<sup>me</sup> Pickering est retournée à Caessant Care (Woodstock) en tant que patiente palliative ce soir-là. Elle est décédée cinq jours plus tard, soit le 28 mars 2014.

#### ***a) Les mesures prises immédiatement après le décès de M<sup>me</sup> Pickering***

M<sup>me</sup> Routledge était en service lorsque M<sup>me</sup> Pickering est décédée. Elle a composé le numéro de répartition provincial centralisé du BCC et a informé la répartitrice des commentaires de la D<sup>re</sup> Urbantke, ajoutant qu'elle-même était perplexe quant à la raison pour laquelle la glycémie de M<sup>me</sup> Pickering était si basse.

La répartitrice a contacté la D<sup>re</sup> Urbantke pour lui confier le cas. La D<sup>re</sup> Urbantke a confirmé que la glycémie de M<sup>me</sup> Pickering était très basse, ce qui était inexplicable, mais qu'elle ne pouvait accepter le cas parce qu'elle avait fourni des soins à cette patiente. La répartitrice a ensuite contacté le coroner suivant sur la liste, le D<sup>r</sup> George. Bien que ni le D<sup>r</sup> George ni la répartitrice ne se soient souvenus de l'appel, il a été accepté que, conformément à la pratique habituelle de la répartitrice, cette dernière a dû le prévenir de l'appel de M<sup>me</sup> Routledge et lui transmettre les renseignements indiquant que M<sup>me</sup> Pickering avait connu un épisode hypoglycémique et que la D<sup>re</sup> Urbantke avait recommandé d'appeler un coroner. Selon M<sup>me</sup> Routledge, lorsqu'elle a parlé avec le D<sup>r</sup> George, elle a répété ce renseignement et examiné avec lui les autres problèmes de santé de M<sup>me</sup> Pickering, notamment le fait que cette dernière avait peut-être eu un accident vasculaire cérébral. Le D<sup>r</sup> George a déterminé qu'une investigation sur le décès n'était pas justifiée. Le D<sup>r</sup> Reddick a rempli le certificat médical de décès de M<sup>me</sup> Pickering, indiquant que la cause du décès était un accident vasculaire cérébral.

M<sup>me</sup> Routledge a rempli l'ADPE pour M<sup>me</sup> Pickering. Elle a répondu « non » aux huit questions<sup>24</sup>. Lorsqu'elle a expliqué pourquoi elle avait indiqué que la mort de M<sup>me</sup> Pickering n'était pas soudaine et inattendue, M<sup>me</sup> Routledge a déclaré :

Il n'est pas inhabituel qu'un patient recevant des soins de longue durée subisse un AVC. C'est ce que nous a laissé entendre le service des urgences de l'hôpital Woodstock General : il était possible qu'elle ait eu un AVC. Et c'est ce sur quoi je basais [la réponse] – et le fait que le coroner n'ait été alarmé par aucun des renseignements que je lui avais fournis, c'est pourquoi j'ai répondu « non ».

## E. Wettlaufer est surnommée « l'ange de la mort »

À un moment donné, Robyn Laycock, une IAA de Caressant Care (Woodstock), a surnommé Wettlaufer « l'ange de la mort ». M<sup>me</sup> Laycock a indiqué qu'elle avait donné son surnom à Wettlaufer en raison des interactions décrites ci-dessous qu'elle avait eues avec elle.

M<sup>me</sup> Laycock a entendu Wettlaufer se pencher sur un résident recevant des soins palliatifs et lui dire : « Si vous voulez partir, c'est bon. Votre famille comprendra. C'est le moment. Regardez la lumière. Si vous voulez partir, c'est bon. Votre corps a besoin de se reposer. » Bien que M<sup>me</sup> Laycock ait eu l'impression que Wettlaufer essayait d'apaiser le patient, elle désapprouvait ces commentaires, car elle pensait qu'un infirmier ne devrait pas tenir ce type de conversation avec les résidents. À une autre occasion, Wettlaufer a demandé à M<sup>me</sup> Laycock d'administrer un médicament injectable « à utiliser au besoin » à un résident recevant des soins palliatifs. Lorsque M<sup>me</sup> Laycock a refusé parce que le résident ne semblait pas être en détresse, Wettlaufer a administré le médicament elle-même.

À un autre moment, M<sup>me</sup> Laycock a remarqué que plusieurs patients en soins palliatifs étaient décédés lors des quarts de travail de Wettlaufer. Cependant, M<sup>me</sup> Laycock a reconnu que Wettlaufer travaillait de nuit et que la majorité des décès en SLD se produisaient pendant le quart de nuit. M<sup>me</sup> Laycock a indiqué qu'elle n'avait aucune preuve que quelque chose n'allait pas et que, mis à part le fait que les deux avaient eu une prise de bec dans le passé, elle n'avait aucune raison de remettre en question la conduite de Wettlaufer. Elle

---

<sup>24</sup> Les questions de l'ADPE ont été révisées en 2014 afin de supprimer les deux dernières questions, formulées comme suit :

- si le décès est survenu durant l'écllosion d'une maladie ou une épidémie, et que le décès y est relié;
- si le décès s'inscrit dans un seuil (le 10<sup>e</sup> décès).

n'a jamais rien vu dans le comportement de Wettlaufer qui l'ait amenée à penser que cette dernière causait des préjudices intentionnels aux résidents. En conséquence, M<sup>me</sup> Laycock n'a signalé ses préoccupations à aucun membre de la direction.

## F. Les circonstances ayant permis à Wettlaufer d'éviter toute détection

Plusieurs facteurs ont contribué à ce que les Infractions de Wettlaufer à Caressant Care (Woodstock) ne soient pas détectées. Wettlaufer a soigneusement sélectionné ses victimes, choisissant celles atteintes de démence ou autres maladies qu'elle considérait comme particulièrement vulnérables. Elle a également choisi de commettre les Infractions à un moment où les chances de se faire prendre étaient réduites. En outre :

- Wettlaufer a utilisé de l'insuline, un médicament non surveillé dans les foyers de soins de longue durée;
- ses premières victimes étaient des diabétiques ayant connu des épisodes d'hypoglycémie avant son embauche;
- à part l'utilisation de l'insuline des deux premières victimes, Wettlaufer s'est servie de cartouches d'insuline prises dans le réfrigérateur, de sorte qu'aucune quantité importante d'insuline d'un résident en particulier n'a disparu;
- elle utilisait fréquemment une combinaison d'insuline à action brève et à action prolongée;
- les symptômes associés à l'hypoglycémie sont également associés à d'autres affections;
- pour les Infractions qu'elle a commises pendant le quart de nuit, elle était la seule IA en service et l'IAA en service était affectée à une autre section du foyer;
- il y avait peu ou pas de surveillance de la part de la direction;
- aucune de ses victimes de meurtre n'était le 10<sup>e</sup> décès, ou le décès s'inscrivant dans un seuil, au foyer<sup>25</sup> – la catégorie qui déclencherait automatiquement une investigation sur le décès;

---

<sup>25</sup> Wayne Hedges était un « décès s'inscrivant dans un seuil » nécessitant une investigation sur le décès, mais il n'était pas l'une des victimes de meurtre de Wettlaufer. Elle lui a administré une surdose d'insuline à la fin du mois d'octobre 2008 dans l'intention de le tuer, mais il n'est pas mort, parce qu'il a reçu du glucagon. À sa mort, en janvier 2009, un coroner de la région a mené une investigation sur le décès et a déterminé que la cause probable était un accident vasculaire cérébral. Ce cas fait l'objet d'une discussion plus détaillée au chapitre 14.

- elle induisait en erreur les victimes si elles lui demandaient ce qu'elle faisait, en répondant qu'elle leur administrait une injection de vitamine ou d'analgésique;
- les neuf premiers crimes ont été commis dans la Section B, dans laquelle il n'y avait aucune vitre dans la porte de la salle de traitement où était entreposée l'insuline;
- il n'y avait pas de caméras dans les salles des médicaments ni dans la salle de traitement;
- les crimes de Wettlaufer se sont étalés sur plusieurs années. Bien que certains se soient produits par regroupement (notamment les trois meurtres commis à l'automne 2011), à d'autres moments près de deux ans se sont écoulés entre les Infractions.

## IX. Le rendement de Wettlaufer

### A. Les interactions de Wettlaufer avec les résidents et les familles

À quelques exceptions près, les contacts de Wettlaufer avec les résidents et leurs familles étaient généralement considérés comme bons.

M<sup>me</sup> Van Quaethem l'a décrite comme étant amicale, polie et dotée d'un bon sens de l'humour. Les collègues de Wettlaufer l'ont également décrite comme étant généralement amicale et gentille avec les résidents. Elle amenait son chien pour rendre visite aux résidents et apportait parfois des gâteries à la fois aux résidents et au personnel. Malgré ces descriptions généralement favorables, Wettlaufer a parfois eu des altercations avec les résidents et les membres du personnel. Cependant, aucun de ses collègues n'a vu quoi que ce soit les ayant amenés à croire qu'elle causait délibérément des préjudices aux résidents.

### B. Les problèmes de santé mentale

Wettlaufer a révélé à la direction et à certains de ses collègues qu'elle avait des problèmes de santé mentale. Aucun d'entre eux n'a considéré que ces problèmes affectaient son rendement à titre d'infirmière.

À une occasion, lors d'une réunion disciplinaire en août 2012, Wettlaufer a déclaré qu'elle souffrait d'un trouble obsessionnel compulsif (TOC) et

d'un trouble bipolaire. Elle n'a plus jamais mentionné sa santé mentale à la direction après cette réunion. À l'époque, M<sup>me</sup> Van Quaethem avait compris que Wettlaufer consultait un médecin et s'adaptait à un changement de médicament. Elle pensait que son médecin la surveillait et lui fournirait un arrêt de travail si nécessaire. Elle croyait également que Wettlaufer avait malgré cela la capacité d'être une bonne infirmière. M<sup>me</sup> Routledge avait remarqué que Wettlaufer était parfois plus calme et plus repliée sur elle-même que d'habitude lorsqu'elle commençait son quart de travail, mais ce changement d'humeur ne semblait pas affecter son rendement. M<sup>me</sup> Van Quaethem a indiqué qu'à un moment donné, elle et M<sup>me</sup> Crombez ont eu une conversation avec le bureau central de Caessant Care sur le fait que Wettlaufer commettait davantage d'erreurs. Cependant, tout en reconnaissant qu'il s'agissait d'un problème, elle a également tenu compte du fait qu'ils étaient en sous-effectif et que les infirmiers étaient surchargés de travail.

Wettlaufer a également dit à un collègue qu'elle avait un TOC et qu'elle répétait des versets de la Bible dans sa tête. Elle a révélé qu'elle prenait du Seroquel, un médicament psychotrope, pour traiter ce problème. Son collègue n'a jamais rien remarqué qui puisse suggérer que Wettlaufer subissait les effets secondaires du Seroquel et il ne s'est jamais inquiété de son rendement lorsqu'elle le prenait. Wettlaufer a raconté à un autre collègue qu'après la séparation de son mari, elle s'était rendu compte qu'elle était bisexuelle et que sa famille l'avait abandonnée. Wettlaufer a ajouté qu'elle souffrait de dépression. Là encore, son collègue n'a pas constaté de problème de rendement lié à ces révélations.

## C. La surconsommation d'alcool et de drogues

Ni les collègues de Wettlaufer ni la direction de Caessant Care (Woodstock) n'ont vu la moindre indication d'une incapacité relative à son travail. M<sup>me</sup> Crombez et M<sup>me</sup> Van Quaethem ont toutes deux déclaré dans leur témoignage ne pas se rappeler quiconque leur ayant fait part d'une préoccupation à l'égard d'une incapacité possible de Wettlaufer et il n'y a aucune preuve qu'un membre de la direction ait soupçonné que Wettlaufer avait un problème de toxicomanie.

Dans un cas seulement, une collègue s'est demandé si Wettlaufer avait bu. M<sup>me</sup> Laycock a déclaré qu'un jour où elle terminait son quart et où Wettlaufer entrait en service, elle a pensé que l'haleine de cette dernière sentait l'alcool. M<sup>me</sup> Laycock ne croyait pas que Wettlaufer était incapable de travailler et

elle ne semblait pas être en état d'ivresse. M<sup>me</sup> Laycock a fait part de ses préoccupations à l'autre infirmière du quart de travail. Plus tard, l'infirmière a répondu qu'elle s'était approchée de Wettlaufer, mais qu'elle n'avait senti aucune odeur d'alcool dans son haleine.

À part cet exemple, les infirmières qui ont interagi avec Wettlaufer lors du changement de quart ont indiqué que son comportement semblait toujours normal et qu'elles n'avaient jamais senti d'odeur d'alcool ni vu de signe d'incapacité. Les infirmières et les préposés SSP qui effectuaient le même quart que Wettlaufer ont également déclaré n'avoir jamais remarqué de changement comportemental et n'avaient rien vu indiquant qu'elle consommait de la drogue ou de l'alcool. Personne n'a jamais soupçonné que Wettlaufer avait les facultés affaiblies par la drogue ou l'alcool au travail. De même, le D<sup>r</sup> Reddick n'a jamais craint que Wettlaufer ait eu les facultés affaiblies par la drogue ou l'alcool.

## D. Les évaluations du rendement de Wettlaufer

Bien que M<sup>me</sup> Crombez ait tenté de mener à bien les évaluations de rendement annuelles de son personnel, il n'y avait que deux évaluations pour Wettlaufer dans les dossiers de Caressant Care (Woodstock). L'une a été exécutée en 2008 et l'autre en 2013.

### 1. L'évaluation de 2008

Dans l'évaluation du rendement de Wettlaufer en 2008, M<sup>me</sup> Crombez a attribué une note de 2,5 dans plusieurs domaines. Une note de 2 signifiait « avec réserves », et 3 correspondait à « compétente ». Une note de 2,5 signifiait que Wettlaufer « devait s'améliorer ». Les domaines dans lesquels Wettlaufer a été évaluée à 2,5 sont :

- administration de médicament;
- assume et accepte la responsabilité du poste;
- connaissance et respect des politiques, des procédures et des lois applicables;
- assiste à la formation continue;
- interagit bien avec les résidents et leurs familles.

M<sup>me</sup> Crombez a attribué à Wettlaufer un « 2 » pour sa participation aux comités. Dans la section de l'évaluation du rendement portant sur les « domaines à développer », elle a indiqué que Wettlaufer devait apprendre les politiques et procédures du foyer et a précisé que l'infirmière envisageait de suivre un cours sur la manière d'effectuer une évaluation. Sur le formulaire, Wettlaufer a indiqué que ses objectifs étaient d'améliorer son assiduité et de suivre un cours sur les évaluations. Wettlaufer a signé l'évaluation en écrivant : « J'aime travailler chez Caressant Care. Je m'engage à faire de mon mieux pour atteindre mes objectifs pour l'année à venir. »

## 2. L'évaluation de 2013

La deuxième évaluation du rendement était datée du 19 décembre 2013. Cette fois-ci, M<sup>me</sup> Crombez a attribué à Wettlaufer la note de « 2 » dans les domaines suivants :

- compétences en matière d'administration des médicaments et d'évaluation;
- élabore, met en œuvre et évalue un programme de soins multidisciplinaire;
- assume et accepte la responsabilité du poste;
- effectue les tâches en temps opportun;
- participe aux comités;
- respecte le code vestimentaire établi;
- entretient de bonnes relations avec les superviseurs, les collègues, les personnes exerçant dans une autre discipline et les bénévoles.

M<sup>me</sup> Crombez a résumé le rendement de Wettlaufer lors de l'évaluation de 2013 comme suit :

Beth, votre rendement cette année a été inférieur aux attentes. Je pense que vous avez la capacité et le potentiel de faire mieux. C'est ce dont nous avons besoin et que nous souhaitons de votre part. Commençons l'année 2014 en beauté.

Les facteurs ayant contribué aux faibles notes de Wettlaufer sont examinés ci-dessous.

## X. Le dossier disciplinaire de Wettlaufer

Le rendement de Wettlaufer au cours de sa carrière chez Caessant Care (Woodstock) a posé plusieurs problèmes. Au début, on lui donnait généralement du counseling, dans l'espoir qu'elle changerait si les problèmes lui étaient signalés. Cependant, lorsque le counseling n'a pas entraîné de changement de comportement, elle a fait l'objet de mesures disciplinaires officielles. Elle a notamment reçu des avertissements verbaux et écrits, a été suspendue et, finalement, elle a reçu une cessation des fonctions en mars 2014.

Ni le foyer ni le syndicat ne disposaient d'une liste complète des antécédents disciplinaires de Wettlaufer lors de la prise de décisions sur la manière de traiter les problèmes à mesure qu'ils se posaient. M<sup>me</sup> Van Quaethem et M<sup>me</sup> Crombez ont toutes deux déclaré dans leur témoignage qu'elles ne tenaient pas une liste de toutes les séances de counseling et de toutes les mesures disciplinaires imposées à Wettlaufer. Lorsqu'elles décidaient du niveau de mesure disciplinaire approprié pour un incident donné, elles ne consultaient pas l'ensemble de son dossier. Elles se contentaient plutôt de jeter un coup d'œil à l'historique pour voir quelle était la mesure disciplinaire appliquée précédemment pour un incident similaire.

De même, rien n'indique que la représentante de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario à Caessant Care (Woodstock) ait établi une liste de toutes les mesures disciplinaires imposées à Wettlaufer. Le classeur de l'AIO contenait certains formulaires de mesures disciplinaires et d'autres avis donnés à Wettlaufer, mais pas tous. Jill Allingham, agente des relations de travail chez Caessant Care (Woodstock) en 2013 et 2014, a indiqué ne pas être au courant de l'existence ni du contenu du classeur de l'AIO chez Caessant Care (Woodstock) jusqu'à ce qu'il soit révélé au cours des audiences publiques de l'Enquête.

Les tableaux 5.3 à 5.6 ci-dessous résument le rendement de Wettlaufer en ce qui a trait aux problèmes groupés par sujet. La discussion plus détaillée qui suit les tableaux porte sur les incidents qui ont le plus retenu l'attention lors des audiences.



## A. L'attitude de Wettlaufer lors des réunions disciplinaires

Wettlaufer acceptait généralement la mesure disciplinaire qui lui était donnée. M<sup>me</sup> Van Quaethem et M<sup>me</sup> Crombez ont précisé qu'elle était respectueuse, ouverte et franche lors des réunions disciplinaires. M<sup>me</sup> Routledge, qui a assisté à plusieurs de ces réunions en tant que représentante de l'AlIO, a donné la même description du comportement de Wettlaufer lors des réunions disciplinaires. Elle a déclaré :

Mais Beth, en général, lors de ces réunions, était très contrite et s'excusait beaucoup. Et vous savez : « Je suis désolée. Je ne sais pas ce qui s'est passé. »

Elle avait des remords, souvent au bord des larmes. À un moment donné avant la réunion, je lui ai dit : « Écoutez Beth, je pense savoir que vous allez être appelée. » J'ai peut-être même écrit l'incident moi-même, « mais vous ne vous acquittez pas de votre charge de travail. Vous savez, d'autres personnes doivent vous suivre et prendre la relève. »

Et elle répondait : « Je suis désolée. Je ne savais pas. » Et puis elle fondait en larmes et elle disait : « Je vais essayer de m'améliorer ».

Et puis pendant quelques semaines, que ce soit à cause des mesures disciplinaires ou parce quelqu'un lui parlait, les choses s'amélioraient au moins du point de vue du travail, car c'était la chose la plus évidente que nous pouvions voir en tant que collègues de travail, la charge de travail.

Rien n'indiquait qu'elle n'était pas sincère.

## B. L'absentéisme

L'absentéisme est un problème dans les soins de longue durée. Caressant Care (Woodstock) surveillait les absences du personnel, car les infirmiers ayant des problèmes d'assiduité mettaient le service des soins infirmiers à rude épreuve. Cependant, les absences liées à une maladie ou à une blessure ne font généralement pas l'objet d'une mesure disciplinaire, sauf si la direction estime que l'employé prend trop de congés de maladie.

L'absentéisme était également un problème dans le cas de Wettlaufer. À compter de mars 2011, Caressant Care (Woodstock) a demandé à Wettlaufer de présenter un billet du médecin pour justifier ses absences. En raison de son absentéisme fréquent, elle s'est vu imposer des mesures disciplinaires progressives. (Voir le tableau 5.3.)

**Tableau 5.3 : L'absentéisme de Wettlaufer, 2008–2013**

ANNÉE	DATE DU COUNSELING OU DES MESURES DISCIPLINAIRES	MESURES
2008	19 juin	Counseling
2009	3 décembre	Counseling
2010	7 juillet	Avertissement verbal
2011	31 mars	Avertissement écrit
	25 mai	Avertissement écrit
	26 août	Suspension d'une journée
2013	18 janvier	Counseling

Source : Compilé par la Commission.

## C. Les problèmes de comportement

Caressant Care (Woodstock) devait également faire face à des problèmes liés aux interactions de Wettlaufer avec ses collègues (voir le tableau 5.4).

**Tableau 5.4 : Incidents impliquant des conflits avec des collègues, 2009–2013**

ANNÉE	DATE DU COUNSELING OU DES MESURES DISCIPLINAIRES	INCIDENT(S)	L'EXPLICATION DE WETTLAUFER (SI CONNUE)	MESURES (SI CONNUES)
2009	11 septembre	Wettlaufer a été impliquée dans un conflit entre deux autres employés et a révélé ce qu'un membre du personnel avait dit à propos de l'autre.	Wettlaufer avait espéré que ces deux employés se parleraient et régleraient le problème, et elle s'est excusée pour sa mauvaise gestion du conflit.	Counseling

<b>ANNÉE</b>	<b>DATE DU COUNSELING OU DES MESURES DISCIPLINAIRES</b>	<b>INCIDENT(S)</b>	<b>L'EXPLICATION DE WETTLAUFER (SI CONNUE)</b>	<b>MESURES (SI CONNUES)</b>
2009 (suite)	3 décembre	Wettlaufer a fait des remarques inappropriées au sujet de l'anglais d'un collègue. Elle aurait dit : « Ces cours d'anglais langue seconde n'ont pas aidé. »	Wettlaufer a prétendu que c'était une blague.	Avertissement verbal
2010	21 janvier	Wettlaufer est arrivée en retard le 10 janvier et a ensuite critiqué une autre infirmière lors du rapport de changement de quart. Le 18 janvier, elle a montré à une collègue de travail un furoncle, exposant par inadvertance une partie de son aine.	Wettlaufer a déclaré que si elle était en retard, ce n'était que de quelques minutes.  Elle a expliqué qu'elle avait critiqué l'infirmière parce qu'elle avait fait son rapport en faisant référence aux résidents par leur nom de famille, ce qui était impersonnel.	Counseling
2011	17 juin	Wettlaufer a fait un commentaire inapproprié sur l'apparence d'un employé.	Wettlaufer a affirmé que la plainte avait peut-être été déposée parce qu'elle était lesbienne.	Counseling
2012	mars	Wettlaufer n'effectuait pas correctement le calcul des narcotiques durant le quart de nuit et a réagi de manière inappropriée lorsqu'on lui en a fait la remarque.	Inconnu	Ce problème n'a pas été traité directement avec Wettlaufer.

ANNÉE	DATE DU COUNSELING OU DES MESURES DISCIPLINAIRES	INCIDENT(S)	L'EXPLICATION DE WETTLAUFER (SI CONNUE)	MESURES (SI CONNUES)
2013	8 novembre	Une préposée SSP s'est plainte du fait que Wettlaufer l'intimidait, lui disant quoi faire pendant le souper et à d'autres occasions. La préposée SSP a également affirmé que Wettlaufer avait fait un commentaire insultant à propos de son âge.	Inconnu	Inconnu

Source : Compilé par la Commission.

### 1. Janvier 2010

Le 19 janvier 2010, M<sup>me</sup> Van Quaethem a reçu une note d'une infirmière concernant le comportement de Wettlaufer lors d'un changement de quart le 10 janvier 2010. L'infirmière a signalé que Wettlaufer était arrivée en retard et, pendant que l'infirmière lui faisait son rapport, Wettlaufer l'avait accusée d'être « froide » et « insensible » parce qu'elle faisait référence aux résidents en utilisant leur nom de famille. L'infirmière a également signalé que le 18 janvier 2010, Wettlaufer avait déclaré avoir un furoncle et qu'elle avait abaissé le côté droit de son uniforme pour le révéler, exposant ainsi une partie de son aine.

Lors de la réunion d'enquête, Wettlaufer a dit à M<sup>me</sup> Van Quaethem et à M<sup>me</sup> Crombez que si elle était en retard, ce n'était que de quelques minutes. En ce qui concerne le rapport de l'infirmière au moment du changement de quart, elle a estimé que l'utilisation des noms de famille des résidents était impersonnelle. Wettlaufer a reçu du counseling, même si elle avait eu un avertissement verbal en décembre 2009 à cause d'un conflit avec un collègue.

M<sup>me</sup> Crombez et M<sup>me</sup> Van Quaethem ont indiqué qu'elles n'avaient pas imposé de mesures disciplinaires plus sévères parce qu'elles estimaient que Wettlaufer avait raison de faire valoir l'importance de faire référence aux résidents de manière plus respectueuse. Bien qu'elles aient estimé que Wettlaufer aurait pu mieux gérer la situation, elles ne pensaient pas que cela justifiait une forme de mesure disciplinaire plus sévère.

## 2. Juin 2011

En juin 2011, une réunion disciplinaire a eu lieu à propos d'un commentaire que Wettlaufer avait fait concernant l'apparence d'un autre employé. Au cours de la réunion, Wettlaufer s'est fait dire que le commentaire était inapproprié, qu'elle était en position d'autorité et qu'elle devait faire attention à ce qu'elle disait. Wettlaufer a affirmé que la plainte avait peut-être été déposée parce qu'elle était lesbienne. Parce que Wettlaufer avait soulevé cette préoccupation, M<sup>me</sup> Van Quaethem a informé Cheryl McDonald du service des ressources humaines du bureau central de Caessant Care de cette conversation.

M<sup>me</sup> Van Quaethem a déclaré dans son témoignage qu'elle croyait que les préférences sexuelles de Wettlaufer auraient pu poser problème à certains membres du personnel, certains d'entre eux s'étant inquiétés de la franchise avec laquelle elle parlait de son orientation sexuelle au travail. M<sup>me</sup> Crombez a dit qu'elle avait suggéré à Wettlaufer de ne pas aborder le sujet au travail et a demandé à ses collègues d'établir des limites avec elle s'ils ne voulaient pas discuter de son orientation sexuelle.

Il avait également de la preuve que Wettlaufer aurait peut-être soulevé la question de son orientation sexuelle afin d'éviter une mesure disciplinaire plus sévère. L'une des IAA de Caessant Care (Woodstock) a déclaré que lorsque Wettlaufer avait été appelée au bureau à une occasion, elle a déclaré : « Cela ne me dérange pas qu'on m'appelle, parce que je sors ma carte de lesbienne. »

## 3. Mars 2012

En mars 2012, un IAA a fait part de ses inquiétudes quant à la manière dont le calcul des narcotiques était fait et à la réponse de Wettlaufer à l'intéressé lorsqu'il l'a interpellée à ce sujet. Le calcul des narcotiques était effectué par Wettlaufer et l'IAA avant la fin de leur quart de nuit, au lieu d'être fait par Wettlaufer et l'infirmier qui arrivait pour faire son quart de jour. Lorsque l'IAA a annoncé à Wettlaufer qu'il ne continuerait pas à suivre ce système, elle a répondu qu'elle était sa patronne.

M<sup>me</sup> Van Quaethem a estimé que la question de la façon de procéder au calcul des narcotiques concernait tout le système, pas uniquement Wettlaufer. En conséquence, Caressant Care (Woodstock) a examiné, avec l'ensemble du personnel, le processus approprié pour effectuer ce calcul. La question n'a jamais été soulevée directement avec Wettlaufer.

#### 4. Novembre 2013

Le 8 novembre 2013, M<sup>me</sup> Van Quaethem a reçu une note d'une préposée SSP indiquant que Wettlaufer se comportait d'une manière intimidante. À titre d'exemple, la note indiquait que Wettlaufer interrompait le travail des préposés SSP pour leur dire de faire quelque chose qu'elle voulait, qu'elle dictait le moment où ils pourraient commencer à servir de la nourriture dans la salle à manger et qu'elle leur disait de faire la toilette des résidents pendant le souper. La note indiquait également que Wettlaufer avait élevé la voix contre la préposée SSP, mais qu'elle s'était ensuite excusée. À une autre occasion, Wettlaufer avait dit à la préposée SSP que c'était elle la superviseuse et que la préposée SSP devait lui obéir. Enfin, la note indiquait que Wettlaufer avait également fait des commentaires insultants sur l'âge de la préposée SSP en déclarant que certains résidents étaient plus jeunes qu'elle et lui demandait : « Quand allez-vous prendre votre retraite? »

M<sup>me</sup> Van Quaethem a estimé que la première partie de la plainte de la préposée SSP concernait des cas où Wettlaufer s'acquittait correctement de ses tâches d'infirmière, mais que les commentaires sur son âge étaient inappropriés. M<sup>me</sup> Van Quaethem a fourni à la préposée SSP un formulaire de plainte pour harcèlement à remplir, mais rien ne prouve que le formulaire ait été rempli. Il n'est pas clair si le foyer a porté à l'attention de Wettlaufer la plainte sur le commentaire qu'elle a fait au sujet de l'âge de la préposée SSP.

### D. Les problèmes de rendement au travail

Outre les problèmes d'absentéisme et de ses interactions avec d'autres membres du personnel, il y a eu d'autres problèmes de rendement concernant Wettlaufer (voir le tableau 5.5).

**Tableau 5.5 : Les incidents liés au rendement au travail de Wettlaufer, 2009–2013**

ANNÉE	DATE DU COUNSELING OU DES MESURES DISCIPLINAIRES	INCIDENT	L'EXPLICATION DE WETTLAUFER (SI CONNUE)	MESURES (SI CONNUES)
2009	27 février	<p>Plainte que Wettlaufer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mangeait au bureau;</li> <li>• prenait et mangeait la nourriture du foyer;</li> <li>• quittait le bâtiment pendant sa pause et emportait les clés avec elle;</li> <li>• n'effectuait pas les tâches infirmières qu'elle devait faire.</li> </ul>	<p>Wettlaufer a affirmé qu'elle ne savait pas qu'elle emportait les clés avec elle. Elle a reconnu avoir mangé la nourriture du foyer parce qu'elle avait oublié son dîner.</p>	Counseling
2011	8 février	<p>Il est allégué que Wettlaufer n'a effectué aucun traitement au niveau 2 et qu'elle n'a pas effectué les évaluations au chevet des patients pour le système RAI-EMD entre le 25 décembre et le 7 février.</p>	<p>Wettlaufer a affirmé avoir fait tous les traitements sauf un, mais qu'elle n'avait pas signé pour indiquer qu'elle les avait faits.</p>	Avertissement verbal
	8 mars	<p>Wettlaufer n'a pas élaboré un programme de soins dans les 24 heures d'une admission.</p>	<p>Elle a déclaré qu'elle avait commencé à élaborer le programme de soins dans les 24 heures d'une admission et qu'elle était restée tard pour le faire, bien qu'elle n'ait pas indiqué des heures supplémentaires. Cependant, elle n'a pas dit aux employés du quart suivant de poursuivre le plan de soins.</p>	<p>Aucune mesure disciplinaire, car Wettlaufer avait effectué une partie des évaluations nécessaires à l'élaboration du plan de soins dans les 24 heures d'une admission et était restée tard pour les réaliser.</p>

*suite*

<b>ANNÉE</b>	<b>DATE DU COUNSELING OU DES MESURES DISCIPLINAIRES</b>	<b>INCIDENT</b>	<b>L'EXPLICATION DE WETTLAUFER (SI CONNUE)</b>	<b>MESURES (SI CONNUES)</b>
2012	12 janvier	Une résidente s'est plainte que Wettlaufer l'ait giflée.	Voir les détails de l'incident décrits ci-dessous.	Aucune mesure disciplinaire, car la direction pensait que l'incident ne s'était pas produit.
	16 janvier	Plusieurs plaintes concernant les interactions de Wettlaufer avec les résidents.	Voir les détails de l'incident décrits ci-dessous.	Avertissement écrit
	22 février	Wettlaufer a déclaré à la résidente impliquée dans la plainte du 12 janvier qu'elle « ne supporterait plus d'être victime d'intimidation. »	Wettlaufer a affirmé avoir dit à la résidente : « Merci de vous excuser, mais arrêtez de m'intimider. »	Counseling
	20 avril	Wettlaufer n'avait pas rempli les documents d'admission d'un nouveau résident.	Wettlaufer a indiqué que ce quart était le septième de suite et que « je peux m'améliorer et je vais le faire. »	Avertissement verbal
	2 juin	Wettlaufer ne répondait pas immédiatement aux résidents qui se plaignaient de douleurs, parlait au personnel de l'argent qu'elle gagnait et de son orientation sexuelle et n'a jamais été vue en train de donner des suppositoires.	Wettlaufer a reconnu qu'avec un résident, elle attendait qu'il sonne à nouveau pour lui administrer un médicament contre la douleur. Elle a déclaré qu'elle avait peut-être fait des commentaires sur son salaire, mais elle a affirmé que toute plainte concernant des commentaires qu'elle avait formulés au sujet de son orientation sexuelle devait être ancienne, car elle avait « abandonné ce mode de vie » six mois plus tôt. Wettlaufer a également affirmé qu'elle ne demandait pas d'aide pour donner des suppositoires si elle n'en avait pas besoin, et parfois les résidents refusaient d'en recevoir.	Mesure pas consignée



ANNÉE	DATE DU COUNSELING OU DES MESURES DISCIPLINAIRES	INCIDENT	L'EXPLICATION DE WETTLAUFER (SI CONNUE)	MESURES (SI CONNUES)
2012 <i>(suite)</i>	31 août	Wettlaufer n'a pas évalué une résidente alors qu'on lui avait dit que la résidente « n'était pas dans son assiette. »	Wettlaufer a affirmé qu'elle (Wettlaufer) s'adaptait à une modification de ses médicaments à l'époque.	Avertissement écrit
	4 septembre	Wettlaufer a paraphé le calcul des narcotiques le 3 septembre, mais n'a pas effectué le calcul avec l'infirmière qui prenait son quart de travail. De plus, elle n'a pas vérifié la température du réfrigérateur, comme elle le devait, les 27, 29 et 31 août.	Wettlaufer a affirmé qu'elle « n'y avait pas pensé. »	Avertissement écrit
2013	1 <sup>er</sup> avril	Il y a eu des plaintes que les 31 mars et 1 <sup>er</sup> avril, Wettlaufer avait parlé à un résident de manière inappropriée, lui demandant s'il avait besoin d'une évaluation psychiatrique.	Inconnu	Counseling
	7 juin	Pour divertir une résidente, Wettlaufer s'est retournée et s'est mise à « secouer les fesses devant le visage de la résidente. »	Wettlaufer a affirmé qu'elle aimait faire rire la résidente et que c'était juste pour s'amuser.	Counseling
	25 novembre	Wettlaufer n'a pas envoyé l'échantillon d'urine d'un résident pour analyse.	Wettlaufer a affirmé qu'elle était occupée, que le résident ne présentait aucun signe d'infection urinaire et qu'elle avait oublié de laisser une note. Wettlaufer s'est excusée de cet oubli.	Counseling

Source : Compilé par la Commission.

## 1. Les allégations soulevées par une résidente en janvier et février 2012

Le matin du 12 janvier 2012, une résidente (résidente A) a dit à M<sup>me</sup> Crombez qu'elle avait tenté de sortir du bâtiment à 0 h 30 en signant elle-même le registre des entrées et sorties. À l'époque, la résidente A présentait des symptômes de rhume et avait été placée en isolement. Wettlaufer lui a dit de retourner dans sa chambre. La résidente A a déclaré l'avoir fait, mais est revenue à 1 h 15, a signé le registre et a voulu quitter le bâtiment. Elle a déclaré que lorsqu'elle l'a fait, Wettlaufer l'a giflée. On a demandé à la résidente A de mimer la « gifle ». Cette personne a plutôt mimé un coup de poing. Après avoir parlé à la résidente de l'incident présumé, M<sup>me</sup> Crombez a également interrogé Wettlaufer et le préposé SSP qui était de service à ce moment-là.

M<sup>me</sup> Crombez était extrêmement proche de la résidente A et cette relation était connue du personnel. Les employés ont indiqué qu'ils devaient adopter le meilleur comportement possible vis-à-vis de la résidente, car elle se plaignait à M<sup>me</sup> Crombez si elle était mécontente. M<sup>me</sup> Crombez et M<sup>me</sup> Van Quaethem savaient que la résidente A n'avait pas dit la vérité plusieurs fois par le passé. Elles ont finalement conclu que la résidente n'était pas sincère lorsqu'elle a accusé Wettlaufer de l'avoir giflée.

Leur opinion a semblé se confirmer le 16 janvier 2012, lorsque la résidente A et Wettlaufer se sont rendues au bureau de M<sup>me</sup> Crombez et que la résidente A a déclaré qu'elle « était venue s'excuser », car Wettlaufer ne l'avait pas giflée. M<sup>me</sup> Van Quaethem a indiqué qu'à l'époque, elle n'avait pas envisagé que la résidente ait pu se rétracter parce qu'elle se sentait intimidée par Wettlaufer; cependant, elle a déclaré qu'elle ne croyait pas que la résidente A serait intimidée.

Étant donné que M<sup>me</sup> Crombez et M<sup>me</sup> Van Quaethem n'ont pas cru les allégations de la résidente A, elles n'ont pas signalé l'incident au Ministère, car elles estimaient que cela ne correspondait pas à l'obligation de faire rapport énoncée dans la LFSLD. L'article 24 (1) de la LFSLD requiert que toute personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner le mauvais traitement d'un résident ayant causé un préjudice ou un risque de préjudice à ce dernier fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés. En vertu de l'article 23 de la LFSLD, tous les titulaires de permis d'un foyer de soins de longue durée doivent veiller à enquêter immédiatement sur toute négligence ou tout mauvais traitement d'un résident allégué, soupçonné ou observé et prendre les mesures appropriées en réponse à chaque incident.

Ce que M<sup>me</sup> Crombez a compris des obligations de faire rapport est qu'il fallait d'abord enquêter pour déterminer *s'il y avait des motifs raisonnables de soupçonner* des mauvais traitements et, que si leur enquête les avait amenés à conclure qu'il n'y avait pas eu d'incident, il n'était pas nécessaire de faire rapport au Ministère. M<sup>me</sup> Crombez a indiqué que ce n'est que lors d'une inspection du Ministère en 2016 qu'ils ont appris par l'inspecteur qu'ils devaient signaler ce genre d'allégations au Ministère avant de mener leur propre enquête interne.

Malgré la décision du foyer de ne pas signaler l'incident, les allégations de la résidente A ont finalement été portées à l'attention du Ministère. Le 23 janvier 2012, une semaine après s'être rétractée, la résidente A a elle-même téléphoné au Ministère pour l'informer qu'elle avait été giflée. Le Ministère a appelé Caressant Care (Woodstock) le lendemain pour leur dire qu'il devait signaler l'incident. Le foyer a ensuite déposé un rapport d'incident grave le 30 janvier 2012.

Puis, le 8 février 2012, la résidente A a signalé que Wettlaufer était entrée dans sa chambre alors qu'elle dormait et l'avait frappée à l'épaule pour la réveiller afin de mesurer sa glycémie. Cette fois encore, M<sup>me</sup> Van Quaethem n'a pas cru que cet incident s'était produit. Toutefois, compte tenu de l'allégation et des discussions avec le Ministère au sujet de l'incident précédent, Caressant Care (Woodstock) a déposé un rapport d'incident grave le jour même et a appelé la police.

Un autre incident s'est produit entre la résidente A et Wettlaufer le 16 février 2012, au cours duquel Wettlaufer aurait déclaré : « Merci de vous excuser, mais cessez de m'intimider. » Wettlaufer a reçu du counseling à la suite de cet incident. M<sup>me</sup> Van Quaethem et M<sup>me</sup> Crombez ont estimé à l'époque que Wettlaufer était peut-être victime d'intimidation de la part de la résidente A; elles n'ont donc pas imposé de mesure disciplinaire plus sévère. Cependant, elles ont dit à Wettlaufer qu'elle devait rester calme et professionnelle avec la résidente.

Le 24 février 2012, une réunion de famille a eu lieu pour discuter de la situation entre la résidente A et Wettlaufer. Il a été noté que la résidente A s'était excusée et semblait « détendue et heureuse. »

Le Ministère n'a pas procédé à une inspection liée à ces incidents.

## 2. Les allégations soulevées par le personnel en janvier 2012

M<sup>me</sup> Van Quaethem et M<sup>me</sup> Crombez ont été informées de plusieurs autres problèmes en janvier 2012 :

- Wettlaufer ne s'est pas rendue au chevet d'un résident qui était essoufflé et dont la respiration était laborieuse;
- Wettlaufer a été trouvée en train de dormir dans la chapelle et avait tardé à répondre aux demandes de médicaments contre la douleur formulées par des résidents;
- Wettlaufer n'a pas cessé la procédure de fragmentation digitale des fécalomes alors qu'un résident avait mal;
- Wettlaufer a géré de manière inappropriée la blessure d'un résident causée par une chute.

Lorsqu'elles ont examiné ces incidents, M<sup>me</sup> Van Quaethem et M<sup>me</sup> Crombez ont conclu que la conduite de Wettlaufer était inappropriée, à l'exception de la manière dont elle avait géré la fragmentation digitale des fécalomes du résident.

### ***a) La plainte concernant un résident dont la respiration était laborieuse***

L'une des préposées SSP a signalé que les 5, 6 et 7 décembre, lorsqu'elle avait informé Wettlaufer qu'un résident avait des difficultés à respirer, Wettlaufer a répondu que ce dernier avait une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). La préposée SSP a indiqué que ce n'était que le 8 décembre 2012, lorsqu'un autre membre du personnel avait signalé le même problème, que Wettlaufer avait obtenu une machine à oxygène pour le résident.

### ***b) La plainte selon laquelle Wettlaufer a tardé à répondre aux demandes de médicaments contre la douleur***

À peu près à la même époque, un employé a signalé que Wettlaufer avait été retrouvée en train de dormir dans la chapelle et, lorsque les préposés SSP lui ont annoncé qu'un résident avait demandé des médicaments contre la douleur, elle a répondu que le résident devrait attendre qu'elle « finisse sa pause. » Le personnel a déclaré que Wettlaufer faisait des commentaires comme : « Oh, ils peuvent attendre une demi-heure », « Je vais aller dîner et après mon dîner [j'irai chercher les médicaments] » ou « Je vais faire une sieste d'abord et j'irai ensuite. » Wettlaufer finissait par donner les médicaments contre la douleur aux résidents, mais au moment de son choix. Aucun des

employés n'a interprété ce retard comme de la négligence ou n'a pensé que Wettlaufer laissait intentionnellement ses résidents souffrir. Ils pensaient plutôt qu'elle était paresseuse.

Au cours de son témoignage, M<sup>me</sup> Crombez a reconnu que le défaut de réagir promptement lorsqu'un résident se plaignait de douleur équivalait à de la négligence et aurait dû être signalé au directeur, conformément à l'article 24 de la LFSLD. Elle a également estimé que les employés qui avaient été témoins d'un tel comportement auraient dû immédiatement signaler le problème à la direction. Dans ce cas, la direction aurait pu interroger le résident alors que l'incident était récent et décider de la réponse disciplinaire appropriée à imposer.

### ***c) La plainte relative à la fragmentation digitale des fécalomes d'un résident***

Un employé a affirmé que pendant une procédure de fragmentation digitale des fécalomes, un résident avait mal, mais que Wettlaufer ne s'était pas arrêtée pour administrer un médicament contre la douleur avant de continuer. La fragmentation digitale des fécalomes consiste à retirer manuellement les selles du rectum lorsque la personne ne peut pas aller à la selle et ressent un inconfort considérable. Crombez a déclaré dans son témoignage que l'intervention était douloureuse, mais qu'un infirmier « ne s'arrêtait généralement pas au milieu du processus si un résident avait mal pour donner un médicament PRN [médicament administré au besoin]. »

Wettlaufer a indiqué que le résident était mal à l'aise pendant l'intervention, mais ne criait pas. À la suite de l'incident, M<sup>me</sup> Crombez a parlé au résident et a passé en revue le protocole sur les selles des résidents afin d'éviter que la situation ne se reproduise.

### ***d) La chute et l'hématome d'une résidente***

Le personnel a également fait part de ses préoccupations concernant le traitement de la chute d'une résidente, par Wettlaufer, le 12 janvier 2012. La résidente était par terre, avec une plaie ouverte à la jambe et un gros hématome (cloque de sang) sur l'autre. Bien que Wettlaufer ait indiqué que la résidente s'était peut-être fracturé la hanche, elle l'a remise sur son lit sans assistance. Wendy MacKnott, la préposée SSP en service, a déclaré à Wettlaufer qu'elle n'était pas d'accord avec sa décision de déplacer la résidente. M<sup>me</sup> MacKnott a indiqué que Wettlaufer avait répondu que c'était elle l'infirmière et qu'elle savait ce qu'elle faisait. Si M<sup>me</sup> MacKnott n'aimait

pas ça, elle pouvait quitter la pièce. M<sup>me</sup> MacKnott a également signalé que Wettlaufer avait alors pris une paire de ciseaux dans le chariot de traitement et, sans les avoir préalablement stérilisés, les avait utilisés pour pincer la peau jusqu'à ce que l'hématome s'ouvre et soit drainé. Après avoir drainé l'hématome, Wettlaufer a appliqué une gaze et a enveloppé la jambe.

La même nuit, une autre résidente a été retrouvée souffrant d'une blessure au doigt. M<sup>me</sup> MacKnott a demandé à Wettlaufer de l'examiner, mais cette dernière a répondu qu'elle le ferait après avoir fini de prendre des dispositions pour que la résidente qui était tombée soit transférée à l'hôpital. Comme il s'agissait du quart de nuit, Wettlaufer et une IAA étaient les seules infirmières en service au foyer, et Wettlaufer a ordonné à M<sup>me</sup> MacKnott de panser le doigt de la résidente avec de la gaze en attendant. Cependant, Wettlaufer n'est jamais retournée évaluer le doigt de la résidente.

Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Crombez a indiqué qu'il était inapproprié de déplacer la résidente qui était tombée, parce que le foyer avait envoyé une note de service au personnel lui recommandant de ne pas déplacer les résidents après une chute grave. Cependant, elle pensait que Wettlaufer avait déplacé la résidente après avoir conclu que sa hanche n'était pas cassée; de plus, lorsque la résidente a été transférée à l'hôpital, aucune fracture n'a été décelée. En ce qui concerne l'hématome, M<sup>me</sup> Crombez a déclaré qu'il aurait dû être couvert pour ne pas se rompre.

Les notes de la réunion disciplinaire indiquent que Wettlaufer a déclaré avoir déplacé la résidente parce qu'il y avait du sang sur le sol, et qu'elle avait relevé la résidente pour l'examiner. Wettlaufer a également déclaré qu'elle avait été formée pour perforer un hématome de la façon dont elle l'avait fait, mais elle a admis qu'elle n'avait pas stérilisé les ciseaux avant de le faire. En dépit des actes de Wettlaufer, la plaie ne s'est pas infectée et a bien cicatrisé.

En ce qui concerne le doigt de la résidente, Wettlaufer a expliqué qu'elle ne l'avait finalement jamais évaluée car elle s'occupait de la résidente qui était tombée. Dans les circonstances, M<sup>me</sup> Crombez n'a pas considéré ce délai comme une négligence, car Wettlaufer était occupée par la résidente qui devait être transférée à l'hôpital. Elle a noté que le doigt blessé avait été temporairement traité avec de la gaze et que d'autres employés faisant partie de l'équipe étaient en mesure de régler le problème. M<sup>me</sup> Crombez considérait les soins des résidents comme une approche d'équipe et était convaincue que quelqu'un d'autre avait soigné la blessure au doigt de la résidente.

### 3. Les mesures disciplinaires découlant des incidents

À la suite d'une enquête sur ces plaintes du personnel, Wettlaufer a été sanctionnée pour ses actes. M<sup>me</sup> Crombez et M<sup>me</sup> Van Quaethem ont traité toutes les préoccupations ensemble. Elles ont donné un avertissement écrit à Wettlaufer pour ne pas avoir répondu aux besoins des résidents en temps voulu et pour ne pas avoir suivi les politiques et procédures appropriées après une chute. Wettlaufer avait été sanctionnée pour des problèmes de rendement au travail en février 2011, date à laquelle elle avait reçu un avertissement verbal. M<sup>me</sup> Van Quaethem a expliqué lors des audiences que la prochaine option disciplinaire possible était une suspension, si elles avaient décidé de sauter l'étape de l'avertissement écrit. Cependant, elle a dit qu'elles ne sautaient généralement pas les étapes du processus de discipline progressive, car elles craignaient que le syndicat ne dépose un grief. En cas de succès, s'il imposait une suspension, le foyer devrait alors rembourser le salaire de l'employé. Compte tenu des coûts potentiels liés à l'imposition d'une suspension, elles ont décidé d'émettre un avertissement écrit pour l'ensemble de ces problèmes.

Au cours de l'enquête du Ministère sur les Infractions de Wettlaufer, les inspecteurs ont déterminé que le transfert de la résidente après la blessure et le traitement de son hématome par Wettlaufer auraient dû, en vertu de l'article 24 de la LFSLD, être considérés comme un traitement inapproprié ou incompetent soupçonné.

#### ***a) Avril 2012***

Le 20 avril 2012, Wettlaufer a reçu un avertissement verbal parce qu'elle n'avait pas rempli les documents d'admission d'un nouveau résident. Wettlaufer a expliqué qu'elle avait travaillé sept quarts d'affilée. Cependant, M<sup>me</sup> Crombez a indiqué qu'il n'était pas inhabituel qu'un infirmier à temps plein soit affecté à sept quarts de travail consécutifs, surtout s'il voulait prendre congé les fins de semaine.

#### ***b) Août 2012***

En août 2012, une préoccupation a été soulevée voulant que Wettlaufer n'avait pas évalué une résidente alors que le personnel l'avait informée que celle-ci « n'était pas dans son assiette ». Lorsque M<sup>me</sup> Crombez et M<sup>me</sup> Van Quaethem ont discuté de l'incident avec Wettlaufer, elle a révélé qu'elle souffrait de TOC et d'un trouble bipolaire et qu'on venait de lui changer ses médicaments.

Wettlaufer n'avait jamais prévenu la direction qu'elle avait ces problèmes. Elle n'a demandé aucune mesure d'adaptation et le syndicat n'en a jamais demandé pour elle. Wettlaufer a reçu un avertissement écrit et M<sup>me</sup> Crombez a noté sur le formulaire de mesure disciplinaire que :

Si le rendement médiocre lié aux problèmes de santé persiste, il faudrait envisager de faire rapport à l'Ordre des infirmières et infirmiers pour demander « un examen de l'aptitude à exercer ». Votre santé et votre bien-être sont notre plus grande préoccupation. Veuillez vous occuper des problèmes médicaux dont vous avez discuté avec nous.

Ai expliqué à Beth qu'elle nous avait signalé ses problèmes de santé et que nous étions obligés de veiller à la sécurité des résidents.

M<sup>me</sup> Crombez a indiqué qu'en informant Wettlaufer que des problèmes persistants pourraient entraîner un rapport à l'Ordre, elle espérait qu'elle changerait de comportement. Cependant, M<sup>me</sup> Crombez n'était pas préoccupée par la compétence ni par la capacité de Wettlaufer après que cette dernière ait révélé qu'elle souffrait de TOC et d'un trouble bipolaire. M<sup>me</sup> Van Quaethem est arrivée à la même conclusion et a supposé que le médecin de Wettlaufer demanderait qu'elle soit mise en arrêt de travail si le nouveau médicament entraînait des effets indésirables compromettant son rendement.

Rien n'indique que Wettlaufer ait mentionné à nouveau le fait qu'elle souffrait d'un TOC et d'un trouble bipolaire.

### ***c) Avril 2013***

Deux employés ont fait part de leurs préoccupations concernant la manière dont Wettlaufer avait traité un résident qui avait des problèmes récurrents avec une résidente. La résidente se levait tôt et se rendait au poste des infirmiers. Son rire irritait l'homme qui essayait de dormir.

Le 1<sup>er</sup> avril 2013, M<sup>me</sup> MacKnott a transmis une note selon laquelle, la veille, le résident s'était moqué de la résidente. Wettlaufer lui a demandé d'arrêter, lui a dit qu'il était ignorant et lui a demandé s'il avait besoin d'une évaluation psychiatrique. M<sup>me</sup> MacKnott a estimé que les commentaires de Wettlaufer étaient inappropriés.

Ce même jour, Laura Long, l'IAA en service, a signalé à la direction qu'elle avait entendu le résident rire bruyamment et, en réponse, Wettlaufer lui avait demandé : « Avez-vous besoin d'une injection de Haldol? Avez-vous besoin



d'une évaluation psychiatrique? » Elle a noté que ce n'était pas la première fois qu'elle entendait Wettlaufer faire des commentaires de cette nature au résident. M<sup>me</sup> Long a estimé que Wettlaufer était « sarcastique et méchante » et que ces commentaires constituaient un mauvais traitement verbal.

Le même jour, mais avant que M<sup>me</sup> Long signale l'incident, le résident s'est plaint de Wettlaufer à M<sup>me</sup> Crombez. Dans le rapport d'incident grave déposé ce jour-là, M<sup>me</sup> Crombez a écrit :

Un résident est venu à mon bureau ce matin pour dire qu'il ne voulait pas que Beth Wettlaufer lui donne à nouveau des médicaments, car il ne lui faisait pas confiance pour lui donner le bon. Il a dit « si elle s'approche de moi à nouveau », il lui donnera un coup de pied et un coup de poing dans les dents. Le résident a déclaré qu'il « la tuerait », « lui casserait la gueule », « la frapperait jusqu'à ce que ses intestins soient par terre », « Je vais la tuer et aller dans une autre maison de fous. Je vais aller en prison. »

En raison du comportement du résident, M<sup>me</sup> Crombez a suspecté qu'il avait une infection urinaire et l'a fait tester. Le test était positif, le résident a été traité et M<sup>me</sup> Crombez a demandé au médecin et au pharmacien de revoir ses médicaments. M<sup>me</sup> Crombez a également signalé les menaces proférées par le résident à la police et a dit à Wettlaufer de ne pas l'approcher si un préposé SSP n'était pas présent.

Plus tard dans la journée, M<sup>me</sup> Van Quaethem et M<sup>me</sup> Crombez ont reçu la plainte de M<sup>me</sup> Long décrivant ce que Wettlaufer aurait dit au résident. Bien qu'elles aient estimé que la conduite de Wettlaufer était inappropriée, elles ne l'ont pas considérée comme un mauvais traitement et n'ont pas imposé de mesures disciplinaires pour l'incident. Selon M<sup>me</sup> Van Quaethem, le résident avait demandé à la résidente si elle était folle et si elle avait besoin de Haldol, ce qui l'a fait pleurer. Wettlaufer a ensuite fait les mêmes commentaires au résident, soulignant à quel point ces commentaires pouvaient être blessants. M<sup>me</sup> Crombez a encouragé Wettlaufer et le résident à essayer de parler de leurs problèmes et, finalement, le résident a déclaré que tout allait bien entre eux.

Au cours de l'enquête du Ministère après la divulgation des Infractions de Wettlaufer, les inspecteurs du Ministère ont conclu que les commentaires faits par Wettlaufer au résident auraient dû être rapportés à la direction, car il y avait des motifs raisonnables de soupçonner un mauvais traitement verbal. Ils ont également constaté que le titulaire du permis n'avait pas enquêté immédiatement sur les soupçons de mauvais traitement, comme l'exigeait l'article 23 de la LFSLD.

### **d) Juin 2013**

Le 7 juin 2013, Brenda Black a signalé que la semaine précédente, alors qu'elle emmenait une résidente dans la salle à manger, Wettlaufer lui avait dit : « Oh, attends, elle adore ça quand je fais ça. » Wettlaufer s'est retournée pour « agiter ses fesses devant le visage de la résidente. » M<sup>me</sup> Black a estimé que ce comportement n'était pas professionnel ni approprié, mais ne l'a pas considéré comme un mauvais traitement. L'affaire a fait l'objet d'une enquête et Wettlaufer a indiqué qu'elle plaisantait avec la résidente.

Wettlaufer entretenait de bonnes relations avec cette résidente et M<sup>me</sup> Crombez a estimé qu'elle essayait de la faire sourire. Wettlaufer n'a pas été sanctionnée pour cet incident; cependant, M<sup>me</sup> Van Quaethem lui a dit que ce comportement n'était pas approprié.

### **e) Novembre 2013**

En novembre 2013, M<sup>me</sup> Crombez et M<sup>me</sup> Van Quaethem étaient aux prises avec plusieurs problèmes en ce qui concerne Wettlaufer, et étaient sur le point de mettre fin à son emploi chez Caessant Care (Woodstock). Ce mois-là, Wettlaufer n'a pas traité un échantillon d'urine qui lui avait été donné par un membre de la famille d'un résident. Lorsqu'on lui a demandé pourquoi elle n'avait pas trempé la bandelette dans l'urine immédiatement, Wettlaufer a répondu qu'elle était occupée, qu'il n'y avait aucun signe d'infection urinaire, que « les médecins ne vont rien faire » parce qu'il n'y avait aucun document d'accompagnement et qu'elle avait oublié de le faire.

Au lieu du formulaire habituel de mesures disciplinaires, Wettlaufer a reçu une lettre l'informant que son rendement au travail était insuffisant. La lettre datée du 25 novembre 2013 déclare ce qui suit :

La présente a pour but de vous informer que vous ne travaillez pas au mieux de vos capacités. La famille d'un résident s'est plainte de vous avoir donné un échantillon d'urine. Cet échantillon a été mis au réfrigérateur et jeté plus tard, car il était périmé. La famille était bouleversée et a signalé le problème à la direction. En tant qu'IA, il vous incombait de vous assurer que cet échantillon était traité correctement. Vous avez omis de le faire.

De plus, votre rendement au travail n'est pas adéquat. Vous ne procédez pas aux évaluations, vous n'avez pas exécuté les ordres des médecins ni fait le suivi approprié, vous n'avez pas effectué d'autres travaux requis du personnel autorisé. Il y a un travail quotidien qui doit être fait en temps opportun.

Cette lettre a pour but de vous informer que vous devez effectuer le travail requis dans les meilleurs délais. Le personnel autorisé doit travailler en équipe afin de répondre aux besoins des résidents. Nous attendons de vous que vous collaboriez.

Beth, vous êtes une bonne infirmière et un membre précieux du service des soins infirmiers. Nous espérons que vous prendrez ce conseil au sérieux. Votre dossier indique que vous êtes arrivée à l'étape d'une suspension maximale de cinq jours. Nous ne voulons pas aller plus loin en prenant d'autres mesures disciplinaires. Nous voulons vous donner toutes les chances de vous améliorer. Nous savons que vous en êtes capable.

Si des raisons vous empêchent de vous acquitter de vos tâches, vous devez nous en informer.

Aux audiences, M<sup>me</sup> Van Quaethem a dit qu'à ce moment-là, elle parlait de Wettlaufer avec Wanda Sanginesi, vice-présidente des ressources humaines au bureau central de Caressant Care, parce que Wettlaufer « faisait de plus en plus d'erreurs et que les mesures disciplinaires n'avaient pas d'effets ». M<sup>me</sup> Van Quaethem croyait qu'elle avait consulté M<sup>me</sup> Sanginesi à ce sujet et que, ensemble, elles avaient décidé d'envoyer cette lettre à Wettlaufer au lieu du formulaire de mesure disciplinaire type pour lui faire comprendre la gravité de la situation. M<sup>me</sup> Sanginesi ne se souvenait pas d'avoir été consultée sur cette question ni d'avoir préparé la lettre, mais elle avait indiqué qu'une telle lettre ne serait ni inhabituelle ni inappropriée. La lettre visait également à montrer que le foyer avait donné à Wettlaufer toutes les chances de s'améliorer au cas où il mettrait fin à son emploi et où l'AIIO déposerait un grief en ce sens.

## E. Les erreurs de médicament

Au cours de sa carrière chez Caressant Care (Woodstock), Wettlaufer a commis plusieurs erreurs de médicament. Dans les cas d'erreurs de médicament, il était important pour le foyer que les erreurs soient reconnues et signalées rapidement. Ainsi, plutôt que d'imposer des mesures disciplinaires, l'établissement a fourni du counseling à Wettlaufer pour ses erreurs de médicament initiales. Cependant, en 2013, Caressant Care (Woodstock) a commencé à lui imposer des mesures disciplinaires progressives à cause de ses nombreuses erreurs.

Le tableau 5.6 récapitule les erreurs de médicament pour lesquelles Wettlaufer a reçu du counseling ou a fait l'objet de mesures disciplinaires, mais exclut les incidents impossibles à attribuer à une erreur commise par elle.

Tableau 5.6 : Les erreurs de médicament de Wettlaufer, 2007–2014

ANNÉE	DATE DU COUNSELING OU DES MESURES DISCIPLINAIRES	INCIDENT	L'EXPLICATION DE WETTLAUFER	MESURES
2007	12 novembre	Wettlaufer a signé pour indiquer qu'elle avait donné des médicaments, mais elle ne les a pas administrés.	Wettlaufer a déclaré qu'elle avait été interrompue par un autre employé et qu'elle n'avait pas terminé sa tâche.  Wettlaufer n'a pas nié avoir omis de donner le médicament et a indiqué qu'elle avait immédiatement compris qu'elle avait commis une erreur.	Counseling
2008	28 mars	Wettlaufer a signé pour indiquer qu'elle avait administré du Tylenol avec codéine no 3 le 23 mars, mais ne l'a pas fait (la pilule était toujours dans la plaquette alvéolée).	Wettlaufer a affirmé qu'elle était « pressée et n'a pas suivi sa procédure habituelle. »	Counseling – M <sup>me</sup> Crombez a conseillé à Wettlaufer de « donner ses médicaments correctement et de signer au fur et à mesure, même si cela lui prenait plus de temps et qu'elle devait demander la permission d'effectuer des heures supplémentaires. »
	7 avril	Le 24 mars, Wettlaufer n'a pas donné d'insuline à deux résidents. L'erreur a été découverte par l'infirmière du quart qui a suivi celui de Wettlaufer.	À cette époque, les infirmiers utilisaient une « fiche médicale » pour leur rappeler le moment où l'insuline devait être administrée. Wettlaufer a affirmé ne pas avoir placé ces fiches médicales sur le dessus du chariot à médicaments.	Counseling

ANNÉE	DATE DU COUNSELING OU DES MESURES DISCIPLINAIRES	INCIDENT	L'EXPLICATION DE WETTLAUFER	MESURES
2008 <i>(suite)</i>	22 juin	Wettlaufer a signé pour indiquer qu'elle avait administré 3 mg d'hydromorphone, mais ne l'a pas fait (la pilule était toujours dans la plaquette alvéolée).	Inconnu	Counseling
2011	15 juin	Wettlaufer a appliqué un nouveau timbre de nitroglycérine à un résident sans enlever l'ancien.	Inconnu	Counseling
2012	14 février	Deux incidents se sont produits le 12 février : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wettlaufer a versé un médicament et l'a laissé devant un résident au moment du souper.</li> <li>• Wettlaufer n'a pas donné d'huile minérale à un résident plus tard dans la soirée et a laissé une seringue sans aiguille dans la salle des médicaments.</li> </ul>	En ce qui concerne le premier incident, Wettlaufer a déclaré qu'elle était allée s'occuper d'un autre résident dont l'état semblait s'aggraver.  En ce qui concerne le deuxième incident, Wettlaufer a affirmé que quelque chose l'avait distraite, mais elle ne souvenait pas de quoi il s'agissait.	Counseling
2013	21 février	Deux incidents se sont produits le 12 février : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wettlaufer n'a pas suivi la procédure appropriée lors de l'administration d'un médicament.</li> <li>• Elle n'a pas non plus administré d'huile minérale à un autre résident, tel que requis.</li> </ul>	Inconnu	Avertissement écrit

*suite*

ANNÉE	DATE DU COUNSELING OU DES MESURES DISCIPLINAIRES	INCIDENT	L'EXPLICATION DE WETTLAUFER	MESURES
2013 (suite)	19 mars	Wettlaufer a signalé qu'au moment du calcul des narcotiques entre le quart du soir et le quart de nuit, une capsule de Kadian à libération prolongée, un narcotique, manquait et qu'il était possible qu'elle ait donné une dose supplémentaire à un résident.	Wettlaufer a admis avoir « commis trois erreurs » : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas avoir signé le dossier électronique AM;</li> <li>• ne pas avoir signé la feuille de calcul des narcotiques;</li> <li>• avoir donné des médicaments plus tôt que prévu.</li> </ul>	Suspension d'une journée
	12 avril	Wettlaufer a signé pour indiquer qu'elle avait administré un médicament à un résident le 8 avril alors qu'elle ne l'avait pas fait.	Wettlaufer a reconnu l'erreur, mais n'a pas su expliquer comment cela s'était passé.	Suspension de cinq jours
	19 décembre	Wettlaufer a donné à un résident deux types de gouttes ophtalmiques l'une immédiatement après l'autre, alors qu'il aurait fallu les administrer à plusieurs minutes d'intervalle. L'épouse du résident a informé Wettlaufer que les gouttes devaient être données à au moins cinq minutes d'intervalle, ce à quoi elle a répondu « Je sais. » Elle a ensuite donné les gouttes l'une après l'autre, sans interruption.	Wettlaufer a reconnu qu'elle avait suivi une procédure incorrecte et qu'elle avait compris la préoccupation exprimée par la femme du résident.  Le commentaire de Wettlaufer a été qu'il s'agissait « certainement d'une erreur de ma part – c'était une nuit occupée. »	Counseling

ANNÉE	DATE DU COUNSELING OU DES MESURES DISCIPLINAIRES	INCIDENT	L'EXPLICATION DE WETTLAUFER	MESURES
2014	28 janvier	<p>Divers problèmes sont apparus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a eu des préoccupations concernant le fait que Wettlaufer n'avait pas suivi les procédures appropriées pour divers traitements.</li> <li>• Wettlaufer n'a pas suivi la procédure appropriée lors de l'administration d'un médicament à un résident diabétique.</li> <li>• Wettlaufer aurait dit à M<sup>me</sup> Pickering qu'elle était confuse, qu'elle était incapable de se souvenir des choses et qu'elle devait faire confiance au personnel. Wettlaufer a également donné à M<sup>me</sup> Pickering ses médicaments en dehors des délais prescrits.</li> </ul>	<p>Wettlaufer a affirmé avoir dit à M<sup>me</sup> Pickering qu'elle « oublie » et qu'elle lui a donné le médicament tôt, et que c'était une « décision de soins infirmiers fondée sur des données probantes. »</p>	<p>Suspension de cinq jours</p>
	31 mars	<p>Wettlaufer a donné la mauvaise insuline à un résident.</p>	<p>Wettlaufer a pensé qu'un autre résident prenait la même insuline et a décidé de lui « emprunter » de l'insuline.</p>	<p>Congédiement</p>

Source : Compilé par la Commission.

## 1. Mars 2008

Le 24 mars 2008, le foyer a découvert que Wettlaufer n'avait pas donné d'insuline à deux résidents. L'erreur a été découverte parce qu'une résidente a signalé qu'elle n'avait pas reçu d'insuline. Lorsque le signalement a été fait, Wettlaufer avait déjà terminé son quart de travail. Lorsqu'elle a été contactée, elle a dit qu'elle avait donné de l'insuline à la résidente. La résidente a continué à insister sur le fait que Wettlaufer ne lui avait pas donné le médicament. Wettlaufer a donc été recontactée. Cette fois-ci, elle a reconnu qu'elle ne l'avait peut-être pas fait. Wettlaufer a également été interrogée sur l'insuline d'un deuxième résident et elle a admis qu'elle ne lui avait pas non plus administré l'insuline.

À cette occasion, Wettlaufer n'avait pas utilisé les fiches médicales ni vérifié le dossier AM. Compte tenu de la charge de travail du soir, M<sup>me</sup> Crombez a estimé que Wettlaufer avait honnêtement oublié de donner l'insuline. Wettlaufer a reçu du counseling pour ces erreurs. Caressant Care (Woodstock) a plus tard cessé d'utiliser les fiches médicales.

## 2. Mars 2013

Lorsque Wettlaufer et l'infirmière du quart suivant ont effectué le calcul des stupéfiants au changement de quart, elles ont découvert qu'une pilule était manquante. On ne savait pas si elle avait été volée ou perdue, ou si le résident avait reçu une double dose. Le résident semblait aller bien et l'incident a été signalé à la police et au Ministère.

Wettlaufer avait déjà reçu plusieurs avertissements, notamment un avertissement écrit pour une erreur de médicament le mois précédent. Cette fois, M<sup>me</sup> Crombez lui a imposé une suspension d'un jour et a examiné la procédure à suivre avec elle. Wettlaufer a reconnu qu'elle n'avait pas suivi la procédure appropriée et n'a pas déposé de grief concernant la suspension. M<sup>me</sup> Crombez a également mis en place une mesure supplémentaire obligeant tout le personnel à parapher le dossier de narcotiques du résident et à préciser, sur la fiche de médicament, l'alvéole précise d'où il avait pris le narcotique ou la substance désignée.

## 3. Avril 2013

Le 8 avril 2013, Wettlaufer a signé le dossier électronique AM d'une résidente pour indiquer qu'elle lui avait donné les médicaments provenant de l'emballage alvéolaire qui devaient être administrés à 16 h 30 et à 20 h.



Cependant, l'infirmier du quart suivant a découvert que les médicaments étaient toujours dans les alvéoles dans le chariot à médicaments.

M<sup>me</sup> Crombez a rappelé à Wettlaufer qu'elle lui avait parlé le mois précédent de l'importance de suivre la procédure appropriée et lui a dit qu'il s'agissait d'un incident grave. Elle lui a donné une suspension de cinq jours.

Wettlaufer a d'abord déposé un grief concernant la suspension, demandant qu'elle soit rayée de son dossier, et d'être indemnisée pour perte de salaire. Cependant, le 30 juillet 2013, l'AIIO a informé le bureau central de Caessant Care que Wettlaufer lui avait demandé de retirer le grief.

#### 4. Décembre 2013

Le 14 décembre 2013, Agatha Krawczyk, IA à Caessant Care (Woodstock), a informé M<sup>me</sup> Crombez d'une plainte qu'elle avait reçue d'un membre de la famille d'un résident. Cette personne avait dit à M<sup>me</sup> Krawczyk que Wettlaufer avait mis deux types de gouttes ophtalmiques dans les yeux du résident en même temps, alors qu'il aurait fallu les administrer à au moins cinq minutes d'intervalle. Selon l'épouse du résident, lorsqu'elle a informé Wettlaufer de la procédure à suivre, cette dernière a répondu « Je sais », puis a administré les gouttes l'une après l'autre. Les notes de la réunion d'enquête indiquent que les gouttes ophtalmiques du résident devaient être administrées à plus de 3 heures d'intervalle, mais que Wettlaufer avait manqué l'heure à laquelle elle aurait dû donner une des doses et qu'elle avait administré les deux doses en même temps.

Lorsque M<sup>me</sup> Krawczyk a parlé de la plainte à Wettlaufer, cette dernière a répondu « qu'elle [savait] » et a reconnu qu'elle lui avait administré les deux gouttes ophtalmiques au même moment. M<sup>me</sup> Krawczyk a indiqué que lorsque Wettlaufer était confrontée à des problèmes comme celui-ci, elle n'ait généralement avoir commis une erreur et déclarait : « Je fais tout ce que je suis censée faire. »

M<sup>me</sup> Van Quaethem et M<sup>me</sup> Crombez ont convoqué Wettlaufer à propos de cet incident. Au cours de la réunion, M<sup>me</sup> Crombez a déclaré à Wettlaufer que si elles informaient le bureau central de l'incident, cela ne serait « pas bien ». M<sup>me</sup> Van Quaethem a témoigné que, à ce moment-là, elles « montaient un dossier » contre Wettlaufer, mais ne voulaient pas mettre fin à son emploi juste avant Noël. M<sup>me</sup> Crombez et M<sup>me</sup> Van Quaethem ont finalement conclu que l'incident ne justifiait pas une cessation des fonctions. En conséquence, elles ont envoyé à Wettlaufer une deuxième lettre, semblable à celle du 25 novembre 2013. La deuxième lettre, datée du 19 décembre 2013, indiquait

à Wettlaufer qu'elle devait prendre ces problèmes au sérieux et qu'elles ne pourraient pas continuer à entretenir de « bonnes relations de travail » si ses problèmes de rendement persistaient.

## 5. Janvier 2014

Un certain nombre de problèmes sont survenus en janvier 2014 qui ont entraîné une nouvelle suspension de cinq jours pour Wettlaufer. Le premier problème est survenu le 20 janvier 2014, lorsque M<sup>me</sup> Pickering a été retrouvée déambulant dans la chambre d'un autre résident. Wettlaufer a noté qu'elle avait « tenté d'expliquer à Maureen qu'elle avait des pertes de mémoire et qu'elle avait besoin de faire confiance au personnel. » Cependant, un autre employé a déclaré que Wettlaufer avait en fait dit à M<sup>me</sup> Pickering qu'elle était atteinte de la maladie d'Alzheimer, qu'elle était confuse et qu'elle oubliait des choses. En réponse, M<sup>me</sup> Pickering a ensuite agrippé Wettlaufer et a crié : « Je n'oublie pas ».

M<sup>me</sup> Pickering est restée agitée et a été impliquée dans une altercation avec un autre résident. Quelques heures plus tard, Wettlaufer a noté au dossier que « comme mesure de soins infirmiers, elle lui avait administré de la rispéridone à 20 h, même si c'était 40 minutes trop tôt », soulignant qu'il était dans l'intérêt de M<sup>me</sup> Pickering de recevoir le médicament plus tôt.

Un deuxième problème est apparu le 20 janvier 2014, lorsqu'un préposé SSP s'est plaint que le 15 janvier 2014, Wettlaufer lui avait dit que les préposés SSP n'étaient pas autorisés à s'asseoir derrière le bureau. Le préposé SSP a indiqué que Wettlaufer lui avait dit qu'il « ne faisait pas partie de l'équipe de soins de santé » et qu'il n'était « pas apprécié ».

Un troisième problème est survenu le 21 janvier 2014, lorsque M<sup>me</sup> Krawczyk a déclaré craindre que Wettlaufer ne suive pas la procédure appropriée lors de certains traitements, notamment le rinçage d'un cathéter, l'administration de crèmes médicinales et l'irrigation d'une sonde d'alimentation. M<sup>me</sup> Krawczyk a également indiqué que les préposés SSP lui faisaient part de leurs préoccupations et elle a joint les notes des employés concernés.

Le 22 janvier 2014, un quatrième problème a surgi, concernant la manière dont Wettlaufer traitait un résident diabétique dont la glycémie était faible. Wettlaufer aurait donné du jus d'orange et une tranche de pain grillé au résident, mais n'aurait pas rempli le dossier requis ni renvoyé le résident au diététiste.

Le 23 janvier 2014, la direction a de nouveau convoqué Wettlaufer. Les notes de la réunion démontrent que la discussion s'est concentrée sur les interactions de Wettlaufer avec M<sup>me</sup> Pickering et sa réaction au résident diabétique. Wettlaufer a nié avoir dit à M<sup>me</sup> Pickering qu'elle était confuse et a soutenu qu'elle lui avait administré les médicaments tôt conformément à la pratique infirmière fondée sur des données probantes. Elle a également affirmé ne pas savoir qu'il y avait une politique relative au traitement des résidents diabétiques<sup>26</sup>.

Wettlaufer a été suspendue cinq jours le 28 janvier 2014. Le 29 janvier 2014, elle a informé M<sup>me</sup> Allingham, l'agente des relations de travail de l'AIIO, qu'elle souhaitait déposer un grief concernant la suspension parce qu'elle était « inutilement punitive et reflétait une opinion, pas des faits. » Elle a également insisté sur le fait qu'en administrant le médicament de M<sup>me</sup> Pickering tôt, elle avait exercé un jugement infirmier valable. L'AIIO a déposé un grief au nom de Wettlaufer le 30 janvier 2014.

L'erreur de médicament suivante de Wettlaufer s'est produite en mars 2014 et a entraîné la cessation de ses fonctions.

## **XI. La cessation des fonctions de Wettlaufer**

### **A. L'erreur de médicament**

L'incident qui a conduit à la cessation des fonctions de Wettlaufer de Caressant Care (Woodstock) était une erreur de médicament impliquant de l'insuline injectable. Le 20 mars 2014, M<sup>me</sup> Krawczyk effectuait le quart de jour. Après avoir administré de l'insuline à la résidente B, elle a constaté que la cartouche ne contenait pas assez d'insuline pour une autre dose. Quand elle est allée la remplacer, elle a constaté qu'il n'y avait plus de cartouches pour cette résidente. Elle a commandé de l'insuline et a dit à la pharmacie qu'elle était nécessaire pour la dose du soir de la résidente B. Elle a ensuite laissé le stylo à insuline vide en trois morceaux sur le chariot à médicaments. Lorsque Wettlaufer est arrivée pour son quart de travail, elles ont discuté du fait qu'il ne restait plus d'insuline pour la résidente B, que la pharmacie allait en envoyer et que Wettlaufer devrait remplacer la cartouche. M<sup>me</sup> Krawczyk a de nouveau rappelé cela à Wettlaufer avant de rentrer chez elle.

---

<sup>26</sup> Les notes indiquent que l'IA qui a témoigné lors de la réunion a également déclaré qu'elle n'était pas au courant de l'existence de la politique.

M<sup>me</sup> Krawczyk a ensuite travaillé le 24 mars 2014. Alors qu'elle était sur le point d'administrer l'insuline à la résidente B, elle a remarqué que le stylo de cette résidente contenait la mauvaise cartouche d'insuline : l'insuline prescrite à la résidente B était « laiteuse », alors que celle qui se trouvait dans le stylo était « claire ». Lorsqu'elle a enquêté, M<sup>me</sup> Krawczyk a trouvé une nouvelle boîte d'insuline appartenant à la résidente B, non ouverte, dans le réfrigérateur de la salle des médicaments. Elle en a déduit que Wettlaufer avait placé la mauvaise cartouche dans le stylo à insuline de la résidente B et lui avait donné la mauvaise insuline le soir du 20 mars. De plus, d'autres infirmiers ont ensuite administré la même insuline incorrecte à la résidente B entre le 20 et le 24 mars 2014.

M<sup>me</sup> Krawczyk a immédiatement signalé l'incident à M<sup>me</sup> Crombez et à M<sup>me</sup> Van Quaethem et a rempli un rapport d'incident lié à un médicament. En outre, le médecin a été contacté et il leur a demandé de surveiller la glycémie de la résidente B.

Lors d'une réunion le 26 mars 2014 avec M<sup>me</sup> Crombez, M<sup>me</sup> Van Quaethem et M<sup>me</sup> Routledge, Wettlaufer a déclaré qu'elle ne se souvenait pas que M<sup>me</sup> Krawczyk lui avait dit que l'insuline de la résidente B avait été commandée et arriverait ce soir-là. Elle a reconnu avoir utilisé l'insuline d'un autre résident, affirmant qu'elle pensait qu'elle était du même type. Wettlaufer a prétendu qu'il s'agissait d'une faute involontaire et qu'elle avait connu « une période occupée au moment de la distribution des médicaments à l'heure du souper. » Lorsque la police a ensuite enquêté sur les infractions, Wettlaufer leur a également dit qu'elle n'avait pas commis cette erreur volontairement : elle savait que l'insuline de la résidente B allait être livrée par la pharmacie et, entre-temps, elle a pris ce qu'elle pensait être la même insuline appartenant à un autre résident.

Wettlaufer a été suspendue avec salaire après cette réunion.

## **B. La décision relative à la cessation des fonctions**

M<sup>me</sup> Van Quaethem et M<sup>me</sup> Crombez n'avaient pas le pouvoir de mettre fin unilatéralement à l'emploi d'une infirmière autorisée. Elles ont signalé l'incident à M<sup>me</sup> Sanginesi, qui a à son tour écrit à Jim Lavelle, propriétaire du bureau central de Caessant Care; à Carol Hepting, vice-présidente des opérations pour le bureau central de Caessant Care; et à Tim Dengate, son

directeur financier. Dans cette lettre, M<sup>me</sup> Sanginesi demandait l'autorisation de procéder à la cessation des fonctions de Wettlaufer. Les trois ont convenu que la cessation des fonctions était appropriée.

## C. La réunion de cessation des fonctions

La réunion de cessation des fonctions s'est tenue le 31 mars 2014.

M<sup>me</sup> Van Quaethem, M<sup>me</sup> Crombez, Wettlaufer et M<sup>me</sup> Allingham de l'AIIO étaient présentes. M<sup>me</sup> Crombez a remis à Wettlaufer une lettre de cessation des fonctions indiquant ce qui suit :

Je vous ai rencontrée le 26 mars 2014 pour discuter d'une erreur de médicament. Karen Routledge, IA, a assisté à notre réunion à titre de représentante de l'AIIO.

Le 26 mars 2014, j'ai pris connaissance d'une situation grave concernant [résidente B]. Après enquête, il est devenu évident que vous avez administré le mauvais médicament à [résidente B]. Au lieu de lui donner le médicament qui lui avait été prescrit, vous lui avez donné le médicament qui avait été prescrit à un autre résident. Elle a donc reçu le mauvais médicament, ainsi qu'une surdose, ce qui lui a causé une détresse.

Lors de notre réunion, vous avez reconnu qu'il s'agissait d'une erreur de votre part et expliqué que vous ne l'aviez pas fait exprès. Beth, bien que vous ayez reconnu cette dernière erreur, il s'agit d'un incident de plus qui s'inscrit dans une tendance de comportements qui mettent les résidents en danger. Vous avez un dossier disciplinaire chargé en ce qui a trait aux erreurs liées aux médicaments, qui comprend de nombreux avertissements ainsi que des suspensions de 1 et 3 jours, plus 2 suspensions de 5 jours.

En raison de ce dernier événement, la cessation de vos fonctions est justifiée. Veuillez noter que votre emploi prend fin immédiatement. Toute somme d'argent qui vous est due sera payée selon notre cycle de paie normal. Un relevé d'emploi sera émis électroniquement et sera accessible sur le site Web de Service Canada.

Le jour même, M<sup>me</sup> Allingham a informé M<sup>me</sup> Sanginesi que l'AIIO déposerait un grief concernant la cessation des fonctions de Wettlaufer. Elle a également demandé au bureau central de Caressant Care d'envoyer une lettre à Wettlaufer, conformément à la convention collective, indiquant les dates et la durée de son emploi ainsi que son expérience.

## XII. Le rapport de Caressant Care à l'Ordre

### A. L'obligation juridique

Les employeurs sont tenus de faire rapport à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario dans certaines situations, notamment lorsqu'ils mettent fin à l'emploi d'un infirmier dans les circonstances décrites ci-dessous. Après avoir mis fin à l'emploi de Wettlaufer, M<sup>me</sup> Van Quaethem a déposé un tel rapport (rapport de cessation des fonctions). Au moment de la cessation des fonctions de Wettlaufer, l'article 85.5 du *Code des professions de la santé* (le Code)<sup>27</sup> précisait que l'employeur devait déposer un rapport à l'Ordre des infirmières et infirmiers dans les 30 jours dans les cas suivants :

- il a mis fin à l'emploi d'un infirmier, lui a retiré ses privilèges, les a suspendu ou les a assortis de restrictions pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité;
- il avait l'intention de mettre fin à l'emploi d'un infirmier ou de lui retirer ses privilèges pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, mais ne l'a pas fait parce que l'infirmier a démissionné ou a renoncé volontairement à ses privilèges.

Au moment de la cessation des fonctions, le Code obligeait également les exploitants d'établissement à déposer un rapport auprès de l'Ordre s'ils avaient des motifs raisonnables de croire qu'un infirmier exerçant dans leur établissement était incompetent, frappé d'incapacité ou avait infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient<sup>28</sup>.

### B. Le contenu du rapport de cessation des fonctions

M<sup>me</sup> Van Quaethem a commencé à préparer le rapport de cessation des fonctions le 31 mars 2014, date à laquelle l'emploi de Wettlaufer a pris fin. Elle a obtenu une copie du formulaire de rapport destiné aux exploitants d'établissements et aux employeurs et a commencé à le remplir en ligne. M<sup>me</sup> Van Quaethem ne se souvenait pas d'avoir reçu une formation concernant l'obligation de faire rapport à l'Ordre. Il n'était pas courant que des infirmiers soient licenciés : au cours de ses sept années en tant qu'administratrice,

<sup>27</sup> Annexe 2 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, L.O. 1991, chap. 18.

<sup>28</sup> Code, art. 85.2(1).

M<sup>me</sup> Van Quaethem a licencié un seul autre infirmier et M<sup>me</sup> Crombez se souvient d'avoir mis fin à l'emploi de deux autres infirmiers seulement au cours de ses 30 années en tant que directrice des soins infirmiers.

Sur le formulaire de rapport, M<sup>me</sup> Van Quaethem a indiqué que Caessant Care (Woodstock) remplissait le rapport à titre d'employeur et qu'il s'agissait d'une cessation de fonction pour faute professionnelle, incompétence ou incapacité. Une question visait à savoir si la nature du rapport était liée à la pratique, à la conduite ou à l'incapacité. M<sup>me</sup> Van Quaethem n'a pas rempli cette section.

Les instructions indiquées dans le formulaire étaient : « Décrivez le ou les événements ayant donné lieu à ce rapport (qui, quoi, où, quand et pourquoi). Veuillez énoncer les événements séparément dans l'ordre chronologique (inverse), en commençant par le plus récent. » Le formulaire comprenait un tableau décrivant les renseignements que le déclarant était invité à fournir (voir tableau 5.7).

**Tableau 5.7 : Formulaire de rapport destiné aux exploitants d'établissements et aux employeurs**

DATE	INCIDENT / ÉVÉNEMENT	CONSÉQUENCES POUR LE CLIENT/ AUTRES	RÉPONSE/ EXPLICATION DU MEMBRE	MESURE PRISE PAR L'EMPLOYEUR
------	----------------------	-------------------------------------	--------------------------------	------------------------------

[À remplir par la personne qui fait le rapport.]

Source : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

M<sup>me</sup> Van Quaethem a rempli le formulaire de rapport, en commençant par l'incident qui a conduit à la cessation des fonctions et en remontant dans le temps. Les renseignements comprenaient à la fois des erreurs de médicament et d'autres incidents. Au total, M<sup>me</sup> Van Quaethem a rapporté 10 événements entre août 2012 et mars 2014. Bien que M<sup>me</sup> Van Quaethem ait fourni plus de détails dans le rapport lui-même, les incidents décrits dans le rapport de cessation des fonctions sont résumés dans le tableau 5.8.

**Tableau 5.8 : Résumé des incidents signalés dans le rapport de cessation des fonctions de Wettlaufer**

<b>DATE DE L'INCIDENT SIGNALÉ</b>	<b>DÉTAILS DE L'INCIDENT</b>	<b>MESURE DISCIPLINAIRE IMPOSÉE POUR L'INCIDENT</b>
Mars 2014	Administration du mauvais type d'insuline.	Congédiement
Janvier 2014	Parler à un résident de manière inappropriée et donner des médicaments en dehors du délai imparti.	Suspension de cinq jours
Janvier 2014	Traitement incorrect d'un épisode hypoglycémique.	Counseling
Décembre 2013	Administration incorrecte de gouttes ophtalmiques.	Lettre d'avertissement
Novembre 2013	Avoir omis de tester un échantillon d'urine.	Lettre d'avertissement mentionnant également d'autres exemples de rendement au travail non conforme aux normes – n'a pas effectué d'évaluations, n'a pas suivi les instructions d'un médecin et n'a pas effectué les autres tâches requises du personnel autorisé.
Avril 2013	Quatre médicaments inscrits au dossier, mais non administrés lors de deux distributions de médicaments.	Suspension de cinq jours
Mars 2013	Narcotique donné sans avoir signé le dossier – narcotique manquant lors du calcul.	Suspension d'une journée
Février 2013	N'a pas administré le médicament en suivant la procédure appropriée, a laissé le médicament sur la table de la salle à manger, n'a pas administré d'huile minérale à un résident.	Avertissement écrit



DATE DE L'INCIDENT SIGNALÉ	DÉTAILS DE L'INCIDENT	MESURE DISCIPLINAIRE IMPOSÉE POUR L'INCIDENT
Septembre 2012	N'a pas pris la température du réfrigérateur à vaccins et à médicaments et n'a pas compté correctement les narcotiques.	Avertissement écrit
Août 2012	N'a pas évalué une résidente alors qu'on lui avait signalé qu'elle « n'était pas dans son assiette ».	Avertissement écrit

Source : Compilé par la Commission, basé sur le rapport préparé par M<sup>me</sup> Van Quaethem.

M<sup>me</sup> Van Quaethem a continué à remplir le formulaire jusqu'à ce qu'il ne reste plus de cases vides. À ce stade, elle estimait avoir inclus suffisamment d'incidents pour permettre à l'Ordre de mener son enquête. M<sup>me</sup> Van Quaethem a également indiqué dans l'espace réservé aux commentaires que d'autres problèmes liés à l'assiduité et au comportement professionnel n'avaient pas entraîné de mesures disciplinaires, mais qu'ils avaient été pris en compte au moment de la cessation des fonctions.

M<sup>me</sup> Van Quaethem a posté le rapport à l'Ordre le 17 avril 2014 et l'Ordre l'a reçu le 1<sup>er</sup> mai 2014.

### C. Le moment où a été rédigé le rapport de cessation des fonctions

Le formulaire de rapport ne précisait pas le délai de dépôt du rapport ni le lieu où ce renseignement figurait. Cependant, l'Ordre avait un guide intitulé *L'obligation de déposer un rapport : Guide à l'intention des employeurs, exploitants et infirmières* (Guide sur l'obligation de déposer un rapport), qui contient des renseignements sur cette question. Le Guide stipule que les employeurs doivent communiquer un rapport dans les 30 jours suivant la cessation des fonctions ou la démission du membre, et que les exploitants d'établissement doivent le faire dans les 30 jours suivant la date à laquelle ils ont déterminé qu'ils avaient une obligation de faire rapport. Cependant, le Guide précisait que si l'exploitant craignait que l'infirmier pose un risque permanent, il devait immédiatement déposer un rapport.

M<sup>me</sup> Van Quaethem ne s'est pas référée au Guide sur l'obligation de déposer un rapport lors de la préparation du rapport de cessation des fonctions de Wettlaufer.

## D. Les contacts entre l'Ordre et Caessant Care (Woodstock)

La réaction de l'Ordre au rapport de cessation des fonctions est décrite en détail au chapitre 13. En résumé, le 17 juillet 2014, l'Ordre a envoyé une lettre par courrier ordinaire à l'attention de M<sup>me</sup> Crombez accusant réception du rapport de cessation des fonctions et indiquant que l'Ordre réfléchissait à la possibilité de prendre des mesures supplémentaires. La lettre indiquait que tous les renseignements sur l'affaire étaient confidentiels, ce qui signifiait que l'Ordre ne pouvait pas informer Caessant Care (Woodstock) de la procédure ni de son résultat. Elle informait M<sup>me</sup> Crombez qu'un enquêteur communiquerait avec elle si des renseignements complémentaires étaient nécessaires et demandait que toute documentation pertinente soit conservée pendant deux ans. Elle indiquait également que Wettlaufer recevrait une copie des renseignements communiqués à l'Ordre.

M<sup>me</sup> Crombez n'avait pas vu le rapport de cessation des fonctions avant qu'il ne soit soumis à l'Ordre. Elle ne savait donc pas quels renseignements M<sup>me</sup> Van Quaethem avait inclus concernant le rendement de Wettlaufer. Cependant, elle pensait que M<sup>me</sup> Van Quaethem l'avait probablement identifiée comme étant la personne-ressource de l'Ordre.

Karen Yee, enquêtrice chargée de l'évaluation préliminaire à l'Ordre, a téléphoné à M<sup>me</sup> Crombez le 28 juillet 2014 et lui a laissé un message lui demandant de la rappeler. M<sup>me</sup> Yee et M<sup>me</sup> Crombez se sont parlé le 30 juillet 2014. M<sup>me</sup> Crombez n'avait pas le dossier de Wettlaufer sous la main lors de cette conversation. Elle a indiqué dans son témoignage qu'elle ne croyait pas qu'il se trouvait au foyer, car le bureau central de Caessant Care traitait alors le grief de Wettlaufer.

M<sup>me</sup> Yee n'a pas tenté de vérifier si M<sup>me</sup> Crombez avait pris connaissance du rapport de cessation des fonctions ni suggéré que M<sup>me</sup> Crombez examine le dossier personnel de Wettlaufer avant leur conversation. Elle a déclaré dans son témoignage qu'elle avait supposé que M<sup>me</sup> Crombez lui dirait si elle devait examiner des renseignements avant de lui parler. M<sup>me</sup> Crombez n'a pas eu l'occasion de lire la note de service rédigée par M<sup>me</sup> Yee résumant leur conversation pour en vérifier l'exactitude. Personne d'autre de l'Ordre n'a parlé à M<sup>me</sup> Crombez ni à quelqu'un d'autre de Caessant Care (Woodstock) du rapport de cessation des fonctions.

### XIII. Le grief de Wettlaufer et son règlement

Comme il a été mentionné précédemment, Wettlaufer a déposé un grief concernant la suspension de cinq jours qu'elle a reçue à la fin du mois de janvier 2014. Lorsque son emploi a pris fin le 31 mars 2014, la convention collective donnait à l'AIIO 10 jours pour déposer un grief. L'AIIO a déposé un grief concernant la cessation des fonctions le jour même. Par conséquent, le 31 mars 2014, Wettlaufer avait deux griefs en suspens concernant son emploi chez Caessant Care.

Le bureau central de Caessant Care et l'AIIO ont rapidement entamé des discussions en vue d'un règlement. Au moment de ces discussions, M<sup>me</sup> Allingham ignorait que Wettlaufer avait été congédiée de l'Hôpital du district de Geraldton en 1995 et qu'une autre section locale de l'AIIO avait déposé un grief concernant ce congédiement. Elle ignorait également que les représentants de l'AIIO chez Caessant Care (Woodstock) conservaient un classeur dans le foyer, contenant les notes, les lettres et les formulaires de mesures disciplinaires rédigés à la suite de réunions disciplinaires tenues précédemment avec Wettlaufer.

Début mai 2014, M<sup>me</sup> Allingham et M<sup>me</sup> Sanginesi ont évoqué la possibilité de régler le grief. M<sup>me</sup> Allingham a proposé une somme équivalant à une semaine par année de service, une lettre de référence de M<sup>me</sup> Van Quaethem ou de M<sup>me</sup> Crombez, et que Wettlaufer soit autorisée à présenter une lettre de démission. Elle a également proposé que le dossier personnel de Wettlaufer soit scellé et que la cessation des fonctions soit remplacée par une démission pour raisons personnelles.

La convention collective obligeait Caessant Care à fournir sur demande une lettre indiquant les dates et la durée de l'emploi ainsi que l'expérience de Wettlaufer. M<sup>me</sup> Sanginesi a indiqué dans son témoignage que M<sup>me</sup> Allingham lui avait dit que toute lettre de recommandation devrait contenir des références positives concernant les compétences de Wettlaufer comme infirmière autorisée. M<sup>me</sup> Sanginesi a répondu que Caessant Care n'accepterait pas de rédiger une lettre contenant des commentaires positifs sur les compétences de Wettlaufer à titre d'infirmière, mais elle a indiqué qu'elle vérifierait si Wettlaufer avait des points forts qui pourraient être mentionnés.

M<sup>me</sup> Allingham a indiqué qu'elle n'a sûrement pas dicté le contenu de la lettre, mais qu'il se peut qu'elle ait demandé que la lettre de recommandation contienne quelque chose de positif à propos de Wettlaufer. Elle ne se souvenait pas d'avoir rejeté l'idée d'une lettre qui décrirait simplement les tâches incombant à l'infirmière.

M<sup>me</sup> Sanginesi pensait avoir téléphoné à M<sup>me</sup> Van Quaethem pour s'enquérir des points forts de Wettlaufer, et croyait que M<sup>me</sup> Van Quaethem avait examiné l'évaluation du rendement de Wettlaufer et énuméré certaines forces potentielles. M<sup>me</sup> Crombez a déclaré que M<sup>me</sup> Sanginesi l'avait appelée un jour et lui avait dit : « Helen, si vous pouviez dire quelque chose de positif à propos de Beth, que diriez-vous? » M<sup>me</sup> Crombez a déclaré que M<sup>me</sup> Sanginesi n'avait pas expliqué la raison de sa demande, mais M<sup>me</sup> Crombez lui a fourni les renseignements qui avaient finalement été inclus dans la lettre de recommandation de Wettlaufer.

Le 22 mai 2014, M<sup>me</sup> Allingham a reçu un projet de lettre de recommandation de M<sup>me</sup> Sanginesi. Dans son témoignage, elle a indiqué qu'elle n'avait ni suggéré ni fourni le contenu de la lettre de recommandation et que ni l'AIIO ni Wettlaufer n'avaient demandé de modification.

Le procès-verbal de transaction a été signé par Wettlaufer le 4 juin 2014. Ce procès-verbal comprenait ce qui suit :

1. Par la présente, M<sup>me</sup> Wettlaufer démissionne volontairement et irrévocablement de son emploi chez l'employeur à compter du 31 mars 2014. L'employeur modifiera son dossier personnel afin de refléter sa démission en lieu et place de sa cessation de fonctions. Le dossier de l'employée doit rester scellé, sauf dans les cas prévus par la loi.
2. L'employeur s'engage à verser une somme forfaitaire de deux mille dollars (2 000 \$) à titre de dommages-intérêts à M<sup>me</sup> Wettlaufer.
3. L'employeur remettra à M<sup>me</sup> Wettlaufer une lettre d'emploi jointe aux présentes à l'annexe A.

Conformément au procès-verbal de transaction, l'AIIO a retiré les deux griefs en suspens. Le procès-verbal indiquait clairement que le bureau central de Caressant Care coopérerait avec l'Ordre si celui-ci demandait des renseignements ou des documents concernant Wettlaufer.

Le projet de lettre de recommandation a été joint au procès-verbal de transaction. Le 11 juin 2014, le bureau central de Caessant Care a versé 2 000 \$ à titre de règlement et fourni la lettre de recommandation signée, libellée comme suit :

La présente confirme que Beth Wettlaufer a travaillé à la maison de retraite et de soins infirmiers Caessant Care dans notre foyer de soins infirmiers de Woodstock (Ontario), du 27 juin 2007 au 24 mars 2014, à titre d'infirmière autorisée.

À ce titre, elle était chargée de fournir des soins infirmiers à nos résidents âgés et de superviser le travail des IAA et des préposés SSP.

Au cours de son séjour chez nous, M<sup>me</sup> Wettlaufer a su résoudre les problèmes et a démontré de solides compétences en communication. Elle était ponctuelle et aimait partager ses connaissances avec les autres.

M<sup>me</sup> Wettlaufer a quitté cet emploi pour saisir d'autres occasions. Nous lui souhaitons bonne chance et sommes heureux de lui fournir cette recommandation.

La lettre de recommandation est postérieure à l'engagement de Wettlaufer par le foyer de soins Meadow Park (London). Wettlaufer en a remis une copie à ce foyer de soins infirmiers, mais ne l'a fournie à aucun de ses employeurs ultérieurs.

## **XIV. Caessant Care est informé des Infractions et le Ministère enquête**

M<sup>me</sup> Van Quaethem a commencé à travailler chez Caessant Care (Woodstock) en 2009, et a pris sa retraite le 30 septembre 2016. Quelques jours plus tard, la police s'est rendue au foyer et a informé M<sup>me</sup> Crombez que Wettlaufer avait avoué avoir causé des préjudices à quatre résidents et en avoir tué sept autres dans ce foyer. M<sup>me</sup> Crombez a déclaré que la police lui avait demandé de l'aider en examinant les dossiers des résidents. Elle a décrit sa réaction :

Quand la policière est venue me parler, je l'ai emmenée au bureau de l'administrateur. Nous y avons examiné les dossiers des résidents.... J'en avais des maux de ventre. Je n'arrêtais pas de me dire que ça ne pouvait pas être vrai. Elizabeth Wettlaufer n'avait pas pu tuer des résidents. Elle cause des problèmes au foyer parce que nous l'avons mise à la porte.

En examinant la documentation ensemble, il paraissait évident que ce qu'elle avait dit était probablement vrai. Trois résidents présentaient des symptômes de transpiration, ce qui est un symptôme d'hypoglycémie. Comment avait-elle pu faire une chose pareille? Enlever la vie à ces personnes qui ont travaillé dur toute leur vie, ont fondé une famille, ont eu des amis et se sont rendues jusque-là dans la vie. Elles méritaient une mort naturelle et paisible.

Peu de temps après, M<sup>me</sup> Crombez a informé M<sup>me</sup> Van Quaethem des aveux de Wettlaufer. M<sup>me</sup> Van Quaethem a été tout aussi anéantie d'apprendre ce que Wettlaufer avait fait. Le personnel de Caessant Care (Woodstock) a également été profondément affecté. M<sup>me</sup> Crombez a témoigné :

Le choc était unimaginable. C'était comme si tout s'écroulait. Tous les employés ont été touchés pareillement.

Certains pleuraient quand je les ai vus. J'avais les larmes aux yeux ou je pleurais quand je les voyais. Il y a eu beaucoup d'accolades et de gestes de soutien mutuel.

Même s'il était sous le choc, le personnel a dû continuer à fournir des soins aux résidents. Comme l'a expliqué un employé, « il nous restait à ramasser tous les morceaux et à rebâtir la confiance. » Les employés ont également subi des réactions négatives lorsqu'ils étaient en public. Un d'entre eux a raconté :

J'étais à un enterrement et quelqu'un m'a demandé pourquoi je continuais à travailler là-bas. Je répondais à ce type de commentaires en disant : « Si tout le monde part, qui va aider ces gens? »

J'aime mon travail et je suis fier de ce que nous accomplissons. Cela fait mal quand on dit : « Comment pouvez-vous travailler chez Caessant Care? »

Les résidents de Caessant Care (Woodstock) étaient également bouleversés par cette nouvelle, mais ils ont apporté un soutien considérable au personnel du foyer.

Parallèlement, le Ministère a commencé à enquêter sur les Infractions commises à Caessant Care (Woodstock). Les détails de cette enquête sont abordés au chapitre 11.

Le Ministère s'est d'abord rendu à Caessant Care (Woodstock) le 5 octobre 2016 pour rencontrer M<sup>me</sup> Van Quaethem. Comme cette dernière avait pris sa retraite, ils se sont entretenus avec M<sup>me</sup> Crombez. Ils ont commencé leurs inspections au foyer le 28 octobre 2016, le jour même où la

police a annoncé les accusations portées contre Wettlaufer. Les inspecteurs sont ensuite restés sur place plusieurs mois pour interroger les employés et examiner la documentation. Au cours de l'inspection du Ministère, il est devenu évident que personne à Caessant Care (Woodstock) n'avait jamais soupçonné que Wettlaufer avait intentionnellement porté préjudice à des résidents.

Le 24 janvier 2017, les inspecteurs du Ministère ont émis huit ordres de conformité à Caessant Care (Woodstock). Six des ordres de conformité ont été émis à la suite d'autres inspections concernant des incidents graves ou plaintes ou inspections de suivi menées en même temps que l'inspection à la suite des aveux de Wettlaufer. Les deux autres ordres de conformité concernaient des erreurs de médicament et des problèmes de gestion de médicaments décelés au foyer lors de l'inspection liée à Wettlaufer.

Le 25 janvier 2017, la directrice en poste en vertu de la LFSLD, Karen Simpson, a écrit à James Lavelle, président du bureau central de Caessant Care, pour l'informer que le Ministère avait ordonné au CASC du Sud-Ouest de cesser d'autoriser les admissions à Caessant Care (Woodstock), étant donné ses préoccupations concernant l'éventail de problèmes de conformité au foyer et du risque qu'ils représentaient pour les résidents.

Le Ministère a achevé son inspection en mars 2017, mais il n'a pas publié son rapport avant août 2017 afin d'éviter toute ingérence dans l'instance pénale engagée contre Wettlaufer. Le rapport d'inspection final comprenait trois constatations concernant le non-respect de normes en vertu de la LMSI, 18 avis écrits de non-respect en vertu de la LFSLD (dont cinq avec des plans de redressement volontaires) et deux ordres de conformité. Les conclusions du Ministère sont examinées en détail au chapitre 11.

Une fois l'inspection terminée en mars, les inspecteurs du Ministère sont retournés au foyer pour effectuer plusieurs inspections de suivi au cours de l'été et à l'automne. Le 1<sup>er</sup> septembre 2017, après que d'autres inspections de suivi aient révélé des problèmes de conformité persistants, M<sup>me</sup> Simpson a émis un ordre de gestion obligatoire à Caessant Care (Woodstock). Lorsque de nouvelles inspections de suivi effectuées à l'automne ont révélé que les problèmes de conformité avaient été résolus, l'ordre d'interdiction d'admission a été annulé. M<sup>me</sup> Simpson a avisé le bureau central de Caessant Care que les admissions à Caessant Care (Woodstock) avaient été réautorisées le 4 décembre 2017.

## RECOMMANDATIONS

La situation à Caessant Care (Woodstock) était semblable à celle de Meadow Park (London), et les mêmes recommandations s'appliquent. Je renvoie donc le lecteur aux recommandations formulées à la fin du chapitre 4.



## Le foyer de soins Meadow Park (London)

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	241
<b>II.</b>	<b>Le foyer</b> .....	242
<b>III.</b>	<b>Pratiques d'embauche et d'orientation</b> .....	243
	<b>A. Embauche</b> .....	243
	1. Entretien de groupe .....	244
	2. Entretien individuel .....	245
	3. Références professionnelles .....	245
	4. Vérification du dossier de police et confirmation de l'Ordre .....	246
	<b>B. Orientation et formation du personnel infirmier</b> .....	246
<b>IV.</b>	<b>Gestion des médicaments</b> .....	249
	<b>A. Déclaration des incidents liés à des médicaments</b> .....	250
	<b>B. Réunions de l'équipe interdisciplinaire et vérifications de la gestion des médicaments</b> .....	251
	<b>C. Manipulation de l'insuline</b> .....	253
	1. Livraison, réception et stockage .....	253
	2. Administration .....	253
	3. Traçabilité et élimination .....	254
	<b>D. Manipulation des substances désignées</b> .....	254
	1. Livraison et réception .....	255
	2. Entreposage et administration .....	255
	3. Élimination et destruction .....	255
	4. Narcotiques manquants en avril 2014 .....	256
<b>V.</b>	<b>Déclaration des incidents de mauvais traitement et de négligence</b> .....	257
	<b>A. Incident du 25 juillet 2014</b> .....	258
	<b>B. Incident du 10 août 2014</b> .....	259

<b>VI. Embauche de Wettlaufer</b> .....	260
<b>A. Curriculum vitæ de Wettlaufer</b> .....	260
<b>B. Entretiens individuel et de groupe de Wettlaufer</b> .....	260
1. Entretien de groupe .....	260
2. Entretien individuel .....	261
<b>C. Vérifications des références professionnelles</b> .....	261
<b>D. Vérification de l'inscription auprès de l'Ordre</b> .....	263
<b>E. Autoévaluation sur les médicaments de l'Ordre</b> .....	263
<b>F. Vérification du dossier de police</b> .....	263
<b>G. Orientation et demande d'emploi</b> .....	264
<b>VII. L'infraction</b> .....	265
<b>VIII. La lettre de recommandation de Caressant Care (Woodstock)</b> .....	266
<b>IX. Le rendement de Wettlaufer</b> .....	266
<b>A. Les problèmes d'assiduité</b> .....	266
<b>B. La lettre du 16 septembre 2014</b> .....	267
<b>C. Le rendement général de Wettlaufer</b> .....	267
<b>X. La lettre de démission de Wettlaufer</b> .....	268
<b>XI. La divulgation par Wettlaufer de sa surdose</b> .....	269
<b>XII. La découverte de la disparition des narcotiques</b> .....	270
<b>A. L'enquête de Meadow Park (London) de concert avec le fournisseur de services de pharmacie</b> .....	271
<b>B. L'enquête policière</b> .....	272
<b>C. L'inspection du Ministère</b> .....	274
<b>D. Les changements apportés par Meadow Park (London)</b> .....	275
<b>XIII. L'inspection effectuée par le Ministère à Meadow Park (London) après la découverte des infractions</b> .....	275
<b>XIV. Les changements apportés par Meadow Park (London) depuis les infractions commises par Wettlaufer</b> .....	276
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	276

## I. Introduction

Le foyer de soins Meadow Park (London) est un foyer de soins de longue durée (SLD) à but lucratif de 126 lits situé à London (Ontario). C'est l'un des 14 foyers de SLD gérés par Jarlette Health Services (Jarlette) en Ontario. Meadow Park (London) a fait face aux mêmes difficultés que Caressant Care (Woodstock) et d'autres foyers de SLD en Ontario : le niveau d'acuité accru des résidents entrants et la pénurie d'infirmiers autorisés pour prendre soin de ces résidents. C'est dans ce contexte qu'Elizabeth Wettlaufer est arrivée à Meadow Park (London) en avril 2014, quelques semaines seulement après avoir été congédiée par Caressant Care (Woodstock). Meadow Park (London) l'a embauchée dans les jours qui ont suivi. Dans ce chapitre, j'examine certaines procédures et pratiques du foyer, notamment celles liées à l'embauche, à l'orientation et à la formation du personnel infirmier. J'examine aussi comment Meadow Park (London) gère les médicaments, y compris la manipulation de l'insuline et des narcotiques, et les cas allégués de mauvais traitements.

Après avoir expliqué la procédure d'embauche, j'aborde le sujet du rendement de Wettlaufer pendant les quelque cinq mois où elle a travaillé à Meadow Park (London). Durant cette période, peu de problèmes ont été signalés concernant sa conduite. Aucune erreur de médicament ne s'est produite, et ses compétences en soins infirmiers n'ont soulevé aucune inquiétude.

J'aborde ensuite le meurtre d'Arpad Horvath en août 2014.

Le 25 septembre 2014, Wettlaufer a remis sa démission à Meadow Park (London). Elle a fait son dernier quart de travail le 26 septembre 2014 et n'est jamais revenue. Peu après, Wettlaufer a avoué à la directrice des soins de Meadow Park (London) avoir fait une surdose la fin de semaine précédente et être dépendante aux drogues et à l'alcool. Dans les jours qui ont suivi cette révélation, le foyer a découvert que des narcotiques manquaient. Compte tenu des circonstances, Wettlaufer a été soupçonnée de les avoir volés. J'examine les enquêtes menées au moment de cette découverte – par le foyer, par la police et par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Plus de deux ans après, Wettlaufer a avoué avoir commis les infractions, y compris celle de Meadow Park (London). Je passe brièvement en revue les résultats de l'enquête sur Meadow Park (London) menée par le Ministère après les aveux de Wettlaufer. Le chapitre se termine par un résumé des mesures prises par le foyer après avoir appris le meurtre de M. Horvath par Wettlaufer.

## II. Le foyer

En 2014, les 126 résidents en SLD de Meadow Park (London) étaient répartis sur quatre zones d'un même étage : Kent (33 lits), Lambton (33 lits), Oxford (32 lits) et Elgin (28 lits). L'administrateur du foyer, Robert VanderHeyden, sa directrice des soins, Heather Nicholas, et sa codirectrice des soins, Melanie Smith, étaient chargés de gérer Meadow Park (London) et de veiller à ce qu'il y ait suffisamment de personnel pour répondre aux besoins des résidents. Comme d'autres foyers de SLD en 2014, Meadow Park (London) faisait face à l'acuité plus élevée chez ses résidents.

Le Tableau 6.1 montre, globalement, les niveaux de dotation de 2014 pour les infirmiers autorisés (IA), les infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) et les préposés aux services de soutien à la personne (préposés SSP).

**Tableau 6.1 : Meadow Park (London) : niveaux de dotation, 2014**

QUART DE TRAVAIL	PERSONNEL INFIRMIER	PRÉPOSÉS SSP
Quart de jour (6 h 30–14 h 30)	2 IA 3 IAA	16
Quart de soir (14 h 30–22 h 30)	2 IA 2 IAA	12
Quart de nuit (22 h 30–06 h 30)	1 IA 1 IAA	4

Source : Compilé par la Commission.

Pour ce qui est de la supervision du personnel, les gestionnaires travaillaient la semaine. Ils étaient sur place en journée et durant une partie du quart de soir, mais il n'y avait aucun gestionnaire pendant le quart de nuit ou les fins de semaine. Un infirmier gestionnaire, toutefois, était de garde. Pendant le quart de nuit, l'infirmier autorisé jouait le rôle d'infirmier responsable et avait sous sa responsabilité près de la moitié des résidents. Un infirmier auxiliaire autorisé était responsable de l'autre moitié.

### III. Pratiques d'embauche et d'orientation

#### A. Embauche

En 2014, Meadow Park (London) était régi par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*<sup>1</sup> (LFSLD). Au chapitre 4, j'ai examiné le cadre législatif énoncé dans cette Loi. Dans cette section, je me concentrerai sur les exigences législatives relatives à l'embauche et à l'orientation des infirmiers.

Un foyer de SLD est tenu de veiller à embaucher du personnel qualifié et compétent. Un examen de la LFSLD et du règlement *Dispositions générales*<sup>2</sup> révèle que la procédure de présélection doit inclure :

- si le candidat est âgé de plus de 18 ans, une vérification du dossier de police, y compris une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables, dans les six mois suivant l'embauche du candidat;
- si le candidat est un infirmier/une infirmière, une vérification de son inscription en vigueur auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre)<sup>3</sup>.

En avril 2014, la procédure d'embauche pour les infirmiers de Meadow Park (London) débutait par l'examen des demandes d'emploi ou du curriculum vitæ par la directrice des soins. Au terme de cet examen, les candidats retenus étaient soumis à :

- un entretien de groupe;
- un entretien individuel;
- une vérification des références professionnelles;
- une vérification du dossier de police et une confirmation de l'Ordre.

À l'embauche, les employés avaient une période d'essai de trois mois.

Heather Nicholas a été embauchée en tant que directrice des soins du foyer en mars 2014, un mois avant que Wettlaufer soit embauchée à Meadow Park (London). À ce titre, M<sup>me</sup> Nicholas était responsable de l'embauche, de la

<sup>1</sup> LO 2007, c. 8.

<sup>2</sup> Règl. de l'Ont. 79/10.

<sup>3</sup> LFSLD 2007, art. 75; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 46 et 215.

gestion du rendement, et du licenciement des infirmiers et des préposés SSP du foyer. Dans son témoignage, elle a expliqué que Jarlette avait élaboré une procédure organisationnelle appelée « Hiring the Jarlette Way » (la façon Jarlette), permettant d'« aider les cadres dans la sélection et les entretiens ».

La façon Jarlette prodiguait des conseils sur les qualités à rechercher chez un employé potentiel :

- stabilité et plan de carrière;
- preuves de perfectionnement progressif;
- signes de réussite/résultats;
- relations interpersonnelles positives.

En comparaison, elle donnait aussi les caractéristiques dont il fallait se méfier :

- problèmes d'assiduité;
- candidat qui accepte une baisse de salaire;
- candidat qui veut l'emploi comme emploi d'appoint (deuxième emploi);
- candidat qui est trop qualifié pour le poste.

## 1. Entretien de groupe

Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Nicholas a déclaré conserver « un réservoir » de curriculum vitæ parmi lesquels elle sélectionnait des candidats pour un entretien en groupe. Ce réservoir comprenait des curriculums vitæ d'IA, d'IAA et de préposés SSP.

Souvent, l'entretien de groupe regroupait à la fois des préposés SSP et des infirmiers. La façon Jarlette présentait un certain nombre d'éléments, comme une « question brise-glace », un « exercice collectif de survie », un « test de compétences » et plusieurs formulaires de profil à remplir par les candidats. Les recruteurs évaluaient les candidats au moyen d'une « fiche d'évaluation des candidats en entretien de groupe », qui listait des caractéristiques telles que le professionnalisme, le niveau d'énergie, le niveau d'initiative, la politesse, la communication, l'attitude, la serviabilité et l'esprit d'équipe. L'entretien de groupe permettait aux recruteurs d'observer les aptitudes de « pensée critique » et de « travail en équipe » du candidat. Un seul formulaire était rempli pour tout le groupe vu en entretien.

M<sup>me</sup> Nicholas a précisé que certaines caractéristiques observées par les recruteurs au cours de l'entretien pouvaient établir qu'un IA n'était pas adéquat pour le poste. Parmi ces caractéristiques, il y avait :

- l'incapacité de répondre correctement aux questions;
- le manque de leadership;
- des problèmes de pensée critique.

## 2. Entretien individuel

Les recruteurs examinaient ensuite les résultats de l'entretien de groupe, et les candidats sélectionnés procédaient à l'entretien individuel. En entretien individuel, on posait de nouveau aux candidats une série de questions tirées de la façon Jarlette. Décrites comme des « questions comportementales », elles visaient à mesurer « les compétences, les connaissances et les comportements ». Une échelle permettait d'évaluer chaque réponse du candidat. Si plus d'une personne répondait aux besoins de l'organisation et possédait les compétences appropriées, la façon Jarlette stipulait qu'il fallait soumettre les candidats à un troisième entretien.

## 3. Références professionnelles

Si les candidats réussissaient l'entretien individuel, leurs références professionnelles étaient vérifiées. La façon Jarlette comportait les exigences suivantes concernant les références :

- L'une des références doit provenir d'un superviseur direct du candidat dans son emploi actuel ou son emploi le plus récent. Si le candidat est réticent à communiquer cette information, vérifier d'abord les autres références. Si ce candidat apparaît comme le candidat le plus qualifié, l'aviser qu'une offre d'emploi pourrait lui être faite, à condition que le superviseur actuel agisse comme référence. Cela permettra au candidat de déterminer s'il veut vraiment ce poste et d'aviser son superviseur actuel de l'appel téléphonique attendu;
- Lors de la vérification des références, confirmer les déclarations du candidat en matière de poste, d'ancienneté, de responsabilités, de salaire et de réalisations;
- Insister pour que l'employeur précédent réponde par oui ou par non à la question de savoir s'il réembaucherait le candidat. Si sa réponse est non, ne pas retenir la candidature.

Meadow Park (London) a eu recours au formulaire de vérification des références des candidats de Jarlette, qui proposait des questions à poser aux références sur :

- les fonctions dans lesquelles elles ont connu le candidat, et pendant combien de temps;
- les circonstances de départ du candidat;
- si ses collègues appréciaient/respectaient le candidat;
- les forces et les points faibles du candidat.

Le formulaire comprenait aussi une série de questions à poser à la référence, y compris la note qu'elle accorderait au candidat au regard de :

- son rendement (qualité et quantité);
- sa capacité de résolution de problèmes;
- sa capacité à travailler de façon autonome;
- ses habitudes de travail;
- son assiduité.

#### **4. Vérification du dossier de police et confirmation de l'Ordre**

La procédure d'embauche de Meadow Park (London) exigeait une vérification du dossier de police, y compris une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables, pour chaque candidat. En outre, le foyer consultait l'Ordre pour s'assurer que le candidat était autorisé à exercer la profession d'infirmier et possédait une licence d'infirmier sans restriction.

## **B. Orientation et formation du personnel infirmier**

La LFSLD stipulait que le titulaire de permis devrait veiller à ce que les nouveaux employés reçoivent une orientation et une formation avant qu'ils ne commencent à s'occuper des résidents.

Comme je l'ai mentionné au chapitre 4, en vertu de la LFSLD, les titulaires de permis doivent s'assurer que tout leur personnel a suivi une formation dans les domaines suivants avant de commencer à travailler dans le foyer :

- la déclaration des droits des résidents;
- l'énoncé de mission du foyer de SLD;



- la politique du foyer de SLD visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents;
- l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 de la LFSLD;
- la protection des dénonciateurs qu'offre l'article 26 de la LFSLD;
- la politique du foyer de SLD visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents;
- la prévention des incendies et la sécurité;
- les mesures d'urgence et le plan d'évacuation;
- la prévention et le contrôle des infections;
- l'ensemble des lois, des règlements, des politiques du Ministère et des documents semblables, y compris les politiques du titulaire de permis, qui se rapportent aux responsabilités de la personne<sup>4</sup>;

La LFSLD exige que le personnel en soins directs possède une formation plus poussée dans ces domaines :

- le dépistage et la prévention des mauvais traitements;
- les questions de santé mentale, y compris les soins aux personnes atteintes de démence;
- la gestion des comportements;
- la façon de réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et, si la contention se révèle nécessaire, la façon de l'utiliser conformément à la loi et aux règlements;
- les soins palliatifs<sup>5</sup>.

En 2014, le personnel infirmier a bénéficié de deux journées complètes d'orientation générale correspondant aux besoins de Meadow Park (London). Idéalement, plusieurs membres de la direction du foyer – comme le directeur des soins, le formateur du personnel, et l'administrateur du foyer – devaient participer à la formation. Cependant, s'ils n'étaient pas disponibles, le formateur du personnel était chargé de veiller à la bonne exécution de l'orientation.

L'orientation générale combinait un examen des politiques, des présentations en PowerPoint, des modules d'apprentissage, des questionnaires et des vidéos.

---

<sup>4</sup> LFSLD 2007, art. 76(2).

<sup>5</sup> LFSLD 2007, art. 76(7).

Chaque nouvel employé recevait un cahier de politiques et procédures. Les sujets abordés dans l'orientation étaient ceux que stipulait la LFSLD et :

- les inquiétudes et les plaintes;
- les soins aux personnes atteintes de démence et les comportements réactifs;
- la prévention de la violence, y compris la surveillance des comportements réactifs.

De plus, le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer offrait une orientation aux nouveaux infirmiers quant au dossier électronique sur l'administration des médicaments (dossier électronique AM).

Les nouveaux infirmiers prenaient ensuite part à une orientation sur le terrain, où ils collaboraient avec le personnel infirmier déjà en place. En 2014, l'orientation sur le terrain consistait en deux quarts de jour, deux quarts de soir et un quart de nuit. Les nouveaux infirmiers observaient tout d'abord le travail du personnel infirmier en place, par exemple dans le cadre de la distribution des médicaments pendant le quart de jour. Ils exécutaient ensuite les tâches eux-mêmes, sous la supervision et avec l'aide du personnel infirmier en place.

Pendant l'orientation sur le terrain, le nouveau personnel infirmier n'avait les clés ni des salles des médicaments ni des chariots à médicaments.

Les infirmiers menant l'orientation pouvaient commenter oralement si le nouvel infirmier « se débrouillait bien ou mal », mais ils n'étaient pas tenus de préparer une évaluation ou de rédiger tout autre document écrit.

Meadow Park (London) organisait aussi des sessions mensuelles de formation. Par exemple, la session de mars 2014 était axée sur la prévention des mauvais traitements. Une bonne partie de la formation était dispensée en ligne. La session axée sur la prévention des mauvais traitements comprenait une formation en ligne intitulée « Mauvais traitements et négligence (pour le Canada) ». Jarlette organisait également des journées annuelles de formation pour ses administrateurs et directeurs de soins.

Comme je l'ai mentionné au chapitre 4, il est parfois ardu pour les foyers de SLD d'assurer une formation efficace. M<sup>me</sup> Nicholas a confirmé que Meadow Park (London) n'allouait pas de temps supplémentaire à son personnel pour satisfaire à ses exigences de formation. Le personnel devait donc se former pendant ses heures de travail. Pour aider à la formation,

M. VanderHeyden a expliqué que le foyer a réaménagé une salle en y installant des ordinateurs pour le personnel.

Lia McInnes, formatrice du personnel à Meadow Park (London) durant l'été 2014, a expliqué qu'elle devait parler au personnel infirmier lorsque celui-ci n'était pas avec un résident pour qu'il termine sa formation. Le personnel infirmier devait délaissé ses tâches sur le terrain pour se former.

M<sup>me</sup> Nicholas a signalé que le personnel se plaignait du fait que la formation l'empêchait de se consacrer à ses obligations. Même si la formation pouvait être suivie à la maison, le personnel infirmier voulait être payé pour le temps qu'il y consacrait.

Tanya Adams, pharmacienne clinicienne consultante chez Classic Care – le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer en 2014<sup>6</sup> – a expliqué qu'elle trouvait parfois difficile de réussir à organiser des sessions de formation au foyer. Elle a ajouté que l'achalandage à ces sessions n'était « pas toujours le meilleur », car les sessions n'étaient pas obligatoires.

## IV. Gestion des médicaments

Les unités Oxford et Elgin partageaient une salle des médicaments et un poste infirmier, alors que les unités Kent et Lambton avaient chacune leur propre salle des médicaments et leur propre poste infirmier. En 2014, une seule salle des médicaments (Oxford) était dotée d'une fenêtre. Chaque salle était fermée à clé. Les membres autorisés du personnel qui étaient assignés à chaque unité avaient uniquement la clé de leur salle des médicaments – pas celle des deux autres. Les portes des salles des médicaments se verrouillaient automatiquement à chaque fermeture.

Le type et l'emballage des médicaments utilisés à Meadow Park (London) étaient conformes à ce qui a été décrit dans le chapitre 4. Les médicaments étaient prescrits par le directeur médical (s'il était également le médecin du résident) ou par le médecin personnel du résident. Les médicaments qui ne sont pas classés comme substances désignées (médicaments non désignés) en comprimés étaient conditionnés en bande alvéolée. Les médicaments classés comme substances désignées (médicaments désignés) en comprimés, comme l'hydromorphone, étaient conditionnés en plaquette alvéolée.

---

<sup>6</sup> En 2016, Meadow Park a choisi un nouveau fournisseur de services pharmaceutiques : Silver Fox Pharmacy.

Classic Care livrait les médicaments en sacs à Meadow Park (London). Sur chaque sac figuraient « MPLN » et la section du foyer à laquelle les médicaments étaient destinés. Chaque sac contenait un bordereau de livraison généré automatiquement, qui détaillait la commande de chaque résident. Les substances désignées arrivaient dans des sacs blancs qui étaient scellés à la pharmacie avec du ruban rouge inviolable.

Comme les médicaments étaient généralement livrés à l'heure du repas du soir, une heure chargée au foyer, c'est le personnel infirmier de l'unité Oxford ou Elgin (les unités les plus proches de la porte d'entrée) qui signait le bordereau de livraison pour tous les médicaments. En général, les infirmiers n'avaient pas le temps de traiter et d'inventorier les médicaments immédiatement après la livraison. Ils remettaient les médicaments aux autres postes infirmiers en enfermant les médicaments dans les salles de médicaments jusqu'à ce qu'ils puissent être traités, ou appelaient les infirmiers des autres unités pour les aviser que leurs médicaments avaient été livrés. Le traitement et l'inventaire des médicaments avaient lieu plus tard, quand les infirmiers avaient le temps de s'en occuper.

## **A. Déclaration des incidents liés à des médicaments**

La procédure interne pour documenter les incidents se produisant à Meadow Park (London) débutait par le remplissage d'un formulaire de déclaration de risque, un formulaire interne que les membres du personnel remplissaient pour rapporter tout incident inhabituel. Tout le personnel était formé à cette procédure.

Une fois remplis, les formulaires étaient laissés dans le poste infirmier où ils étaient récupérés et examinés par la directrice des soins (M<sup>me</sup> Nicholas) ou par la codirectrice des soins (M<sup>me</sup> Smith), ou bien ils étaient placés dans le bureau de M<sup>me</sup> Nicholas. M<sup>me</sup> Nicholas a déclaré dans son témoignage qu'elle examinait ces formulaires lorsqu'elle arrivait au foyer chaque matin. Elle donnait alors suite aux incidents lorsqu'elle l'estimait nécessaire et approprié.

En cas d'incident concernant un médicament désigné manquant, M<sup>me</sup> Nicholas a affirmé dans son témoignage qu'elle menait une enquête. Si le médicament ne pouvait toujours pas être retrouvé, M<sup>me</sup> Nicholas, M. VanderHeyden ou M<sup>me</sup> Smith remplissait un rapport d'incident grave et le remettait au Ministère. La police était également contactée.

Si l'incident impliquait une erreur de médicament, le médecin du résident et, le cas échéant, le mandataire spécial du résident étaient prévenus. Comme

noté au chapitre 4, si un incident lié à un médicament ou une réaction indésirable à un médicament nécessitait de conduire un résident à l'hôpital, le foyer devait alors déposer un rapport d'incident grave auprès du Ministère<sup>7</sup>.

Le fournisseur de services pharmaceutiques devait également recevoir une copie de tous les formulaires de déclaration de risques se rapportant aux incidents liés à des médicaments, afin de pouvoir enquêter et intervenir. M<sup>me</sup> Adams a confirmé dans son témoignage que le personnel de Meadow Park (London) devait remplir un formulaire interne pour le foyer et un second pour la pharmacie. Elle a indiqué que les deux formulaires devaient être reçus par le fournisseur de services pharmaceutiques<sup>8</sup>. Elle ne croyait pas que le fournisseur de services pharmaceutiques recevait des rapports de tous les incidents liés à des médicaments.

## **B. Réunions de l'équipe interdisciplinaire et vérifications de la gestion des médicaments**

Comme noté au chapitre 4, en vertu des dispositions de la LFSLD, les titulaires de permis doivent avoir une équipe interdisciplinaire qui comprend le directeur médical, l'administrateur, le directeur des soins infirmiers et le fournisseur de services pharmaceutiques. Entre autres tâches, l'équipe interdisciplinaire doit se réunir une fois par trimestre pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments du foyer et recommander les modifications à apporter pour l'améliorer<sup>9</sup>. À Meadow Park (London), cette équipe interdisciplinaire était appelée le Professional Advisory Committee (comité consultatif professionnel ou CCP).

Lors des réunions du CCP, l'équipe examinait les statistiques d'utilisation de certains médicaments fournis par le fournisseur de services pharmaceutiques comme les tranquillisants, les analgésiques et les psychotropes. Les réunions n'abordaient pas les statistiques d'utilisation de l'insuline même si la pharmacie pouvait, sur demande, déclarer la quantité d'insuline commandée et le nombre de résidents sous insuline. L'équipe discutait des incidents liés à des médicaments, y compris de leurs causes, de leur résolution et de la façon de les prévenir.

<sup>7</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107.

<sup>8</sup> Même si M<sup>me</sup> Adams a fait mention de deux différents formulaires remplis par le personnel, les témoins de Meadow Park n'ont en général évoqué que le formulaire de déclaration de risque.

<sup>9</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 115. De plus, l'équipe devait effectuer une évaluation annuelle du système de gestion des médicaments du foyer. Aux fins de l'évaluation annuelle, l'équipe devait également comprendre un diététiste agréé qui faisait partie du personnel du foyer : Règl. de l'Ont. 79/10, art. 116.

Meadow Park (London) menait également des vérifications de la gestion des médicaments. Ces vérifications étaient principalement réalisées par un agent de liaison spécialisé, employé par le fournisseur de services pharmaceutiques. Les vérifications portaient sur les domaines suivants : médicaments désignés; manutention et entreposage des médicaments; administration des médicaments; vérification générale des systèmes examinant diverses procédures pharmaceutiques, y compris le dossier des médicaments. Une fois terminées, les vérifications étaient publiées sur le portail du fournisseur de services pharmaceutiques. L'administrateur du foyer, la directrice des soins et la codirectrice des soins étaient prévenus dès que les résultats étaient disponibles. Parfois, ces vérifications débouchaient sur une formation supplémentaire du personnel.

Des vérifications mensuelles étaient également réalisées pour la boîte à médicaments d'urgence (BMU), la vérification de l'inventaire, le contrôle des médicaments périmés ou illisibles ainsi que la procédure de renouvellement des commandes de médicaments.

Comme noté au chapitre 4, le glucagon est un médicament de secours conservé dans la BMU. D'après la politique concernant la BMU de Jarlette, la procédure suivante devait être respectée par le personnel infirmier pour un médicament provenant de la BMU :

- s'assurer qu'une ordonnance écrite du médecin a été obtenue pour le médicament à administrer;
- consigner le retrait du médicament de la BMU, conformément à la politique et à la procédure décrite par le fournisseur de produits pharmaceutiques;
- assurer le réapprovisionnement du médicament pris dans la BMU, conformément à la politique et à la procédure décrite par le fournisseur de produits pharmaceutiques;
- contacter le fournisseur de produits pharmaceutiques ou la pharmacie de garde si un médicament nécessaire n'est pas contenu dans la BMU;
- consigner les actions réalisées dans les notes d'évolution.

En 2014, la procédure concernant la BMU de Classic Care stipulait que :

L'administrateur, le directeur des soins, le directeur médical et le représentant/pharmacien de Classic Care passent en revue le contenu et l'utilisation de la boîte d'urgence au moins une fois par an et font toutes les modifications nécessaires en fonction des besoins et de l'utilisation.

Silver Fox, le fournisseur de services pharmaceutiques, dispose d'une exigence similaire pour l'examen annuel de la boîte à médicaments d'urgence. Concernant l'utilisation spécifique du glucagon de la BMU, Jonathan Lu, pharmacien chez Silver Fox, a déclaré à l'Enquête qu'il n'y avait aucune procédure concernant la « traçabilité du glucagon au sein du foyer, à l'exception du réapprovisionnement de la boîte d'urgence. Une forte utilisation [de glucagon] aurait pu être révélée lors du réapprovisionnement de la boîte d'urgence puisque son utilisation est un signe de diabète mal contrôlé. »

## C. Manipulation de l'insuline

Comme à Caressant Care (Woodstock), les résidents diabétiques nécessitant de l'insuline étaient traités avec le système à stylo et cartouches. En 2014, les résidents de Meadow Park (London) n'utilisaient pas encore de stylos jetables.

### 1. Livraison, réception et stockage

Lorsque l'insuline était commandée, elle était livrée par le fournisseur de services pharmaceutiques. Les boîtes de cartouches d'insuline étaient entreposées dans un réfrigérateur non verrouillé dans chaque salle des médicaments (fermée à clé). Il n'y avait pas de bacs destinés à conserver l'insuline de chaque patient séparément. Si plusieurs types d'insuline étaient destinés à un même patient, les boîtes de cartouches de ce patient étaient conservées ensemble, attachées par un élastique.

En 2014, les stylos à insuline des résidents étaient entreposés dans le même tiroir du chariot à médicaments verrouillé. Si un résident avait deux stylos ou plus, ils étaient attachés ensemble<sup>10</sup>.

### 2. Administration

La Politique des soins aux diabétiques de Jarlette, en vigueur dans tous ses foyers depuis 2007 et révisée en 2013, traitait notamment de l'administration d'insuline. Elle stipulait que « Conformément aux directives de l'ISMP [l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients], une 'contre-vérification indépendante' doit être, dans la mesure du possible, réalisée par deux membres autorisés du personnel, incluant le dosage et le type d'insuline à administrer ».

<sup>10</sup> Lorsque Meadow Park (London) a changé de fournisseur de services pharmaceutiques en 2016, le nouveau fournisseur a changé les chariots à médicaments et mis en œuvre une pratique pour séparer les stylos à insuline des résidents. Les stylos d'un résident étaient alors conservés dans un bac à côté des autres médicaments non désignés du résident.

M<sup>me</sup> Nicholas a déclaré qu'elle ne se rappelait pas avoir vu la Politique des soins aux diabétiques et qu'il aurait été peu pratique qu'un second infirmier vérifie indépendamment le dosage et le type d'insuline administré. M<sup>me</sup> Smith, la codirectrice des soins, connaissait la Politique de soins aux diabétiques, mais elle pensait également qu'il n'était pas pratique d'affecter deux membres du personnel à l'administration de l'insuline à Meadow Park (London). Elle a toutefois noté que si un nouvel employé n'avait jamais travaillé avec des stylos à insuline, une contre-vérification était recommandée jusqu'à ce qu'il soit habitué à utiliser les stylos.

Une infirmière de Meadow Park (London) a déclaré dans son témoignage que la dose qu'elle administrait n'était contre-vérifiée par un collègue que si elle avait reçu une ordonnance d'administration urgente. Autrement dit, si la dose d'insuline était une dose prescrite régulièrement, il n'y avait pas de contre-vérification. Si, toutefois, le médecin avait ordonné une nouvelle dose qui n'était pas encore enregistrée dans le dossier électronique AM, elle s'assurait qu'un autre collègue contre-vérifie ce qu'elle faisait.

### 3. Traçabilité et élimination

À l'exception de l'enregistrement de son administration sur le dossier électronique AM, l'utilisation d'insuline ou l'élimination des cartouches ne faisaient l'objet d'aucune traçabilité de la part de Meadow Park (London) ni de son fournisseur de services pharmaceutiques.

À Meadow Park (London), les cartouches utilisées ou périmées pouvaient être jetées dans le contenant pour objets tranchants ou dans la boîte de destruction des médicaments non désignés. Le personnel infirmier n'avait pas besoin de consigner l'élimination d'une cartouche ni de noter qu'une nouvelle avait été prélevée dans la réserve du résident dans le réfrigérateur. En outre, comme il est expliqué au chapitre 4, les cartouches contenaient souvent des restes d'insuline lorsqu'elles étaient jetées.

## D. Manipulation des substances désignées

Dans cette section, j'examinerai comment Meadow Park (London) manipulait les substances désignées, notamment les contrôles instaurés par le foyer pour empêcher la disparition de ces médicaments.



## 1. Livraison et réception

À Meadow Park (London), un membre du personnel infirmier réceptionnait les substances désignées auprès du livreur du fournisseur de services pharmaceutiques, généralement le soir. L'infirmier et le livreur signaient un bordereau pour confirmer la livraison des médicaments. Les sacs de médicaments étaient étiquetés pour indiquer leur unité de destination. L'infirmier remettait alors les substances désignées à l'infirmier de l'unité spécifiée. Ce dernier devait comparer les médicaments reçus aux médicaments commandés puis consigner ce qui avait été reçu dans le dossier des médicaments.

## 2. Entreposage et administration

Les narcotiques étaient conservés dans un bac séparé et verrouillé du chariot à médicaments, lui-même verrouillé. Seul le membre du personnel infirmier responsable de l'unité avait les clés de la salle des médicaments de cette unité, du chariot à médicaments et du bac à narcotiques du chariot à médicaments. Lorsqu'un infirmier administrait un narcotique à Meadow Park (London), il devait signer le dossier électronique AM ainsi que la feuille de calcul des narcotiques individuelle. À la fin de chaque quart, l'infirmier en fonction remettait les clés à son collègue du quart suivant. Un inventaire des narcotiques devait alors être effectué par les deux infirmiers.

## 3. Élimination et destruction

L'élimination et la destruction des médicaments désignés de Meadow Park (London) suivaient généralement la procédure décrite au chapitre 4. Deux infirmiers étaient requis pour disposer des narcotiques. Les deux infirmiers comparaient le nombre de comprimés restant dans la plaquette alvéolée avec le nombre de comprimés inscrit sur la feuille de calcul des narcotiques. Ils notaient la date d'élimination de la plaquette sur la feuille de calcul des narcotiques et signaient pour attester que la quantité restante, à détruire, correspondait à celle inscrite sur la feuille. Ils joignaient alors la feuille de calcul des narcotiques à la plaquette de narcotiques et les déposaient dans la boîte de destruction des médicaments désignés. Il s'agissait d'une boîte verrouillée, fixée au sol et située dans une salle fermée à clé de l'unité Oxford.

Le pharmacien et le directeur des soins (ou le membre du personnel infirmier désigné par ce dernier) devaient tous deux être présents pour la destruction des médicaments désignés. Les médicaments étaient retirés de la boîte de destruction des médicaments désignés, comptés par les deux personnes

puis dénaturés par le pharmacien. Cette procédure consistait à retirer les médicaments de leur emballage ou flacon, à les placer ensemble dans un seau de destruction des médicaments puis à les diluer dans de l'eau. Un couvercle verrouillé était alors placé sur le seau destiné à être emporté par une entreprise de gestion des déchets.

#### 4. Narcotiques manquants en avril 2014

Le 24 avril 2014, M<sup>me</sup> Adams et M<sup>me</sup> McInnes procédaient à la destruction des médicaments désignés. Elles ont donc examiné la feuille de calcul des narcotiques de la boîte de destruction des médicaments désignés. La feuille mentionnait une plaquette, contenant 11 comprimés d'hydromorphone, dont le dépôt dans la boîte le 14 février 2014 avait été attesté par la signature de deux infirmiers. Or, elles n'ont pas pu retrouver la plaquette dans la boîte de destruction des médicaments désignés.

Le jour même, M<sup>me</sup> McInnes a rempli un formulaire interne de déclaration de risque. M<sup>me</sup> Adams et M<sup>me</sup> McInnes ont mené une enquête au sujet des narcotiques manquants. Elles ont vérifié les fiches d'inventaire du quart pour déceler d'éventuelles erreurs et elles ont examiné le dossier du résident à qui les narcotiques avaient été prescrits. Elles ont découvert que l'hydromorphone était censé avoir été retiré de la circulation puisque le résident ne devait plus en prendre.

Selon M<sup>me</sup> Adams, bien que deux membres du personnel infirmier aient signé pour indiquer que les narcotiques avaient été retirés du chariot à médicaments, les médicaments n'avaient jamais été mis dans la boîte de destruction des médicaments désignés. En revanche, M<sup>me</sup> McInnes pensait que l'hydromorphone avait été déposé dans la boîte de destruction des médicaments le 14 février 2014 et que, par conséquent, les narcotiques avaient disparu de la boîte de destruction des médicaments désignés à un moment donné, entre le 14 février et le 24 avril 2014.

Seule M<sup>me</sup> Nicholas avait la clé de la boîte de destruction des médicaments désignés. M<sup>me</sup> Nicholas a indiqué qu'elle n'avait jamais remarqué ni que personne ne lui avait signalé que la boîte de destruction des médicaments désignés semblait endommagée ou présentait un défaut qui aurait permis à quelqu'un d'y avoir accès. De même, M<sup>me</sup> Smith a déclaré dans son témoignage qu'elle n'avait jamais eu connaissance que cette boîte présentait un défaut ou que l'on avait essayé de la forcer.

Même si l'incident a été déclaré à l'interne, le foyer n'a pas déposé le rapport d'incident grave requis auprès du Ministère et il n'a pas non plus appelé la

police. M<sup>me</sup> Nicholas, qui a signé le formulaire de déclaration de risque, n'a pas été en mesure de dire à l'Enquête pourquoi ces mesures n'avaient pas été prises et elle ne se rappelait plus si, finalement, la cause de la disparition des médicaments avait été élucidée. Suivant cet incident, Meadow Park (London) a préparé un registre pour la boîte de destruction des médicaments désignés, où les deux membres du personnel infirmier devaient consigner toutes les substances désignées placées dans la boîte, puis apposer leur signature. Cette procédure était destinée à s'assurer que deux personnes avaient assisté au dépôt des médicaments et de la feuille de calcul des narcotiques dans la boîte.

Que les médicaments aient été subtilisés avant d'être mis dans la boîte ou qu'ils aient été retirés de la boîte d'une façon quelconque à une date ultérieure, il n'y avait aucune preuve devant l'Enquête que Wettlaufer ait volé ces médicaments. Si les médicaments n'ont jamais été placés dans la boîte le 14 février 2014, ils ont donc été subtilisés avant que Wettlaufer commence à travailler à Meadow Park (London). Pour que Wettlaufer ait été impliquée dans la subtilisation des médicaments après leur dépôt dans la boîte, il aurait fallu qu'elle ait accès à la salle des médicaments et à la boîte verrouillée de destruction des médicaments désignés entre le 22 avril et le 24 avril 2014. Wettlaufer suivait une orientation en salle de classe à Meadow Park (London) les 22 et 23 avril 2014, et n'aurait pas pu avoir accès aux salles des médicaments. Le 24 avril 2014, elle a eu son premier jour d'orientation sur le terrain et n'aurait pas pu avoir la clé ou accès à la salle des médicaments sans être accompagnée par un membre du personnel infirmier.

## V. Déclaration des incidents de mauvais traitement et de négligence

En 2014, Meadow Park (London) a instauré une politique de « tolérance zéro » en matière de mauvais traitements des résidents (Politique sur les mauvais traitements), sur laquelle tout le personnel avait reçu une orientation<sup>11</sup>. La procédure générale prévoyait que le personnel fasse part de ses préoccupations à la direction. La procédure suivie à Meadow Park (London) suivant une allégation de mauvais traitement est démontrée par un incident s'étant produit en juillet 2014 et impliquant M. Horvath.

---

<sup>11</sup> Même si Jarlette a mis à jour sa Politique sur les mauvais traitements en septembre 2013, lorsqu'Elizabeth Wettlaufer a été embauchée en avril 2014, elle a signé la version de janvier 2013. C'est donc à cette version que je vais renvoyer dans ce chapitre.

## A. Incident du 25 juillet 2014

Selon un rapport d'incident grave déposé par Meadow Park (London) le matin du 26 juillet 2014, un incident impliquant M. Horvath et un membre du personnel s'était produit le soir précédent. M. Horvath était soupçonné d'avoir giflé une préposée SSP et cette dernière l'aurait giflé en retour; il lui aurait alors craché dessus et elle aurait également craché sur lui en retour. Wettlaufer n'était pas impliquée dans l'incident.

Selon les preuves existantes, l'incident a été traité de la façon suivante :

- l'incident a été immédiatement déclaré à l'infirmier responsable;
- la codirectrice des soins a été avertie, tout comme l'administrateur;
- la codirectrice des soins a contacté le Ministère sur sa ligne de signalement ouverte après les heures de bureau;
- la police a été contactée;
- la membre du personnel impliquée a été suspendue de ses fonctions pendant l'enquête;
- l'infirmière responsable a procédé à un examen complet de M. Horvath et n'a noté aucune blessure ni contusion;
- un rapport d'incident grave a été déposé le matin suivant.

M. VanderHeyden a décrit la procédure générale d'enquête du foyer en cas d'allégations de mauvais traitement :

- le membre du personnel soupçonné d'avoir maltraité un résident était immédiatement mis en congé administratif payé;
- le cadre responsable menait une enquête et préparait puis déposait un rapport d'incident grave;
- la police était contactée;
- le mandataire spécial du résident était prévenu;
- l'administrateur ou le directeur des soins interrogeaient les témoins;
- l'incident et l'enquête étaient communiqués au service des ressources humaines de Jarlette;
- le service des ressources humaines décidait de prendre des sanctions disciplinaires (si nécessaire).

Suivant son enquête sur l'incident impliquant M. Horvath, Meadow Park (London) a congédié la préposée SSP impliquée. L'Enquête a appris que l'employée avait reçu une orientation sur la Politique sur les mauvais traitements et avait signé cette dernière.

Après l'incident, Meadow Park (London) a pris des mesures pour s'assurer que tous les membres du personnel prennent connaissance de la Politique sur les mauvais traitements et signe celle-ci, et le foyer a élaboré du matériel de formation supplémentaire pour son personnel.

Le Ministère a mené une inspection concernant cet incident et n'a formulé aucune constatation de non-respect.

## **B. Incident du 10 août 2014**

Un éventuel incident de mauvais traitement impliquant M. Horvath s'est produit le 10 août 2014. Wettlaufer a inscrit dans les notes d'évolution de M. Horvath qu'elle avait remarqué que le cordon du pantalon de M. Horvath était enroulé autour de la ridelle de son lit et attaché avec un nœud serré. Par conséquent, M. Horvath ne pouvait pas se tourner sur le côté gauche. Wettlaufer a noté qu'elle avait défait le nœud, déroulé le cordon et vérifié si M. Horvath était blessé. Elle a parlé aux deux préposées SSP de permanence et a noté qu'aucune d'entre elles n'avait remarqué que M. Horvath était attaché à la ridelle.

Wettlaufer n'a pas rempli de formulaire interne de déclaration de risque pour aviser la direction de l'incident, mais elle a noté qu'elle a appelé le « responsable de permanence pour déclarer l'incident, car cela était inhabituel ». M<sup>me</sup> Nicholas, M<sup>me</sup> Smith et M. VanderHeyden n'ont pas eu connaissance de l'incident. Aucun rapport d'incident grave n'a été rempli pour le Ministère.

En 2016, lorsque les Infractions ont été révélées, l'incident a retenu l'attention du Ministère. Les inspectrices ont délivré un avis écrit, assorti d'un plan de redressement volontaire, au titulaire de permis de Meadow Park (London) pour omission de « veiller à ce qu'une personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner le mauvais traitement d'un résident, ayant causé un préjudice ou un risque de préjudice à ce dernier, signale immédiatement au directeur ledit soupçon et les informations sur lesquelles ce dernier est fondé ». Cette inspection est présentée plus en détail au chapitre 12.

## VI. Embauche de Wettlaufer

Les sections précédentes de ce chapitre traitaient des procédures générales de Meadow Park (London). Dans cette section, je porterai mon attention sur Wettlaufer, qui a été embauchée à Meadow Park (London) quelques semaines après avoir perdu son emploi à Caressant Care (Woodstock). J'examine l'embauche de Wettlaufer par le foyer, les informations qu'elle a communiquées concernant son expérience professionnelle et les informations provenant d'autres sources dont disposait Meadow Park (London) avant l'embauche.

### A. Curriculum vitæ de Wettlaufer

Il est difficile de déterminer si Wettlaufer a postulé pour un emploi à Meadow Park (London) ou si c'est le foyer qui l'a contactée. La façon dont Meadow Park (London) s'est procuré le CV de Wettlaufer n'est pas clairement établie.

Sur son CV, à la rubrique « expérience professionnelle », Wettlaufer indiquait qu'elle était une infirmière autorisée « avec 18 années d'expérience en soins de longue durée et services d'aide à la vie autonome ». Elle précisait que son dernier emploi était celui d'infirmière responsable à Caressant Care (Woodstock) (de 2007 à 2014) et qu'elle avait auparavant travaillé comme personnel de soutien à Christian Horizons (de 1996 à 2007). Elle indiquait sur son CV qu'elle était infirmière autorisée depuis 1995 et qu'elle avait commencé à travailler en 1996. Son CV ne mentionnait pas son court emploi auprès de l'Hôpital du district de Geraldton en 1995 (elle n'a pas non plus divulgué cette information dans ses candidatures ultérieures auprès de Life Guard Homecare et Saint Elizabeth Health Care).

### B. Entretiens individuel et de groupe de Wettlaufer

Wettlaufer a participé à un entretien de groupe et à un entretien individuel avant d'être embauchée à Meadow Park (London).

#### 1. Entretien de groupe

Wettlaufer a participé à un entretien de groupe le 14 avril 2014. Même si M<sup>me</sup> Nicholas ne se rappelait pas le nombre d'autres candidats présents, elle pensait qu'il y en avait au moins un autre. M<sup>me</sup> Nicholas avait trouvé Wettlaufer très agréable et professionnelle, et elle lui avait demandé de participer à un entretien individuel le même jour.

Même si les candidats comme les recruteurs devaient remplir un certain nombre de formulaires, Meadow Park (London) n'a pas été en mesure de retrouver de documents portant spécifiquement sur l'entretien de groupe de Wettlaufer.

## 2. Entretien individuel

M<sup>me</sup> Nicholas s'est entretenue individuellement avec Wettlaufer le 14 avril 2014. En appliquant la façon Jarlette, elle avait posé à Wettlaufer une série de questions. M<sup>me</sup> Nicholas ne se rappelait pas exactement des questions, mais elle avait noté les diverses réponses de Wettlaufer.

En haut de ses notes de l'entretien avec Wettlaufer, M<sup>me</sup> Nicholas a écrit « Caessant Care, erreur d'insuline, a été remarquée ». M<sup>me</sup> Nicholas a expliqué que Wettlaufer lui avait dit qu'elle avait commis une erreur de médicament avec l'insuline pendant qu'elle travaillait à Caessant Care (Woodstock).

Même s'il est difficile d'établir clairement à quel moment Wettlaufer a révélé à M<sup>me</sup> Nicholas qu'elle avait été licenciée de Caessant Care (Woodstock), il semble que, lors de cet entretien initial, Wettlaufer ait déclaré à M<sup>me</sup> Nicholas que son départ était motivé par le fait qu'elle « ne s'entendait pas bien avec ses collègues ».

Selon M<sup>me</sup> Nicholas, pendant cet entretien, Wettlaufer semblait « très compétente et très professionnelle » et « semblait connaître son sujet ».

## C. Vérifications des références professionnelles

Lors de l'entretien, Wettlaufer avait donné à M<sup>me</sup> Nicholas la liste de références suivantes :

- David Petkau – ancien superviseur à Christian Horizons;
- Sandra Fluttert, IA – ancienne superviseuse à Caessant Care (Woodstock);
- Jennifer Hague, IA – ancienne collègue à Caessant Care (Woodstock);
- Karen Routledge, IA – ancienne collègue à Caessant Care (Woodstock).

Le 21 avril 2014, M<sup>me</sup> Nicholas a pu contacter trois des quatre références de Wettlaufer. Elle a parlé à M. Petkau, M<sup>me</sup> Fluttert et M<sup>me</sup> Hague. M<sup>me</sup> Nicholas a transcrit ces conversations sur le formulaire de vérification des références des candidats de Jarlette.

Selon les notes de M<sup>me</sup> Nicholas, M. Petkau lui a dit qu'il avait supervisé Wettlaufer pendant six ans, au cours desquels elle avait travaillé comme préposée aux services de soutien à la personne. M<sup>me</sup> Nicholas a, entre autres, noté que M. Petkau avait une grande confiance en Wettlaufer, qu'elle était très appréciée et qu'elle était un membre actif de l'équipe, avec de « très bonnes » habitudes de travail, et qu'il n'y avait aucun problème d'assiduité avec elle. M. Petkau a précisé que Wettlaufer avait quitté Christian Horizons pour poursuivre sa carrière d'infirmière et qu'il la réembaucherait. Il n'a fait état d'aucun point faible ou négatif.

M<sup>me</sup> Fluttert était la coordinatrice des soins aux résidents de Caressant Care (Woodstock) en 2014 (elle est ensuite devenue sa directrice adjointe des soins). Selon les notes de M<sup>me</sup> Nicholas, M<sup>me</sup> Fluttert a déclaré que Wettlaufer était très compétente avec les résidents. Elle était appréciée et respectée par ses collègues; elle savait comment résoudre les problèmes; elle était capable de travailler seule; elle était lente pour certaines tâches, mais terminait son travail; et elle arrivait toujours à l'avance pour prendre son quart. Sous « Assiduité », M<sup>me</sup> Nicholas a indiqué que M<sup>me</sup> Fluttert avait indiqué « problèmes de santé, résolus maintenant ».

En réponse à la question « Dans quelles circonstances s'est déroulé son départ? », les notes de M<sup>me</sup> Nicholas sur sa discussion avec M<sup>me</sup> Fluttert indiquent : « Conflit de personnalités des deux côtés [avec] son responsable, autres personnes impliquées dans erreur de médicament, pas elle seulement ».

M<sup>me</sup> Fluttert avait également précisé que « Nous commettons tous des erreurs dans notre travail, mais elle n'était pas la seule impliquée, plusieurs autres infirmiers l'étaient ».

M<sup>me</sup> Fluttert a décrit les atouts de Wettlaufer comme « prévenante avec les résidents, toujours à l'avance, aimant guider et former, bonne avec les étudiants, professionnelle des soins de santé, bonne formatrice ». Aucun point négatif n'a été évoqué.

Enfin, M<sup>me</sup> Nicholas a contacté M<sup>me</sup> Hague, une ancienne collègue de Caressant Care (Woodstock). Selon les notes de M<sup>me</sup> Nicholas, M<sup>me</sup> Hague a indiqué que Wettlaufer avait eu un « problème de santé », mais qu'il était résolu. M<sup>me</sup> Nicholas a noté la réponse de M<sup>me</sup> Hague à la question sur les circonstances entourant le départ de Wettlaufer :

Erreur de médicament. Je n'étais pas impliquée. Plusieurs personnes étaient impliquées dans quelques erreurs de médicament.



Elle n'a mentionné aucun autre point faible ou négatif.

M<sup>me</sup> Nicholas n'a pas parlé à M<sup>me</sup> Routledge.

M<sup>me</sup> Nicholas n'a pas essayé de contacter d'autres personnes à Caessant Care (Woodstock). M<sup>me</sup> Nicholas a déclaré dans son témoignage qu'il était d'usage à Meadow Park (London) de ne pas appeler le « patron » du candidat. Par conséquent, si quelqu'un avait de l'expérience en SLD, elle n'appelait pas l'administrateur ou le directeur des soins de leur emploi actuel, sauf si le candidat avait signalé ces individus comme des références.

## **D. Vérification de l'inscription auprès de l'Ordre**

Le 21 avril 2014, Meadow Park (London) a effectué une recherche d'infirmière dans le tableau de l'Ordre. La recherche a montré que Wettlaufer était autorisée à exercer, sans restriction.

## **E. Autoévaluation sur les médicaments de l'Ordre**

M<sup>me</sup> Nicholas a déclaré dans son témoignage qu'elle demandait aux infirmiers de procéder à une autoévaluation sur le site Internet de l'Ordre s'ils avaient commis une erreur de médicament. Elle pensait que les erreurs de médicament étaient courantes dans la profession et que les meilleures pratiques comprenaient le signalement des erreurs par le responsable.

En raison de l'erreur de médicament de Wettlaufer à Caessant Care (Woodstock), M<sup>me</sup> Nicholas a demandé à Wettlaufer de se soumettre à cette évaluation pour s'assurer que ses compétences et ses connaissances étaient suffisantes. M<sup>me</sup> Nicholas n'était pas sûre que le questionnaire contienne des questions liées à l'insuline ou au type d'erreur de médicament que Wettlaufer lui avait décrite. Wettlaufer a réalisé l'autoévaluation de l'Ordre le 22 avril 2014. Elle a obtenu une note parfaite : 9/9.

## **F. Vérification du dossier de police**

Le 22 avril 2014, une attestation de vérification du dossier de police, comprenant une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables, a été produite par Wettlaufer. Son dossier était vierge.

## G. Orientation et demande d'emploi

Wettlaufer a débuté son orientation à Meadow Park (London) le 22 avril 2014. Sa première journée d'orientation générale consistait à prendre connaissance de diverses politiques, à visionner des vidéos et présentations PowerPoint et à répondre à des questionnaires. Elle a confirmé par sa signature avoir suivi chaque élément puis elle a poursuivi son orientation générale le jour suivant. Elle a de nouveau attesté par sa signature avoir reçu toute la formation requise. Le 25 avril, Wettlaufer a reçu quatre heures de formation au dossier électronique AM. Elle a ensuite reçu de l'instruction sur les divers quarts de travail, comme décrit précédemment dans ce chapitre.

Lors de sa deuxième journée d'orientation, Wettlaufer a rempli un formulaire de demande d'emploi. M<sup>me</sup> Nicholas a indiqué que ce formulaire a été rempli ce jour-là, car « c'est à partir de là qu'elle allait réellement travailler pour nous ».

En remplissant le formulaire, Wettlaufer a écrit « Licenciée » sous « Raison du départ » de Caessant Care (Woodstock). M<sup>me</sup> Nicholas a déclaré à l'Enquête que Wettlaufer lui avait dit que « comme elle faisait partie d'un syndicat, il y avait eu une enquête, mais qu'elle savait qu'elle n'avait rien fait de mal ». Wettlaufer a dit à M<sup>me</sup> Nicholas qu'elle serait blanchie. Lorsqu'on lui a demandé à l'Enquête si cette révélation avait eu une incidence sur l'embauche de Wettlaufer, M<sup>me</sup> Nicholas a répondu que :

Oui, car j'ai déjà commis des erreurs de médicament en tant qu'infirmière, ce sont des choses qui arrivent et alors – et j'ai pensé que j'avais bien agi en lui faisant faire, vous savez, le questionnaire sur les médicaments de l'Ordre des infirmières et infirmiers.

M<sup>me</sup> Nicholas a déclaré dans son témoignage qu'en apprenant le licenciement de Wettlaufer par Caessant Care (Woodstock) à cause d'une erreur de médicament, elle n'était pas inquiète de la possibilité que ce foyer ait pu envoyer un rapport à l'Ordre. M<sup>me</sup> Nicholas avait déjà réalisé une vérification de l'inscription auprès de l'Ordre, et celle-ci n'avait révélé aucune restriction à l'exercice de Wettlaufer. Comme évoqué au chapitre 13, l'Ordre n'a reçu le rapport sur le licenciement de Wettlaufer par Caessant Care (Woodstock) que le 1<sup>er</sup> mai 2014. Quoiqu'il en soit, l'Ordre n'a pas imposé de restriction sur l'inscription de Wettlaufer après avoir reçu le rapport de Caessant Care (Woodstock).

## VII. L'Infraction

En août 2014, Wettlaufer a assassiné Arpad Horvath.

M. Horvath était atteint de plusieurs troubles médicaux, notamment de diabète. Son diabète était géré au moyen de comprimés oraux de metformine.

Wettlaufer a avoué s'être rendue dans la chambre de M. Horvath aux alentours de 20 h le 23 août 2014, pendant qu'elle effectuait le quart de soirée, et lui avoir injecté 80 unités d'insuline à action brève et 60 unités d'insuline à action prolongée.

Felina Cabrera, une infirmière autorisée qui travaillait de nuit à temps plein à Meadow Park (London) était de service cette nuit-là. Wettlaufer a remis le rapport de soins infirmiers à M<sup>me</sup> Cabrera au moment du changement de quart. Elle a mentionné avoir eu des difficultés avec le comportement de M. Horvath, mais n'a pas signalé de détérioration de son état. Comme à son habitude, M<sup>me</sup> Cabrera a effectué une ronde vers minuit. Elle a vérifié l'état de M. Horvath. Rien n'indiquait qu'il y avait un problème.

Tôt dans la matinée du jour suivant, deux préposées aux services de soutien personnel ont informé M<sup>me</sup> Cabrera que M. Horvath ne réagissait pas verbalement. M<sup>me</sup> Cabrera a vérifié ses signes vitaux. Elle avait pour habitude de vérifier la glycémie, qu'elle considérait comme le « cinquième signe vital ». La glycémie de M. Horvath était de 3,1<sup>12</sup>, ce qui indiquait qu'il était hypoglycémique.

M<sup>me</sup> Cabrera a contacté les services médicaux d'urgence (SMU) afin qu'ils transportent M. Horvath à l'hôpital. En attendant l'arrivée des SMU, M<sup>me</sup> Cabrera a ordonné à l'infirmier auxiliaire autorisé de service d'administrer à M. Horvath du glucagon, un médicament d'urgence. Le médicament n'a pas fait remonter la glycémie de M. Horvath, qui a continué de ne pas réagir verbalement et a été transféré à l'hôpital.

M. Horvath est décédé au London Health Sciences Centre le 31 août 2014. M<sup>me</sup> Cabrera a indiqué qu'elle ne se souvenait pas que M. Horvath ait déjà fait de crise d'hypoglycémie pendant le quart de nuit. Toutefois, elle a précisé que lorsqu'elle avait appris qu'il était décédé à l'hôpital, elle « n'avait pas trouvé cela suspect ou inhabituel ».

---

<sup>12</sup> Valeur tirée des notes d'évolution de M. Horvath, au par. 56. L'affidavit de M<sup>me</sup> Cabrera indiquait que la valeur était de 2,0.

## VIII. La lettre de recommandation de Caressant Care (Woodstock)

Comme je l'ai fait remarquer au chapitre 5, en juin 2014, le grief entre Wettlaufer et Caressant Care (Woodstock) a été réglé à l'amiable et elle a reçu une lettre de recommandation. Après avoir reçu cette lettre, Wettlaufer en a fourni une copie à M<sup>me</sup> Nicholas.

M<sup>me</sup> Nicholas a indiqué que Wettlaufer lui avait remis la lettre et avait expliqué qu'elle avait été « innocentée ». Étant donné qu'aucun problème n'avait été signalé à la direction concernant le rendement de Wettlaufer au moment où Meadow Park (London) a reçu cette lettre, cette dernière a simplement été versée au dossier de Wettlaufer.

## IX. Le rendement de Wettlaufer

Deux problèmes de rendement ont été signalés concernant Wettlaufer durant sa période d'emploi à Meadow Park (London). Le premier concernait son assiduité et le second portait sur des inquiétudes soulevées par une infirmière de nuit en septembre 2014, après que l'infraction eut été commise et quelques semaines avant que Wettlaufer ne remette sa démission. Ces deux points mis à part, Wettlaufer ne semble pas avoir eu de problèmes de rendement importants pendant qu'elle travaillait à Meadow Park (London).

### A. Les problèmes d'assiduité

M<sup>me</sup> Nicholas a déclaré dans son témoignage que Wettlaufer avait pris plus de deux jours de congé de maladie en un mois. Elle prévenait habituellement juste avant le début de son quart, ce qui signifiait que l'agent d'ordonnancement ou, après les heures de bureau, l'infirmier devait faire venir un autre membre du personnel infirmier. Rien n'a jamais indiqué que les absences de Wettlaufer étaient liées à l'abus d'alcool ou de drogues.

Le 8 août 2014, M<sup>me</sup> Nicholas a remis à Wettlaufer une lettre indiquant que Meadow Park (London) avait mis en place un programme de sensibilisation à l'assiduité et que l'assiduité de Wettlaufer remplissait les critères minimaux du programme : « 2 jours [d'absence] en un mois ou 3 mois avec une absence au cours de chaque mois ». Wettlaufer a été encouragée à se montrer assidue, à défaut de quoi elle devrait rencontrer M<sup>me</sup> Nicholas pour mettre au point un plan d'assiduité.

Après que Wettlaufer eut reçu la lettre, M<sup>me</sup> Nicholas n'a plus eu besoin d'aborder la question de son assiduité.

## B. La lettre du 16 septembre 2014

Le 16 septembre 2014, M<sup>me</sup> Cabrera a écrit directement à Wettlaufer pour lui faire part de sa frustration et de ses inquiétudes à son égard. Dans cette lettre, M<sup>me</sup> Cabrera expliquait comment Wettlaufer avait terminé son quart à deux ou trois occasions sans réaliser de calcul des médicaments désignés. M<sup>me</sup> Cabrera a déclaré dans son témoignage que Wettlaufer ne ramassait pas les déchets présents sur le chariot de médicaments ou dans la salle d'entrepôt des médicaments et qu'elle ne nettoyait pas ni n'organisait le chariot de médicaments.

M<sup>me</sup> Cabrera a fourni à M<sup>me</sup> Nicholas une copie de la lettre qu'elle avait remise à Wettlaufer. C'est la seule fois où elle a fait part à la direction d'inquiétudes au sujet de Wettlaufer et la seule notification reçue par M<sup>me</sup> Nicholas concernant le rendement de Wettlaufer.

Après une enquête, M<sup>me</sup> Nicholas a découvert que Wettlaufer n'était pas la seule à ne pas faire de calcul des narcotiques. Lors de son témoignage, elle a affirmé que d'autres infirmiers terminaient leurs quarts sans calculer les médicaments désignés. M<sup>me</sup> Nicholas a convoqué tous les membres du personnel autorisé et leur a ordonné de veiller à effectuer le calcul ensemble. Selon M<sup>me</sup> Nicholas, le problème ne s'est plus présenté après cela.

## C. Le rendement général de Wettlaufer

Wettlaufer ne semble pas avoir eu de problèmes de rendement importants pendant qu'elle travaillait à Meadow Park (London). Aucun commentaire inapproprié ni aucune erreur de médicament n'ont été signalés. À une exception près, l'administrateur du foyer, la directrice des soins et la codirectrice des soins ont tous déclaré dans leurs témoignages qu'ils n'avaient pas reçu de plaintes des résidents ou des familles concernant le travail de Wettlaufer comme infirmière ou les soins qu'elle fournissait aux résidents. M<sup>me</sup> Smith a décrit l'exception comme ceci : un résident voulait recevoir son médicament avant l'heure d'administration prescrite, et Wettlaufer avait refusé de l'administrer en dehors de l'heure prescrite.

Il a été observé que Wettlaufer était cordiale et polie avec les résidents. Une collègue l'a décrite comme ceci :

En fait, je pensais qu'elle était vraiment gentille. Elle semblait consciencieuse. Elle paraissait être attachée à ses résidents. Elle était intelligente, c'était évident dans la façon dont elle parlait et dans les connaissances qu'elle avait.

Je n'ai donc pas pensé qu'elle serait le genre de personne qu'elle s'est révélée être. Elle semblait gentille. Elle semblait consciencieuse quand je travaillais avec elle.

M<sup>me</sup> Smith, qui se trouvait souvent sur place et côtoyait Wettlaufer pendant les premières heures de son quart de soirée, a décrit Wettlaufer de cette façon :

Donc, Beth était une personne très joviale. J'avais l'impression qu'elle manquait peut-être de confiance en elle, parce qu'elle donnait l'impression de vouloir se faire accepter par les autres. Elle était très gentille avec les résidents, elle était très gentille avec moi, avec le personnel.

## X. La lettre de démission de Wettlaufer

Dans une lettre datée du 25 septembre 2014 et adressée à M<sup>me</sup> Nicholas, Wettlaufer a écrit ceci :

Chère Heather,

Merci de m'avoir donné la possibilité de travailler en tant qu'infirmière autorisée au foyer de soins Meadow Park. J'ai beaucoup apprécié cette occasion d'utiliser mes compétences et mes connaissances. J'ai aussi apprécié d'avoir eu la chance de continuer à développer mes compétences en gestion de personnes.

Malheureusement, je dois remettre ma démission. J'ai une maladie qui nécessitera un traitement de longue durée.

Je ne serai pas en mesure de travailler pendant ce traitement et je ne pourrai pas non plus travailler en tant qu'infirmière autorisée après mon traitement.

C'est donc avec grand regret que je remets ma démission avec prise d'effet le mercredi 15 octobre 2014.

Merci

M<sup>me</sup> Nicholas n'a pas eu de discussion avec Wettlaufer à ce moment-là au sujet de ce qu'elle voulait dire par « une maladie qui nécessitera un traitement de longue durée », mais elle a présumé que Wettlaufer allait suivre un traitement médical.

## XI. La divulgation par Wettlaufer de sa surdose

Le dernier jour de travail de Wettlaufer à Meadow Park (London) a été le 26 septembre 2014. Le 30 septembre 2014 ou vers cette date, Wettlaufer a avoué à M<sup>me</sup> Nicholas qu'« elle avait passé une horrible fin de semaine et avait été hospitalisée pour une surdose, et qu'elle avait une dépendance à l'alcool et aux drogues ». M<sup>me</sup> Nicholas a informé M. VanderHeyden que Wettlaufer avait révélé avoir un problème de toxicomanie. M<sup>me</sup> Nicholas, M. VanderHeyden et M<sup>me</sup> Smith ont tous déclaré dans leurs témoignages que Wettlaufer n'avait jamais semblé être sous l'influence de l'alcool ou de drogues au travail et qu'aucun membre du personnel n'avait exprimé de soupçons à ce sujet. M<sup>me</sup> Nicholas n'avait jamais douté des compétences d'infirmière de Wettlaufer et personne n'avait fait part de préoccupations quant à sa « capacité à travailler comme infirmière ». M<sup>me</sup> Smith a elle aussi indiqué qu'elle n'avait pas d'inquiétudes quant au rendement ou aux compétences d'infirmière de Wettlaufer.

Le jour suivant, le 1<sup>er</sup> octobre 2014, Wettlaufer s'est présentée au travail et a rencontré M<sup>me</sup> Nicholas. Elle a apporté une note de médecin énonçant ceci : « La présente lettre a pour but de certifier que la patiente nommée ci-dessus a été examinée dans notre cabinet et qu'il est recommandé qu'elle soit mise en arrêt de travail jusqu'à nouvel ordre ». M<sup>me</sup> Nicholas a déclaré dans son témoignage que Wettlaufer lui avait également confié qu'elle souhaitait annuler sa démission et reprendre son poste. Wettlaufer avait dit qu'elle pensait qu'on devrait lui donner une autre chance.

M. VanderHeyden croit avoir appris la démission de Wettlaufer au moment où M<sup>me</sup> Nicholas l'avait informé que Wettlaufer avait divulgué sa surdose et son problème de toxicomanie. Lors de son témoignage, il a affirmé qu'il se souvenait vaguement d'une conversation avec M<sup>me</sup> Nicholas au sujet de la nécessité d'aider Wettlaufer si elle avait un problème de toxicomanie. Il n'a pas réussi à se rappeler quand exactement cette conversation avec M<sup>me</sup> Nicholas avait eu lieu, mais il a supposé que ce fût à peu près au moment où Wettlaufer avait demandé à M<sup>me</sup> Nicholas d'envisager de l'autoriser à annuler sa démission.

M<sup>me</sup> Nicholas n'a pas accepté la demande de Wettlaufer d'annuler sa démission. Wettlaufer n'est jamais retournée travailler à Meadow Park (London).

Après que Wettlaufer eut remis sa démission, Meadow Park (London) ne l'a pas signalée à l'Ordre, ni lorsqu'elle a révélé à M<sup>me</sup> Nicholas sa surdose et sa dépendance à l'alcool et aux drogues, ni même quand le foyer a découvert que des narcotiques avaient disparu et a fortement soupçonné Wettlaufer d'en être responsable.

Expliquant pourquoi elle n'avait pas estimé nécessaire de signaler ces faits à l'Ordre, M<sup>me</sup> Nicholas a déclaré que c'était parce que Wettlaufer avait démissionné, que la note du médecin de Wettlaufer ne mentionnait pas de problème de dépendance, qu'aucune accusation n'avait été portée par la police contre Wettlaufer; et que la lettre de démission de Wettlaufer indiquait qu'elle ne travaillerait pas pendant un certain temps et qu'elle allait suivre un traitement médical. M<sup>me</sup> Nicholas a affirmé que, pour elle, le contexte des aveux de Wettlaufer quant à sa dépendance à l'alcool et aux drogues était que Wettlaufer « allait prendre soin d'elle-même. Sous surveillance médicale. Elle allait se faire traiter ».

## **XII. La découverte de la disparition des narcotiques**

Le 2 octobre 2014, Meadow Park (London) a découvert que la commande de narcotiques d'un résident, qui avait été passée auprès du fournisseur de services de pharmacie le 26 septembre 2014, n'avait jamais été enregistrée dans le système du foyer comme ayant été reçue. Cette découverte a donné lieu à plusieurs enquêtes, qui allaient finalement se concentrer sur Wettlaufer.

Pendant le quart de jour du 26 septembre 2014, 15 comprimés d'un narcotique appelé hydromorpone ont été commandés à la pharmacie pour un résident de Meadow Park (London) vivant dans l'unité Kent. L'ordonnance du résident prévoyait des doses d'un demi-comprimé. Par conséquent, les médicaments étaient fournis par la pharmacie dans une plaquette alvéolée de 30 doses. Le résident avait deux ordonnances pour ce médicament. L'une était une ordonnance normale pour une administration de médicaments quatre fois par jour. L'autre était une ordonnance pour une administration au besoin (PRN). Le 26 septembre 2014, le personnel a passé une nouvelle commande pour l'ordonnance normale du résident. Une fois les dernières doses de l'ordonnance normale du résident épuisées, le 29 septembre 2014, le personnel infirmier a commencé à utiliser l'ordonnance PRN du résident.

Le 2 octobre 2014, le personnel a commandé une deuxième fois l'ordonnance normale. Lorsqu'elle a passé en revue cette commande, la pharmacie a déterminé que la même ordonnance avait été commandée le 26 septembre 2014 et livrée au foyer le jour même. Cependant, l'hydromorpone n'avait jamais été enregistrée dans le système du foyer comme ayant été reçue.



Lors de son témoignage, M<sup>me</sup> Smith, codirectrice des soins, a déclaré avoir appris, le 2 octobre 2014, que le fournisseur de services de pharmacie avait découvert qu'une plaquette de narcotiques avait été livrée à Meadow Park (London), mais ne pouvait pas être localisée. M<sup>me</sup> Smith a reconnu que le personnel du foyer aurait dû signaler l'ordonnance manquante à la direction plus tôt, au lieu d'utiliser les médicaments PRN du résident à la place de l'approvisionnement normal.

La fouille du foyer qui a suivi n'a pas donné de résultats. La police a été avertie et un rapport d'incident critique a été soumis au Ministère. Par la suite, Meadow Park (London) (de concert avec le fournisseur de services de pharmacie), la police et le Ministère ont chacun mené leur propre enquête.

### **A. L'enquête de Meadow Park (London) de concert avec le fournisseur de services de pharmacie**

Après avoir appris, le 2 octobre 2014, que de l'hydromorphone avait disparu, M<sup>me</sup> Adams et M<sup>me</sup> Smith, aux côtés de M<sup>me</sup> Nicholas et de M. VanderHeyden, ont immédiatement entamé une enquête. Ils ont vérifié auprès du fournisseur de services de pharmacie que l'ordonnance avait bien été commandée, exécutée et expédiée le 26 septembre 2014.

Ce jour-là, le fournisseur de services de pharmacie avait livré à l'unité Elgin / Oxford tous les médicaments commandés par le foyer, et Smitha Beeny, une infirmière auxiliaire autorisée qui était de service pendant le quart de soirée, les avait réceptionnés et avait signé le registre du chauffeur. La pharmacie avait livré quatre sacs au total : trois sacs blancs contenant les médicaments désignés et un sac brun contenant les médicaments non désignés.

Meadow Park (London) a obtenu les bordereaux d'expédition auprès du fournisseur de services de pharmacie. Tous les bordereaux pour les médicaments du 26 septembre avaient été signés par la pharmacie. Ils portaient également les signatures attestant que les médicaments avaient été reçus par les unités, à l'exception du bordereau pour la plaquette d'hydromorphone destinée à l'unité Kent. Ce bordereau, bien que signé par le fournisseur de services de pharmacie, n'avait jamais été signé pour attester la livraison à l'unité Kent.

Le dossier des médicaments, dans lequel étaient inscrites les commandes de médicaments désignés et non désignés pour l'unité Kent, a été examiné. Il indiquait que des narcotiques et des médicaments non désignés avaient

été commandés pour l'unité Kent le 26 septembre, mais que Wettlaufer, l'infirmière de service, n'avait signé que pour la réception des médicaments non désignés. Il n'y avait pas de signature indiquant que les médicaments désignés avaient été reçus par l'unité Kent.

Plusieurs membres du personnel ont été interrogés au cours de l'enquête interne menée à Meadow Park (London). Wettlaufer n'en a pas fait partie. Wettlaufer avait déjà remis sa démission et présenté la note de son médecin indiquant qu'elle ne pouvait pas travailler jusqu'à nouvel ordre.

Durant l'enquête du foyer, M<sup>me</sup> Beeny a confirmé qu'elle avait signé pour quatre sacs de médicaments. M<sup>me</sup> Beeny a expliqué à l'équipe chargée de l'enquête interne que Wettlaufer lui avait donné les clés de la salle d'entrepôt des médicaments (seule Wettlaufer avait les clés de la salle d'entrepôt des médicaments dans l'unité Kent) et qu'elle (M<sup>me</sup> Beeny) avait déposé les médicaments dans cette salle, parce que Wettlaufer était trop occupée pour le faire elle-même.

Wettlaufer n'a jamais dit à M<sup>me</sup> Nicholas qu'elle avait pris l'hydromorpnone de Meadow Park (London). Lorsqu'elle a été interrogée par la police en 2014, Wettlaufer a soutenu que M<sup>me</sup> Beeny avait laissé les médicaments sur le bureau et qu'« il n'y avait jamais eu de sac de narcotiques à cet endroit » ou que « quelqu'un d'autre l'avait pris ».

Même si Wettlaufer a été fortement soupçonnée d'être responsable de la disparition de l'hydromorpnone, l'enquête interne n'a pas pu déterminer avec certitude ce qu'il s'était passé.

## B. L'enquête policière

La police a été informée de la disparition de l'hydromorpnone le 2 octobre 2014. Elle s'est rendue à Meadow Park (London) ce même jour et a interrogé collectivement M<sup>me</sup> Nicholas, M<sup>me</sup> Smith, M. VanderHeyden et M<sup>me</sup> Adams. La police a établi une seule déclaration de témoin, qui contenait les renseignements fournis par ces quatre personnes, mais était intitulée « Déclaration de témoin civil – 1 – Smith, Melanie ». Cette déclaration de témoin civil combinait les commentaires des quatre personnes indiquées, mais aucun des commentaires n'était attribué à une personne spécifique.

La déclaration de témoin civil mentionnait les commentaires suivants :

Hier après-midi, Beth est venue dans mon bureau. Elle avait remis sa démission en disant qu'elle nous quittait pour des raisons médicales.

Et que son dernier jour serait le 15 octobre 2014. Et donc, elle travaillait le 26 septembre 2014; c'est sur le tableau de service. Elle est venue dans mon bureau hier. J'ai demandé à Valerie [Valerie Boulton, formatrice du personnel] d'être présente dans le bureau. Elle avait manqué des jours de travail. Elle avait apporté une note de son médecin, qui disait qu'elle avait un problème lié à l'alcool et aux drogues. Et elle a dit qu'elle avait failli mourir la fin de semaine passée.

Elle a dit qu'elle avait reconsidéré sa décision et voulait revenir après son traitement, mais qu'il était certain qu'elle ne pourrait pas travailler avant janvier. Mais elle a demandé à revenir travailler ici. J'ai dit que j'étais désolée d'apprendre qu'elle avait ce problème. Et je lui ai dit que j'y réfléchirais. Mais j'avais déjà accepté sa démission.

M<sup>me</sup> Nicholas a déclaré dans son témoignage qu'elle avait fait ces commentaires à la police, car elle avait rencontré Wettlaufer le 1<sup>er</sup> octobre 2014. Elle a toutefois admis que la note du médecin de Wettlaufer ne mentionnait pas que Wettlaufer avait un problème lié à l'alcool et aux drogues, mais que Wettlaufer le lui avait dit directement.

Le 7 octobre 2014, l'agent Derek Wheeler a interrogé M<sup>me</sup> Beeny. Son résumé de l'affaire indique qu'elle l'a informé des faits suivants :

- elle avait reçu quatre paquets de médicaments pour son unité Elgin / Oxford et trois paquets de médicaments pour l'unité Kent;
- elle n'avait pas examiné ce que les paquets prescrits pour l'unité Kent contenaient spécifiquement;
- vers 18 h, elle avait apporté les paquets à l'unité Kent et les avait déposés à côté du lavabo dans la salle d'entrepôt des médicaments, qui était verrouillée;
- la porte s'était verrouillée derrière elle quand elle était sortie;
- elle n'avait ni ouvert ni pris aucun des paquets de médicaments de l'unité Kent;
- elle avait dit à Wettlaufer où elle avait posé les paquets de médicaments et était retournée à l'unité Elgin / Oxford;
- elle n'avait pas vu Wettlaufer ouvrir ou prendre de paquets de médicaments de l'unité Kent.

Ce même jour, la police a interrogé Wettlaufer, qui a confirmé qu'elle avait travaillé de 14 h 30 à 22 h 30 le 26 septembre 2014. Le récit de Wettlaufer était différent de celui de M<sup>me</sup> Beeny. Selon le résumé de l'affaire, Wettlaufer a décrit les événements du 26 septembre 2014 comme suit :

- M<sup>me</sup> Beeny était entrée dans l'unité Kent vers 18 h 30 environ, alors que Wettlaufer se trouvait avec un résident;
- M<sup>me</sup> Beeny lui avait dit qu'elle avait laissé ses médicaments sur le bureau du poste de garde des infirmières;
- le poste de garde des infirmières se situe à l'extérieur de la salle d'entrepôt des médicaments, et l'ensemble du personnel et des résidents peuvent y accéder;
- environ 5 à 10 minutes plus tard, Wettlaufer s'était rendue au poste de garde des infirmières, mais n'y avait trouvé que deux sacs bruns (médicaments non désignés) et aucun sac blanc (médicaments désignés);
- même si elle aurait dû immédiatement ramasser et mettre en sécurité les médicaments, elle ne les avait pas volés.

M<sup>me</sup> Nicholas a contacté la police le 10 octobre 2014, puis une nouvelle fois le 17 octobre 2014, pour savoir où en était l'enquête, étant donné que Meadow Park (London) n'avait pas encore reçu de nouvelles. Lors de son témoignage, elle a déclaré que la police lui avait dit que l'enquête était encore en cours.

Le résumé de l'affaire préparé par la police a conclu qu'il n'existait « pas assez de preuves pour étayer une accusation criminelle ».

## C. L'inspection du Ministère

Meadow Park (London) a signalé la disparition de l'hydromorpnone au ministère de la Santé et des Soins de longue durée le jour où la direction a appris ladite disparition. Rhonda Kukoly, inspectrice pour le Ministère, a mené l'inspection, qui s'est concentrée sur la conformité du foyer à la LFSLD et à son règlement. Un examen plus détaillé des processus et procédures du Ministère et de la façon dont le Ministère a mené son inspection figure au chapitre 9.

Dans le cadre de son inspection, M<sup>me</sup> Kukoly a passé en revue les politiques de la pharmacie de Meadow Park (London) et a déterminé ce qui suit :

- Meadow Park (London) respectait la politique en matière de commande et de réception de médicaments;
- la politique était à jour et exhaustive, donnait des instructions claires et était conforme aux lois et règlements;
- la politique relative aux médicaments ne suscitait aucune inquiétude.

M<sup>me</sup> Kukoly a déterminé que le résident n'avait manqué aucune prise de médicaments et que les calculs de narcotiques étaient réalisés conformément à la politique applicable. Elle a indiqué que l'inspection était « close, sans constatation de non-respect. Le foyer a une politique, elle est respectée, et le foyer a réalisé une enquête approfondie et pris les mesures appropriées ». Son rapport, publié le 5 novembre 2014, ne contenait aucune constatation de non respect.

## **D. Les changements apportés par Meadow Park (London)**

Une fois l'enquête sur la disparition des narcotiques terminée, le fournisseur de services de pharmacie du foyer a tenu une séance de formation à l'interne pour tout le personnel concernant « la commande de médicaments, la réception de médicaments et la manipulation de médicaments, en particulier de narcotiques et de médicaments désignés ». Cette séance mentionnait notamment une directive exigeant d'informer immédiatement le fournisseur de services de pharmacie ou la direction si une commande avait été passée, mais n'avait pas été reçue.

Un changement a également été apporté à la procédure de livraison des médicaments à Meadow Park (London). Au lieu de laisser l'unique infirmière de l'unité Elgin / Oxford signer pour tous les médicaments du foyer et les livrer elle-même aux différentes unités, le chauffeur de la pharmacie a commencé à apporter les médicaments à chaque unité et à exiger que l'infirmier de l'unité en question signe pour confirmer la réception des médicaments.

## **XIII. L'inspection effectuée par le Ministère à Meadow Park (London) après la découverte des infractions**

Le 5 octobre 2016, Meadow Park (London) a soumis au Ministère son rapport d'incident critique relatif à M. Horvath, après que la police a informé la direction des aveux de Wettlaufer concernant son meurtre. Le Ministère a entamé son inspection le 28 octobre 2016. Le 6 février 2017, le Ministère a émis un ordre de conformité qui détaillait de nombreuses exigences liées au système de gestion des médicaments à Meadow Park (London). Entre autres, l'ordre de conformité portait sur les problèmes de la formation qui avait été fournie au personnel concernant les politiques relatives aux médicaments,

l'étiquetage des stylos injecteurs et divers problèmes liés à la manipulation des médicaments désignés au sein du foyer<sup>13</sup>.

Le rapport d'inspection du Ministère, produit en août 2017, contenait huit avis écrits de non-respect, dont sept étaient accompagnées de plans de redressement volontaires.

J'aborde l'inspection effectuée par le Ministère à Meadow Park (London) après la découverte des infractions dans le chapitre 11.

## **XIV. Les changements apportés par Meadow Park (London) depuis les infractions commises par Wettlaufer**

Jonathan Lu, pharmacien chez Silver Fox, a déclaré dans son témoignage que, après la découverte des Infractions, il avait travaillé avec Jarlette en vue d'« élaborer une formation sur la gestion des médicaments ». Il a indiqué que la formation durait huit heures et portait sur l'intégralité du système de gestion des médicaments, comme décrit dans les règlements de la LFSLD. Cette formation était obligatoire et dispensée à tous les foyers de Jarlette.

Un autre changement, identifié grâce à la réalisation annuelle d'une autoévaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments (un outil créé par l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients), a concerné l'étiquetage des médicaments de niveau d'alerte élevé. M. Lu a déclaré dans son témoignage que Silver Fox avait changé ses processus afin que l'emballage de ces médicaments, y compris de l'insuline, indique leur niveau d'alerte élevé.

## **RECOMMANDATIONS**

La situation à Meadow Park (London) était similaire de celle à Caressant Care (Woodstock); par conséquent, les mêmes recommandations s'appliquent. J'invite donc les lecteurs à consulter les recommandations exposées à la fin du chapitre 4.

---

<sup>13</sup> Comme indiqué précédemment, en 2016, avant que les Infractions ne soient découvertes, Meadow Park (London) a changé de fournisseur de services de pharmacie, remplaçant Classic Care par Silver Fox Pharmacy. Le personnel de Meadow Park (London) a été formé aux politiques et procédures de Silver Fox les 22 et 23 août 2016.

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

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	280
<b>II.</b>	<b>Besoin d'infirmiers d'agence dans les foyers de SLD</b> .....	281
	<b>A. Circonstances entraînant le recours à des infirmiers d'agence</b> .....	281
	<b>B. Difficultés rencontrées par les infirmiers d'agence dans les foyers de SLD</b> .....	282
<b>III.</b>	<b>Cadre législatif et cadre contractuel régissant le recours à des infirmiers d'agence dans les foyers de SLD</b> .....	282
	<b>A. Cadre législatif</b> .....	282
	1. Recours aux infirmiers d'agence dans les situations d'urgence . . . .	283
	2. Exigences de présélection pour l'embauche de personnel autorisé .	285
	3. Exigence de fournir une orientation et une formation au personnel d'agence .....	286
	4. Tenue de dossiers .....	288
	<b>B. Cadre contractuel régissant l'utilisation d'infirmiers d'agence</b> .....	288
<b>IV.</b>	<b>Recours à des infirmiers d'agence par Telfer Place</b> .....	289
	<b>A. Besoin d'infirmiers d'agence à Telfer Place</b> .....	289
	<b>B. Telfer Place recourt aux services de Life Guard</b> .....	290
	<b>C. Présélection des infirmiers d'agence</b> .....	293
	<b>D. Orientation et formation du personnel d'agence</b> .....	293
	<b>E. Processus de réponse aux incidents impliquant des infirmiers d'agence à Telfer Place</b> .....	295
	<b>F. Tenue de dossiers</b> .....	296
<b>V.</b>	<b>Manipulation de l'insuline injectable à Telfer Place</b> .....	297

<b>VI. Processus d'embauche, d'orientation et de gestion du rendement de Life Guard</b> .....	299
A. Processus d'embauche .....	299
B. Orientation et formation .....	300
C. Processus de gestion du travail .....	301
<b>VII. Life Guard embauche Wettlaufer</b> .....	302
A. Curriculum vitæ et demande d'emploi de Wettlaufer .....	302
B. Entretien .....	303
C. Vérification des références.....	303
D. Vérification du dossier de police et du statut de Wettlaufer auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers.....	304
E. Wettlaufer est embauchée.....	305
F. M <sup>me</sup> Wilmot-Smith communique avec Caressant Care Nursing and Retirement Homes.....	305
G. Wettlaufer est affectée à Telfer Place .....	306
<b>VIII. Infraction de Wettlaufer à Telfer Place</b> .....	306
<b>IX. Travail de Wettlaufer en tant qu'infirmière d'agence à Telfer Place</b> .....	308
A. Documentation incomplète .....	308
B. Absence de Wettlaufer en octobre 2015.....	309
C. Confiance de Wettlaufer à une employée de Telfer Place au sujet de sa dépendance .....	310
D. Absence de Wettlaufer en décembre 2015 .....	310
E. Rechute de Wettlaufer et divulgation à Life Guard .....	311
F. Inquiétudes à l'égard de Wettlaufer signalées verbalement ..	314
G. Plaintes écrites déposées en janvier 2016 .....	314
H. Discussion entre M <sup>mes</sup> Wilmot-Smith et Toleff en janvier 2016 .....	315
I. Plainte écrite déposée le 7 février 2016 .....	316
J. Éclosion de maladies entériques .....	316
K. Erreur de médicament de Wettlaufer le 31 mars 2016.....	317
L. Courriel de M <sup>me</sup> Wilmot-Smith à Wettlaufer du 12 avril 2016.....	317



<b>X.</b>	<b>Telfer Place interdit la présence de Wettlaufer le 20 avril 2016</b> .....	318
	<b>A. Refus de Wettlaufer d'intervenir devant le comportement d'un résident.</b> .....	318
	<b>B. Inquiétudes du médecin.</b> .....	319
	<b>C. Propos inappropriés</b> .....	320
	<b>D. Réponse de Life Guard au courriel du 20 avril 2016.</b> .....	320
<b>XI.</b>	<b>Travail de Wettlaufer en tant qu'infirmière d'agence dans d'autres foyers de SLD</b> .....	321
	<b>A. Anson Place Care Centre</b> .....	321
	<b>B. Fox Ridge Care Community</b> .....	322
	<b>C. Park Lane Terrace</b> .....	323
	<b>D. Hardy Terrace</b> .....	324
	<b>E. Delrose Retirement Residence</b> .....	324
	<b>F. Brierwood Gardens</b> .....	325
	<b>G. Dover Cliffs</b> .....	326
	<b>H. Démission de Wettlaufer chez Life Guard</b> .....	326
<b>XII.</b>	<b>Enquêtes après que les Infractions sont devenues connues</b> ..	328
	<b>A. Enquête interne de Revera</b> .....	328
	<b>B. Inspections du Ministère</b> .....	328
	1. Telfer Place .....	328
	2. Autres foyers de SLD où Wettlaufer a travaillé comme infirmière d'agence. ....	329
	<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	330

## I. Introduction

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*<sup>1</sup> (LFSLD) vise à assurer la continuité et l'uniformité des soins infirmiers fournis aux résidents des foyers de soins de longue durée (SLD). Il arrive toutefois que des situations d'urgence empêchent les infirmiers de faire leur quart de travail. Lorsqu'aucun membre de leur personnel infirmier n'est disponible pour les remplacer et qu'ils ont un très court préavis, les foyers s'adressent à des agences de placement pour embaucher du personnel temporaire, dont des infirmiers autorisés. Dans le système des foyers de SLD, ces infirmiers sont désignés sous le nom d'infirmiers d'agence. En 2017, il y avait 6 104 infirmiers d'agence en Ontario, dont 621 qui travaillaient dans des foyers de SLD<sup>2</sup>.

En 2015, Wettlaufer travaillait comme infirmière d'agence pour Life Guard Homecare (Life Guard), qui fournit du personnel temporaire – dont des infirmiers autorisés (IA), des infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) et des préposés aux services de soutien à la personne (préposé SSP) – aux foyers de SLD. Les employés de cette agence fournissent également des services de soins à domicile, soit par l'entremise d'ententes privées conclues avec les clients, soit en tant que sous-traitants de fournisseurs de services en vertu de la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires*. Je traiterai de la fourniture des services de soins à domicile aux chapitres 8 et 12.

Life Guard a affecté Wettlaufer à plusieurs foyers de SLD, dont Telfer Place, situé à Paris (Ontario). Wettlaufer y a commis une de ses infractions : la tentative de meurtre sur Sandra Towler, en septembre 2015.

Le présent chapitre porte sur deux grands thèmes : 1) le rôle des infirmiers d'agence dans le système des foyers de SLD; 2) les leçons à tirer de l'infraction commise par Wettlaufer dans le cadre de son travail comme infirmière d'agence. Je me penche d'abord sur les raisons pour lesquelles les foyers de SLD doivent faire appel à des infirmiers d'agence. Vu les difficultés de recrutement et de rétention de personnel infirmier, il est clair que ce besoin n'est pas près de disparaître. J'examine également les cadres législatif et contractuel qui régissent le recours à des infirmiers d'agence dans les foyers de SLD. Je m'intéresse ensuite à Telfer Place et à son recours aux infirmiers d'agence. Je me concentre surtout sur la période de 20 mois durant

---

<sup>1</sup> L.O. 2007, chap. 8.

<sup>2</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Nurses in Ontario Long-Term Care Homes*, décembre 2018.

laquelle Wettlaufer a travaillé pour Life Guard, soit depuis son embauche en janvier 2015 jusqu'à sa démission précipitée en août 2016<sup>3</sup>.

Peu après les aveux de Wettlaufer, Revera Long Term Care inc. (Revera), le titulaire de permis de Telfer Place, a ouvert une enquête interne sur le travail de l'infirmière dans cet établissement. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) a également mené une inspection de Telfer Place et de quelques-uns des autres foyers de SLD où Wettlaufer a travaillé comme infirmière d'agence. Je résume cette enquête et ces inspections, puis je conclus le présent chapitre par des recommandations sur le recours aux infirmiers d'agence dans les foyers de SLD.

## II. Besoin d'infirmiers d'agence dans les foyers de SLD

### A. Circonstances entraînant le recours à des infirmiers d'agence

L'article 8(3) de la LFSLD exige que chaque titulaire de permis d'un foyer de SLD assure qu'il y ait au moins un infirmier autorisé de service et présent au foyer en tout temps – autrement dit, « 24 heures sur 24 ». Cependant, pour bien des raisons, les foyers de SLD ont de la difficulté à recruter des IA et à les conserver. Ils doivent rivaliser avec d'autres secteurs qui emploient des IA, mais sont désavantagés par la lourde charge de travail, la nécessité de travailler par quarts, le ratio patients-personnel élevé et les salaires relativement faibles. Et ce peut être encore plus compliqué pour les petits foyers ou ceux situés en milieu rural.

Les foyers peuvent ne pas avoir suffisamment d'infirmiers à temps plein ou partiel ou d'infirmiers occasionnels pour répondre aux urgences et pallier les absences (congés de maladie, vacances). Lorsque seulement un infirmier autorisé doit être de service, mais qu'il a un empêchement de dernière minute, le foyer de SLD doit, en vertu de ses obligations prévues par la LFSLD, trouver immédiatement un remplaçant. Dans ces situations, nombreux sont les foyers – dont Telfer Place – qui s'adresseront aux agences comme Life Guard pour combler leurs besoins en personnel.

---

<sup>3</sup> La date de démission est tirée de l'exposé conjoint des faits présenté dans le cadre de l'instance pénale contre Wettlaufer (annexe C). Selon certains éléments de preuve soumis à la Commission, Wettlaufer aurait plutôt démissionné en septembre 2016.

## B. Difficultés rencontrées par les infirmiers d'agence dans les foyers de SLD

Le personnel infirmier permanent des foyers de SLD a une lourde charge de travail, et le personnel d'agence fait face à des difficultés supplémentaires. L'infirmier d'agence qui ne travaille que sporadiquement dans un foyer connaît moins bien les résidents que le personnel infirmier permanent. Inévitablement, il prendra donc plus de temps pour exécuter certaines tâches, accomplira moins de travail durant un quart et pourra fournir moins de détails sur les résidents aux autres membres de l'équipe soignante.

Par exemple, un médecin qui a témoigné lors des audiences publiques a affirmé que, d'après son expérience, les infirmiers d'agence sont parfois incapables de communiquer toutes les informations contextuelles nécessaires sur les résidents. D'autres témoins ont témoigné qu'à Telfer Place, les notes et les comptes rendus quotidiens des infirmiers d'agence n'étaient pas aussi détaillés que ceux du personnel permanent, et que leurs rapports verbaux lors des changements de quart avaient tendance à être brefs.

## III. Cadre législatif et cadre contractuel régissant le recours à des infirmiers d'agence dans les foyers de SLD

### A. Cadre législatif

La LFSLD limite le recours aux infirmiers d'agence par les foyers de SLD « afin de fournir une main-d'œuvre stable et permanente et d'améliorer la continuité des soins fournis aux résidents »<sup>4</sup>. La LFSLD ne s'applique pas aux agences de placement comme Life Guard. Le rapport juridique entre le foyer de SLD et une agence de placement est régi par un contrat entre les deux; c'est le contrat qui régit la dotation en infirmiers de l'agence au foyer.

Selon la définition de « personnel » dans la LFSLD, les infirmiers d'agence font partie du personnel d'un foyer de SLD<sup>5</sup>. Par conséquent, hormis quelques exceptions, les obligations que la LFSLD impose aux titulaires de permis relativement au « personnel » s'appliquent également aux infirmiers d'agence travaillant dans des foyers de SLD.

<sup>4</sup> LFSLD, art. 74(1).

<sup>5</sup> LFSLD, art. 2(1).

## 1. Recours aux infirmiers d'agence dans les situations d'urgence

Comme je l'explique dans le chapitre 5, aux termes de l'article 8(3) de la LFSLD, les titulaires de permis doivent veiller à ce qu'au moins un IA qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps (exigence IA 24 heures sur 24). Afin que cette exigence soit toujours respectée, les titulaires de permis doivent assurer qu'il y ait un plan d'urgence pour parer aux situations où un membre du personnel infirmier est incapable de se présenter au travail<sup>6</sup>.

Les infirmiers d'agence ne satisfont pas aux critères énoncés à l'article 8(3), car ils ne sont ni employés du titulaire de permis ni membres du personnel infirmier permanent. C'est donc dire qu'un IA d'agence ne peut pas être le seul infirmier autorisé de service dans un foyer, sous réserve des exceptions limitées indiquées ci-dessous. Cependant, dans bon nombre de foyers de SLD, il arrive que seulement un infirmier autorisé soit appelé à travailler durant un quart – en particulier le soir ou la nuit. Si cet infirmier est soudainement incapable de travailler, le foyer peut recourir à un infirmier d'agence uniquement si l'une des exceptions à l'exigence IA 24 heures sur 24 s'applique.

L'article 45 du Règlement de l'Ontario 79/10 (Règlement) prévoit des exceptions limitées à l'exigence IA 24 heures sur 24 selon la capacité des foyers et s'il y a « situation d'urgence ». Les foyers dont le nombre de lits autorisés est de 64 lits ou moins peuvent satisfaire à cette exigence en mettant en place l'une ou l'autre des mesures suivantes :

- faire appel à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à une entente ou à un contrat conclu avec le titulaire de permis et qui fait partie du personnel infirmier permanent du foyer, pourvu qu'il soit de service et présent au foyer en tout temps;
- dans une situation d'urgence où le plan d'urgence du foyer ne permet pas de satisfaire à l'exigence prévue à l'article 8(3), soit faire appel à un infirmier autorisé provenant d'une agence de placement, soit faire appel à un infirmier auxiliaire autorisé qui fait partie du personnel infirmier permanent, si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou un infirmier autorisé qui est à la fois employé du titulaire de permis et membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone.

---

<sup>6</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 31(3).

Les foyers dont le nombre de lits autorisés est de plus de 64 lits mais moins de 129 lits peuvent satisfaire à l'exigence IA 24 heures sur 24 en mettant en place l'une ou l'autre des mesures suivantes :

- dans le cas d'un départ en congé planifié ou prolongé d'un infirmier autorisé membre du personnel infirmier permanent, faire appel à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à une entente ou à un contrat conclu avec le titulaire de permis et qui fait partie du personnel infirmier permanent;
- dans une situation d'urgence où le plan d'urgence du foyer ne permet pas de satisfaire à l'exigence prévue à l'article 8(3), faire appel à un infirmier autorisé provenant d'une agence de placement à condition que : 1) le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou un infirmier autorisé qui est à la fois employé par le titulaire de permis et membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone; et 2) un infirmier auxiliaire autorisé employé par le titulaire de permis et membre du personnel infirmier permanent est de service et présent au foyer.

Aucune exception à l'exigence IA 24 heures sur 24 ne s'applique aux foyers dont la capacité en lits autorisés est de 129 lits et plus. Dans ces foyers, un infirmier autorisé qui est à la fois employé de l'établissement et membre du personnel infirmier permanent doit être de service et présent en permanence. Un IA d'agence ne pourrait donc en aucun cas être le seul infirmier autorisé de service.

Si un infirmier autorisé avertit le foyer de son absence du travail à court préavis, et que ni le directeur des soins, ni aucun des infirmiers autorisés à temps plein, à temps partiel ou occasionnels ne peut prendre la relève, il est possible que le foyer ne soit tout de même pas autorisé à recourir à un IA d'agence. Pour ce faire, les circonstances doivent correspondre à une « situation d'urgence ». Au sens de l'article 45(2) du Règlement, la « situation d'urgence » est une « situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée ». Le Ministère interprète cette définition de façon restrictive, comme en témoigne l'explication de son inspectrice Lisa Vink sur ce qui constitue une « situation d'urgence » :

[S]i une personne vous appelle à 14 h 30 pour vous dire qu'elle ne pourra se présenter au travail à 15 h parce qu'elle vient de tomber, s'est cassé la jambe et doit être opérée le jour même, c'est une situation qui répond aux critères d'urgence et d'imprévisibilité.

Cependant, vous savez déjà, au moment où cette personne vous appelle, qu'elle ne pourra pas non plus se présenter au travail le lendemain. Ce n'est donc plus une situation imprévue.

Selon cette interprétation du terme « situation d'urgence », si un infirmier autorisé à temps plein appelle le foyer durant la fin de semaine pour dire qu'il s'est cassé la jambe, et que son prochain quart de travail n'est que le lundi soir, ce n'est pas une urgence de trouver un remplacement pour ce quart et les suivants.

Un foyer peut également avoir du mal à remplir l'exigence IA 24 heures sur 24 lorsqu'un infirmier autorisé remet sa démission. Il est souvent difficile, particulièrement pour les petits foyers, de combler ce départ pendant qu'ils cherchent un remplacement, parce qu'ils ont déjà un bassin très limité de personnel autorisé. Beaucoup de petits foyers se tournent alors vers les IA d'agence, contrevenant ainsi à l'article 8(3).

## 2. Exigences de présélection pour l'embauche de personnel autorisé

Conformément à l'article 75 de la LFSLD, les titulaires de permis doivent mettre en place diverses mesures de présélection avant d'embaucher du personnel infirmier. Un infirmier d'agence est considéré comme étant « embauché » dès qu'il commence à travailler au foyer<sup>7</sup>. Ces mesures doivent comprendre la vérification du dossier de police et une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables réalisées dans les six derniers mois<sup>8</sup>.

Les agences qui placent du personnel infirmier dans les foyers de SLD ne sont pas tenues par la LFSLD de procéder à une vérification du dossier de police à l'embauche. Cependant, pour se conformer à la LFSLD, les foyers doivent mettre en place des mécanismes de présélection pour s'assurer que les infirmiers d'agence ont été soumis aux vérifications qui s'imposent – que ce soit par le foyer ou par l'agence – dans les six mois qui précèdent le premier quart de travail.

En plus d'exiger la vérification du dossier de police, les titulaires de permis doivent veiller à ce que les infirmiers qui travaillent pour eux soient des membres en règle de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre)<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> LFSLD, art. 75(3).

<sup>8</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 215.

<sup>9</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 46.

Pour ce faire, ils peuvent consulter le registre *Find a Nurse* du site Web de l'Ordre pour vérifier qu'un infirmier est actuellement autorisé à exercer sans restrictions.

### 3. Exigence de fournir une orientation et une formation au personnel d'agence

Au début d'une affectation dans un foyer de SLD, les infirmiers d'agence ne connaissent pas les lieux, les résidents ou les politiques et procédures. Conformément à l'article 76(2) de la LFSLD et à l'article 218 du Règlement, tous les membres du personnel d'un foyer, y compris les infirmiers d'agence, doivent recevoir une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous avant d'assumer leurs responsabilités, et ce, pour assurer la sécurité des résidents :

- la déclaration des droits des résidents;
- l'énoncé de mission du foyer;
- la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents;
- l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 de la LFSLD;
- la protection des dénonciateurs qu'offre l'article 26 de la LFSLD;
- la politique du foyer visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents;
- la prévention des incendies et la sécurité;
- les mesures d'urgence et le plan d'évacuation;
- la prévention et le contrôle des infections;
- l'ensemble des lois, des règlements, des politiques du Ministère et des documents semblables, y compris les politiques du titulaire de permis, qui se rapportent aux responsabilités du membre du personnel;
- les démarches à suivre écrites du titulaire de permis sur la façon de traiter les plaintes et le rôle que peuvent jouer les membres du personnel en l'occurrence;
- l'utilisation sécuritaire et correcte de l'équipement faisant partie des responsabilités des membres du personnel, notamment du matériel thérapeutique, des appareils de levage, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position;
- le nettoyage et l'assainissement de l'équipement faisant partie des responsabilités des membres du personnel.



Les infirmiers d'agence peuvent toutefois commencer à travailler sans avoir suivi de formation « dans les situations d'urgence ou dans des circonstances exceptionnelles et imprévues », auquel cas la formation doit être offerte dans un délai d'une semaine<sup>10</sup>. C'est la seule exception. Dans un foyer de SLD, les infirmiers d'agence, tout comme le personnel infirmier permanent, doivent également se recycler dans certains domaines chaque année<sup>11</sup>. De plus, les foyers doivent évaluer les besoins en formation de chaque employé, y compris les infirmiers d'agence, au moins une fois par année et donner des formations additionnelles s'il y a lieu<sup>12</sup>.

Avant de prodiguer des soins directs aux résidents, les infirmiers d'agence doivent également suivre une formation dans les domaines suivants :

- le dépistage et la prévention des mauvais traitements;
- les questions de santé mentale, y compris les soins aux personnes atteintes de démence;
- la gestion des comportements;
- la façon de réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et, si la contention se révèle nécessaire, la façon de l'utiliser conformément à la LFSLD et ses règlements;
- les soins palliatifs;
- la prévention et la gestion des chutes;
- les soins de la peau et des plaies;
- la facilitation des selles et les soins de l'incontinence;
- la gestion de la douleur, notamment le dépistage de ses symptômes spécifiques et non spécifiques;
- l'application, l'utilisation et les dangers éventuels d'appareils mécaniques faisant partie de la formation des membres du personnel qui appliquent ces appareils ou qui surveillent des résidents maîtrisés par de tels appareils<sup>13</sup>.

<sup>10</sup> LFSLD, art. 76(3).

<sup>11</sup> LFSLD, art. 76(4); Règl. de l'Ont. 79/10, art. 219(1)-(2).

<sup>12</sup> LFSLD, art. 76(6); Règl. de l'Ont. 79/10, art. 219(3).

<sup>13</sup> LFSLD, art. 76(7); Règl. de l'Ont. 79/10, art. 221(1).

Si le foyer évalue les besoins en formation d'un infirmier d'agence, ce dernier est seulement tenu de suivre une formation dans les domaines jugés nécessaires dans le cadre de cette évaluation. Si le foyer n'effectue pas cette évaluation, l'infirmier d'agence doit suivre chaque année une formation dans tous ces domaines<sup>14</sup>.

Il est difficile pour les foyers de SLD de satisfaire aux exigences en matière d'orientation et de formation des infirmiers d'agence et à assumer les coûts qui y sont liés – surtout quand ces travailleurs risquent de ne jamais revenir travailler au foyer. Il est question, ci-dessous, de la façon dont Telfer Place a jonglé avec cette réalité.

#### **4. Tenue de dossiers**

Pour chaque infirmier d'agence travaillant dans leur établissement, les titulaires de permis doivent conserver un dossier comprenant une vérification du certificat d'inscription en vigueur auprès de l'Ordre et les résultats de la vérification de son dossier de police<sup>15</sup>. Le règlement exige également que les foyers de SLD soumettent les infirmiers d'agence aux mêmes mesures de présélection que celles appliquées aux membres de leur personnel infirmier permanent.

## **B. Cadre contractuel régissant l'utilisation d'infirmiers d'agence**

La LFSLD ne régit ni les agences qui fournissent des infirmiers autorisés aux foyers de SLD ni les relations entre ces parties. Ces dernières doivent plutôt conclure un contrat et en respecter les clauses. Il n'existe pas de contrat type ou d'exigence législative relativement aux modalités de ces contrats. C'est pourquoi, les modalités des contrats varient d'une agence et d'un foyer à l'autre.

---

<sup>14</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 221(2).

<sup>15</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 234.

## IV. Recours à des infirmiers d'agence par Telfer Place

### A. Besoin d'infirmiers d'agence à Telfer Place

Telfer Place est un complexe résidentiel multifonctionnel pour retraités situé à Paris (Ontario). Il accueille des personnes âgées autonomes ou semi-autonomes, et comprend également un foyer de SLD à but lucratif de 45 lits. Telfer Place étant multifonctionnel, ses résidents peuvent passer d'une section à l'autre du complexe selon l'évolution de leurs besoins.

En 2015, compte tenu de sa petite taille, Telfer Place n'avait qu'un IA par quart. Pour certains quarts de jour, il y avait également un infirmier auxiliaire autorisé. Aucun autre infirmier n'était présent pour les quarts de soir et de nuit. En outre, la nuit, l'infirmier autorisé n'était accompagné que d'un seul préposé SSP.

La charge de travail élevée faisait en sorte que les infirmiers de jour et de soir devaient souvent rester après leur quart pour finir de consigner leurs notes. Le seul infirmier autorisé de service la nuit prêtait également main-forte au préposé SSP pour les tâches que celui-ci ne pouvait faire seul, comme le transfert d'un résident de son fauteuil roulant à son lit.

Telfer Place avait beaucoup de mal à recruter et à conserver des infirmiers pour sa section de SLD. Cela s'explique par plusieurs raisons, notamment la charge de travail physique élevée, l'emplacement en milieu rural du foyer et, selon le quart, le ratio de 45 résidents par infirmier.

Telfer Place a dû composer avec d'autres problèmes de dotation en 2015 et en 2016. Un membre du personnel infirmier était absent en raison d'une maladie de longue durée, et un autre qui travaillait habituellement la nuit avait démissionné. Une troisième infirmière était en congé de maladie de longue durée; elle s'apprêtait à revenir au travail, mais ses problèmes de mobilité l'empêchaient de travailler de façon autonome. La directrice générale du foyer, Dian Shannon, a résumé ainsi l'incidence de ces problèmes de dotation :

Nous avons perdu plusieurs infirmiers en très peu de temps. Et c'était difficile d'en recruter d'autres. Nous avons nos infirmiers à temps plein, nos infirmiers à temps partiel; nous n'avons essentiellement personne pour faire les nuits. Nous sommes un petit foyer. Nous n'avons pas beaucoup d'infirmiers qui auraient pu travailler 14 quarts de plus par période de paie.

Les circonstances décrites par M<sup>me</sup> Shannon ne répondaient pas à la définition de « situation d'urgence » fournie ci-dessus. Cependant, vu la perte de plusieurs membres de son personnel infirmier permanent et la pénurie généralisée d'infirmiers, Telfer Place devait immédiatement trouver des infirmiers autorisés. Il s'adressait à des entreprises comme Life Guard pour combler ses besoins en personnel.

## B. Telfer Place recourt aux services de Life Guard

Telfer Place a conclu une entente avec Life Guard, qui est entrée en activité en 2004. Le plus vieux contrat entre Life Guard et Telfer Place ayant été obtenu dans le cadre de l'Enquête date du 24 juillet 2015 (dans leurs témoignages, les deux parties ont toutefois dit croire qu'il y en avait eu au moins un avant celui-là). Ce contrat a été rédigé par Life Guard et signé en l'état par Telfer Place. Un deuxième contrat (Contrat Life Guard), passé en août 2015, était en vigueur lorsque Wettlaufer a commis l'infraction à Telfer Place. Il était court et n'imposait que quelques obligations à chacune des parties.

Les termes du contrat n'étaient pas clairs. Il semble qu'en vertu du Contrat Life Guard, Life Guard devait :

- fournir à Telfer Place du personnel soignant, dont des infirmiers autorisés, des infirmiers auxiliaires autorisés et des préposés SSP, aux taux fixés dans le contrat; Life Guard s'efforcerait de fournir le personnel qui répondrait le mieux aux besoins de Telfer Place;
- veiller à ce que les infirmiers en question disposent de certificats d'inscription valides et soient bien des membres en règle de l'Ordre; sur demande, Life Guard s'efforcerait de fournir cette documentation à Telfer Place;
- s'efforcer de fournir à Telfer Place, s'il le demande, des attestations d'assurance responsabilité civile et d'inscription auprès de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB)<sup>16</sup>;
- s'efforcer de répondre à toutes les demandes d'aménagement des horaires avec souplesse et rapidité, et tâcher de ne soumettre des demandes d'heures supplémentaires que sur approbation écrite de Telfer Place.

---

<sup>16</sup> Ailleurs, le contrat indique que Life Guard *fournira* sur demande les attestations d'assurance responsabilité civile et d'inscription auprès de la WSIB.

Il semble qu'en vertu du Contrat Life Guard, Telfer Place devait pour sa part :

- éviter de recruter ou d'embaucher d'anciens membres du personnel de Life Guard dans les 12 mois suivant leur dernier jour d'emploi pour l'agence;
- donner un préavis d'un jour ouvrable pour l'annulation de quarts réguliers;
- payer les factures de Life Guard dans un délai de 30 jours, sauf entente contraire;
- accepter les substitutions de personnel jugées nécessaires par Life Guard en cas de maladie, pourvu que les remplaçants répondent aux exigences relatives aux permis et à l'orientation;
- aviser Life Guard, au moment de la demande de personnel, de toute épidémie de maladies transmissibles sévissant dans l'établissement;
- dégager Life Guard, ses employés, ses administrateurs, ses dirigeants et ses représentants de toute responsabilité liée à la prestation des services de Life Guard.

Le Contrat Life Guard n'imposait aucune condition à Life Guard relativement aux infirmiers fournis à Telfer Place, si ce n'est d'une clause stipulant qu'ils devaient être membres en règle de l'Ordre – et que l'agence en produirait la preuve sur demande. Il n'obligeait aucune des parties à effectuer une vérification du dossier de police des infirmiers de Life Guard ou à leur fournir une orientation et une formation avant leur entrée en fonction au foyer. Cependant, lors des audiences publiques, des représentants de Life Guard et de Telfer Place ont témoigné qu'il était entendu que Life Guard vérifierait les dossiers de police de ses infirmiers avant de les affecter à Telfer Place. Telfer Place a en outre fourni une orientation et une formation aux infirmiers d'agence.

Life Guard n'était pas la seule entreprise à assigner des infirmiers d'agence à Telfer Place – le foyer a passé un contrat avec une autre agence de placement en janvier 2016. Comparativement au Contrat Life Guard, celui-ci contenait des modalités plus détaillées quant à la présélection, à l'orientation, à la formation et à la gestion du travail des infirmiers d'agence. Ces clauses étaient toutefois plutôt difficiles à appliquer. Il semble que ce contrat exigeait, entre autres choses, que l'agence effectue ce qui suit :

- veiller à ce que le personnel affecté à Telfer Place soit présélectionné et dûment qualifié pour le poste à pourvoir; lorsqu'elle affectait un membre du personnel à Telfer Place, l'agence était censée fournir les résultats

d'une vérification du dossier de police récente ainsi que le statut et le numéro d'inscription de cette personne auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers;

- régler les problèmes de rendement clinique du personnel d'agence afin de protéger les intérêts des patients, d'assurer la qualité des soins prodigués par le personnel de l'agence et de protéger Telfer Place contre tout recours éventuel;
- favoriser la continuité en tâchant de toujours affecter le même personnel à Telfer Place;
- fournir une orientation au personnel d'agence;
- fournir une attestation des compétences et des évaluations annuelles pour chaque membre du personnel placé chez Telfer Place, qui porte notamment sur les aspects suivants : compétences, précautions universelles, pathogènes à diffusion hématogène, contrôle des infections, douleur, moyens de contention et déclaration des droits des résidents;
- faire en sorte qu'un infirmier autorisé qui est un directeur des soins réalise les évaluations annuelles du travail du personnel d'agence.

Le contrat précisait que les membres du personnel d'agence devaient fournir les soins dans le respect des exigences légales et réglementaires relatives à leur permis et des politiques et procédures de Telfer Place. En outre, il semble que Telfer Place avait, en vertu du contrat, les droits, protections et obligations ci-dessous :

- Telfer Place pouvait refuser qu'un infirmier de l'agence travaille pour lui s'il déterminait que celui-ci n'était pas titulaire d'un certificat d'inscription en vigueur auprès de l'Ordre, ne possédait pas les compétences requise ou était physiquement ou mentalement incapable de s'acquitter de ses fonctions;
- chaque fois qu'un membre du personnel d'agence se présenterait pour un quart, Telfer Place vérifierait son identité et ses titres de compétences en examinant ses pièces d'identité (photo, permis, certification);
- il incombait à Telfer Place de fournir au personnel d'agence l'orientation sur les règles, règlements, politiques et procédures du foyer;
- Telfer Place devait assigner les tâches (soins cliniques, etc.) aux membres du personnel d'agence en fonction de leur expertise clinique et leur fournir une orientation environnementale;

- Telfer Place devait s'assurer que les membres du personnel d'agence acquièrent des compétences pratiques, comme l'utilisation des contentions et la tenue de dossiers électroniques sur l'administration des médicaments, durant leur premier quart de travail.

Comme l'indiquent les résumés de ces deux contrats entre un foyer de SLD et deux agences de placement, le contenu et le niveau de détail de ces types de contrats peuvent varier considérablement.

Pour le reste du présent chapitre, je me concentrerai uniquement sur le Contrat Life Guard. Wettlaufer a été affectée à Telfer Place selon les conditions énoncées dans ce document.

### **C. Présélection des infirmiers d'agence**

En 2015, Revera avait instauré une External Service Provider Agencies Policy (Politique sur les agences et autres fournisseurs de services externes, ou Politique AAFSE). Cette politique énonçait les exigences que les établissements de Revera devaient respecter lorsqu'ils faisaient appel à des agences externes. Concernant la présélection du personnel d'agence, elle précisait que les agences externes devaient toujours prouver qu'elles disposaient, entre autres choses, d'un processus visant à garantir que tous les employés d'agence affectés à un foyer de Revera avaient un dossier de police vierge et avaient subi la vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables. Concrètement, M<sup>me</sup> Shannon a témoigné qu'elle comptait sur Life Guard pour les vérifications de casiers judiciaires, mais en 2015, aucun processus n'obligeait Life Guard à fournir à Telfer Place la preuve que ces vérifications avaient été effectuées.

En vertu du Contrat Life Guard, l'agence devait veiller à ce que ses infirmiers soient bien des membres en règle de l'Ordre, mais elle n'était pas tenue d'en fournir des preuves à Telfer Place. La directrice des soins de Telfer Place, Sherri Toleff, a toutefois témoigné qu'elle avait vérifié l'inscription auprès de l'Ordre pour chaque nouvel infirmier d'agence.

### **D. Orientation et formation du personnel d'agence**

Telfer Place fournissait aux nouveaux membres du personnel infirmier une orientation sur ses politiques et ses procédures pour chaque étage et chaque quart. Les nouveaux employés suivaient le programme d'orientation pour six quarts : deux de jour, deux de soir et deux de nuit.

Les infirmiers d'agence ne sont toutefois pas des employés des foyers de SLD. Ils sont appelés en renfort lorsque le personnel infirmier permanent d'un foyer n'est pas disponible. On peut avoir besoin d'eux pour seulement un quart, puis plus jamais par la suite. En outre, le foyer et l'agence de placement ne savent parfois que quelques heures à l'avance qu'ils doivent trouver quelqu'un pour un remplacement. Par ailleurs, Telfer Place fournissait également une orientation aux infirmiers d'agence : en situation d'urgence, elle durait quatre heures, sinon, huit heures. Lorsqu'on lui a demandé d'expliquer pourquoi l'orientation suivie par les nouveaux employés de Telfer Place était si différente de celle des infirmiers d'agence, M<sup>me</sup> Shannon a répondu :

D'abord, les infirmiers d'agence n'étaient pas considérés comme des membres du personnel. De plus, lorsque nous embauchions du personnel d'agence, c'était à la dernière minute, généralement pour répondre à une situation d'urgence. Nous devons donc former une personne pour deux jours, puis ne jamais plus avoir besoin d'elle.

J'ajouterai qu'il y a eu des fois où nous avons formé des infirmiers d'agence en prévoyant qu'ils travailleraient quelques quarts pour nous, parce que nous n'avions personne d'autre pour faire ces quarts, mais qu'au moins un de ces infirmiers n'est jamais revenu au foyer par la suite.

Telfer Place a tenté de concevoir des processus d'orientation conciliant deux nécessités : 1) mettre rapidement au diapason les infirmiers d'agence; 2) respecter les exigences de la LFSLD concernant le personnel chargé des soins directs, à savoir que celui-ci doit, comme condition pour fournir des soins aux résidents, recevoir une formation appropriée. Ainsi, chaque nouvel infirmier autorisé provenant d'une agence de placement était jumelé à un infirmier autorisé permanent de Telfer Place, qui lui fournissait une orientation fondée sur une « liste de contrôle pour l'orientation du personnel d'agence » couvrant divers documents, politiques et procédures du foyer. Parmi les thèmes abordés, mentionnons les rapports; les responsabilités d'équipe; l'emplacement des articles, comme les fournitures pour soins infirmiers et le manuel de pharmacie du foyer; les médicaments; les clés; les dossiers des résidents et les documents connexes; et la sécurité. Plus précisément, le membre du personnel d'agence devait se familiariser avec les politiques et procédures liées aux incendies et aux situations d'urgence, à la prévention des mauvais traitements, au recours minimal à la contention, au système de gestion des médicaments du foyer, etc. Cependant, Telfer Place ne répondait pas à toutes les exigences impératives de la LFSLD, notamment l'orientation sur les procédures de rapport obligatoire et la déclaration des droits des résidents.



En plus des éléments de la liste, les nouveaux infirmiers d'agence devaient, durant cette même période de quatre ou huit heures, se familiariser avec les lieux et le déroulement du travail. Pour ce faire, ils suivaient l'infirmier autorisé de service, apprenaient les mesures d'urgence et observaient la distribution des médicaments. S'ils s'étaient vu accorder l'accès au système informatique, ils pouvaient assister l'infirmier de Telfer Place durant la distribution des médicaments.

Même les infirmiers d'agence qui ont de l'expérience en milieu de soins de longue durée peuvent trouver le travail dans un foyer de SLD difficile. Lorsqu'ils arrivent dans un nouveau foyer, ils doivent assimiler une multitude d'informations, sans connaître les résidents et les routines. Le processus est aussi exigeant pour les infirmiers autorisés chargés de fournir l'orientation, car cette tâche s'ajoute à leurs tâches habituelles.

Dans les petits foyers de SLD comme Telfer Place, les infirmiers d'agence devaient non seulement intégrer beaucoup d'informations en relativement peu de temps, mais ils allaient aussi potentiellement se voir confier la responsabilité du foyer dès le quart suivant l'orientation. Le cas échéant, les IA d'agence avaient donc les clés du bâtiment, de la salle des médicaments, du chariot à médicaments et du bac à narcotiques. En outre, l'IA d'agence travaillant le soir ou la nuit pouvait être le seul infirmier de service; l'un des membres de la direction était toutefois de garde.

## **E. Processus de réponse aux incidents impliquant des infirmiers d'agence à Telfer Place**

Le travail des infirmiers d'agence dans des foyers de SLD peut poser certains problèmes : erreurs de médicament, conflits avec des membres du personnel permanent, etc. Le problème est compliqué par le fait que le foyer et l'agence (en tant qu'employeur de l'infirmier) doivent tous deux intervenir. Par exemple, dans le cas d'une erreur de médicament, le foyer doit savoir ce qui s'est produit, si l'erreur a eu des effets sur le résident et s'il faut signaler l'incident au Ministère. Parallèlement, l'agence doit savoir ce qui s'est produit pour déterminer les mesures éventuelles à prendre (p. ex. formation supplémentaire ou sanctions disciplinaires).

Telfer Place n'avait pas de processus officiel pour évaluer le travail des infirmiers d'agence. Comme ces infirmiers n'étaient pas des employés du foyer, il ne revenait pas à Telfer Place de les soumettre à des mesures disciplinaires.

Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Toleff a déclaré que lorsque des préoccupations étaient portées à son attention, elle en discutait habituellement avec l’infirmier d’agence et effectuait un suivi avec l’agence. Si Telfer Place n’était pas satisfait du travail d’un infirmier d’agence, la direction du foyer informait l’agence qu’il ne voulait plus que cette personne y soit affectée.

L’investigation sur un incident était souvent difficile pour les deux parties. Le foyer n’avait pas toujours les coordonnées de l’infirmier d’agence; si une préoccupation était soulevée, le foyer était donc fréquemment contraint de passer par l’agence pour obtenir la version des faits de l’infirmier. De même, les représentants de l’agence ne pouvaient pas simplement se présenter à Telfer Place pour interroger le personnel et les résidents. Par conséquent, la direction de Telfer Place et celle de l’agence devaient discuter des préoccupations et obtenir des renseignements sur l’incident. Ce processus pouvait s’avérer un casse-tête sur le plan de la communication. Par exemple, Life Guard n’a pas été avisée de toutes les préoccupations soulevées au sujet de Wettlaufer. Et il y a une fois où c’est Wettlaufer elle-même, et non Telfer Place, qui a informé Life Guard qu’elle avait commis une erreur de médicament. Ces difficultés de communication étaient aggravées par le fait que ni Life Guard ni Telfer Place n’avaient noté les mesures qu’ils avaient prises – le cas échéant – pour investiguer sur les préoccupations soulevées au sujet de Wettlaufer ou les éléments de preuve recueillis.

## F. Tenue de dossiers

Afin de répondre aux exigences relatives à la tenue de dossiers de la LFSLD, Telfer Place devait, pour chaque membre du personnel infirmier, conserver un dossier comprenant une vérification de son certificat d’inscription en vigueur auprès de l’Ordre des infirmières et infirmiers et les résultats de la vérification de son dossier de police. Telfer Place n’appliquait toutefois pas cette mesure pour les infirmiers d’agence au moment où Wettlaufer y a travaillé. Il s’en remettait à Life Guard pour la vérification du dossier de police, mais ne demandait pas à l’agence de lui prouver que cette vérification avait bien été effectuée. Par surcroît, il n’imposait pas non plus à Life Guard de démontrer que l’infirmier d’agence était autorisé à exercer sans restrictions. Telfer Place n’avait donc pas de dossier confirmant le statut de Wettlaufer auprès de l’Ordre.

## V. Manipulation de l'insuline injectable à Telfer Place

Le foyer de SLD de Telfer Place comporte deux couloirs – un de 21 lits, et un de 24 lits. Ces couloirs se rejoignent au poste infirmier. La seule salle des médicaments est située près du poste infirmier et n'a pas de fenêtre. En 2015, le foyer possédait un chariot à médicaments. L'infirmier autorisé de service avait les clés de la salle des médicaments, du chariot et du bac à narcotiques se trouvant à l'intérieur du chariot.

Il y avait aussi à Telfer Place une salle verrouillée contenant les dossiers des résidents et le chariot de soins. L'infirmier autorisé avait la clé de cette salle, et une autre clé était conservée au poste infirmier afin que les préposés SSP aient accès au chariot de soins. On conservait également au poste infirmier une clé permettant d'ouvrir toutes les portes extérieures.

Certaines parties de Telfer Place étaient équipées de caméras de vidéosurveillance, dont le poste infirmier du foyer de SLD. La caméra du poste était positionnée de façon à montrer chaque couloir; la salle des médicaments échappait toutefois à l'œil de la caméra. Les enregistrements n'étaient conservés que pendant 30 jours. Par conséquent, comme Wettlaufer n'a plus travaillé à Telfer Place après le 20 avril 2016, et qu'elle a avoué ses crimes en octobre 2016, il n'y avait plus d'enregistrement de sa période de travail.

En 2015, les résidents de Telfer Place qui devaient prendre de l'insuline injectable utilisaient le système de stylos et de cartouches. Chacun avait son propre stylo, étiqueté à son nom. Si les ordonnances d'insuline d'un résident étaient modifiées, un autocollant vert était apposé sur le stylo pour en avertir les infirmiers. Les médicaments qui ne sont pas classés comme substances désignées étaient entreposés dans des boîtes, dans le chariot à médicaments; chaque résident avait sa boîte, sur laquelle étaient inscrits son nom et son numéro de chambre. Les stylos injecteurs étaient conservés dans cette boîte ou dans une boîte vide juste à côté.

En 2015, Telfer Place manipulait l'insuline injectable de la même manière que Caressant Care (Woodstock) et Meadow Park (London) (voir les chapitres 5 et 6). L'insuline était conservée dans un réfrigérateur non verrouillé dans la salle des médicaments, qui elle était verrouillée. La seule personne qui avait accès à cette salle était l'infirmier autorisé de service. Caressant Care (Woodstock), Meadow Park (London) et Telfer Place assuraient un suivi des commandes et des réceptions d'insuline, mais pas des quantités entreposées dans le foyer. Telfer Place ne faisait pas l'inventaire de l'insuline utilisée ou des cartouches éliminées.

En 2015, à Telfer Place, la préparation et l'administration de la dose d'insuline ne faisaient pas l'objet d'une contre-vérification indépendante par un autre infirmier. Cela dit, il aurait été impossible qu'une telle contre-vérification soit effectuée durant les quarts de soir ou de nuit en 2015 et en 2016, car aucun autre personnel autorisé n'était de service durant ces quarts.

Revera avait une politique d'entreprise intitulée « High Alert / High Risk Medications – Independent Double Check » (Médicaments de niveaux d'alerte et de risque élevés – Contre-vérification indépendante), qui renvoyait à la liste de médicaments de niveau d'alerte élevé de l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients. Aux termes de cette politique, les médicaments de niveau d'alerte élevé étaient ceux qui présentaient un risque accru de causer des préjudices importants au résident s'ils étaient utilisés par erreur. Parmi les médicaments énoncés dans la politique se trouvaient les hypoglycémifiants oraux et l'insuline. La politique exigeait que les infirmiers demandent une contre-vérification indépendante avant d'administrer des médicaments de niveaux d'alerte et de risque élevés, dans la mesure du possible. Elle proposait quelques moyens d'effectuer cette contre-vérification :

- deux infirmiers pouvaient vérifier le médicament avant l'administration;
- si le médicament avait été préparé en doses unitaires et délivré par un pharmacien, on estimait qu'une première vérification avait été faite; la deuxième vérification indépendante pouvait alors être effectuée par un infirmier qui examinerait le médicament avant l'administration;
- si ni l'une ni l'autre de ces situations n'était possible, l'infirmier devait préparer le médicament, aller faire autre chose, puis revenir de cinq à dix minutes plus tard pour revérifier le médicament avant l'administration;
- si un résident avait immédiatement besoin du médicament, et donc que rien de ce qui précède n'était possible, l'infirmier devait alors faire preuve de discernement.

La politique d'entreprise de Revera indiquait également que les contre-vérifications indépendantes manuelles ne représentaient pas toujours la meilleure stratégie de réduction des erreurs et pouvaient ne pas convenir à tous les médicaments de niveau d'alerte élevé.

Le personnel de première ligne de Telfer Place ne semblait pas au courant de l'existence de cette politique. Lors des audiences publiques, deux infirmiers autorisés principaux à temps plein ont dit qu'ils n'étaient pas au courant de la politique.

## VI. Processus d'embauche, d'orientation et de gestion du rendement de Life Guard

### A. Processus d'embauche

Le processus d'embauche d'infirmiers de Life Guard comprenait les étapes suivantes :

- consulter le curriculum vitæ du candidat;
- vérifier son statut d'inscription auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers;
- examiner les résultats de la vérification de son dossier de police, y compris la vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables;
- lui faire passer un entretien;
- vérifier ses références.

La présidente de Life Guard est Heidi Wilmot-Smith. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith était chargée des embauches, de l'application des mesures disciplinaires et des licenciements. Elle a témoigné qu'elle menait tous les entretiens des infirmiers autorisés et qu'elle était parfois accompagnée de sa fille, Taryn Smith, une infirmière autorisée qui travaillait à temps partiel pour Life Guard. En ce qui a trait aux références, M<sup>me</sup> Wilmot-Smith avait pour pratique de ne pas communiquer avec l'employeur d'un candidat si ce dernier ne l'avait pas autorisée à le faire, car elle croyait que cela pourrait mettre en péril l'emploi du candidat.

Life Guard exigeait des candidats à un poste d'infirmier qu'ils lui fournissent, au moment de leur embauche, les résultats de la vérification de leur dossier de police et de la vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a témoigné que les organisations avec lesquelles elle travaille, dont des foyers de SLD, lui avaient dit qu'elles étaient chaque année tenues de demander à leur personnel de leur fournir une nouvelle vérification ou de faire une déclaration. Par conséquent, elle demandait aux candidats de lui soumettre la preuve que leur dossier de police avait fait l'objet d'une vérification dans l'année précédant leur candidature à Life Guard.

## B. Orientation et formation

Life Guard remet à ses employés un manuel d'accueil contenant de l'information sur ses procédures pour les visites à domicile, son code de conduite et ses politiques de santé et sécurité. Le manuel ne traite pas des exigences de la LFSLD en matière d'orientation. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a affirmé qu'elle n'avait pas d'« accès interne à des renseignements concernant la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* ».

Life Guard ne fournit pas à ses infirmiers une orientation sur le foyer de soins de longue durée où ils sont affectés; elle s'attend plutôt à ce que ce soit le foyer qui s'en charge. Cependant, dans ses lignes directrices sur les quarts de remplacement du personnel d'établissement (*Facility Staff Replacement Shifts*), Life Guard ordonne aux membres de son personnel de :

- se familiariser avec les politiques de santé et sécurité du foyer;
- connaître le protocole d'urgence du foyer en cas d'incendie;
- travailler uniquement dans les parties de l'établissement pour lesquelles ils ont reçu une orientation.

Le délai entre la demande de personnel d'agence par un foyer de SLD et le moment où il en avait besoin variait considérablement. Ces demandes pouvaient être faites à la dernière minute si un membre du personnel d'un foyer était tombé malade, tout comme elles pouvaient être formulées longtemps à l'avance – par exemple, lorsqu'un foyer savait que son personnel permanent serait en vacances.

Après que Life Guard recevait une demande en personnel d'agence, elle communiquait l'information à son personnel. Life Guard tentait généralement d'envoyer une personne qui avait déjà suivi la formation à ce foyer. Lorsqu'elle plaçait un employé pour la première fois dans un foyer de SLD, elle disait au foyer que l'employé devait recevoir une orientation pour effectuer le remplacement.

M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a témoigné qu'elle cherchait toujours à obtenir le maximum de temps d'orientation pour ses employés, parce qu'ils se sentaient plus en confiance lorsqu'ils connaissaient les politiques et procédures du foyer. La durée d'orientation négociée entre Life Guard et le foyer était généralement de quatre à huit heures. Selon M<sup>me</sup> Wilmot-Smith, les infirmiers d'agence devaient savoir où se trouvaient les sorties de secours, comment accéder au dossier électronique AM, afin de pouvoir fournir des médicaments aux résidents, et où se situait la salle des médicaments. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith

était d'avis qu'il ne serait pas sécuritaire d'envoyer un membre de personnel d'agence à un foyer s'il n'avait pas reçu une orientation appropriée; elle le ferait dans des circonstances exceptionnelles si le foyer acceptait d'avoir un employé de service supplémentaire qui accompagnerait l'infirmier d'agence durant son travail.

Life Guard ne connaissait pas le contenu de l'orientation fournie à son personnel par le foyer. Tout ce qu'elle savait, c'est que le personnel d'agence devait respecter les politiques du foyer de SLD. Life Guard présumait que l'orientation du foyer comprenait de la formation sur la manipulation, la réception, l'entreposage, l'administration et l'élimination des médicaments. En outre, elle se fiait entièrement au foyer pour la conformité aux exigences de formation prévues dans la LFSLD.

## C. Processus de gestion du travail

Telfer Place n'avait aucun processus pour évaluer le travail des infirmiers d'agence. Lorsqu'un incident se produisait, la direction de l'établissement réglait la situation avec l'infirmier, avec Life Guard ou avec les deux. Si elle ne voulait plus que l'infirmier revienne travailler à Telfer Place, elle en avisait Life Guard.

Du côté de Life Guard, M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a témoigné qu'elle réalisait des évaluations du travail de son personnel. Elle ne consultait toutefois pas les foyers à ce sujet; elle s'attendait à ce qu'ils communiquent avec elle s'ils avaient des préoccupations. Comme Life Guard n'avait aucun processus concret pour signaler les erreurs de médicament ou les autres incidents, il est difficile de voir comment l'agence aurait pu évaluer le travail d'un de ses infirmiers dans un foyer de SLD.

La majorité des plaintes reçues par Life Guard ne portaient pas sur des aspects cliniques. Cela dit, les plaintes de nature clinique étaient traitées par un infirmier autorisé de Life Guard. Lorsqu'une préoccupation était signalée, Life Guard tentait d'abord de résoudre le problème de vive voix avec le directeur des soins du foyer. Si le dossier n'avait pu être réglé ainsi ou si d'autres problèmes avaient émergé, la prochaine étape était d'envisager la possibilité de ne plus affecter la personne à cet endroit. Life Guard n'avait pas de formulaire de plainte standard que ses clients auraient pu utiliser. Les plaintes étaient consignées au moyen de notes internes, de messages textes et de courriels. Il arrivait aussi que l'équipe de direction entre des notes dans le système informatique de Life Guard.

Lorsqu'un de ses employés était visé par une plainte, Life Guard commençait habituellement par téléphoner à la personne concernée; si le problème n'avait pas été résolu, elle le faisait venir pour du counseling. Si d'autres problèmes survenaient, l'employé pouvait être averti par écrit et, dans le pire des cas, congédié. Si l'incident posait des risques pour la santé et la sécurité, l'employé était immédiatement convoqué en entretien.

En règle générale, Life Guard ne s'occupait pas activement des erreurs de médicament, au motif que les mesures correctives seraient prises par le foyer de SLD lui-même. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a déclaré que si l'erreur de médicament était importante ou grave et nécessitait un suivi, le foyer communiquerait avec Life Guard.

## VII. Life Guard embauche Wettlaufer

### A. Curriculum vitæ et demande d'emploi de Wettlaufer

Comme le décrit le chapitre 6, Wettlaufer a démissionné de Meadow Park (London) le 25 septembre 2014, en expliquant qu'elle allait recevoir un traitement de longue durée pour une « maladie ». Elle a plus tard admis qu'elle souffrait alors d'alcoolisme et de toxicomanie, et confirmé qu'elle avait suivi et terminé un programme de traitement de la toxicomanie à l'automne 2014<sup>17</sup>.

Le 26 janvier 2015, Wettlaufer a postulé par courriel à une offre affichée en ligne pour un poste d'« infirmier autorisé – santé publique et communautaire » chez Life Guard. Certains des renseignements qu'elle a fournis à Life Guard ne concordaient pas avec ses antécédents professionnels. Dans sa lettre d'accompagnement, elle affirmait posséder 18 années d'expérience « comme infirmière » dans des foyers de groupe communautaires et des établissements de SLD. Cette affirmation était inexacte : Wettlaufer n'était pas infirmière à Christian Horizons. Le curriculum vitæ soumis à Life Guard mentionnait toutefois bel et bien qu'elle avait travaillé comme préposée aux services de soutien à Christian Horizons de 1996 à 2007 et comme infirmière responsable à Caressant Care (Woodstock) de 2007 à 2014. Dans son entretien, Wettlaufer a également dit avoir occupé à Christian Horizons un poste équivalant à celui de préposée SSP.

---

<sup>17</sup> Wettlaufer a confirmé cette information lors de l'interrogatoire de police.



Wettlaufer a omis d'informer Life Guard que son premier poste d'infirmière était à l'Hôpital du district de Geraldton en 1995 (voir le chapitre 3). Ce renseignement ne figurait pas non plus dans le curriculum vitæ soumis à Meadow Park (London).

## B. Entretien

M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a interviewé Wettlaufer fin janvier 2015. Elle se rappelait avoir parlé avec elle de son emploi chez Caessant Care (Woodstock), mais ne se souvenait pas si Wettlaufer l'avait informée que le foyer l'avait congédiée. À ce moment-là, Caessant Care (Woodstock) et Wettlaufer avaient convenu de considérer son départ comme une démission volontaire.

M<sup>me</sup> Wilmot-Smith n'arrivait pas à se rappeler si, durant l'entretien, Wettlaufer lui avait mentionné qu'elle travaillait toujours pour Meadow Park (London). Elle a dit qu'elle était sans doute plus intéressée par la durée de son emploi à Caessant Care (Woodstock).

M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a décrit Wettlaufer comme étant agréable, une bonne communicatrice. Elle trouvait que Wettlaufer semblait bien comprendre les exigences des soins de longue durée. Elle était satisfaite de l'entretien. À l'époque, Life Guard avait grandement besoin d'infirmiers autorisés ayant de l'expérience dans les soins de longue durée.

## C. Vérification des références

Wettlaufer n'a pas soumis de lettre de recommandation à Life Guard. Le fait que Caessant Care (Woodstock) lui en ait fourni une en juin 2014 n'a eu aucune incidence sur la décision de Life Guard de l'embaucher. En revanche, Wettlaufer a soumis à Life Guard le nom de quatre références – trois de Caessant Care (Woodstock) et une de Christian Horizons.

M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a pu s'entretenir avec deux d'entre elles : Sandra Fluttert, directrice adjointe des soins infirmiers à Caessant Care (Woodstock), et David Petkau, gestionnaire de programme à Christian Horizons. Les deux étaient membres de la direction de leur organisation respective, et les deux ont parlé en bien de Wettlaufer. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a pris des notes durant sa conversation avec M<sup>me</sup> Fluttert; celle-ci a décrit Wettlaufer comme étant une personne qui « se souciait beaucoup » des résidents, « avait un bon esprit d'équipe » et « possédait un bon sens critique ». Elle a

mentionné que Wettlaufer avait quitté Caessant Care (Woodstock) en raison d'« incompatibilités de caractère », mais que c'était globalement une « très bonne infirmière ».

Wettlaufer n'a fourni aucune référence de Meadow Park (London). Son curriculum vitæ indiquait qu'elle avait commencé à travailler comme infirmière responsable à Meadow Park (London) en 2014. Elle ne mentionnait toutefois pas la date de fin de son emploi à Meadow Park (London), malgré le fait qu'elle a démissionné de cet emploi en septembre 2014. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a témoigné que le curriculum vitæ de Wettlaufer l'avait porté à croire que celle-ci travaillait toujours pour Meadow Park (London). Elle ne voyait donc rien d'étrange au fait que Wettlaufer ne fournisse aucun nom de référence de Meadow Park (London). Comme je l'ai souligné plus tôt, M<sup>me</sup> Wilmot-Smith avait pour pratique de ne pas communiquer avec l'employeur d'un candidat si ce dernier ne l'avait pas autorisée à le faire; elle n'est donc pas entrée en contact avec Meadow Park (London) pour discuter du travail de Wettlaufer.

## **D. Vérification du dossier de police et du statut de Wettlaufer auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers**

Life Guard a demandé à Wettlaufer de lui fournir les résultats d'une vérification de son dossier de police, y compris de la vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables (Vérification du dossier de police). Life Guard a reçu une copie de la Vérification du dossier de police de Wettlaufer datée du 22 avril 2014. Il s'agissait du même document qui avait été remis à Meadow Park (London).

Lorsque Wettlaufer a postulé chez Life Guard, sa Vérification du dossier de police avait été effectuée neuf mois auparavant. Or, en vertu de la LFSLD, les foyers doivent veiller à ce que tous les membres du personnel aient fait l'objet d'une vérification du dossier de police dans les six mois précédant l'embauche; par conséquent, aucun des foyers où Wettlaufer a été affectée ne pouvait se fier à la Vérification du dossier de police. En outre, comme Telfer Place n'avait pas de processus pour contrôler les vérifications de dossiers de police du personnel d'agence fourni par Life Guard, il n'a su qu'il contrevenait à la LFSLD qu'une fois les infractions mises au jour. Mentionnons toutefois qu'une vérification réalisée dans les six mois précédant le premier quart de Wettlaufer à Telfer Place n'aurait rien relevé.

En plus d'obtenir la Vérification du dossier de police, Life Guard a pris des mesures pour vérifier le statut de Wettlaufer auprès de l'Ordre des infirmières

et infirmiers. Le 28 janvier 2015, l'agence a fait une recherche sur le registre *Find a Nurse* du site Web de l'Ordre. La recherche a révélé que Wettlaufer était autorisée à exercer sans restrictions. En date d'octobre 2014, l'Ordre avait fermé le dossier sur le rapport de Caessant Care (Woodstock) concernant le congédiement de Wettlaufer, ayant décidé de mettre ce rapport au dossier avec avis. Ainsi, conformément aux lois régissant l'Ordre des infirmières et infirmiers, aucune information indiquant que Wettlaufer avait fait l'objet d'un rapport par Caessant Care (Woodstock) n'était publiquement accessible. Pour la même raison, l'instance ayant trait à l'aptitude professionnelle visant Wettlaufer pour son travail à l'Hôpital du district de Geraldton n'était pas non plus accessible au public. D'autres renseignements sur les relations de Wettlaufer avec l'Ordre sont passés en revue au chapitre 13.

## **E. Wettlaufer est embauchée**

Le 28 janvier 2015, Wettlaufer a apposé sa signature sur diverses politiques et directives de Life Guard. Le jour suivant, elle a signé le contrat de travail et reçu le manuel d'accueil de Life Guard.

Les dossiers de Life Guard indiquent que Wettlaufer a obtenu sa première affectation le 30 janvier 2015.

## **F. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith communique avec Caessant Care Nursing and Retirement Homes**

M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a témoigné que pendant plusieurs années, elle avait fait du démarchage pour Life Guard auprès de Caessant Care (Woodstock). À peine quelques jours après l'embauche de Wettlaufer, elle a communiqué avec Carol Hepting, directrice des opérations chez Caessant Care Nursing and Retirement Homes Limited. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a affirmé avoir dit dit à M<sup>me</sup> Hepting qu'elle venait tout juste d'embaucher une personne qui avait déjà travaillé pour Caessant Care (Woodstock) et qui, selon elle, compléterait « à merveille » l'effectif de ce foyer. Lorsque M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a nommé Wettlaufer, M<sup>me</sup> Hepting lui a répondu que Caessant Care (Woodstock) ne souhaitait pas la reprendre, mais a refusé d'en dire davantage. M<sup>me</sup> Hepting a témoigné qu'elle ne se souvenait pas de cette conversation.

M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a indiqué qu'elle avait trouvé cette conversation étrange, mais que cela concordait avec le commentaire de M<sup>me</sup> Fluttert selon lequel Wettlaufer était en conflit avec la direction. Elle a expliqué qu'elle avait déjà embauché deux infirmiers autorisés qui avaient été dépeints de façon

semblable, et que les deux s'étaient avérés excellents. Wettlaufer devait passer une période d'essai de trois mois; M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a décidé qu'elle la surveillerait étroitement durant cette période.

## G. Wettlaufer est affectée à Telfer Place

L'orientation de Wettlaufer à Telfer Place a eu lieu le 15 février 2015, de 14 h à 22 h (huit heures). Elle a été fournie par Susan Farley, une infirmière autorisée principale de Telfer Place. Wettlaufer et M<sup>me</sup> Farley ont suivi la « liste de contrôle » de Telfer Place et coché certains des éléments qui y figuraient. Parmi les éléments non cochés, notons les exigences suivantes :

- préparation aux situations d'urgence;
- politique sur la prévention des mauvais traitements;
- soins aux résidents agressifs;
- liste de contrôle sur les personnes qui errent;
- politique sur le recours minimal à la contention.

En parcourant la liste, M<sup>me</sup> Toleff a indiqué que l'absence d'initiales de la part des deux personnes donnait à penser que ces points n'avaient peut-être pas été abordés durant l'orientation de Wettlaufer. Elle a témoigné qu'elle assurait habituellement un suivi pour les éléments manquants, mais qu'elle n'avait pas de souvenir précis de l'avoir fait dans ce cas-ci.

La journée suivante, le 16 février, Wettlaufer a fait son premier quart de travail à Telfer Place – un quart de soir. En raison des niveaux de dotation en personnel, Wettlaufer aurait été la seule infirmière autorisée de service, et après le départ des membres de la direction à la fin de la journée, elle aurait été responsable du foyer.

## VIII. Infraction de Wettlaufer à Telfer Place

En 2015, Telfer Place avait régulièrement recours à des infirmiers d'agence de Life Guard. Wettlaufer a été appelée à travailler à Telfer Place à de nombreuses occasions avant sa tentative de meurtre sur Sandra Towler en septembre 2015.

Les dossiers de Life Guard montrent que Wettlaufer a été affectée à Telfer Place le 6 septembre et qu'elle a fait le quart du soir, de 14 h à 22 h. Seule infirmière autorisée de service, elle aurait été responsable du bâtiment et des quatre préposés SSP qui l'accompagnaient à ce moment.

Durant son quart, Wettlaufer a injecté à M<sup>me</sup> Towler 80 unités d'insuline à action prolongée et 60 unités d'insuline à action brève. M<sup>me</sup> Towler était diabétique, mais n'était pas traitée à l'insuline. Grâce aux louables efforts du personnel du quart suivant, M<sup>me</sup> Towler n'est pas décédée ce soir-là.

Dianne Beaugard, une infirmière autorisée travaillant à Telfer Place depuis 2000, a commencé son quart à 22 h. À son souvenir, Wettlaufer ne lui a alors fait part d'aucune inquiétude au sujet de M<sup>me</sup> Towler. M<sup>me</sup> Beaugard a donc suivi la routine habituelle.

M<sup>me</sup> Beaugard a témoigné que, durant son quart, elle faisait généralement deux tournées avec le préposé SSP pour changer les produits pour incontinence et replacer ou tourner les résidents. Vers 1 h 20, alors qu'elles avaient presque terminé la première tournée, M<sup>me</sup> Beaugard et Beverly Gamble, une préposée SSP de Telfer Place, ont trouvé M<sup>me</sup> Towler froide, moite et en diaphorèse (en sueurs). Habituellement, M<sup>me</sup> Towler se réveillait durant les visites, mais pas cette nuit-là. M<sup>me</sup> Beaugard a mesuré les signes vitaux de M<sup>me</sup> Towler, dont sa glycémie. Elle a déterminé que M<sup>me</sup> Towler était en hypoglycémie. Elle a témoigné qu'il s'agissait à son souvenir de la première fois que M<sup>me</sup> Towler avait un épisode d'hypoglycémie.

M<sup>me</sup> Beaugard a appelé à l'aide; lorsque les ambulanciers paramédicaux sont arrivés, ils ont administré à M<sup>me</sup> Towler du dextrose par voie intraveineuse. Quelques minutes plus tard, M<sup>me</sup> Towler était alerte et capable de converser normalement et de manger quelques biscuits. Elle n'a pas été transférée à l'hôpital. Cependant, plus tard durant ce même quart, M<sup>me</sup> Beaugard a constaté que la glycémie de M<sup>me</sup> Towler avait de nouveau diminué, malgré le dextrose et les biscuits. Elle a appelé le médecin de garde, qui a ordonné que l'un de ses médicaments ne lui soit pas administré, et que sa glycémie soit vérifiée toutes les heures. M<sup>me</sup> Beaugard a transmis l'information au personnel de jour.

Wettlaufer était de retour au poste le lendemain, le 7 septembre 2015, pour le quart de soir. Seule infirmière autorisée de service, elle aurait été responsable d'appliquer l'ordonnance du médecin pour repérer d'autres signes éventuels d'hypoglycémie chez M<sup>me</sup> Towler. Rien n'indique que Wettlaufer ait fait ce soir-là quoi que ce soit qui aurait pu porter préjudice à M<sup>me</sup> Towler.

Une fois de plus, M<sup>me</sup> Beaugard est venue remplacer Wettlaufer à la fin de son quart. À son arrivée au foyer, on lui a dit que le personnel des quarts précédents avait eu de la difficulté à stabiliser la glycémie de M<sup>me</sup> Towler.

M<sup>me</sup> Beauregard ne se rappelait pas comment Wettlaufer s'était comportée durant le changement de quart, mais a indiqué que si quelque chose était sorti de l'ordinaire, elle l'aurait remarqué.

Lorsque M<sup>me</sup> Beauregard est allée voir comment M<sup>me</sup> Towler se portait, elle a jugé sa glycémie encore plutôt basse. Elle lui a donné un jus de pomme et un sachet de sucre. Trouvant que sa glycémie ne montait pas suffisamment, elle a décidé de l'envoyer à l'hôpital aux fins d'évaluation. M<sup>me</sup> Towler est revenue au foyer quatre heures plus tard. Elle était alerte, capable de dialoguer, et sa glycémie avait augmenté. Le personnel de Telfer Place a continué de vérifier sa glycémie toutes les deux heures, puis de moins en moins souvent au fil des jours, jusqu'à ce que la situation se soit stabilisée.

M<sup>me</sup> Beauregard a témoigné qu'elle ne se doutait pas qu'une personne avait intentionnellement porté préjudice à M<sup>me</sup> Towler. Ni l'hôpital ni le médecin n'avaient soulevé cette possibilité. M<sup>me</sup> Beauregard a affirmé que même avec le recul, elle n'arrive pas à trouver quoi que ce soit qui aurait pu lui mettre la puce à l'oreille.

## **IX. Travail de Wettlaufer en tant qu'infirmière d'agence à Telfer Place**

Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Shannon a dit que Telfer Place avait d'abord été heureux de pouvoir compter sur une infirmière comme Wettlaufer, qui comprend les soins de longue durée. Les membres de la direction et du personnel infirmier ont décrit Wettlaufer comme étant agréable, joviale et bien informée. À leur souvenir, aucune plainte sur son comportement n'a été déposée par les familles ou les résidents. D'autres personnes travaillant au foyer ont toutefois soulevé, verbalement et par écrit, certains problèmes concernant le comportement de Wettlaufer envers d'autres membres du personnel et, à l'occasion, à l'égard des soins qu'elle prodiguait aux résidents.

### **A. Documentation incomplète**

Comme il a été mentionné ci-dessus, les infirmiers d'agence affectés à plusieurs foyers de SLD se heurtent à des difficultés, notamment en ce qui a trait à l'apprentissage des processus et des procédures de chaque foyer. Ce fut aussi le cas pour Wettlaufer. Dans les débuts de son placement à Telfer Place, un résident a fait une chute durant son quart; elle l'a inscrit dans les

documents d'évaluation qu'elle devait remplir, mais sans fournir suffisamment de détails sur l'incident. M<sup>me</sup> Toleff a dit que lorsqu'elle a abordé la question avec Wettlaufer, celle-ci a reconnu sa faute et s'est engagée à fournir plus de détails à l'avenir. Rien n'indique qu'un incident semblable s'est reproduit durant la période où Wettlaufer travaillait à Telfer Place.

M<sup>me</sup> Shannon a également précisé dans son témoignage que d'autres membres du personnel ont exprimé de la frustration vis-à-vis de Wettlaufer, qui ne faisait pas les aiguillages et ne remplissait pas les documents requis. M<sup>me</sup> Shannon a qualifié Wettlaufer de « paresseuse », et l'a décrite comme une personne qui « remet les choses à plus tard ». Lorsqu'elle a discuté du problème avec Wettlaufer, celle-ci a dit qu'elle tâcherait de terminer ces tâches à l'avenir.

## **B. Absence de Wettlaufer en octobre 2015**

Le 24 octobre 2015, Wettlaufer ne s'est pas présentée à Telfer Place pour son quart de travail. Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a indiqué que Life Guard a reçu par téléavertisseur un message urgent du foyer à ce sujet. Comme Wettlaufer était la seule infirmière autorisée de service pour ce quart, l'infirmier autorisé du quart précédent a dû rester et travailler un quart additionnel pour que le foyer demeure conforme à l'exigence IA 24 heures sur 24 de la LFSLD.

Lorsque M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a rejoint Wettlaufer et lui a demandé pourquoi elle ne s'était pas présentée au travail, cette dernière a dit avoir mal compris son horaire et ne pas l'avoir consulté dans le système informatisé de Life Guard. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith lui a demandé de se rendre au travail, mais Wettlaufer lui a répondu qu'elle avait bu et qu'elle n'était pas en mesure de travailler. Elle a aussi dit qu'elle était à l'extérieur de la ville.

À la suite de cet incident, Wettlaufer a écrit une lettre d'excuses à M<sup>me</sup> Wilmot-Smith, dans laquelle elle disait regretter d'avoir manqué son quart et promettait de consulter sans faute son horaire dans le système informatisé de Life Guard à l'avenir. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a envoyé cette lettre par courriel à M<sup>me</sup> Toleff.

## C. Confiance de Wettlaufer à une employée de Telfer Place au sujet de sa dépendance

À l'automne 2014, Wettlaufer a été admise dans un centre de désintoxication pour sa dépendance aux drogues et à l'alcool. Elle a été embauchée par Life Guard à la fin janvier 2015, et a été affectée à un premier quart de travail à Telfer Place à la mi-février de la même année. Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Beauregard a raconté qu'un jour, au changement de quart, Wettlaufer lui a dit qu'elle « n'avait pas consommé depuis un an ». À l'époque, elle n'a pas cru nécessaire de le signaler à la direction puisqu'elle n'avait jamais vu de signe que Wettlaufer aurait les facultés affaiblies ou aurait consommé de l'alcool ou de la drogue. En janvier 2016, la direction de Telfer Place avait toutefois eu connaissance des antécédents d'alcoolisme de Wettlaufer, comme il est précisé ci-dessous.

## D. Absence de Wettlaufer en décembre 2015

Le 28 décembre 2015, Wettlaufer a appelé Telfer Place 30 minutes avant le début de son quart pour dire qu'elle était malade et ne pouvait se présenter au travail. Cette fois-ci, son absence avait pour Telfer Place des répercussions plus sérieuses qu'en octobre : aucun membre du personnel infirmier permanent ne pouvait la remplacer ni le directeur des soins. Comme Wettlaufer ne s'est pas présentée au travail, Life Guard a envoyé une infirmière auxiliaire autorisée à Telfer Place pour une partie du quart, même si cette personne n'avait jamais travaillé dans ce foyer. Ainsi, Telfer Place ne satisfaisait pas à l'exigence de la LFSLD d'assurer des soins IA 24 heures sur 24 et a été contraint de faire appel à une infirmière auxiliaire autorisée qui ne connaissait ni Telfer Place, ni ses résidents.

Comme il n'y avait pas assez de temps pour fournir une orientation à l'infirmière auxiliaire autorisée, M<sup>me</sup> Shannon, qui n'est pas infirmière, a décidé de travailler avec elle. Elle voulait s'assurer que l'IAA donnait les bons médicaments aux bons résidents, et être présente au cas où des problèmes non liés aux soins infirmiers surviendraient durant le quart. Lorsqu'elle a vu que l'IAA d'agence avait pris du retard dans la distribution des médicaments, elle a entrepris de l'aider en amenant elle-même aux résidents les médicaments qui n'étaient pas classés comme substances désignées que l'infirmière avait dosés.



M<sup>me</sup> Shannon a raconté qu'en plein milieu du quart, une résidente s'est fâchée parce qu'elle avait besoin de son insuline. M<sup>me</sup> Shannon, qui est elle-même diabétique et qui est traitée aux injections d'insuline, a proposé d'administrer l'insuline à la résidente si l'infirmière d'agence réglait la dose. Cette dernière a donné son accord et réglé la dose, que M<sup>me</sup> Shannon a injectée à la résidente. M<sup>me</sup> Shannon a reconnu que ce qu'elle et l'IAA d'agence ont fait n'était pas approprié, mais elle a dit qu'à ce moment-là, elle était préoccupée par la résidente. Elle a signalé l'incident à la directrice régionale, services cliniques, de Revera, Cheryl Muise, et au vice-président des opérations, foyers de SLD, de Revera, John Beaney.

Conformément au Règlement, sous réserve d'exceptions limitées qui ne s'appliquent pas à cette situation, le titulaire de permis doit s'assurer que « nul autre qu'un médecin, un dentiste, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé » n'administre un médicament à un résident au foyer<sup>18</sup>. En 2016, le Ministère a enquêté sur cet incident dans le cadre de son inspection de la qualité des services aux résidents à Telfer Place. Le 8 mars 2016, l'inspecteur a délivré un ordre de conformité exigeant que Revera s'assure que son directeur général n'administre pas de médicament à un résident parce qu'elle n'est pas « médecin, dentiste, infirmier autorisé ou infirmier auxiliaire autorisé ».

Au cours de la même inspection, les inspecteurs ont émis un avis écrit pour non-respect de l'article 8(3) de la LFSLD. Le 28 décembre 2015, aucun IA n'était de service à Telfer Place et le foyer ne répondait à aucun des critères d'exemption parce que l'IAA qui était de service ne faisait pas partie du personnel infirmier permanent.

## E. Rechute de Wettlaufer et divulgation à Life Guard

Quand Wettlaufer ne s'est pas présentée au travail, à Telfer Place, le 28 décembre 2015, M<sup>me</sup> Wilmot-Smith se trouvait à l'étranger. Un membre du personnel de Life Guard l'a informée de la situation. Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a indiqué qu'elle s'était dit que Wettlaufer avait dû avoir un problème de santé qui s'est déclaré rapidement, comme une intoxication alimentaire ou une maladie entérique. Elle a demandé à son personnel de permettre le retour au travail de Wettlaufer seulement lorsque celle-ci aurait remis une note signée par un médecin l'autorisant à revenir au travail.

---

<sup>18</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131(3).

Le lendemain de son absence, Wettlaufer a remis un billet médical indiquant qu'elle « [pouvait] retourner au travail le 30 décembre 2015 ». Elle a été affectée à un quart de travail à Telfer Place le 1<sup>er</sup> janvier, et selon les dossiers de Life Guard, elle l'a exécuté.

Conformément aux directives de M<sup>me</sup> Wilmot-Smith, qui était toujours à l'étranger, Taryn Smith, qui est infirmière autorisée, a discuté avec Wettlaufer de son absence du travail. Le 4 janvier 2016, M<sup>me</sup> Smith a écrit à M<sup>me</sup> Wilmot-Smith pour lui rendre compte de la discussion :

Salut,

J'ai longuement parlé avec Beth à propos de son absence pour cause de maladie. Elle admet que ce n'est pas approprié d'appeler à la dernière minute pour dire qu'on ne peut pas se présenter au travail. J'ai creusé un peu plus, et Beth m'a dit qu'elle s'était remise à boire, qu'elle cherchait de l'aide, qu'elle allait à des rencontres des AA, etc. J'ai demandé à Beth de garder les voies de communication ouvertes pour que nous puissions l'aider du mieux que nous le pouvons. Je ne sais pas comment tu veux procéder pour la suite. Elle nous a remis ses disponibilités pour janvier.

C'est ainsi que Life Guard a appris, le 4 janvier 2016, que Wettlaufer était « une alcoolique abstinente qui s'était remise à boire et qui était membre des Alcooliques anonymes ». M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a témoigné que la nouvelle transmise par M<sup>me</sup> Smith l'avait « abasourdie » :

C'était une situation sans précédent pour Life Guard. Je crois que j'ai essayé très rapidement de comprendre quelles étaient mes responsabilités envers Beth, mon employée, en vertu du *Code des droits de la personne*.

J'ai aussi repensé, à ce moment-là, au billet médical autorisant son retour au travail.

Ce qui arrive, quand on est employeur, c'est qu'on ne peut pas poser beaucoup de questions. Donc je ne sais pas qui est ce docteur, si elle est allée à une clinique sans rendez-vous ou si elle a vu son médecin de famille.

J'ai aussi pensé au fait que nous n'avions reçu aucune plainte, aucun commentaire, aucun appel, pas même un courriel, absolument rien qui indiquerait qu'elle s'était déjà présentée au travail avec les facultés affaiblies.

Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a précisé que M<sup>me</sup> Smith lui avait dit que Wettlaufer lui avait « clairement précisé qu'elle s'était remise à boire, mais que c'était hors de ses heures de service ». Wettlaufer savait qu'elle ne devait

pas travailler sous l'effet de l'alcool, et avait confirmé qu'elle ne l'avait jamais fait et qu'elle ne le ferait jamais. Selon M<sup>me</sup> Wilmot-Smith, des « adaptations<sup>19</sup> » ont été offertes à Wettlaufer, mais cette dernière a refusé toute aide.

M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a témoigné qu'elle s'était entretenue au téléphone avec Wettlaufer aux alentours du 16 janvier 2016, et qu'elle avait réitéré l'offre d'adaptations de Life Guard.

Life Guard n'a pris aucune autre mesure pour surveiller le travail de Wettlaufer. L'agence n'a pas contacté d'autres foyers de SLD auxquels Wettlaufer a été affectée, et n'a pas demandé un avis juridique sur ses droits et ses obligations en tant qu'employeur en ce qui concerne l'information divulguée par Wettlaufer. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a témoigné que rien n'indiquait que Wettlaufer avait déjà eu les facultés affaiblies au travail, et qu'elle avait eu l'impression qu'elle ne pouvait rien faire d'autre.

Tous les témoins de Telfer Place ont témoigné qu'ils n'ont jamais vu de signe que Wettlaufer aurait eu les facultés affaiblies au travail, qu'ils n'ont jamais senti d'alcool dans son haleine, qu'ils ne l'ont jamais vue avoir des problèmes d'élocution ou des pertes d'équilibre. Rien n'indique que quiconque l'ait soupçonnée de boire au travail ou d'avoir les facultés affaiblies par l'alcool durant son travail à Telfer Place.

Rien n'indique non plus que Life Guard ou les autres foyers de SLD auxquels Wettlaufer a été affectée aient été préoccupés par la consommation d'alcool ou de drogues de Wettlaufer. Enfin, selon les dossiers de Life Guard, aucun client à qui Wettlaufer a fourni des soins à domicile n'a signalé une préoccupation quelconque à son égard.

Au cours des audiences, la question s'est posée de savoir si Life Guard était tenue de rapporter l'information divulguée par Wettlaufer à l'Ordre des infirmières et infirmiers. Conformément à l'article 85.5 du *Code des professions de la santé*, annexe 2 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, les employeurs devaient, en janvier 2016, se conformer aux exigences suivantes :

- Quiconque met fin à l'emploi d'un infirmier, lui retire ses privilèges, les suspend ou les assortit de restrictions, ou dissout la société en nom collectif, la société professionnelle de la santé ou l'association qu'il forme

---

<sup>19</sup> M<sup>me</sup> Wilmot-Smith n'a pas précisé quelles adaptations avaient été proposées. J'ai présumé qu'elle faisait référence au devoir de l'employeur d'offrir des adaptations aux employés ayant un handicap, en vertu du *Code des droits de la personne*, L.R.O. 1990, chap. H.19.

avec l'infirmier, pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, doit en faire rapport à l'Ordre des infirmières et infirmiers.

- Quiconque avait l'intention de mettre fin à l'emploi d'un infirmier ou de lui retirer ses privilèges pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, mais ne le fait pas parce que l'infirmier démissionne ou renonce volontairement à ses privilèges, doit en faire rapport à l'Ordre des infirmières et infirmiers.

Ces dispositions ne s'appliquaient pas au moment où Wettlaufer a divulgué l'information puisque Life Guard n'avait pas mis fin à son emploi et n'avait pas l'intention de le faire.

## **F. Inquiétudes à l'égard de Wettlaufer signalées verbalement**

Tracy Raney, une infirmière autorisée qui travaillait à Telfer Place, a témoigné qu'elle avait verbalement fait part à M<sup>me</sup> Toleff des inquiétudes qu'elle avait à propos de Wettlaufer. Comme ces échanges n'ont pas été documentés par M<sup>me</sup> Raney ou par M<sup>me</sup> Toleff, peu de détails ont été présentés dans le cadre de l'Enquête. Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Raney a toutefois affirmé qu'elle avait entendu des préposés SSP discuter entre eux de propos que Wettlaufer leur avait adressés, et qu'elle en avait été troublée. Elle avait conseillé aux préposés SSP de signaler la situation à la direction, mais elle n'a jamais su s'ils l'avaient fait.

M<sup>me</sup> Raney ne savait pas quelles mesures M<sup>me</sup> Toleff avait prises après leurs échanges, ni même si elle en avait pris. M<sup>me</sup> Toleff lui avait dit qu'elle avait les mains liées parce que Wettlaufer n'était pas une employée. M<sup>me</sup> Toleff, pour sa part, a témoigné qu'elle ne se souvenait pas d'avoir discuté avec M<sup>me</sup> Raney des inquiétudes de cette dernière à l'égard de Wettlaufer.

## **G. Plaintes écrites déposées en janvier 2016**

M<sup>me</sup> Raney a commencé à mettre ses inquiétudes à l'écrit début janvier 2016. Elle a écrit à M<sup>me</sup> Toleff le 6 janvier pour lui signaler que Wettlaufer laissait « grandes ouvertes » les portes de la salle d'entreposage des médicaments et de la salle des dossiers. Selon la politique de Telfer Place, ces portes doivent être verrouillées en tout temps lorsqu'un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé n'est pas sur place. Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Toleff a dit qu'elle croyait avoir abordé la question avec Wettlaufer, mais qu'elle n'a aucun souvenir de la conversation.

Le 10 janvier 2016, M<sup>me</sup> Raney a envoyé un autre courriel à M<sup>me</sup> Toleff, et ajouté aux destinataires la directrice adjointe des soins de Telfer Place, Lindsay Astley. Elle a écrit que selon elle, Wettlaufer omettait parfois de transmettre de l'information importante aux médecins et aux autres infirmiers autorisés. Elle a mentionné, par exemple, une situation où une pédicure avait provoqué un saignement sous l'ongle d'un résident le 7 janvier. Wettlaufer n'avait pas parlé de l'incident au changement de quart, ne l'avait pas consigné au dossier du résident et ne l'avait pas inscrit au livre de rapport. Par conséquent, trois jours se sont écoulés avant que l'ongle du résident soit évalué en bonne et due forme.

Dans son courriel du 10 janvier, M<sup>me</sup> Raney rapporte également que Wettlaufer avait appelé la famille d'une résidente pour l'informer que celle-ci souffrait d'apnée, mais qu'elle avait négligé d'appeler le médecin de la résidente à ce sujet. M<sup>me</sup> Raney l'a finalement fait, et celui-ci a affecté la résidente aux soins palliatifs et modifié ses médicaments. Ces changements signifiaient que la résidente devait recevoir des médicaments pour soulager la douleur et faciliter la respiration, ainsi que des mesures pour favoriser son confort. La négligence de Wettlaufer a eu pour effet de retarder l'évaluation de l'état et des besoins de la résidente.

## **H. Discussion entre M<sup>mes</sup> Wilmot-Smith et Toleff en janvier 2016**

Le 15 janvier 2016, M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a été informée que M<sup>me</sup> Toleff souhaitait lui parler. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a donc appelé M<sup>me</sup> Toleff et, selon elle, M<sup>me</sup> Toleff lui a dit qu'une préposée SSP s'était plaint d'avoir fait l'objet de propos à connotation sexuelle de la part de Wettlaufer, qui lui aurait dit qu'il « pouvait ranger ses pantoufles sous son lit quand il le voulait ». M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a dit que durant la même conversation, M<sup>me</sup> Toleff lui a révélé que des personnes avaient entendu Wettlaufer raconter qu'elle était une « alcoolique abstinente ». M<sup>me</sup> Toleff a cependant confirmé qu'elle n'avait jamais rien vu qui indiquerait que Wettlaufer avait les facultés affaiblies par la drogue ou l'alcool au travail.

Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a dit qu'elle avait abordé avec Wettlaufer la question des présumés propos inappropriés au préposé SSP aux alentours du 26 janvier 2016. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a alors insisté sur l'importance de maintenir des limites professionnelles au travail. Elle a fait savoir que Wettlaufer semblait « ouverte » à ses conseils. Wettlaufer lui a dit qu'elle s'était excusée au préposé SSP à la fin de son quart, qu'elle voulait

seulement plaisanter, et qu'elle n'avait aucunement eu l'intention de le contrarier. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a décrit ainsi l'attitude de Wettlaufer durant cette conversation :

Beth était toujours prête à reconnaître ses fautes et à en assumer la responsabilité, ce qui est un premier signe, pour une directrice, qu'elle était malgré tout une bonne infirmière. Lorsque je m'assois avec quelqu'un pour discuter d'un problème, le premier signe que quelque chose ne tourne pas rond, c'est quand la personne refuse de reconnaître le problème et d'en assumer la responsabilité.

Beth reconnaissait ses erreurs, en assumait la responsabilité et s'en excusait. Et elle présentait son point de vue d'une façon qui semblait tout à fait logique, et nous amenait à comprendre comment, de son point de vue, elle semblait avoir pris les bonnes décisions, d'une façon ou d'une autre.

## I. Plainte écrite déposée le 7 février 2016

Le 7 février 2016, M<sup>me</sup> Raney a de nouveau écrit à M<sup>me</sup> Astley. Elle a soulevé des inquiétudes à propos d'une autre infirmière d'agence, et signalé que Wettlaufer essayait de savoir quelle était l'autre agence de placement qui fournissait du personnel temporaire à Telfer Place parce que M<sup>me</sup> Wilmot-Smith croyait que l'autre agence offrait ses services à des prix inférieurs aux siens. M<sup>me</sup> Astley lui a répondu qu'elle avait transmis les préoccupations de M<sup>me</sup> Raney à Dan Relic, qui a occupé le poste de directeur des soins pendant une brève période après la démission de M<sup>me</sup> Toleff en janvier 2016. M<sup>me</sup> Raney a témoigné qu'il n'y avait pas eu de suites.

## J. Écllosion de maladies entériques

M<sup>me</sup> Shannon a témoigné qu'elle a travaillé aux côtés de Wettlaufer durant un quart aux alentours de février 2016, pendant qu'une écllosion de maladies entériques touchait les résidents et le personnel de Telfer Place.

Durant le quart, M<sup>me</sup> Towler a eu un problème d'incontinence et s'est salie du milieu du dos jusqu'aux genoux. Wettlaufer et M<sup>me</sup> Shannon l'ont lavée. Lorsque Wettlaufer a fini de laver le dos de M<sup>me</sup> Towler, M<sup>me</sup> Shannon a vu qu'il était encore sale. Elle l'a fait remarquer à Wettlaufer, et a précisé qu'il fallait s'assurer que M<sup>me</sup> Towler était complètement propre. M<sup>me</sup> Shannon a témoigné qu'à l'époque, cela l'avait inquiétée, et qu'elle avait trouvé que Wettlaufer avait fait preuve de paresse.

M<sup>me</sup> Shannon a alors entrepris de vérifier les autres résidents dont Wettlaufer s'était occupée ce soir-là, parce qu'elle avait l'impression que cette dernière ne leur avait peut-être pas fourni des soins adéquats. Elle a témoigné que certains résidents avaient été correctement soignés, mais que d'autres avaient des excréments dans leur produit pour incontinence. Par contre, étant donné l'intensité de l'épidémie, elle ne pouvait pas savoir si ces résidents avaient reçu des soins inadéquats ou s'ils avaient eu la diarrhée après que Wettlaufer est partie. Elle n'en a pas discuté avec Wettlaufer, et n'a pas fait rapport à Life Guard.

### **K. Erreur de médicament de Wettlaufer le 31 mars 2016**

Le 31 mars 2016, Wettlaufer a informé Life Guard qu'elle avait fait une erreur de médicament à Telfer Place et qu'elle avait rempli le rapport sur un incident lié à un médicament du foyer. Dans ce rapport, Wettlaufer a indiqué qu'elle a signé pour deux doses de Kadian, un opioïde, mais qu'elle ne les a pas administrées. Sur le formulaire, elle a écrit qu'elle attribuait son erreur au niveau de bruit élevé et aux interruptions fréquentes. Elle a précisé qu'à l'avenir, elle verserait chaque médicament immédiatement après avoir fait une première signature, puis qu'elle vérifierait que le médicament a bien été administré avant de signer définitivement. Aucune preuve n'a été déposée dans le cadre de l'Enquête qui indiquerait que Telfer Place a mené une investigation sur cet incident, qu'il en a discuté avec Wettlaufer ou qu'il a signalé l'incident à Life Guard.

### **L. Courriel de M<sup>me</sup> Wilmot-Smith à Wettlaufer du 12 avril 2016**

Le 12 avril 2016, M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a écrit à Wettlaufer pour lui rappeler de s'abstenir de discuter de sujets controversés à Telfer Place. Elle a insisté sur le fait que lorsque Wettlaufer était l'infirmière responsable de son quart, celle-ci représentait la direction et devait donc se comporter de façon exemplaire. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith ne se rappelait plus pourquoi elle avait dû envoyer ce courriel, mais elle croyait qu'il y avait un lien avec la conversation qu'elle avait eue avec M<sup>me</sup> Toleff en janvier 2016.

## X. Telfer Place interdit la présence de Wettlaufer le 20 avril 2016

Le 20 avril 2016, la nouvelle directrice des soins embauchée au début du mois, Michelle Cornelissen, a écrit un courriel à M<sup>me</sup> Wilmot-Smith pour lui signaler deux situations préoccupantes concernant Wettlaufer :

- Wettlaufer a omis de documenter de manière adéquate les problèmes liés au comportement d'un résident, de superviser le résident comme il se devait, et d'informer le personnel du quart suivant des problèmes. Un autre membre du personnel a subi des blessures à cause de cet incident, mais aucun rapport d'incident n'a été produit.
- Un médecin qui s'occupait de plusieurs patients à Telfer Place a indiqué qu'il n'était pas certain que Wettlaufer était en mesure d'évaluer les résidents ou de fournir des soins infirmiers de base. Le médecin a dit à M<sup>me</sup> Cornelissen qu'il trouvait que Wettlaufer « n'avait pas conscience de ses responsabilités en tant qu'infirmière et envers les résidents du foyer ».

M<sup>me</sup> Cornelissen a ajouté que M<sup>me</sup> Wilmot-Smith avait auparavant été mise au courant des propos vulgaires et inappropriés que Wettlaufer avait tenus devant d'autres membres du personnel de Telfer Place.

Étant donné la situation, M<sup>me</sup> Cornelissen a déclaré que Telfer Place n'était plus disposé à ce que Wettlaufer travaille au foyer, et la présence de Wettlaufer à Telfer Place a été interdite sur-le-champ. Le dernier quart de Wettlaufer à Telfer Place a été celui du 18 avril 2016, deux jours avant le courriel de M<sup>me</sup> Cornelissen.

### A. Refus de Wettlaufer d'intervenir devant le comportement d'un résident

L'incident concernant le résident auquel M<sup>me</sup> Cornelissen faisait référence dans son courriel du 20 avril 2016 a été signalé par une préposée SSP de Telfer Place, Lauren Gallant. Cette dernière a raconté qu'un résident lui avait saisi le poignet et lui avait donné un coup de pied dans les côtes. Lorsque M<sup>me</sup> Gallant a demandé à Wettlaufer d'administrer un médicament au résident pour qu'il se calme, Wettlaufer a refusé. M<sup>me</sup> Gallant lui a ensuite demandé de le surveiller, ce que Wettlaufer n'a pas fait. M<sup>me</sup> Gallant a alors jeté un coup d'œil sur le résident toutes les 15 minutes. Le lendemain, M<sup>me</sup> Gallant a constaté que Wettlaufer n'avait rempli aucune documentation sur l'incident.



M<sup>me</sup> Shannon a témoigné que M<sup>me</sup> Gallant s'était plainte que son dos commençait à lui faire mal parce que Wettlaufer ne l'accompagnait pas dans les tournées. Elle ne se souvenait pas avec précision des détails de l'incident mentionné par M<sup>me</sup> Cornelissen dans son courriel du 20 avril 2016, mais elle pensait que M<sup>me</sup> Gallant avait peut-être subi une blessure au poignet.

## B. Inquiétudes du médecin

C'est le D<sup>r</sup> John McDonald qui avait fait part de ses inquiétudes au sujet de Wettlaufer à M<sup>me</sup> Cornelissen. Il est le médecin d'un certain nombre de résidents de Telfer Place, mais il n'est pas le directeur médical du foyer. Il a témoigné qu'en avril 2016, il a été appelé à intervenir auprès d'un résident à Telfer Place, mais qu'il ne savait pas trop ce qui était arrivé. Il s'est rappelé avoir cherché Wettlaufer, alors infirmière responsable, pour avoir plus de détails. Il l'a trouvée dans la salle des dossiers, et a tenté d'en savoir plus sur l'incident et sur l'état du résident. « Je me suis tout de suite rendu compte qu'elle était vague, qu'elle manquait de connaissances. » Elle était incapable de fournir des renseignements de base sur le résident et de répondre aux questions. Il s'est ensuite entretenu avec des préposés SSP qui travaillaient ce soir-là et a pu obtenir suffisamment d'information sur l'état du résident pour l'évaluer, juger la situation, et conclure que le résident allait bien et que les procédures avaient été suivies de façon correcte et raisonnable.

Le D<sup>r</sup> McDonald a qualifié son interaction avec Wettlaufer d'inconfortable, et a dit qu'il estimait que Wettlaufer n'avait pas les connaissances et les compétences qu'il s'attendrait à voir chez une infirmière. Il a ajouté qu'il n'avait auparavant jamais vécu une telle interaction professionnelle, et que la rencontre l'avait rendu mal à l'aise. Le D<sup>r</sup> McDonald a décrit ainsi l'attitude de Wettlaufer pendant leur échange :

Je ne crois pas qu'elle avait consommé de la drogue ou de l'alcool. Ses pupilles n'étaient pas dilatées. Elle était tendue, pas détendue. Elle ne me fournissait pas les renseignements cliniques qu'elle aurait dû connaître, et j'ai dû aller les chercher dans le dossier du patient. Elle avait l'air complètement incapable de communiquer ouvertement.

Durant les audiences, on a demandé à M<sup>me</sup> Cornelissen si elle aurait dû signaler les commentaires du D<sup>r</sup> McDonald à l'Ordre. Celle-ci a répondu qu'elle ne l'avait pas fait parce qu'il n'y avait aucun incident « qui était récurrent et sérieusement préoccupant ».

## C. Propos inappropriés

M<sup>me</sup> Cornelissen a témoigné qu'en avril 2016, elle avait été mise au courant d'un autre incident où Wettlaufer avait adressé des propos inappropriés de nature sexuelle à un membre du personnel de sexe masculin. Elle a ajouté que les propos que tenait Wettlaufer au travail étaient une source de préoccupation constante.

## D. Réponse de Life Guard au courriel du 20 avril 2016

Le 27 avril 2016, Lifeguard a fait une recherche dans le registre *Find a Nurse* du site Web de l'Ordre des infirmières et infirmiers pour vérifier si le statut de Wettlaufer avait changé depuis son embauche. La recherche a confirmé que, à cette date, Wettlaufer était toujours membre en règle de l'Ordre.

M<sup>mes</sup> Wilmot-Smith et Smith ont rencontré Wettlaufer le 4 ou le 5 mai 2016. Elles lui ont exposé les problèmes que Telfer Place avait soulevés à son égard, et lui ont demandé d'y répondre par écrit. Wettlaufer a envoyé sa version des faits par courriel à M<sup>me</sup> Wilmot-Smith le 5 mai 2016. Voici ce qu'elle a écrit :

J'écris ce courriel en réponse aux trois problèmes soulevés hier à propos de mon travail et de mon professionnalisme à Telfer Place.

1. Au sujet de l'absence de notes ou de rapport sur un incident concernant un patient agressif et de l'omission d'avoir fait un suivi auprès de ce patient :

Comme je l'ai mentionné, j'ai jeté un œil sur le patient en question à trois reprises pendant la nuit. Je n'ai pas consigné de notes sur l'incident ou sur le comportement du patient, et je n'ai pas transmis l'information au personnel du quart suivant. Avec le recul, je comprends que j'aurais dû prendre des notes dès que j'en ai eu la chance. Mais comme l'incident s'est produit au début d'un quart occupé et que le patient est resté calme par la suite, j'ai oublié de consigner des notes au dossier et de transmettre l'information nécessaire. C'est inacceptable.

Au sujet de la blessure subie par un membre du personnel : J'ai demandé à cette personne, un peu plus tard, si elle allait bien, et elle m'a dit que oui.

À l'avenir, je prendrai le temps de décrire les incidents dans les plus brefs délais.

J'insisterai aussi pour que les membres du personnel qui signalent un accident de travail remplissent les formulaires requis.

2. Au sujet du médecin qui a dit que je n'avais pas conscience de mes responsabilités et qu'il doutait de ma capacité à réaliser des évaluations :

On ne m'a pas dit qui avait dit ça. J'ai travaillé avec deux médecins à Telfer Place. Lorsque j'appelle un médecin, je m'assure d'avoir fait les évaluations que je juge nécessaires. Lorsque j'interagis avec un médecin au foyer, je suis ses directives et ses ordonnances, je remplis les papiers et je communique.

3. Au sujet de mes propos inappropriés et vulgaires : Ce n'était pas professionnel ni approprié de ma part. Ces propos étaient inacceptables, et ça ne se reproduira plus.

## **XI. Travail de Wettlaufer en tant qu'infirmière d'agence dans d'autres foyers de SLD**

À l'instar de Telfer Place, d'autres foyers de SLD font appel aux agences de placement lorsqu'ils manquent d'infirmiers. Dans le cadre de son emploi chez Life Guard, Wettlaufer a été affectée à six autres foyers de SLD ainsi qu'à une maison de retraite. Même si aucune des Infractions n'est survenue dans ces établissements, l'Enquête a obtenu des renseignements sur leur lien avec Life Guard et sur leur expérience avec Wettlaufer en tant qu'infirmière d'agence.

### **A. Anson Place Care Centre**

Anson Place Care Centre (Anson Place) est un foyer de SLD situé à Hagersville (Ontario); le titulaire de permis est Rykka Care Centres SEC. Il s'agit d'un petit foyer de 61 lits qui, comme Telfer Place, n'avait qu'un infirmier autorisé par quart. Il n'y avait pas assez d'infirmiers autorisés pour combler tous les quarts lors de situations d'urgence ou lorsque le personnel infirmier permanent ne pouvait pas remplacer les employés malades ou en vacances.

Anson Place a eu recours aux services de Life Guard en 2014; le 11 novembre, il a signé le contrat type de Life Guard (Contrat Anson Place). À l'instar de Telfer Place, il ne se chargeait pas lui-même des vérifications du dossier de police des infirmiers d'agence, comptant sur Life Guard pour le faire. Comme la Vérification du dossier de police de Wettlaufer datait du 22 avril 2014, les exigences de la LFSLD n'étaient pas respectées : plus de six mois s'étaient écoulés entre la Vérification du dossier et la signature du Contrat Anson Place. Wettlaufer a néanmoins fait son premier quart à Anson Place le 5 avril 2015.

Anson Place dispensait une orientation aux infirmiers d'agence – une journée complète d'orientation, et l'exigence que les infirmiers d'agence signent son « cartable sur la gestion des risques ». Wettlaufer n'a toutefois reçu que quatre heures d'orientation et n'a pas signé le cartable. Elle a fait le quart de nuit immédiatement après son orientation; elle était la seule infirmière autorisée de service.

Au total, Wettlaufer a effectué 10 quarts de travail à Anson Place, entre le 5 avril 2015 et le 25 février 2016. Personne ne s'est plaint d'elle, et aucune erreur de médicament n'a été signalée. Cependant, un incident opposant Wettlaufer à une infirmière auxiliaire autorisée d'Anson Place est survenu le 25 février 2016; Wettlaufer l'a signalé à Life Guard et à Anson Place. Wettlaufer a écrit à M<sup>me</sup> Wilmot-Smith pour lui mentionner qu'une infirmière auxiliaire autorisée d'Anson Place lui avait demandé de faire quelque chose qui, à ses yeux, devait être fait par l'infirmière en question. Wettlaufer a décrit la confrontation qui s'est ensuivie. Elle a également téléphoné à la directrice des soins d'Anson Place pour lui faire part de ses préoccupations concernant l'autre infirmière et signaler ce qui s'était produit. Il ne semble pas y avoir eu de communication directe entre Anson Place et Life Guard au moment de l'incident. Durant les enquêtes du Ministère entreprises après que Wettlaufer a avoué ses crimes, Anson Place a toutefois affirmé avoir ordonné, à la suite de cet incident, à son commis aux horaires des infirmiers d'informer Life Guard qu'il ne voulait plus revoir Wettlaufer. Wettlaufer n'a jamais plus été affectée à Anson Place.

## B. Fox Ridge Care Community

Fox Ridge Care Community (Fox Ridge) est un foyer de SLD situé à Brantford (Ontario), appartenant à Sienna Senior Living inc.<sup>20</sup>. L'entreprise a signé le contrat type de Life Guard aux alentours du 11 septembre 2011. Wettlaufer a fait son premier quart le 27 avril 2015, de 14 h à 23 h; elle a reçu une heure d'orientation. Les dossiers de Fox Ridge indiquent que Wettlaufer a commis une erreur de médicament dès ce premier quart, lorsqu'elle a omis de fournir un médicament à un résident. L'incident a été signalé par un infirmier auxiliaire

---

<sup>20</sup> Fox Ridge a pour titulaire de permis 2063414 Ontario limitée en tant que commandité de 2063414 Investment SEC, propriété indirecte de Sienna Senior Living inc., par l'intermédiaire de Leisureworld Senior Care SEC.

autorisé, et un rapport sur un incident lié à un médicament a été produit. Rien n'indique que Life Guard a été avisé de cette erreur de médicament, que ce soit par Wettlaufer ou par Fox Ridge.

## C. Park Lane Terrace

Le foyer Park Lane Terrace, lequel compte 132 lits, est situé à Paris (Ontario)<sup>21</sup>. Au moment où les Infractions ont fait l'objet d'une enquête du Ministère, Park Lane affectait habituellement deux infirmiers autorisés au quart de jour et ce, cinq jours par semaine, et un infirmier autorisé au quart de jour, les deux autres jours. Un seul infirmier autorisé était appelé à travailler les quarts de soir et de nuit.

Park Lane et Life Guard ont conclu un contrat type le 12 juillet 2015. Life Guard a fourni à Park Lane la Vérification du dossier de police de Wettlaufer en date du 22 avril 2014. Comme cette vérification datait de plus de six mois, elle ne satisfaisait pas aux exigences de la LFSLD.

Park Lane demandait aux nouveaux infirmiers d'agence de venir consulter le cartable de l'agence et de signer pour confirmer qu'ils l'avaient lu. Le Ministère a examiné ce cartable dans le cadre de son inspection des Infractions et confirmé qu'il contenait toute l'information ainsi que les politiques et procédures sur lesquelles, en vertu de la LFSLD et de son règlement, les infirmiers doivent avoir suivi une formation avant d'assumer leurs responsabilités. Toutefois, rien n'indique que Wettlaufer a lu le manuel et signé à cet effet avant son premier quart de travail en mai 2015<sup>22</sup>.

Au total, Wettlaufer a effectué quatre quarts de travail à Park Lane en mai et juin 2015. Elle a effectué son premier quart le 12 mai 2015. Il n'y a aucune preuve que des problèmes sont survenus lorsque Wettlaufer a travaillé à Park Lane.

---

<sup>21</sup> Le titulaire de permis pour Park Lane est Park Lane limitée.

<sup>22</sup> Le manuel comprenait une inscription signée par Wettlaufer en mars 2016, mais aucune preuve n'a été déposée dans le cadre de l'Enquête ou au Ministère lorsque ce dernier a fait enquête en 2017 selon laquelle Wettlaufer a travaillé à Park Lane en 2016.

## D. Hardy Terrace

Situé à Brantford (Ontario), Hardy Terrace est un foyer de SLD dont le titulaire de permis est Diversicare Canada Management Services Co. inc. Le 16 septembre 2014, plutôt que de recourir à son contrat type, Life Guard a conclu une entente de prestation de services de placement avec Diversicare (Contrat Diversicare). En vertu de cette entente, Life Guard était notamment tenu de veiller à ce que « tous les travailleurs affectés chez Diversicare fassent l'objet d'une vérification des antécédents, d'une vérification des références, d'une vérification du dossier de police et d'une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables en bonne et due forme ».

Le 11 décembre 2014, malgré le contrat Diversicare, Hardy Terrace a conclu une entente avec Life Guard en utilisant le contrat type de l'agence Life Guard. Comme il a été mentionné, en vertu de ce contrat type, aucune des parties n'est tenue de procéder à des vérifications du dossier de police ou à des vérifications des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables.

Le 22 mai 2014, Wettlaufer a assisté à une séance d'orientation de quatre heures à Hardy Terrace. Elle devait travailler le soir le 24 mai, mais ne s'est pas présentée au foyer. Elle a travaillé de soir les 27 et 28 mai 2015, mais n'a travaillé aucun autre quart de travail à Hardy Terrace par la suite.

Rien n'indique que des problèmes soient survenus lorsque Wettlaufer a travaillé à Hardy Terrace.

## E. Delrose Retirement Residence

Life Guard a également affecté Wettlaufer à Delrose Retirement Residence, une maison de retraite située à Delhi (Ontario). Les maisons de retraite ne sont pas assujetties à la LFSLD. Le 31 janvier 2014, Life Guard et Delrose ont conclu une entente type pour la fourniture d'infirmiers d'agence. Le 25 septembre 2015, Wettlaufer a été affectée à son premier quart de travail à Delrose.

Le 13 novembre 2015, Delrose a informé Life Guard des erreurs de médicament que Wettlaufer avait commises (notamment en appliquant un timbre de nitroglycérine entier plutôt que le demi timbre prescrit) lors des quarts de nuit des 1<sup>er</sup> et 7 novembre. Life Guard s'est entretenu avec Wettlaufer à propos de ces erreurs et a informé Delrose de cet entretien.

Entre le 13 novembre 2015 et le 1<sup>er</sup> février 2016, Wettlaufer a travaillé quatre quart à Delrose. Le 1<sup>er</sup> février, M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a reçu un courriel de Delrose l'informant que le système de vidéosurveillance avait filmé Wettlaufer en train de voler de la nourriture dans le réfrigérateur de la résidence et de la consommer au-dessus de la nourriture destinée aux résidents. Delrose a insisté sur le caractère non hygiénique de ses gestes et sur le fait qu'ils constituaient ni plus ni moins un vol.

M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a confirmé que Life Guard cesserait désormais d'affecter Wettlaufer à la Delrose. Elle a ensuite demandé à Wettlaufer de justifier son comportement. Dans une réponse envoyée par courriel le 2 février, Wettlaufer nomme par erreur Anson Place dans sa première phrase :

Heidi, j'ai réfléchi à ce qui s'est passé à Anson Place le 26 décembre. Il est vrai que j'ai mangé un carré de gâteau aux carottes tout en emballant d'autres carrés. J'ai aussi mangé des miettes et du glaçage qu'il y avait sur le côté de la boîte en emballant les carrés.

Il était tard, j'étais fatiguée et je n'ai pas réfléchi. Je reconnais que c'est du vol de nourriture et que mes gestes n'étaient pas du tout hygiéniques.

Je regrette cet écart de conduite et promets que cela ne se reproduira plus. Je comprends que Delrose m'en veuille et je vous présente mes excuses pour les incon vénients que mes gestes ont pu vous causer.

## F. Brierwood Gardens

Brierwood Gardens est un foyer de SLD de 79 lits situé à Brantford (Ontario), dont le titulaire de permis est Revera.

Le 25 juillet 2013, Brierwood Gardens a conclu un contrat type avec Life Guard. Le foyer ne prévoyait aucune politique ou pratique concernant l'orientation des infirmiers d'agence. Wettlaufer a suivi une séance d'orientation de deux heures avant de travailler un quart de jour le 30 mai 2015. Elle a travaillé huit quarts à Brierwood Gardens entre le 30 mai et le mois d'août 2015, puis plus rien jusqu'en 2016. Rien n'indique que son travail à Brierwood ait causé des problèmes. Elle a d'ailleurs reçu une recommandation de Brierwood quand elle a postulé chez Saint Elizabeth Health Care (voir chapitre 8).

## G. Dover Cliffs

Dover Cliffs, une propriété de Revera, est un foyer de SLD de 70 lits situé à Port Dover (Ontario). Un infirmier autorisé y est de service 24 heures sur 24, et un infirmier auxiliaire autorisé, 16 heures par jour.

Le 28 juillet 2016, Life Guard et Dover Cliffs ont conclu un contrat type. Comme la plupart des autres foyers, Dover Cliffs a présumé que Life Guard avait obtenu les vérifications du dossier de police des infirmiers qu'elle y affectait.

Le 5 août 2016, Wettlaufer a suivi six heures de d'orientation théorique et sur le terrain à Dover Cliffs, de 18 h à 24 h. Elle a attesté, par sa signature, avoir suivi cette orientation comprenant à la fois le passage en revue des politiques et des questionnaires portant, entre autres, sur les points suivants :

- formation sur la prévention des mauvais traitements aux résidents;
- service à la clientèle et gestion des plaintes;
- préparation aux dangers et aux situations d'urgence, prévention des incendies et sécurité;
- gestion des comportements réactifs ou difficiles;
- santé et sécurité;
- création d'un milieu de travail respectueux;
- code de conduite de Revera.

À la suite de son orientation, Wettlaufer a travaillé de nuit les 6 et 7 août 2016. Rien n'indique que des problèmes sont survenus pendant ces deux quarts.

## H. Démission de Wettlaufer chez Life Guard

En juillet 2016, Wettlaufer a été embauchée par Saint Elizabeth Health Care. Life Guard savait qu'elle cherchait un autre emploi et qu'elle en avait obtenu un. Lors de son interrogatoire subséquent avec la police, Wettlaufer a affirmé qu'elle donnait la priorité à son emploi chez Saint Elizabeth Health Care. Le 7 septembre 2016, Wettlaufer a remis sa démission à M<sup>me</sup> Wilmot-Smith par courriel :



Je vous informe par la présente de ma démission, prenant effet immédiatement, du poste que j'occupe chez Life Guard homecare. Je vous suis reconnaissante des possibilités qui m'ont été offertes au sein de votre entreprise. Je suis désormais dans l'incapacité de travailler à titre d'infirmière autorisée.

Lors de son témoignage, M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a affirmé ne pas avoir parlé à Wettlaufer après avoir reçu ce courriel. Elle était débordée et bien qu'elle ait trouvé un peu étrange de lire qu'elle était désormais dans l'incapacité de travailler à titre d'infirmière autorisée, elle a dit qu'à l'époque, « j'avais probablement d'autres chats à fouetter ».

Lors des audiences, on a demandé à M<sup>me</sup> Wilmot-Smith s'il était du devoir de Life Guard de signaler Wettlaufer à l'Ordre des infirmières et infirmiers. En septembre 2016, les employeurs étaient tenus de signaler à l'Ordre toute démission survenant dans certaines situations, à savoir :

- lorsque l'employeur a des motifs raisonnables de croire que la démission est liée à une faute professionnelle, à de l'incompétence ou à une incapacité;
- lorsque la démission de l'infirmier survient durant ou après une enquête menée par l'employeur, ou au nom de celui-ci sur des allégations de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité.

Selon M<sup>me</sup> Wilmot-Smith, le contexte dans lequel Wettlaufer a remis sa démission ne correspondait à aucune de ses situations.

Au moment où Wettlaufer a donné sa démission à Life Guard, elle avait déjà démissionné de son poste chez Saint Elizabeth Health Care.

Le 16 septembre 2016, Wettlaufer s'est volontairement rendue au Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto, où elle a été admise aux fins d'évaluation, puis détenue en vertu d'un certificat d'admission en cure obligatoire (formule 3). C'est au cours de son hospitalisation dans ce centre qu'elle a avoué avoir commis les Infractions.

## XII. Enquêtes après que les Infractions sont devenues connues

### A. Enquête interne de Revera

Une fois les aveux mis au grand jour, Revera a procédé à un examen rétrospectif de l'incident. Plusieurs membres du personnel de Telfer Place ont été interrogés dans le cadre de cet examen. Revera a conclu que le facteur qui avait favorisé les circonstances entourant l'Infraction de Wettlaufer à Telfer Place était une « grave pénurie à long terme de personnel à Telfer Place qui avait nécessité le recours substantiel à des agences. Des mesures ont été mises en place pour réduire le recours aux agences à Telfer Place ».

Même avant d'être au courant des Infractions, Telfer Place et Revera avaient déterminé que le recours régulier aux infirmiers d'agence à Telfer Place devait cesser. Au moment des aveux de Wettlaufer, Telfer Place avait déjà cessé cette pratique.

### B. Inspections du Ministère

#### 1. Telfer Place

Après les aveux de Wettlaufer, le Ministère a procédé à l'inspection de Telfer Place. Son rapport d'inspection, dont les détails sont exposés au chapitre 11, a été publié en mai 2017. En tant qu'agence, Life Guard n'était pas assujettie à la surveillance du Ministère; aucune vérification de ses processus et de ses procédures n'a donc été effectuée. Les inspecteurs du Ministère ont tenté d'interroger M<sup>me</sup> Wilmot-Smith, mais sans succès.

Les constats de non-respect remis à la suite de cette inspection concernaient principalement le recours de Telfer Place à des infirmiers d'agence. En particulier, les inspecteurs ont constaté que le titulaire de permis :

- avait omis de se conformer à l'exigence IA 24 heures sur 24, puisqu'un IA d'agence était parfois le seul infirmier autorisé en service dans des circonstances qui n'étaient pas visées par l'une des exceptions prévues par la loi;

- avait omis de se conformer à l'exigence de vérification du dossier de police avant l'embauche;
- avait omis de se conformer à l'exigence selon laquelle tout le personnel est tenu de suivre la formation exigée, y compris la formation sur la déclaration des droits des résidents, sur la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents ainsi que sur l'obligation de produire des rapports;
- avait omis de se conformer à l'exigence de tenue d'un dossier pour tous les infirmiers contenant, entre autres, une vérification de leur certificat d'inscription auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers et les résultats de la vérification de leur dossier de police.

Les trois derniers constats font expressément référence à Wettlaufer comme l'une des membres du personnel visés par le constat de non-respect. Les quatre constats ont été rendus avec des plans de correction volontaires.

## **2. Autres foyers de SLD où Wettlaufer a travaillé comme infirmière d'agence**

Après avoir pris connaissance des aveux, le Ministère a également procédé à des inspections à Anson Place, Park Lane, Brierwood Gardens, et Dover Cliffs. Toutes ces inspections ont donné lieu à des constats de non-respect en lien avec le recours de ces foyers de SLD à des infirmiers engagés par des agences. Bon nombre de ces constats étaient identiques à ceux dressés à l'encontre de Telfer Place (pour plus de détails, se reporter au chapitre 11).

## RECOMMANDATIONS

**Recommandation 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.

### Raisonnement de la recommandation 11

- Les infirmiers d'agence connaissent moins bien les résidents que le personnel infirmier habituel, et le recours aux infirmiers d'agence compromet l'objectif d'assurer la cohérence et la continuité des soins aux résidents.
- Les preuves démontrent que les notes et les comptes rendus quotidiens des infirmiers d'agence sont moins détaillées que ceux du personnel permanent, et que leurs rapports verbaux lors des changements de quart sont moins complets.

**Recommandation 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.

### Raisonnement de la recommandation 12

- Avant de conclure un contrat avec une agence ou d'utiliser son personnel, les titulaires de permis doivent vérifier les références antérieures et actuelles de l'agence et communiquer avec les foyers qui utilisent ou ont utilisé ses services.
- La vérification permet aux titulaires de permis de confirmer les connaissances, les compétences et l'expérience du personnel et de la direction, ainsi que leur connaissance des exigences de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et de ses règlements.

**Recommandation 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.

**Raisonnement de la recommandation 13**

- La relation juridique entre les titulaires de permis et les agences de personnel est régie par contrat. Il n'y a aucune exigence législative en ce qui concerne ces contrats. En énonçant des conditions claires pour l'agence, les titulaires de permis auront une meilleure assurance de la qualité du personnel autorisé fourni par l'agence.
- L'exigence que l'agence fournisse un personnel formé et orienté permet de couvrir les absences de dernière minute à l'aide d'infirmiers d'agence déjà familiarisés avec le foyer et ses processus. Un personnel bien formé et orienté améliore la sécurité des résidents.
- Les titulaires de permis ne sont pas responsables de la discipline des infirmiers d'agence. La mise en place de canaux de communication et de comptes rendus clairs entre le titulaire de permis et l'agence aidera à résoudre rapidement les préoccupations à l'égard du rendement.



## Les fournisseurs de services de soins à domicile

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	336
<b>II.</b>	<b>Le cadre législatif et contractuel régissant les soins à domicile financés par les fonds publics en Ontario</b> .....	337
	<b>A. La Loi sur les services de soins à domicile et les services communautaires</b> .....	338
	<b>B. Les ententes de services</b> .....	339
	1. Les compétences et l'orientation du personnel infirmier .....	339
	2. Les obligations de faire rapport .....	340
	3. La gestion du rendement des infirmiers des fournisseurs de services .....	342
<b>III.</b>	<b>L'évolution de la clientèle des services à domicile</b> .....	342
<b>IV.</b>	<b>Les difficultés de recruter et de conserver des infirmiers autorisés en soins à domicile</b> .....	343
<b>V.</b>	<b>La gestion des médicaments dans les soins à domicile</b> .....	345
	<b>A. La manipulation de l'insuline injectable</b> .....	345
	<b>B. La manipulation des narcotiques et la possibilité de détournement</b> .....	346
	<b>C. Les erreurs de médicament dans les soins à domicile</b> .....	347
<b>VI.</b>	<b>Saint Elizabeth Health Care</b> .....	347
	<b>A. Les pratiques d'embauche</b> .....	348
	1. La présélection.....	349
	2. La vérification de l'inscription auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers.....	349
	3. L'entretien .....	350
	4. Les vérifications des antécédents .....	350
	5. La vérification du dossier de police.....	352
	6. Le contrat de travail .....	352

B. Le questionnaire sur la pratique infirmière . . . . .	352
C. L'orientation des infirmiers de soins à domicile . . . . .	352
1. Le plan d'apprentissage . . . . .	353
2. L'orientation en classe . . . . .	353
3. L'orientation sur le terrain . . . . .	355
4. La planification des visites chez le client . . . . .	355
D. Les procédures de signalement d'incidents de Saint Elizabeth . . . . .	356
1. La gestion des incidents . . . . .	357
2. Les plaintes ou les compliments . . . . .	358
E. L'évaluation du rendement du personnel de première ligne . . . . .	358
<b>VII. Saint Elizabeth embauche Wettlaufer . . . . .</b>	<b>359</b>
A. La demande d'emploi de Wettlaufer déposée en 2014 est rejetée . . . . .	359
B. Wettlaufer soumet une candidature et un CV en ligne en 2016. . . . .	360
C. La présélection a réussi . . . . .	361
D. L'entretien de Wettlaufer . . . . .	361
E. L'Ordre et la vérification du dossier de police . . . . .	362
F. Les personnes donnant des références au sujet de Wettlaufer répondent au questionnaire en ligne . . . . .	363
G. Le contrat de travail . . . . .	364
<b>VIII. L'orientation et la période d'essai de Wettlaufer . . . . .</b>	<b>364</b>
A. L'orientation en classe . . . . .	365
B. L'orientation sur le terrain . . . . .	365
C. Wettlaufer est affectée aux visites des clients toute seule . . . . .	366
D. La visite d'observation du 12 août 2016 . . . . .	366
<b>IX. Wettlaufer commet l'infraction . . . . .</b>	<b>367</b>
A. Le CASC du Sud-Ouest envoie Beverly Bertram à Saint Elizabeth . . . . .	367
B. Wettlaufer vole de l'insuline et des narcotiques à un autre client . . . . .	367
C. La tentative de meurtre à l'endroit de Beverly Bertram . . . . .	370



X.	La démission de Wettlaufer de Saint Elizabeth .....	370
XI.	Les enquêtes après la révélation des Infractions .....	371
	A. L'enquête interne de Saint Elizabeth .....	371
	<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	373

## I. Introduction

Des milliers de personnes partout en Ontario utilisent quotidiennement des services de soins à domicile financés par des fonds publics, comme des soins infirmiers, des soins personnels, la physiothérapie et l'ergothérapie. Ils sont utiles dans un large éventail de situations, allant d'une utilisation à court terme à la sortie de l'hôpital à une utilisation à long terme pour des problèmes permanents. Ces services permettent à notre population vieillissante de rester chez elle jusqu'à ce que ceux qui ont besoin d'une surveillance constante fassent la transition vers les soins de longue durée (SLD).

Le milieu des soins à domicile diffère de celui des foyers de SLD à plusieurs égards. Par exemple, les clients des services à domicile sont responsables de la gestion de leurs médicaments, responsabilité à laquelle ils renoncent en résidant dans un foyer de SLD. De plus, les clients des services à domicile et leurs proches soignants gardent un meilleur contrôle de leur milieu de vie. Cependant, à l'instar des résidents des foyers de SLD, les clients des soins à domicile sont vulnérables par rapport aux professionnels qui les soignent. Wettlaufer a profité de cette vulnérabilité pour tenter d'assassiner Beverly Bertram alors qu'elle lui fournissait des soins infirmiers à domicile. Par souci de commodité, tout au long de ce chapitre, je parle de cette tentative comme de l'Infraction.

Je commence par examiner le cadre législatif et contractuel régissant la prestation de services de soins à domicile financés par les fonds publics. Ensuite, j'aborde l'évolution de la clientèle des services à domicile et l'incidence des difficultés de recrutement et de rétention du personnel infirmier sur ce secteur. Étant donné que Wettlaufer a de nouveau utilisé de l'insuline pour commettre l'Infraction, je passe également en revue la manière dont les médicaments, en particulier l'insuline, sont gérés dans le cadre des soins à domicile.

Par la suite, je me concentre sur Saint Elizabeth Health Care (Saint Elizabeth). Saint Elizabeth était le dernier employeur de Wettlaufer avant ses aveux, et c'est lui qui l'a chargée de fournir des services de soins infirmiers à M<sup>me</sup> Bertram. Je passe en revue le rôle de Saint Elizabeth ainsi que les processus et mécanismes qu'il emploie pour embaucher et orienter des infirmiers autorisés et signaler des problèmes qui se produisent.

Ensuite, je me penche sur l'embauche de Wettlaufer par Saint Elizabeth, l'orientation qu'elle a reçue et son rendement au cours des quelques semaines où elle y a travaillé comme infirmière à domicile. Cette discussion comprend

les circonstances qui ont conduit à l'Infraction et à sa démission peu de temps après. J'aborde ensuite brièvement les enquêtes qui ont eu lieu après les aveux des crimes commis par Wettlaufer.

Enfin, je formule des recommandations à l'intention des fournisseurs de services du secteur des soins à domicile financé par l'État.

## II. Le cadre législatif et contractuel régissant les soins à domicile financés par les fonds publics en Ontario

La surveillance législative des soins à domicile financés par le secteur public en Ontario diffère de celle des foyers de SLD. La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD)<sup>1</sup> et le Règlement de l'Ontario 79/10 (Règlement) imposent des obligations globales aux titulaires de permis, mais le vaste régime de surveillance et d'inspection créé par cette législation ne s'applique pas aux services de soins à domicile. Les soins à domicile sont plutôt régis par la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires* (LSSDSC)<sup>2</sup> et par divers contrats.

Au moment où Wettlaufer a commis l'Infraction, plusieurs parties jouaient un rôle dans la fourniture des services de soins à domicile que la victime recevait : le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère); le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Sud-Ouest; le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) du Sud-Ouest et Saint Elizabeth – un fournisseur de services sous contrat avec le CASC du Sud-Ouest.

Le rôle des CASC et des RLISS est décrit plus en détail au chapitre 12. En résumé, au moment de l'Infraction dans le secteur des soins à domicile, les 14 CASC de l'Ontario disposaient de deux systèmes : soit ils fournissaient eux-mêmes des soins à domicile et des services communautaire financés par des fonds publics, soit ils payaient des fournisseurs de services – comme Saint Elizabeth – pour fournir ces services aux clients en leur nom. Le second système était beaucoup plus courant. Le Ministère fournissait le financement pour ces services et l'attribuait aux RLISS, qui à leur tour le versaient aux CASC. Les RLISS sont des organismes de la Couronne créés pour « planifier, intégrer et financer les services de santé au niveau régional ».

<sup>1</sup> L.O. 2007, chap. 8.

<sup>2</sup> L.O. 1994, chap. 26.

En 2017, le Ministère a dissous les CASC et a transféré leurs fonctions aux RLISS. Dans ce chapitre, j'aborde les pratiques telles qu'elles existaient sous les CASC à l'époque où Wettlaufer a commis les Infractions. Sauf indication contraire, les pratiques attribuées aux CASC étaient appliquées par les RLISS au moment de la rédaction du présent Rapport<sup>3</sup>.

## ***A. La Loi sur les services de soins à domicile et les services communautaires***

La LSSDSC comporte une déclaration des droits des personnes qui bénéficient de services de soins à domicile financés par l'État. Elle est similaire à la déclaration des droits des résidents contenue dans la LFSLD<sup>4</sup>, et les CASC remettaient à chaque client une brochure énumérant ces droits. En vertu de l'article 3 de la LSSDSC, les fournisseurs de services doivent veiller à ce que les droits de la clientèle suivants soient respectés et promus :

- le droit d'être traitée avec courtoisie et respect par le fournisseur de services, sans subir de la part de celui-ci de mauvais traitements d'ordre mental, physique ou financier;
- le droit d'être traitée par le fournisseur de services d'une manière qui respecte sa dignité et son intimité et qui favorise son autonomie;
- le droit d'être traitée par le fournisseur de services d'une manière qui reconnaît son individualité et qui est attentive et répond à ses besoins et à ses préférences, y compris les préférences fondées sur des considérations ethniques, spirituelles, linguistiques, familiales et culturelles;
- le droit d'être informée sur les services communautaires qui lui sont fournis et de savoir qui lui fournira ces services;
- le droit de participer à l'évaluation de ses besoins, à l'élaboration de son programme de services, et à l'évaluation et à la révision de son programme de services par le fournisseur de services;
- le droit de donner ou de refuser son consentement à la fourniture de tout service communautaire;

<sup>3</sup> Le 18 avril 2019, *Loi de 2019 sur les soins de santé pour la population*, L.O. 2019, chap. 5, a reçu la sanction royale. Lorsque les dispositions pertinentes seront entrées en vigueur, cette loi créera, entre autres, un nouvel organisme dénommé Santé Ontario et permettra la réorganisation ou la dissolution des 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Toutes les recommandations contenues dans le présent Rapport et adressées aux RLISS devraient être prises en compte par tout organisme remplaçant ayant des responsabilités liées au système de SLD, y compris Santé Ontario.

<sup>4</sup> LSSDSC, art. 3(1).

- le droit de soulever des questions ou de recommander des changements à l'égard du service communautaire qui lui est fourni et à l'égard des politiques et des décisions qui influent sur ses intérêts auprès du fournisseur de services, des représentants du gouvernement ou de toute autre personne, sans crainte d'être empêchée de s'exprimer, ni de faire l'objet de contraintes, de discrimination ou de représailles.
- le droit d'être informée des lois, des règles et des politiques qui influent sur le fonctionnement du fournisseur de services et d'être informée par écrit de la marche à suivre pour porter plainte contre le fournisseur de services; et
- le droit de voir respecter le caractère confidentiel de tous dossiers conformément à la loi.

## **B. Les ententes de services**

Les CASC concluaient des contrats, appelés ententes de services, avec chaque fournisseur qu'ils retenaient pour offrir des soins à domicile. Lorsque les CASC ont été dissous et leurs responsabilités transférées aux RLISS, ces derniers ont assumé les ententes de services. Les exigences de ces ententes sont abordées plus en détail au chapitre 12. Dans cette section, je me concentre sur les exigences des ententes de services relatives aux compétences et à l'orientation du personnel infirmier; le processus de signalement des incidents entraînant un risque et des plaintes; et la surveillance du rendement du personnel infirmier.

### **1. Les compétences et l'orientation du personnel infirmier**

Le fournisseur de services est responsable de l'affectation du personnel de première ligne qui fournit des soins directs aux clients. En vertu de l'entente de services, les infirmiers du fournisseur doivent être qualifiés pour exercer la profession infirmière en Ontario; être titulaires d'un certificat d'inscription émis par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et être en règle avec cet organisme; respecter toutes les lois pertinentes à l'exercice de la profession d'infirmière en Ontario et posséder les compétences requises en secourisme et en réanimation cardiorespiratoire.

Le fournisseur de services est responsable du recrutement, de l'orientation, de la formation et de la supervision des infirmiers. Entre autres choses, il doit mettre en œuvre des mesures de présélection appropriées, notamment s'assurer que chaque infirmier a obtenu une vérification de dossier de police et fourni une déclaration d'infraction annuelle; vérifier les compétences de

leurs employés sur une base continue; tenir des registres de ces compétences et gérer les restrictions éventuelles sur les certificats d'inscription des employés autorisés.

Les fournisseurs de services doivent également dispenser un enseignement et une formation à leurs employés, comme le précise l'entente de services. En plus d'établir un programme complet de formation et de perfectionnement et d'offrir une formation en matière de lutte contre la discrimination et le harcèlement, les fournisseurs de services doivent former leur personnel à leurs propres politiques et celles du CASC local (plus tard, le RLISS). Cela comprend une formation sur les politiques relatives aux droits des clients, aux mauvais traitements et à la négligence, et au signalement des mauvais traitements et de la négligence. Il n'est pas nécessaire qu'une telle formation ait lieu annuellement. Les fournisseurs de services doivent également veiller à ce que leur personnel connaisse et respecte les exigences de la déclaration des droits de la LSSDSC.

Les fournisseurs de services ne sont pas tenus de fournir aux CASC la preuve que leur personnel possède les qualifications nécessaires ou a reçu la formation requise, bien que le CASC puisse périodiquement vérifier ces pratiques.

## **2. Les obligations de faire rapport**

Le Ministère ne traite pas directement des problèmes découlant des soins fournis par un fournisseur de services à des clients. Au moment de l'Infraction, le CASC assumait cette responsabilité.

### ***a) Les incidents entraînant un risque***

Les fournisseurs de services étaient tenus de signaler « les incidents entraînant un risque », y compris les « événements indésirables », au CASC. Les ententes définissaient un incident entraînant un risque comme « un incident imprévu qui a provoqué ou qui pourrait raisonnablement provoquer un danger, une perte ou une blessure liée à la prestation des services de soins infirmiers, y compris un danger, une perte ou une blessure pour le patient, le proche soignant, le personnel du fournisseur de services ou une perte ou un préjudice au CASC ou au fournisseur de services. » Les incidents entraînant un risque comprenaient notamment une erreur de médicament, une procédure ou une intervention inappropriée, le non-respect des ordonnances médicales, une blessure ou chute du client, une agression réelle ou potentielle d'un client, un vol réel ou présumé à la maison du client, et la mort inattendue d'un client.

Les incidents entraînant un risque comprenaient également les « événements indésirables », les plus graves des incidents entraînant un risque. Un incident entraînant un risque était qualifié d'effet indésirable s'il :

- était lié à un client;
- a causé une blessure involontaire au client ou une complication ayant entraîné une invalidité, la mort ou une utilisation accrue des ressources de soins de santé;
- a été provoqué par la gestion des soins de santé, y compris les soins ou traitements fournis dans le cadre d'un programme de services officiel par des professionnels de la santé, des aidants naturels ou professionnels, ou des soins autoadministrés par le client.

### ***b) Le signalement d'incidents entraînant un risque***

Les fournisseurs de services étaient tenus d'informer verbalement le CASC de certains événements, immédiatement. Par exemple, tous les événements indésirables, ainsi que les incidents entraînant un risque impliquant la sécurité d'un client ou d'une personne impliquée dans les soins de ce dernier, devaient faire l'objet d'une déclaration verbale immédiate. Les fournisseurs de services devaient également soumettre des rapports écrits dans les trois jours suivant un incident entraînant un risque, à moins que le CASC n'ait demandé le rapport plus tôt.

### ***c) Le contenu et la manière de signaler un incident entraînant un risque***

Lorsqu'un fournisseur de services signalait un incident entraînant un risque, il devait notamment inclure, le cas échéant, la date et l'heure de l'incident, les détails de ce qui s'était passé, s'il s'agissait d'un « événement indésirable », les noms des employés impliqués et des témoins éventuels, ainsi qu'une description de sa réponse et des mesures qu'il avait prises. Il devait également attribuer un niveau de risque à l'incident. Au moment de l'infraction, les fournisseurs de services utilisaient les directives fournies par le CASC pour déterminer le niveau de risque approprié à attribuer. Également à cette époque, les fournisseurs de services communiquaient ces renseignements au CASC du Sud-Ouest à l'aide du système électronique du CASC, appelé Système de gestion du suivi des incidents (SGSI). Ce processus de signalement est décrit en détail au chapitre 12.

Seuls les superviseurs et les gestionnaires de fournisseurs de services étaient en mesure de signaler des incidents via le SGSI. Par conséquent, la capacité des fournisseurs de services à signaler correctement ces incidents dépendait

de leur personnel de première ligne, qui était généralement le premier à entendre parler. Le personnel de première ligne devait signaler la plainte ou l'incident entraînant un risque à son responsable ou à son superviseur afin que l'incident puisse être saisi dans le SGSI. Concrètement, cela signifiait que les fournisseurs de services devaient disposer de suffisamment de processus et de pratiques pour garantir que le personnel de première ligne signalait les incidents immédiatement et avec précision, et pour que les gestionnaires et les superviseurs soient correctement formés au signalement via le SGSI.

### 3. La gestion du rendement des infirmiers des fournisseurs de services

La gestion du rendement du personnel infirmier relève du fournisseur de services et l'entente de services oblige le fournisseur de services à évaluer régulièrement le rendement et les compétences de son personnel de première ligne. Les fournisseurs de services doivent avoir des superviseurs de service infirmier qualifiés et autorisés à exercer la profession infirmière en Ontario qui ont au moins une année d'expérience en supervision ou une expérience équivalente, et qui possèdent les compétences et l'expérience en gestion nécessaires pour surveiller, assister et superviser les infirmiers du fournisseur de services.

En pratique, les superviseurs du service infirmier fournissent une expertise clinique pour aider les infirmiers à prendre soin des clients. Ils travaillent avec les infirmiers de première ligne pour s'assurer qu'ils respectent les normes d'exercice et peuvent effectuer des visites à domicile pour évaluer les compétences des infirmiers.

## III. L'évolution de la clientèle des services à domicile

Comme dans les foyers de SLD, l'acuité des clients des services de soins à domicile financés par des fonds publics a augmenté ces dernières années. Le nombre de clients adultes en soins à domicile ayant des besoins élevés en soins de longue durée a plus que doublé entre 2007 et 2017<sup>5</sup>. Le nombre de clients présentant des signes de démence a aussi augmenté. Ces défis signifient que les fournisseurs de services doivent veiller à ce que le personnel dispose des compétences et de la formation appropriées pour traiter des problèmes de santé plus complexes – y compris la démence – dans le

---

<sup>5</sup> Données compilées par Services communs pour la santé Ontario et fournies au RLISS du Sud-Ouest en prévision des audiences publiques.



cadre des soins à domicile. Par exemple, Saint Elizabeth a mis en place un programme appelé « L'hôpital à la maison » qui offre un soutien intensif aux clients chez eux – souvent plusieurs fois par jour – pour des traitements comme la chimiothérapie ou des protocoles de traitement avancé pour les clients recevant des soins palliatifs en fin de vie.

Une autre conséquence de l'augmentation de l'acuité des clients recevant des soins à domicile est la nécessité de recruter davantage de personnel pour gérer les besoins. Par exemple, le niveau d'acuité de certains clients peut nécessiter que deux employés se rendent au domicile du client en même temps pour fournir des services. Dans certains cas, une équipe de 30 personnes au maximum peut être nécessaire pour répondre aux besoins d'un même client.

L'augmentation de l'acuité des clients recevant des soins à domicile est attribuable à plusieurs facteurs, notamment le fait que les clients obtiennent leur congé de l'hôpital plus tôt qu'auparavant et que de nombreux aînés en Ontario souhaitent rester chez eux le plus longtemps possible, même s'ils sont très malades. Par conséquent, les gens vivent chez eux, même lorsqu'ils ont des besoins de santé importants et complexes. Au cours des dernières années, les CASC – et plus tard les RLISS – ont développé la capacité de soutenir ces personnes chez elles. Par exemple, lors des audiences publiques, un témoin du RLISS du Sud-Ouest a déclaré que 75 % des clients en traitement palliatif dans son territoire choisissaient maintenant de mourir chez eux et que le RLISS pouvait les accompagner dans leur choix.

#### **IV. Les difficultés de recruter et de conserver des infirmiers autorisés en soins à domicile**

Comme les foyers de SLD, les fournisseurs de services de soins à domicile ont du mal à recruter et à garder des infirmiers autorisés. Certaines des raisons sont similaires, comme les préférences du personnel pour le travail dans les hôpitaux et l'existence d'une meilleure rémunération dans ce secteur. Cependant, d'autres facteurs sont propres aux soins à domicile et sont liés à l'environnement et à la charge de travail auxquels l'infirmier aux soins à domicile est confronté.

Le milieu des soins à domicile peut présenter des défis. La plupart du temps, les infirmiers travaillant dans les soins à domicile doivent voir plusieurs clients par jour et doivent se rendre dans les différents domiciles où ils prodiguent des soins. La capacité d'un infirmier à se déplacer d'un lieu à l'autre chaque jour est soumise aux conditions météorologiques et à la circulation. En outre, les infirmiers doivent se déplacer avec le matériel et les fournitures nécessaires pour offrir des services à leurs clients, comme un stéthoscope, un brassard de tensiomètre, des thermomètres oraux, des tenues de protection, des seringues et des aiguilles, du matériel pédagogique lié à l'état du client et des gants non stériles. De plus, le domicile du client peut ne pas être un environnement de travail idéal : le chauffage ou l'électricité ne sont pas toujours sûrs ou il peut y avoir des animaux hostiles.

L'isolement du milieu des soins à domicile constitue un autre défi. Bien qu'il soit avantageux de pouvoir passer du temps en tête-à-tête avec le client, sans être interrompu par des cloches d'appel et d'autres personnes, il y a de nombreux inconvénients. Aucun membre du personnel de supervision ou de direction n'est présent au domicile du client, ni d'autres professionnels de la santé réglementés vers lesquels l'infirmier de soins à domicile ou le client peut se tourner pour obtenir des conseils ou de l'aide en cas d'urgence. Par exemple, les infirmiers à domicile ne disposent pas d'une sonnette sur laquelle ils peuvent directement appuyer si un client ou une autre personne à la maison devient agressif ou violent. Les fournisseurs de services ont reconnu ces risques en mettant en place diverses mesures de protection. Saint Elizabeth demande notamment aux clients de contrôler leurs animaux domestiques, de s'abstenir de fumer et d'assurer l'élimination en toute sécurité des « objets tranchants » médicaux, comme les aiguilles et les lancettes.

Les déplacements d'un lieu à l'autre, le chargement et le déchargement de l'équipement et des fournitures, ainsi que les soins à apporter à plusieurs clients qui présentent des personnalités et des problèmes de santé différents alourdissent la charge de travail des infirmiers de soins à domicile. Par conséquent, ils travaillent souvent après les heures normales de travail pour remplir des formulaires, téléphoner aux clients et organiser les commandes de fournitures. Le travail peut aussi être physiquement éprouvant, car les infirmiers doivent régulièrement soulever de lourdes charges, transférer et repositionner les clients et se pencher, se mettre à genoux ou s'accroupir au cours des soins.

## V. La gestion des médicaments dans les soins à domicile

Les médicaments sont gérés différemment dans le contexte des soins à domicile et dans les foyers de SLD. Contrairement aux employés des foyers de SLD, les infirmiers de soins à domicile ne sont généralement pas responsables de la commande, de la livraison ou de l'élimination des médicaments. En outre, contrairement aux infirmiers des foyers de SLD, les infirmiers des soins à domicile s'occupent d'un client à la fois et n'administrent des médicaments que dans de rares cas.

Les fournisseurs de services ne participent généralement pas à la commande ou à la livraison des médicaments du client, sauf si l'infirmier estime que ce dernier a besoin d'un conditionnement ou d'un format d'emballage différent. Dans de tels cas, l'infirmier communique le problème au médecin ou au pharmacien. Bien que les infirmiers enseignent parfois aux clients comment administrer de nouveaux médicaments, les clients s'administrent généralement leurs propres médicaments. Cependant, il existe certaines situations dans lesquelles les infirmiers peuvent administrer les médicaments au client. Il peut s'agir d'antibiotiques par voie intraveineuse ou de traitements palliatifs sous la forme d'injections de narcotiques pour la prise en charge de la douleur et des symptômes. Les infirmiers affectés administrent seulement les médicaments liés aux services qu'ils doivent fournir au client. En règle générale, à moins que le client ne soit pas en mesure de s'administrer ses médicaments, l'infirmier ne sera pas tenu d'administrer tous les médicaments prescrits à un client.

### A. La manipulation de l'insuline injectable

La plupart des clients des soins à domicile s'administrent leur propre insuline. En règle générale, les infirmiers à domicile ne doivent administrer de l'insuline que lorsqu'un client a récemment reçu un diagnostic de diabète et qu'il a besoin d'une formation sur la manière de s'administrer le médicament. Une fois que le client a appris comment l'administrer correctement, il s'autoadministre ensuite l'insuline.

Dans les rares cas où l'insuline injectable fait partie des services infirmiers à fournir, l'insuline est commandée par le médecin du client et celui-ci prend les dispositions nécessaires pour que la pharmacie remplisse l'ordonnance, et il passe la prendre ou la fait livrer. L'insuline est donc déjà chez le client lorsque l'infirmier arrive. Les clients décident de la manière dont ils

souhaitent entreposer leur insuline, bien que l'infirmier à domicile puisse faire des suggestions sur la manière de l'entreposer en toute sécurité. Lors de l'administration d'insuline, l'infirmier vérifie les ordonnances médicales puis l'administre. Il n'y a pas de contre-vérification indépendante avec un collègue autorisé. Toutefois, si le client est lucide, l'infirmier peut confirmer la dose avec lui. Quand un infirmier à domicile administre de l'insuline, il le consigne dans le dossier sur l'administration des médicaments du client.

L'élimination des cartouches vides est une autre responsabilité du client, bien que l'infirmier puisse faire des recommandations comme l'utilisation d'un contenant pour objets tranchants ou rappeler au client de commander une recharge si nécessaire. Comme dans les foyers de SLD, il n'y a pas de suivi de la consommation d'insuline ni de l'élimination des cartouches en milieu de soins à domicile. Il est difficile de suivre l'utilisation d'insuline, en particulier dans les soins à domicile où le client manipule généralement le produit et, à quelques exceptions près, les soins ne sont pas prodigués « 24 heures sur 24 ».

## **B. La manipulation des narcotiques et la possibilité de détournement**

En milieu de soins à domicile, tous les médicaments (ceux qui sont classés comme substances désignées et ceux qui ne le sont pas) sont généralement gérés par le client. Il n'y a pas de calcul de ces médicaments à la maison et aucun contrôle de leur élimination. Le client décide comment entreposer ces médicaments et, bien que les infirmiers puissent suggérer des pratiques d'entreposage sécuritaire optimales, ils ne contrôlent généralement pas l'accès aux médicaments des clients. Cependant, lorsqu'un narcotique est administré à l'aide d'une pompe, les pompes sont verrouillées afin que le client et les membres de la famille ne puissent pas en modifier les réglages.

Lorsqu'un infirmier à domicile administre un narcotique, aucune contre-vérification indépendante n'est exercée. Cependant, l'évolution de la technologie permet d'effectuer certaines vérifications à distance. Par exemple, il est possible de vérifier à distance les réglages de la pompe en utilisant Skype ou des appels vidéo.

Saint Elizabeth utilise la technologie pour fournir un soutien à distance à ses infirmiers de soins à domicile. Par exemple, il fournit un soutien clinique en utilisant une « équipe virtuelle » qui permet aux infirmiers d'appeler s'ils ont une question. Les infirmiers sont également tenus d'appeler pour effectuer une contre-vérification des calculs qu'ils doivent réaliser pour l'administration

de médicaments. L'équipe virtuelle peut également examiner les ordonnances pour les infirmiers sur le terrain ou, après avoir examiné des photographies d'un problème clinique, fournir à l'infirmier un soutien sur la manière de procéder.

La possibilité de détournement existe dans le cadre des soins à domicile. Wettlaufer a volé de l'insuline à une cliente des soins à domicile pour commettre l'infraction, et elle a aussi volé de l'hydromorpnone pour sa propre consommation.

## C. Les erreurs de médicament dans les soins à domicile

Comme dans tout autre milieu, des erreurs de médicament peuvent survenir dans les soins à domicile. Le fournisseur de services est responsable de veiller à ce que ses infirmiers administrent les médicaments correctement. La nécessité pour les infirmiers de se signaler lorsqu'ils commettent des erreurs de médicament revêt une importance particulière dans le contexte des soins à domicile, car, en règle générale, il n'y a pas d'autre infirmier à la maison en même temps pour constater qu'une erreur a été commise.

Pour encourager le personnel à signaler lui-même de telles erreurs, Saint Elizabeth cultive une culture « sans blâme » pour les erreurs de médicament. Au lieu de blâmer l'infirmier, l'objectif est de s'assurer que le client est en sécurité et de tirer les leçons de l'erreur pour éviter des erreurs similaires à l'avenir. Lorsque des infirmiers travaillant dans le comté d'Oxford pour Saint Elizabeth ont commis des erreurs, ils informaient Tamara Condy, qui était à la fois leur superviseure du service infirmier (connue sous le nom de superviseure des services de santé au sein de l'organisation) et coach en pratique clinique à Saint Elizabeth. Elle établissait toute formation supplémentaire dont l'infirmier aurait besoin et faisait part de l'erreur aux membres de l'équipe afin que tout le monde puisse en tirer des leçons.

## VI. Saint Elizabeth Health Care

Saint Elizabeth est un organisme de bienfaisance à but non lucratif qui offre des services de soins à domicile, notamment des services d'infirmiers autorisés, d'infirmiers auxiliaires autorisés, d'agents de santé communautaires et des services de réadaptation. Il compte actuellement plus de 8 000 employés au Canada. Le personnel de Saint Elizabeth effectue plus de 20 000 visites par jour.

En tant que fournisseur de services, Saint Elizabeth avait conclu des ententes avec plusieurs CASC en vertu desquelles il fournissait aux clients des CASC des services de soins à domicile financés par les fonds publics<sup>6</sup>. En vertu de son entente de services avec le CASC du Sud-Ouest, Saint Elizabeth offrait des services dans trois régions :

- la ville de London et le comté de Middlesex;
- le comté d'Oxford et la partie du comté de Norfolk dans le territoire du RLISS du Sud-Ouest;
- le comté de Huron.

Pour fournir les services requis aux clients du CASC du Sud-Ouest, Saint Elizabeth disposait de trois centres de prestation de services dans la zone de service du Sud-Ouest – Oxford, London et Huron. Dans le comté d'Oxford seulement, où Wettlaufer a été embauchée et a commis l'Infraction, le personnel de Saint Elizabeth effectue plus de 1 000 visites d'infirmiers par semaine.

Les services offerts par Saint Elizabeth vont au-delà des soins à domicile et comprennent la fourniture de soins aux clients dans les foyers de SLD et les écoles, ainsi que des services d'éducation, de recherche et de conseil. Dans ce chapitre, je me concentre sur ses services de soins à domicile en tant que fournisseur de services.

## A. Les pratiques d'embauche

Comme tous les fournisseurs de services, Saint Elizabeth doit embaucher du personnel infirmier qualifié en règle avec l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre). Il doit également mettre en place des mesures de présélection adéquates et, à cette fin, obliger ses futurs infirmiers à obtenir des vérifications de dossier de police et des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables.

Saint Elizabeth demande à tous ses employés potentiels :

- d'être autorisés à travailler au Canada;
- de fournir deux références satisfaisantes d'un ou de plusieurs employeurs passés ou actuels;

---

<sup>6</sup> Lorsque les CASC ont été dissous et leurs responsabilités transférées aux RLISS, des derniers ont assumé les ententes de services. À ce titre, Saint Elizabeth a continué de fournir des services aux clients du RLISS.

- de subir une vérification du dossier de police satisfaisante;
- de se soumettre à une vérification satisfaisante du registre des cas d'enfants maltraités ou des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables, si nécessaire;
- de posséder la formation, les compétences et l'expérience nécessaires décrites dans la description de fonctions.

En général, les curriculum vitæ des candidats aux postes d'infirmier autorisé sont examinés par le superviseur du service infirmier dans la zone géographique où on a besoin d'eux. Si, après examen, le superviseur du service infirmier estime que le candidat convient au poste, les recruteurs de Saint Elizabeth commencent le processus d'embauche, dont les étapes sont les suivantes :

- effectuer la présélection du candidat lors d'un appel téléphonique;
- vérifier l'inscription du candidat et son statut auprès de l'Ordre;
- lui faire passer un entretien;
- effectuer une vérification du dossier de police, y compris une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables;
- demander des références pour remplir un questionnaire électronique;
- signer un contrat de travail écrit avec le candidat.

## 1. La présélection

Au cours de l'entretien préliminaire des infirmiers, les candidats reçoivent des renseignements sur Saint Elizabeth et les services qu'il offre. Le recruteur pose également des questions au candidat et consigne les réponses dans un questionnaire de présélection. Ces questions visent notamment à confirmer l'inscription et le statut du candidat au sein de l'Ordre, sa volonté de se soumettre à une vérification du dossier de police, son statut actuel, les raisons de son intérêt pour les soins infirmiers communautaires, son expérience antérieure en soins infirmiers et le type de clients qu'il soigne.

## 2. La vérification de l'inscription auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers

Après l'entretien de présélection, le recruteur confirme l'inscription du candidat et son statut auprès de l'Ordre en consultant son registre *Find a Nurse* en ligne. Conformément à la législation en vigueur de l'Ordre, le registre ne répertorie pas les enquêtes en cours qui n'ont pas encore abouti à des

restrictions imposées à un infirmier ni à un renvoi aux comités de discipline ou d'aptitude professionnelle de l'Ordre, comme indiqué au chapitre 13. En conséquence, lorsqu'il consulte le registre *Find a Nurse*, Saint Elizabeth n'est pas en mesure de déterminer s'il y a une enquête en cours pouvant éventuellement conduire à des restrictions ultérieures pour l'infirmier.

### 3. L'entretien

Les superviseurs du service infirmier de Saint Elizabeth sont chargés de faire passer les entretiens aux candidats au poste d'infirmier. Au cours d'un entretien typique, le superviseur du service infirmier prend connaissance du curriculum vitae du candidat, discute de ses expériences professionnelles et de ses compétences, et pose des questions portant sur son comportement. Le superviseur des soins infirmiers décide d'engager le candidat et, après l'entretien, envoie les notes de l'entretien au service des ressources humaines de Saint Elizabeth, où elles sont téléchargées dans le système informatique.

Si le superviseur du service infirmier estime que quelque chose au cours de l'entretien donne un signal d'alarme – p. ex si un candidat a révélé une dépendance antérieure à une drogue – on fait appel au responsable des ressources humaines ou à l'agent de l'intégrité de Saint Elizabeth. Cette personne peut décider de mener des entretiens supplémentaires et de vérifier les références.

Avant la révélation des crimes de Wettlaufer, Saint Elizabeth n'offrait aucune formation spécifique aux superviseurs sur la détection des signaux d'alarme dans un CV ou un entretien. Il n'y avait pas non plus de formation sur les pratiques exemplaires pour les entretiens ou la manière de poser des questions d'approfondissement.

### 4. Les vérifications des antécédents

À Saint Elizabeth, les personnes qui vérifient les références d'emploi suivent une procédure uniformisée. Tous les candidats sont tenus de fournir deux références de superviseurs dans le formulaire de demande d'emploi. Si le candidat ne mentionne pas son employeur actuel en tant que référence, Saint Elizabeth l'informe que toute offre d'emploi sera subordonnée à l'obtention d'une référence satisfaisante de cet employeur. Lorsque les candidats ne peuvent fournir deux références de superviseurs, Saint Elizabeth tente d'obtenir d'autres références auprès d'instructeurs ou de professeurs de l'établissement d'enseignement du candidat, d'une personne du service des



ressources humaines ou d'un enseignant de l'employeur actuel du candidat, ou d'un employeur ou responsable actuel qui était l'ancien superviseur du candidat.

Saint Elizabeth a recours à un processus de vérification des références en ligne ou appelle les personnes pouvant fournir des références et consigne les renseignements obtenus. Si une personne hésite à fournir des renseignements, Saint Elizabeth lui demande, au minimum, de confirmer les dates d'emploi du candidat, son poste et si le candidat était admissible pour être réembauché.

Saint Elizabeth utilise un logiciel de vérification des références en ligne. Après avoir eu des difficultés à contacter des personnes pouvant donner des références dans le passé et effectué des recherches sur plusieurs systèmes, Saint Elizabeth a décidé d'adopter ce logiciel. Le système en ligne demande aux personnes de remplir un rapport électronique de préembauche dans lequel elles évaluent le candidat en ce qui a trait à plusieurs compétences, notamment le professionnalisme, les relations interpersonnelles, la résolution de problèmes et la capacité d'adaptation, l'engagement à apporter une valeur personnelle et le souci de la satisfaction du patient. Plusieurs questions portent sur chaque compétence et il est demandé aux personnes donnant les références d'évaluer le candidat sur une échelle de 1 à 7 pour chacune. Entre autres choses, le rapport de préembauche détermine la note moyenne attribuée par les personnes occupant un poste de direction ainsi que la note moyenne donnée par les gestionnaires et les non-gestionnaires réunis.

Les personnes donnant des références sont également priées d'indiquer si elles ont participé à la décision d'embaucher le candidat dans leur entreprise et si elles souhaiteraient travailler à nouveau avec lui. Enfin, elles ont la possibilité de fournir des réponses aux questions ouvertes sur les points forts et les points à améliorer dans le travail du candidat.

Au moment de l'embauche de Wettlaufer en 2016, le système permettait aux personnes donnant des références de fournir des commentaires, mais il ne les attribuait pas à la personne qui les avait formulés. D'après les discussions que Saint Elizabeth a eues avec le fournisseur du système, on pensait que ce niveau d'anonymat produirait des réponses plus franches. Compte tenu de l'étendue des renseignements demandés dans le présent rapport, Saint Elizabeth n'a pas appelé les personnes donnant références par téléphone pour obtenir des précisions, ni demandé aux candidats de fournir des références écrites.

## 5. La vérification du dossier de police

Saint Elizabeth demande aux candidats de produire une vérification de leur dossier de police – y compris une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables – datant de moins de trois mois.

## 6. Le contrat de travail

Saint Elizabeth exige que les nouveaux infirmiers signent un contrat de travail définissant les modalités de leur emploi. Le contrat prévoit une période d'essai de trois mois. Il confirme également que l'emploi est conditionnel à ce que le candidat possède un certificat d'inscription en vigueur auprès de l'Ordre; fournisse les noms de personnes pouvant donner des références satisfaisantes, y compris de superviseurs, de ses employeurs passés ou actuels, et effectue des vérifications du dossier de police et des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables.

## B. Le questionnaire sur la pratique infirmière

Une fois embauchés, les nouveaux infirmiers remplissent un questionnaire sur la pratique infirmière dans lequel ils sont invités à déclarer eux-mêmes leur niveau de compétence pour effectuer diverses interventions, comme la prise de la tension artérielle d'un patient ou l'administration d'une injection. Saint Elizabeth utilise ces renseignements pour déterminer si l'infirmier a besoin d'une évaluation ou d'une formation supplémentaire. Pour les compétences plus complexes, Saint Elizabeth doit évaluer et valider les compétences des nouveaux infirmiers avant de leur permettre d'appliquer cette compétence seuls lorsqu'ils prennent soin des clients.

## C. L'orientation des infirmiers de soins à domicile

Le processus d'orientation de Saint Elizabeth consiste en une orientation en classe et sur le terrain et dure environ deux semaines. L'orientation en classe alterne avec l'orientation sur le terrain. Au cours de l'orientation sur le terrain, le nouvel infirmier est jumelé à un mentor/formateur appelé « précepteur » et ils se déplacent ensemble pour rendre visite à des clients à domicile. Le nouvel infirmier ne s'occupe pas seul de clients tant qu'il n'a pas terminé l'orientation en classe.

## 1. Le plan d'apprentissage

Le nouvel infirmier reçoit un plan d'apprentissage et de perfectionnement (PAP) du précepteur pour l'orientation des soins infirmiers à Saint Elizabeth, qu'il conserve et complète tout au long de l'orientation et de la période probatoire de 90 jours. Le PAP est un document imprimé que les nouveaux infirmiers doivent apporter à toutes les expériences cliniques, que ce soit en classe ou lors de la visite de clients avec le précepteur.

Les nouveaux infirmiers sont censés communiquer régulièrement avec le précepteur qui leur est assigné pour s'assurer que leurs besoins d'apprentissage sont satisfaits, qu'ils reçoivent une orientation individualisée appropriée et pour documenter l'acquisition des compétences tout au long des expériences d'apprentissage effectuées pendant l'orientation. À son tour, le précepteur doit fournir un milieu d'apprentissage sécuritaire et positif tout en introduisant les nouveaux infirmiers à leur nouveau rôle et à leurs nouvelles responsabilités. Le précepteur est chargé d'élaborer un plan d'orientation en collaboration avec les nouveaux infirmiers, d'aider ces derniers à développer leurs compétences, d'évaluer et de commenter leur rendement et de leur apporter un soutien continu au fur et à mesure que ces derniers commencent à exercer leur rôle.

Le PAP couvre de nombreux sujets, y compris les ressources humaines, la technologie, les RLIS (anciennement les CASC), le professionnalisme, les évaluations de la capacité, la documentation, l'administration des médicaments et l'utilisation sécuritaire des médicaments, les soins aux personnes âgées, la santé mentale, le traitement par perfusion et le diabète. Chaque sujet détaille les compétences que les nouveaux infirmiers sont censés comprendre et décrit les activités à entreprendre pour atteindre cet objectif. Une fois qu'ils ont terminé chaque activité, les nouveaux infirmiers paraphent l'élément sur la liste. Sauf si une certification spéciale est nécessaire, le précepteur n'est pas tenu de parapher l'activité.

## 2. L'orientation en classe

L'orientation en classe pour les nouveaux infirmiers à Saint Elizabeth comprend une combinaison d'activités – tests, réalisation de modules en ligne, discussions en classe, démonstrations de compétences et examen des politiques particulières. Au moment de l'Infraction, l'orientation en classe des nouveaux infirmiers comprenait également la formation requise par le CASC sur les obligations de signalement, la production des rapports écrits du CASC, les processus de commande de fournitures médicales du CASC,

les lignes directrices sur la prolongation et la réduction des services et le rôle du gestionnaire de cas du CASC (maintenant appelé coordonnateur des soins). Les nouveaux employés doivent également suivre des modules en ligne sur divers sujets, notamment la documentation, l'administration des médicaments et la protection de la vie privée.

Enfin, les nouveaux infirmiers autorisés doivent démontrer leurs compétences en classe en ce qui concerne certaines procédures comme le changement d'un cathéter central inséré de manière périphérique, communément appelé CCIP.

L'orientation sur l'administration des médicaments et les pratiques sécuritaires en matière de médicaments oblige les infirmiers à :

- comprendre et décrire l'indice des médicaments parentéraux de Saint Elizabeth, y compris les doses initiales et les médicaments à risque élevé;
- utiliser efficacement un outil d'aide à la décision pour décider quand donner ou non un médicament;
- comprendre les attentes de Saint Elizabeth en matière de contre-vérification indépendante;
- comprendre les attentes de Saint Elizabeth en ce qui concerne le signalement des erreurs de médicament;
- décrire et démontrer comment obtenir et transcrire de manière appropriée l'ordonnance de médicaments d'un médecin;
- démontrer un calcul précis des médicaments;
- démontrer une compréhension des principes et des attentes en matière d'administration des médicaments;
- remplir avec précision un bilan comparatif des médicaments.

Au moment de l'Infraction, la politique de Saint Elizabeth en matière d'administration et de surveillance des médicaments précisait que les infirmiers devaient prendre en compte au préalable les pratiques sécuritaires en matière de médicaments; s'assurer que le médicament était approprié pour le client et le milieu; évaluer le client, les médicaments et le soutien à la pratique; et évaluer les résultats thérapeutiques et les effets indésirables. À cette époque, Saint Elizabeth appliquait également une politique de contre-vérification indépendante concernant l'amorçage, la modification ou la reprogrammation d'une pompe à perfusion, le calcul de doses complexes et les médicaments à haut risque. La politique définissait les médicaments

à haut risque comme des médicaments « qui risquent fortement de causer des blessures graves ou le décès d'un client s'ils sont mal utilisés ». Dans certaines situations, comme le calcul de doses complexes de médicaments ou l'administration de médicaments à haut risque, la contre-vérification indépendante exigeait que l'infirmier contacte un infirmier spécialiste des ressources cliniques ou un éducateur clinique pour vérifier le calcul ou la posologie de manière indépendante. En cas de problème, l'infirmier pouvait aussi transmettre une photographie. Dans d'autres situations, comme lors du changement d'une pompe à perfusion, l'infirmier transmettait une photo du sac et des réglages de la pompe à l'infirmier spécialiste des ressources cliniques ou à l'éducateur clinique pour une contre-vérification des réglages de la pompe.

### **3. L'orientation sur le terrain**

Les nouveaux infirmiers à Saint Elizabeth passent leurs premières journées d'orientation sur le terrain à observer leurs précepteurs lors des visites des clients. Peu à peu, ils commencent à assumer les tâches de leurs précepteurs en ce qui concerne les soins infirmiers. Ce transfert donne au précepteur l'occasion d'observer les compétences cliniques des nouveaux infirmiers et de vérifier s'ils sont à l'aise dans leurs interactions avec les clients.

Bien que les précepteurs soient chargés d'évaluer le rendement des nouveaux infirmiers et de fournir des renseignements en retour à des fins d'amélioration, les précepteurs de Saint Elizabeth dans le comté d'Oxford ne sont pas tenus de consigner officiellement leurs observations concernant les infirmiers nouvellement embauchés lors de leur orientation sur le terrain. Ils peuvent choisir de faire des commentaires sur le PAP de l'infirmier ou d'envoyer un courriel au superviseur du service infirmier. Ce retour d'information n'est toutefois pas nécessairement documenté.

### **4. La planification des visites chez le client**

Les nouveaux infirmiers de Saint Elizabeth peuvent commencer à voir leurs clients seuls avant même d'avoir terminé tous les aspects de leur PAP. Par exemple, si un nouvel infirmier ne peut pas encore exécuter correctement un traitement particulier, on ne l'empêchera pas de fournir d'autres traitements infirmiers pour s'occuper des clients sur le terrain. Cependant, les infirmiers ne sont pas autorisés à administrer un traitement avant d'avoir démontré leurs connaissances et leurs compétences en la matière.

Avant que les nouveaux infirmiers puissent exercer seuls, ils doivent suivre toutes les étapes de l'orientation en classe, ainsi que certains modules d'apprentissage en ligne, et remplir le questionnaire sur la pratique infirmière. Une fois que l'orientation en classe est terminée, les renseignements contenus dans le questionnaire sur la pratique infirmière concernant les compétences de l'infirmier sont entrés dans le programme de planification des horaires de Saint Elizabeth. L'agent de planification des horaires peut ensuite examiner la liste de compétences pour voir si le nouvel infirmier possède celle qui est nécessaire pour effectuer une tâche particulière. De plus, le superviseur du service infirmier peut dire à l'agent de planification qu'un infirmier peut effectuer certaines visites, comme la vérification du bien-être ou le soin des plaies, même s'il n'est pas certifié pour toutes les compétences. Les infirmiers doivent refuser toute affectation avec laquelle ils ne sont pas à l'aise.

Chaque infirmier est affecté à une série de quarts de travail pour un certain nombre de jours chaque semaine. Le coordonnateur des services de Saint Elizabeth prépare l'horaire des visites des clients pour chaque infirmier la veille de son quart de travail. À ce stade, les infirmiers doivent appeler leurs clients pour fixer l'heure approximative de la visite.

Les fournisseurs de services sont censés affecter leur personnel de manière à maximiser la continuité des soins pour chaque client. Si un client a besoin de visites tous les deux jours, le coordonnateur des services de Saint Elizabeth essaie d'affecter un infirmier qui travaillera ces jours-là. L'organisation affecte un infirmier principal ainsi qu'un partenaire, qui verra le client lorsque l'infirmier principal n'est pas disponible. Cependant, il y a des moments où la continuité n'est pas possible à cause des congés de maladie, des vacances et des démissions. Un changement relatif aux besoins du client peut également affecter la capacité de l'organisation de conserver le même infirmier principal et le même partenaire.

## **D. Les procédures de signalement d'incidents de Saint Elizabeth**

Tous les fournisseurs de services doivent avoir un programme de gestion des risques. Ces programmes sont principalement axés sur l'établissement d'un système permettant de recevoir et de rapporter des renseignements sur les incidents, de les catégoriser et de prendre des mesures pour éviter la répétition d'incidents problématiques.

## 1. La gestion des incidents

Saint Elizabeth a des procédures internes pour traiter les incidents et les plaintes. La procédure de gestion des incidents exige que les employés informent leur supérieur immédiat ou leur directeur dès qu'ils ont connaissance d'un incident ou d'un événement évité de justesse pouvant affecter les opérations de routine ou les soins ou la sécurité du client auxquels on peut s'attendre. Si le superviseur ou le directeur considère qu'il s'agit d'un incident à risque élevé – soit qui met le client, le personnel ou l'organisation en danger – l'incident est signalé à l'agent de l'intégrité de Saint Elizabeth. Par exemple, une erreur de médicament qui conduirait un client à se faire soigner à l'hôpital serait considérée comme présentant un risque élevé. S'il est déterminé que l'incident présente un risque faible – p. ex. un incident qui ne cause aucun préjudice au client, mais ne correspond pas à la pratique habituelle – le responsable de la pratique avancée de Saint Elizabeth dans le domaine concerné est alerté. Par exemple, le responsable de son programme de protection contre les chutes recevra une alerte pour toutes les chutes de clients.

L'incident ou l'événement évité de justesse doit être entré dans le système de signalement électronique des plaintes/incidents de Saint Elizabeth (système RL6) dans les 24 heures. Toutefois, le personnel de première ligne ne peut pas accéder au système RL6 à partir des tablettes qu'il apporte sur le terrain. Par conséquent, ces employés ne sont pas responsables de la saisie des incidents dans le RL6; c'est plutôt la responsabilité du superviseur ou du directeur à qui ils rapportent l'incident. Lors de la saisie du problème dans le RL6, le superviseur ou le responsable fournit les détails de l'incident et lui attribue un niveau de risque reflétant sa gravité sur une échelle de 1 à 3. Le niveau 1 indique un incident qui ne cause aucun préjudice à la clientèle, mais qui constitue un écart par rapport à la pratique habituelle, alors que les incidents de niveau 3 sont les plus graves, comme une erreur de médicament entraînant une hospitalisation.

Dans la mesure du possible, Saint Elizabeth préfère que l'employé qui a signalé l'incident rencontre personnellement le superviseur ou le responsable afin de remplir le formulaire en ligne. Un incident ou un événement évité de justesse lié au client doit également être consigné dans le dossier du client au moment où le formulaire en ligne est rempli.

Toutes les plaintes et tous les incidents à risque devaient également être signalés au CASC, mais le système RL6 n'a pas été utilisé à cette fin. Comme il a été mentionné, dans la région du CASC du Sud-Ouest, le système SGSI était

utilisé pour les rapports au CASC et seuls les superviseurs et les gestionnaires de Saint Elizabeth pouvaient y entrer des données. En pratique, si l'incident impliquait un client du CASC, la procédure de Saint Elizabeth consistait à en informer le CASC dans les 24 heures suivant la réception d'une plainte ou d'un incident; à mener une enquête approfondie sur l'incident; à demander au directeur/responsable régional de réviser et d'approuver toute mesure corrective dans les trois jours pour les incidents à risque élevé et dans les sept jours pour les incidents à faible risque; et à contacter le CASC pour connaître les mesures prises et la manière dont le problème a été résolu à l'intérieur des mêmes délais. Saint Elizabeth fournissait également au CASC toute la documentation nécessaire relative à l'incident.

Si le CASC apprenait l'existence d'un problème directement d'un client, un proche soignant, un médecin ou une autre personne intéressée, il informait Saint Elizabeth de l'incident via le SGSI. Saint Elizabeth devait ensuite enquêter sur la situation et faire rapport de sa réponse au CASC par l'intermédiaire du SGSI.

## **2. Les plaintes ou les compliments**

Saint Elizabeth dispose également d'une procédure pour traiter les plaintes et les compliments. Cette procédure oblige les membres du personnel qui reçoivent les renseignements originaux à les saisir dans le RL6 dans les 24 heures ou, si cela n'est pas possible, à demander au superviseur ou au responsable de le faire. En pratique, comme le personnel de première ligne n'a pas accès au RL6, ces renseignements sont saisis par le superviseur ou par le responsable. Une fois les renseignements saisis, tout problème doit donner lieu à une enquête dans les 24 heures.

Si une plainte concernait un client du CASC, l'organisme devait être avisé dans les délais prescrits dans l'entente de services.

## **E. L'évaluation du rendement du personnel de première ligne**

Les superviseurs du service infirmier de Saint Elizabeth évaluent le rendement des nouveaux infirmiers au cours de leur période d'essai de trois mois. Ils sollicitent des commentaires sur le rendement de chacun et organisent des réunions probatoires avec les nouveaux infirmiers après environ 30 jours, 60 jours et 75 jours. Étant donné que les commentaires sont recueillis de manière informelle au moyen de conversations et de courriels, ils ne sont pas toujours versés au dossier. De plus, il faut savoir que lorsque Wettlaufer



travaillait pour Saint Elizabeth, la pratique générale était de conserver les courriels pendant 30 jours seulement.

À chaque réunion probatoire, le superviseur du service infirmier et le nouvel infirmier examinent les compétences restantes que ce dernier doit encore acquérir, établissent un plan d'apprentissage pour acquérir cette compétence et fixent une date butoir pour ce faire. Lors de la dernière réunion probatoire, le nouvel infirmier devrait avoir acquis toutes les compétences nécessaires et, afin de l'évaluer, le responsable des services infirmiers observe une ou plusieurs de ses visites à domicile. Le nouvel infirmier remplit également le PAP à la fin de la période d'essai, puis le document est envoyé au bureau des ressources humaines de Saint Elizabeth et conservé dans le dossier de l'infirmier.

Saint Elizabeth effectue également une visite d'observation pour l'évaluation annuelle du rendement de chaque infirmier.

## VII. Saint Elizabeth embauche Wettlaufer

Wettlaufer a été embauchée au centre de prestation de services de Saint Elizabeth à Oxford en 2016. Tamara Condy était l'employée la plus haut placée de Saint Elizabeth à cet endroit et son directeur régional était situé à London. Environ 40 infirmiers, à la fois infirmiers autorisés et infirmiers auxiliaires autorisés, relevaient de M<sup>me</sup> Condy en 2016.

M<sup>me</sup> Condy a indiqué que lorsqu'elle a commencé à exercer le rôle de superviseuse du service infirmier, elle était encadrée par un superviseur du service infirmier plus expérimenté, mais elle n'a reçu aucune formation officielle en ressources humaines ou en techniques d'entretien. Bien que Saint Elizabeth dispose d'un service des ressources humaines à partir duquel les superviseurs du service infirmier peuvent recevoir conseils et assistance, M<sup>me</sup> Condy a déclaré qu'elle ne savait pas s'il existait un manuel de politiques relatif aux compétences et aux techniques d'entretien.

### A. La demande d'emploi de Wettlaufer déposée en 2014 est rejetée

Quelques jours après avoir été renvoyée de Caressant Care (Woodstock) en 2014, Wettlaufer a soumis sa candidature à Saint Elizabeth. M<sup>me</sup> Condy a examiné le curriculum vitæ de Wettlaufer. En ce qui a trait à la pratique de Wettlaufer, son curriculum vitæ ne révélait pas son emploi précédent à l'Hôpital du district de Geraldton (voir chapitre 3).

M<sup>me</sup> Condy a indiqué qu'au moment où elle examinait son curriculum vitæ, une des infirmières de Saint Elizabeth avait entendu parler de la candidature de Wettlaufer. Auparavant, cette infirmière avait travaillé chez Caessant Care (Woodstock). Elle a informé M<sup>me</sup> Condy qu'il y avait eu des préoccupations concernant Wettlaufer dans ce foyer. Bien qu'elle n'ait pas précisé de quelles préoccupations il s'agissait, elle a mentionné que Wettlaufer ne s'entendait pas bien avec les autres employés de Caessant Care (Woodstock) et qu'il y avait des circonstances suspectes. L'infirmière a indiqué qu'elle ne se souvenait pas de ces circonstances et elle a également expliqué que certains membres du personnel de Caessant Care (Woodstock) « rendaient la vie difficile » à une infirmière qu'ils n'aimaient pas.

M<sup>me</sup> Condy a choisi de ne pas donner suite à la candidature de Wettlaufer à cette époque, principalement parce qu'elle avait d'autres candidats appropriés dont elle préférait les candidatures et également à cause de cette discussion sur le départ de Wettlaufer de Caessant Care (Woodstock).

## **B. Wettlaufer soumet une candidature et un CV en ligne en 2016**

En 2016, Saint Elizabeth avait besoin de personnel autorisé dans le comté d'Oxford. M<sup>me</sup> Condy a demandé au service des ressources humaines d'afficher les postes et de lui envoyer les curriculum vitæ reçus. Elle a reçu et examiné un curriculum vitæ actualisé soumis en ligne par Wettlaufer, qui décrivait son expérience de travail comme suit :

- infirmière d'agence, Life Guard Healthcare (Brantford, ON), 2015
- infirmière responsable : Meadow Park Nursing Home (London, ON), 2014
- infirmière responsable : Foyer de soins Caessant Care (Woodstock), 2007-2014
- personnel de soutien, Christian Horizons (Woodstock, ON), 1996-2007

M<sup>me</sup> Condy a demandé aux ressources humaines de procéder à une présélection, car Saint Elizabeth avait toujours besoin d'infirmiers; Wettlaufer continuait à vouloir le poste, et procéder à la présélection et à l'entretien lui permettrait de juger Wettlaufer elle-même.

## C. La présélection a réussi

Le 2 juin 2016, Saint Elizabeth a procédé à une présélection de Wettlaufer par téléphone. Wettlaufer a confirmé qu'elle avait travaillé dans des établissements de soins de longue durée ainsi qu'avec des clients de 3 à 21 ans qui avaient d'importants besoins médicaux et qui demeuraient dans des foyers de groupe. Elle a déclaré qu'elle pensait que son directeur actuel la décrirait comme ayant « de bonnes compétences cliniques » et qu'elle continuait à « s'efforcer de faire preuve de professionnalisme ».

Les préexamineurs de Saint Elizabeth ont été satisfaits des réponses de Wettlaufer et elle est passée à l'étape suivante du processus d'embauche.

## D. L'entretien de Wettlaufer

M<sup>me</sup> Condry a estimé que Wettlaufer semblait être une « excellente candidate sur papier ». Le 3 juin 2016, elle lui a fait passer un entretien en personne. Au cours de l'entretien, M<sup>me</sup> Condry a examiné le CV de Wettlaufer de 2016 et a demandé à la candidate de décrire son expérience et ses compétences. Wettlaufer travaillait toujours chez Life Guard au moment de son entretien. Elle a dit à M<sup>me</sup> Condry qu'elle occupait actuellement un poste d'infirmière communautaire, mais qu'on ne lui donnait pas assez d'heures. Wettlaufer n'a donné aucune information sur les raisons de son départ de Meadow Park (London). Elle n'a fourni aucune référence de Meadow Park (London) ou de Life Guard, bien qu'elle en ait donné une de Brierwood Gardens, un foyer de soins de longue durée auquel elle avait été affectée par Life Guard (voir chapitre 7).

À la lumière de la conversation précédente de M<sup>me</sup> Condry avec une infirmière de Saint Elizabeth concernant le départ de Wettlaufer de Caressant Care (Woodstock), elle a interrogé la candidate à ce sujet. En réponse, Wettlaufer a reconnu qu'elle avait commis une erreur de médicament lors de la distribution et a exprimé des regrets concernant l'incident. Elle a dit à M<sup>me</sup> Condry que la cartouche d'insuline d'un résident était vide et que, ne pouvant en trouver une autre, elle avait pris celle d'un autre résident sans vérifier avec soin si le type d'insuline était correct. Wettlaufer a indiqué qu'elle avait administré la mauvaise insuline au résident et que plusieurs infirmiers après elle avaient continué à utiliser la même cartouche pour ce résident.

Wettlaufer a dit à M<sup>me</sup> Condy qu'elle avait déposé une plainte pour congédiement injustifié concernant la cessation de son emploi et qu'elle avait gagné, de sorte que M<sup>me</sup> Condy n'a pas demandé plus de détails. Elle a interprété le commentaire de Wettlaufer selon lequel elle avait « gagné » comme une preuve que Caessant Care (Woodstock) n'avait pas eu de bonne raison de mettre fin à son emploi. M<sup>me</sup> Condy a respecté la franchise de Wettlaufer qui a communiqué les détails de son licenciement du foyer. Elle a indiqué qu'elle n'avait jamais eu d'autre candidat aussi franc concernant un incident négatif au cours d'un entretien.

Dans l'ensemble, M<sup>me</sup> Condy a estimé que Wettlaufer était polie et amicale et cette dernière lui a dit qu'elle était enthousiaste à l'idée de travailler à Saint Elizabeth.

## E. L'Ordre et la vérification du dossier de police

Wettlaufer a fourni à Saint Elizabeth un extrait de dossier de police vierge et une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables en date du 29 juin 2016. Saint Elizabeth a également effectué deux contrôles de l'inscription de Wettlaufer sur le site Web de l'Ordre, une fois au stade de la présélection et à la signature du contrat de travail. La recherche a montré que Wettlaufer était autorisée à exercer, sans restriction. À ce moment-là, M<sup>me</sup> Condy n'avait pas pour habitude de demander aux candidats s'ils avaient des antécédents à l'Ordre; elle n'a donc pas interrogé Wettlaufer à ce sujet pendant l'entretien.

Le registre *Find a Nurse* du site Web de l'Ordre n'a pas révélé le rapport déposé par Caessant Care (Woodstock) à l'Ordre, car il n'avait pas été transmis au comité de discipline et n'avait pas donné lieu à des conditions ni à des restrictions imposées au permis de Wettlaufer. Les restrictions qui avaient été imposées au permis de Wettlaufer à la suite de l'incident de l'Hôpital du district de Geraldton et la constatation d'incapacité établie à cette époque ne figuraient pas non plus sur le site Web. Les restrictions n'étaient plus en vigueur et, au moment du constat d'incapacité, la législation permettait à l'Ordre de rendre les constatations d'incapacité accessibles au public pour une période de six ans seulement. Or plus de six ans s'étaient écoulés. (Depuis 2016, aucune constatation d'incapacité n'est consignée dans le registre public. Les pratiques de l'Ordre en ce qui concerne les informations affichées au registre sont décrites au chapitre 13.)

## F. Les personnes donnant des références au sujet de Wettlaufer répondent au questionnaire en ligne

Wettlaufer a fourni à Saint Elizabeth les noms de quatre références. Tel que requis, il y avait deux gestionnaires : Shelly Adkin de Brierwood Gardens et Sandra Fluttert de Caessant Care (Woodstock). Les deux autres personnes ayant donné des références n'étaient pas des gestionnaires – Janette Langford et Robyn Laycock, toutes deux de Caessant Care (Woodstock).

M<sup>me</sup> Adkin, M<sup>me</sup> Fluttert et M<sup>me</sup> Laycock ont répondu à la requête sur les références en ligne. Elles ont attribué à Wettlaufer un score élevé pour des qualités comme le professionnalisme, les compétences interpersonnelles, l'engagement, la résolution de problèmes et la capacité d'adaptation. Sur la base de son expérience, M<sup>me</sup> Condy a jugé ces scores « excellents ».

Les personnes donnant des références ont également été invitées à commenter les points forts et les points à améliorer liés au travail de Wettlaufer. En réponse, elles ont noté que ses points forts comprenaient sa capacité d'adaptation, son aptitude à faire face aux résidents difficiles, sa rapidité et son efficacité, sa nature bienveillante, sa capacité à bien traiter les personnes âgées, à bien travailler avec les autres, sa compassion, sa capacité à créer des liens et son éducation. En ce qui concerne les points à améliorer, un répondant a fait remarquer qu'il y avait peut-être un problème avec l'absentéisme de Wettlaufer et qu'elle avait des problèmes médicaux qui avaient été résolus depuis. Un autre a indiqué qu'elle améliorerait ses compétences en matière de délégation et qu'elle reconnaissait l'importance d'améliorer ses compétences. Toutes les personnes ont dit qu'elles travailleraient à nouveau avec elle.

Sur la base de ces commentaires, M<sup>me</sup> Condy a estimé que Wettlaufer « conviendrait très bien » à Saint Elizabeth.

Wettlaufer n'a pas fourni de références provenant de Meadow Park (London), où elle avait tout récemment occupé un emploi à temps plein. Comme mentionné, Saint Elizabeth n'appelait pas les anciens employeurs d'un candidat s'ils n'étaient pas cités à titre de référence, bien que M<sup>me</sup> Condy ait indiqué qu'elle l'aurait peut-être fait si un signal d'alarme avait été donné par le recruteur ou l'intervieweur. De même, Saint Elizabeth ne demandait généralement pas de références auprès des agences de placement, car il estimait qu'elles ne connaissaient pas les compétences des infirmiers aussi

bien que les établissements dans lesquels ils étaient placés. Wettlaufer n'a pas fourni à M<sup>me</sup> Condry la lettre de recommandation résultant du règlement de son grief avec Caressant Care (Woodstock).

## G. Le contrat de travail

Dans une lettre datée du 27 juin 2016, Saint Elizabeth a proposé à Wettlaufer un emploi d'infirmière autorisée à temps partiel à compter du 11 juillet 2016. Elle a signé l'offre d'emploi le 14 juillet 2016. L'offre prévoyait que Wettlaufer serait soumise à une période d'essai de trois mois.

À l'embauche, Wettlaufer s'est qualifiée pour une prime de 1 000 \$ à la signature, à condition qu'elle soit disponible pour travailler au moins 22,5 heures par semaine. Le boni devait être payé en deux fois : 500 \$ après six mois et les 500 \$ restants après un an. Wettlaufer a démissionné avant d'avoir atteint le cap des six mois.

## VIII. L'orientation et la période d'essai de Wettlaufer

Wettlaufer a rempli son questionnaire infirmier le 11 juillet 2016. Elle s'est classée comme compétente dans trois domaines des soins et de la prise en charge du diabète : surveiller la glycémie avec un glucomètre; administrer des injections d'insuline à l'aide d'une seringue; administrer des injections d'insuline à l'aide d'un stylo. Wettlaufer s'est considérée comme ayant une « expérience modérée » en éducation à la prise en charge autonome du diabète, mais a indiqué qu'elle n'avait aucune expérience de l'utilisation de pompes à insuline ou de la prise en charge du diabète dans les écoles. Certains infirmiers de Saint Elizabeth s'occupaient de la prise en charge du diabète dans les écoles, comme le contrôle de la glycémie des élèves, l'éducation, l'administration de l'insuline et la supervision des élèves qui s'administraient eux-mêmes leur insuline.

Wettlaufer a également indiqué qu'elle n'avait qu'une connaissance théorique de l'entretien et de la maintenance du CCIP. M<sup>me</sup> Condry a pensé que Wettlaufer avait peut-être lu un livre ou une politique concernant la procédure, mais qu'elle n'avait aucune expérience pratique. Comme discuté ci-dessous, Wettlaufer avait des difficultés à maîtriser l'habileté de changer un pansement pour le CCIP.

## A. L'orientation en classe

M<sup>me</sup> Condry se souvient que personne n'a signalé de problème concernant Wettlaufer au cours des 37 heures d'orientation en classe qui se sont déroulées du 11 au 19 juillet 2016. Elle a terminé avec succès tous les modules en ligne qui faisaient partie de son orientation.

## B. L'orientation sur le terrain

Josephine Wright, qui était infirmière à Saint Elizabeth depuis 2012, a été initialement nommée préceptrice de Wettlaufer. Wettlaufer a accompagné M<sup>me</sup> Wright lors des visites de clients les 14, 20 et 21 juillet 2016. Au cours de ces visites, l'une des compétences attendues de Wettlaufer était un changement de pansement pour le CCIP. Pour certifier que Wettlaufer possédait cette compétence, la préceptrice devait signer pour indiquer que la nouvelle infirmière avait satisfait à toutes les exigences.

M<sup>me</sup> Wright a signalé à M<sup>me</sup> Condry qu'elle était préoccupée par Wettlaufer, et en particulier, par sa capacité à effectuer la procédure de changement de pansement pour le CCIP et à gérer un champ stérile. M<sup>me</sup> Wright a également signalé que Wettlaufer se mettait sur la défensive lorsque M<sup>me</sup> Wright tentait de lui faire des commentaires. M<sup>me</sup> Wright a transmis ce renseignement dans une conversation ou dans un courriel, mais au moment où les Infractions de Wettlaufer ont été révélées, tout courriel avait été éliminé du système.

M<sup>me</sup> Wright a également parlé à une autre infirmière de Saint Elizabeth, Yvette Money, de la difficulté de Wettlaufer à maîtriser cette compétence. M<sup>me</sup> Money était une infirmière expérimentée qui était compétente en ce qui a trait au changement de pansement pour le CCIP. À la suggestion de M<sup>me</sup> Wright, M<sup>me</sup> Condry a pris des dispositions pour que M<sup>me</sup> Money amène Wettlaufer sur le terrain afin de l'aider à acquérir cette compétence.

Wettlaufer est allée sur le terrain avec M<sup>me</sup> Money les 22, 26, 27 juillet et 2 août 2016. Sur la base de ces visites, M<sup>me</sup> Money ne pensait pas pouvoir certifier Wettlaufer pour le changement de pansement pour le CCIP. M<sup>me</sup> Wright et M<sup>me</sup> Money ont dit à M<sup>me</sup> Condry que Wettlaufer ne pourrait pas changer les pansements pour le CCIP toute seule tant qu'elle ne serait pas en mesure de démontrer qu'elle pouvait effectuer correctement la procédure deux fois de suite. M<sup>me</sup> Money a également indiqué que Wettlaufer était désorganisée, sur la défensive, quelque peu portée à argumenter lorsqu'on lui donnait de la rétroaction et nerveuse lorsqu'elle était observée. En se basant

sur ces renseignements, M<sup>me</sup> Condy a conclu que Wettlaufer était résistante au coaching. En tant que superviseure du service infirmier et coach de pratique clinique, M<sup>me</sup> Condy a décidé d'accompagner elle-même Wettlaufer.

À ce stade, bien que Wettlaufer ne soit pas encore certifiée pour changer le pansement pour le CCIP, elle était qualifiée pour administrer des médicaments comme des antibiotiques via un CCIP.

### **C. Wettlaufer est affectée aux visites des clients toute seule**

Wettlaufer a terminé son orientation en classe le 19 juillet 2016. Bien qu'elle ne soit pas encore certifiée pour effectuer un changement de pansement pour le CCIP, elle possédait toutes les compétences pour fournir d'autres services infirmiers toute seule. Saint Elizabeth a donc commencé à affecter ses propres clients à Wettlaufer le 28 juillet 2016.

### **D. La visite d'observation du 12 août 2016**

Le 12 août 2016, M<sup>me</sup> Condy a accompagné Wettlaufer lors de quatre visites de clients, l'a observé travailler et a rempli des parties de « l'outil d'observation de visite » de Saint Elizabeth. Pendant ces visites, Wettlaufer était observée lorsqu'elle changeait le pansement pour le CCIP et lorsqu'elle prenait soin des plaies.

M<sup>me</sup> Condy a mentionné que Wettlaufer semblait nerveuse d'être observée. D'après l'expérience de M<sup>me</sup> Condy, il n'était pas inhabituel que les infirmiers soient anxieux lorsqu'ils étaient en observation. En changeant le pansement pour le CCIP ce jour-là, Wettlaufer a contaminé ses gants stériles une fois, mais a immédiatement reconnu son erreur et a changé de gants. Bien qu'il ait fallu beaucoup de temps à Wettlaufer pour achever le changement de pansement, M<sup>me</sup> Condy était convaincue que Wettlaufer pourrait l'effectuer elle-même et a certifié l'infirmière pour cette compétence.

Au cours de la visite, M<sup>me</sup> Condy a décelé d'autres problèmes. Elle a constaté que Wettlaufer n'utilisait pas l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton lorsqu'elle évaluait divers symptômes que les clients sous traitement palliatif pouvaient présenter, comme l'essoufflement, la douleur, les nausées ou une perte d'appétit. M<sup>me</sup> Condy a également remarqué que Wettlaufer n'actualisait pas correctement le programme de services. Elle lui a donc suggéré d'utiliser le « manuel palliatif » – un outil d'apprentissage



destiné aux infirmiers connaissant moins bien les soins palliatifs. Aucune de ces inquiétudes n'a servi de signal d'alarme pour M<sup>me</sup> Condry, car Wettlaufer n'avait travaillé qu'un mois sur les trois que comprenait sa période d'essai. M<sup>me</sup> Condry espérait que son équipe pourrait aider Wettlaufer à améliorer ses compétences.

## **IX. Wettlaufer commet l'Infraction**

Wettlaufer a commis l'Infraction le 21 août 2016, deux mois seulement après son embauche par Saint Elizabeth et moins d'un mois après avoir commencé à voir des clients toute seule.

### **A. Le CASC du Sud-Ouest envoie Beverly Bertram à Saint Elizabeth**

Le 19 août 2016, le CASC du Sud-Ouest a orienté M<sup>me</sup> Bertram vers Saint Elizabeth pour le soin de ses plaies et l'entretien du CCIP. Elle devait également recevoir des antibiotiques via son cathéter. M<sup>me</sup> Bertram avait reçu des services de Saint Elizabeth dans le passé. Sa première visite d'infirmier dans le cadre de cette nouvelle orientation a eu lieu le 20 août 2016.

Wettlaufer avait été certifiée par Saint Elizabeth pour fournir tous les soins demandés à M<sup>me</sup> Bertram et avait effectué la visite d'admission le 20 août. Elle a noté dans le registre d'administration des médicaments qu'elle avait administré des antibiotiques à M<sup>me</sup> Bertram via le CCIP au cours de cette visite.

M<sup>me</sup> Bertram était diabétique et avait besoin d'injections d'insuline. Elle s'autoadministrait son insuline et Saint Elizabeth n'a pas été engagé pour fournir des services de soins infirmiers à cet égard. Le 20 août 2016, Wettlaufer a fourni à M<sup>me</sup> Bertram des renseignements sur la surveillance de la glycémie.

### **B. Wettlaufer vole de l'insuline et des narcotiques à un autre client**

Wettlaufer n'a pas utilisé l'insuline de M<sup>me</sup> Bertram lorsqu'elle a tenté de la tuer le 21 août 2016. Au lieu de cela, elle a utilisé de l'insuline volée à une autre cliente de Saint Elizabeth. Wettlaufer avait fourni des services à cette cliente, également référée par le CASC du Sud-Ouest, le 19 août, mais elle est retournée au domicile de la cliente sans rendez-vous le lendemain matin, le 20 août, et a volé l'insuline. Les infirmiers de Saint Elizabeth accèdent au

domicile des clients de différentes façons : les clients peuvent ouvrir la porte, laisser la porte déverrouillée, fournir un code pour le déverrouillage de la porte ou mettre une clé dans une boîte à clé à l'usage des infirmiers. Bien que l'on ne sache pas exactement comment Wettlaufer a eu accès au domicile de cette cliente, l'exposé conjoint des faits décrit ses actions comme suit :

Plus tard le 20 août, M<sup>me</sup> Wettlaufer s'est rendue au domicile d'une autre patiente de Saint Elizabeth alors qu'elle n'y était pas invitée et qu'elle n'était pas attendue. Elle est entrée dans le domicile, sans s'annoncer, alors que la patiente était sous la douche. La patiente a entendu quelque chose et a appelé. Il n'y a pas eu de réponse. La patiente a terminé de prendre sa douche et a trouvé M<sup>me</sup> Wettlaufer en train de fouiller dans ses médicaments sur sa table. M<sup>me</sup> Wettlaufer a affirmé à la patiente qu'elle cherchait simplement un oxygéno-mètre qu'elle avait oublié auparavant. L'insuline de cette patiente était sur cette table avec sa morphine. M<sup>me</sup> Wettlaufer a confirmé à la police et au personnel du CAMH qu'elle était en train de voler de l'insuline<sup>7</sup> de cette maison parce qu'elle avait l'intention de l'utiliser pour tuer M<sup>me</sup> Bertram le lendemain. M<sup>me</sup> Bertram était diabétique et avait sa propre insuline. Malgré cela, M<sup>me</sup> Wettlaufer a choisi de voler l'insuline d'une deuxième patiente pour une raison bien précise. En prenant l'insuline d'une autre patiente, si Beverly Bertram décédait comme prévu, un examen ultérieur de son approvisionnement en insuline ne donnerait pas l'impression que le stock était exceptionnellement réduit.

Cette cliente a signalé ce qui était arrivé à une autre infirmière de Saint Elizabeth, Linda Tuinstra, lorsqu'elle est venue pour une visite prévue plus tard dans la journée. La cliente a déclaré que bien que Wettlaufer lui ait dit qu'elle cherchait un oxygéno-mètre, elle était sûre de l'avoir vue remettre l'oxygéno-mètre dans son sac après sa visite de la veille. Ni la cliente ni personne à Saint Elizabeth ne savait que Wettlaufer avait volé une partie de l'insuline et de l'hydromorphone à la cliente ce jour-là<sup>8</sup>.

Conformément à la procédure de gestion des incidents de Saint Elizabeth, M<sup>me</sup> Tuinstra a envoyé un courriel à M<sup>me</sup> Condry pour l'informer que Wettlaufer était entrée chez une cliente sans y être invitée. M<sup>me</sup> Tuinstra a également envoyé un courriel à une autre infirmière de Saint Elizabeth, Patricia Harmer, qui fournissait des services de soins infirmiers à la cliente, pour l'informer

<sup>7</sup> Elle a également admis avoir volé d'autres médicaments pour elle-même, à savoir de « l'hydromorphone ».

<sup>8</sup> Saint Elizabeth a depuis avisé qu'il n'était pas au courant de ces faits jusqu'à ce que Wettlaufer plaide coupable le 1<sup>er</sup> juin 2017 et que l'Exposé conjoint des faits et l'interrogation de Wettlaufer par la police soient rendus publics.

de l'incident. M<sup>me</sup> Condry a indiqué qu'elle croyait que M<sup>me</sup> Harmer lui avait également parlé de cet incident et que la cliente avait dit à M<sup>me</sup> Harmer qu'elle allait « bien ».

Lors des audiences publiques, M<sup>me</sup> Condry a indiqué qu'elle n'était pas certaine du moment où elle avait appris que Wettlaufer était entrée dans la maison de la cliente. Elle ne se souvenait pas non plus quelle enquête elle avait faite, le cas échéant, sur ce qui s'était passé. M<sup>me</sup> Condry a dit qu'il n'était pas inhabituel pour un infirmier d'oublier du matériel chez son client. Si cela se produisait, elle s'attendrait à ce que l'infirmier appelle le client et lui demande si le matériel avait été laissé chez lui et, le cas échéant, prenne les dispositions nécessaires pour le récupérer.

M<sup>me</sup> Condry a reconnu qu'il était préoccupant que Wettlaufer se soit rendue au domicile de la cliente sans prendre de dispositions préalables, et qu'elle soit entrée sans permission. Cependant, M<sup>me</sup> Condry n'a pas eu l'occasion de parler à Wettlaufer de l'incident, car elle ne l'a jamais revue. Le 22 août a été le dernier jour où Wettlaufer a travaillé pour Saint Elizabeth; elle s'est déclarée malade pour des quarts de travail au cours de la semaine qui a suivi et a démissionné le 29 août 2016. M<sup>me</sup> Condry n'a pas téléphoné à la cliente chez qui Wettlaufer était entrée et n'a pas informé le siège social de l'incident.

M<sup>me</sup> Condry et Patricia Malone, agente de l'intégrité de l'organisation à Saint Elizabeth, ont reconnu qu'après que M<sup>me</sup> Tuinstra et M<sup>me</sup> Harmer eurent contacté M<sup>me</sup> Condry à propos de cet incident, elle aurait dû l'inscrire dans le système RL6, conformément au processus d'établissement de rapports de Saint Elizabeth. Cependant, elle ne l'a pas fait – et elle ne se souvenait pas de la raison. Elle a indiqué dans son témoignage qu'elle avait peut-être eu l'intention de l'inscrire dans le système RL6, mais elle « ne s'en est tout simplement pas occupé, puis elle [Wettlaufer] a disparu ».

Lorsqu'on lui a demandé comment elle aurait jugé la gravité de l'incident si Wettlaufer était restée à l'emploi de Saint Elizabeth, M<sup>me</sup> Condry a répondu qu'il s'agissait d'un incident inhabituel et qu'elle aurait probablement consulté le bureau central de Saint Elizabeth pour savoir comment procéder. M<sup>me</sup> Malone a témoigné que l'entrée de Wettlaufer chez la cliente pourrait avoir été traitée comme un risque de niveau 1 ou 2, selon les commentaires de la cliente. En l'absence de préjudice pour la cliente, elle pensait que cela aurait été inscrit comme un risque de niveau 1. L'incident n'a pas non plus été signalé au CASC, bien que Saint Elizabeth ait reconnu qu'il aurait dû être rapporté à ce moment-là.

## C. La tentative de meurtre à l'endroit de Beverly Bertram

Wettlaufer s'est rendue au domicile de M<sup>me</sup> Bertram le 21 août 2016. Au cours de cette visite programmée, elle devait administrer des antibiotiques via le CCIP de M<sup>me</sup> Bertram. Wettlaufer a avoué avoir plutôt injecté trois doses de 60 unités d'insuline dans le cathéter de M<sup>me</sup> Bertram avec l'intention de la tuer. Elle a noté dans le registre d'administration des médicaments qu'elle avait administré des antibiotiques à M<sup>me</sup> Bertram via le CCIP.

Après le départ de Wettlaufer, M<sup>me</sup> Bertram s'est sentie mal et a décidé de ne pas s'injecter d'insuline. Elle a finalement récupéré sans intervention médicale.

M<sup>me</sup> Condry n'était pas au courant à ce moment-là que quelque chose de fâcheux s'était produit entre Wettlaufer et M<sup>me</sup> Bertram. Elle ne se souvenait de rien d'inhabituel signalé par les infirmiers de Saint Elizabeth qui continuaient de soigner M<sup>me</sup> Bertram.

## X. La démission de Wettlaufer de Saint Elizabeth

Wettlaufer n'est jamais retournée chez M<sup>me</sup> Bertram. Elle ne devait pas travailler le 23 ni le 24 août, s'est déclarée malade les 25 et 26 août et ne devait pas travailler les 27 et 28 août 2016.

Le 29 août 2016, Wettlaufer s'est rendue au bureau de Saint Elizabeth dans le comté d'Oxford, où elle a déposé les fournitures et le matériel que Saint Elizabeth lui avait donnés, ainsi qu'une partie de son propre matériel de soins infirmiers. Elle a laissé la note manuscrite suivante :

Je démissionne de mon poste à Saint Elizabeth. Cette démission est effective immédiatement. Sachez que je suis reconnaissante pour tout ce que j'ai appris et fait en tant qu'employée ici.

Dans la boîte, vous trouverez le contenu de ma trousse transportable.

Dans le sac à dos se trouvent mon téléphone et mon chargeur, ma tablette et mon chargeur, ainsi que le thermomètre et le brassard du tensiomètre fournis par Saint Elizabeth. Mon insigne est aussi là. Il y a également un bon stéthoscope Littman. Espérons que cela pourra être utilisé par la clinique ou par le prochain nouvel infirmier qui n'en possède pas.

Je ne peux désormais plus travailler à titre d'infirmière autorisée.

Meilleures salutations,

Elizabeth Wettlaufer

Wettlaufer a laissé son stéthoscope, son oxymètre de pulsation et un brassard de tensiomètre personnels. M<sup>me</sup> Condy a trouvé inhabituel que Wettlaufer cédât son équipement personnel et n'a pas compris ce que Wettlaufer voulait dire lorsqu'elle a déclaré qu'elle ne pourrait plus travailler comme infirmière autorisée.

En ce qui concerne le rendement de Wettlaufer, ni M<sup>me</sup> Condy ni M<sup>me</sup> Malone n'étaient au courant de plaintes de clients la concernant entre le 28 juillet et le 19 août 2016. M<sup>me</sup> Condy a déclaré que personne n'avait soulevé la moindre préoccupation selon laquelle Wettlaufer était sous l'influence de drogues ou d'alcool ou qu'elle avait un problème de santé mentale.

Après la démission de Wettlaufer, M<sup>me</sup> Condy a parlé à M<sup>me</sup> Wright, qui a ensuite téléphoné à Wettlaufer pour savoir si elle allait bien, compte tenu de sa démission soudaine. M<sup>me</sup> Wright a dit à Wettlaufer qu'elle était là si elle avait besoin de parler. Wettlaufer a indiqué qu'elle allait bien et M<sup>me</sup> Condy a eu l'impression que d'après M<sup>me</sup> Wright, Wettlaufer ne souhaitait pas recevoir d'aide de Saint Elizabeth.

Wettlaufer a déclaré à la police qu'elle avait démissionné de Saint Elizabeth à la suite d'une conversation qu'elle avait eue avec sa superviseure du service infirmier [M<sup>me</sup> Condy]. Selon Wettlaufer, M<sup>me</sup> Condy lui aurait dit que, même si elle avait été embauchée à Woodstock, ils avaient besoin d'aide pour les élèves d'Ingersoll qui souffraient de diabète et avaient besoin d'assistance pour leur pompe à insuline. Wettlaufer a déclaré avoir « paniqué » parce qu'elle ne voulait pas assumer cette responsabilité. Elle a indiqué qu'elle avait démissionné environ une semaine après cette conversation.

M<sup>me</sup> Condy ne s'est pas souvenue d'une discussion précise avec Wettlaufer à ce sujet, mais elle a reconnu qu'elle pourrait avoir eu lieu.

## **XI. Les enquêtes après la révélation des Infractions**

### **A. L'enquête interne de Saint Elizabeth**

Comme il a été mentionné précédemment, M<sup>me</sup> Condy n'a pas saisi de données sur l'entrée non autorisée de Wettlaufer au domicile d'une cliente le 20 août 2016 dans le système RL6 de Saint Elizabeth. Elle n'a pas non plus contacté M<sup>me</sup> Malone, l'agente de l'intégrité de Saint Elizabeth, au sujet de

l'incident. M<sup>me</sup> Malone a eu connaissance de l'incident pour la première fois lors de l'enquête de police sur les aveux de Wettlaufer. Peu de temps après, le 18 octobre 2016, Saint Elizabeth a informé le CASC que l'une de ses anciennes infirmières faisait l'objet d'une enquête policière pour avoir tenté de nuire à une de ses clientes. (Voir le chapitre 12 pour une description de l'enquête menée par le CASC sur les soins fournis par Wettlaufer à ses clients.)

M<sup>me</sup> Malone a également appelé la cliente chez qui Wettlaufer était entrée. La cliente lui a raconté ce qui s'était passé et a dit qu'elle allait bien. M<sup>me</sup> Malone a laissé ses coordonnées au cas où la cliente aurait besoin de la joindre.

Après avoir parlé à d'autres personnes à Saint Elizabeth, M<sup>me</sup> Malone a décidé de ne pas recontacter M<sup>me</sup> Bertram, car elle souhaitait éviter de lui occasionner un stress supplémentaire. Au lieu de cela, M<sup>me</sup> Malone a parlé aux employés chargés de fournir des soins à M<sup>me</sup> Bertram (qui recevait encore des services de Saint Elizabeth), afin de s'assurer qu'elle recevait du soutien. De plus, M<sup>me</sup> Malone a communiqué ou tenté de communiquer avec tous les clients que Wettlaufer avait vus alors qu'elle était à l'emploi de Saint Elizabeth pour savoir s'ils avaient des préoccupations au sujet des soins qu'elle leur avait donnés.

Saint Elizabeth a également mené une enquête interne au cours de laquelle elle a revu ses processus d'embauche. Sur la base de cette enquête, Saint Elizabeth :

- a mis au point un module en ligne à l'intention des superviseurs sur les techniques d'entretien, y compris une formation sur la détermination des signaux d'alarme et sur la façon de chercher du soutien lorsqu'un tel signal est observé;
- a formé l'équipe de recrutement sur la façon d'enquêter sur des questions comme les raisons de la cessation d'un emploi précédent d'un candidat;
- a mis au point un processus pour traiter les questions pouvant survenir lors de la révision du dossier d'un candidat;
- a examiné la responsabilité des superviseurs en matière de documentation des plaintes dans le système RL6 et discuté des obligations de signalement avec M<sup>me</sup> Condy;
- a modifié son système de référence en ligne pour permettre à Saint Elizabeth de savoir quels commentaires provenaient de quelle référence.

## RECOMMANDATIONS

**Recommandation 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.

### Raisonnement de la recommandation 14

- Le renforcement de la composante humaine du processus d'embauche devrait faciliter la détection de pratiques de travail et de comportements préoccupants.
- Étant donné qu'il est important que le personnel de première ligne signale rapidement ce qui se passe, tout le personnel de première ligne devrait être formé à l'obligation de signaler à son superviseur les incidents inhabituels, comme l'entrée non autorisée au domicile du patient de Wettlaufer.

**Recommandation 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.

#### Raisonnement de la recommandation 15

- La tenue de dossiers complets et exacts aidera les fournisseurs de services à prendre des décisions éclairées en matière de discipline. Au besoin, les dossiers aideront également le fournisseur de services à faire rapport à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

**Recommandation 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.

#### Raisonnement de la recommandation 16

- L'entrée non autorisée de Wettlaufer dans le domicile d'un client constituait une violation grave de la vie privée du client et créait un risque de préjudice potentiel pour celui-ci. Comme le démontrent les actions de Wettlaufer, cela peut également causer du tort à d'autres personnes, car des médicaments peuvent être volés et utilisés pour commettre des actes répréhensibles. Classer ces événements comme présentant un risque élevé et mener une investigation devraient permettre de découvrir rapidement des incidents comme le vol de médicaments.



- Le personnel de première ligne de Saint Elizabeth Health Care ne pouvait pas se connecter directement au système interne de rapport d'incidents en ligne. Ainsi, les employés faisaient rapport soit verbalement soit par courrier électronique à un superviseur. Cela crée la possibilité que les renseignements ne soient pas saisis dans le système de rapport d'incidents en ligne – le superviseur pourrait être absent ou tout simplement ne pas recevoir le message pour diverses raisons. Le processus d'échange d'information entre le personnel sur le terrain et le superviseur doit faire l'objet de vérifications afin de s'assurer que ce dernier reçoit l'information et que les renseignements sont téléchargés dans le système de rapports d'incidents en ligne approprié.

**Recommandation 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 de patient 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.

#### Raisonnement de la recommandation 17

- L'Avis de décès de patient en établissement (ADPE) adapté augmentera la probabilité que le Bureau du coroner en chef/Service de médecine légale de l'Ontario soit averti des décès se produisant dans les domiciles privés, et pour lesquels il est nécessaire de faire appel à un coroner. Les travailleurs de première ligne peuvent disposer d'information importante sur le client décédé qui pourrait aider le BCC/SMLO à décider s'il y a lieu de tenir une investigation sur le décès; ils doivent recevoir la formation et l'encadrement adéquats pour utiliser l'ADPE adapté.

**Recommandation 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.

### Raisonnement de la recommandation 18

- Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé n'ont pas de relation directe avec les sous-traitants engagés par leurs fournisseurs de services. Ils se fient aux prestataires de services pour gérer les sous-traitants approuvés et s'assurer que ces derniers travaillent correctement. Étant donné le rôle important que l'embauche et la présélection jouent dans la sécurité des clients, si on doit avoir recours à des sous-traitants, les fournisseurs de services devraient avoir mis en place des pratiques garantissant que les sous-traitants suivent des processus rigoureux d'embauche et de présélection.
- Les sous-traitants doivent signaler les plaintes, les incidents entraînant un risque et autres incidents de ce type au fournisseur de services, qui à son tour doit signaler les incidents au RLISS. Pour s'assurer que les fournisseurs de services reçoivent les rapports requis des sous-traitants, ils doivent établir des pratiques de rapport officielles avec les sous-traitants et s'assurer que les exigences en matière de rapport sont satisfaites.

SECTION I

SECTION II

**SECTION III**

ANNEXES

## Organismes de surveillance et de réglementation





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

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	381
<b>II.</b>	<b>La surveillance par le Ministère des foyers de SLD : aperçu général</b> .....	383
	<b>A. Les divisions et directions compétentes dans le secteur des foyers de SLD</b> .....	383
	1. La Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité .....	384
	2. La Division des foyers de soins de longue durée .....	386
	<b>B. Les organismes qui aident le Ministère dans le processus de surveillance</b> .....	388
	1. Les RLISS .....	388
	2. L'Institut canadien d'information sur la santé .....	391
	3. Qualité des services de santé Ontario .....	391
	4. Les Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation .....	391
	<b>C. Les principales responsabilités</b> .....	392
	1. Le financement .....	392
	2. La définition des normes et exigences .....	398
	3. L'élaboration des politiques .....	398
	4. La délivrance et le renouvellement des permis .....	399
	5. La collecte et l'analyse de données .....	400
	6. La réalisation des inspections et la surveillance de la conformité ..	401
<b>III.</b>	<b>La surveillance exercée par le Ministère antérieurement au 1<sup>er</sup> juillet 2010 : la LMSI</b> .....	402
	<b>A. Les obligations imposées par la LMSI, par le Règlement 832 et par le Manuel du programme</b> .....	402
	1. Les obligations générales .....	403
	2. Les obligations en matière de signalement .....	405
	3. Les obligations concernant la gestion et l'administration des médicaments .....	409
	4. Le système d'inspection imposé par la LMSI .....	415

<b>IV. Engagement en matière de soins : un appel à réformer le système des foyers de soins de longue durée de l'Ontario</b>	418
<b>A. Engagement en matière de soins : processus de consultation et d'examen mis en œuvre</b>	419
1. La qualité de vie	420
2. La responsabilité envers le public	422
3. Les normes et la conformité	424
4. La dotation en personnel et l'administration	426
5. Le financement et la législation	428
<b>B. La réponse aux recommandations formulées dans le rapport Engagement en matière de soins</b>	428
1. La LFSLD et son Règlement : élaboration et adoption	428
2. Le projet Transformation conformité	430
3. Le nouveau système : formation et éducation	434
<b>V. La surveillance exercée par le Ministère à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2010 : la LFSLD</b>	434
<b>A. La LFSLD et le Règlement : un nouveau système applicable aux foyers de SLD de l'Ontario</b>	435
1. Les obligations générales en vertu de la LFSLD : aperçu général	437
2. Les obligations de faire rapport	440
3. La gestion et l'administration des médicaments	444
<b>B. Le système d'inspection imposé par la LFSLD</b>	446
1. Le rôle des inspecteurs	447
2. Les mécanismes d'exécution	448
3. La gestion et le triage des renseignements	452
4. Les inspections PII et IQSR	459
5. L'attribution des niveaux de risque et de rendement aux foyers de SLD	463
<b>RECOMMANDATIONS</b>	472

## I. Introduction

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) a la responsabilité de surveiller les foyers de soins de longue durée (SLD) de l'Ontario et la prestation des services de soins à domicile financés par le secteur public. Wettlaufer a commis toutes ses Infractions, sauf la dernière, alors qu'elle travaillait dans des foyers de SLD. Elle a commis sa dernière Infraction dans un domicile privé, où elle assurait des soins infirmiers financés par le secteur public. Compte tenu des responsabilités du Ministère, une question clé se pose dans cette Enquête : comment se fait-il que le Ministère ne soit pas parvenu à détecter les Infractions au moment où elles ont été commises? Pour répondre à cette question, il faut bien comprendre les obligations de surveillance du Ministère en ce qui concerne les foyers de SLD et les soins à domicile financés par le secteur public. Le rôle de surveillance des foyers de SLD par le Ministère (et la manière dont il s'en est acquitté) fait l'objet de ce chapitre et des deux chapitres suivants. Le rôle de surveillance par le Ministère des soins à domicile financés par le secteur public est évoqué au chapitre 12.

Dans la première partie du présent chapitre, j'aborde trois thèmes principaux : les directions du Ministère qui jouent un rôle clé dans la surveillance des foyers de SLD; les organismes qui aident au processus de surveillance et les principales responsabilités du Ministère en ce qui concerne les foyers de SLD.

Le rôle que jouait le Ministère avant le 1<sup>er</sup> juillet 2010 pour surveiller les foyers à but lucratif est traité dans la deuxième partie de ce chapitre<sup>1</sup>. Le 1<sup>er</sup> juillet 2010, le cadre réglementaire a radicalement changé pour tous les foyers de SLD de l'Ontario, avec l'entrée en vigueur de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD)<sup>2</sup> et son Règlement<sup>3</sup> (Règlement). Les Infractions ont été commises entre 2007 et 2016, c'est-à-dire antérieurement et postérieurement à l'entrée en vigueur de la LFSLD. Par conséquent, il est nécessaire d'étudier les systèmes de réglementation applicables aux foyers de SLD antérieurement et postérieurement au 1<sup>er</sup> juillet 2010. Avant le 1<sup>er</sup> juillet 2010, trois textes législatifs régissaient les foyers de SLD en Ontario :

---

<sup>1</sup> Ma décision de cibler la surveillance des foyers à but lucratif vient du fait qu'à cette époque, Wettlaufer travaillait pour Caressant Care (Woodstock), un foyer de soins infirmiers à but lucratif.

<sup>2</sup> L.O. 2007, chap. 8.

<sup>3</sup> Règl. de l'Ont. 79/10.

la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* (LMSI)<sup>4</sup>, qui encadrait la majorité des foyers à but lucratif; la *Loi sur les établissements de bienfaisance*<sup>5</sup>, qui s'appliquait aux foyers à but non lucratif et la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*<sup>6</sup>, qui régissait tous les foyers municipaux de la province. La LFSLD a abrogé et remplacé ces trois textes législatifs.

C'est l'appel à l'action lancé dans le rapport de Monique Smith, *Engagement en matière de soins*<sup>7</sup>, qui a mené à la promulgation de la LFSLD. Dans la troisième partie de ce chapitre, j'évoque ce rapport et comment il a conduit à l'élaboration de la LFSLD et de son règlement, c'est-à-dire le cadre réglementaire qui régit encore aujourd'hui les foyers de SLD de l'Ontario.

Dans la dernière partie de ce chapitre, j'aborde le rôle de surveillance par le Ministère des foyers de SLD depuis l'entrée en vigueur de la LFSLD, en ciblant particulièrement le système d'inspection et les mécanismes d'exécution.

Dans tout ce chapitre, je me propose d'évoquer le rôle de surveillance du Ministère de manière générale. Au chapitre 10, j'analyse la manière dont le Ministère s'est acquitté de ce rôle, pour les foyers de SLD précis dans lesquels Wettlaufer a commis ses Infractions : foyer de soins Caressant Care (Woodstock), foyer de soins Meadow Park (London) et Telfer Place. Dans le chapitre 10, je me penche sur les renseignements que le Ministère a reçus de ces foyers ou à leur sujet et les résultats des inspections réalisées dans ces établissements par le Ministère, à l'époque où Wettlaufer y travaillait.

Lorsque ces Infractions ont été révélées, le Ministère a mené des inspections, non seulement dans les trois foyers de SLD dans lesquels les Infractions ont été commises, mais aussi dans tous les foyers de SLD où Wettlaufer avait été placée comme infirmière d'agence autorisée en 2015-16. Les résultats de ces inspections exhaustives seront traités au chapitre 11.

---

<sup>4</sup> L.R.O. 1990, chap. N.7.

<sup>5</sup> L.R.O. 1990, chap. C.9.

<sup>6</sup> L.R.O. 1990, chap. H.13.

<sup>7</sup> Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Engagement en matière de soins : Planification des soins à long terme en Ontario*, préparé par Monique Smith, adjointe parlementaire au ministre, printemps 2004.



Au chapitre 12, je m'écarte du sujet des foyers de SLD pour me pencher sur les services de soins infirmiers offerts à domicile et financés par les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)<sup>8</sup>, c'est-à-dire le type de services que Wettlaufer assurait lorsqu'elle a commis sa dernière infraction. À cette époque, elle était employée par un organisme fournisseur de services qui bénéficiait du financement d'un RLISS pour fournir des soins infirmiers à domicile. Au chapitre 12 j'examine les rôles du Ministère, des RLISS et des organismes de services dans le domaine des soins infirmiers fournis à domicile, financés par le secteur public.

## II. La surveillance par le Ministère des foyers de SLD : aperçu général

L'Ontario compte actuellement 626 foyers de SLD, avec près de 79 000 lits<sup>9</sup>. Le Ministère a la responsabilité de surveiller ces foyers. De façon générale, il est responsable de la délivrance des permis, du financement, de la définition des normes et des exigences à respecter, de la conception des politiques applicables, mais aussi de l'inspection et du contrôle de la conformité des foyers.

### A. Les divisions et directions compétentes dans le secteur des foyers de SLD

Au sein du Ministère, il n'existe pas un groupe unique responsable de la surveillance des foyers de SLD. Les responsabilités incombent plutôt à diverses divisions et directions<sup>10</sup>, certaines jouant des rôles indirects et d'autres assumant uniquement un rôle de surveillance. Pour exercer son rôle de surveillance, le Ministère travaille également avec des intervenants et organismes externes actifs dans le secteur des SLD.

<sup>8</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. Lorsque les dispositions pertinentes seront entrées en vigueur, cette loi créera, entre autres, un nouvel organisme dénommé Santé Ontario et permettra la réorganisation ou la dissolution des 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Toutes les recommandations contenues dans le présent Rapport et adressées aux RLISS devraient être prises en compte par tout organisme remplaçant ayant des responsabilités liées au système de SLD, y compris Santé Ontario.

<sup>9</sup> Février 2019, *Long-Term Care System Report*, préparé par la Direction des données sur la santé, Division de la gestion de l'information sur le système de santé.

<sup>10</sup> Les noms des directions et divisions employés dans ce Rapport sont ceux qui étaient en vigueur en août 2018, lorsque les preuves du Ministère ont été présentées durant les audiences publiques. En janvier 2019, le Ministère a été réorganisé; certains noms de directions et de divisions (et de certaines fonctions associées) ont pu être modifiés depuis.

La Direction de la gestion financière, la Direction des données sur la santé et la Direction de l'analytique et des connaissances en matière de santé sont des directions du Ministère qui ont compétence en lien avec les foyers de SLD, mais dont le rôle de surveillance est indirect. La Direction de la gestion financière (au sein de la Division des services ministériels) est responsable du rapprochement des fonds alloués aux différents secteurs des soins de santé (dont les foyers de SLD) et des fonds dépensés par ces différents secteurs. La Direction des données sur la santé et la Direction de l'analytique et des connaissances en matière de santé (qui font toutes deux partie de la Division de la gestion de l'information sur le système de santé) jouent chacune un rôle dans la collecte, le traitement et l'analyse des données liées aux foyers de SLD.

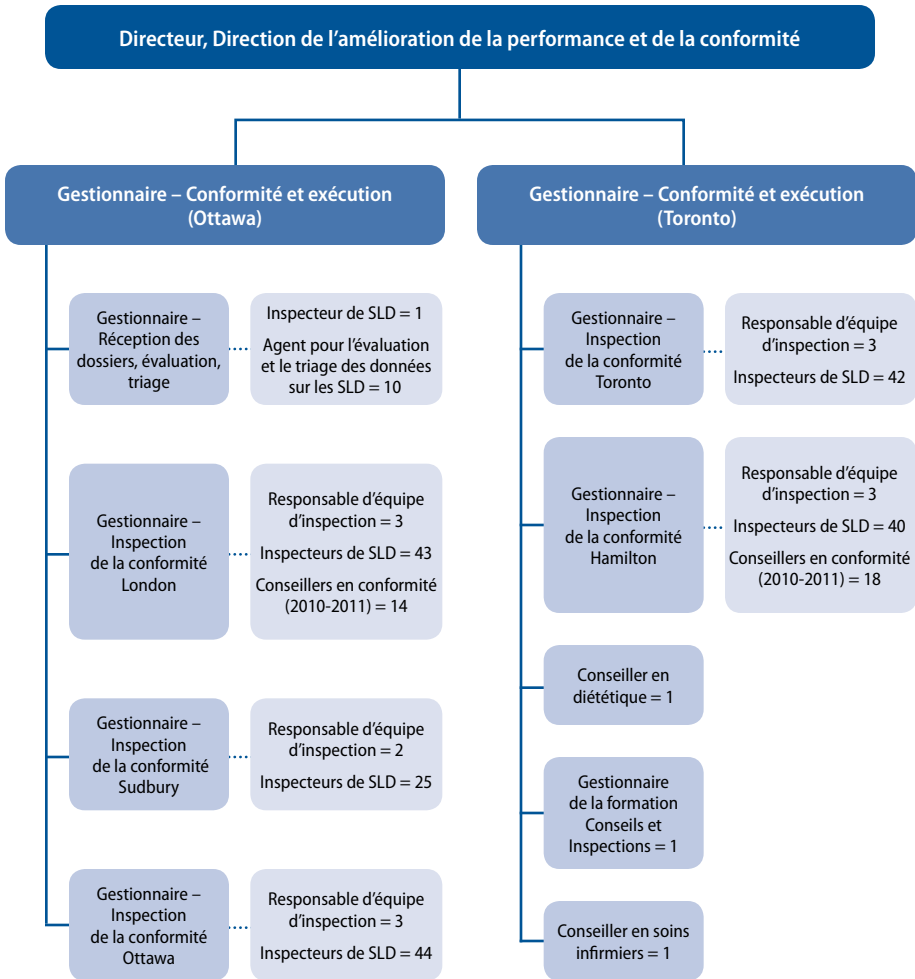
### **1. La Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité**

Wettlaufer a commis les Infractions entre 2007 et 2016. De 2007 à 2015, la direction qui avait le rôle de surveillance le plus direct sur les foyers de SLD était la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité (DAPC), au sein de la Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé. En 2015, la DAPC a été rebaptisée Direction de l'inspection et a été placée dans le giron de la Division des foyers de soins de longue durée nouvellement créée. La figure 9.1 illustre la structure organisationnelle de la DAPC qui était en vigueur de 2007 à 2015.

De 2007 à 2015, la DAPC était responsable de la délivrance des permis, mais aussi de la performance et de la conformité des foyers. Les missions de la DAPC en matière de conformité et d'application de la loi étaient réparties entre deux équipes, l'une basée à Ottawa, l'autre à Toronto. Ces deux équipes étaient dirigées par un cadre supérieur de la DAPC. Les responsabilités de la DAPC n'ont pas changé à l'entrée en vigueur de la LFSLD le 1<sup>er</sup> juillet 2010.

Les cadres supérieurs de la DAPC avaient la responsabilité de superviser les travaux des Bureaux régionaux de services (BRS), qui avaient chacun également leur propre gestionnaire. Les BRS étaient responsables du système de conformité et d'inspection. En 2007, cinq BRS ont été créés : à Toronto, Ottawa, Hamilton, London et Sudbury. Chaque BRS était chargé d'inspecter tous les foyers de SLD dans un secteur géographique donné. Habituellement, chaque BRS se chargeait d'un nombre compris entre 127 et 140 foyers de SLD. Des conseillers en conformité (par la suite désignés par le terme « inspecteurs », dans le système instauré par la LFSLD) travaillaient dans les BRS. Le cadre supérieur de la DAPC établi à Ottawa supervisait les BRS d'Ottawa, de London et de Sudbury. Le cadre supérieur de la DAPC établi à Toronto avait sous sa responsabilité les BRS de Toronto et de Hamilton.

Avant la création, en 2012, de l'Équipe centrale de réception, d'évaluation et de triage (ÉCRÉT), chaque BRS était également chargé du triage de tous les renseignements reçus concernant les foyers de SLD implantés sur son territoire de compétence ainsi que de la définition des priorités pour planifier les examens et les inspections des foyers de son secteur.



**Figure 9.1 : Structure organisationnelle de la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité, 2007-2015**

Source : Compilé par le Ministère pour les audiences publiques, sur demande de la Commission.

## 2. La Division des foyers de soins de longue durée

En 2015, la Division des foyers de soins de longue durée a été créée. Cette division intègre à la fois la Direction de l'inspection des foyers de SLD et la Direction des permis et des politiques. La Direction de l'inspection des foyers de SLD supervise le Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée (PIQFSLD) et est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de toutes les politiques opérationnelles liées aux inspections et aux inspecteurs. La Direction des permis et des politiques est chargée de la délivrance des permis aux foyers de SLD ainsi que de missions générales d'élaboration des politiques applicables au secteur des foyers de SLD (notamment : élaboration des textes législatifs et réglementaires et élaboration et mise en œuvre des politiques financières et de financement).

Les cinq BRS existent toujours au sein de la Direction de l'inspection de la Division des foyers de SLD. Le 1<sup>er</sup> mars 2018, deux nouveaux BRS ont été créés : un à Waterloo et un à Oshawa.

La figure 9.2 illustre l'organisation de la Division des foyers de SLD, en vigueur au 1<sup>er</sup> mars 2018.

Les Infractions ont été commises dans trois foyers de SLD : Caressant Care (Woodstock), Meadow Park (London) et Telfer Place. Le BRS de London était (et est toujours) chargé des inspections et de l'application de la loi pour les foyers Caressant Care (Woodstock) et Meadow Park (London). Le BRS de Hamilton était (et est toujours) chargé des inspections et de l'application de la loi pour le foyer Telfer Place.

En 2007, lorsque Wettlaufer a commencé à travailler à Caressant Care (Woodstock), 15 conseillers en conformité travaillaient au BRS de London et réalisaient des inspections et des examens dans les foyers répartis sur son territoire de compétence. En 2016-2017, il y avait 32 postes d'inspecteurs en équivalent temps plein au sein du BRS de London.

En 2015, c'est-à-dire l'année où Wettlaufer a été affectée pour la première fois à Telfer Place par l'agence de soins infirmiers qui l'employait, le BRS de Hamilton comptait entre 25 et 30 postes d'inspecteurs en équivalent temps plein.

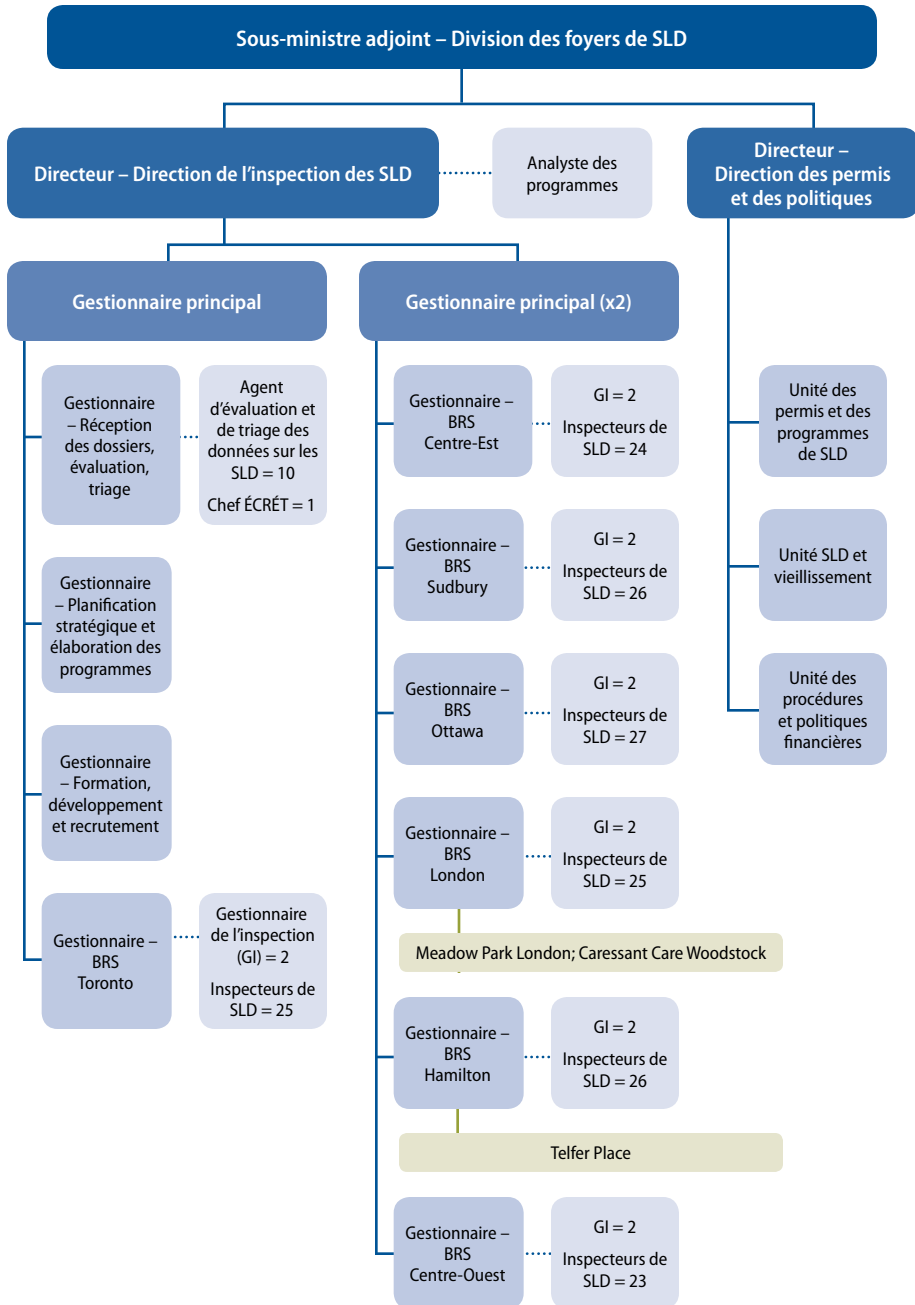


Figure 9.2 : Division des foyers de SLD, organisation en vigueur au 1<sup>er</sup> mars 2018

Source : Compilé par le Ministère pour les audiences publiques, sur demande de la Commission.

## B. Les organismes qui aident le Ministère dans le processus de surveillance

D'autres organismes gouvernementaux et non gouvernementaux aident le Ministère à surveiller les foyers de SLD, notamment : les RLISS, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Qualité des services de santé Ontario (QSSO) et les Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation pour les foyers de soins de longue durée (CARI). Avant leur suppression, le Ministère travaillait également avec les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC).

Jusqu'à récemment (et sur toute la période durant laquelle Wettlaufer a commis les Infractions), les CASC, qui avaient été créés par la *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires*<sup>11</sup>, œuvraient à l'échelle communautaire locale pour aider les Ontariens admissibles à accéder aux services de soins à domicile et communautaires. Les CASC étaient considérés à la fois comme des « fournisseurs de services » et comme des « organismes agréés » en vertu de la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires*<sup>12</sup>. Par conséquent, les CASC pouvaient fournir des services directement à la population ou accorder des contrats à d'autres organismes pour les charger de fournir des services dans leur région. Les CASC étaient aussi chargés de gérer le placement et l'admission des résidents dans les foyers de SLD, sous réserve de l'approbation des foyers concernés. La province comptait 14 CASC, chacun relié au RLISS couvrant la zone géographique correspondante. C'est le CASC du Sud-Ouest qui était responsable du placement et de l'admission des résidents dans les foyers Caressant Care (Woodstock) et Meadow Park (London). Le placement et l'admission des résidents dans le foyer Telfer Place relevaient de la responsabilité du CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant.

### 1. Les RLISS

En décembre 2016, la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*<sup>13</sup> a reçu la sanction royale. Cette loi a entraîné le transfert de tous les membres du personnel, éléments d'actif, éléments de passif, des CASC aux RLISS, qui avaient été créés par la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> L.O. 2001, chap. 33.

<sup>12</sup> L.O. 1994, chap. 26.

<sup>13</sup> L.O. 2016, chap. 30.

<sup>14</sup> L.O. 2006, chap. 4.

Ce sont donc désormais les RLISS qui devenaient responsable de gérer les placements et les admissions dans les foyers de SLD.

Il existe 14 RLISS en Ontario; chacun étant responsable d'une zone géographique précise. Les RLISS ont le statut d'organismes de la Couronne. Ils ont été créés pour planifier, coordonner, intégrer et financer les services de santé à l'échelle régionale. Pendant la période durant laquelle Wettlaufer a commis les Infractions, chaque RLISS était chargé d'administrer les fonds alloués par le Ministère aux différents foyers de SLD de sa région. Les RLISS avaient également la responsabilité de verser le financement alloué par le Ministère à d'autres fournisseurs de services de santé, notamment les CASC.

Même si les politiques de financement et de gestion financière pour les foyers de SLD ainsi que les montants accordés aux foyers sont fixés et décidés par le Ministère, ce sont les RLISS qui administrent ces fonds<sup>15</sup>. Pour bénéficier d'un financement, les foyers de SLD doivent signer une Entente de responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée (ERS-SLD) avec les RLISS. Ce contrat impose aux foyers des obligations de faire rapport, qui sont différentes de celles qu'ils ont envers le Ministère. Les RLISS n'ont aucun rôle direct dans les fonctions du Ministère en matière d'inspection et de contrôle de la conformité. Néanmoins, si la Direction de l'inspection détecte des problèmes de conformité importants chez un titulaire de permis de foyer de SLD, elle convie souvent le RLISS concerné aux réunions organisées avec le titulaire du permis. Comme l'a expliqué Karen Simpson, son ancienne directrice (un poste créé par la LFSLD et occupé par une personne du Ministère)<sup>16</sup>, dans le témoignage qu'elle a livré durant les audiences publiques, « Pour nous, c'est assurément un partenariat avec le RLISS que de faire avancer les foyers afin d'assurer les meilleurs soins possible aux résidents. »

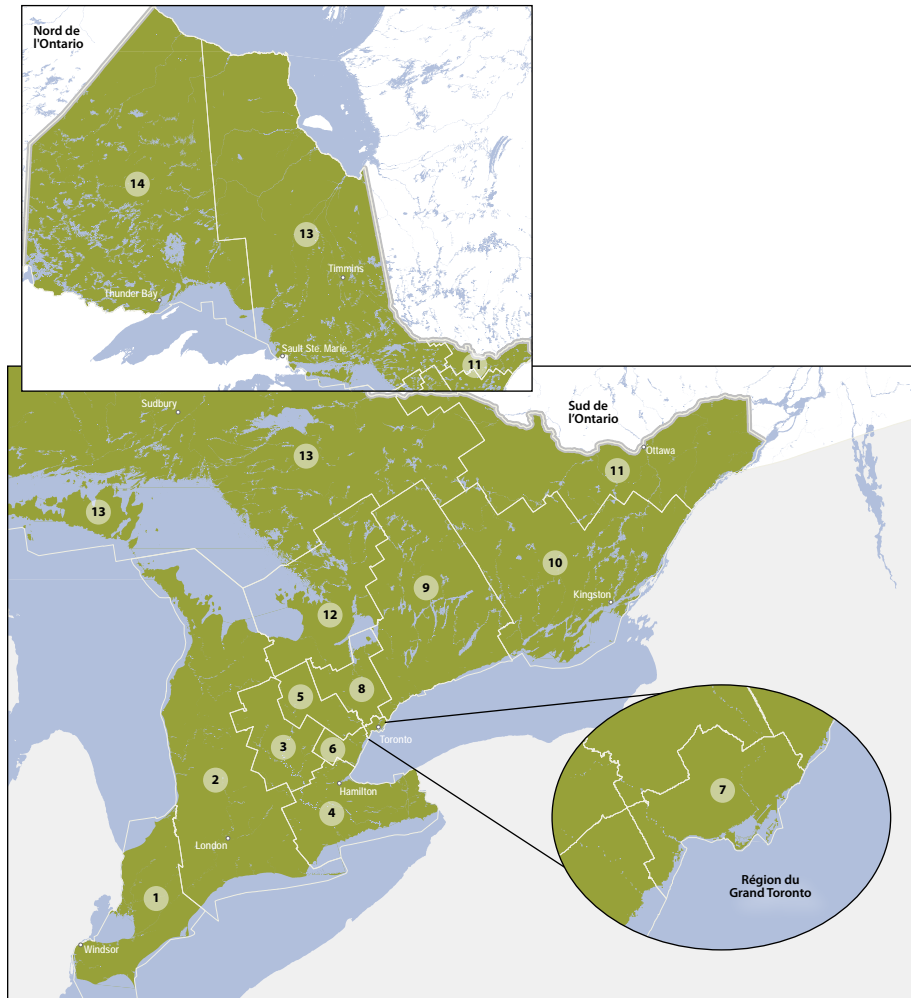
Le RLISS du Sud-Ouest, qui a signé une ERS-SLD avec les foyers Caressant Care (Woodstock) et Meadow Park (London), a la responsabilité d'administrer le financement accordé à ces deux foyers. Le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a signé une ERS-SLD avec le foyer Telfer Place et est responsable de l'administration du financement de ce foyer. Même si les RLISS n'ont aucune obligation officielle de faire rapport à la Direction de l'inspection, ces deux entités entretiennent de bonnes relations de travail. Les RLISS ont des relations officielles avec le Ministère par l'intermédiaire de la Direction

---

<sup>15</sup> Certains fonds sont versés directement du Ministère aux foyers de SLD. Des ententes distinctes existent pour ces fonds.

<sup>16</sup> Karen Simpson est devenue directrice en octobre 2015. Elle a quitté le Ministère en juillet 2018.

de la liaison avec les RLISS. La figure 9.3 illustre la répartition des RLISS dans la province.



#### RLISS de l'Ontario

- |                                       |                      |                        |
|---------------------------------------|----------------------|------------------------|
| 1 Érié St. Clair                      | 6 Mississauga Halton | 11 Champlain           |
| 2 Sud-Ouest                           | 7 Centre-Toronto     | 12 Simcoe Nord Muskoka |
| 3 Waterloo Wellington                 | 8 Centre             | 13 Nord-Est            |
| 4 Hamilton Niagara<br>Haldimand Brant | 9 Centre-Est         | 14 Nord-Ouest          |
| 5 Centre-Ouest                        | 10 Sud-Est           |                        |

**Figure 9.3 : Carte des Réseaux locaux d'intégration des services de santé en Ontario, 2017**

Source : Qualité des services de santé Ontario, À la hauteur 2017, et Statistique Canada.



## 2. L'Institut canadien d'information sur la santé

Le Ministère travaille également avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour la surveillance des foyers de SLD. L'ICIS est un organisme indépendant, à but non lucratif, qui fournit de l'information sur les systèmes de santé canadiens et la santé de la population. Il collecte des renseignements provenant de différents secteurs des soins de santé (notamment des foyers de SLD) de l'Ontario, de toutes les autres provinces et des territoires. L'ICIS collecte tous les trimestres les données de l'Instrument d'évaluation des résidents-ensemble minimal de données (instrument RAI-MDS), fournies par tous les foyers de SLD de l'Ontario. (L'instrument RAI-MDS est un outil interdisciplinaire d'évaluation et de planification des soins, utilisé dans tous les foyers de SLD de l'Ontario. J'en reparlerai ultérieurement.) L'ICIS traite ensuite ces données afin qu'elles puissent être exploitées par le Ministère (et par les foyers eux-mêmes) pour aider à la planification des soins et, plus généralement, pour aider à la surveillance du secteur des foyers de SLD. Ces données sont également utilisées pour aider à évaluer les résultats d'un foyer de SLD par rapport aux autres foyers de la province. Les données de l'instrument RAI-MDS sont envoyées à l'ICIS et analysées par lui pour contribuer au suivi de l'acuité des résidents dans l'ensemble de la province.

## 3. Qualité des services de santé Ontario

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) est l'agence mandatée pour conseiller le gouvernement et les fournisseurs de soins de santé, à partir de données probantes, afin de contribuer à la prestation de soins de grande qualité et à l'amélioration continue de la qualité des soins. Elle est également chargée de rendre compte au public de la qualité des soins fournis dans la province. À ces fins, QSSO analyse les données de l'instrument RAI-MDS que les foyers de SLD communiquent à l'ICIS et produit des rapports accessibles au public sur divers indicateurs de rendement des foyers de SLD. QSSO reçoit également des plans d'amélioration de la qualité en provenance des foyers de SLD.

## 4. Les Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation

Les Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation de l'Ontario (CARI) aident également le Ministère dans son rôle de surveillance des foyers de SLD de l'Ontario. Les trois CARI, qui ont été créés par le Ministère en 2011<sup>17</sup>, se situent à Toronto (Baycrest Health Sciences), à Ottawa (Institut de recherche

<sup>17</sup> Le Ministère a alloué aux CARI un financement jusqu'au 31 mars 2016 et a accordé un financement de base supplémentaire en août 2017.

Bruyère) et à Waterloo (Schlegel-UW Research Institute for Aging). Les CARI travaillent avec les collèges et les universités pour soutenir et mener des projets de recherche, dans l'objectif de concevoir des pratiques fondées sur des données probantes et d'améliorer la qualité des SLD. Ils collaborent également avec divers intervenants du secteur des SLD, notamment avec les foyers eux-mêmes, pour diffuser leurs savoirs. Les CARI conçoivent des programmes de formation pour aider les foyers de SLD à respecter certaines de leurs obligations imposées par la LFSLD en matière de formation.

## C. Les principales responsabilités

Le rôle du Ministère en ce qui concerne les foyers de SLD comprend les activités suivantes :

- financement, à la fois du fonctionnement et des activités de réaménagement et de rénovation;
- définition des normes et exigences;
- élaboration des politiques;
- délivrance et renouvellement des permis;
- collecte et analyse des données provenant des foyers;
- réalisation des inspections et contrôles veillant à garantir la conformité des foyers avec la législation et les règlements applicables.

### 1. Le financement

Au sein du Ministère, plusieurs divisions et directions se partagent la responsabilité d'encadrer le financement des foyers de SLD. Par exemple, la Division des immobilisations dans le domaine de la santé a la responsabilité de superviser les activités de réaménagement ou de rénovation des foyers, et la Direction de la gestion financière est chargée de préparer les rapprochements des dépenses des foyers par rapport aux fonds de financement alloués.

Il existe trois sources de financement des frais de fonctionnement des foyers de SLD : les enveloppes budgétaires, les quotes-parts des résidents et les fonds supplémentaires accordés par le Ministère.

#### *a) Les enveloppes budgétaires*

Le Ministère accorde des fonds aux RLISS qui les transfèrent ensuite aux foyers de SLD au moyen de quatre enveloppes budgétaires attribuées selon le niveau de soins. Ces quatre enveloppes sont : l'enveloppe des soins

infirmiers et personnels; l'enveloppe des services des programmes et de soutien; l'enveloppe des aliments crus et l'enveloppe pour les autres services. Ces quatre enveloppes représentent en moyenne 83 % du financement total accordé par le gouvernement de l'Ontario aux foyers de SLD. Chacune prévoit un montant fixe, en dollars, par résident et par jour. Le montant total des enveloppes de financement selon le niveau de soins allouées aux foyers de SLD a augmenté, passant de 142,07 \$ en moyenne par résident et par jour au 1<sup>er</sup> juillet 2009 à 176,76 \$ en moyenne par résident et par jour au 1<sup>er</sup> juillet 2018.

L'enveloppe des soins infirmiers et personnels ainsi que l'enveloppe des services des programmes et de soutien doivent couvrir les besoins directs en soins des résidents. L'enveloppe des soins infirmiers et personnels doit financer le personnel de soins directs (personnel infirmier autorisé et préposés aux services de soutien à la personne, notamment), le matériel médical et infirmier et les fournitures. L'enveloppe des services des programmes et de soutien est destinée à financer le personnel des programmes, les traitements et le matériel et les fournitures nécessaires aux programmes récréatifs.

L'enveloppe des aliments crus est exclusivement destinée à financer les aliments crus et les compléments alimentaires. Les fonds alloués dans cette enveloppe ne peuvent pas être utilisés pour des programmes ni pour la préparation des aliments.

L'enveloppe pour les autres services doit financer les salaires du personnel, le matériel, les fournitures associées aux services de diététique, de buanderie et d'entretien ménager, l'ameublement, la maintenance et tous les autres coûts de fonctionnement et d'administration.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, les foyers de SLD peuvent réaffecter les fonds non utilisés dans leur enveloppe de soins infirmiers et personnels ou dans leur enveloppe de services des programmes et de soutien pour financer indistinctement les soins infirmiers et personnels, les services des programmes et de soutien ou les aliments crus. En revanche, les montants non utilisés dans l'enveloppe des aliments crus ne peuvent pas être réaffectés à d'autres postes de dépenses. Les foyers de SLD à but lucratif conservent tous les montants non utilisés seulement de l'enveloppe des autres services.

En 2017-2018, l'Ontario a dépensé 3,4 milliards de dollars dans le cadre du programme de financement selon le niveau de soins. Le tableau 9.1 détaille les montants alloués par résident et par jour, dans chaque enveloppe, au 1<sup>er</sup> juillet 2018.

**Tableau 9.1 : Montant du financement alloué par résident et par jour, au 1<sup>er</sup> juillet 2018**

<b>ENVELOPPE DE FINANCEMENT SELON LE NIVEAU DE SOINS</b>	<b>MONTANT EN DOLLARS, PAR RÉSIDENT ET PAR JOUR</b>
Soins infirmiers et personnels	100,91 \$
Services des programmes et de soutien	9,79 \$
Aliments crus	9,54 \$
Autres services	56,52 \$
<b>Total</b>	<b>176,76 \$</b>

*Source :* Compilé par le Ministère pour les audiences publiques, sur demande de la Commission.

*Note :* À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2018, les foyers de SLD peuvent également percevoir une prime pour l'observation de la norme de qualité (0,36 \$ par jour et par lit) s'ils sont agréés et affichent un niveau de rendement de 1 ou 2 dans le cadre du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée (PIQFSLD).

Le Ministère ajuste l'enveloppe de financement des soins infirmiers et personnels en fonction de l'acuité des résidents du foyer. L'acuité est déterminée à partir des données de l'instrument RAI-MDS communiquées par les foyers pour chaque résident<sup>18</sup>. Les données de l'instrument RAI-MDS sont utilisées pour calculer l'Indice des groupes clients (IGC) pour chaque foyer. Un foyer dont les résidents présentent des problèmes de santé plus graves ou plus complexes, par rapport aux autres foyers de la province, a un IGC plus élevé et bénéficie donc d'une enveloppe plus importante pour les soins infirmiers et personnels.

Entre les exercices 2013-2014 et 2018-2019, les IGC pour les foyers Caressant Care (Woodstock) et Meadow Park (London) ont légèrement baissé, passant en dessous de l'IGC financé à l'échelle de la province, établi à 1,02. Sur la même période, l'IGC de Telfer Place a fluctué entre le faible chiffre de 0,98 au cours de l'exercice 2013-2014 (c'est-à-dire en dessous de l'IGC financé à l'échelle de la province) et le chiffre élevé de 1,06 au cours de l'exercice 2017-2018. Le tableau 9.2 montre l'évolution de l'acuité des résidents dans ces trois foyers.

<sup>18</sup> L'évaluation à l'aide de l'instrument RAI-MDS doit être effectuée par chaque foyer, dès l'admission d'un nouveau résident et dès que l'état de santé d'un résident évolue de manière notable. Les évaluations doivent également être actualisées tous les trimestres, pour chaque résident.

**Tableau 9.2 : Acuité des résidents – Caressant Care (Woodstock), Meadow Park (London) et Telfer Place, 2013-2014–2017-2018**

<b>ACUITÉ DES RÉSIDENTS, REFLÉTÉE PAR L'INDICE DES GROUPES CLIENTS (IGC) DU FOYER CARESSANT CARE (WOODSTOCK) (2013-2018)</b>						
	<b>2013-2014</b>	<b>2014-2015</b>	<b>2015-2016</b>	<b>2016-2017</b>	<b>2017-2018</b>	<b>2018-2019</b>
<b>IGC financé (CCW)</b> (détermine le financement des SIP)	0,9862	0,9699	0,9978	1,0111	1,0039	0,9998
<b>IGC financé, pour la province</b>	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02
<b>ACUITÉ DES RÉSIDENTS, REFLÉTÉE PAR L'INDICE DES GROUPES CLIENTS (IGC) DU FOYER MEADOW PARK (LONDON) (2013-2018)</b>						
	<b>2013-2014</b>	<b>2014-2015</b>	<b>2015-2016</b>	<b>2016-2017</b>	<b>2017-2018</b>	<b>2018-2019</b>
<b>IGC financé (MP)</b> (détermine le financement des SIP)	0,9871	0,9690	0,9610	0,9621	0,9885	1,0070
<b>IGC financé, pour la province</b>	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02
<b>ACUITÉ DES RÉSIDENTS, REFLÉTÉE PAR L'INDICE DES GROUPES CLIENTS (IGC) DU FOYER TELFER PLACE (2013-2018)</b>						
	<b>2013-2014</b>	<b>2014-2015</b>	<b>2015-2016</b>	<b>2016-2017</b>	<b>2017-2018</b>	<b>2018-2019</b>
<b>IGC financé (TP)</b> (détermine le financement des SIP)	0,9841	0,9981	1,0037	1,0197	1,0608	1,0423
<b>IGC financé, pour la province</b>	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02

Source : Compilé par le Ministère pour les audiences publiques, sur demande de la Commission.

Remarques :

- L'année de référence est 2013, car c'est l'année où des efforts d'amélioration de la qualité ont été entrepris par le Ministère pour optimiser la fiabilité et la validité des données.
- IGC financé : Représente l'utilisation relative des ressources au niveau d'un foyer de SLD, en fonction des évaluations réalisées avec l'instrument RAI-MDS pour chaque résident et communiquées par le foyer, pour chaque exercice financier.

Cela détermine le niveau de financement des soins infirmiers et personnels (SIP) pour chaque foyer de SLD; un financement qui est ajusté en fonction de l'IGC du foyer afin de prendre en compte les besoins en soins des résidents (c.-à-d. l'acuité des résidents) et qui est calculé sur une base journalière.

### ***b) Les quotes-parts des résidents***

Tous les résidents doivent contribuer aux coûts de leurs repas et de leur logement en versant une quote-part. Les foyers collectent directement les quotes-parts des résidents. Les revenus tirés de ces quotes-parts peuvent être utilisés pour les mêmes postes de dépenses que ceux couverts par les enveloppes des aliments crus et des autres services. Ils ne peuvent pas financer les coûts des soins infirmiers et personnels ni les services des programmes et de soutien. Le Ministère octroie aux foyers des fonds supplémentaires pour compenser les quotes-parts des résidents non perçues. Il fournit également des allocations pour les résidents admissibles à une réduction du taux de leur quote-part.

### ***c) Le financement supplémentaire par le Ministère***

Les foyers de SLD peuvent également percevoir un financement supplémentaire de la part du Ministère. Ce financement est généralement destiné à atteindre des objectifs liés à des politiques précises. Par exemple, un financement supplémentaire a été octroyé pour le Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux; pour le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement; pour le recrutement de personnel infirmier auxiliaire autorisé dans les foyers de SLD et pour aider à la collecte des données de l'instrument RAI-MDS. Ce financement supplémentaire est généralement ad hoc, accordé à condition que les foyers respectent certaines conditions précises rattachées aux objectifs des politiques correspondantes. Certains de ces fonds supplémentaires sont directement versés par le Ministère aux foyers de SLD. D'autres sont alloués aux RLISS, puis distribués aux foyers. Le tableau 9.3 détaille les fonds supplémentaires qui ont été alloués aux foyers de SLD au cours de l'exercice 2017-2018.

**Tableau 9.3 : Financement supplémentaire accordé aux foyers de SLD, 2017-2018**

<b>TYPE DE FINANCEMENT SUPPLÉMENTAIRE</b>	<b>MILLIONS DE DOLLARS</b>
Allocations de financement supplémentaire pour les lits de convalescence	16,65
Dotation en personnel pour le projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement	47,83
Financement de services de physiothérapie pour les foyers de SLD	65,82
Recrutement d'infirmiers auxiliaires autorisés dans les foyers de SLD	60,39
Recrutement d'infirmiers praticiens traitants dans les foyers de SLD	6,77
Recrutement d'infirmiers praticiens dans les foyers de SLD	2,09
Instrument RAI-MDS	40,48
Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux – allocations quotidiennes	18,93
Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux – remboursements de dépenses	50,69
Financement des agréments	8,23
Autre	414,79
<b>Total</b>	<b>732,00</b>

*Source* : Compilé par le Ministère pour les audiences publiques, sur demande de la Commission.

*Note* : La catégorie « Autre » inclut les montants provenant : du Fonds pour les déductions en compensation des taxes municipales; des subventions relatives au financement des coûts de construction; de la prime de conformité structurelle et des subventions d'immobilisations. Le financement peut être accordé pour différents domaines, notamment : parité salariale; CARl; services de laboratoire; formation en soins palliatifs et formation des préposés aux services de soutien à la personne; Family Councils Ontario; Ontario Association of Residents Councils; analyses de l'eau; hauts salaires; service de la dette.

## 2. La définition des normes et exigences

Dans le cadre de la mise en application du régime de réglementation, le Ministère joue un rôle essentiel dans la définition des normes et exigences applicables aux foyers de SLD. Ce rôle sera évoqué plus loin dans ce chapitre.

## 3. L'élaboration des politiques

Le Ministère joue un rôle fondamental dans l'élaboration des politiques applicables au secteur des foyers de SLD. Dans certains cas, ce rôle peut donner lieu à des changements importants du cadre législatif ou réglementaire, comme cela a été le cas avec la promulgation de la LFSLD et de son règlement.

Sur le volet des politiques, le Ministère travaille également avec d'autres intervenants. Par exemple, le Ministère a étroitement collaboré avec Shirlee Sharkey pour concevoir des normes en matière de soins et de dotation en personnel pour les foyers de SLD<sup>19</sup>. Il a également aidé à organiser la Joint Task Force on Medication Management in Long Term Care (groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments dans les soins de longue durée, pour donner suite au rapport 2007 de la Vérificatrice générale sur la gestion des médicaments dans les foyers de SLD<sup>20</sup>).

Le Ministère s'occupe également des problèmes précis décelés dans le secteur des SLD. Par exemple, il donne systématiquement suite aux recommandations formulées par le comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée, afin de déterminer si ces recommandations nécessitent une modification des politiques. (Ce comité a été créé par le Bureau du coroner en chef de l'Ontario. Il examine les décès survenus dans les foyers de SLD qui sont portés à sa connaissance par les principaux intervenants dans le système d'investigation sur les décès. Notamment, ce comité est chargé

---

<sup>19</sup> Voir : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *Des femmes et des hommes au service des autres : leur retentissement sur la qualité de la vie et des soins dans les foyers de soins de longue durée*, Rapport de l'Examen indépendant des normes en matière de soins et de dotation en personnel pour les foyers de soins de longue durée en Ontario (mai 2008). Shirlee Sharkey, présidente-directrice générale de Saint Elizabeth Health Care, a entrepris son examen indépendant des normes de dotation et de soins à la demande du ministre en 2007. Son examen a guidé le travail du Ministère sur les lignes directrices régissant les plans de dotation en personnel pour les foyers de SLD, qui a duré au moins jusqu'en 2011.

<sup>20</sup> Voir : *Joint Task Force on Medication Management – Report* (4 novembre 2009), publié conjointement par l'Ontario Long Term Care Association, l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, le Ministère et l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.



de formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des conditions similaires.)

Le Ministère réalise également un examen interne de ses pratiques, à partir de rapports préparés sur le secteur des SLD. Par exemple, en mai 2012, le Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée a publié *Un plan d'action pour contrer les mauvais traitements et la négligence dans les foyers de soins de longue durée*, qui comportait 18 recommandations visant à améliorer les soins et la sécurité des résidents. Faisant suite à ce rapport, la DAPC avait alors mené un examen interne de ses politiques et pratiques (et de diverses initiatives en cours de réalisation) afin de déterminer si elles étaient en accord avec ces recommandations. Le Ministère a aussi été amené à promulguer de nouvelles politiques et procédures spécifiques à son programme d'inspection, en réaction à des problèmes soulevés par la Vérificatrice générale consécutivement à son examen du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée (PIQFSLD).

#### 4. La délivrance et le renouvellement des permis

En vertu de la LMSI, l'ouverture ou l'exploitation d'une maison de soins infirmiers exigeait un permis délivré à cet effet par le directeur<sup>21</sup>. Les permis étaient accordés à condition de satisfaire aux exigences de la LMSI et de ses règlements et de s'acquitter des droits fixés par le ministre, à condition que cela soit dans l'intérêt public et qu'il n'existe aucun autre motif de refus<sup>22</sup>. Les permis expiraient 12 mois après leur date de délivrance (ou de renouvellement)<sup>23</sup>. La LMSI exigeait d'aviser le public et de lui donner l'occasion de présenter des observations orales ou écrites avant que le directeur ne puisse délivrer un permis, s'engager à en délivrer un ou le renouveler<sup>24</sup>. Le directeur pouvait révoquer ou refuser de renouveler le permis d'un foyer de soins infirmiers dans certaines circonstances limitées, notamment si son titulaire contrevenait à la Loi ou aux règlements applicables<sup>25</sup>.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, date à laquelle la LFSLD est entrée en vigueur, il est interdit d'exploiter des locaux d'habitation pour des personnes qui ont besoin de soins infirmiers ou dans lesquels des soins infirmiers sont fournis à

<sup>21</sup> LMSI, art. 4(1). Ce système de délivrance de permis n'existait pas dans la *Loi sur les établissements de bienfaisance* ni dans la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*.

<sup>22</sup> LMSI, art. 5(1)-(7).

<sup>23</sup> LMSI, art. 5(8).

<sup>24</sup> LMSI, art. 12.

<sup>25</sup> LMSI, art. 13.

deux personnes ou plus qui ne sont pas apparentées, sans y être autorisé par un permis délivré en vertu de la LFSLD<sup>26</sup>. Le ministre détermine, compte tenu de ce qui est dans l'intérêt public, si un secteur devrait être doté ou non d'un foyer de SLD, combien de lits de soins de longue durée devrait compter un secteur et à qui délivrer un permis<sup>27</sup>. Les permis sont délivrés pour une durée déterminée, qui ne peut pas dépasser 30 ans<sup>28</sup>. Le permis précise le nombre de lits que le titulaire du permis est autorisé à exploiter dans l'établissement<sup>29</sup>.

Le Ministère a la responsabilité de déterminer si un nouveau permis doit être délivré à la fin de la durée de validité d'un permis<sup>30</sup>. Actuellement, c'est la Direction des permis et des politiques, au sein de la Division des foyers de SLD, qui est responsable de délivrer les permis. Cette Direction demande souvent des renseignements sur la conformité des foyers à la Direction de l'inspection, avant de décider de délivrer ou de renouveler un permis.

## 5. La collecte et l'analyse de données

Le Ministère joue un rôle pour veiller à ce que des données soient collectées auprès des résidents des foyers de SLD. Ces données sont analysées et utilisées par différentes directions et divers organismes, à des fins multiples.

Les foyers de SLD ont l'obligation de réaliser une évaluation, à l'aide de l'instrument RAI-MDS, pour chaque résident dès son admission, puis au moins tous les trimestres. Les données ainsi collectées, qui comprennent des renseignements sur un large éventail d'indicateurs de santé (p. ex. activités quotidiennes, fonctionnement cognitif, plaies de pression, poids et problèmes comportementaux) sont alors envoyées à l'ICIS, pour analyse.

Les données sont mises à la disposition des foyers, afin de les aider à planifier les soins, ainsi qu'à différentes directions du Ministère, pour diverses finalités. Comme je l'ai évoqué plus haut, ces données sont notamment utilisées pour déterminer l'IGC de chaque foyer, dont dépend le montant de l'enveloppe des soins infirmiers et personnels. Ces données sont également exploitées lors des inspections de la qualité des services aux résidents, c'est-à-dire lors des inspections exhaustives réalisées tous les ans dans chaque foyer de SLD. Les données obtenues grâce à l'instrument RAI-MDS ont une importance fondamentale pour le rapport sur l'évaluation des risques et du rendement

<sup>26</sup> LFSLD, par. 95(1)-(3).

<sup>27</sup> LFSLD, art. 96 et 97.

<sup>28</sup> LFSLD, art. 102.

<sup>29</sup> LFSLD, art. 104.

<sup>30</sup> LFSLD, art. 103.

(rapport ÉRR) du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée (PIQFSLD)<sup>31</sup>, sur lesquels je reviendrai ultérieurement dans ce chapitre. Quant à la Direction de l'analytique en matière de santé, elle a utilisé les données de l'instrument RAI-MDS afin de déterminer si des taux de mortalité excessifs dans des foyers de SLD auraient pu être prédits et, éventuellement, contribuer à la détection de préjudices intentionnellement causés par des fournisseurs de soins de santé. Voir le chapitre 18, dans lequel ces travaux sont décrits plus en détail.

D'autres organismes (comme Qualité des services de santé Ontario et les Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation de l'Ontario) exploitent les données obtenues des foyers de SLD pour analyser des indicateurs précis de bien-être dans le secteur des foyers de SLD.

## 6. La réalisation des inspections et la surveillance de la conformité

Grâce au système d'inspections mis en place, la Direction de l'inspection (auparavant la DAPC) supervise directement les foyers de SLD de l'Ontario.

Même si la LFSLD a apporté des changements importants (notamment en termes de conformité et d'exécution), les aspects fondamentaux du système d'inspection sont restés inchangés dans le cadre de la LMSI:

- le ministre peut nommer des inspecteurs pour réaliser les inspections des foyers de SLD<sup>32</sup>;
- les inspecteurs (ou « conseillers en conformité » dans l'ancien système) sont habilités à inspecter les locaux, les dossiers, etc.<sup>33</sup>;
- les inspecteurs se rendent dans les foyers de SLD pour mener des inspections (désignées comme des « examens »/« reviews » dans le cadre de la LMSI), en réponse à des plaintes, à des rapports d'incidents inhabituels ou graves présentés par les foyers, afin d'assurer le suivi des problèmes en suspens, ainsi que dans le cadre d'une inspection annuelle;
- les inspections permettent de s'assurer que les foyers respectent les exigences de la loi et des règlements (et, dans l'ancien système, les normes et critères imposés par le *Manuel du programme des foyers de soins de longue durée*)<sup>34</sup>;

<sup>31</sup> Désormais désigné par le terme Évaluation du rendement du PIQFSLD.

<sup>32</sup> LMSI, art. 23; LFSLD, art. 141.

<sup>33</sup> LMSI, art. 24; LFSLD, art. 146-147.

<sup>34</sup> LMSI, art. 24(2); LFSLD, art. 142.

- les inspecteurs sont autorisés à rédiger des constatations en cas de non-respect d'une exigence prévue par la loi<sup>35</sup> (ou en cas de normes ou critères non respectés, dans l'ancien système);
- après les inspections, les inspecteurs rédigent des rapports d'inspection<sup>36</sup>.

### III. La surveillance exercée par le Ministère antérieurement au 1<sup>er</sup> juillet 2010 : la LMSI

En juin 2007, lorsque Wettlaufer a commencé à travailler à la maison de soins infirmiers à but lucratif Caessant Care (Woodstock), celle-ci était régie par la LMSI et son règlement, le Règlement 832. Elle devait également respecter les conditions imposées par l'Entente de responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée (ERS-SLD) qu'elle avait signée avec le RLISS du Sud-Ouest. L'ERS-SLD exigeait que cette maison respecte les normes et critères définis dans le *Manuel du programme des foyers de soins de longue durée* (Manuel du programme).

Comme indiqué en début de chapitre, les conseillers en conformité du Ministère, qui travaillaient dans les BRS locaux, étaient chargés de réaliser les inspections des foyers de SLD, afin de s'assurer qu'ils respectaient bien leurs obligations. Ils donnaient également des conseils aux foyers sur les changements nécessaires pour se conformer. Ce système a été appliqué jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2010; date à laquelle le nouveau système, imposé par la LFSLD et son règlement, est entré en vigueur.

#### A. Les obligations imposées par la LMSI, par le Règlement 832 et par le Manuel du programme

Les foyers de SLD constituent probablement le secteur le plus réglementé du système des soins de santé de l'Ontario. Même sous le régime qui était en vigueur avant le 1<sup>er</sup> juillet 2010, des obligations importantes étaient imposées aux maisons de soins infirmiers en vertu de la LMSI, du Règlement 832 et du Manuel du programme. Dans cette partie, j'évoque ces obligations, dont beaucoup étaient liées aux droits des pensionnaires et aux soins dus aux pensionnaires (c'est ainsi que les résidents étaient désignés dans la LMSI), mais dont certaines avaient trait à l'état physique des maisons.

<sup>35</sup> LFSLD, art. 152. En vertu de la LFSLD, les inspecteurs ont l'obligation de documenter toutes les constatations de non-respect d'une exigence prévue par la loi; voir LFSLD, art. 149(3).

<sup>36</sup> LMSI, art. 24(13); LFSLD, art. 149.

Compte tenu de l'importance de la gestion et de l'administration des médicaments dans le cadre du mandat de cette Enquête, j'aborde également les exigences (principalement contenues dans le Règlement 832 et le Manuel du programme) concernant la gestion des médicaments dans les maisons de soins infirmiers. Enfin, je me penche sur la nature du système d'inspection qui était en vigueur dans la province en vertu de la LMSI.

## **1. Les obligations générales**

La LMSI, le Règlement 832 et le Manuel du programme imposaient un ensemble de responsabilités et d'obligations aux maisons de soins infirmiers à but lucratif. L'article 2(1) de la LMSI définissait ainsi le principe fondamental à appliquer dans l'interprétation de la LMSI et de ses règlements : « une maison de soins infirmiers est avant tout la maison des pensionnaires. À ce titre, elle doit être exploitée de manière à répondre de façon satisfaisante aux besoins physiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels de chacun des pensionnaires. »

### ***a) La déclaration des droits des pensionnaires***

Une « déclaration des droits des pensionnaires » était incluse dans la LMSI. Elle exigeait des titulaires de permis qu'ils veillent au plein respect et à la promotion des droits des pensionnaires. L'article 2(2) exigeait ainsi le plein respect et la promotion des droits suivants, entre autres :

- le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité et de son individualité, sans subir de mauvais traitements d'ordre mental ou physique;
- le droit de donner ou de refuser son consentement à un traitement, y compris l'administration de médicaments, conformément à la loi, et d'être informé des conséquences qui peuvent résulter du fait qu'il donne ou refuse son consentement;
- le droit de vivre dans un milieu sûr et propre.

### ***b) Les soins aux pensionnaires, les programmes de soins et la gestion de la qualité***

En vertu de la LMSI, les titulaires de permis avaient l'obligation de concevoir des programmes de soins pour les pensionnaires, fondés sur une évaluation régulière de leurs besoins, et de veiller à ce que les soins leur soient fournis

conformément aux indications du programme<sup>37</sup>. Ils avaient également l'obligation d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes de gestion de la qualité pour « surveiller, évaluer et améliorer la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux pensionnaires de la maison de soins infirmiers »<sup>38</sup>.

Le Règlement 832 imposait des obligations précises concernant la qualité des soins fournis aux pensionnaires, notamment des obligations liées :

- aux médecins et aux infirmiers autorisés;
- à l'organisation des soins infirmiers et des quarts de travail et à la formation du personnel;
- à la programmation des activités;
- aux soins nutritionnels;
- aux programmes de soins pour les pensionnaires<sup>39</sup>.

### ***c) Les conseils des pensionnaires***

Bien que la LMSI n'exigeait pas la présence d'un conseil des pensionnaires dans les maisons de soins infirmiers, les titulaires de permis devaient aider à leur constitution dans certaines circonstances, notamment dès lors qu'au moins trois pensionnaires dans la maison de soins avaient présenté une demande de constitution d'un conseil des pensionnaires à l'administrateur de la maison de soins infirmiers (appelé « directeur général » dans la LMSI)<sup>40</sup>.

### ***d) L'état physique des maisons de soins infirmiers***

Le Règlement 832 contenait également des exigences précises concernant les installations des maisons de soins et leur entretien, notamment en ce qui concerne :

- les chambres et l'ameublement des chambres;
- les postes infirmiers;
- les zones d'intimité, les salles à manger, les salons et les zones d'activité;
- les installations sanitaires;
- les programmes d'entretien ménager;

<sup>37</sup> LMSI, art. 20.10.

<sup>38</sup> LMSI, art. 20.11.

<sup>39</sup> Règl. 832, art. 50-54, 56-61.2, 72; 74-77, 126-27.

<sup>40</sup> LMSI, art. 29.

- la gestion des services de buanderie dans la maison;
- la gestion des déchets et des poubelles;
- les systèmes audiovisuels d'appel des infirmiers;
- les conditions d'éclairage;
- les conditions de température;
- la sécurité générale et la sécurité-incendie<sup>41</sup>.

Le Manuel du programme contenait également un grand nombre de normes et critères que tous les foyers de SLD de l'Ontario devaient respecter. Ce manuel très volumineux, qui comportait plus de 700 pages dans sa version finale, imposait aux foyers de respecter des politiques, normes et critères liés à une grande variété de thèmes, notamment les absences autorisées des pensionnaires, les directives de réanimation et les ordonnances de non-réanimation, les soins aux pensionnaires, les services de soins infirmiers, la formation du personnel, les programmes religieux et spirituels et l'hygiène du milieu.

## 2. Les obligations en matière de signalement

La LMSI, le Règlement 832 et le Manuel du programme imposaient chacun des obligations précises en matière de signalement aux titulaires des permis et, dans certains cas, aux particuliers. Dans certains cas, des obligations corollaires étaient imposées aux personnes à qui ces rapports devaient être faits.

### ***a) Les obligations de signalement imposées par la LMSI***

La LMSI exigeait que toute personne (autre que des pensionnaires) signale tout cas de préjudice suspecté ou potentiel subi par un pensionnaire, que cela soit à la suite d'un acte intentionnel, d'une incompétence ou d'une négligence. Selon les termes de l'article 25(1) de la LMSI :

*La personne, à l'exception d'un pensionnaire, qui a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un pensionnaire a subi ou peut subir un préjudice à la suite d'un acte illégal, de négligence ou d'un traitement ou de soins inappropriés ou administrés par des personnes incompétentes communique sans délai ses soupçons et les motifs qui les fondent au directeur [italiques ajoutés]<sup>42</sup>.*

<sup>41</sup> Règl. 832, art. 10-11, 12, 14-22, 25-27, 28-30, 32-34.

<sup>42</sup> Aucune obligation similaire n'existait dans la *Loi sur les établissements de bienfaisance* ou dans la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*.

Aucune des expressions « motifs raisonnables de soupçonner », « préjudice », « traitement ou soins inappropriés ou administrés par des personnes incompetentes » et « négligence », employées dans cet article 25(1), n'était par ailleurs défini dans la LMSI ou dans ses règlements.

La LMSI étendait explicitement cette obligation de signalement aux médecins et aux infirmiers autorisés<sup>43</sup>. Elle prévoyait également une protection contre le renvoi ou contre l'imposition de mesures disciplinaires ou de sanctions, pour les personnes qui faisaient un tel signalement, à moins qu'elles n'aient agi « avec l'intention de nuire ou sans motifs valables »<sup>44</sup>.

Chaque titulaire de permis devait transmettre au directeur, dès réception, toute plainte écrite concernant les soins fournis à un pensionnaire ou l'exploitation de la maison de soins infirmiers, ainsi que des renseignements détaillés sur ce qui avait été fait ou sur ce qu'il se proposait de faire pour remédier au problème à l'origine de la plainte, ou sur les motifs pour lesquels il estimait la plainte infondée<sup>45</sup>.

Le directeur avait l'obligation de faire effectuer « sans délai » une enquête, dès réception d'un rapport présenté en vertu de l'article 25 (soupçon de préjudice) et dès réception d'une plainte transmise en vertu de l'article 26 de la LMSI (plaintes transmises)<sup>46</sup>. De plus, selon la LMSI, en cas de réception d'un rapport provenant de n'importe quelle source lui donnant des motifs valables de croire que la santé, la sécurité ou le bien-être d'un pensionnaire pouvait être menacé, le directeur devait, sans délai, faire ouvrir une enquête et faire visiter la maison de soins infirmiers qui accueillait ce pensionnaire<sup>47</sup>.

### ***b) L'obligation de signalement d'incidents en vertu du Règlement 832***

Le Règlement 832 exigeait de signaler immédiatement<sup>48</sup> tous les décès de pensionnaire survenus dans une maison de soins infirmiers : (1) à un coroner; (2) au médecin du pensionnaire; et (3) à un infirmier autorisé ayant traité le pensionnaire. Si le médecin traitant ou l'infirmier autorisé traitant convenait que le décès était dû à des causes naturelles et que le coroner avait été

<sup>43</sup> LMSI, art. 25(5).

<sup>44</sup> LMSI, art. 25(2)-(3).

<sup>45</sup> LMSI, art. 26(1)-(2).

<sup>46</sup> LMSI, art. 25(7), 26(3).

<sup>47</sup> LMSI, art. 27.

<sup>48</sup> Le règlement ne précisait pas qui devait faire le signalement.



informé du décès, le corps du pensionnaire pouvait être transféré dans une zone privée de la maison<sup>49</sup>.

Le titulaire de permis d'une maison de soins infirmiers devait formellement signaler au directeur de certains incidents, notamment :

- un incendie;
- une voie de fait;
- une blessure ayant provoqué un transfert à l'hôpital;
- une épidémie de maladie transmissible;
- un décès résultant d'un accident ou d'une cause indéterminée<sup>50</sup>.

Le Règlement 832 ne précisait pas de délais à respecter pour le signalement de ces incidents, il indiquait juste que le rapport devait être fait « promptement » et « sur le formulaire que fournit le ministre »<sup>51</sup>. Le Manuel du programme imposait des exigences de signalement similaires, mais indiquait des délais plus précis.

### ***c) L'obligation de signaler des incidents inhabituels en vertu du Manuel du programme***

Le Manuel du programme exigeait aussi le signalement de certains incidents inhabituels, mais la nature de cette obligation différait quelque peu de celle imposée par le Règlement 832. Par exemple, le Manuel du programme obligeait l'administrateur du foyer (ou son remplaçant autorisé) – et non pas le titulaire du permis, contrairement au Règlement 832 – à signaler au Ministère les « incidents inhabituels ». Ce rapport de signalement était alors transmis aux BRS. Cette exigence s'appliquait également aux foyers de SLD réglementés par la *Loi sur les établissements de bienfaisance* ou par la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*.

Le Manuel du programme donnait la définition suivante du terme « incident inhabituel » : « incident présentant un risque potentiel ou réel pour la sûreté, la sécurité, le bien-être ou la santé d'un pensionnaire ou d'un membre du personnel, ou pour la sûreté et la sécurité des établissements, et qui nécessite une intervention de la part du personnel ». Le manuel précisait quels types d'incidents inhabituels devaient être signalés immédiatement, dès le jour ouvrable suivant ou dans un délai de 10 jours ouvrables.

<sup>49</sup> Règl. 832, art. 78.

<sup>50</sup> Règl. 832, art. 96.

<sup>51</sup> Règl. 832, par. 96(2).

En particulier, le Manuel du programme exigeait de signaler immédiatement les incidents « entraînant un risque immédiat pour un ou plusieurs pensionnaires et impliquant l'intervention d'un ou de plusieurs organismes extérieurs, comme la police, le service des pompiers ou un médecin-conseil en santé publique ». Un signalement immédiat était également requis en cas de :

- déclarations faites à la police en lien avec les incidents suivants :
  - mauvais traitement ou voie de fait impliquant un pensionnaire, y compris en cas de « douleur ou de blessure infligée directement et intentionnellement ou en cas d'agression sexuelle »;
  - allégation de fraude ou de vol;
  - alertes à la bombe/évacuations;
  - disparition d'une personne;
  - décès inhabituel/accidentel, notamment suicide;
  - disparition/détournement de médicaments.
- déclarations faites au service des pompiers en lien avec les incidents suivants :
  - urgence incendie dans l'établissement, qui nécessite l'évacuation, même partielle, d'une zone ou l'interruption de services.
- déclarations faites au médecin-conseil en santé publique en lien avec les incidents suivants :
  - maladie infectieuse ayant atteint un niveau épidémique;
  - maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*;
  - contamination d'une source d'approvisionnement en eau potable.

Les incidents inhabituels que les administrateurs avaient l'obligation de signaler dès le jour ouvrable suivant comprenaient les incidents nécessitant l'intervention d'un ou de plusieurs organismes, mais qui « ne posaient pas de risque immédiat pour les pensionnaires »; les cas de déclenchement, même partiel, du plan d'urgence de l'établissement, notamment en cas d'évacuation de pensionnaires, et les pannes de systèmes ou d'équipements importants, exposant les pensionnaires à un risque.

Le Manuel du programme exigeait également de signaler par écrit, sous 10 jours ouvrables, « les blessures, erreurs de médicament ou de traitement ayant entraîné le transfert à l'hôpital d'un pensionnaire pour un traitement ou une hospitalisation ».

Même si les incidents inhabituels pouvaient dans un premier temps être signalés par téléphone, l'administrateur du foyer avait l'obligation de veiller à ce qu'un exemplaire du formulaire de rapport sur l'incident inhabituel soit communiqué au Ministère sous 10 jours ouvrables à compter de la survenue de l'incident.

Ces rapports d'incidents inhabituels, après réception par les BRS, étaient examinés par les conseillers en conformité et pouvaient entraîner un examen du foyer concerné.

### **3. Les obligations concernant la gestion et l'administration des médicaments**

Toutes les obligations et exigences relatives à la gestion et à l'administration des médicaments dans les maisons de soins infirmiers étaient contenues dans le Règlement 832 ou le Manuel du programme.

#### ***a) La gestion des médicaments exigée par le Règlement 832***

Selon le Règlement 832, l'administration et l'exécution des dispositions relatives aux médicaments relevaient de la responsabilité du directeur général de la maison de soins infirmiers<sup>52</sup>. Les articles 63-69 du Règlement 832 fixaient diverses exigences, notamment celles-ci :

- L'administration des médicaments aux pensionnaires ne pouvait se faire que sur prescription individuelle.
- À l'exception des médecins, des dentistes ou du personnel autorisé, nul ne pouvait administrer un médicament à un pensionnaire.
- Le directeur général ne pouvait autoriser d'avoir un stock de médicaments pour plus de trois mois pour un pensionnaire.
- Les médicaments devaient être conservés dans une armoire à médicaments ou un local d'entreposage verrouillé(e) ou, pour les médicaments qui nécessitaient une réfrigération, dans une boîte verrouillée entreposée dans le réfrigérateur.
- Les clés permettant d'ouvrir l'armoire à médicaments ou le local d'entreposage devaient être conservées dans un endroit verrouillé et placées sous le contrôle de l'infirmier autorisé ou de l'infirmier auxiliaire autorisé de service ou, en son absence, du directeur général.

<sup>52</sup> Art. 63(1). Aucune obligation similaire n'était imposée aux foyers régis par la *Loi sur les établissements de bienfaisance* ou par la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos* ou par les règlements de ces lois.

- Tous les narcotiques et médicaments classés comme substances désignées devaient être entreposés dans une boîte ou une armoire verrouillée, désignée par le terme « armoire à narcotiques ».
- Chaque maison de soins infirmiers devait tenir à jour un dossier des médicaments, dans lequel devaient figurer les dates de commande des médicaments, la signature de la personne ayant passé la commande, le nom du pensionnaire à qui le médicament avait été prescrit, la date de réception du médicament et la signature de la personne ayant réceptionné le médicament pour le compte de la maison.
- À quelques exceptions près, seuls les médicaments sur ordonnance ayant été prescrits pour un pensionnaire pouvaient être achetés, conservés ou utilisés dans une maison de soins infirmiers.
- Les médicaments prescrits pour des pensionnaires ayant quitté la maison ou pour des pensionnaires décédés ou encore ceux que le médecin traitant avait ordonné de cesser d'utiliser devaient être détruits par le directeur des soins infirmiers, en présence d'un inspecteur, ou par un pharmacien ou un médecin, ou bien retirés de la maison par un inspecteur.
- Le directeur des soins infirmiers devait consigner dans le dossier des médicaments la date de destruction du médicament ou de son retrait de la maison.

***b) Les normes de gestion des médicaments imposées aux foyers en vertu du Manuel du programme***

Le Manuel du programme imposait également une série de normes et de critères liés à la gestion et à l'administration des médicaments. Ces normes et critères s'appliquaient à tous les foyers de la province, y compris ceux régis par la *Loi sur les établissements de bienfaisance* ou la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*.

Le Manuel du programme imposait huit normes, chacune correspondant à une exigence particulière et comportant plusieurs critères détaillés. Le tableau 9.4 récapitule les normes et les exigences associées et présente certains renseignements relatifs aux critères qui y étaient rattachés.

**Tableau 9.4 : Récapitulatif des normes imposées par le Manuel du programme**

NORME	EXIGENCE	EXEMPLE DE CRITÈRE*
<b>Administration</b>	Un programme structuré doit être mis en place pour la fourniture des services pharmaceutiques afin de répondre aux besoins établis des pensionnaires.	<p>Les foyers doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• avoir un pharmacien détenteur du permis d'exercice de l'Ordre professionnel des pharmaciens pour fournir les services pharmaceutiques cliniques au foyer;</li> <li>• retenir les services d'une pharmacie chargée de fournir les médicaments et produits médicamenteux au foyer;</li> <li>• avoir un contrat écrit, signé entre le foyer et les personnes chargées de fournir les services pharmaceutiques, qui précise les attentes concernant les services pharmaceutiques;</li> <li>• avoir accès à des services pharmaceutiques disponibles 24 heures sur 24, sept jours par semaine;</li> <li>• mettre à disposition de chaque unité de soins infirmiers des documents de référence sur les médicaments.</li> </ul>
<b>Processus structuré d'examen</b>	Un processus d'examen interdisciplinaire structuré doit être mis en place pour encadrer les services et programmes pharmaceutiques du foyer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le pharmacien doit participer au processus d'examen multidisciplinaire.</li> <li>• Le processus d'examen doit comprendre une étape de documentation des résultats de l'examen et des mesures prises, sur une base trimestrielle.</li> <li>• Le processus d'examen doit intégrer un examen du programme de gestion des risques et de la qualité, pour tout ce qui concerne les services pharmaceutiques, en ciblant l'objectif d'amélioration de la pharmacothérapie pour les pensionnaires.</li> <li>• Le foyer doit avoir des politiques et procédures écrites à jour pour tous les aspects des services pharmaceutiques.</li> </ul>

*suite*

NORME	EXIGENCE	EXEMPLE DE CRITÈRE*
<b>Prescription et transmission des ordonnances</b>	La prescription et la transmission des ordonnances doivent appuyer la délivrance sécuritaire des médicaments aux pensionnaires.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les ordonnances doivent être rédigées et signées par le médecin et comporter certains éléments minimums obligatoires : le nom du pensionnaire, la date, le nom du médicament, sa concentration, sa forme, sa quantité, sa fréquence et son mode d'administration ainsi que la signature du médecin.</li> <li>• Un système garantissant une transmission sûre, précise et en temps voulu de toutes les ordonnances doit être mis en place.</li> <li>• Des copies écrites de toutes les ordonnances ou des duplicatas de toutes les ordonnances doivent être envoyés au pharmacien.</li> <li>• Les médicaments de chaque patient doivent faire l'objet d'un réexamen tous les trimestres (ou plus fréquemment, au besoin) avec signature du médecin.</li> <li>• Le dossier des évaluations trimestrielles des médicaments doit être intégré au dossier médical du pensionnaire. Une copie doit être renvoyée à la pharmacie.</li> </ul>
<b>Préparation des médicaments</b>	Les services pharmaceutiques doivent prévoir une préparation précise et sûre des médicaments et produits biochimiques soumis à ordonnance, afin de répondre aux besoins établis des pensionnaires en ce qui a trait aux médicaments.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médicaments peuvent uniquement être délivrés par un pharmacien, un médecin ou un dentiste, sauf circonstances exceptionnelles dans lesquelles un infirmier autorisé peut le faire.</li> <li>• Tous les médicaments destinés aux pensionnaires doivent porter une étiquette mentionnant le numéro d'ordonnance, le nom du pensionnaire et d'autres renseignements utiles.</li> </ul>

NORME	EXIGENCE	EXEMPLE DE CRITÈRE*
<b>Reçus de réception et de traitement des médicaments</b>	Des dossiers permettant d'enregistrer la réception et le traitement de tous les médicaments reçus par l'établissement doivent être tenus à jour et suffisamment détaillés à des fins de suivi, de rapprochement et de vérification, conformément à la législation applicable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun critère supplémentaire n'est inclus pour cette exigence dans le Manuel du programme.</li> </ul>
<b>Entreposage des médicaments</b>	Tous les médicaments et produits biochimiques doivent être entreposés dans des conditions appropriées d'hygiène, de température, d'éclairage, d'humidité et de sécurité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les médicaments et produits biochimiques doivent être entreposés dans un endroit judicieusement localisé, dans des locaux d'entreposage ou des armoires à médicaments verrouillé(e)s.</li> <li>• Les narcotiques et médicaments classés comme substances désignées doivent être entreposés à part, dans un compartiment verrouillé, non amovible, dans l'armoire à médicaments générale ou le local d'entreposage.</li> <li>• Toutes les armoires à médicaments et tous les locaux d'entreposage doivent être verrouillés en tout temps; seuls le personnel infirmier autorisé et le pharmacien doivent pouvoir accéder aux clés.</li> <li>• Un système d'administration facilitant la surveillance (doses uniques/plaquettes alvéolaires, par exemple) doit être utilisé pour tous les médicaments.</li> </ul>

NORME	EXIGENCE	EXEMPLE DE CRITÈRE*
<b>Élimination et destruction des médicaments</b>	L'élimination des médicaments doit être effectuée conformément à la politique fixée par le Ministère.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médicaments interrompus, non utilisés, périmés, ayant fait l'objet d'un rappel, détériorés ou non étiquetés doivent être éliminés des stocks de médicaments utilisables.</li> <li>• Les médicaments doivent être détruits et retirés du foyer conformément à la législation applicable et aux politiques et directives fixées par le Ministère.</li> </ul>
<b>Erreurs de médicament/ réactions indésirables</b>	Un système doit être mis en place pour signaler immédiatement toute erreur de médicament et toute réaction indésirable à un médicament, avec des mesures de suivi spécifiques à entreprendre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les erreurs de médicament et toutes les réactions indésirables doivent être promptement signalées au directeur des soins infirmiers, au prescripteur et au pharmacien, conformément à la politique et à la procédure établies, et des mesures spécifiques de suivi doivent être entreprises.</li> <li>• La description d'une erreur de médicament ou d'une réaction indésirable doit être inscrite dans le dossier clinique du pensionnaire immédiatement après la transmission du rapport.</li> <li>• Toute réaction indésirable à un médicament doit être inscrite dans le profil pharmaceutique du pensionnaire et signalée au pharmacien, qui devra en faire rapport au Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments.</li> </ul>

Source : Compilé par la Commission.

\*Sauf indication contraire, la formulation employée pour les critères désigne une obligation (« shall »/doit) et non pas une permission (« may »/peut).

Le Manuel du programme définissait également des lignes directrices concernant les services pharmaceutiques, qui prévoyaient notamment des responsabilités supplémentaires éventuelles pour le comité de pharmacologie et de thérapeutique au sein des foyers de SLD. Ces lignes directrices suggéraient par exemple de confier à ce comité diverses responsabilités, notamment :

- formuler des recommandations pour améliorer les programmes pharmaceutiques et surveiller leur adéquation, afin d'assurer des activités de pharmacothérapie, de distribution, de contrôle et d'utilisation des médicaments sûres, efficaces et efficientes;



- examiner tous les rapports d'erreurs de médicament et les taux d'erreurs, afin d'en déterminer les causes et d'élaborer des politiques ou procédures visant à prévenir d'autres incidents similaires;
- examiner les dossiers de vérification des activités d'entreposage et de distribution des médicaments;
- examiner les registres de destruction des médicaments, afin de formuler des recommandations pour éviter d'éventuels rebuts inutiles.

Comme je l'ai expliqué lorsque j'ai évoqué les exigences actuellement applicables en matière de gestion et d'administration des médicaments, nombre de normes et de critères du Manuel du programme ont été incorporés aux règlements de la LFSLD.

#### 4. Le système d'inspection imposé par la LMSI

Avant le 1<sup>er</sup> juillet 2010, tous les foyers de SLD de la province (qu'il s'agisse d'établissements de bienfaisance, de foyers de soins infirmiers à but non lucratif, de foyers municipaux ou de maisons de soins infirmiers à but lucratif) étaient soumis à des inspections<sup>53</sup>. Selon la LMSI, des inspections étaient réalisées « [e]n vue de déterminer si la présente loi, les règlements, les conditions auxquelles un financement est assujéti (...) ou une entente de responsabilisation en matière de services sont observés »<sup>54</sup>. La loi accordait divers pouvoirs aux inspecteurs pour mener les inspections, notamment celui d'inspecter les locaux de la maison de soins infirmiers et d'examiner les activités qui s'y déroulaient; d'examiner les documents et le droit d'interroger des personnes sur toute question pertinente pour l'inspection<sup>55</sup>.

Wettlaufer a commencé à travailler à Caressant Care (Woodstock) en 2007. À cette époque et jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2010, les inspecteurs étaient désignés par le terme « conseillers en conformité ». Ils étaient rattachés aux Bureaux régionaux de services, au sein de la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité (DAPC). La plupart des conseillers en conformité étaient des infirmiers autorisés, mais certains étaient des conseillers en hygiène du milieu ou en diététique. Entre 2007 et 2010, le nombre total de conseillers en conformité dans la province s'établissait entre

<sup>53</sup> Voir par ex. la *Loi sur les établissements de bienfaisance*, art. 10.1; la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*, art. 21; la LMSI, art. 24.

<sup>54</sup> LMSI, art. 24(2).

<sup>55</sup> LMSI, art. 24(4).

70 et 77. Environ 15 conseillers en conformité étaient rattachés au BRS de London, qui était le bureau chargé de superviser le foyer Caressant Care (Woodstock).

Les conseillers en conformité étaient assignés à des foyers de SLD précis au sein de la région de leur BRS. Chaque conseiller, qui était généralement chargé d'un nombre compris entre 12 et 15 foyers, était le principal point de contact entre ces foyers et le Ministère. Les foyers appelaient directement les conseillers. Les conseillers en conformité recevaient tous les rapports concernant les foyers (rapports d'incidents inhabituels et plaintes). Ils avaient la responsabilité d'examiner tous les renseignements reçus au sujet des foyers et de déterminer s'il convenait de mener une inspection et, si oui, quand. Dans son témoignage lors des audiences publiques, un ancien conseiller en conformité a indiqué que « c'était plutôt l'exception que la règle que [le Ministère] se penche sur un incident inhabituel ».

Les conseillers en conformité réalisaient toutes les inspections dans les foyers, notamment celles qui faisaient suite à des plaintes et à un rapport d'incidents inhabituels, ainsi que les inspections annuelles. Ils réalisaient aussi des examens plus spécialisés portant sur l'hygiène du milieu et la diététique. Certains conseillers en conformité procédaient également à des examens antérieurement ou postérieurement à la vente d'un foyer ou pour faire le suivi du non-respect de certaines normes ou de certains critères. Lors de la réalisation d'un examen dans le cadre de la LMSI, le conseiller avait la responsabilité de déterminer si l'établissement se conformait à la LMSI, au Règlement 832, aux normes et aux critères définis dans le Manuel du programme.

Les conseillers en conformité s'appuyaient sur le Manuel du programme durant les examens. Ils examinaient les documents pertinents, faisaient leurs observations et déterminaient ensuite si le foyer respectait les normes et critères définis dans le manuel.

Après l'examen, les conseillers en conformité préparaient généralement un rapport récapitulatif. Les rapports ne contenaient pas de sanctions écrites. Il existait deux types de rapports : le rapport sur les normes et critères non respectés et le sommaire des observations et discussions. Lorsque les conseillers en conformité trouvaient qu'un foyer ne respectait pas les normes ou les critères du Manuel du programme, ils discutaient de leurs constatations avec l'administrateur et le directeur des soins du foyer, formulaient parfois des recommandations ou donnaient des conseils sur les pratiques qui

permettraient au foyer de se conformer. La décision concernant le type de rapport à rédiger reposait sur quatre facteurs : l'étendue, le niveau de gravité, les antécédents du foyer en matière de conformité et la diligence raisonnable.

En vertu de la LMSI, le rapport sur les normes ou critères non respectés (et toute constatation de non-respect des normes communiquée à une maison) exigeait du directeur général de la maison de soins infirmiers qu'il envoie en réponse un plan de redressement au directeur, sous sept jours, détaillant les mesures qu'il prévoyait prendre pour régler le problème. Le sommaire des observations et discussions contenait souvent des suggestions ou des orientations, destinées aux titulaires des permis, sur la manière d'améliorer leur statut de conformité. Ce type de rapport ne nécessitait aucun suivi de la part de la maison.

Outre ces rapports, dans l'ancien système, les conseillers en conformité donnaient souvent des conseils et des orientations aux foyers sur la manière de s'acquitter des obligations imposées par la LMSI, le Règlement 832 et le Manuel du programme. Ils faisaient des suggestions à l'intention de chaque foyer concernant la manière dont il pouvait garantir sa conformité et comment établir un contact avec d'autres foyers performants au sein de la région du BRS.

D'après le témoignage qui a été recueilli durant les audiences publiques, la nature des conseils qui étaient donnés aux foyers variait considérablement, en fonction du type de questions posées. Un ancien conseiller en conformité a expliqué que les questions portaient sur des sujets allant de la gestion du linge manquant à l'accès des pensionnaires aux activités, en passant par l'obtention de ressources pour aider les pensionnaires difficiles. Ce conseiller orientait souvent les personnes qui lui posaient des questions vers d'autres foyers qui avaient de bons résultats concernant un point précis ou vers des foyers qui avaient conçu des méthodes et des outils efficaces. Selon une autre ancienne conseillère en conformité, si un foyer ne respectait pas une norme précise, elle donnait parfois des conseils pendant l'examen. Elle pouvait aussi inciter le foyer à contacter d'autres foyers qui avaient de bons programmes ou à envisager de former son personnel sur un aspect particulier.

Lorsqu'on leur a demandé si les foyers trouvaient leurs conseils utiles, ces deux anciens conseillers en conformité ont eu une réponse ambivalente. Selon ce qu'a indiqué l'un d'eux : « Parfois oui. Mais parfois nous ne disposons pas d'information utile. Cela dépendait juste des cas. » L'autre de ces conseillers a indiqué que certains foyers « appréciaient réellement » ce rôle de conseil,

mais que d'autres « étaient ravis que ça n'existe plus, car ils n'avaient jamais estimé que cela ajoutait quoi que ce soit et que, même, cela les embrouillait davantage. »

Pratiquement aucun mécanisme coercitif n'était accessible aux conseillers en conformité (ou au directeur) dans l'ancien système d'inspection. Lorsque les foyers avaient de multiples problèmes de non-respect des normes, ils étaient placés sous « surveillance accrue », c'est-à-dire soumis à un processus d'examen conçu pour déterminer si le foyer faisait des progrès en ce qui concerne le problème en question. En cas de problèmes répétés de non-respect des normes de la LMSI ou de ses règlements par un titulaire de permis, le directeur était autorisé à révoquer ou refuser de renouveler le permis de la maison de soins infirmiers<sup>56</sup> ou à interrompre les admissions dans cette maison<sup>57</sup>. Néanmoins, contrairement à ce que prévoit la LFSLD, ni les conseillers en conformité ni le directeur (une fonction créée par la LFSLD et occupée par une personne au sein du Ministère) n'avaient le pouvoir de donner des ordres de conformité ou d'imposer des ordres de gestion obligatoire.

#### **IV. Engagement en matière de soins : un appel à réformer le système des foyers de soins de longue durée de l'Ontario**

Au début des années 2000, les appels à la réforme du système des foyers de SLD se sont multipliés en Ontario. En 2004, Monique Smith, adjointe parlementaire au ministre de la Santé et des Soins de longue durée, a réalisé un examen de ces foyers dans la province. Son rapport final, intitulé *Engagement en matière de soins*, a été publié au printemps 2004 et recommandait un changement substantiel et une amélioration du système<sup>58</sup>. Ces recommandations, en particulier celles qui portaient sur les modifications législatives et l'élaboration d'un nouveau régime d'inspection et d'application de la loi, ont été à l'origine de l'élaboration de la LTCHA et du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée (PIQFSLD), qui demeurent tous deux en vigueur.

<sup>56</sup> LMSI, art. 13.

<sup>57</sup> LMSI, art. 20.1(17).

<sup>58</sup> Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Engagement en matière de soins*.

Dans ce chapitre, j'évoque les principales recommandations tirées du rapport *Engagement en matière de soins*, de façon générale, mais aussi en ciblant celles ayant trait au rôle de surveillance des foyers de SLD par le Ministère. J'examine dans un deuxième temps la réponse apportée à ce rapport par le Ministère, en particulier en ce qui a trait aux travaux effectués pour élaborer la LFSLD et son règlement détaillé; le projet Compliance Transformation (projet Transformation conformité); et les outils de formation et de sensibilisation préparés et distribués par le Ministère en anticipation du déploiement du nouveau système.

## **A Engagement en matière de soins : processus de consultation et d'examen mis en œuvre**

Au cours de l'hiver 2004, M<sup>me</sup> Smith a réalisé une étude officielle comportant des visites surprises dans plus de 20 foyers de SLD en Ontario, notamment des établissements municipaux, des établissements à but non lucratif, des établissements à but lucratif et des foyers de bienfaisance). Ces visites avaient été effectuées dans de grands établissements de plus de 350 lits et dans des foyers plus petits qui n'en comptaient que 22.

Durant son examen, M<sup>me</sup> Smith avait rencontré de nombreux intervenants du secteur des SLD (dont beaucoup ont également participé à cette Enquête). Des consultations avaient notamment été effectuées auprès des intervenants suivants : l'Advocacy Centre for the Elderly, la Société Alzheimer, des membres de conseils des familles, des conseillers en conformité, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l'Ontario, la Nurse Practitioner Association of Ontario, l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, l'Ontario Association of Residents' Councils, l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, l'Ontario Long Term Care Association, l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, des gériatres, des administrateurs de SLD, des médecins et des universitaires compétents dans le domaine de la gériatrie et des soins de longue durée<sup>59</sup>.

Dans ce rapport, qu'elle qualifiait de « plan d'action », M<sup>me</sup> Smith exprimait sa gratitude d'avoir pu participer à une « révolution » des SLD. Elle soulignait que « [l]e gouvernement s'est engagé à offrir des foyers où nos aînés peuvent vivre dans la dignité tout en bénéficiant des soins de la meilleure qualité possible ».

---

<sup>59</sup> Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Engagement en matière de soins*, annexe C.

Pour atteindre cet objectif, ses recommandations se concentraient sur cinq principaux thèmes, sur lesquels le gouvernement pouvait intervenir dans le secteur des SLD :

- améliorer la qualité de vie;
- assumer ses responsabilités envers le public;
- mettre au point des normes claires et coercitives, accompagnées de mécanismes d'application et d'inspection plus exigeants;
- améliorer la dotation en personnel et l'administration du système;
- modifier la loi et revoir la méthode de financement.

### 1. La qualité de vie

Le premier ensemble de recommandations de M<sup>me</sup> Smith ciblait la nécessité d'améliorer la qualité de vie des plus de 70 000 pensionnaires qui vivaient à l'époque dans des foyers de SLD. En particulier, elle affirmait qu'il fallait réintroduire les concepts de « foyer » et de « soins » dans le secteur des SLD. Elle cernait précisément six notions fondamentales à considérer : la philosophie des soins, le rôle de l'administrateur, le rôle de la collectivité, la création d'un environnement propre au foyer, la formation et la sensibilisation de la population et le maintien de la sécurité dans les foyers.

Selon elle, la philosophie des soins d'un foyer est un indicateur important de la qualité de vie des pensionnaires au jour le jour et, d'après ce qu'elle avait constaté lors des visites de divers foyers, la démarche de l'administrateur à l'égard de cette culture des soins est particulièrement cruciale. En effet, dans les foyers où l'administrateur n'avait pas d'éthique en matière de soins, elle avait constaté des lacunes en matière de considération et de présence aimante, ce qui entraînait des situations de pensionnaires « parqués dans des fauteuils roulants, devant des téléviseurs, pendant la majeure partie de la journée, ou allongés sur leur lit durant de longues périodes ».

Elle faisait donc les recommandations suivantes au Ministère en ce qui concerne le rôle des administrateurs des foyers :

- entreprendre un examen interne des dossiers des administrateurs afin de vérifier leurs qualifications et leur niveau de compétence en matière de gestion et de déterminer les domaines dans lesquels ils ont besoin d'une formation d'appoint;

- organiser un forum pédagogique à l'intention des administrateurs de foyers afin de déterminer les indicateurs d'un foyer bien administré et de renforcer les pratiques de gestion exemplaires, notamment en termes de philosophie de soins et de service.

M<sup>me</sup> Smith soulignait également qu'elle avait remarqué que les familles, les bénévoles et la collectivité avaient des rôles clés à jouer pour garantir que les pensionnaires des foyers de SLD soient traités avec dignité et qu'ils aient « une vie riche et satisfaisante ». Elle avait constaté combien leur qualité de vie était améliorée grâce aux visites des familles et grâce aux bénévoles. Dans l'un des foyers visités, des bénévoles aidaient à la rédaction de biographies. Un autre foyer organisait régulièrement des visites avec des chiens utilisés à des fins thérapeutiques. M<sup>me</sup> Smith avait également remarqué le rôle très important joué par les conseils des pensionnaires et des familles dans la défense des intérêts des personnes résidant dans des foyers. Selon ses propres termes, « ils jouent un rôle de gardien en matière de qualité des soins ». À partir de ses observations, M<sup>me</sup> Smith recommandait que le Ministère :

- soutienne la participation de la collectivité et des bénévoles ainsi que l'extension des services, en exigeant (à tout le moins) que chaque foyer compte un coordonnateur des bénévoles à mi-temps affecté à cette tâche;
- facilite le partage des pratiques exemplaires à l'échelle de la province, grâce à un manuel réalisé par des professionnels en animation/activités de SLD;
- continue à soutenir les efforts du conseil des pensionnaires;
- accorde un financement provincial pour contribuer à établir davantage de conseils des familles;
- envoie une directive à tous les foyers, les invitant à instaurer un conseil des familles; un conseil qui devrait demeurer indépendant de l'administration du foyer.

M<sup>me</sup> Smith soulignait également à quel point le cadre physique, dans certains foyers de SLD, nuisait à la création d'un environnement chaleureux, où les pensionnaires pouvaient se sentir véritablement chez eux. Elle recommandait que les foyers adoptent de nouvelles philosophies de soins holistiques, qui prennent en compte la qualité de vie, et que les foyers encouragent les pensionnaires à apporter leurs effets personnels dans leur nouvelle résidence. Elle remarquait aussi que, le cas échéant, les routines quotidiennes de chacun devraient être respectées, de manière à ce que les pensionnaires ne soient pas obligés de suivre les horaires du foyer et que, si possible, les couples puissent rester ensemble, dans le même foyer. Elle recommandait également au

Ministère d'envisager d'exiger que chaque foyer dispose d'au moins une salle de soins palliatifs, afin de protéger l'intimité et la dignité des pensionnaires mourants.

Dans son rapport, M<sup>me</sup> Smith affirmait qu'il était nécessaire de mieux renseigner et sensibiliser la population sur le processus de vieillissement, sur le continuum des soins offerts aux aînés, sur la manière d'utiliser le système ainsi que sur le système d'inspection et d'application du Ministère à l'égard des foyers de SLD. Elle recommandait :

- que le Ministère définisse une stratégie avec les CASC pour améliorer l'information et la sensibilisation de la population, en envisageant par exemple de mobiliser une section, dans chaque CASC, qui serait chargée de diffuser des renseignements sur l'ensemble des services proposés aux personnes âgées, les groupes de défense des droits et les organismes;
- que les organismes déjà actifs dans le domaine de la sensibilisation de la population soient encouragés et aidés à diffuser plus largement les outils à leur disposition et que la publication du Ministère soit révisée et distribuée en grand nombre, dans chaque collectivité;
- que le Ministère informe le public des sanctions applicables dans le cadre de son rôle de surveillance des foyers de SLD.

Enfin, M<sup>me</sup> Smith notait que la population devait être rassurée sur le fait que les foyers de SLD appliquaient des mesures de sécurité adéquates pour que les pensionnaires atteints de démence ne soient jamais mis en danger à l'extérieur du foyer, et que le Ministère devait immédiatement entreprendre un examen des mesures de sécurité établies dans les foyers.

## 2. La responsabilité envers le public

La deuxième série de recommandations du rapport *Engagement en matière de soins* ciblait l'obligation de rendre des comptes au public. Sur ce point, la majorité des recommandations de M<sup>me</sup> Smith étaient dirigées à l'intention du Ministère. Elle lui conseillait notamment :

- de tenir le public informé du nombre et de la nature des appels reçus au numéro de téléphone sans frais que les gens pouvaient utiliser pour porter plainte, exprimer leurs préoccupations et poser des questions;
- d'utiliser les renseignements relatifs à ces appels pour mieux planifier les activités d'inspection et de conformité;



- d'organiser des inspections à l'improviste ciblées, entre les inspections annuelles;
- de demander aux conseils des familles ou à une autre partie tierce de réaliser, une fois par an, un sondage obligatoire sur la satisfaction des pensionnaires;
- d'aider à la réalisation de ces sondages en mettant à disposition un modèle téléchargeable de sondage sur le site Web du Ministère et en diffusant les résultats des sondages auprès des administrateurs des foyers de SLD;
- d'agir immédiatement pour corriger tous les cas de non-respect grave et de tenir un registre détaillé sur les établissements non conformes, dans lequel serait consigné le temps mis par les établissements pour régler les problèmes et se conformer aux exigences;
- de créer un site Web accessible et de la documentation sur papier, pour que le public ait accès à davantage de renseignements afin d'être en mesure de prendre des décisions éclairées au moment de choisir un foyer de SLD;
- de mieux faire respecter l'obligation qu'ont les foyers de fournir et d'afficher des renseignements sur le processus de plainte et d'exiger que tous ces renseignements soient inclus dans la trousse d'information fournie à l'admission de tout nouveau pensionnaire dans un foyer;
- de revoir la politique appliquée à l'époque par le Bureau du coroner en chef, qui consistait à réaliser un examen uniquement sur un décès sur dix survenus dans les foyers de SLD ou en cas de signalement de négligence, afin de déterminer si ce processus était suffisant pour rassurer le public et lui rendre des comptes;
- de créer et d'alimenter une base de données interne, qui contiendrait les rapports de conformité, les plaintes et toutes autres données pertinentes, pour chacun des foyers de SLD, et qui permettrait une surveillance quotidienne des foyers;
- de tenir des registres plus précis sur les effectifs et la composition du personnel de tous les foyers, en vue de déterminer le niveau de dotation approprié pour un foyer donné;
- de revoir le Manuel du programme afin d'établir des attentes claires, axées sur les résultats, ainsi que des pratiques exemplaires, pour tous les administrateurs des foyers.

Elle recommandait également :

- que le gouvernement étende à tout le personnel des établissements de SLD (y compris : administrateurs, médecins, infirmiers, travailleurs de la santé, spécialistes en activation, bénévoles et familles) la formation sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées;
- que chaque foyer de SLD se dote d'un système permettant de faire des signalements et qu'il indique au public avec qui communiquer en cas de soupçon de mauvais traitement;
- qu'une nouvelle législation soit introduite pour que tout le personnel des foyers de SLD ainsi que le grand public soient encouragés à dénoncer les cas de mauvais traitement, réels ou soupçonnés, en prévoyant des amendes pour les personnes qui ne dénonceraient pas de tels actes.

### 3. Les normes et la conformité

La troisième série de recommandations proposées par M<sup>me</sup> Smith concernait les normes et la conformité. Ces recommandations ciblaient plus directement le rôle de surveillance des foyers de SLD par le Ministère, et M<sup>me</sup> Smith évoquait trois grands domaines à améliorer : des normes claires et coercitives, des activités d'inspection et d'application plus rigoureuses et des niveaux de soins appropriés.

Selon M<sup>me</sup> Smith, il était nécessaire de disposer de normes claires, mesurables, coercitives et axées sur les pensionnaires, afin de garantir la qualité de vie de ces derniers. Elle remarquait également que les foyers de SLD voulaient davantage de responsabilisation et de transparence, mais qu'ils avaient besoin de normes claires et coercitives, non sujettes à des divergences d'interprétation d'un inspecteur à un autre ou d'une région à une autre. Selon elle, les normes devaient aussi être mesurables et comprendre une certaine pondération afin d'éviter que « des infractions graves soient mêlées aux autres plaintes et manquements ».

M<sup>me</sup> Smith observait que les normes appliquées à l'époque par le Ministère n'étaient pas suffisamment axées sur la qualité des soins reçus par les pensionnaires. Elle recommandait que le Ministère remanie de façon prioritaire les normes relatives à la formation du personnel, à la prévention des mauvais traitements, aux contentions, au personnel infirmier, aux préposés aux services de soutien à la personne ainsi qu'au personnel responsable des activités et des loisirs. Elle recommandait également de concevoir des

indicateurs de qualité des soins, notamment en lien avec la satisfaction du personnel et des pensionnaires; le nombre et la diversité des activités; les compétences et la formation du personnel et le nombre de bénévoles et d'heures de bénévolat. Elle estimait également que « [l]e caractère exécutoire des normes est primordial » et elle recommandait que le Ministère adopte une démarche axée sur les risques pour établir la priorité des inspections et cibler les foyers dont les dossiers montreraient des failles ou une difficulté chronique à se conformer aux exigences.

M<sup>me</sup> Smith remarquait que le système de conformité alors en vigueur était défaillant à deux égards : parce qu'il ne répondait pas aux attentes du public en lien avec la sécurité et le bien-être des pensionnaires et parce les exploitants d'établissements de SLD trouvaient que le système manquait de clarté et de cohérence. Elle faisait part de ses inquiétudes concernant ce qu'elle estimait être un conflit dans le rôle des conseillers en conformité : ils travaillaient en collaboration étroite avec les foyers pour s'assurer que les normes étaient respectées, mais ils étaient en même temps chargés des inspections de ces mêmes foyers, ainsi que de tous les processus subséquents d'exécution. Selon elle, il était nécessaire d'être plus transparent et de mieux informer le public des résultats des inspections. Pour cela, elle recommandait que le Ministère :

- retire la mission d'inspection du rôle des conseillers en conformité et crée un poste distinct d'inspecteur;
- fasse en sorte que les conseillers en conformité poursuivent leurs fonctions d'éducation en matière de conformité auprès des foyers et qu'ils aient une présence accrue auprès des établissements qui rencontreraient des difficultés à respecter les normes;
- élabore un cadre d'évaluation des risques, qui déterminerait l'ordre d'importance des infractions (mineures, modérées, graves), avec des déclencheurs éventuels et les sanctions qui en découlent, notamment des amendes;
- assure une meilleure formation des inspecteurs et des conseillers en conformité;
- ne réattribue pas le mandat de diriger le nouveau système d'inspection aux bureaux régionaux, mais plutôt à un niveau plus centralisé du Ministère;
- mette en place des babillards électroniques distincts pour les conseillers et les inspecteurs;

- exige que tous les rapports d'inspection soient affichés dans un endroit facilement accessible par le public;
- s'assure que les infractions et les plaintes formulées à l'encontre des foyers soient rapidement communiquées aux administrateurs;
- exige des inspecteurs qu'ils examinent les rapports d'inspection annuels des foyers, à la fois avec les conseils des pensionnaires et les conseils des familles et avec les conseils d'administration des établissements (le cas échéant);
- s'assure que les rapports d'inspection soient communiqués aux CASC, aux députés provinciaux et aux autres intervenants pertinents et qu'ils soient affichés sur le site Web du Ministère;
- s'assure que tout éventuel nouveau processus d'examen prévoie un mécanisme de reconnaissance des établissements qui présenteraient un bon dossier de rendement;
- s'assure que la viabilité financière de chaque foyer soit examinée par un vérificateur, membre de l'équipe d'inspection.

#### 4. La dotation en personnel et l'administration

La dotation en personnel et l'administration constituaient le quatrième volet pour lequel le rapport de M<sup>me</sup> Smith appelait au changement. Ses observations sur le terrain lui avaient permis de déceler les problèmes de dotation en personnel auxquels les foyers devaient faire face, notamment l'insuffisance des effectifs d'infirmiers autorisés durant les quarts de nuit et le recours à des infirmiers d'agence, employés sur de courtes périodes. D'après ce que j'ai entendu lors des audiences publiques, ces problèmes constituent encore aujourd'hui de sérieux défis pour les foyers de SLD.

Dans son rapport, M<sup>me</sup> Smith reconnaissait que « le manque de financement et les pénuries de personnel ont une incidence sur les normes de soins », notamment ceux répondant à des besoins en soins fondamentaux, comme prendre un bain, changer suffisamment souvent les produits pour les pensionnaires incontinents ou aider les pensionnaires à faire une promenade quotidienne. Elle estimait utile de revoir le rôle du personnel clé afin de déterminer comment il pourrait être déployé au mieux dans les foyers de SLD, en particulier compte tenu de la complexification des problèmes de santé des pensionnaires.

Concernant ce volet, M<sup>me</sup> Smith formulait les recommandations suivantes :

- réinstaurer la norme exigeant de faire prendre au moins un bain par semaine à chaque pensionnaire et même doubler ce nombre à deux bains par semaine;
- augmenter les ressources affectées aux soins dans les foyers de SLD (en particulier ceux alloués dans l'enveloppe des soins infirmiers et personnels) et rattacher le financement à l'atteinte de résultats précis;
- rétablir l'obligation pour tous les foyers de SLD d'avoir un infirmier autorisé en service 24 heures sur 24 ;
- déployer des efforts stratégiques afin que le secteur des SLD puisse offrir des choix de carrière attirants;
- accorder un financement ministériel pour qu'il y ait plus d'infirmiers praticiens dans le secteur des SLD;
- envisager de rendre obligatoire une formation minimale pour les préposés aux services de soutien à la personne et les administrateurs.

Elle préconisait également ceci :

- que le Ministère encourage l'utilisation des programmes proposés par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l'Ontario et par d'autres organismes, dans les domaines des mauvais traitements, des techniques de communication, des soins palliatifs et des soins apportés aux personnes atteintes de démence;
- que les préposés aux services de soutien à la personne et les infirmiers suivent une formation auprès de la Société Alzheimer;
- que le Ministère verse des primes aux établissements qui fournissent des soins aux personnes atteintes de démence, dans la mesure où le système d'Indice des groupes clients (IGC) appliqué à l'époque ne reconnaissait pas le niveau de soins nécessaire pour ces personnes.

## 5. Le financement et la législation

La dernière série de recommandations de M<sup>me</sup> Smith ciblait les domaines du financement et de la législation. Elle indiquait que le processus de financement en vigueur à cette époque devait être révisé. Elle pointait du doigt les pratiques de détournement des enveloppes de financement<sup>60</sup> ainsi que le système de l'IGC qui, selon elle, ne parvenait pas à fournir un financement pour promouvoir le bien-être dans les foyers.

En matière de législation, M<sup>me</sup> Smith recommandait de réunir les trois lois qui régissaient alors les foyers de SLD (la *Loi sur les établissements de bienfaisance*, la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos* et la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*) afin d'uniformiser les normes de soins, l'application de la loi et les sanctions, pour tous les établissements. Elle recommandait également de « condamner tous les mauvais traitements en prévoyant une protection pour les dénonciateurs et d'imposer l'obligation de signaler tous les mauvais traitements en proposant des sanctions dans le cas où ils ne le sont pas. »

## B. La réponse aux recommandations formulées dans le rapport *Engagement en matière de soins*

Le Ministère a réagi rapidement aux recommandations formulées dans le rapport *Engagement en matière de soins*. À cet égard, il s'est attaché à élaborer la nouvelle législation et son règlement; a collaboré au Projet Transformation conformité (expliqué plus loin) et (finalement) a préparé le déploiement du nouveau système en offrant des formations aux inspecteurs et aux foyers de SLD.

### 1. La LFSLD et son Règlement : élaboration et adoption

La Division de la stratégie du système de santé du Ministère a pris l'initiative de rédiger la législation suite au rapport *Engagement en matière de soins*. Fin août 2004, le Ministère a soumis une présentation au Cabinet à l'intention du Comité d'orientation sur les services sociaux et de santé, lui demandant son approbation pour commencer à élaborer une nouvelle *Loi sur les foyers de soins de longue durée*, en remplacement du cadre législatif alors en vigueur régissant les foyers de SLD, et recueillir ses commentaires concernant la nouvelle

---

<sup>60</sup> Elle citait notamment, en tant qu'exemple de « pratique inacceptable », le cas d'un foyer qui avait payé des frais juridiques liés à un congédiement injustifié d'un employé en utilisant l'enveloppe des soins infirmiers.

législation. Selon cette présentation, la nouvelle Loi devrait aller dans le sens des recommandations du rapport *Engagement en matière de soins*, notamment en ce qui concerne la nécessité de renforcer les droits et les garanties des résidents; les normes de soins et le système de conformité, d'inspection et d'exécution. Moins d'un mois plus tard, le Cabinet a demandé au Ministère d'entamer les travaux politiques nécessaires pour élaborer la nouvelle Loi.

Au cours de l'automne 2005, le Ministère a rédigé deux présentations au Cabinet en vue de l'élaboration du nouveau projet de loi. La première incluait les recommandations politiques spécifiquement associées à la Loi et classées en cinq grandes catégories : droits et garanties des résidents; attentes en matière de services et normes de soins; inspection de la conformité et exécution; responsabilisation; et gestion des actifs. La seconde présentation était davantage axée sur les critères de permis définis en vertu du nouveau projet de loi. Rapidement, le Cabinet a demandé au Ministère d'amorcer l'élaboration d'une nouvelle *Loi sur les foyers de soins de longue durée*, conformément à la présentation du Ministère. En juin 2006, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a soumis son projet de *Loi de 2006 sur les foyers de soins de longue durée* à l'approbation du Comité des lois et des règlements du Cabinet.

Le 4 juin 2007, la LFSLD a reçu la sanction royale, mais n'était pas encore promulguée<sup>61</sup>. Elle reprenait en grande partie les recommandations du rapport de M<sup>me</sup> Smith ainsi que les avis de différents intervenants, notamment des résidents, des familles, des membres du personnel de première ligne, des experts cliniques et du secteur, des groupes de défense des droits, des associations de SLD, des municipalités et des organisations syndicales.

Après l'adoption de la LFSLD, il restait encore beaucoup à faire pour produire les règlements correspondants. En décembre 2008 et mai 2009, le Ministère a élaboré une présentation au Cabinet portant sur la rédaction des règlements en vertu de la LFSLD. Le Cabinet a approuvé les demandes et a enjoint au Ministère de rédiger d'autres règlements.

Le 2 mars 2010, le Ministère a soumis ses projets de règlements en vertu de la LFSLD à l'approbation du Comité des lois et des règlements du Cabinet. Le 29 mars 2010, le Règl. de l'Ont. 79/10 était déposé. Il devait entrer en vigueur le même jour que la LFSLD. Le 1<sup>er</sup> juillet 2010, la *Loi sur les maisons de soins*

---

<sup>61</sup> Projet de loi 140, *Loi concernant les foyers de soins de longue durée*, 2<sup>e</sup> sess., 38<sup>e</sup> lég., Ontario, 2007 (sanctionnée le 4 juin 2007), L.O. chap. 8.

*infirmiers, la Loi sur les établissements de bienfaisance et la Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos ont été abrogées suite à l'entrée en vigueur de la LFSLD et de son règlement.*

Le nouveau cadre législatif était fondé sur un certain nombre de principes fondamentaux :

- croyance en des soins axés sur les résidents et en des normes applicables en matière de services, de soins et de droits des résidents;
- engagement à l'égard de la santé et du bien-être des Ontariens vivant dans des foyers de SLD;
- soutien, étroite collaboration et respect mutuel entre les résidents, leurs familles, les fournisseurs de foyers de SLD, la collectivité et le gouvernement;
- accès aux foyers de SLD reposant sur des besoins;
- responsabilisation et transparence des pouvoirs publics;
- normes claires et uniformes en matière de soins et de services, y compris programmes requis pour la prévention et la prise en charge des chutes, les soins de la peau et des plaies, la prise en charge de l'élimination intestinale, des soins liés à la continence et de la douleur;
- transfert de responsabilité au titulaire de permis (depuis l'administrateur ou le foyer) afin de garantir le respect des exigences légales et de prendre des mesures lorsque les normes ou exigences prévues par la Loi ne sont pas respectées ou que les soins, la sécurité et les droits des résidents peuvent être compromis;
- engagement à l'égard de la préservation et de la promotion d'un hébergement de qualité qui offre un milieu sûr, confortable et semblable à celui d'un foyer pour les résidents;
- fourniture de soins et de services aux résidents dans un environnement qui favorise une amélioration continue de la qualité.

La LFSLD et son règlement seront abordés plus en détail ci-dessous.

## **2. Le projet Transformation conformité**

Parallèlement à la rédaction par la Division de la stratégie du système de santé des textes législatifs et réglementaires, la DAPC avait la responsabilité d'élaborer une nouvelle méthodologie d'inspection harmonisée avec la



nouvelle Loi. Une petite équipe au sein de la DAPC s'était vue confier un projet appelé Projet Transformation conformité. Il poursuivait les objectifs suivants : établir un nouveau processus d'inspection fondé sur des données probantes et axé sur les résidents; mettre l'accent sur la qualité de la vie et des soins des résidents; améliorer l'objectivité et l'uniformité des renseignements recueillis grâce à un processus structuré; adopter des outils technologiques permettant de mieux organiser les constatations et de renforcer la collecte des documents et des données et diriger les ressources d'inspection vers les foyers les plus confrontés à des problèmes de qualité.

L'une des premières tâches menées par l'équipe Transformation conformité consistait à examiner les différents systèmes d'inspection en place au Canada, aux États-Unis et en Australie. L'équipe a ainsi rencontré le chercheur principal de Nursing Home Quality (NHQ, société établie aux États-Unis), lequel a mis au point une méthodologie pour évaluer (ou inspecter) les foyers de soins infirmiers. Cette méthodologie d'évaluation, dénommée *Quality Indicator Survey* (enquête sur les indicateurs de qualité), a été déployée dans les foyers américains en 2006-2007, à la suite de 15 années de travaux.

L'équipe Transformation conformité a porté son attention sur la méthodologie *Quality Indicator Survey*, un système d'inspection qui « a commencé par recueillir des données auprès des résidents, du personnel et des familles, pour ensuite travailler sur cette base ». En fait, les domaines de soins couverts par ce système étaient également visés par un grand nombre des nouvelles exigences de la LFSLD et de son règlement.

En mars 2010, la DAPC a engagé Nursing Home Quality, afin d'adapter la méthodologie *Quality Indicator Survey* en fonction de la LFSLD et de son règlement, afin qu'elle puisse être adoptée par le Ministère dans le cadre de son inspection générale annuelle, appelée inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR). Nursing Home Quality avait également la responsabilité de former les personnes devant assurer la formation de l'ensemble des inspecteurs des IQSR (maîtres formateurs). Enfin, Nursing Home Quality a été engagée afin de mettre au point un système de technologie de l'information pour la 1<sup>re</sup> étape des IQSR.

Un membre de l'équipe était responsable du développement d'un programme informatique automatisé, le Système de contrôle de la qualité pour les inspecteurs (SCQI), destiné à être utilisé dans le cadre de l'étape 2 des IQSR et dans d'autres inspections. Le SCQI a été conçu pour permettre « une

analyse rigoureuse des données et suivre le déroulement et les résultats des inspections... ainsi que les tendances en matière de conformité des foyers de SLD ».

Entre mai et novembre 2010, au cours d'une étude pilote réalisée sur les processus adaptés par Nursing Home Quality, des inspecteurs de la DAPC ont effectué des simulations d'IQSR dans près de 120 foyers de SLD dans tout l'Ontario.

Pendant cette période, d'autres membres de l'équipe Transformation conformité ont défini les protocoles d'inspection détaillés à utiliser pour l'ensemble des inspections, à savoir les IQSR, les inspections concernant des plaintes ou des incidents graves ou les inspections de suivi (inspections PII). Élaborés sous forme de listes de contrôle détaillées et directement harmonisées avec la LFSLD et son règlement, les protocoles d'inspection permettent aux inspecteurs de se concentrer sur une question précise et de savoir où chercher l'information dans la législation correspondante. Ils contiennent des instructions, des lignes directrices et des suggestions de questions destinées à aider les inspecteurs à déterminer si un foyer respecte ou non les exigences de la LFSLD et de son règlement. Les protocoles d'inspection figurent dans le SCQI. Au cours d'une inspection, les inspecteurs peuvent les télécharger sur leurs tablettes et consulter des domaines particuliers soumis à inspection.

Les protocoles d'inspection n'ont pu être achevés qu'après la fin des travaux d'élaboration réglementaire en mars 2010. Ils ont été mis à l'essai dans des foyers de SLD dans toute la province en avril, en mai et en juin 2010.

Certains changements ont été apportés au contenu des protocoles d'inspection, mais pas à l'ensemble des domaines de soins auxquels ils se rapportent. Certains protocoles concernent des programmes et des marches à suivre propres aux foyers, d'autres touchent plus directement les résidents. Le tableau 9.5 présente l'ensemble des protocoles d'inspection.

Tableau 9.5 : L'ensemble des protocoles d'inspection

PROTOCOLES D'INSPECTION			
Inspection obligatoire en lien avec le foyer	Inspection déclenchée en lien avec le foyer	Inspection déclenchée en lien avec les résidents	À l'initiative de l'inspecteur
1. Observation de la salle à manger	1. Services d'hébergement : entretien ménager	1. Prise en charge de l'élimination intestinale et des soins liés à la continence	1. Admission et congé
2. Entrevue avec le conseil des familles	2. Services d'hébergement : buanderie	2. Dignité, choix et respect de la vie privée	2. Amélioration de la qualité
3. Prévention et contrôle des infections	3. Services d'hébergement : entretien	3. Prévention des chutes	3. Frais des résidents
4. Médicaments	4. Réponse aux incidents graves	4. Hospitalisation et changement de l'état	4. Formation et orientation
5. Entrevue avec le conseil des résidents	5. Qualité des aliments	5. Recours minimal à la contention	
	6. Rapports et plaintes	6. Nutrition et hydratation	
	7. Foyer sécuritaire	7. Douleur	
	8. Observation des collations	8. Services de soutien personnel	
	9. Effectif suffisant	9. Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles	
	10. Comptes en fiducie	10. Activités récréatives et sociales	
		11. Comportements réactifs	
		12. Soins de la peau et des plaies	

Source : Compilé par le Ministère pour les audiences publiques, sur demande de la Commission.

Remarque : bien que n'importe lequel des protocoles d'inspection puisse être utilisé au cours d'une inspection, certains protocoles sont considérés comme étant « obligatoires » lors des IQSR fortement axées sur les risques. D'autres protocoles peuvent être « déclenchés » selon les éléments découverts par les inspecteurs lors de la première étape de l'IQSR (cf. ci-dessous).

### 3. Le nouveau système : formation et éducation

Avant l'instauration du nouveau système le 1<sup>er</sup> juillet 2010, les conseillers en conformité (désormais appelés inspecteurs dans le nouveau système) étaient formés aux nouveaux outils et à la nouvelle méthodologie d'inspection, ainsi qu'aux différentes exigences et obligations prescrites par la Loi. À partir de mai 2010 environ, les inspecteurs suivaient une formation sur le rôle de l'inspecteur; le nouveau processus d'inspection; la conformité et l'exécution; les mécanismes d'exécution (notamment les ordres, l'aiguillage vers le directeur et les suspensions d'admissions); les processus d'appel et de révision du directeur; les inspections PII; la politique relative à la matrice d'évaluation (cf. ci-dessous); la documentation et la prise de notes; la rédaction de rapports et les activités post-inspection. Depuis l'entrée en vigueur de la LFSLD et de son règlement, les inspecteurs du Ministère suivent une formation approfondie et continue sur la réalisation des inspections et les problèmes associés.

Avant l'entrée en vigueur de la Loi, le Ministère a également adopté des mesures afin de permettre aux titulaires de permis, ainsi qu'aux membres du personnel et de la direction des foyers de SLD, de se préparer à la nouvelle Loi. Le Ministère a organisé sept « tournées de présentation » dans toute la province à l'intention des foyers de SLD, destinées notamment à leurs administrateurs, directeurs des soins et titulaires de permis, afin de les sensibiliser à la LFSLD et à son règlement, au nouveau système et à la nouvelle méthodologie d'inspection. Ces présentations ont été filmées puis mises en ligne sur le portail du Ministère ([longtermcarehomes.net](http://longtermcarehomes.net)), mises à la disposition des foyers de SLD, des conseils des résidents, des conseils des familles et des associations (*Ontario Long Term Care Association* et *Ontario Association of Residents' Councils*, par exemple).

## V. La surveillance exercée par le Ministère à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2010 : la LFSLD

Le 1<sup>er</sup> juillet 2010, après plusieurs années de planification et de préparation, la LFSLD et le Règlement sont entrés en vigueur. À cette époque, Wettlaufer travaillait encore au foyer Caressant Care (Woodstock), où elle avait commis les six premières Infractions. Elle a ensuite commis les sept Infractions suivantes alors qu'elle travaillait dans ce foyer ainsi que dans deux autres foyers de SLD, tous placés sous la surveillance du Ministère en vertu du nouveau système de réglementation.

La mise en place du nouveau système s'est accompagnée d'un changement important dans le rôle de surveillance du Ministère, son approche associée à ce rôle et les obligations applicables aux titulaires de permis des foyers de SLD. Dans cette partie, j'examine certains des changements législatifs et réglementaires clés associés au nouveau système, plus particulièrement certaines obligations imposées par le nouveau cadre réglementaire aux titulaires de permis concernant les rapports, la gestion et l'administration des médicaments. Ensuite, j'aborde les changements apportés au rôle de surveillance du Ministère, notamment le nouveau système d'inspection en vertu de la LFSLD; ses mécanismes d'exécution prévus par la Loi; l'approche du Ministère concernant la gestion et le tri des renseignements reçus au sujet des foyers; la gestion par le Ministère de la mise en œuvre des inspections de la qualité des services aux résidents (IQSR) et de leur incidence sur les inspections concernant des plaintes ou des incidents graves et les inspections de suivi (inspections PII), et enfin l'approche du Ministère en matière d'attribution de niveaux de risque et de rendement en vertu du nouveau système.

## **A. La LFSLD et le Règlement : un nouveau système applicable aux foyers de SLD de l'Ontario**

La nouvelle LFSLD a profondément modifié les foyers de SLD de l'Ontario. Contrairement aux lois précédentes, la LFSLD commence par un préambule. Ce préambule, lequel reprend de nombreuses recommandations formulées dans le rapport *Engagement en matière de soins*, se présente comme suit :

La population de l'Ontario et son gouvernement :

croient en des soins axés sur les résidents;

demeurent engagés à l'égard de la santé et du bien-être des Ontariens et des Ontariennes qui vivent dans des foyers de soins de longue durée au moment présent et qui y vivront à l'avenir;

préconisent une étroite collaboration et le respect mutuel entre les résidents, leurs familles et amis, les fournisseurs de foyers de soins de longue durée, les fournisseurs de services, les fournisseurs de soins, les bénévoles, la collectivité et les gouvernements en vue de garantir que les soins et les services fournis répondent aux besoins des résidents ainsi qu'aux besoins de chacun d'entre eux sur le plan de la sécurité;

reconnaissent que le principe de l'accès aux foyers de soins de longue durée repose sur l'évaluation des besoins;

croient fermement en la responsabilisation et la transparence des pouvoirs publics comme moyens de démontrer que les foyers de soins de longue durée sont dirigés et exploités d'une façon qui reflète l'intérêt public et qui favorise une prestation efficace et efficiente de services de grande qualité pour tous les résidents;

croient fermement en des normes claires et uniformes en matière de soins et de services, lesquelles sont appuyées par un solide système axé sur la conformité, l'inspection et l'exécution;

reconnaissent l'obligation de prendre des mesures lorsque les normes ou exigences prévues par la présente loi ne sont pas respectées ou que les soins, la sécurité et les droits des résidents peuvent être compromis;

déclarent leur engagement à l'égard de la préservation et de la promotion d'un hébergement de qualité qui offre un milieu sûr, confortable et semblable à celui d'un foyer et assure une grande qualité de vie à tous les résidents des foyers de soins de longue durée;

reconnaissent que les services en matière de soins de longue durée doivent respecter la diversité des collectivités;

respectent les exigences de la *Loi sur les services en français* en desservant la collectivité francophone de l'Ontario;

reconnaissent l'importance de promouvoir la fourniture de soins et de services aux résidents dans un environnement qui favorise une amélioration continue de la qualité;

s'engagent à favoriser la prestation des services de foyers de soins de longue durée par des organismes sans but lucratif.

Le nouveau système a intégré, renforcé et élargi un grand nombre des obligations préalablement définies dans le système prescrit par la LMSI. Il a imposé ces obligations directement aux titulaires de permis. Lors des audiences publiques, j'ai entendu des témoignages selon lesquels ce changement était volontaire (il s'agissait de garantir que toute personne occupant une position de propriétaire d'un foyer de SLD ait connaissance des activités réalisées dans le foyer ainsi que des conséquences des décisions prises concernant l'exploitation du foyer). À l'inverse, en vertu du Manuel du programme et des précédentes lois, plusieurs des obligations incombaient à l'administrateur ou au foyer, et non au titulaire de permis.

## 1. Les obligations générales en vertu de la LFSLD : aperçu général

L'équipe responsable de l'élaboration de la LFSLD et du Règlement cherchait notamment à créer un système de réglementation qui soit axé sur les résidents, en intégrant des normes applicables aux services, aux soins et aux droits des résidents. Cette approche orientée envers les résidents transparaît dans l'ensemble des 10 parties de la LFSLD et des exigences correspondantes détaillées dans les règlements.

L'article 1 de la Partie I de la LFSLD définit le principe fondamental qui doit être appliqué dans son interprétation et à tout ce que cette dernière exige ou permet :

Un foyer de soins de longue durée est avant tout le foyer de ses résidents et doit être exploité de sorte qu'ils puissent y vivre avec dignité et dans la sécurité et le confort et que leurs besoins physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et culturels soient comblés de façon satisfaisante.

La Partie II de la LFSLD concerne les droits des résidents et les soins et services. Elle commence par la déclaration des droits des résidents. L'article 3 impose à chaque titulaire de permis de veiller « au plein respect et à la promotion » d'une liste détaillée de droits des résidents. Bien que la plupart de ces droits soient similaires à ceux définis dans la LMSI, un certain nombre de nouveaux droits ont été ajoutés, notamment celui d'être protégé contre les mauvais traitements, le droit de ne pas faire l'objet de négligence de la part du titulaire de permis ou du personnel et le droit de participer pleinement à l'élaboration, à la mise en œuvre, au réexamen et à la révision de son plan de soins<sup>62</sup>.

Ensuite, la Partie II prescrit les soins et services que le titulaire de permis doit veiller à la fourniture auprès des résidents. À titre d'exemple, les articles 5 à 16 de la LFSLD imposent aux titulaires de permis de veiller à ce que :

- le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents;
- soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour le résident, les objectifs que visent les soins et des directives claires à l'intention du personnel qui fournit des soins directs au résident;
- soit mis en place dans le foyer un programme structuré de services infirmiers et de services de soutien personnel;

---

<sup>62</sup> LFSLD, art. 3(1).

- au moins un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps<sup>63</sup>, sauf disposition contraire des règlements;
- soient mis en place des programmes structurés axés sur les soins de rétablissement; les activités récréatives et sociales; les soins alimentaires, les services de diététique et d'hydratation; les services médicaux; les pratiques religieuses et spirituelles; et les services d'entretien ménager, de buanderie, d'entretien et de bénévolat.

Par ailleurs, la Partie II de la LFSLD impose aux titulaires de permis de protéger les résidents contre les mauvais traitements et toute forme de négligence, et d'adopter une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents et de veiller à son respect<sup>64</sup>. Les titulaires de permis doivent également adopter dans le foyer des marches à suivre relatives aux plaintes et transmettre au directeur l'ensemble des plaintes écrites concernant les soins d'un résident ou l'exploitation du foyer<sup>65</sup>; enquêter, répondre et agir suite à la réception de plaintes<sup>66</sup> et faire rapport sur les résultats de toutes enquêtes au directeur<sup>67</sup>. La plupart des obligations définies à la Partie II de la LFSLD incombent aux titulaires de permis. Néanmoins, l'article 24 impose à toutes personnes, sauf aux résidents, de faire rapport notamment de ses soupçons de mauvais traitement ou de négligence sur un résident<sup>68</sup>. La Loi prévoit également la protection des dénonciateurs<sup>69</sup>. L'étendue de l'obligation de faire rapport visée par l'article 24 sera abordée plus en détail ci-dessous.

La Partie III de la LFSLD détaille les règles concernant l'admission des résidents dans les foyers de SLD.

La Partie IV régit les conseils dans les foyers de SLD. Contrairement à la LMSI, la LFSLD impose aux titulaires de permis de veiller à ce qu'un conseil des résidents soit constitué au foyer<sup>70</sup>. De même, les titulaires de permis doivent

---

<sup>63</sup> Exigence communément appelée « l'exigence d'infirmiers autorisés 24 heures sur 24 ».

<sup>64</sup> LFSLD, art. 19-20.

<sup>65</sup> LFSLD, art. 21-22.

<sup>66</sup> LFSLD, art. 23(1).

<sup>67</sup> LFSLD, art. 23(2).

<sup>68</sup> LFSLD, art. 24(1)-(5).

<sup>69</sup> LFSLD, art. 26.

<sup>70</sup> LFSLD, art. 56.



aider à la constitution d'un conseil des familles dès lors qu'un membre de la famille d'un résident en fait la demande<sup>71</sup>. Ils ont aussi l'obligation de consulter régulièrement (au moins tous les trois mois) le conseil des résidents et le conseil des familles, s'il y en a un<sup>72</sup>.

La Partie V couvre certaines exigences relatives à l'exploitation des foyers, notamment l'obligation pour les titulaires de permis de veiller à ce que chaque foyer soit doté d'un administrateur, d'un directeur des soins infirmiers et des soins personnels et d'un directeur médical<sup>73</sup>. Les titulaires de permis doivent également veiller à ce que tout le personnel du foyer possède les compétences et les qualités requises pour exercer ses fonctions et à ce qu'une présélection ait lieu (y compris la vérification de dossier de police) pour tout le personnel et les bénévoles<sup>74</sup>. Par ailleurs, la Partie V restreint le recours à du personnel d'agence dans les foyers de SLD à des cas précis et exceptionnels et impose aux titulaires de permis de veiller à ce que ce personnel fasse l'objet d'une présélection, d'une vérification de dossier de police et qu'il ait suivi toutes les formations avant de commencer à travailler au foyer<sup>75</sup>. Cette partie de la Loi énonce également les formations que les titulaires de permis doivent s'assurer que tout le personnel, y compris les employés envoyés par une agence reçoit avant de travailler au foyer, notamment dans les domaines suivants :

- la déclaration des droits des résidents;
- l'énoncé de mission du foyer;
- la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents;
- l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24;
- la politique de réduction au minimum de la contention sur les résidents;
- la prévention des incendies et la sécurité;
- les mesures d'urgence et le plan d'évacuation;
- la prévention et le contrôle des infections;

<sup>71</sup> LFSLD, art. 59.

<sup>72</sup> LFSLD, art. 67.

<sup>73</sup> LFSLD, art. 70-72.

<sup>74</sup> LFSLD, art. 73-75.

<sup>75</sup> LFSLD, art. 74-76.

- l'ensemble des lois, des règlements, des politiques du Ministère et des documents semblables, y compris les politiques du titulaire de permis, qui se rapportent aux responsabilités de la personne;
- les autres domaines que prévoient les règlements<sup>76</sup>.

La Partie V impose également aux foyers de fournir aux résidents de l'information, à l'admission, et de l'afficher dans un endroit facile d'accès du foyer concernant la déclaration des droits des résidents, l'énoncé de mission du foyer, la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements, l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 et la marche à suivre pour porter plainte auprès du titulaire de permis<sup>77</sup>. Enfin, la Partie V impose aux titulaires de permis un certain nombre d'obligations en matière de gestion générale, notamment d'élaborer et de mettre en œuvre un système d'amélioration de la qualité et d'examen et de réaliser un sondage une fois par an auprès des résidents et de leur famille pour mesurer leur degré de satisfaction<sup>78</sup>.

Le financement et la délivrance des permis des foyers de SLD font l'objet des Parties VI et VII, respectivement. La Partie VIII porte sur les foyers municipaux et les foyers des Premières Nations.

La Partie IX concerne plus directement la surveillance des foyers de SLD par le Ministère. Elle stipule les dispositions en matière de conformité et d'exécution de la LFSLD et constitue, par conséquent, le fondement du système d'inspection du Ministère, lequel sera présenté plus en détail ci-dessous.

Enfin, la Partie X de la Loi inclut différentes dispositions administratives et transitoires telles que le remplacement des permis délivrés en vertu de la législation antérieure<sup>79</sup>.

## 2. Les obligations de faire rapport

À l'instar de la LMSI et de ses règlements, la LFSLD et le Règlement imposent spécifiquement au titulaire de permis et aux personnes des exigences en matière d'établissement de rapport. Dès réception de certains rapports, le directeur est tenu de respecter les obligations correspondantes.

<sup>76</sup> LFSLD, art. 76(2). Le personnel chargé des soins directs doit suivre d'autres formations : art. 76(7).

<sup>77</sup> LFSLD, art. 78-79.

<sup>78</sup> LFSLD, art. 84-85.

<sup>79</sup> LFSLD, art. 187.

La LFSLD contient un certain nombre d'obligations clés en matière d'établissement de rapports. Par exemple, comme je l'ai évoqué ci-dessus, les titulaires de permis sont tenus de mettre en place une marche à suivre écrite concernant les plaintes et de transmettre immédiatement au directeur toutes les plaintes reçues par écrit concernant les soins d'un résident ou l'exploitation du foyer<sup>80</sup>. Dès qu'il lui est fait rapport (ou qu'il a connaissance d'une autre manière) d'un incident allégué, soupçonné ou observé concernant des mauvais traitements ou de la négligence envers un résident, un titulaire de permis doit immédiatement enquêter et prendre les mesures appropriées. Les résultats de cette enquête ainsi que les mesures prises doivent être communiqués au directeur<sup>81</sup>.

***a) L'obligation de faire rapport de soupçons de mauvais traitement ou de négligence (et obligation correspondante d'enquêter)***

L'article 24(1) de la LFSLD impose une obligation de faire rapport, entre autres, de soupçons de mauvais traitement ou de négligence. Il prévoit ce qui suit :

Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.
2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice au résident.
3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.
4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.
5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*.

Les termes « mauvais traitement » et « négligence » sont tous deux définis dans le Règlement<sup>82</sup>. En revanche, les termes « motifs raisonnables de soupçonner » et « administration d'un traitement ou de soins de façon inappropriée ou incompétente » ne le sont pas.

<sup>80</sup> LFSLD, art. 21-22.

<sup>81</sup> LFSLD, par. 23(1)-(3).

<sup>82</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 2, 5.

L'obligation de faire rapport s'étend à quiconque, sauf un résident, ayant des motifs raisonnables de soupçonner des cas de mauvais traitement ou de négligence. Les résidents ont la possibilité de faire rapport de mauvais traitements ou de négligence soupçonnés, mais n'y sont pas tenus<sup>83</sup>. La LFSLD définit deux infractions associées à cette obligation de faire rapport : l'une pour omission de faire rapport, l'autre pour suppression de rapports<sup>84</sup>. La Loi intègre également la protection des dénonciateurs en faveur de quiconque faisant rapport de mauvais traitements ou de négligence en vertu de l'article 24<sup>85</sup>.

Si le directeur reçoit des renseignements concernant l'un des cas visés par l'article 24(1), le non-respect d'une exigence prévue par la Loi ou toute autre question que prévoient le Règlement, il doit faire effectuer une inspection ou mener une enquête par un inspecteur en vue de s'assurer que les exigences prévues par la Loi sont respectées. Selon la nature des renseignements reçus, l'inspecteur peut être amené à visiter immédiatement le foyer de SLD<sup>86</sup>.

### ***b) Les obligations de faire rapport en vertu du Règlement***

En outre, le Règlement impose aux titulaires de permis de foyers de SLD des obligations de faire rapport. L'article 107 exige que les titulaires de permis soumettent des rapports d'incidents graves au directeur en ce qui concerne un certain nombre de questions. Certains types d'incidents graves doivent immédiatement faire l'objet d'un rapport, notamment :

- une situation d'urgence, notamment une perte de services essentiels, un incendie, une évacuation non planifiée, l'accueil de personnes évacuées ou une inondation;
- un décès inattendu ou soudain<sup>87</sup>, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide;
- un résident qui est porté disparu depuis trois heures ou plus;
- un résident porté disparu qui retourne au foyer avec une lésion ou des changements indésirables de son état, peu importe la durée de sa disparition;

<sup>83</sup> LFSLD, art. 24(3).

<sup>84</sup> LFSLD, art. 24(5)-(6).

<sup>85</sup> LFSLD, art. 26.

<sup>86</sup> LFSLD, art. 25.

<sup>87</sup> À noter que l'art. 107(1) du Règl. de l'Ont. 79/10 exige qu'un rapport soit fait en cas de décès soudain ou inattendu. Il convient de faire la distinction avec l'article 10 de la *Loi sur les coroners*, lequel utilise les termes *subit* et *inattendu*.

- la déclaration d'une maladie à déclaration obligatoire ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*;
- la contamination d'une source d'approvisionnement en eau potable<sup>88</sup>.

D'autres incidents graves doivent faire l'objet d'un rapport au directeur au plus tard un jour ouvrable après que l'incident se soit produit, notamment :

- un résident porté disparu depuis moins de trois heures qui retourne au foyer sans aucune lésion ni aucun changement indésirable de son état;
- un risque environnemental qui a une incidence sur la fourniture de soins ou sur la sécurité ou le bien-être des résidents pendant une période de plus de six heures, notamment une panne ou une défaillance du système de sécurité, une panne d'un équipement important ou d'un système au foyer;
- une substance désignée manquante ou une différence d'inventaire;
- une blessure ayant provoqué un transfert à l'hôpital;
- un incident lié à un médicament ou une réaction indésirable à un médicament nécessitant qu'un résident soit transporté à l'hôpital<sup>89</sup>.

Bien que les premiers rapports puissent être faits oralement au directeur, ils doivent être suivis, dans un délai de 10 jours ouvrables, d'un rapport écrit où figurent d'autres renseignements détaillés à l'égard de l'incident<sup>90</sup>.

Lorsque la LFSLD est initialement entrée en vigueur, les Bureaux régionaux de services (BRS) continuaient de recevoir et d'examiner tous les rapports d'incidents graves concernant les foyers relevant de leur compétence territoriale. Chaque BRS disposait d'inspecteurs en service chargés de trier ces renseignements. Ce processus a été modifié fin 2012, au moment de la création et de l'entrée en fonction de l'Équipe centrale de réception, d'évaluation et de triage (ÉCRÉT). Dès lors que l'ÉCRÉT a été totalement opérationnelle, elle a assuré le tri de l'ensemble des rapports d'incidents graves et d'autres renseignements reçus concernant les foyers de la province, afin de déterminer si une inspection devait avoir lieu.

---

<sup>88</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107(1).

<sup>89</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107(3).

<sup>90</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107(4).

### 3. La gestion et l'administration des médicaments

Les obligations des foyers de SLD concernant la gestion des médicaments sont élargies dans le Règlement par rapport à celles ayant été mises en place en vertu des règlements de la LMSI et aux normes et critères définis dans le Manuel du programme. Le Règlement a été rédigé avec le concours de la Direction des programmes de médicaments du Ministère, un groupe ayant défini des normes minimales pour les évaluations trimestrielles, les incidents liés à des médicaments et les réactions indésirables à un médicament.

Les articles 114 à 137 du Règlement imposent, entre autres, aux titulaires de permis les obligations suivantes :

- élaborer un système interdisciplinaire de gestion des médicaments qui prévoit leur gestion sécuritaire et qui maximise les résultats d'une pharmacothérapie efficace pour les résidents;
- veiller à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, laquelle doit comprendre notamment le directeur médical, l'administrateur, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments;
- retenir, pour le foyer, les services d'un fournisseur de services pharmaceutiques, afin de veiller à ce que des médicaments soient fournis au foyer 24 heures sur 24, sept jours par semaine, et d'assumer toutes les autres responsabilités que lui attribue le Règlement;
- veiller à gérer la réserve de médicaments du foyer (spécifique aux résidents et pour les cas d'urgence) conformément au Règlement;
- veiller à la mise en place d'un système de posologie surveillé dans le foyer;
- veiller à l'entreposage sécuritaire des médicaments conformément au Règlement, notamment à l'obligation de procéder à une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien afin de déceler tout écart;
- veiller à ce que soit élaborée une politique qui prévoit la destruction et l'élimination des médicaments, conformément aux exigences du Règlement.

Par ailleurs, le Règlement impose aux titulaires de permis des obligations précises concernant l'administration des médicaments dans les foyers de SLD, notamment :

- veiller à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit<sup>91</sup>;
- veiller à ce que soit établi, tenu et conservé au foyer pendant au moins deux ans un dossier des médicaments<sup>92</sup>;
- veiller, lorsqu'un résident prend un médicament, à ce que :
  - sa réaction ainsi que l'efficacité du médicament fassent l'objet d'une surveillance et soient documentées;
  - des mesures appropriées soient prises suite à tout incident lié à un médicament et toute réaction indésirable à un médicament;
  - soit effectuée une réévaluation documentée du régime médicamenteux de chaque résident au moins une fois tous les trois mois<sup>93</sup>;
- veiller à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause un résident et chaque réaction indésirable à un médicament soient documentés, examinés et analysés, à ce que des mesures correctrices soient prises :
  - à ce que ces incidents soient rapportés aux personnes appropriées (notamment au résident, au directeur des soins infirmiers, au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament et au fournisseur de services pharmaceutiques);
  - à ce qu'un examen trimestriel soit entrepris à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence<sup>94</sup>.

Selon les témoignages que j'ai pu entendre lors des audiences publiques, les personnes chargées de rédiger les règlements relatifs aux médicaments souhaitaient élargir le rôle des fournisseurs de services pharmaceutiques dans les foyers de SLD. Voici les explications d'un témoin :

Nous souhaitions précisément une intervention plus active des fournisseurs de services pharmaceutiques dans les foyers de SLD. Les pharmaciens possèdent des connaissances spécialisées qui permettent d'améliorer les soins prodigués aux résidents et ils sont les premiers au fait des nouveaux médicaments et traitements et des nouvelles technologies.

<sup>91</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131.

<sup>92</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 133.

<sup>93</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 134.

<sup>94</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135.

L'article 120 du Règlement exige que le titulaire de permis veille à ce que le fournisseur de services pharmaceutiques participe aux activités suivantes :

- l'élaboration, pour chaque résident du foyer, d'évaluations des médicaments et la constitution de dossiers sur l'administration et la réévaluation des médicaments, ainsi que la tenue de profils pharmaceutiques;
- l'évaluation des résultats thérapeutiques des médicaments chez les résidents;
- la gestion des risques et les activités d'amélioration de la qualité, notamment l'examen des incidents liés à des médicaments, des réactions indésirables à un médicament et de l'utilisation de médicaments;
- l'élaboration de protocoles de vérification permettant au fournisseur de services pharmaceutiques d'évaluer le système de gestion des médicaments;
- l'encadrement pédagogique du personnel du foyer en ce qui concerne les médicaments;
- la destruction et l'élimination des médicaments (en application de l'article 136(3)(a) si la politique du titulaire de permis l'exige).

Un titulaire de permis doit retenir, pour le foyer, les services d'un fournisseur de services pharmaceutiques<sup>95</sup>, mais le fournisseur n'est pas tenu de déléguer sur place un pharmacien ou un technicien en pharmacie.

## B. Le système d'inspection imposé par la LFSLD

Après l'entrée en vigueur de la LFSLD, les conseillers en conformité ont assumé les fonctions d'inspecteurs définies dans la Loi. Les inspecteurs incluent, comme les conseillers en conformité avant eux, des infirmiers autorisés, des diététiciens autorisés, des physiothérapeutes autorisés ou des inspecteurs en hygiène du milieu. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, les inspecteurs continuent de travailler au sein des BRS répartis dans toute la province, mais ne sont plus affectés à des foyers de SLD en particulier. Ils peuvent être amenés à effectuer une inspection dans n'importe quel foyer de la province. En revanche, ils ne sont plus censés (ou n'ont plus le droit de) conseiller les foyers en matière de conformité à la LFSLD ou à ses règlements.

---

<sup>95</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 119.



## 1. Le rôle des inspecteurs

Comme je l'ai déjà évoqué, l'un des principaux changements apportés au système d'inspection en vertu de la LFSLD concernait la suppression du rôle de conseiller dans les fonctions des inspecteurs; un changement majeur tant pour les inspecteurs que pour les foyers. Karen Simpson, l'ancienne directrice, a expliqué les motifs qui ont conduit à cette suppression et ce qu'un inspecteur est désormais autorisé à faire lorsqu'on lui demande de l'aide :

Dans le cadre du nouveau système, nous avons convenu qu'un inspecteur ne devrait pas conseiller un foyer puis inspecter ce foyer par la suite. Les inspecteurs peuvent orienter (et orientent) les foyers qui ont besoin d'aide vers d'autres organismes ou foyers. En revanche, ils ne doivent pas donner de conseils à un foyer concernant des mesures à prendre pour se conformer. Cela est important, afin d'éviter toute situation où un foyer qui se serait fait conseiller par un inspecteur demeurerait en infraction lors d'une inspection.

Selon le témoignage de plusieurs inspecteurs lors des audiences publiques, même si ces derniers ne conseilleront plus les foyers pour assurer leur conformité, ils les inviteront à consulter la législation, les programmes disponibles ou les organismes susceptibles de les aider.

Bien que les inspecteurs n'assument plus de responsabilités consultatives, le nouveau système leur a conféré un degré de responsabilisation supérieur, dans la mesure où ils doivent désormais « s'assurer de la conformité » à la LFSLD et au Règlement. Selon la LFSLD, « l'inspecteur peut effectuer des inspections en vue de *s'assurer que les exigences prévues par la présente loi sont respectées* » [italiques ajoutés]<sup>96</sup>. Selon les témoignages que j'ai pu entendre lors des audiences publiques, pour le Ministère, il s'agissait du « changement le plus important » apporté dans le nouveau système. Plusieurs inspecteurs ont démontré que cette responsabilité avait une incidence sur leur manière d'aborder les inspections. Lorsqu'ils se rendent dans un foyer pour y effectuer une inspection, ils cherchent à déterminer si la loi est respectée.

La LFSLD confère aux inspecteurs plusieurs pouvoirs et fonctions. Par exemple, comme c'était le cas dans l'ancien système, ils sont autorisés à pénétrer dans les lieux, à examiner les dossiers et à interroger des personnes<sup>97</sup>. La Loi leur impose également un certain nombre d'obligations. Ils doivent notamment effectuer une enquête ou mener une inspection si le directeur reçoit des

<sup>96</sup> LFSLD, art. 141-42.

<sup>97</sup> LFSLD, art. 147.

renseignements selon lesquels certains incidents ont eu lieu (comme un mauvais traitement ayant porté préjudice à un résident)<sup>98</sup>.

La LFSLD exige que chaque foyer de SLD fasse l'objet d'une inspection au moins une fois par année, sans aucun préavis<sup>99</sup>. En règle générale, le nouveau système prévoit deux types d'inspections. Le premier type englobe les inspections concernant des plaintes ou des incidents graves et les inspections de suivi (inspections PII). Le second type concerne les inspections générales annuelles, appelées inspections de la qualité des services aux résidents (IQSR)<sup>100</sup>. En principe, une inspection PII est lancée et menée dans un foyer de SLD suite à la réception d'une plainte ou d'un rapport d'incident grave concernant un éventuel problème de non-respect. Des inspecteurs peuvent également se rendre dans un foyer, afin d'y mener une inspection de suivi au sujet d'un ordre ayant été préalablement donné à l'encontre du foyer. L'inspection IQSR porte, quant à elle, sur différents domaines de soins. Initialement, ce type d'inspections n'était pas effectué chaque année dans tous les foyers de SLD; ce n'est qu'à partir de fin 2013 que cette pratique a été mise en place. La généralisation des inspections IQSR à l'ensemble des foyers (et leur incidence sur le système d'inspection de manière plus générale) sera évoquée plus en détail ci-dessous.

## 2. Les mécanismes d'exécution

Bien que les inspecteurs qui se rendent dans les foyers aient pour mission de rechercher des preuves de conformité, ils doivent également prendre des mesures en cas de constatation de non-respect d'une exigence prévue par la loi et documenter toute constatation de ce genre dans les rapports d'inspection obligatoires. Les copies des rapports doivent être remises au titulaire de permis, au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un<sup>101</sup>.

L'article 152 de la LFSLD définit les mesures qu'un inspecteur peut prendre s'il constate que le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence prévue par la Loi. En cas de non-respect, l'inspecteur doit émettre l'un des éléments suivants :

- un avis écrit au titulaire de permis;
- une demande écrite au titulaire de permis pour qu'il rédige un plan de redressement volontaire;

<sup>98</sup> LFSLD, art. 25.

<sup>99</sup> LFSLD, art. 143-44.

<sup>100</sup> Bien que la LFSLD ne stipule pas le type d'inspection à mener chaque année dans chaque foyer, l'IQSR est devenue l'inspection « annuelle ».

<sup>101</sup> LFSLD, art. 149(1)-(3).

- un ordre de conformité;
- un ordre relatif à des travaux et des activités;
- un avis écrit et renvoyer la question au directeur pour qu'il prenne d'autres mesures (à savoir, renvoi au directeur)<sup>102</sup>.

Lorsqu'un inspecteur procède à renvoi au directeur, le directeur dispose d'un certain nombre de mécanismes d'exécution, notamment l'émission d'un ordre de conformité<sup>103</sup> (appelé ordre du directeur en ces circonstances) ou d'un ordre relatif à des travaux et des activités<sup>104</sup>. Le directeur est également autorisé à ordonner le remboursement ou la retenue du financement octroyé<sup>105</sup>; à donner un ordre de gestion obligatoire imposant au titulaire de permis de retenir les services d'une personne pour gérer le foyer ou aider à sa gestion<sup>106</sup>; à ordonner la suspension des admissions au foyer<sup>107</sup> et à révoquer le permis d'un foyer de SLD<sup>108</sup>.

Pour choisir le mécanisme d'exécution à appliquer dans le cas d'une constatation de non-respect, les inspecteurs utilisent une matrice d'évaluation, fondée sur le Règlement, comme guide dans l'exercice de leur pouvoir discrétionnaire. Dans le cadre de cette matrice, les inspecteurs doivent envisager la gravité du non-respect (ou bien, en cas de préjudice ou de risque de préjudice, la gravité de ce préjudice ou de ce risque); l'étendue du non-respect (cas isolé, généralisé ou répandu) et les antécédents du titulaire de permis en matière de conformité<sup>109</sup>. Les inspecteurs peuvent adopter des mesures différentes de celles définies « par défaut » ou exigées selon la matrice d'évaluation, à condition que les motifs de cette adoption soient cohérents avec la politique relative à la matrice d'évaluation et documentés. Un inspecteur (ou le directeur) peut donner un ordre à un titulaire de permis pour non-respect, même si le titulaire de permis a pris toutes les mesures raisonnables pour empêcher ce non-respect ou que, au moment du non-respect, le titulaire de permis croyait raisonnablement et en toute honnêteté à l'existence de faits qui, s'ils étaient avérés, n'auraient pas entraîné ce non-respect<sup>110</sup>. La figure 9.4 récapitule les différents mécanismes d'exécution prévus par la Loi.

<sup>102</sup> LFSLD, art. 152-54.

<sup>103</sup> LFSLD, art. 153.

<sup>104</sup> LFSLD, art. 154.

<sup>105</sup> LFSLD, art. 155.

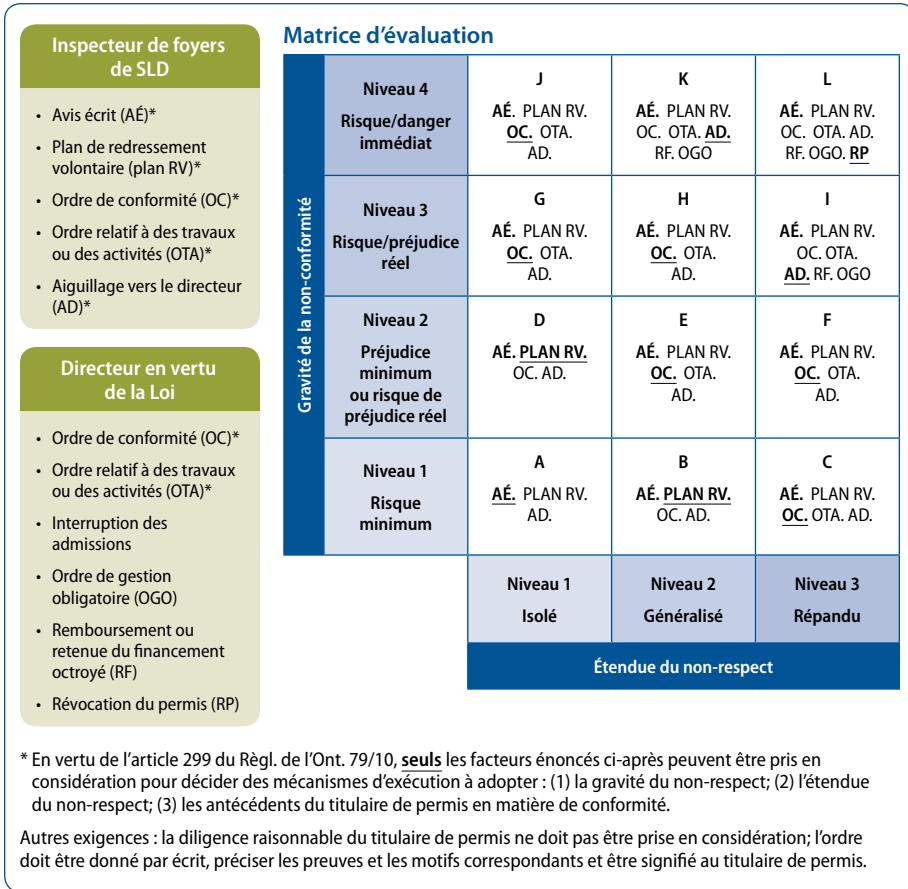
<sup>106</sup> LFSLD, art. 156.

<sup>107</sup> LFSLD, art. 50 (appelé ordre de cessation des admissions).

<sup>108</sup> LFSLD, art. 157.

<sup>109</sup> Voir également Règl. de l'Ont. 79/10, art. 299.

<sup>110</sup> LFSLD, art. 159.



**Figure 9.4 : Les mécanismes d'exécution imposés par la LFSLD**

Source : Compilé par le Ministère pour les audiences publiques, sur demande de la Commission.

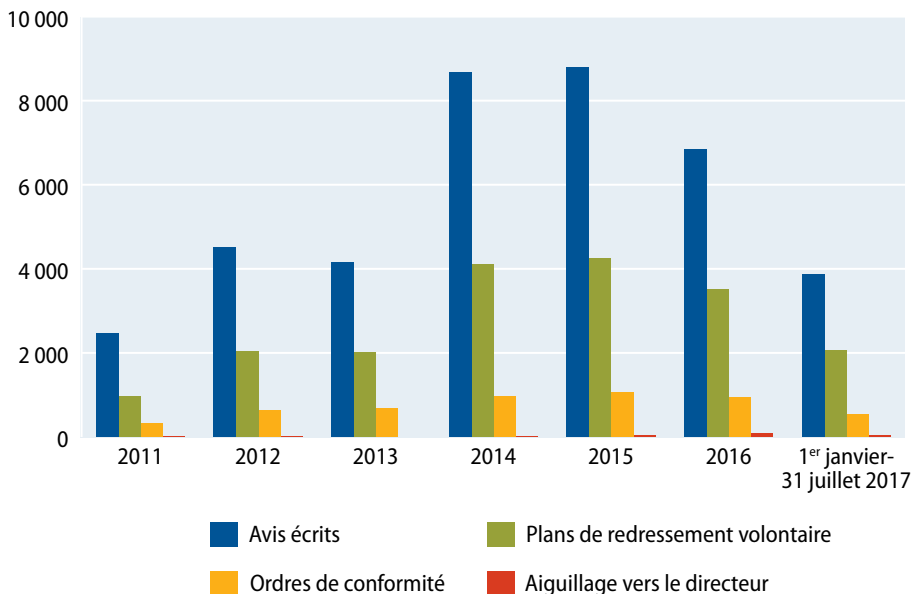
Un titulaire de permis peut demander que le directeur réexamine un ordre de conformité ou un ordre relatif à des travaux et des activités délivré par un inspecteur en vertu de la LFSLD<sup>111</sup>. Dans le cadre du réexamen d'un ordre, le directeur peut annuler, confirmer ou modifier l'ordre et substituer son propre ordre à celui de l'inspecteur<sup>112</sup>. Un titulaire de permis peut interjeter appel d'ordres donnés par le directeur (ou de décisions adoptées par le directeur associées à une demande de réexamen) devant la Commission d'appel<sup>113</sup>.

<sup>111</sup> LFSLD, art. 163(1). Il n'existe aucune possibilité de réexamen pour un avis écrit ou un plan de redressement volontaire émis en cas de constatation de non-respect.

<sup>112</sup> LFSLD, art. 163(6).

<sup>113</sup> LFSLD, art. 164.

Depuis l'entrée en vigueur de la LFSLD, les inspecteurs constatant un non-respect ont principalement eu recours à un avis écrit. Selon les données présentées dans l'Enquête par la Direction de l'inspection du Ministère, chaque année ou presque, pratiquement deux fois plus d'avis écrits que de plans de redressement volontaires (la seconde mesure la plus adoptée) sont émis. Les inspecteurs donnent un nombre nettement moindre d'ordres de conformité (généralement moins d'un millier par an) que d'avis écrits ou de plans de redressement volontaire. Il y a eu très peu de cas de renvois au directeur au cours des premières années du nouveau système (moins de 10 entre le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et le 31 décembre 2014). La tendance s'est inversée avec l'entrée en fonction de M<sup>me</sup> Simpson en tant que directrice. Selon son témoignage, elle a commencé à imposer aux inspecteurs de lui faire rapport dès le troisième ordre de conformité émis ou dans le cas où l'inspecteur décèlerait un risque grave dans le foyer. Suite à cette directive, le nombre de renvois au directeur a augmenté, passant de 29 en 2015 à 96 en 2016, puis est redescendu à 71 en 2017. La figure 9.5 illustre les mécanismes d'exécution adoptés à la suite de constatations de non-respect d'une exigence prévue par la loi entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 31 juillet 2017.



**Figure 9.5 : Les mécanismes d'exécution adoptés à la suite de constatations de non-respect, 1<sup>er</sup> janvier 2011 – 31 juillet 2017**

Source : Compilé par la Commission à partir des tableaux de données produits par le Ministère.

Les autres mesures prises contre les foyers en cas de non-respect ont été plus rares. M<sup>me</sup> Simpson a déclaré que, depuis l'entrée en vigueur de la LFSLD et du Règlement, la Direction de l'inspection avait donné 17 ordres d'interruption des admissions, contre simplement six ordres de gestion obligatoire. Le mécanisme d'exécution le plus important prévu par la LFSLD (à savoir, la révocation du permis d'un foyer) n'a été appliqué que deux fois depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010.

### 3. La gestion et le triage des renseignements

Lors de l'entrée en vigueur initiale de la LFSLD, chaque BRS a continué d'assurer le triage de l'ensemble des renseignements reçus concernant les foyers de SLD implantés sur son territoire de compétence, notamment l'ensemble des plaintes et des rapports d'incidents graves. Les inspecteurs au sein de chaque BRS occupaient à tour de rôle la fonction d'inspecteur de service. Les inspecteurs de service d'un BRS étaient chargés d'examiner les rapports d'incidents graves et les plaintes et de déterminer si une inspection devait avoir lieu, à partir des renseignements reçus.

Au cours de l'année 2011, des responsables de la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité ont commencé à s'inquiéter de l'absence de cohérence dans le triage des renseignements dans toute la province, notamment en raison de l'intervention de différents inspecteurs dans ce processus. À l'époque, il n'existait aucune formation dispensée de façon centralisée sur le triage des renseignements et les responsables des formations ne bénéficiaient que d'un soutien limité. C'est pourquoi il a été décidé de constituer une équipe centrale chargée de trier l'ensemble des renseignements à l'échelle de la province. Cette initiative devait permettre de garantir un triage cohérent tout en libérant des inspecteurs des BRS pour la conduite d'inspections. Cette équipe a été baptisée Équipe centrale de réception, d'évaluation et de triage (ÉCRÉT).

Avant que l'ÉCRÉT n'entame ses activités, Karin Fairchild<sup>114</sup>, alors chef Qualité, prise en charge et innovation de la DAPC, travaillait conjointement avec des conseillers en diététique et en soins infirmiers à l'élaboration de politiques et de processus. Il a été décidé que les inspecteurs chargés du triage des cas devraient, au minimum, inclure des infirmiers auxiliaires autorisés, de manière à évaluer les risques d'un point de vue clinique et à déterminer l'urgence d'une inspection.

---

<sup>114</sup> M<sup>me</sup> Fairchild est actuellement chef du BRS de Hamilton.

L'ÉCRÉT a commencé ses activités fin 2012, « en douceur », avec des projets de politiques, mais pas d'équipement. Elle a commencé le traitement de rapports d'incidents graves début 2013. Au printemps 2013, l'équipe comptait cinq inspecteurs chargés du triage des cas et un gestionnaire. Au cours de ces cinq dernières années, l'ÉCRÉT s'est agrandie; à l'été 2018, elle incluait neuf inspecteurs chargés du triage des cas, un responsable d'équipe d'inspection et un gestionnaire.

Depuis ses débuts, l'ÉCRÉT a assuré la réception, l'évaluation et le triage de l'ensemble des plaintes, des rapports d'incidents graves et des renseignements généraux transmis au Ministère au sujet des soins dispensés aux résidents des foyers de SLD en Ontario. Chacun des renseignements reçus concernant un foyer de SLD constitue un « dossier », à traiter par l'ÉCRÉT. En 2013 (première année complète d'activité de l'ÉCRÉT), l'équipe a reçu et trié plus de 30 000 dossiers. En 2017, ce nombre est passé à plus de 40 000, dont près de 4 000 plaintes reçues par l'entremise de la Ligne INFO de Service Ontario.

Les inspecteurs chargés du triage des cas examinent l'ensemble des renseignements reçus, afin de déterminer l'existence de cas potentiels de non-respect de la LFSLD ou au Règlement. Dans le cadre de ce processus, les inspecteurs peuvent demander des renseignements supplémentaires au foyer de SLD ou, le cas échéant, au plaignant. Si aucun cas de non-respect ne peut être déterminé à partir du dossier ou si le dossier concerne un « cas non visé par l'obligation de faire rapport », ce dossier sera clos. En revanche, si les inspecteurs chargés du triage des cas examinent un dossier qui soulève un cas potentiel de non-respect, ils lui attribueront un « niveau de risque ». Le niveau de risque attribué permet de déterminer si une enquête ou une inspection doit avoir lieu et dans quel délai.

Initialement, l'ensemble des dossiers se voyait attribuer un niveau de risque allant de 1 à 4. En décembre 2016, ce système a été modifié, avec l'ajout d'un niveau 3+. Le tableau 9.6 présente les différents niveaux de risque attribués aux dossiers, les définitions de ces niveaux, les délais définis pour lancer des inspections et des exemples des types de cas susceptibles de se voir attribuer ces niveaux de risque.

**Tableau 9.6 : Le triage des renseignements – niveaux de risque**

<b>NIVEAU DE RISQUE</b>	<b>DÉFINITION</b>	<b>DÉLAI DE LANCEMENT DE L'INSPECTION OU DE L'ENQUÊTE</b>	<b>TYPE DE CAS</b>
Niveau 1 – risque minimum	Situation qui peut simplement avoir une incidence négative mineure sur les résidents, mais qui ne constitue aucune (ou quasiment aucune) menace de risque permanent de préjudice.	Enquête sous 90 jours*. Inspection potentiellement nécessaire à l'issue de l'enquête.	Plainte concernant la disparition ou le non-étiquetage d'un vêtement d'un résident. Un nombre infime d'incidents graves se verront attribuer un niveau 1.
Niveau 2 – préjudice minimum ou potentiel de préjudice réel	Situation qui cause une gêne minimum au résident ou qui pourrait avoir (mais n'a pas encore eu) une incidence négative sur la capacité de ce dernier à atteindre un état fonctionnel optimal et qui constitue une menace minimum en termes de risque permanent de préjudice.	Enquête sous 90 jours. Inspection potentiellement nécessaire à l'issue de l'enquête.	Plainte concernant des dentiers ou des appareils auditifs non étiquetés.  Rapport d'incident grave concernant des mauvais traitements entre résidents ayant entraîné de petites contusions.



NIVEAU DE RISQUE	DÉFINITION	DÉLAI DE LANCEMENT DE L'INSPECTION OU DE L'ENQUÊTE	TYPE DE CAS
Niveau 3 – risque/ préjudice réel	Situation qui donne lieu à un résultat ayant une incidence négative sur la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents, notamment sur la capacité d'un résident d'atteindre un état fonctionnel optimal, ou qui comporte une série d'incidents contribuant au préjudice/au risque.	Inspection sous 60 jours ouvrables.	Les dossiers concernent certains types de préjudices, notamment des lacérations nécessitant des points de suture, des contusions sévères ou de larges déchirures cutanées.  Ce niveau de risque est le plus couramment attribué.
Niveau 3+ – risque/ préjudice réel significatif	Situation qui donne lieu à un résultat ayant une incidence négative grave sur la santé, la qualité de vie ou la sécurité d'un ou de plusieurs résidents, ou à une menace grave de risque/de préjudice réel important concernant la santé, la qualité de vie ou la sécurité d'un ou de plusieurs résidents.	Inspection sous 30 jours.	Les dossiers concernent en principe des blessures plus graves (par ex. une personne préalablement mobile subit une fracture de la hanche, ce qui la contraint de rester alitée). Ils peuvent également concerner des problèmes ayant une incidence à plus grande échelle (par ex. problème de chauffage qui touche l'ensemble du foyer et qui entraîne des températures inférieures à 22 °C).  Inclut également des rapports d'incidents graves concernant un décès « soudain ou inattendu ».

NIVEAU DE RISQUE	DÉFINITION	DÉLAI DE LANCEMENT DE L'INSPECTION OU DE L'ENQUÊTE	TYPE DE CAS
Niveau 4 – risque/danger immédiat	Situation qui entraîne un danger immédiat pour un ou plusieurs résidents (blessure grave, préjudice, déficience ou décès d'un résident).	Inspection immédiate requise en vertu du para. 25(2) de la LFSLD.	Dossiers concernant des rapports sur un empoisonnement ou un incendie ayant conduit à l'évacuation de résidents.

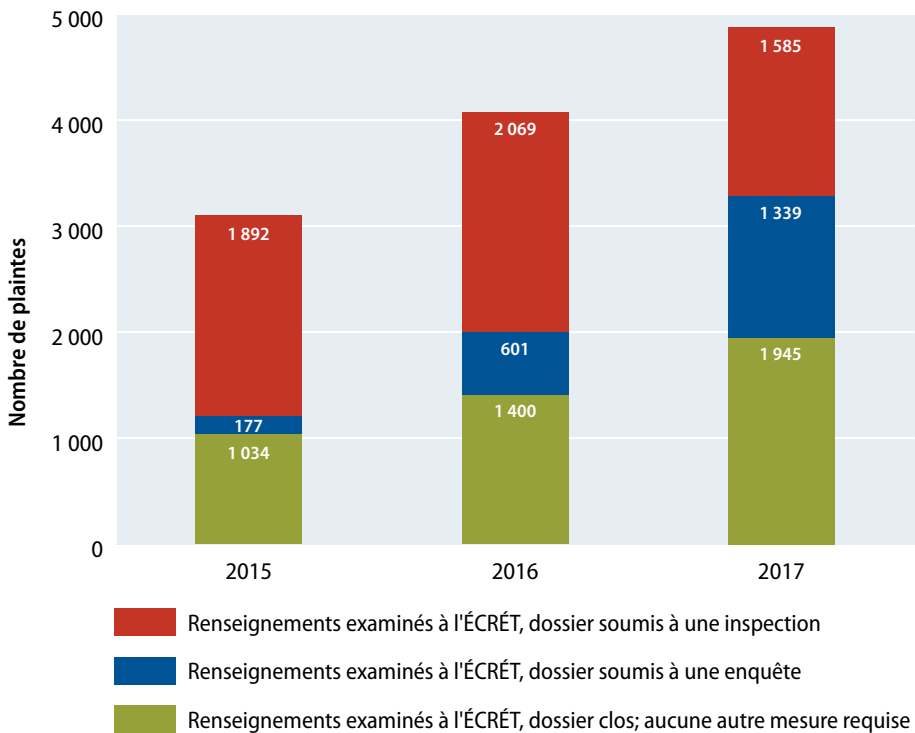
Source : Compilé par la Commission.

\* Selon des témoignages que j'ai entendus lors des audiences publiques, une enquête consiste à rassembler des renseignements (en consultant le foyer ou le plaignant), afin de déterminer si la loi a été respectée. Elle ne donne pas lieu à la production d'un rapport d'inspection officiel.

Après avoir trié et assigné un niveau de risque au dossier, l'ÉCRÉT transmet à chaque BRS un rapport de fin de journée, en indiquant l'ensemble des dossiers ayant fait l'objet d'un triage. Il revient ensuite aux gestionnaires de l'inspection des BRS<sup>115</sup> d'affecter un inspecteur au dossier, chargé de mener l'inspection au foyer. Les gestionnaires de l'inspection peuvent également décider de modifier le niveau de risque attribué à un dossier. Une fois le dossier confié, l'inspecteur détermine, à partir de son expérience et de son discernement clinique, la suite à donner. Un inspecteur peut décider qu'un dossier devant faire l'objet d'une enquête soit soumis à une inspection, ou inversement. L'inspecteur peut également décider de clore l'intégralité du dossier, par exemple suite à la réception de nouveaux renseignements à son sujet.

Les figures 9.6 et 9.7 illustrent l'augmentation continue du nombre de plaintes et de rapports d'incidents graves reçus par l'ÉCRÉT. Elles soulignent également le fait que la majorité des plaintes sont soumises à une inspection ou à une enquête, contrairement aux rapports d'incidents graves. La plupart des dossiers concernant des incidents graves sont finalement clos, les inspecteurs chargés du triage des cas déterminant qu'aucune autre mesure n'est requise.

<sup>115</sup> Auparavant appelés « responsables d'équipe d'inspection ».

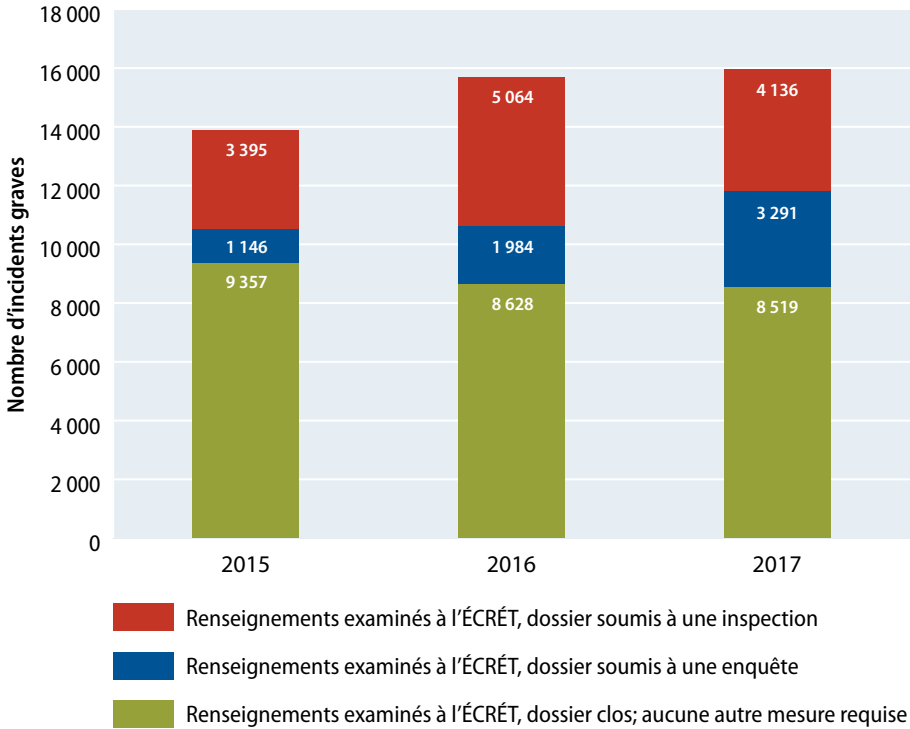


**Figure 9.6 : Nombre de plaintes reçues par l'ÉCRÉT, 2015-2017**

Source : Compilé par le Ministère pour les audiences publiques, sur demande de la Commission.

Conjointement à l'ajout du niveau de risque 3+, en 2016 et en 2017, l'ÉCRÉT a apporté un certain nombre d'autres changements politiques et procéduraux, la plupart suite aux inquiétudes soulevées par la Vérificatrice générale dans son rapport établi en 2015 sur le Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée (PIQFSLD). Ainsi, depuis octobre 2016, les inspecteurs chargés du triage des cas doivent examiner les dossiers assortis d'un niveau de risque faible et cerner les tendances associées aux problèmes en matière de soins (par l'examen des antécédents d'un résident) et opérationnels (par l'examen des antécédents du foyer en lien avec un problème particulier). Lorsqu'un inspecteur décèle une tendance (à savoir trois incidents sur six mois), le niveau de risque faible (niveau 1 ou 2) initialement attribué passe à 3, et le dossier est soumis à une inspection au lieu d'une simple enquête. Dès lors qu'une tendance est décelée, l'ensemble des numéros de dossiers correspondants sont reportés dans la ligne objet du dossier, afin de signaler la tendance observée au gestionnaire de l'inspection du Bureau régional de services (BRS). Selon les preuves présentées aux

audiences publiques, l'ÉCRÉT n'est actuellement pas en mesure de suivre les tendances associées aux plaintes ou aux rapports d'incidents graves qui concernent des employés particuliers.



**Figure 9.7 : Nombre de rapports d'incidents graves reçus par l'ÉCRÉT, 2015-2017**

Source : Compilé par le Ministère pour les audiences publiques, sur demande de la Commission.

L'ÉCRÉT a commencé à vérifier les dossiers en 2017, afin de déterminer si un dossier avait été clos de façon pertinente et d'évaluer les motifs pour lesquels un dossier avait été confié au BRS (en termes de niveau de risque et de domaine de non-respect potentiel attribués). Sur l'ensemble des dossiers (aussi bien ceux clos que ceux soumis à une enquête ou à une inspection), 5 % sont à présent vérifiés. Le responsable de l'équipe d'inspection au sein de l'ÉCRÉT est chargé d'effectuer ces vérifications. Si la vérification met en évidence un dossier qui a été clos alors qu'il aurait dû faire l'objet d'une inspection, le dossier sera rouvert puis transmis au BRS pour inspection.

Selon M<sup>me</sup> Simpson, sur l'ensemble des dossiers vérifiés entre janvier et septembre 2017, seulement 2 % (soit cinq dossiers) se sont avérés clos à tort.

#### 4. Les inspections PII et IQSR

Le système d'inspection visé par la LFSLD prévoit deux principaux types d'inspections : les inspections concernant des plaintes ou des incidents graves et inspections de suivi (PII) et les inspections de la qualité des services aux résidents (IQSR). Les inspections PII sont généralement lancées suite à l'examen par l'ÉCRÉT d'un dossier reçu concernant une plainte ou un rapport d'incident grave, tandis que les IQSR consistent en des inspections générales annuelles menées dans l'ensemble des foyers de SLD. Tous les inspecteurs sont amenés à réaliser ces deux types d'inspections. Néanmoins, les IQSR occupent désormais la majorité du temps consacré aux inspections. Selon une inspectrice expérimentée, au moins 80 % de ses travaux d'inspection concernent des IQSR.

Les IQSR ont été conçues pour permettre un examen objectif de l'exploitation générale d'un foyer de SLD, sans qu'un problème spécifique ait été préalablement soulevé. Ces inspections, qui se veulent proactives, consistent à examiner des situations selon une approche plus générale que dans le cadre d'une inspection PII. L'IQSR vise à déceler des problèmes systémiques qui n'auraient pas pu être constatés dans le cadre d'une inspection PII. Contrairement à la plupart des inspections PII individuelles, les IQSR sont généralement menées par une équipe d'inspecteurs.

Une PII est une inspection en deux étapes, axée sur les résidents. Dans le cadre de l'étape 1, les inspecteurs interrogent 40 personnes choisies de façon aléatoire parmi les résidents, les familles et les membres du personnel; exploitent les données de l'instrument RAI-MDS; font des observations sur le foyer; et examinent les dossiers cliniques et autres documents. Dès que la phase de recueil de données de l'étape 1 est terminée, les inspecteurs examinent les résultats et, sur la base d'un non-respect potentiel, déterminent les cas (ou les domaines de soins) qui requièrent une inspection approfondie à l'étape 2. Pour chaque IQSR, les inspecteurs utilisent des protocoles d'inspection obligatoires, lesquels définissent les domaines devant faire l'objet d'une inspection, que le domaine de soins en question ait conduit ou non à la nécessité d'approfondir l'inspection (protocole d'inspection associé à la gestion des médicaments et au conseil des résidents, par exemple). D'autres protocoles d'inspection ne sont appliqués que si le cas en question déclenche une inspection à l'issue de l'étape 1, notamment le protocole d'inspection

associé à la prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles; et le protocole d'inspection concernant l'effectif suffisant. Les inspecteurs peuvent également appliquer un protocole d'inspection si, selon eux, il existe un risque pour les résidents ou s'ils ont décelé une tendance, même en l'absence d'éléments déclencheurs d'une inspection à l'issue de l'étape 1.

La LFSLD est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2010, mais il a fallu attendre février et mars 2011 pour assister aux premières IQSR. Initialement, les IQSR n'étaient pas menées chaque année dans chaque foyer de SLD; comme l'a expliqué M<sup>me</sup> Simpson, « compte tenu des efforts intenses que nécessitaient les IQSR, il n'y avait pas suffisamment de personnel pour les mettre en œuvre ». En juin 2013, les médias évoquaient largement le fait que les IQSR n'avaient toujours pas été menées dans l'ensemble des foyers de SLD implantés dans l'Ontario. Le 10 juin 2013, le Ministre a pris l'engagement selon lequel chacun des foyers de SLD de la province ferait l'objet d'une IQSR avant la fin 2014 et que de nouveaux inspecteurs seraient recrutés afin de mener ce programme; un engagement qui s'est traduit par le recrutement d'un grand nombre de nouveaux inspecteurs fin 2013 et courant 2014. En outre, la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité a cherché à rationaliser le processus d'IQSR<sup>116</sup>, sans en compromettre la méthodologie. Malgré tout, la réalisation des IQSR standards nécessitait 30 jours-inspecteur (trois inspecteurs, 10 jours d'inspection); leur déploiement dans plus de 600 foyers de SLD de la province exigeait d'énormes ressources. Les IQSR ont finalement été achevées dans l'ensemble des foyers de SLD fin janvier 2015.

Alors que les inspecteurs s'efforçaient d'achever les IQSR dans l'ensemble des foyers de SLD pour la fin 2014, l'ÉCRÉT recevait un plus grand nombre de rapports d'incidents graves et de plaintes. Cet objectif d'achèvement des IQSR dans tous les foyers a rendu les inspections des incidents et des plaintes très difficiles à mener dans les délais, se traduisant par des arriérés de plus en plus importants. La majeure partie des inspecteurs qui ont témoigné lors des audiences publiques ont admis que même s'ils mettaient tout en œuvre pour respecter les délais d'inspection définis pour les cas les plus graves, ils n'y parvenaient pas toujours.

En décembre 2015, lorsque la Vérificatrice générale a déposé son rapport annuel, notamment sur le PIQFSLD, elle a constaté que les arriérés des plaintes

---

<sup>116</sup> Cette rationalisation consistait à faire en sorte que le personnel administratif prépare les documents nécessaires avant l'IQSR et à fixer de nouveaux seuils pour les plus petits foyers de SLD.

et des rapports d'incidents graves avaient plus que doublé pendant la période où le Ministère avait fait de l'achèvement des IQSR une priorité. La Vérificatrice générale a recommandé que le Ministère prenne des mesures afin d'accélérer les inspections PII; d'en assurer un meilleur suivi et une meilleure priorisation; de faire en sorte de cibler les efforts sur les domaines à risque élevé et de définir les IQSR prioritaires en fonction de facteurs de risque tels que les antécédents en matière de conformité, les plaintes concernant un foyer et les incidents graves.

En réponse aux questions soulevées dans le rapport de la Vérificatrice générale et face à la nécessité reconnue de traiter un nombre croissant d'incidents graves et de plaintes en suspens et n'ayant fait l'objet d'aucune inspection, la Direction a de nouveau fait appel à Nursing Home Quality (la société ayant mis au point la méthodologie initiale d'IQSR), afin d'envisager la possibilité de mener des IQSR davantage axées sur les risques dans les foyers « performants » (c'est-à-dire ceux non confrontés à des problèmes majeurs de conformité). Nursing Home Quality a rédigé un rapport à l'intention de la Direction de l'inspection selon lequel, pour les foyers performants, il était possible de réduire l'échantillon de résidents interrogés de 40 (à savoir le nombre exigé dans le cadre des IQSR initiales) à 20, ainsi que les domaines de soins soumis à inspection.

À l'issue de ces consultations, à l'automne 2016, la Direction de l'inspection a mis en place une nouvelle IQSR « axée sur les risques » dans les foyers performants. Ce nouveau type d'inspection se déroule sur une période plus courte et cible les cas à risque élevé. L'IQSR commence avec un échantillon de 20 résidents à l'étape 1. Elle inclut différents seuils de déclenchement pour l'inspection de domaines de soins à l'étape 2 et des protocoles d'inspection obligatoires moins nombreux. Elle nécessite au total 10 jours-inspecteur (soit deux inspecteurs, cinq jours d'inspection).

Tout foyer pour lequel le Ministère identifie un « risque plus élevé » continue de faire l'objet de l'IQSR initiale, désormais appelée IQSR intensive. Les foyers à faible risque font, quant à eux, l'objet d'une IQSR axée sur les risques. Une IQSR fortement axée sur les risques continuera d'être menée dans ces foyers une fois tous les trois ans. Le niveau de risque des foyers est déterminé en fonction de l'évaluation du rendement du PIQFSLD (cf. ci-dessous).

Le tableau 9.7 présente les principales différences entre l'IQSR axée sur les risques et l'IQSR initiale, désormais appelée IQSR fortement axée sur les risques.

**Tableau 9.7 : Comparaison entre l'IQSR axée sur les risques et l'IQSR initiale (désormais appelée IQSR intensive)**

<b>IQSR INITIALE (INTENSIVE)</b>	<b>IQSR AXÉE SUR LES RISQUES</b>
Échantillon aléatoire de 40 résidents	Échantillon aléatoire de 20 résidents
5 Protocoles d'inspection obligatoires <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation de la salle à manger</li> <li>• Entretien avec le conseil des familles</li> <li>• Prévention et contrôle des infections</li> <li>• Gestion des médicaments</li> <li>• Entretien avec le conseil des résidents</li> </ul>	4 Protocoles d'inspection obligatoires <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune observation de la salle à manger</li> </ul>
21 domaines de soins ciblés <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services d'hébergement – entretien ménager</li> <li>• Services d'hébergement – buanderie</li> <li>• Services d'hébergement – entretien</li> <li>• Réponse aux incidents graves</li> <li>• Qualité des aliments</li> <li>• Rapports et plaintes</li> <li>• Foyer sécuritaire</li> <li>• Observation des collations</li> <li>• Comptes en fiducie</li> <li>• Gestion de l'élimination intestinale et des soins liés à la continence</li> <li>• Dignité, choix et respect de la vie privée</li> <li>• Prévention des chutes</li> <li>• Hospitalisation et changement de l'état</li> <li>• Recours minimal à la contention</li> <li>• Nutrition et hydratation</li> <li>• Douleur</li> <li>• Services de soutien personnel</li> <li>• Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles</li> <li>• Activités récréatives et sociales</li> <li>• Comportements réactifs</li> <li>• Soins de la peau et des plaies</li> </ul>	9 domaines de soins ciblés <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services d'hébergement – entretien ménager</li> <li>• Gestion de l'élimination intestinale et des soins liés à la continence</li> <li>• Dignité, choix et respect de la vie privée</li> <li>• Prévention des chutes</li> <li>• Recours minimal à la contention</li> <li>• Nutrition et hydratation</li> <li>• Douleur</li> <li>• Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles</li> <li>• Soins de la peau et des plaies</li> </ul>

Source : Compilé par la Commission.

Afin de tenter de répondre aux préoccupations exprimées par la Vérificatrice générale et d'améliorer l'efficacité du processus d'inspection, la Direction de l'inspection a, ces dernières années, effectué d'autres changements



concernant les marches à suivre. Les inspecteurs sont notamment invités à regrouper les rapports d'incidents graves concernant des problèmes similaires constatés dans un foyer<sup>117</sup>. En outre, dans le cadre d'une IQSR menée dans un foyer, les inspecteurs apportent les rapports d'incidents graves ou les dossiers de plaintes en suspens<sup>118</sup>. Selon le témoignage de M<sup>me</sup> Simpson lors des audiences publiques, en 2016, les inspecteurs apportaient en moyenne huit dossiers à remplir pendant une IQSR annuelle. Autrement dit, toutes les constatations de non-respect émises contre un foyer suite à une IQSR ont probablement découlé de plaintes et de rapports d'incidents graves, et non des autres cas d'ordre plus général examinés au cours de l'inspection. En outre, les inspecteurs ne rédigent pas de rapports d'inspection distincts concernant les cas d'inspections PII inspectés dans le cadre d'IQSR.

## 5. L'attribution des niveaux de risque et de rendement aux foyers de SLD

En 2011, peu de temps après l'entrée en vigueur de la LFSLD, le directeur a demandé d'envisager l'élaboration d'une méthodologie, à partir des données existantes, afin d'évaluer les risques dans les foyers de SLD. Philip Moorman, spécialiste des appels et conseiller en programmes au sein de la DAPC, était chargé de créer le cadre d'évaluation des risques. Selon son témoignage au cours des audiences publiques, la création d'un tel cadre représentait une composante clé du projet Transformation conformité mis en œuvre à l'époque par le directeur.

Si des intervenants externes ont été consultés préalablement à son intégration, M. Moorman s'est, en revanche, uniquement entretenu avec le Ministère, notamment avec des experts en statistiques et techniques internes. Pour créer le cadre d'évaluation des risques, le Ministère souhaitait s'appuyer sur des données qui soient suffisamment précises, pour représenter un domaine de risque, fiables, c'est-à-dire des données qui évaluaient les mêmes éléments de façon cohérente, et valides, à savoir des données qui évaluaient véritablement un risque.

---

<sup>117</sup> Sauf les rapports concernant des soupçons de mauvais traitement, lesquels doivent faire l'objet d'une inspection distincte.

<sup>118</sup> Le changement de politique institué pour permettre à l'ÉCRÉT de soumettre les dossiers à faible risque à une enquête (et non à une inspection) visait également à réduire l'arriéré de dossiers au niveau des BRS.

### ***a) Les éléments de données du rapport ÉRR***

Enfin, le modèle d'évaluation des risques adopté reposait principalement sur les antécédents du foyer de SLD en matière de conformité. Comme M. Moorman l'a expliqué dans son témoignage, les données étaient immédiatement accessibles et les antécédents de conformité d'un foyer étaient considérés comme un indicateur de son rendement futur. Le cadre d'évaluation s'appuyait également sur différents éléments de données de l'instrument RAI-MDS, tous préalablement établis comme des indicateurs valides de risque dans les foyers de SLD. Pour élaborer le modèle, M. Moorman s'est régulièrement entretenu avec les membres de la Direction de l'analytique en matière de santé (à savoir les experts techniques du Ministère spécialisés dans les statistiques et les analyses de données). Ces experts ont permis de déterminer les éléments de données appropriés, l'algorithme de calcul des scores globaux obtenus par chaque foyer, la pondération de certaines données et les seuils appropriés associés aux différents niveaux de risque.

La première version du cadre d'évaluation des risques, alors appelé Évaluation des risques et du rendement du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée (PIQFSLD) a été créée en novembre 2013. Cette version reposait sur quatre ensembles de données, à savoir : les données d'inspection et de conformité, les données de l'instrument RAI-MDS, le rapport de conformité visé par l'Entente de responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée (ERS-SLD) et les données qualitatives. Le tableau 9.8 ci-dessous décrit les éléments de données figurant dans chaque ensemble de données. Les quatre ensembles de données demeurent utilisés dans la version actuelle de l'évaluation du rendement du PIQFSLD.

L'élaboration des rapports d'évaluation des risques et du rendement du PIQFSLD comporte deux étapes. Dans le cadre de la première étape, les données de conformité et de l'instrument RAI-MDS, à l'état brut, sont converties en centiles, afin de classer les foyers de la province les uns par rapport aux autres. Ces centiles permettent ensuite d'obtenir un score global pour chaque foyer; dans la première version du modèle, ce score correspondait à la médiane de chaque score centile. Ce score global sert alors à déterminer le niveau de risque initial du foyer selon l'évaluation des risques et du rendement du PIQFSLD. Dans la première version du modèle, les foyers

de niveau 1, c'est-à-dire ceux qui « respectaient la loi pour l'essentiel », se classaient en dessous du centile 70. Les foyers de niveau 2, à savoir les « non conformes – niveau de risque moyen », se situaient entre les centiles 70 et 85. Les foyers de niveau 3, à savoir les « non conformes – niveau de risque élevé », se situaient au-dessus du centile 85<sup>119</sup>.

Dans le cadre de la seconde étape, il était possible de modifier manuellement le niveau de risque attribué à un foyer selon les renseignements figurant dans les deux ensembles de données suivants : le rapport de conformité visé par l'ERS-SLD et les données qualitatives des BRS. Par exemple, un foyer initialement classé au niveau de risque 1 (mais pour lequel les données qualitatives du BRS mettaient en évidence des préoccupations) pouvait être reclassé au niveau 2 (voire au niveau 3). Les foyers dont le permis était sur le point d'être révoqué pouvaient être classés au niveau 4, appelé « révocation ». Dans son témoignage lors des audiences publiques, M. Moorman a admis qu'un nombre infime de foyers avaient vu leur niveau de risque modifié suite à l'émission des rapports de conformité visés par l'ERS-SLD. Seuls cinq ou six foyers au cours d'un trimestre donné avaient été classés dans la catégorie « non-respect chronique » d'après les rapports de conformité visés par l'ERS-SLD.

Selon le témoignage de M. Moorman, la majorité des foyers de SLD (soit 85 % des foyers, en général) se trouvent au niveau 1. Près de 10 % des foyers sont classés niveau 2 et les 4 à 5 % restants sont classés niveau 3.

L'évaluation des risques et du rendement du PIQFSLD a fait l'objet de cinq modifications depuis sa première version. La deuxième version, créée en septembre 2015, intégrait deux autres éléments de données de conformité tirés d'IQSR. Dans cette nouvelle version, la médiane avait été remplacée par un score global, de sorte que le score repose sur une moyenne. Ce changement avait été effectué en consultation avec la Direction de l'analytique en matière de santé.

---

<sup>119</sup> Jusqu'à décembre 2017, les foyers de niveau 3 étaient regroupés en deux catégories. Les foyers étaient classés niveau 3, catégorie 1, en fonction de leur score global ou d'importantes préoccupations soulevées d'après les données qualitatives. Si ces foyers n'avaient préalablement pas respecté des ordres du directeur, qu'ils avaient fait l'objet d'un ordre de gestion obligatoire ou qu'ils avaient démontré leur manque de volonté ou leur incapacité à respecter la LFSLD ou son Règlement, ils étaient classés niveau 3, catégorie 2.

L'évaluation des risques et du rendement du PIQFSLD a une nouvelle fois été modifiée en mars 2016, suite à l'allongement de la période des données de conformité de 12 à 18 mois. Les seuils associés aux quatre niveaux de risque ont été ajustés en fonction des données issues des IQSR. Le niveau 1 (foyers qui respectaient la loi pour l'essentiel) correspondait aux foyers situés en dessous du centile 65. Les foyers de niveau 2 étaient situés entre les centiles 65 et 80. Les foyers de niveau 3 affichaient un score supérieur au centile 80. La version de juin 2016 de l'évaluation des risques et du rendement ne comportait que des modifications de forme mineures. À partir de septembre 2016, l'IQSR axée sur les risques était menée dans l'ensemble des foyers de SLD classés niveau 1. Quant aux foyers de niveau 2 et 3, ils continuaient de faire l'objet de l'IQSR fortement axée sur les risques.

La quatrième version du modèle d'évaluation des risques a été élaborée en septembre 2017. La seule modification à l'époque concernait l'intitulé de ce modèle; on l'appelait désormais Évaluation du rendement du PIQFSLD et, à la demande de la Direction de l'inspection, les « niveaux de risques » avaient été transformés en « niveaux de rendement » des foyers. La cinquième version (actuellement en vigueur) de l'Évaluation du rendement du PIQFSLD a été produite en décembre 2017, avec l'adaptation des intitulés des niveaux de rendement dans un langage clair. Ce changement a été apporté préalablement à la publication des informations, laquelle est intervenue au printemps 2018. Désormais, les foyers de niveau 1 sont dits « en règle »; les foyers de niveau 2 sont classés dans la catégorie « des améliorations s'imposent »; et les foyers de niveau 3 dans la catégorie « des améliorations substantielles s'imposent ». Les foyers de niveau 4 sont classés quant à eux dans la catégorie « permis révoqué ».

Le tableau 9.8 récapitule les modifications apportées à l'évaluation des risques et du rendement du PIQFSLD depuis sa première version en novembre 2013.

Depuis l'automne 2016, les foyers classés niveau 1 font l'objet d'une IQSR « axée sur les risques ». Ces foyers seront soumis à une IQSR fortement axée sur les risques une fois tous les trois ans. Les foyers classés niveau 2 ou 3 font l'objet d'une IQSR fortement axée sur les risques.

**Tableau 9.8 : Modifications apportées à l'Évaluation des risques et du rendement du PIQFSLD, novembre 2013-décembre 2017**

<b>VERSION DE L'ÉVALUATION DES RISQUES ET DU RENDEMENT DU PIQFSLD</b>	<b>ÉLÉMENTS DE DONNÉES</b>	<b>NIVEAUX DE RISQUE</b>
Novembre 2013	<p><b>Données d'inspection et de conformité (12 mois)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'inspections</li> <li>• Nombre de constatations de non-respect</li> <li>• Nombre d'ordres</li> <li>• Nombre d'inspections de plaintes découlant sur des constatations de non-respect</li> </ul> <p>Nombre d'inspections de rapports d'incidents graves découlant sur des constatations de non-respect</p> <p><b>Données de l'instrument RAI-MDS (3 mois)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidence de l'aggravation des plaies de pression</li> <li>• Incidence de l'aggravation de la douleur</li> <li>• Incidence de l'aggravation du comportement</li> </ul> <p><b>Rapport de conformité visé par l'ERS-SLD (36 mois)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le rapport de l'ERS-SLD classe dans la catégorie « non-respect chronique » les foyers ayant fait consécutivement l'objet de deux ordres dans l'un des domaines à risque élevé suivants :</li> <li>• Blessure entraînant le transfert ou l'admission à l'hôpital</li> <li>• Incidents liés à des médicaments</li> <li>• Disparition d'un résident</li> <li>• Risques environnementaux</li> <li>• Contrôle des infections</li> <li>• Voie de fait/mauvais traitement allégué ou confirmé</li> <li>• Plaies de pression</li> <li>• Contentions quotidiennes</li> <li>• Prise en charge de la perte de poids</li> <li>• Prise en charge de l'élimination intestinale et des soins liés à la continence</li> <li>• Chutes</li> <li>• Symptômes comportementaux ayant une incidence sur autrui</li> </ul>	<p><b>Niveau 1 :</b> inférieur au centile 70; respect de la loi pour l'essentiel.</p> <p><b>Niveau 2 :</b> entre les centiles 70 et 85; non conforme; niveau de risque moyen.</p> <p><b>Niveau 3 :</b> supérieur au centile 85; non conforme; niveau de risque élevé.</p> <p><b>Niveau 4 :</b> révocation.</p>

<b>VERSION DE L'ÉVALUATION DES RISQUES ET DU RENDEMENT DU PIQFSLD</b>	<b>ÉLÉMENTS DE DONNÉES</b>	<b>NIVEAUX DE RISQUE</b>
Novembre 2013 (suite)	<p><b>Données qualitatives</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renseignements provenant des BRS, des banques, des fournisseurs ou d'autres créanciers qui soulèvent des préoccupations quant à l'exploitation du foyer.</li> <li>• Possibilité de déterminer un taux de roulement élevé au niveau du personnel de direction.</li> </ul>	
Septembre 2015	<p>Similaire à la version antérieure, mais intégration des données des IQSR aux données d'inspection et de conformité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de cas de non-respect associés à des IQSR</li> <li>• Nombre d'ordres associés à des IQSR</li> </ul>	Aucun changement.
Mars 2016	La période des données d'inspection et de conformité est allongée par rapport à la période antérieure de 18 mois.	<p>Modification apportée suite à l'intégration des données des IQSR.</p> <p><b>Niveau 1</b> : inférieur au centile 65 : « conforme ou respect de la loi pour l'essentiel ».</p> <p><b>Niveau 2</b> : entre les centiles 65 et 80 : « non conforme; niveau de risque moyen ».</p> <p><b>Niveau 3</b> : supérieur au centile 80 « non conforme; niveau de risque élevé ».</p> <p><b>Niveau 4</b> : révocation.</p>
Juin 2016	Modifications sur la forme (présentation des données uniquement).	Aucun changement.

VERSION DE L'ÉVALUATION DES RISQUES ET DU RENDEMENT DU PIQFSLD	ÉLÉMENTS DE DONNÉES	NIVEAUX DE RISQUE
Septembre 2017	Modification de l'intitulé : Évaluation du rendement du PIQFSLD.	Remplacement du terme « risque » par le terme « rendement » pour décrire le niveau d'un foyer.
Décembre 2017	Aucun changement.	<p>Les libellés des différents niveaux sont modifiés, mais pas les seuils des centiles associés à chaque niveau de « rendement ».</p> <p><b>Niveau 1</b> : « en règle ».</p> <p><b>Niveau 2</b> : « des améliorations s'imposent ».</p> <p><b>Niveau 3</b> : « des améliorations substantielles s'imposent ».</p> <p><b>Niveau 4</b> : « permis révoqué ».</p>

Source : Compilé par la Commission.

### ***b) Les limites de l'évaluation des risques et du rendement du PIQFSLD***

Malgré les nombreux efforts mis en œuvre pour améliorer et affiner le modèle d'évaluation des risques et du rendement, M. Moorman a admis que ce modèle avait ses limites. En effet, selon lui, le modèle est suffisamment fiable pour permettre de distinguer les foyers qui respectaient les exigences de la LFSLD pour l'essentiel des foyers non conformes, tout en reconnaissant qu'il comporte un certain nombre de limites, notamment :

- le modèle comporte un risque de double comptage, dans la mesure où il inclut le nombre total de constatations de non-respect (dans les inspections PII et IQSR) ainsi que le nombre de cas de non-respect découlant des inspections des plaintes et des rapports d'incidents graves;

- le modèle inclut l'ensemble des constatations de non-respect, sans faire la distinction entre les domaines à risque élevé et ceux à faible risque où un non-respect a été constatée;
- aucune pondération des données n'est effectuée afin de prendre compte la taille du foyer (notamment la probabilité d'un plus grand nombre d'inspections dans les plus grands foyers);
- le modèle ne tient pas compte du fait que plusieurs dossiers sont désormais apportés lors de chaque inspection, ce qui peut avoir une incidence sur la validité des données associées au « nombre d'inspections » ou aux « cas de non-respect découlant d'IQSR » (alors que le cas de non-respect peut découler d'un dossier de plainte contrôlé dans le cadre de l'IQSR)<sup>120</sup>;
- il existe un décalage de trois mois entre la production des données et l'élaboration du rapport; les rapports d'évaluation des risques et du rendement donnent un aperçu des performances d'un foyer à un moment précis;
- le modèle s'appuie sur les rapports d'incidents d'un foyer. Si un foyer ne fait pas rapport d'incidents graves et que, par conséquent, aucune inspection n'est réalisée à cet égard, cela peut avoir une incidence sur l'évaluation des risques du foyer<sup>121</sup>.

M. Moorman a indiqué dans son témoignage que la Direction de l'inspection poursuivait son engagement en faveur de l'amélioration du modèle d'évaluation du rendement du PIQFSLD. Selon lui, il était utile de consulter des experts quant à la manière d'élargir les ensembles de données utilisés; la Direction avait notamment évoqué l'intégration d'un plus grand nombre de données de l'instrument RAI-MDS et, éventuellement, de données financières. Plus précisément, il espérait que la prochaine version permettrait de pondérer les données de conformité, de manière à traiter différemment les ordres associés à un faible risque et ceux associés à un risque élevé. Enfin, il a déclaré qu'une plus grande automatisation de la production des rapports serait souhaitable, de sorte que la direction puisse réaliser des analyses de tendances plus poussées.

---

<sup>120</sup> M. Moorman a suggéré que dans la mesure où cette pratique était adoptée dans l'ensemble des régions de la province, elle devrait avoir une incidence similaire sur l'évaluation des risques réalisée dans tous les foyers.

<sup>121</sup> Bien que M. Moorman ait admis la possibilité de cette limite, il a également estimé que, compte tenu du large éventail d'éléments de données intégré au modèle, cela n'aurait probablement pas une incidence significative sur l'évaluation des risques.



***c) La communication publique des résultats des évaluations du rendement du PIQFSLD***

Depuis la mi-avril 2018, les niveaux de l'Évaluation du rendement du PIQFSLD sont communiqués sur le site Internet du Ministère pour chaque foyer de SLD de la province. Auparavant, ces renseignements n'étaient pas rendus publics, car ils étaient réservés à un usage interne et les foyers n'étaient pas informés de leur niveau de risque ni de la méthodologie utilisée pour attribuer ces niveaux. La directrice a témoigné lors des audiences publiques qu'elle était en faveur d'une approche transparente. Néanmoins, elle a formulé des réserves quant à la publication des résultats de l'évaluation du rendement du PIQFSLD, dans la mesure où ces derniers pouvaient ne pas refléter le statut actuel d'un foyer. Ce statut peut évoluer rapidement, de façon positive ou négative, et ces évolutions ne transparissent pas immédiatement dans l'Évaluation du rendement du PIQFSLD, laquelle repose en partie sur les données de l'instrument RAI-MDS; des données obsolètes de quatre à cinq mois au moment où le Ministère les reçoit.

## RECOMMANDATIONS

*Remarque* : La plupart des recommandations du chapitre 15 s'adressent également au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

**Recommandation 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.

### Raisonnement de la recommandation 19

- En donnant aux foyers de soins de longue durée la possibilité d'utiliser l'enveloppe des soins infirmiers et personnels pour d'autres employés, les foyers pourront engager le personnel le mieux adapté aux besoins de leurs résidents. Cela permettra aux foyers de mieux utiliser leur personnel et de décharger les infirmiers de tâches que d'autres peuvent assumer (p. ex. le transport des résidents et les bilans comparatifs des médicaments).

**Recommandation 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.

### Raisonnement de la recommandation 20

- Dans le modèle de financement actuel, les foyers de soins de longue durée ne sont pas incités à chercher à améliorer l'état de santé de leurs résidents. Au lieu de cela, les foyers dont les résidents ont des problèmes de santé plus aigus (tels que mesurés à l'aide de l'Indice des groupes clients) recevront davantage de fonds dans leurs enveloppes de soins personnels et de soins infirmiers. Bien qu'il y ait de bonnes raisons de fournir aux foyers un financement supplémentaire pour répondre aux besoins complexes en matière de santé des résidents gravement malades, il doit également exister des incitatifs à la promotion de la santé et du bien-être des résidents. Ces incitatifs devraient comprendre la reconnaissance publique des foyers qui y parviennent, ainsi que des récompenses financières pour les améliorations démontrées de la santé et du mieux-être des résidents.

**Recommandation 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.

### Détails

- La nouvelle enveloppe de financement de la formation devrait être disponible pour diverses possibilités de formation et d'éducation, notamment :
  - la gérontologie et les soins aux personnes âgées;
  - les exigences législatives et réglementaires de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) et le Règlement;
  - la formation obligatoire exigée par l'article 76 de la LFSLD;
  - la prévention des mauvais traitements et de la négligence;
  - les obligations de faire rapport;
  - les mesures de protection des dénonciateurs;
  - les conseils des résidents;
  - la déclaration des droits des résidents;
  - la formation des directeurs médicaux sur leurs responsabilités en vertu de la LFSLD et leur participation au cours de formation des directeurs médicaux offert par Ontario Long Term Care Clinicians;
  - l'élaboration du matériel de formation en fonction des besoins, notamment sur le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé.

- Les paramètres de financement doivent être suffisamment souples pour permettre aux foyers d'utiliser l'enveloppe de financement de la formation pour payer les coûts de la formation elle-même (comme les frais d'inscription au cours, les frais liés à la présence de formateurs de l'extérieur et les frais d'adhésion des organisations dispensant la formation), ainsi que les coûts de remplacement des membres du personnel absents en formation ou des allocations destinées aux employés afin qu'ils puissent suivre la formation.

### Raisonnement de la recommandation 21

- Les preuves montrent que la direction et le personnel des foyers ont reçu une formation insuffisante sur diverses questions ayant un impact sur la sécurité des résidents, notamment la prévention de mauvais traitements et de la négligence et les obligations de faire rapport conformément à la LFSLD et les droits des résidents.
- Les foyers ont besoin d'une source de financement permanente et durable pour faire en sorte que le personnel et la direction reçoivent la formation nécessaire.
- Les foyers ne devraient pas avoir à utiliser les fonds limités existants dans les enveloppes pour couvrir cette formation.

**Recommandation 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.

**Recommandation 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* (LFLSD). 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.

### Raisonnement de la recommandation 23

- Bien que l'obligation de faire rapport énoncée à l'article 24(1) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* s'applique à toutes les personnes s'applique à toutes les personnes, à l'exception des résidents, elle n'est pas bien comprise. Une campagne de sensibilisation publique permettra de faire connaître cette obligation à toutes les personnes qui fréquentent les foyers de soins de longue durée, y compris les bénévoles, les familles et les amis des résidents. Cela devrait permettre de mieux signaler les soupçons de mauvais traitements, de négligence et de traitements administrés de façon inappropriée ou incompétente dans les foyers.

**Recommandation 6 :** 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).

#### Justification de la recommandation 24

- Pour s'acquitter de ses responsabilités en matière de surveillance, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée dépend des foyers de soins de longue durée (SLD) pour la production des rapports exigés en vertu de l'article 24 sur les soupçons de mauvais traitement, de négligence envers un résident et de l'administration de traitements de façon inappropriée et incompétente. Pour s'assurer d'obtenir ces rapports, il doit informer les personnes qui travaillent dans les foyers de l'obligation de faire rapport en vertu de l'article 24 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.
- Les éléments de preuve présentés aux audiences publiques ont démontré qu'il existait une confusion quant à la signification des termes « motifs raisonnables » et « administrer un traitement de façon inappropriée ou incompétente » à l'article 24 (1). La signification de ces termes doit être clarifiée afin que toutes les personnes respectent leurs obligations de faire rapport en vertu de l'article 24.

**Recommandation 7 :** 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.

### Raisonnement de la recommandation 25

- Bien que l'évaluation du rendement du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée (PIQFSLD) fournisse un instantané des foyers qui connaissent des problèmes de conformité persistants, elle ne fait pas la distinction entre les non-respects « à risque élevé » et ceux à « risque faible », ce qui rend plus difficile l'identification des foyers où il peut y avoir un réel risque pour la sécurité des résidents qui nécessite une intervention immédiate. Elle n'intègre actuellement que trois éléments de données de l'instrument d'évaluation des résidents – ensemble de données minimal (RAI-MDS) : aggravation des plaies de pression, aggravation de la douleur et aggravation du comportement. D'autres données du RAI-MDS peuvent faciliter la détection des problèmes de sécurité des résidents, comme le recours accru à la contention ou le nombre accru de chutes. Les rapports d'évaluation du rendement du PIQFSLD pourraient être comparés aux données sur les foyers – y compris ceux qui ont été identifiés comme ayant des taux de mortalité plus élevés que prévu, et aux tendances concernant les problèmes de conformité dans un foyer donné – à la fois pour aider à prioriser les inspections et identifier les foyers qui pourraient en avoir besoin d'assistance pour devenir conformes.

**Recommandation 8 :** 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.

**Recommandation 9 :** 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.

#### Raisonnement de la recommandation 27

- S'inspirer des précédentes évaluations du rendement du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée et des données produites par la Direction de la gestion de l'information, données et analytique peut aider les inspecteurs à identifier les foyers qui ont de la difficulté à se conformer à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, ou à déceler d'autres problèmes nécessitant une inspection et un soutien immédiats.



**Recommandation 10 :** 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.

**Recommandation 11 :** 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.

### Raisonnement des recommandations 28 et 29

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) dépend de la soumission par les foyers de soins de longue durée (SLD) des rapports obligatoires en vertu de l'article 24 sur les soupçons de mauvais traitements, de négligence et de traitements administrés de façon inappropriée et incompétente à des résidents. Lorsque les foyers ne soumettent pas de rapport, le Ministère n'est pas en mesure de s'acquitter de son obligation de surveillance. Si un titulaire de permis ne se conforme pas à l'obligation de faire rapport en vertu de l'article 24, le Ministère devrait procéder à l'inspection annuelle la plus complète – l'inspection de la qualité des services aux résidents intensive – dans le foyer de SLD lors de la prochaine inspection de ce type. Cette inspection aidera à garantir la détection des problèmes de sécurité des résidents.

**Recommandation 12 :** 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.

### Raisonnement de la recommandation 30

- Cette pratique devrait permettre aux inspecteurs de déceler les problèmes persistants concernant un employé, même si celui-ci passe d'un foyer à un autre.

**Recommandation 13 :** 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.

### Raisonnement de la recommandation 31

- Il existe des canaux de communication informels entre l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre) et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère), mais une méthode formelle d'échange d'informations, en particulier sur les questions relatives à la sécurité des résidents, devrait être établie et mise en œuvre.
- Les inspecteurs du Ministère (dont beaucoup sont des infirmiers autorisés et donc des membres de l'Ordre) peuvent apprendre que des employés du foyer (ou d'anciens employés) ont un comportement préjudiciable aux résidents. Si cet employé est membre de l'Ordre, cette politique fournira aux inspecteurs un mécanisme leur permettant d'échanger les renseignements pertinents avec l'Ordre afin que celui-ci puisse prendre les mesures appropriées pour protéger la sécurité des résidents.

## La surveillance de Caressant Care (Woodstock), Meadow Park (London) et Telfer Place par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	483
<b>II.</b>	<b>La surveillance de Caressant Care (Woodstock) exercée par le Ministère</b> .....	484
	<b>A. Le financement dans le cadre de l'Entente de responsabilisation en matière de services liés aux foyers de soins de longue durée</b> .....	485
	<b>B. La délivrance d'un permis à Caressant Care (Woodstock)</b> ...	485
	<b>C. La surveillance par les conseillers en conformité du Bureau régional de services (BSR) de London : de juin 2007 au 30 juin 2010</b> .....	486
	1. Les rapports d'incidents inhabituels et les examens effectués : de juin 2007 au 30 juin 2010 .....	487
	2. Les plaintes reçues et les examens effectués : de juin 2007 au 30 juin 2010 .....	489
	3. Les autres examens : de juin 2007 au 30 juin 2010 .....	493
	4. Les incidents non signalés .....	494
	<b>D. La surveillance exercée par les inspecteurs du BRS de London : après le 1<sup>er</sup> juillet 2010</b> .....	495
	1. Les rapports d'incident grave reçus et les inspections effectuées : de 1 <sup>er</sup> juillet 2010 à mars 2014 .....	496
	2. Les plaintes reçues et les inspections effectuées : du 1 <sup>er</sup> juillet 2010 à mars 2014 .....	504
	3. Les autres inspections effectuées : du 1 <sup>er</sup> juillet 2010 à mars 2014 .....	509
	4. Les incidents graves non signalés .....	509
<b>III.</b>	<b>La surveillance de Meadow Park (London) par le Ministère</b> ..	510
	<b>A. Le financement par l'entremise de l'ERS-SLD</b> .....	510
	<b>B. Le permis de Meadow Park (London)</b> .....	510

<b>C. La surveillance par les inspecteurs du BRS de London</b> . . . . .	511
1. Les rapports d'incident grave reçus et les inspections effectuées : d'avril à octobre 2014 . . . . .	511
2. Les plaintes ayant donné lieu à un rapport et les inspections effectuées . . . . .	514
3. Les autres inspections : d'avril à octobre 2014 . . . . .	515
4. Les incidents graves non signalés . . . . .	515
<b>IV. La surveillance du foyer de soins de longue durée Telfer Place</b> . . . . .	516
<b>A. Le financement en vertu de l'Entente de         responsabilisation en matière de services liés aux foyers         de soins de longue durée</b> . . . . .	516
<b>B. Le permis de Telfer Place</b> . . . . .	516
<b>C. La surveillance par l'entremise des inspecteurs du BRS         de Hamilton : janvier 2015–avril 2016</b> . . . . .	517
1. Les inspections effectuées : 2015 . . . . .	517
2. Les plaintes reçues et les inspections effectuées : de janvier à avril 2016 . . . . .	518
3. Les autres inspections effectuées : de janvier à avril 2016 . . . . .	519

## I. Introduction

Dans ce chapitre, j'examine la surveillance exercée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) sur les trois foyers de soins de longue durée dans lesquels Wettlaufer a commis 13 des 14 Infractions<sup>1</sup> : le foyer de soins infirmiers Caessant Care (Woodstock); le foyer de soins infirmiers Meadow Park (London) et l'établissement de soins de longue durée Telfer Place. Le Ministère a eu des contacts réguliers avec ces trois foyers au cours des périodes concernées – à la fois indirectement (par l'entremise d'octroi de financement et de permis) et directement (en vertu des exigences en matière de conformité et d'application des règlements régissant les foyers). Malgré les divers modes de surveillance du Ministère à l'égard de ces trois foyers, le Ministère ne disposait d'aucune information suggérant que Wettlaufer causait intentionnellement des préjudices à des résidents – encore moins qu'elle était une tueuse en série. En effet, le Ministère savait que les trois foyers fonctionnaient bien et ils s'acquittaient tous de la plupart de leurs obligations prévues par la législation applicable et les accords de financement.

Dans ce qui suit, je résume la surveillance exercée par le Ministère sur chacun des foyers au cours des périodes pendant lesquelles Wettlaufer y a travaillé. Je commence par Caessant Care (Woodstock), où elle a travaillé de juin 2007 à mars 2014. Au cours de cette période, Wettlaufer a commis 11 des 14 Infractions, y compris le meurtre de sept résidents. C'est pendant cette période que la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*<sup>2</sup> (LFSLD) et le Règlement de l'Ontario 79/10 (Règlement) sont entrés en vigueur. Sous le nouveau régime législatif, des changements fondamentaux ont été apportés à la surveillance des foyers de SLD exercée par le Ministère, grâce à un nouveau processus d'inspection et à de nouvelles obligations de faire rapport pour les foyers. Bien que le Ministère ait reçu quelques rapports d'incident grave de Caessant Care (Woodstock) impliquant Wettlaufer, y compris un incident concernant des narcotiques manquants et une allégation selon laquelle Wettlaufer aurait infligé des mauvais traitements à un résident, aucun n'a sonné l'alarme au sujet de ce qui se passait dans le foyer.

Dans la section suivante, je traite de la surveillance exercée par le Ministère sur Meadow Park (London) pendant la brève période où Wettlaufer y a travaillé, soit d'avril à octobre 2014. Au cours de cette période, le Ministère a reçu quelques rapports d'incident grave du foyer, dont un concernant

---

<sup>1</sup> Wettlaufer a commis la dernière Infraction en fournissant des soins infirmiers à une personne à son domicile.

<sup>2</sup> L.O. 2007, chap. 8.

des allégations selon lesquelles un membre du personnel (pas Wettlaufer) aurait infligé des mauvais traitements à Arpad Horvath, l'une des victimes de Wettlaufer. Le Ministère a également reçu un rapport d'incident grave de Meadow Park (London) concernant des narcotiques manquants, que Wettlaufer aurait pris selon la direction du foyer. Ce rapport a donné lieu à une inspection après la démission de Wettlaufer, mais n'a pas suscité de préoccupations importantes de la part de l'inspecteur du Ministère.

Dans la dernière partie de ce chapitre, j'examine la surveillance exercée par le Ministère sur Telfer Place de janvier 2015 à avril 2016, lorsque Wettlaufer travaillait au foyer en tant qu'infirmière d'agence. Plutôt que d'être employée directement par Telfer Place, Wettlaufer était à l'emploi de Life Guard Homecare inc., une agence qui fournissait du personnel temporaire aux foyers de SLD et à d'autres établissements. Pendant la période au cours de laquelle Life Guard a affecté Wettlaufer à Telfer Place, le Ministère a reçu quelques plaintes concernant la dotation en personnel dans ce foyer, mais aucune préoccupation concernant Wettlaufer en particulier n'a été soulevée.

## II. La surveillance de Caressant Care (Woodstock) exercée par le Ministère

À la fin de juin 2007, lorsque Wettlaufer a commencé à travailler chez Caressant Care (Woodstock), il s'agissait d'un foyer de soins infirmiers à but lucratif, soumis à la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* (LMSI) et à ses règlements<sup>3</sup>. Le Ministère surveillait l'établissement à la fois indirectement et directement – par le biais de son accord de financement, en vertu du permis qui lui a été délivré par le directeur conformément à la LMSI, et en vertu des obligations de faire rapport imposées par la LMSI, ses règlements et le *Manuel du programme des foyers de soins de longue durée* (Manuel du programme).

Le 1<sup>er</sup> juillet 2010, la LFSLD et le Règlement sont entrés en vigueur. Bien que cela n'ait pas modifié l'accord de financement pour Caressant Care (Woodstock), cela a changé la nature du régime de délivrance des permis<sup>4</sup>, les obligations imposées au foyer (y compris certaines obligations de faire rapport) et la nature du régime d'inspection.

<sup>3</sup> L.R.O 1990, chap. N-7; R.R.O. 1990, Règl. 832.

<sup>4</sup> Le changement le plus important est que le permis en vertu de la LFSLD n'a pas besoin d'être renouvelé chaque année.

## A. Le financement dans le cadre de l'Entente de responsabilisation en matière de services liés aux foyers de soins de longue durée

Lorsque Wettlaufer a commencé à travailler chez Caressant Care (Woodstock) en juin 2007, le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Sud-Ouest était chargé de gérer le financement des activités quotidiennes du foyer. Le Ministère demeurait responsable de l'élaboration des politiques de financement, y compris la détermination des taux journaliers pour les lits approuvés et autorisés, ainsi que des taux dans chacune des quatre enveloppes de financement précisées et décrites au chapitre 9. La relation entre le RLISS du Sud-Ouest et Caressant Care (Woodstock) était régie par l'Entente de responsabilisation en matière de services liés aux foyers de soins de longue durée (ERS-SLD), un contrat entre le foyer et le RLISS<sup>5</sup>.

Le RLISS du Sud-Ouest informait périodiquement l'administrateur de Caressant Care (Woodstock) du financement que le foyer recevrait pour des initiatives précises, comme la création de nouveaux postes d'employés autorisés et de préposés aux services de soutien à la personne (préposés SSP); ou l'augmentation des diverses enveloppes affectées au niveau des soins qui formaient la base du financement du foyer. Le 22 juillet 2010, peu après l'entrée en vigueur de la LFSLD et du Règlement, le RLISS du Sud-Ouest a envoyé une note de service à tous les administrateurs de foyers de SLD les informant des augmentations du financement des taux journaliers, y compris du financement destiné à faciliter la mise en œuvre de la LFSLD et du Règlement.

## B. La délivrance d'un permis à Caressant Care (Woodstock)

En juin 2007, Caressant Care (Woodstock) était autorisé à exploiter 155 lits et quatre lits transitoires. En mai 2009, le foyer a été autorisé à exploiter quatre lits transitoires supplémentaires pour un total de 163 lits, dont huit lits transitoires. Le 1<sup>er</sup> juillet 2010, lorsque la LFSLD est entrée en vigueur, le directeur (poste créé par la LFSLD et occupé par une personne du Ministère),

<sup>5</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. Lorsque les dispositions pertinentes entreront en vigueur, cette loi créera, entre autres, un nouvel organisme gouvernemental – Santé Ontario – et permettra la réorganisation ou la dissolution des 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Toutes les recommandations formulées dans le présent Rapport à l'intention des RLISS devraient être considérées par tout organisme successeur ayant des responsabilités liées au système de SLD, y compris Santé Ontario.

en vertu de la Loi, a délivré un permis de remplacement permettant à Caessant Care (Woodstock) de continuer à exploiter ses 155 lits. Au même moment, le directeur a délivré deux permis temporaires permettant au foyer de continuer à exploiter ses huit lits transitoires. Pendant le reste du temps où Wettlaufer a travaillé chez Caessant Care (Woodstock), le foyer était autorisé à exploiter 163 lits au total, y compris les huit lits transitoires.

### **C. La surveillance par les conseillers en conformité du Bureau régional de services (BRS) de London : de juin 2007 au 30 juin 2010**

Caessant Care (Woodstock) relevait du Bureau régional de services (BRS) du Ministère à London pendant toute la période où Wettlaufer y travaillait. Sous le régime de la LMSI (en vigueur jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2010), les conseillers en conformité du BRS de London étaient chargés d'examiner tous les renseignements reçus au sujet de Caessant Care (Woodstock), y compris les rapports d'incidents inhabituels et les plaintes. Après avoir étudié les renseignements fournis, ils déterminaient si un examen était nécessaire. Si c'était le cas, ils procédaient ensuite à une inspection. Les conseillers en conformité fournissaient également des conseils aux foyers, sur demande.

Entre 2007 et 2010, 15 conseillers en conformité étaient en poste au BRS de London. À ce moment-là – et jusqu'à l'entrée en vigueur de la LFSLD – les conseillers en conformité étaient affectés à des foyers particuliers. Chaque inspecteur était généralement responsable de 12 à 15 foyers.

Dans ce qui suit, je passe en revue les rapports et les plaintes reçues par le BRS de London en ce qui concerne Caessant Care (Woodstock) pendant la période où Wettlaufer y travaillait. Étant donné que la LFSLD est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et a modifié le régime réglementaire, j'examine les périodes antérieure et postérieure au 1<sup>er</sup> juillet 2010 séparément<sup>6</sup>. Mon analyse se fonde sur les rapports et les plaintes les plus pertinents pour le mandat de l'Enquête : ceux qui signalent des mauvais traitements possibles ou des traitements

---

<sup>6</sup> Les rapports produits à la suite des examens effectués en vertu de la LMSI n'ont pas été rendus publics. Tous les rapports concernant les examens effectués à Caessant Care (Woodstock) avant le 1<sup>er</sup> juillet 2010 sont résumés dans le rapport sommaire du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, préparé par les avocats de la Commission et déposé comme pièce au début des audiences publiques. Les documents sources (y compris tous les documents d'inspection) pour le rapport sommaire sont disponibles à l'adresse : <https://longtermcareinquiry.ca/fr/pieces/>. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, des copies de tous les rapports d'inspection (et de toutes les ordonnances émises) sont affichées par le Ministère à l'adresse : <http://publicreporting.lthomes.net/fr-ca/default.aspx>.



administrés de façon inappropriée ou incompétente; des décès inhabituels ou inattendus; des médicaments manquants ou volés; des blessures ou des erreurs de médicament ayant entraîné le transfert d'un résident à l'hôpital et des préoccupations concernant le manque de personnel au foyer. J'examine également certains des incidents dont nous savons maintenant qu'ils se sont produits pendant cette période, et qui n'ont pas été signalés.

### **1. Les rapports d'incidents inhabituels et les examens effectués : de juin 2007 au 30 juin 2010**

Entre juin 2007 et le 30 juin 2010, Caessant Care (Woodstock) a soumis au total 10 rapports d'incidents inhabituels au Ministère. Bien qu'ils soient qualifiés d'« incidents inhabituels » dans le Manuel du programme, ils ont été qualifiés de rapports d'incident grave en 2008. Le Ministère a reçu cinq rapports de ce type en 2007, trois en 2008 et deux en 2009. Presque tous les rapports ont abouti à un examen effectué à Caessant Care (Woodstock), souvent moins d'une semaine après leur envoi au Ministère. Les deux seuls incidents qui n'ont pas fait l'objet d'une inspection étaient celui impliquant des médicaments volés et un autre dans lequel un employé avait été maltraité par un résident. Wettlaufer était la victime du mauvais traitement infligé par un résident.

Bien que Wettlaufer ait été mentionnée dans plusieurs des rapports, aucun d'eux n'a soulevé d'inquiétudes au sujet du traitement ou des soins qu'elle a prodigués aux résidents. Rien dans les renseignements que le Ministère a reçus du foyer ou à propos de celui-ci, ou que les conseillers en conformité ont appris lors de leurs examens au foyer, n'indique qu'un membre du personnel de Caessant Care (Woodstock) ait porté intentionnellement préjudice à des résidents.

#### **2007**

En juillet et août 2007, Caessant Care (Woodstock) a soumis cinq rapports distincts sur des incidents inhabituels, impliquant chacun un résident qui avait subi une blessure ayant entraîné son transfert à l'hôpital<sup>7</sup>. Le rapport déposé le 2 août 2007 concernait James Silcox, le premier résident tué par Wettlaufer. Selon le rapport, M. Silcox était tombé en sortant du lit. Wettlaufer n'était pas mentionnée dans ce rapport. Le rapport suivant, déposé le 5 août 2007,

---

<sup>7</sup> La plupart des blessures résultaient de chutes. Cependant, dans un cas, lorsque la résidente avait été déplacée dans son fauteuil roulant, son pied s'était coincé sous le fauteuil, entraînant une fracture du fémur.

indiquait qu'une résidente était tombée et avait été retrouvée allongée près de son lit. Le rapport précisait que Wettlaufer était l'infirmière autorisée qui avait effectué l'évaluation consécutive à la chute.

Le 9 août 2007, deux jours après avoir reçu le cinquième rapport d'incidents inhabituels sur des chutes qui se sont produites pendant la période de juillet à août, une conseillère en conformité s'est rendue chez Caressant Care (Woodstock) pour effectuer un examen des incidents inhabituels. Elle a eu du mal à faire correspondre les notes d'évolution de l'état des résidents avec les notes concernant leurs évaluations consécutives à une chute et a formulé une constatation de non-respect des normes parce que les documents devant figurer au dossier médical des résidents n'étaient pas à jour, complets, exacts ni lisibles. Le foyer a rédigé un plan de redressement que le Ministère a accepté. Wettlaufer n'est pas mentionnée dans les notes prises lors de l'examen.

## **2008**

Caressant Care (Woodstock) a soumis trois rapports d'incident grave en 2008. Le premier incident a eu lieu le 7 mai 2008. Il s'agissait d'un résident qui était devenu verbalement agressif avec le personnel. La police a été appelée et, finalement, le résident a été immobilisé et maîtrisé par des médicaments. Dans la semaine qui a suivi, une conseillère en conformité a effectué un examen au foyer. Ses notes indiquaient que la situation s'était rapidement aggravée. Elle n'a pas constaté de non-respect des normes ni des critères par rapport au Manuel du programme, mais elle a parlé aux responsables du foyer de la mise en place d'un plan d'urgence pour des situations comme celle-ci.

Le deuxième rapport d'incident grave a été déposé à la fin d'août 2008 et concernait un résident qui avait été transféré à l'hôpital à la suite d'une chute, et qui y était décédé. Wettlaufer était l'infirmière autorisée appelée pour aider le résident qui avait été retrouvé sur le sol de la salle de bain et qui avait cessé de respirer. Le résident avait aussi fait une chute plus tôt dans la journée. Quelques jours après avoir reçu le rapport, une conseillère en conformité s'est rendue chez Caressant Care (Woodstock) pour mener un examen. Elle a constaté que le médecin du résident n'avait pas été appelé après la première chute et que le résident n'avait pas reçu de soins conformes à son programme de soins. Les notes de la conseillère en conformité n'indiquent aucune préoccupation quant aux soins prodigués par Wettlaufer au résident après sa deuxième chute. La conseillère en conformité a formulé une constatation de non-respect des normes.

Le troisième rapport d'incident grave soumis au Ministère concernait un incident survenu en décembre 2008, dans lequel des narcotiques avaient disparus et n'avaient pas été retrouvés. Le rapport expliquait qu'un sac de pharmacie contenant des médicaments qui n'étaient plus prescrits (ou n'étaient plus nécessaires) avait été retourné à la pharmacie, mais qu'il avait été volé de la voiture du messenger, qu'il n'avait pas verrouillée. Le rapport a indiqué que la police menait une enquête. Un conseiller en conformité a examiné le rapport d'incident grave et a conseillé au foyer de communiquer avec le Commissariat à la protection de la vie privée au sujet d'une éventuelle atteinte à la vie privée liée aux renseignements personnels sur la santé figurant sur les médicaments volés. Wettlaufer n'était pas mentionnée dans ce rapport.

## 2009

Deux rapports d'incident grave ont été soumis au Ministère en 2009, dont un seul concernait le mandat de l'Enquête<sup>8</sup>. En décembre 2009, Caressant Care (Woodstock) a signalé un incident soupçonné de mauvais traitement infligé par un résident à un membre du personnel, au cours duquel le résident avait apparemment sauté hors de son lit, en colère parce que Wettlaufer avait allumé le ventilateur du patient qui partageait sa chambre. Au cours de l'incident, il aurait crié : « Je vous déteste. Je vais me venger. » Il a attrapé l'uniforme de Wettlaufer, lui a griffé l'épaule et lui a donné un coup sous l'œil. Elle a repoussé les bras du résident, puis a appelé la police et a fait conduire le résident à l'hôpital pour une évaluation. Une conseillère en conformité a examiné le rapport, mais a décidé qu'aucune inspection n'était nécessaire. Bien que les notes de la conseillère n'indiquent pas pourquoi elle a pris cette décision, les éléments de preuve recueillis lors des audiences publiques indiquent que le Ministère n'a pas jugé les présomptions de mauvais traitements infligés par des résidents à des membres du personnel dignes de faire l'objet d'un rapport et, par conséquent, elles n'ont pas mené à une inspection.

## 2. Les plaintes reçues et les examens effectués : de juin 2007 au 30 juin 2010

Entre juin 2007 et le 30 juin 2010, le Ministère a reçu et examiné 12 plaintes concernant Caressant Care (Woodstock), ayant trait aux soins dispensés aux résidents et à l'insuffisance des effectifs, ainsi qu'à leur incidence sur les

---

<sup>8</sup> L'autre rapport d'incident grave portait sur un problème de fonctionnement du chauffage au foyer.

soins fournis<sup>9</sup>. Trois ont été reçues vers la fin de 2007, une en 2008, six en 2009 et deux pendant la première moitié de 2010. Les conseillers en conformité ont examiné toutes les plaintes concernant le foyer, peu après que le Ministère les ait reçues. Aucune ne mentionnait nommément Wettlaufer.

### **2007**

Le 3 juillet 2007, le BRS de London a reçu les deux premières plaintes pour 2007, peu après que Wettlaufer a commencé à travailler chez Caressant Care (Woodstock). Des appelants anonymes à la ligne INFO ont signalé que le foyer était à court de fournitures pour incontinence pour les résidents, et que, en leur absence, on utilisait des alaises et que certains résidents refusaient d'aller prendre leur petit-déjeuner sans produits adéquats. Dans les deux jours suivant la réception de ces plaintes, deux conseillers en conformité ont effectué un examen. Ils se sont entretenus avec plusieurs employés qui ont confirmé la plainte, puis ont formulé une constatation relative au non-respect des normes applicables à la fourniture de produits pour incontinence. Le foyer a rédigé un plan de redressement que le Ministère a accepté.

La troisième plainte a été reçue à la mi-septembre, lorsqu'un appelant anonyme a signalé que les foyers de SLD avaient recours à du personnel non autorisé pour faire le travail d'infirmiers autorisés et d'infirmiers auxiliaires autorisés. Le 1<sup>er</sup> octobre 2007, une conseillère en conformité a enquêté sur cette plainte chez Caressant Care (Woodstock). Elle a rencontré l'administrateur et la directrice des soins infirmiers (DSI) et a examiné la politique du foyer concernant les certificats de compétence du personnel autorisé. Elle n'a pas pu confirmer la plainte et n'a formulé aucune constatation de non-respect des normes ou des critères.

### **2008**

En 2008, le Ministère n'a reçu qu'une plainte concernant les soins prodigués aux résidents de Caressant Care (Woodstock). L'épouse d'un résident s'est plainte de multiples problèmes concernant les soins offerts dans le foyer : on laissait les résidents dans leurs vêtements sales pendant des jours; des chariots à linge sale étaient laissés dans les couloirs les fins de semaine, ce qui dégageait des odeurs nauséabondes et posait des risques d'incendie; son mari avait été envoyé à l'hôpital portant seulement une couche et il était resté au

---

<sup>9</sup> Aucune des autres plaintes reçues à propos de Caressant Care (Woodstock) au cours de cette période n'est pertinente pour le mandat de l'Enquête. Elles se rapportent à des sujets comme le plancher du foyer.

lit dans ses sous-vêtements souillés toute la matinée. Le lendemain du jour où la plainte a été examinée par le BRS de London, une conseillère en conformité s'est rendue au foyer pour effectuer un examen. Elle a consulté les dossiers des résidents incontinents, le stock de produits, la situation dans les couloirs et les dossiers médicaux du mari de la plaignante. Elle n'a pu confirmer aucune des préoccupations soulevées dans la plainte et n'a formulé aucune constatation concernant le non-respect des normes.

## 2009

Le Ministère a reçu six plaintes concernant les soins prodigués aux résidents de Caressant Care (Woodstock) en 2009. Le BRS de London a reçu les deux premières plaintes en mars. La petite-fille d'un résident a soulevé de nombreuses préoccupations, notamment le fait que ses vêtements et ses produits pour incontinence n'étaient pas changés le matin et que la famille n'avait pas été tenue au courant après que l'administratrice leur ait dit que le foyer enquêtait sur un incident dans lequel le résident avait été placé dans une petite pièce sombre par un employé. Moins d'une semaine après la réception de la plainte, deux conseillers en conformité se sont rendus à Caressant Care (Woodstock) pour mener l'examen. Leurs notes indiquent qu'ils n'ont pas pu confirmer les plaintes, soit parce que le personnel était incapable de se souvenir des événements, que l'incident en question n'était pas documenté ou qu'il s'était passé de nombreuses années auparavant et qu'il n'y avait aucun dossier à examiner. Ils n'ont formulé aucune constatation de non-respect de normes ou de critères.

Vers la fin du mois de mars, le Ministère a reçu une autre plainte de la petite-fille d'une résidente qui s'inquiétait des soins prodigués à sa grand-mère. Elle s'est plainte que cette dernière était tombée du lit, mais qu'elle n'était pas autorisée à utiliser des côtés de lit, et qu'elle était déshydratée à cause d'une grippe, mais qu'elle n'était pas autorisée à aller à l'hôpital. En moins d'une semaine, une conseillère en conformité était de retour à Caressant Care (Woodstock) pour cet examen. Elle n'a pas été en mesure de confirmer les plaintes et n'a formulé aucune constatation concernant le non-respect de normes ou de critères.

La plainte suivante a été déposée vers la fin du mois de juin par un employé qui s'inquiétait de la pénurie persistante d'infirmiers, principalement pendant les quarts de travail de fin de semaine et du soir, ce qui signifiait que les résidents ne recevaient pas d'aide pour le bain, aller à la toilette ou les repas. La semaine qui a suivi cette plainte, deux autres plaintes ont

soulevé des préoccupations concernant les soins fournis aux résidents souffrant d'infections gastro-intestinales. La première plainte alléguait qu'une résidente avait apparemment reçu des laxatifs pour soigner sa diarrhée, ce qui a conduit à son hospitalisation. Dans le second cas, la fille de la résidente avait parlé à plusieurs reprises au personnel de l'infection gastro-intestinale de sa mère et avait été informée qu'elle irait bien. Plusieurs jours plus tard, lorsqu'elle en a parlé à l'infirmière en chef, cette dernière a indiqué qu'elle ignorait que la résidente avait été malade. Cette résidente a finalement dû être soignée à l'hôpital. Dans les jours qui ont suivi la réception de ces plaintes, une conseillère en conformité s'est rendue au foyer pour examiner les trois plaintes.

En ce qui concerne les effectifs, la conseillère en conformité a examiné les fiches d'affectation quotidiennes du personnel et a confirmé que certains membres du personnel n'étaient pas remplacés pendant certains quarts de travail. Elle n'a pu trouver aucune preuve que des bains n'avaient pas été donnés ou que des soins n'avaient pas été dispensés. Elle n'a pas formulé de constatation de non-respect des normes en matière d'effectifs. En ce qui concerne la plainte suivante, elle a confirmé qu'un laxatif avait été administré à une résidente souffrant de diarrhée. Elle n'a pas établi de constatation de non-respect des normes ou des critères, mais a encouragé le foyer à revoir sa politique et ses procédures concernant l'administration de laxatifs et à s'assurer que le personnel autorisé recevait des instructions claires en ce qui concerne leur utilisation.

Enfin, la conseillère en conformité a examiné les dossiers de la résidente atteinte d'une infection gastro-intestinale et a découvert qu'elle avait eu de la diarrhée du 21 juin jusqu'à son hospitalisation le 30 juin 2009, sans avoir été examinée par un médecin ni évaluée par un infirmier jusqu'à ce que sa fille en fasse la demande le 27 juin. Elle a également noté que le programme de soins de la résidente n'avait pas été mis à jour depuis le 10 juin. Elle a établi deux constatations de non-respect des normes pour avoir omis d'évaluer les soins prodigués à la résidente après un changement d'état et d'avoir omis de revoir et de modifier le programme de soins, le cas échéant. Au cours d'une inspection de suivi, la même conseillère en conformité a constaté que Caressant Care (Woodstock) n'avait pas évalué la résidente de la tête aux pieds lorsque cette dernière est revenue de l'hôpital. Elle a déterminé que les constatations faites précédemment concernant le non-respect des normes n'avaient pas été réglées.

## 2010

Le Ministère a reçu deux plaintes concernant Caessant Care (Woodstock) au cours du premier semestre de 2010, avant l'entrée en vigueur de la LFSLD, le 1<sup>er</sup> juillet 2010. La première a été reçue au début de mai 2010 et émanait d'une résidente qui avait exprimé de nombreuses préoccupations au sujet de ses soins, notamment le fait qu'elle ne recevait pas de médicaments contre la douleur lorsqu'elle en faisait la demande; qu'elle avait été frappée par un autre résident et que le personnel n'avait rien fait à ce sujet et qu'elle était réveillée toutes les deux heures par le personnel et tirée de son lit par son bras endolori. Dans la semaine qui a suivi la réception de cette plainte, une conseillère en conformité a procédé à une inspection. Elle a parlé avec la résidente et a passé en revue ses dossiers médicaux. Elle a déterminé qu'aucune des plaintes n'avait été confirmée. Par exemple, les dossiers médicaux indiquaient que la résidente recevait de la codéine à sa demande. La résidente avait été frappée par un autre résident, mais le foyer avait pris les mesures appropriées pour effectuer un suivi et atténuer les problèmes futurs. Enfin, la conseillère en conformité a appris que la résidente était réveillée la nuit pour s'assurer qu'elle allait à la toilette. La conseillère en conformité n'a trouvé aucune preuve que la résidente avait été tirée par son bras douloureux et n'a pas formulé de constatation de non-respect des normes.

Une deuxième plainte a été faite par la fille d'un résident le 20 mai 2010, qui craignait que le foyer ne soit en sous-effectif, ce qui aurait amené les résidents à arriver tard dans la salle à manger et à ne pas se coucher à l'heure habituelle. En moins de deux semaines, une conseillère en conformité s'est rendue au foyer pour mener un examen et a confirmé les deux aspects de la plainte. Des résidents lui ont dit qu'ils attendaient plus longtemps d'être lavés et se couchaient plus tard. Elle a examiné environ une douzaine de programmes de service et a noté qu'aucun d'entre eux n'incluait l'heure de coucher souhaitée du résident. Elle a formulé une constatation de non-respect des normes pour omission de respecter les heures de coucher individuelles des résidents.

### 3. Les autres examens : de juin 2007 au 30 juin 2010

Entre juin 2007 et le 30 juin 2010, des conseillers en conformité ont visité Caessant Care (Woodstock) à plus de 20 reprises pour effectuer des examens autres que ceux liés à des rapports d'incidents inhabituels ou à des plaintes. Des examens annuels, d'une durée de trois ou quatre jours, ont été effectués au foyer en 2007, 2008 et 2009. En 2007 et 2009, ils ont été menés par

deux conseillers en conformité. Les conseillers en conformité ont également procédé à des examens de suivi lorsque des constatations de non-respect des normes avaient été faites.

Au cours de cette période, il y a également eu environ une douzaine d'études environnementales au foyer, dont la plupart étaient des examens de suivi faisant suite à des constatations de non-respect des normes formulées précédemment. Lors des examens de suivi, la conseillère en santé environnementale a noté à maintes reprises que les constatations de non-respect des normes n'avaient pas été réglées. Dans plusieurs cas, même des constatations réitérées de non-respect des normes n'étaient pas réglées. En 2009, la conseillère en santé environnementale a également mené une étude sur de nouveaux lits transitoires possibles au foyer. Elle a fait plusieurs constatations de non-respect des normes non réglées, qui n'étaient toujours pas réglées lors d'un examen de suivi ultérieur.

Enfin, au cours de cette période, un conseiller en diététique s'est rendu à plusieurs reprises au foyer pour effectuer des examens nutritionnels et des examens de suivi pour les cas de constatations antérieures de non-respect des normes.

#### 4. Les incidents non signalés

Au cours de cette période, le Ministère n'a reçu de Caressant Care (Woodstock) aucun rapport concernant un incident inhabituel au sujet d'une erreur de médicament ou de traitement ayant entraîné le transfert d'un résident à l'hôpital à des fins de traitement ou d'admission. En particulier, aucun rapport de ce type n'a été déposé lorsque Clotilde Adriano a été envoyée à l'hôpital en octobre 2007 parce que son taux de glycémie ne cessait de descendre pendant la nuit. M<sup>me</sup> Adriano a été l'une des premières victimes de Wettlaufer au foyer.

Aucun rapport d'incidents inhabituels n'a été déposé relativement à un décès « résultant d'un accident ou d'une cause indéterminée »<sup>10</sup> ou à un « décès inhabituel ou accidentel »<sup>11</sup>. En particulier, aucun rapport de ce type n'a été déposé concernant le décès de James Silcox, même si Wettlaufer avait qualifié son décès de « soudain et inattendu » lorsqu'elle a rempli l'Avis de décès d'un patient en établissement. Aucun rapport d'incidents inhabituels n'a été présenté à la suite du décès de Maurice Granat, la deuxième victime de Wettlaufer, en décembre 2007.

<sup>10</sup> Conformément à l'art. 96 du Règlement 832.

<sup>11</sup> Conformément au Manuel du programme.



## D. La surveillance exercée par les inspecteurs du BRS de London : après le 1<sup>er</sup> juillet 2010

Le 1<sup>er</sup> juillet 2010, la LMSI et ses règlements ont été abrogés et la LFSLD et son règlement sont entrés en vigueur. Cela a marqué le début d'une nouvelle ère en ce qui concerne les obligations de faire rapport et annoncé un nouveau régime de conformité et d'application.

Lorsque la LFSLD est entrée en vigueur, les inspecteurs de service au sein du BRS de London étaient responsables de l'examen de tous les renseignements reçus au sujet de Caessant Care (Woodstock), y compris les rapports d'incident grave et les plaintes. Ils déterminaient si une inspection était justifiée et, le cas échéant, dans quel délai. À la fin de 2012, l'équipe centrale de réception, d'évaluation et de triage (ÉCRÉT) a assumé la responsabilité d'examiner tous les renseignements reçus au sujet des foyers de SLD de la province. Les inspecteurs de l'ÉCRÉT chargés du triage attribuaient un niveau de risque aux renseignements reçus, ce qui déterminait le délai d'inspection. Plus le niveau de risque est élevé, plus le délai d'intervention est court.

Les inspecteurs du BRS de London ont continué à effectuer toutes les inspections chez Caessant Care (Woodstock). Cependant, après l'entrée en vigueur de la LFLSD, les inspecteurs n'avaient plus de foyers désignés dans la région dont ils étaient responsables. De plus, les inspecteurs n'étaient plus autorisés à donner des conseils aux foyers, même si on leur en demandait.

Le nombre d'inspecteurs au sein du BRS de London est resté relativement constant entre 2010 et 2013, oscillant entre 13 et 17 postes équivalents temps plein. En 2014, dans le cadre de l'engagement de l'Ontario de mener chaque année une inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR) dans chaque foyer, de nombreux nouveaux inspecteurs ont été recrutés. En 2014, entre 31 et 35 postes d'inspecteur à temps plein ont été pourvus au sein du BRS de London.

Bien que Wettlaufer ait été nommée dans plusieurs rapports d'incident grave – et dans quelques plaintes – déposés entre juillet 2010 et mars 2014, lorsque Caessant Care (Woodstock) a mis fin à ses fonctions, le Ministère n'était au courant d'aucune préoccupation importante concernant son rendement, et ne disposait d'aucun renseignement indiquant qu'elle aurait intentionnellement causé des préjudices aux résidents du foyer. En effet, Caessant Care (Woodstock) n'était pas sur le radar du Ministère. Certaines constatations de non-respect avaient été formulées pour le foyer au cours de cette période, mais un seul ordre de conformité avait été rendu entre le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et

mars 2014. Au cours de l'exercice 2013-2014, lorsque le Ministère a commencé à produire des rapports sur l'évaluation des risques et du rendement du Programme d'inspection de la qualité des foyers de longue durée (rapport ÉRR) attribuant un « niveau de risque » à tous les foyers de SLD de la province, Caessant Care (Woodstock) a été classé comme un foyer de niveau 1, ce qui signifie qu'il était « substantiellement conforme ».

### **1. Les rapports d'incident grave reçus et les inspections effectuées : du 1<sup>er</sup> juillet 2010 à mars 2014**

Entre le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et la fin du mois de mars 2014, lorsque Wettlaufer a cessé de travailler à Caessant Care (Woodstock), le foyer a soumis un peu plus de 20 rapports d'incident grave au Ministère concernant des cas de mauvais traitement soupçonné, de négligence ou d'administration de traitements ou de soins de façon incompétente; de blessure entraînant le transfert d'un résident à l'hôpital, ou de narcotiques manquants ou détournés. Bien que bon nombre de ces rapports aient finalement conduit à des inspections, en raison des exigences liées à la réalisation des IQSR annuelles pour tous les foyers, il a fallu plus de temps aux inspecteurs pour se rendre au foyer afin de mener ces inspections.

#### **2010**

Caessant Care (Woodstock) a soumis trois rapports d'incident grave au Ministère en 2010, après l'entrée en vigueur de la LFSLD. Les trois rapports faisaient état de soupçons de mauvais traitement d'ordre verbal (une résidente a signalé qu'un employé lui avait parlé sur un ton dur), de traitements ou de soins administrés de façon incompétente à un résident entraînant un préjudice ou un risque de préjudice (un préposé SSP a aidé un résident à se rendre aux toilettes sans utiliser l'appareil de levage et le résident est tombé en essayant de se tenir debout seul) et de négligence soupçonnée envers un résident (la cloche d'appel d'un résident était restée sans réponse et un membre du personnel lui a dit qu'elle ne l'aiderait pas et qu'il devrait se changer lui-même).

Les deux premiers rapports sont arrivés en juillet et ont fait l'objet d'une même inspection, à la fin août. En ce qui concerne le premier rapport, l'inspectrice a confirmé que l'employé avait parlé durement à la résidente. Elle a envoyé deux avis écrits de non-respect accompagnés d'un plan de redressement volontaire au titulaire du permis pour omission de veiller au droit du résident d'être traité avec courtoisie et respect et au droit du résident d'être protégé contre de mauvais traitements.

Dans le cas du deuxième rapport d'incident grave, l'inspectrice a constaté que le préposé SSP avait utilisé l'appareil de levage de façon incompétente. Elle a rédigé deux avis écrits accompagnés de plans de redressement volontaire pour défaut de veiller à ce que le programme de soins du résident soit suivi et à ce que le personnel utilise des techniques de transfert et de positionnement sécuritaires.

Le dernier rapport d'incident grave soumis en 2010 a fait l'objet d'une inspection la semaine où il a été reçu. Un inspecteur a déterminé que le résident avait sonné à quatre reprises et que le préposé SSP avait refusé de l'aider. En conséquence, l'inspecteur a formulé un avis écrit accompagné d'un ordre de conformité pour omission de veiller au droit des résidents de ne pas être négligés. C'était le seul ordre de conformité délivré à Caressant Care (Woodstock) pendant que Wettlaufer y travaillait. Elle n'était pas impliquée dans cet incident.

## 2011

Le Ministère a reçu cinq rapports d'incident grave du foyer en 2011. Trois impliquaient des résidents qui étaient tombés, avaient été blessés et avaient été transférés à l'hôpital. Un des résidents y était décédé plus tard. Un autre cas signalé concernait un traitement inadéquat entraînant un préjudice : un résident était tombé pendant un transfert. Le rapport final d'incident grave portait sur un « décès inattendu » : un résident est décédé en décembre après s'être étouffé avec un morceau de jambon. Wettlaufer n'était nommée dans aucun de ces rapports.

Le premier rapport d'incident grave, concernant une chute entraînant un transfert à l'hôpital, a été signalé en février et a fait l'objet d'une inspection en avril. L'inspecteur n'a constaté aucun problème de conformité. Les trois rapports suivants concernant des chutes (dont l'un portait sur un transfert inadéquat soupçonné) ont été assignés à un inspecteur différent pour une inspection dans un délai de 30 jours. Bien que les deux premières chutes aient eu lieu en septembre et la troisième au début novembre 2011, l'inspection ne s'est déroulée que le 17 février 2012. À ce moment-là, l'inspectrice désignée a déterminé que les incidents avaient tous fait l'objet d'une enquête appropriée par le foyer et que les employés avaient reçu une formation adéquate. Elle n'a fait aucune constatation de non-respect.

Le rapport final d'incident grave, qui impliquait un décès inattendu, a été assigné à une autre inspectrice pour inspection immédiate. L'inspectrice a appris que le résident avait plusieurs allergies alimentaires, notamment une

allergie au porc, et que de nombreux employés ne savaient pas quels aliments contenaient des allergènes. Le foyer, qui était à court de personnel dans la salle à manger le soir de l'incident, n'avait pas de cuisinier à plein temps. L'inspectrice a remis son rapport le 24 janvier 2012, avec deux avis écrits accompagnés de plans de redressement volontaire pour omission de veiller à ce que les travailleurs des services alimentaires connaissent les régimes des résidents, leurs besoins particuliers et leurs préférences, et pour omission d'avoir un cuisinier à plein temps au foyer.

## 2012

Caressant Care (Woodstock) a présenté six rapports d'incident grave au Ministère en 2012. Wettlaufer a été désignée comme l'employée autorisée impliquée dans les incidents dans trois des cas. Après que les inspecteurs de service du BRS de London aient examiné chacun des rapports, il a été décidé de ne pas procéder à une inspection. Cependant, les incidents ont été examinés et finalement inspectés dans le cadre de l'inspection qui a eu lieu après que Wettlaufer eut avoué avoir intentionnellement causé des préjudices à des résidents du foyer (inspection concernant Wettlaufer).

Le premier rapport d'incident grave a été soumis le 13 janvier 2012. L'incident a entraîné une blessure à une résidente, qui a mené à son transfert à l'hôpital. Selon le rapport, la résidente était tombée et avait été retrouvée assise près de son lit dans une flaque de sang. Elle présentait des lacérations à la jambe. Wettlaufer était l'infirmière autorisée qui s'est occupée de la résidente. On craignait que cette dernière se soit fracturé la hanche. Le rapport ne contenait aucun détail sur le traitement ou les soins fournis par Wettlaufer. L'inspecteur de service a examiné le rapport d'incident grave le 16 janvier 2012 et, sur la base des renseignements qu'il contenait, a déterminé qu'aucune inspection n'était nécessaire. Cependant, l'inspection concernant Wettlaufer a révélé des renseignements supplémentaires sur cet incident. À ce moment-là, les inspecteurs ont constaté que les soins prodigués par Wettlaufer lors de cet incident avaient fait l'objet d'une plainte déposée par un autre membre du personnel du foyer, qui les jugeait inadéquats. Cette préoccupation à propos de ses soins n'avait pas été signalée au Ministère dans le rapport d'incident grave du 13 janvier 2012 et, par conséquent, l'inspecteur de service n'en avait pas tenu compte pour déterminer si une inspection était nécessaire.

Les deux rapports d'incident grave suivants concernaient des allégations selon lesquelles Wettlaufer aurait frappé une résidente. Le premier rapport, soumis le 30 janvier 2012, indiquait que le 12 janvier, la résidente s'était rendue au poste des infirmiers peu après minuit. Wettlaufer lui a demandé de retourner

dans sa chambre et, bien que la résidente ait d'abord accepté, elle est revenue peu de temps après, a signé le registre des entrées et sorties et a quitté le bâtiment. La résidente a ensuite dit à la directrice des soins infirmiers (DSI) que Wettlaufer l'avait giflée alors qu'elle partait. Le rapport d'incident grave indiquait que le foyer avait immédiatement fait enquête et que Wettlaufer et la résidente avaient été interrogées. Selon le rapport, qui a été déposé quelques semaines après l'incident présumé, la résidente s'était présentée au bureau avec Wettlaufer le 16 janvier et aurait dit à la DSI que cette dernière ne l'avait pas frappée.

Le jour où le rapport a été soumis, un inspecteur de service du BRS de London l'a examiné et a noté que la résidente affirmait maintenant que l'infirmière autorisée « ne l'avait pas frappée ». Le BRS était déjà au courant du problème, car il avait reçu une plainte de la résidente (voir ci-dessous) et qu'elle avait été assignée pour être inspectée. L'inspecteur de service a noté que l'incident aurait eu lieu le 12 janvier, mais que le rapport d'incident grave n'avait été déposé que le 30 janvier. Sur les conseils de l'inspecteur en chef, il a été décidé que l'inspection se déroulerait comme prévu.

Un peu plus d'une semaine plus tard, le 8 février 2012, le foyer a soumis un autre rapport d'incident grave mettant en cause un autre incident allégué de mauvais traitement impliquant Wettlaufer et la même résidente. Selon ce rapport, plus tôt dans la journée, Wettlaufer était entrée dans la chambre de la résidente pendant que celle-ci dormait et l'avait frappée à l'avant de l'épaule gauche pour la réveiller afin de mesurer son taux de glycémie. La résidente a signalé l'incident à l'administrateur, puis a rencontré l'administrateur et la DSI. L'administrateur et la DSI ont ensuite contacté la sœur de la résidente et la police. La police a interrogé la résidente et a informé le foyer que Wettlaufer ne devait plus fournir de soins à la résidente et que les deux devaient rester séparées « pour le moment ». L'inspecteur de service a examiné le rapport et a contacté la DSI pour lui demander si la résidente avait été évaluée afin de déterminer s'il y avait présence de rougeurs ou d'ecchymoses. La DSI a indiqué qu'aucune blessure n'avait été constatée, que la résidente n'avait jamais aimé Wettlaufer, et que cette dernière avait été avertie de ne pas lui prodiguer de soins en l'absence d'autres personnes. L'inspecteur de service a indiqué que le rapport d'incident grave « ne nécessitait aucune mesure ».

Ce rapport d'incident grave a été mis à jour par la DSI le 24 février 2012, à la suite de l'enquête interne du foyer sur l'incident. Il précisait que, lorsque la police est venue enquêter, elle a dit à la résidente qu'elle pouvait être poursuivie si elle mentait. Après que la police s'est entretenue avec elle, la résidente se serait rendue au bureau de la DSI et aurait demandé s'il était

possible de demander au Ministère de ne pas venir. Elle a expliqué qu'elle était inquiète, car la police lui avait dit que si elle mentait, elle pourrait aller en prison. La DSI lui a dit que si le Ministère venait, elle devrait dire la vérité. Le 1<sup>er</sup> mars 2012, deux inspecteurs du BRS de London ont examiné les documents relatifs aux deux rapports d'incident grave et à l'inspection proposée relative à la plainte. Bien que les notes montrent que les inspecteurs étaient préoccupés par le fait que le foyer n'avait pas signalé les incidents dans les délais prescrits, ils ont décidé de ne pas effectuer d'inspection.

Le rapport d'incident grave suivant a été envoyé au Ministère début août 2012 à la suite d'un incident ayant entraîné une blessure et le transfert d'une résidente à l'hôpital. Le rapport indique que le 5 août 2012, la résidente s'est jetée de son fauteuil roulant sur le sol. Bien que l'infirmier auxiliaire autorisé qui a procédé à l'évaluation initiale n'ait mentionné aucune blessure, le lendemain matin, la jambe droite de la résidente était enflée, dure et douloureuse. Ce soir-là, un appareil de radiographie mobile a été demandé et, deux jours plus tard, les résultats de la radiographie ont révélé que la résidente avait une fracture du fémur. Elle a ensuite été envoyée à l'hôpital. L'inspecteur de service a examiné le rapport et déterminé qu'une inspection était requise dans les 30 jours.

Le rapport d'incident grave suivant concernait des substances désignées manquantes ou détournées. Selon le rapport, le 28 août 2012, alors que les infirmiers achevaient leur calcul des narcotiques, ils avaient découvert qu'une boîte de timbres de Fentanyl manquait. Le rapport indiquait que la police avait été appelée. Le rapport a été modifié au cours de la semaine pour inclure les détails de l'enquête policière. La police avait interrogé le personnel, mais n'avait trouvé aucune preuve suffisante pour porter une accusation. Le 5 septembre 2012, le lendemain de la présentation du rapport modifié, l'inspecteur de service l'a examiné et a conclu qu'aucune inspection n'était nécessaire. Wettlaufer n'était pas mentionnée dans ce rapport.

Le dernier rapport d'incident grave de 2012, soumis le 4 septembre, était un cas de maltraitance ou de négligence soupçonnée d'un membre du personnel envers une résidente. Une résidente aurait dû sonner à plusieurs reprises avant de recevoir ses analgésiques. La fille de la résidente avait déposé une plainte écrite au foyer et celui-ci procédait à une enquête. Cet incident devait faire l'objet d'une inspection dans les 30 jours, en même temps que le précédent rapport d'incident grave concernant la fracture du fémur.

Cette inspection n'a eu lieu qu'à la mi-novembre, soit plus de deux mois plus tard. Le 21 novembre 2012, l'inspectrice a fait son rapport d'inspection,

qui comprenait deux avis écrits de non-respect, pour omission de faire respecter et de promouvoir le droit des résidents de recevoir des soins d'une manière conforme à leurs besoins et pour le non-respect des politiques du foyer concernant les évaluations consécutives à une chute. Cette dernière constatation a également été délivrée avec un plan de redressement volontaire.

### 2013

Au cours de l'année 2013, Caessant Care (Woodstock) a transmis au Ministère six rapports d'incident grave portant sur des soins offerts aux résidents, des blessures ayant entraîné un transfert à l'hôpital ou des narcotiques manquants<sup>12</sup>. À ce moment-là, l'équipe centrale de réception, d'évaluation et de triage avait pris la responsabilité d'examiner et d'analyser tous les renseignements reçus par les foyers. Trois rapports avaient trait à des résidents qui avaient subi une blessure ayant entraîné leur transfert à l'hôpital. Deux concernaient des narcotiques ou des substances désignées manquants, dont un pendant le quart de travail de Wettlaufer, qui était l'employée autorisée. Le dernier rapport d'incident grave portait sur un cas de mauvais traitement d'ordre verbal allégué de la part d'un résident envers une employée (Wettlaufer). Trois des six rapports d'incident grave soumis en 2013 ont mené à une inspection. Aucun des incidents impliquant Wettlaufer n'a fait l'objet d'une inspection.

Les deux rapports d'incident grave concernant les narcotiques manquants ont été déposés par le foyer à la mi-mars et à la mi-avril. Le premier, du 15 mars 2013, concernait une capsule de 10 mg de Kadian SR qui avait été trouvée manquante lors du calcul des narcotiques. Le rapport d'incident grave indiquait que Wettlaufer croyait qu'elle avait peut-être donné une double dose à la résidente. Ce rapport d'incident grave a été modifié le 28 mars 2013 pour tenir compte des résultats de l'enquête interne. Les notes indiquent que Wettlaufer croyait qu'il était possible qu'elle ait donné le médicament plus tôt à la résidente, car celle-ci se plaignait de maux de tête. D'après les notes, il s'agissait d'une erreur de médicament pour deux raisons : Wettlaufer avait donné le médicament plus tôt que prévu et elle ne l'avait pas consigné au dossier au moment de l'administration. Wettlaufer a été suspendue une journée pour cet incident. Le rapport d'incident grave modifié a été examiné par l'inspecteur chargé de l'évaluation préliminaire, qui a déterminé qu'aucune mesure n'était nécessaire. Aucune inspection n'a été effectuée.

---

<sup>12</sup> D'autres rapports, comme ceux relatifs à des éclosions de maladie au foyer ou à un résident disparu pendant moins de trois heures, ne sont pas inclus dans ce décompte.

Le deuxième rapport d'incident grave pour narcotiques manquants a été déposé au Ministère le 16 avril 2013. À cette date, le consultant en pharmacie s'était rendu au foyer pour détruire des médicaments et avait découvert qu'il manquait une plaquette individuelle de narcotiques comprenant 31 comprimés d'hydromorphe. La plaquette aurait été placée dans la boîte d'élimination des narcotiques par deux infirmiers autorisés le 21 mars 2013. La police avait été appelée. Le rapport a été modifié la semaine suivant son dépôt pour indiquer que la police était venue enquêter, que la boîte d'élimination des narcotiques avait été remplacée par une option plus sécuritaire et que le siège social avait approuvé l'installation d'une caméra cachée. Un inspecteur chargé de l'évaluation préliminaire a examiné le rapport d'incident grave modifié et déterminé qu'aucune mesure n'était nécessaire. Aucune inspection n'a été effectuée concernant cet incident.

Le 1<sup>er</sup> avril 2013, le foyer a présenté un rapport d'incident grave concernant des allégations de mauvais traitements infligés par un résident à un employé. Selon le rapport, un résident s'était rendu au bureau de la DSI ce matin-là en disant qu'il ne faisait pas confiance à Wettlaufer pour lui donner le bon médicament. Il lui a aussi dit que si Wettlaufer s'approchait de lui, il lui donnerait « un coup de pied et un coup de poing dans les dents », et il a menacé de la tuer. La DSI a examiné les notes au dossier rédigées par Wettlaufer et a noté que le résident s'était moqué d'une résidente, une attitude que Wettlaufer a trouvée grossière et brutale. Lorsque celle-ci lui a demandé d'arrêter, le résident s'est mis en colère et a menacé de lui donner un coup de pied dans l'estomac. Le rapport révèle que la police a été appelée et qu'elle est venue au foyer pour parler avec le résident. On a conseillé à Wettlaufer de ne pas s'approcher seule du résident. Une inspectrice chargée de l'évaluation préliminaire a examiné ce rapport d'incident grave le 4 avril; elle a déterminé qu'il n'y avait aucun risque pour les résidents et qu'aucune inspection n'était nécessaire<sup>13</sup>. Cette décision était conforme à la politique de l'ÉCRÉT selon laquelle de tels incidents n'étaient pas à signaler et ne justifiaient donc pas une inspection.

Les trois autres rapports d'incident grave déposés en 2013 concernaient des résidents qui avaient subi une blessure nécessitant un transfert à l'hôpital. Selon le premier rapport, un résident était tombé après avoir été laissé sans surveillance dans la salle à manger pendant un exercice d'incendie, s'était cassé deux doigts et avait été envoyé à l'hôpital. Le deuxième rapport d'incident grave a été déposé le 16 septembre 2013 et concernait

---

<sup>13</sup> Cet incident a par la suite fait l'objet d'une inspection dans le cadre de l'inspection concernant Wettlaufer à Caressant Care (Woodstock). Il est examiné plus en détail dans le chapitre suivant.



Maureen Pickering, la dernière victime de Wettlaufer à Caessant Care (Woodstock). Selon le rapport d'incident grave, M<sup>me</sup> Pickering et une autre résidente s'étaient disputées après que M<sup>me</sup> Pickering soit apparemment entrée dans la chambre de l'autre résidente. Les deux ont été retrouvées sur le sol et M<sup>me</sup> Pickering, qui avait une petite flaque de sang sous la tête, a été envoyée à l'hôpital pour recevoir des points de suture. Le dernier rapport d'incident grave, soumis le 20 décembre 2013, concernait une résidente qui avait été retrouvée allongée sur le sol après une chute. Pendant son évaluation consécutive à la chute, elle criait de douleur. Elle a ensuite été transférée à l'hôpital et est décédée un peu plus d'une semaine plus tard.

Une seule inspectrice chargée de l'évaluation préliminaire a examiné les trois rapports d'incident grave. Elle a décidé que le premier et le dernier incident nécessitaient une inspection. Bien qu'elle ait demandé au foyer de fournir des renseignements supplémentaires concernant l'incident lié à Maureen Pickering, l'incident n'a pas été signalé pour inspection. Les deux inspections effectuées relativement aux chutes n'ont donné lieu à aucune constatation de non-respect.

## 2014

Au cours des trois mois où Wettlaufer a travaillé à Caessant Care (Woodstock) en 2014, un seul rapport d'incident grave a été soumis au Ministère, le 21 janvier. Ce rapport, qui a été rédigé par la DSI, portait sur un incident de mauvais traitement allégué entre deux résidentes. Maureen Pickering était l'une des deux résidentes impliquées. Le rapport indiquait que M<sup>me</sup> Pickering avait manifesté des « comportements de plus en plus graves » depuis qu'elle avait terminé un traitement antibiotique pour une infection des voies urinaires. Au milieu de l'après-midi du 20 janvier 2014, M<sup>me</sup> Pickering aurait donné un coup de poing dans le dos d'un préposé SSP. (Le préposé SSP l'a signalé à Wettlaufer, en tant qu'infirmière autorisée pendant le quart de soir, mais pas avant 19 h.) Plus tard dans l'après-midi, M<sup>me</sup> Pickering a dû être aidée à sortir de la chambre d'une résidente à deux reprises en très peu de temps. Wettlaufer aurait demandé à M<sup>me</sup> Pickering de ne pas entrer dans la chambre de la résidente, mais M<sup>me</sup> Pickering a nié y être entrée. Wettlaufer a noté qu'elle avait essayé de lui expliquer qu'elle avait des « pertes de mémoire » et qu'elle devait faire confiance au personnel. M<sup>me</sup> Pickering a ensuite saisi Wettlaufer et a crié : « Je n'oublie pas. » Vers 18 h 20, M<sup>me</sup> Pickering aurait été verbalement agressive avec le personnel, se plaignant de se sentir nerveuse et en colère et d'avoir mal aux jambes. Elle a reçu du Tylenol, de la trazodone et de la rispéridone. Vers 18 h 45, un aide-étudiant a observé M<sup>me</sup> Pickering s'approcher de la chambre de la même résidente, après quoi les

deux résidentes ont commencé à parler fort et à se disputer. L'aide-étudiant a ensuite vu M<sup>me</sup> Pickering frapper l'autre résidente à plusieurs reprises, y compris au visage. L'autre résidente a eu des contusions et une lacération de 3 cm à un œil.

Wettlaufer a appelé le médecin peu après 19 h pour examiner les médicaments de M<sup>me</sup> Pickering. Le médecin a ordonné qu'on augmente sa dose matinale de Risperidone et qu'on lui administre entre 2,5 et 5 mg d'Haldol toutes les six heures pour traiter l'agitation. Peu avant 21 h, M<sup>me</sup> Pickering a tenté de frapper des employés et les a traités de menteurs, après quoi elle a reçu 2,5 mg d'Haldol. Elle a reçu 2,5 mg d'Haldol de plus une heure plus tard, car la première dose n'avait pas été efficace. Le lendemain matin, M<sup>me</sup> Pickering aurait été somnolente au petit-déjeuner et aurait eu besoin d'aide pour manger.

Bien que ce rapport d'incident grave n'ait pas été initialement assigné à un inspecteur, il a été marqué comme nécessitant une inspection après que la fille d'une résidente ait appelé la ligne INFO pour s'assurer de la sécurité de sa mère, indiquant que deux résidents – dont Maureen Pickering – continuaient à déambuler dans la chambre de sa mère, lui faisant peur.

L'inspection a eu lieu le 5 mars 2014. Les notes d'inspection montraient que M<sup>me</sup> Pickering présentait des symptômes comportementaux importants liés à sa maladie d'Alzheimer et qu'elle avait été impliquée dans des altercations avec d'autres résidents. L'inspecteur a conclu que le foyer avait eu recours à des interventions appropriées pour corriger le comportement de M<sup>me</sup> Pickering et n'a formulé aucune constatation de non-respect.

## **2. Les plaintes reçues et les inspections effectuées : du 1<sup>er</sup> juillet 2010 à mars 2014**

Entre le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et la cessation des fonctions de Wettlaufer à Caressant Care (Woodstock) en mars 2014, le Ministère a reçu 16 plaintes au sujet du manque de personnel au foyer et des soins fournis aux résidents<sup>14</sup>. À quelques exceptions près, que j'aborde ci-dessous, les plaintes ont mené à une inspection.

---

<sup>14</sup> Cela ne comprend pas les plaintes non liées au mandat de l'Enquête, notamment sur des problèmes comme le défaut de s'occuper des éclosions de maladie, les craintes des résidents qu'ils ne soient forcés de quitter le foyer et les préoccupations concernant la divulgation des renseignements médicaux personnels de résidents.

## 2010

Le Ministère a reçu quatre plaintes entre le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et la fin de l'année. Les plaintes ont toutes mené à une inspection dans un délai assez court.

La première plainte a été reçue le 29 septembre et concernait les soins fournis à un résident. Le plaignant anonyme a indiqué que le foyer connaissait un « sous-effectif important » et que le résident était tombé de son fauteuil roulant lors d'un exercice d'incendie parce que le préposé SSP n'avait pas actionné les freins du fauteuil. Le 4 octobre, une inspectrice s'est rendue au foyer. Pendant qu'elle y était, elle a observé un résident installé dans un fauteuil roulant sans que sa ceinture de sécurité – dont il avait besoin – soit attachée. L'inspectrice a également noté que le programme de soins ne reflétait pas les besoins du résident en ce qui concernait le levage et le transfert. Elle a émis un avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire parce que le programme de soins n'avait pas été mis à jour.

Le Ministère a reçu la plainte suivante le 18 octobre de la fille d'une ancienne résidente, qui prétendait qu'elle avait transféré sa mère dans un autre foyer en raison de préoccupations au sujet des soins offerts à Caressant Care (Woodstock). Elle a dit que les escarres de sa mère n'étaient pas guéries et qu'elle croyait que le foyer lui avait donné trop de sédatifs. Une inspection a eu lieu le 29 octobre. Sur place, l'inspectrice a examiné les dossiers médicaux et le programme de soins de la résidente. Elle a émis deux avis écrits, tous deux accompagnés de plans de redressement volontaire, pour omission de veiller à ce que la résidente présentant une altération de l'intégrité de la peau soit réévaluée au moins une fois par semaine par le personnel autorisé, et pour omission d'avoir mis en œuvre les politiques et procédures requises par la LFSLD.

Le 1<sup>er</sup> novembre, le Ministère a reçu une plainte de la sœur d'une résidente, dont elle était la mandataire spéciale (MS). La MS alléguait que la résidente était tombée pendant la fin de semaine et que Caressant Care (Woodstock) n'avait pas fait d'évaluation appropriée consécutive à une chute et n'avait pas communiqué avec elle (à titre de MS). Deux jours après la chute, la MS a emmené sa sœur à l'hôpital et la résidente est retournée au foyer avec une écharpe. Une semaine après la réception de la plainte, une inspection a eu lieu. L'inspectrice a déterminé que le foyer ne s'était pas occupé de la douleur persistante de la résidente après sa chute. Le rapport d'inspection, publié le 15 novembre, comprenait deux avis écrits, tous deux accompagnés de plans

de redressement volontaire, pour omission de veiller à ce que la résidente et sa MS aient eu la possibilité de contribuer à l'élaboration du programme de soins et de le réviser lorsque les besoins de la résidente ont changé.

Le 10 novembre, la dernière plainte de 2010 a été reçue par l'entremise de la ligne INFO. Elle a été faite par un bénévole dans le cadre du programme de jour pour adultes du foyer. Le plaignant craignait qu'une résidente soit maltraitée parce qu'elle avait été laissée sur la cuvette des toilettes pendant plusieurs heures et que le personnel avait désactivé sa cloche d'appel. Un inspecteur s'est rendu au foyer le 2 décembre pour une inspection relative à la plainte, mais il n'a fait aucune constatation de non-respect.

### **2011**

Une seule plainte reçue par le Ministère en 2011 concernait les soins d'un résident<sup>15</sup>. Le 15 novembre, une plainte anonyme signalait qu'aucun infirmier autorisé n'était de service la nuit précédente. Il a été décidé qu'une inspection aurait lieu, mais elle n'a eu lieu que du 14-16 mars 2012. À ce moment-là, l'inspectrice a conclu qu'il n'y avait pas eu d'infirmier autorisé au foyer de 19 h à 23 h le 14 novembre, parce que celui qui devait travailler s'était déclaré malade. Elle a émis un avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire pour omission d'avoir un infirmier autorisé de service et présent en tout temps.

### **2012**

Le Ministère a reçu cinq plaintes concernant les soins des résidents en 2012. Trois lui ont été transmises fin janvier et toutes provenaient de la résidente qui prétendait que Wettlaufer l'avait frappée, comme nous l'avons vu plus haut. Les deux plaintes suivantes de la résidente étaient des appels de suivi concernant la plainte initiale. Bien que la résidente ait aussi apparemment soulevé cette préoccupation auprès de la direction du foyer, aucun rapport d'incident grave n'avait été déposé. Après que l'inspecteur de service du BRS de London ait appelé au foyer pour poser des questions sur la plainte, le foyer a déposé un rapport d'incident grave, soit plus de deux semaines après la date de l'incident. Comme nous l'avons vu plus haut, bien que ces plaintes aient d'abord été classées comme nécessitant une inspection, le Ministère n'a pas procédé à une inspection après avoir été avisé que la plaignante avait retiré ses allégations.

---

<sup>15</sup> D'autres plaintes ont été reçues au sujet de la chaleur dans le foyer, mais elles ne sont pas suffisamment pertinentes relativement au mandat de l'Enquête pour que j'en parle.

À la mi-janvier, le Ministère a reçu une autre plainte de la part de la fille d'une résidente au sujet de la négligence alléguée concernant les soins fournis à sa mère. Cette plainte a été désignée comme nécessitant une inspection dans un délai de 30 jours. Au foyer, le 16 février, l'inspectrice a appris que la résidente avait des problèmes continus liés à des infections aux mains et qu'à un moment donné, elle avait été transportée à l'hôpital pour un possible caillot sanguin. L'inspectrice a publié son rapport le 21 février, lequel ne contenait aucune constatation de non-respect.

Le 13 novembre, un plaignant anonyme a fait la dernière plainte reçue par le Ministère en 2012. L'appelant a indiqué qu'un résident avait été envoyé à l'hôpital, souffrant de douleurs extrêmes, et qu'il était mort le lendemain. L'appelant a expliqué que le résident n'était pas allé à la selle depuis 24 heures avant d'être envoyé à l'hôpital. L'inspecteur de service a classé la plainte dans la catégorie « décès suspect » et a établi un délai de 30 jours pour l'inspection. Après avoir procédé à une inspection le 27 novembre, l'inspectrice a publié son rapport le jour même, lequel ne contenait aucune constatation de non-respect.

### **2013**

En 2013, l'ÉCRÉT était chargée d'examiner et de trier toutes les plaintes reçues au sujet des foyers de SLD dans la province. Cette année-là, elle a reçu cinq plaintes au sujet des soins fournis aux résidents et des effectifs à Caressant Care (Woodstock)<sup>16</sup>. Deux portaient sur la nature des soins fournis aux résidents et trois sur le manque de personnel. Des inspecteurs du BRS de London ont effectué une inspection à la suite de toutes ces plaintes, mais n'ont émis aucune constatation de non-respect.

La première plainte, datant du 15 mars, a été envoyée au Ministère par le fils d'un résident. Dans sa lettre de 18 pages, le plaignant a soulevé de multiples préoccupations au sujet des soins fournis à son père : un incident survenu en août 2012 au cours duquel son père avait été transporté à l'hôpital après avoir reçu une dose excessive de morphine; les longs délais de réponse aux cloches d'appel; les soins inadéquats des plaies et l'incapacité du foyer à répondre adéquatement à ses plaintes. Une inspectrice a effectué une inspection les 16 et 17 avril 2013. Elle n'a trouvé rien de préoccupant et a produit son rapport le 22 avril 2013, sans y inclure de constatation de non-respect.

---

<sup>16</sup> Ce nombre ne comprend pas les plaintes concernant des questions comme le programme d'entretien ménager au foyer.

La plainte suivante est parvenue à l'ÉCRÉT le 28 juin 2013. Un employé à temps partiel de Caessant Care (Woodstock) s'inquiétait de la disponibilité et de la qualité des produits d'incontinence pour les résidents et croyait aussi qu'en raison du manque de personnel au foyer, il n'était pas toujours possible d'aller aux toilettes. Un inspecteur s'est rendu au foyer le 15 juillet pour une inspection relative à la plainte, mais il n'a fait aucune constatation de non-respect.

Le 3 juillet 2013, l'ÉCRÉT a reçu une plainte anonyme du fils d'une résidente au sujet des soins fournis à sa mère. Il pensait que la chaleur au foyer était excessive et que le personnel n'avait pas pris sa mère au sérieux quand elle est tombée malade et vomissait toute sa nourriture. Une semaine plus tard, une inspection a été menée. L'inspecteur a noté que le foyer avait mis en place un plan d'intervention en cas de températures élevées et que la résidente en question avait été envoyée à l'hôpital plus tôt dans la journée, car elle risquait de se déshydrater. L'inspecteur n'a pas fait de constatation de non-respect.

Enfin, en octobre 2013, l'ÉCRÉT a reçu deux plaintes concernant le manque de personnel au foyer – une de la fille d'un résident et une d'un employé. Le 22 octobre 2013, une inspectrice s'est rendue au foyer pour une inspection à la suite des deux plaintes. Elle a appris que le foyer avait récemment modifié sa politique en matière de bains : un seul préposé SSP au lieu de deux donnait désormais le bain aux résidents, à moins qu'un transfert ne soit nécessaire. L'inspectrice n'a fait aucune constatation de non-respect.

## **2014**

Wettlaufer a cessé de travailler à Caessant Care (Woodstock) à la fin mars 2014. Entre janvier et la fin mars, l'ÉCRÉT n'a reçu qu'une seule plainte concernant le foyer. Cette plainte, reçue le 10 février, a été déposée par la fille d'une résidente, qui était préoccupée par la sécurité de sa mère. Elle a indiqué que deux résidents continuaient de déambuler dans la chambre de sa mère, ce qui effrayait celle-ci. Elle a noté que l'une des deux, Maureen Pickering, avait récemment frappé une autre résidente au visage. L'ÉCRÉT a désigné cette plainte comme nécessitant une inspection dans un délai de 30 jours; l'inspection a eu lieu et l'inspectrice a également examiné le rapport d'incident grave dont il a été question plus haut. Elle n'a fait aucune constatation de non-respect.

### 3. Les autres inspections effectuées : du 1<sup>er</sup> juillet 2010 à mars 2014

En plus de ces plaintes et de ces inspections sur des incidents graves, des inspecteurs du BRS de London ont effectué trois inspections de suivi à Caessant Care (Woodstock) entre le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et mars 2014. Les deux premières ont été achevées à l'automne 2010 et constituaient des inspections de suivi à la suite de constatations de non-respect des normes qui avaient été émises sous le régime précédent.

L'autre inspection de suivi a eu lieu en novembre 2011, relativement au seul ordre de conformité rendu à l'encontre du foyer pendant cette période. Cet ordre faisait suite à l'inspection de l'incident grave de novembre 2010 concernant l'omission, par le foyer, de veiller à ce que le droit des résidents de ne pas être négligés soit pleinement respecté et promu.

La première inspection annuelle complète en vertu de la LFSLD (IQSR) n'a été effectuée qu'en décembre 2014, environ huit mois après que Caessant Care (Woodstock) a mis fin à l'emploi de Wettlaufer.

### 4. Les incidents graves non signalés

À la suite de poursuites pénales en juin 2017, Wettlaufer a été reconnue coupable d'avoir tué cinq résidents à Caessant Care (Woodstock) après le 1<sup>er</sup> juillet 2010 : Gladys Millard, Helen Matheson, Mary Zurawinski, Helen Young et Maureen Pickering. Le foyer était tenu de rapporter les décès « soudains ou inattendus » au Ministère. Personne n'avait considéré ces décès comme soudains ou inattendus, de sorte qu'aucun n'a été signalé au Ministère. À l'exception du rapport d'incident grave au sujet de l'allégation de mauvais traitement de la part de Wettlaufer envers une résidente qui prétendait que Wettlaufer l'avait giflée, mais qui s'était rétractée par la suite, le Ministère n'a reçu aucun rapport concernant des soupçons de mauvais traitement ou de négligence envers des résidents par Wettlaufer. Le Ministère n'a pas non plus reçu de rapports concernant des allégations d'administration de traitements ou de soins de façon inappropriée ou incompétente à propos de Wettlaufer pour quelque résident que ce soit, même si le personnel du foyer avait soulevé des préoccupations à l'interne à cet égard. Le Ministère a passé en revue ces incidents dans son inspection concernant Wettlaufer à Caessant Care (Woodstock) après les aveux de Wettlaufer. Ils sont examinés plus en détail dans le chapitre suivant.

### III. La surveillance de Meadow Park (London) par le Ministère

Peu après son départ de Caressant Care (Woodstock), Wettlaufer a commencé à travailler au foyer de soins infirmiers Meadow Park à London. Elle n'y a travaillé que pendant une courte période, soit d'avril à octobre 2014. Son emploi chez Meadow Park (London) a pris fin lorsqu'elle a démissionné, expliquant dans sa lettre de démission qu'elle avait besoin d'aide pour une « maladie » qui nécessitait un traitement à long terme<sup>17</sup>. Pendant la période où Wettlaufer travaillait pour Meadow Park (London), le foyer était assujéti au régime de réglementation imposé par la LFSLD et par le Règlement.

#### A. Le financement par l'entremise de l'ERS-SLD

Meadow Park (London) était financé en vertu de l'Entente de responsabilisation en matière de services liés aux foyers de soins de longue durée (ERS-SLD) avec le RLISS du Sud-Ouest. Bien que le Ministère fût responsable de l'établissement des politiques de financement, le RLISS du Sud-Ouest était chargé de l'administration des fonds. Les modalités de la relation entre Meadow Park (London) et le RLISS du Sud-Ouest étaient définies dans leur ERS-SLD.

#### B. Le permis de Meadow Park (London)

Lorsque Wettlaufer a commencé à travailler à Meadow Park (London) en avril 2014, l'établissement était exploité sous deux permis différents. Le premier, émis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, portait sur l'exploitation de 122 lits. Le deuxième était un permis temporaire, délivré à l'origine le 1<sup>er</sup> juillet 2010, pour l'exploitation de quatre lits transitoires au foyer. Lorsque ce permis temporaire a expiré le 31 mars 2013, il a été renouvelé jusqu'au 31 mars 2015. Ainsi, lorsque Wettlaufer travaillait à Meadow Park (London), l'établissement était autorisé à exploiter un total de 126 lits.

---

<sup>17</sup> Il s'est avéré par la suite que la maladie à long terme était son combat continu contre les dépendances.



## C. La surveillance par les inspecteurs du BRS de London

Les inspecteurs du BRS de London étaient chargés de mener toutes les inspections à Meadow Park (London) ainsi qu'à Caressant Care (Woodstock). Lorsque Wettlaufer a commencé à travailler à Meadow Park (London) en 2014, entre 31 et 35 inspecteurs travaillaient au BRS de London. À ce moment-là, l'ÉCRÉT était chargée d'examiner les renseignements reçus sur tous les foyers de SLD de la province et de déterminer si une inspection était nécessaire. Sept inspecteurs affectés au triage des cas faisaient partie de l'ÉCRÉT.

Aucun incident au sujet de la conduite de Wettlaufer ou de ce qui se passait au foyer et qui aurait pu donner l'alerte n'a été rapporté au Ministère pendant le bref mandat de l'infirmière à Meadow Park (London). Cependant, l'un des rapports d'incident grave déposés par le foyer en 2014 portait sur des narcotiques manquants qui, a-t-on dit à l'inspecteur, auraient été pris par Wettlaufer, selon la direction du foyer.

En ce qui a trait au respect des normes en vertu de la LFSLD, le dossier de Meadow Park (London) était inégal, passant du niveau 1 signifiant « substantiellement conforme » au niveau 2 « non conforme – niveau de risque modéré », et même au niveau 3, « non conforme – niveau de risque élevé ». Cependant, rien dans les évaluations du rapport ÉRR de 2014-2015 ne permettait de soupçonner qu'une tueuse en série en milieu de soins de santé y travaillait.

### 1. Les rapports d'incident grave reçus et les inspections effectuées : d'avril à octobre 2014

Meadow Park (London) a soumis trois rapports d'incident grave au Ministère en 2014. Les trois ont fait l'objet d'une inspection et aucune constatation de non-respect n'a été faite.

Les deux premiers rapports d'incident grave portaient sur des allégations de mauvais traitements de la part d'un employé à l'égard d'un résident. Le premier a été envoyé au Ministère le 26 juillet et concernait Arpad Horvath, qui aurait proféré des jurons et giflé le personnel par le passé. Selon le rapport, deux préposés SSP sont entrés dans sa chambre le 25 juillet pour lui fournir des soins. M. Horvath a frappé un des préposés SSP sur le bras, et c'est à ce moment-là que le préposé SSP a frappé le bras de M. Horvath. M. Horvath a ensuite craché sur le préposé SSP, qui lui a craché dessus en retour. Les deux préposés SSP ont ensuite quitté la chambre, et l'infirmier responsable a été informé de ce qui s'était passé. Le 28 juillet, l'inspecteur de l'ÉCRÉT chargé

du triage des cas qui a examiné ce rapport d'incident grave a fixé un délai de 30 jours pour une inspection. Le deuxième rapport d'incident grave du foyer concernant un mauvais traitement soupçonné de la part d'un employé envers un résident a été envoyé le 22 septembre. Selon ce rapport, une préposée SSP avait dit à l'infirmier responsable qu'elle craignait qu'un autre préposé SSP ait été violent lorsqu'il s'occupait d'un résident, car le résident s'était mis à hurler et à crier. Ce rapport d'incident grave a été examiné par un inspecteur de l'ÉCRÉT chargé du triage des cas et désigné comme nécessitant une inspection dans les 30 jours.

Les 8 et 9 octobre, une inspectrice a mené une inspection sur les deux rapports d'incident grave à Meadow Park (London). Elle n'a formulé aucune constatation de non-respect.

Le 2 octobre, le foyer a soumis son dernier rapport d'incident grave pour 2014. Il concernait des narcotiques manquants. Selon le rapport, la codirectrice des soins, Melanie Smith, avait été avisée, plus tôt ce jour-là, que le foyer n'avait jamais reçu la plaquette de 1 mg d'hydromorphone qui avait été commandée pour une résidente le 26 septembre 2014. L'enquête du foyer a révélé que le médicament avait été livré au foyer avec d'autres médicaments, mais que l'hydromorphone n'avait pas été retrouvée. La police a été appelée pour enquêter. Deux semaines après que le rapport a été soumis au Ministère, il a été examiné par un inspecteur de l'ÉCRÉT chargé du triage des cas, qui a fixé un délai de 120 jours pour une inspection.

Les 4 et 5 novembre 2014, l'inspectrice Rhonda Kukoly est allée à Meadow Park (London) pour effectuer une inspection. Selon ses notes, la DSI et administratrice du foyer soupçonnait Wettlaufer d'avoir pris les médicaments, mais n'avait aucune preuve concrète pour étayer ses soupçons. Dans sa lettre de démission datée du 25 septembre, Wettlaufer a déclaré qu'elle souffrait « d'une maladie qui nécessitera un traitement de longue durée. Je ne serai pas en mesure de travailler pendant ce traitement et je ne pourrai pas non plus travailler en tant qu'infirmière autorisée après mon traitement. » Elle a donné le 15 octobre 2014 comme date d'effet de sa démission. Les notes de l'inspectrice Kukoly indiquent que Wettlaufer avait dit à la DSI qu'elle avait un problème de drogue et d'alcool, quelques jours après avoir remis sa lettre de démission. Selon les notes de l'inspectrice, Wettlaufer a travaillé le 26 septembre – le jour où l'hydromorphone a été envoyée au foyer, et où elle semble avoir disparu. Le 26 septembre s'est avéré être le dernier jour de travail de Wettlaufer à Meadow Park (London); le préavis de deux semaines qu'elle a donné dans sa lettre de démission a été considéré comme un congé de maladie. M<sup>me</sup> Kukoly n'a fait aucune constatation de non-respect dans le cadre de cette inspection.

Lors des audiences publiques, M<sup>me</sup> Kukoly a expliqué qu'elle n'avait fait aucune constatation de non-respect parce que le foyer avait fait ce qu'on attendait de lui en enquêtant sur les narcotiques manquants, en s'assurant qu'une formation soit fournie au personnel autorisé, et que des mesures appropriées avaient été prises pour que la résidente ne manque pas de médicaments et ne subisse aucun préjudice en raison des narcotiques manquants. Toutefois, elle a reconnu qu'elle aurait abordé cette inspection différemment si elle avait su qu'il y avait eu des rapports d'incidents graves précédents envoyés au Ministère par Caessant Care (Woodstock) sur des narcotiques manquants impliquant Wettlaufer. Par exemple, elle a déclaré qu'elle aurait pu examiner le dossier de Wettlaufer pour déterminer s'il soulevait des préoccupations, si Wettlaufer possédait les qualifications requises et si elle avait fait l'objet d'une vérification des antécédents appropriée avant de commencer à travailler chez Meadow Park (London). M<sup>me</sup> Kukoly a indiqué que parce que Wettlaufer avait démissionné au moment de l'inspection, elle ne voyait aucun risque continu pour le foyer. Cependant, elle a expliqué que, si Wettlaufer y avait encore travaillé, elle aurait pu avoir d'autres questions et prendre des mesures pour interroger cette personne elle-même<sup>18</sup>. Son approche à l'égard de cette inspection était également dictée par sa compréhension de son rôle en tant qu'inspectrice :

Mon travail ne consiste pas à déterminer si elle a pris les narcotiques. Il consiste à déterminer si le foyer respectait la loi et les règlements, alors y avait-il des preuves démontrant qu'il avait fait tout ce qu'il devait faire...

Lorsqu'on lui a demandé ce qu'elle ferait si un membre du personnel autorisé souffrait de problèmes de toxicomanie, M<sup>me</sup> Kukoly a répondu qu'elle demanderait normalement au foyer s'il avait signalé des préoccupations à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre). Toutefois, elle ne croyait pas avoir demandé à Meadow Park (London) s'il avait fait rapport à l'Ordre, car ses notes n'indiquaient rien en ce sens. Elle a reconnu qu'« avec le recul, Dieu sait que j'aurais aimé l'avoir fait. » M<sup>me</sup> Kukoly a expliqué qu'elle avait personnellement fait rapport à l'Ordre à de nombreuses reprises concernant le personnel autorisé dans le cadre de ses fonctions antérieures de DSI d'un foyer, mais pas dans son rôle d'inspectrice pour le Ministère. Elle a déclaré que, normalement, si elle demandait à un foyer s'il avait signalé quelqu'un à l'Ordre, le foyer pouvait répondre « oui » (auquel cas elle considérait que c'était fait) ou « non » (auquel cas sa question en soi inciterait

<sup>18</sup> M<sup>me</sup> Kukoly a précisé qu'il n'était pas d'usage à l'époque d'interroger tous les membres du personnel impliqués dans un incident. Elle a indiqué que les inspecteurs ont désormais reçu l'instruction claire d'interroger les employés concernés, même s'ils doivent les appeler à la maison pour ce faire.

le foyer à réfléchir à la nécessité de le faire). Elle reconnaît toutefois qu'il serait logique de clarifier les voies de communication – et la responsabilité de faire rapport à l'Ordre – entre le Ministère et les foyers.

## **2. Les plaintes ayant donné lieu à un rapport et les inspections effectuées**

Au cours de la période de six mois en 2014 où Wettlaufer travaillait à Meadow Park (London), le Ministère n'a reçu que deux plaintes concernant les soins qui étaient fournis au foyer. Toutes deux ont fait l'objet d'inspections. Wettlaufer n'a été mentionnée dans aucune des deux plaintes et son nom n'apparaît pas non plus dans les notes d'inspection.

Le 28 avril, le Ministère a reçu une plainte d'un résident, qui l'a informé qu'il y avait eu une flambée de vomissements. Le résident a indiqué que la direction n'était pas disponible au début de la flambée, de sorte que les préposés SSP, qui étaient en nombre insuffisant, ont dû intervenir pour aider. Lorsque l'inspecteur a communiqué avec le plaignant, celui-ci a soulevé d'autres préoccupations, notamment le fait que le siège de bain ne fonctionnait pas, le manque d'eau au foyer, le fait qu'il n'y avait pas suffisamment de nourriture aux repas et que les résidents étaient obligés de manger dans des assiettes en carton lorsque le lave-vaisselle était en panne. La plainte a été notée comme nécessitant une inspection dans les 30 jours. Une inspection a eu lieu le 23 mai et a donné lieu à un avis écrit de non-respect, accompagné d'un plan de redressement volontaire, pour omission de s'assurer que le personnel respectait la politique du foyer qui demandait de vérifier la température des repas avant de les servir.

La deuxième plainte est parvenue à la ligne INFO du Ministère le 21 août. Un membre du personnel a exprimé deux préoccupations : que le foyer n'en faisait pas assez pour régler le problème du comportement d'un résident violent et qu'il n'était pas suffisamment intervenu lorsqu'un autre résident avait été agressé verbalement par ses compagnons de table au souper. Cette plainte a été examinée le 28 août et assignée à une inspection. Les 8 et 9 octobre, l'inspectrice désignée a déterminé que le foyer avait mis en place des interventions appropriées pour les deux résidents, et elle n'a pas émis de constatation de non-respect.

### 3. Les autres inspections : d'avril à octobre 2014

Au début d'avril 2014, trois inspecteurs du Ministère sont allés à Meadow Park (London) pour effectuer une inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR). Il s'agissait de la deuxième IQSR effectuée à cet endroit, la première datant de l'automne 2012<sup>19</sup>. Les inspecteurs ont passé huit jours au foyer et ont remis leur rapport d'inspection le 30 avril 2014. Douze avis écrits ont été envoyés pour non-respect de la législation et de la réglementation, dont neuf étaient accompagnés de plans de redressement volontaire. Aucun ordre de conformité n'a été donné. Les constatations de non-respect portaient sur un large éventail de problèmes, y compris l'omission de veiller à ce que : les droits des résidents d'être nourris, lavés et soignés d'une manière correspondant à leurs besoins soient respectés; l'ameublement et l'équipement du foyer soient maintenus en bon état et qu'ils soient sécuritaires; les résidents dont l'intégrité de la peau était altérée reçoivent des évaluations cutanées appropriées sur le plan clinique; le personnel qui donnait des soins directs reçoive une formation en prévention des chutes et que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou dans un chariot de médicaments conformément aux instructions du fabricant. L'IQSR de 2014 représentait une nette amélioration par rapport à celle de 2012, qui avait donné lieu à 37 constatations de non-respect, dont 11 accompagnées d'un ordre de conformité. Au cours de cette inspection précédente, deux ordres de conformité portaient sur l'entreposage de médicaments.

### 4. Les incidents graves non signalés

Lorsqu'elle travaillait à Meadow Park (London), Wettlaufer a tué Arpad Horvath. Après qu'elle lui ait intentionnellement injecté une surdose d'insuline, il est tombé malade et a été envoyé à l'hôpital. Bien que le Ministère ait reçu un rapport concernant la possibilité de mauvais traitements infligés à M. Horvath par un autre employé – qui a fait l'objet d'une enquête – le foyer n'a pas déposé de rapport d'incident grave lorsque M. Horvath a été transféré à l'hôpital parce qu'il n'a pas associé sa santé défaillante à un incident lié à un médicament.

---

<sup>19</sup> Il n'y a pas eu d'IQSR à Meadow Park (London) en 2013.

## IV. La surveillance du foyer de soins de longue durée Telfer Place

En janvier 2015, peu de temps après que Wettlaufer ait démissionné de Meadow Park (London) pour traiter sa dépendance aux drogues et à l'alcool, elle a été engagée par une agence, Life Guard Homecare. Life Guard l'a placée comme infirmière autorisée dans un certain nombre de foyers de SLD dans tout le sud-ouest de l'Ontario, dont Telfer Place. Elle y a travaillé en tant qu'infirmière autorisée à plusieurs reprises entre janvier 2015 et avril 2016, lorsque Telfer Place a demandé à Life Guard de cesser de l'affecter à son établissement. Wettlaufer avouera plus tard avoir tenté de tuer une résidente de Telfer Place, Sandra Towler.

Lorsque Wettlaufer travaillait comme infirmière autorisée affectée par l'agence à Telfer Place, le foyer était assujéti à la surveillance indirecte et directe du Ministère, en vertu de son accord de financement et du régime de réglementation imposé par la LFSLD et le Règlement. Cependant, le Ministère n'exerçait aucune surveillance législative ou réglementaire sur Life Guard.

### A. Le financement en vertu de l'Entente de responsabilisation en matière de services liés aux foyers de soins de longue durée

Telfer Place est situé à Paris (Ontario). Au moment où Wettlaufer travaillait au foyer, celui-ci relevait du RLISS de Hamilton Niagara Halton Brant (HNHB). La relation entre le RLISS et Telfer Place était régie par l'Entente de responsabilisation en matière de services liés aux foyers de soins de longue durée entre le RLISS et la société mère du foyer, Revera. Bien que le RLISS soit responsable de l'administration de l'autorisation de financement des foyers de SLD sur son territoire et qu'il leur fournisse les taux journaliers et les enveloppes journalières pour les lits approuvés ou autorisés, le Ministère était chargé de déterminer le financement et les politiques de financement.

### B. Le permis de Telfer Place

En janvier 2015, lorsque Wettlaufer a été affectée pour la première fois comme infirmière à Telfer Place par une agence, le foyer était géré, en vertu d'un permis délivré le 1<sup>er</sup> juillet 2010, par le directeur en vertu de la LFSLD. Le permis autorisait le foyer à exploiter 45 lits et était valide jusqu'au 30 juin 2025.

## C. La surveillance par l'entremise des inspecteurs du BRS de Hamilton : janvier 2015–avril 2016

Entre janvier 2015 et avril 2016, Telfer Place relevait du BRS de Hamilton, et les inspecteurs de ce bureau étaient chargés de toutes les inspections de ce foyer. En 2015, entre 25 et 30 inspecteurs travaillaient à partir du BRS de Hamilton. L'ÉCRÉT était chargé de trier toutes les plaintes et tous les rapports d'incident grave reçus au sujet des foyers et de les assigner aux fins d'inspection. En 2015, il y avait huit inspecteurs chargés du triage.

Bien que le Ministère ait reçu quelques plaintes et qu'il ait effectué un certain nombre d'inspections à Telfer Place pendant que Wettlaufer y travaillait, aucune n'a été faite à son sujet. Les plaintes et les inspections ne contenaient aucun élément susceptible de donner l'alerte ou suggérant que Wettlaufer causait des préjudices intentionnels à des résidents. Bien que le niveau de risque affecté à Telfer Place par l'entremise du rapport ÉRR du Ministère ait fluctué au fil du temps, au cours de l'exercice 2015-2016, il s'agissait d'un risque de niveau 1, soit un « foyer substantiellement conforme ».

### 1. Les inspections effectuées : 2015

En 2015, le Ministère n'a reçu aucun rapport d'incident grave ni aucune plainte au sujet de Telfer Place. Les inspecteurs du BRS de Hamilton y ont toutefois effectué deux inspections cette année-là : l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR), en mars, et une inspection de suivi relativement aux ordres de conformité émis à la suite de l'IQSR.

L'IQSR a été effectuée par quatre inspecteurs en mars 2015 et a duré sept jours. À la suite de l'inspection, ils ont émis 12 avis écrits de non-respect, dont quatre étaient accompagnés d'ordres de conformité. Des plans de redressement volontaire ont également été préparés pour huit des constatations. Le non-respect au foyer portait sur toute une gamme de problèmes, dont l'utilisation appropriée des côtés de lit, la préparation des plats au menu selon le menu prévu, le défaut de fournir les soins prévus au programme de soins du résident, l'omission de prendre des mesures pour répondre aux besoins des résidents avec sensibilité et l'omission de conserver les médicaments dans un endroit sécuritaire et verrouillé. L'IQSR de 2015 était la deuxième à être effectuée dans ce foyer. La première s'était déroulée en juin 2013 et avait donné lieu à 29 avis écrits de non-respect, dont neuf avaient fait l'objet d'un ordre de conformité et 18 étaient accompagnés de plans de redressement volontaire.

Vers la fin de juillet 2015, une inspectrice s'est rendue à Telfer Place pour effectuer une inspection de suivi relativement aux ordres de conformité émis après l'IQSR. Elle a déterminé que la plupart des ordres avaient été exécutés, à l'exception de celui concernant l'omission continue de veiller à ce que les résidents fassent l'objet d'une évaluation appropriée afin de réduire au minimum les risques associés à l'utilisation des côtés de lit. Elle a émis un autre avis écrit accompagné d'un ordre de conformité pour ce non-respect continu.

## **2. Les plaintes reçues et les inspections effectuées : de janvier à avril 2016**

Au cours des quatre premiers mois de 2016, alors que Wettlaufer était encore placée à Telfer Place, le Ministère a reçu deux plaintes. Dans les deux cas, il s'agissait de problèmes de dotation en personnel et de soins aux résidents du foyer, et les deux ont donné lieu à une inspection.

Le Ministère a reçu la première plainte le 26 janvier. Un plaignant anonyme a contacté le Ministère pour l'aviser que les employés n'étaient pas remplacés lorsqu'ils étaient malades et que les résidents ne sortaient pas du lit avant midi. Cette plainte a été désignée comme nécessitant une inspection dans un délai de 120 jours.

La deuxième plainte a été faite directement aux inspecteurs qui effectuaient une IQSR dans un autre foyer de SLD le 18 mars. Un employé de Telfer Place a approché l'inspecteur pour l'aviser que les problèmes de dotation en personnel s'étaient aggravés depuis que l'IQSR de 2016 avait été effectuée. La plainte a été désignée comme nécessitant une inspection dans un délai de 30 jours.

Les deux plaintes ont donné lieu à une inspection conjointe, mais cette dernière n'a eu lieu que du 13 au 15 juin 2016, soit près de six mois après la réception de la première plainte et environ deux mois après que la DSI du foyer eut ordonné à Life Guard de ne plus affecter Wettlaufer à son établissement. L'inspectrice désignée a émis quatre avis écrits de non-respect, dont trois étaient accompagnés de plans de redressement volontaire. Elle a constaté que le titulaire de permis n'avait pas réussi à s'assurer que le plan de dotation en personnel du foyer était conforme aux besoins des résidents en ce qui a trait aux soins et à leur sécurité; les résidents recevaient des bains au moins deux fois par semaine; tous les employés participaient au programme de prévention et de contrôle des infections et les draps des résidents étaient changés au moins une fois par semaine.



### 3. Les autres inspections effectuées : de janvier à avril 2016

Les inspecteurs du BRS de Hamilton ont effectué deux autres inspections à Telfer Place pendant que Wettlaufer y travaillait pour le compte d'une agence : une inspection de suivi au sujet de l'ordre de conformité non exécuté concernant la sécurité relative à l'utilisation des côtés de lit et l'IQSR de 2016. L'inspectrice qui a effectué l'inspection de suivi le 27 janvier a déterminé que les conditions de l'ordre de conformité avaient été respectées. Elle n'a pas émis d'autre constatation de non-respect.

Trois inspecteurs ont passé sept jours au foyer à la fin janvier et au début février pour effectuer l'IQSR en 2016. Ils ont relevé de nombreux cas de non-conformité et ont émis 23 avis écrits de non-respect, dont quatre étaient accompagnés d'ordres de conformité et 10 de plans de redressement volontaire. Comme dans le cas de l'IQSR 2015, les cas de non-respect en 2016 couvraient un large éventail de problèmes, y compris l'omission de s'assurer que le personnel fournissait les soins énoncés dans le programme de soins des résidents; que personne d'autre qu'un médecin, un dentiste, un IA ou un IAA n'administrait de médicaments à un résident<sup>20</sup>; que le plan de dotation en personnel du foyer prévoyait une composition du personnel adaptée aux besoins des résidents en matière de soins et de sécurité; que les médicaments étaient entreposés dans une zone sécurisée et verrouillée et qu'au moins un infirmier autorisé, qui était à la fois un employé et un membre du personnel infirmier régulier du foyer, était présent en tout temps, sous réserve des exceptions prévues dans le Règlement.

---

<sup>20</sup> Cette constatation a été émise parce que l'inspection a montré que le directeur général, qui n'était pas inscrit auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, avait distribué les médicaments le soir et en avait administré aux résidents.



## Inspections du Ministère à la suite des aveux de Wettlaufer

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	523
<b>II.</b>	<b>La façon dont le Ministère a appris les aveux de Wettlaufer</b> ..	523
<b>III.</b>	<b>Inspectrices désignées et inspections entamées dans les trois foyers</b> .....	526
	<b>A. Premières visites dans les foyers</b> .....	527
	<b>B. Préparatifs préalables aux inspections</b> .....	528
<b>IV.</b>	<b>Inspections menées dans les foyers</b> .....	530
	<b>A. L'inspection à Caressant Care (Woodstock)</b> .....	531
	1. Premières étapes : examen des systèmes utilisés dans le foyer .....	532
	<b>B. Constatations de l'inspection à Caressant Care (Woodstock)</b> .....	535
	1. Ordres de conformité immédiate .....	535
	2. L'ordre de cesser d'autoriser des admissions .....	539
	3. Constatations de l'inspection .....	539
	4. Inspections de suivi et ordre de gestion obligatoire .....	548
	<b>C. L'inspection à Meadow Park (London)</b> .....	552
	1. Premières étapes : réunir des documents et remplir le protocole d'inspection relatif aux médicaments .....	553
	2. Les entretiens .....	554
	<b>D. Constatations de l'inspection menée à Meadow Park (London)</b> .....	555
	1. L'ordre de conformité de février 2017 .....	555
	2. Constatations de l'inspection .....	559
	3. Inspection de suivi .....	565
	<b>E. L'inspection de Telfer Place</b> .....	566
	1. Premières étapes : examen de documents et protocole d'inspection relatif aux médicaments .....	567
	2. Les entretiens .....	568

<b>F. Constatations de l'inspection à Telfer Place</b> .....	568
<b>G. Inspections menées dans d'autres foyers</b> .....	573
1. Constatations des inspections .....	574
2. Incidence des inspections .....	577

## I. Introduction

À l'automne 2016, dès que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) a appris que Wettlaufer avait avoué avoir porté préjudice à de nombreux résidents de trois foyers de soins de longue durée (foyers de SLD) dans le sud-ouest de l'Ontario, les avoir tués et tenté de les tuer, il a confié l'inspection de ces foyers à un groupe d'inspecteurs. Ces inspections allaient sans doute devenir les inspections les plus intenses que des inspecteurs du Ministère aient jamais menées et mèneraient à de nombreuses constatations de non-respect.

Je commence ce chapitre en examinant la façon dont le Ministère a appris les aveux de Wettlaufer et les mesures que la Direction de l'inspection a prises pour commencer les inspections dans les foyers où Wettlaufer a avoué avoir commis les Infractions : Caressant Care (Woodstock), Meadow Park (London) et Telfer Place. Je présente ensuite de façon assez détaillée les inspections intensives qui ont eu lieu dans chacun de ces foyers de SLD. Enfin, je discute des inspections que la Direction de l'inspection a choisi de lancer dans d'autres foyers de SLD où Wettlaufer a travaillé en qualité d'infirmière d'agence autorisée.

## II. La façon dont le Ministère a appris les aveux de Wettlaufer

En octobre 2016, Karen Simpson occupait le poste de directeur en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD)<sup>1</sup>. Ce poste, créé par la LFSLD, est assorti d'importants pouvoirs et responsabilités en ce qui a trait à la surveillance des foyers de SLD<sup>2</sup>. Le matin du 5 octobre 2016, M<sup>me</sup> Simpson a reçu un courriel informant le Ministère qu'une infirmière qui avait travaillé dans des foyers de SLD en Ontario avait avoué à la police qu'elle avait tué plusieurs résidents et tenté d'en tuer d'autres. Les renseignements provenaient d'un courriel de Candace Chartier, directrice générale de l'Ontario Long-Term Care Association. Le courriel était rédigé comme suit :

<sup>1</sup> L.O. 2007, chap. 8. M<sup>me</sup> Simpson a témoigné aux audiences publiques à l'été 2018. À ce moment-là, elle avait quitté le poste de directrice.

<sup>2</sup> Voir, par exemple, la LFSLD, art. 157 qui donne au directeur le pouvoir de révoquer le permis d'exploitation d'un foyer de soins de longue durée en Ontario.

Bonjour à tous,

Vous voudrez peut-être vous asseoir pour lire ce qui suit...

Jim Lavelle [le président de Caressant Care] vient tout juste de me téléphoner. Une infirmière qui a travaillé pour lui de 2007 à 2014 (elle a été renvoyée en 2014 en raison d'erreurs de médicament) s'est présentée à un poste de police de Toronto et a avoué avoir tué sept résidents au moyen d'injections d'insuline. Elle a avoué avoir tenté de tuer quatre autres résidents, mais ils ont apparemment survécu. Elle a avoué avoir travaillé à un autre foyer appelé Telford Place (pouvons-nous vérifier s'il est un membre?) et y avoir tué un résident également avec de l'insuline. Elle a finalement avoué avoir travaillé pour la Life Care [sic] Agency et avoir tué un autre résident. Les policiers ont tout d'abord cru que ces aveux étaient le fait de problèmes de santé mentale, mais apparemment elle a été évaluée par un psychologue et ils croient maintenant que ce qu'elle a dit est vrai. Caressant Care a engagé David Golden et un cabinet de relations publiques pour les aider à faire face à cette situation. Ils aviseront le ministère également. Nous devons nous préparer à de nombreuses demandes des médias, car des corps devront être exhumés, des avis devront être envoyés aux familles et une enquête de grande envergure devra être ouverte. Cela me donne littéralement mal au cœur et je ne peux même pas imaginer cette horreur. Qui plus est, elle n'a donné que les prénoms des résidents aux policiers.

Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Simpson a déclaré que cette nouvelle était « choquante... extrêmement perturbante et bouleversante ». Elle a immédiatement pris des mesures pour initier des inspections, en conformité avec ses obligations de directrice en vertu de la LFSLD<sup>3</sup>. Étant donné que M<sup>me</sup> Chartier avait identifié le foyer comme étant Caressant Care (Woodstock) dans son courriel, M<sup>me</sup> Simpson a téléphoné à Peggy Skipper, la gestionnaire du Bureau régional de services (BRS) de London, lui demandant d'envoyer un inspecteur à Caressant Care (Woodstock) ce jour même. Lorsque les policiers ont informé M<sup>me</sup> Simpson plus tard au cours de la même journée que Wettlaufer avait également avoué avoir causé un préjudice à des résidents à Meadow Park (London) et à Telfer Place, M<sup>me</sup> Simpson a demandé à M<sup>me</sup> Skipper d'arranger également une inspection à Meadow Park (London). De plus, M<sup>me</sup> Simpson a contacté Karin Fairchild, la gestionnaire du BRS de Hamilton, pour lui dire de faire mener une inspection à Telfer Place.

<sup>3</sup> La LFSLD, art. 25 exige que le directeur fasse effectuer une inspection par un inspecteur s'il reçoit des renseignements, d'une source quelconque, indiquant que l'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, le mauvais traitement d'un résident ou la négligence envers un résident ou un acte illégal a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Lorsque M<sup>me</sup> Simpson a reçu le courriel de M<sup>me</sup> Chartier, aucun des foyers n'avait déposé de rapport d'incident grave sur ces cas. M<sup>me</sup> Simpson a contacté M. Lavelle ce même jour. Il lui a dit que les policiers l'avaient informé des aveux de Wettlaufer deux jours plus tôt, mais il n'avait rien dit parce qu'il ne savait pas quoi faire. Il a déclaré à M<sup>me</sup> Simpson qu'il s'agissait « de la chose la plus bouleversante de toute sa vie ».

À la fin de la journée du 5 octobre, les trois foyers avaient soumis des rapports obligatoires d'incident grave relativement aux allégations de Wettlaufer. Chaque rapport contenait différents types de renseignements.

Helen Crombez, la directrice des soins infirmiers à Caressant Care (Woodstock), a été la première à présenter un tel rapport et elle l'a modifié le lendemain en y insérant de nouveaux renseignements. Ce rapport indiquait que des policiers étaient venus au foyer et avaient informé la direction que Wettlaufer, une ancienne infirmière autorisée employée au foyer, avait avoué avoir injecté de l'insuline à des résidents pour causer leur mort. Le rapport nommait les résidents que l'on croyait concernés comme étant Clotilde Adriano, Albina deMedeiros, James Silcox, Maurice Granat, Wayne Hedges, Michael Priddle, Gladys Millard, Helen Matheson, Mary Zurawinski, Helen Young et Maureen Pickering<sup>4</sup>. Le rapport indiquait également que Wettlaufer avait été licenciée en mars 2014 et que l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre) en avait été avisé.

Ruthanne Foltz, l'administratrice de Telfer Place, a présenté un rapport d'incident grave pour ce foyer à la fin de l'après-midi du 5 octobre. Le rapport indiquait que des policiers s'étaient présentés au foyer le 4 octobre 2016 et avaient informé la direction que Wettlaufer avait avoué avoir tenté de tuer Sandra Towler, une des résidentes, en lui donnant une surdose d'insuline à un moment donné au cours de l'hiver 2016. Selon le rapport, la direction avait informé les policiers que Wettlaufer n'était pas une employée du foyer, mais « une employée de Lifeguard Staffing Services »<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Il n'est pas clair si les noms étaient inclus dans le premier rapport d'incident grave présenté dans l'après-midi du 5 octobre 2016, ou s'ils ont été ajoutés le lendemain lorsque le rapport a été modifié.

<sup>5</sup> Ce rapport a été modifié deux jours plus tard, le 7 octobre, pour y inclure de nouveaux renseignements selon lesquels Wettlaufer avait dit qu'une autre infirmière autorisée, Dianne Beauregard, avait « corrigé » ce qu'elle avait fait, c'est-à-dire qu'elle avait fourni les soins médicaux nécessaires à M<sup>me</sup> Towler lorsqu'elle a constaté qu'elle faisait de l'hypoglycémie. À cette date, le foyer avait également trouvé dans les dossiers de santé de M<sup>me</sup> Towler de septembre 2015 une modification par écrit de son état clinique.

Le dernier rapport d'incident grave déposé auprès du Ministère visait Meadow Park (London). Nicole Ross, l'administratrice du foyer, a présenté un rapport d'incident grave tôt dans la soirée du 5 octobre. M<sup>me</sup> Ross a indiqué que des policiers s'étaient présentés à Meadow Park (London) la veille et l'avaient informée qu'ils « enquêtaient au sujet d'un membre du personnel autorisé pour mauvais traitement envers un résident ». Le rapport ne désignait aucun résident.

### III. Inspectrices désignées et inspections entamées dans les trois foyers

Une fois que les gestionnaires des bureaux régionaux de services de London et de Hamilton ont été avisées des aveux de Wettlaufer, les inspectrices Rhonda Kukoly, Natalie Moroney et Lisa Vink ont été chargées de déclencher des inspections dans les trois foyers où l'on savait que Wettlaufer avait travaillé et causé un préjudice à des résidents. Les trois inspectrices principales ont toutes témoigné lors des audiences.

Contrairement à la plupart des inspections, les inspectrices ont reçu des directives très précises à propos de ce qu'elles pouvaient faire et ne pas faire. Ces mesures de précaution ont été prises pour veiller à ce que l'inspection du Ministère ne mette pas en péril l'enquête policière en cours.

M<sup>me</sup> Kukoly et M<sup>me</sup> Moroney ont été avisées d'aller à Caressant Care (Woodstock), de ne parler qu'à l'administratrice, de documenter la teneur de la conversation en entier et de demander des documents, y compris les horaires des quarts de travail de Wettlaufer pendant la durée de son emploi au foyer, de même que le registre de décès pour tous les décès remontant au moment où Wettlaufer avait commencé à travailler dans le foyer. Elles ont été avisées de ne poser aucune autre question.

M<sup>me</sup> Vink et l'équipe désignée pour l'inspection de Telfer Place ont été avisées de ne parler à personne des aveux, y compris leurs collègues ou toute autre personne dans le foyer à l'exception de la direction. On a demandé à Lesley Edwards, qui faisait partie de l'équipe d'inspection de Telfer Place, de s'y rendre pour réunir des documents concernant les transferts des résidents à l'hôpital, les horaires des quarts de travail de Wettlaufer, les sorties de l'hôpital et les décès.



## A. Premières visites dans les foyers

Dans l'après-midi du 5 octobre 2016, M<sup>me</sup> Kukoly et M<sup>me</sup> Moroney se sont rendues à Caessant Care (Woodstock) pour commencer l'inspection et demander les documents nécessaires. Bien qu'elles aient reçu la directive de parler uniquement à l'administratrice, en arrivant au foyer, elles ont appris que l'administratrice avait pris sa retraite le vendredi précédent. Leur gestionnaire a confirmé qu'elles pouvaient parler plutôt à la directrice des soins infirmiers, M<sup>me</sup> Crombez. Les deux inspectrices ont constaté que M<sup>me</sup> Crombez était très bouleversée. Comme l'a déclaré M<sup>me</sup> Kukoly dans son témoignage :

Elle était de toute évidence catastrophée, ce qui était raisonnable et compréhensible. Elle pleurait. Elle ne cessait de répéter : « Nous sommes un bon foyer. Je ne peux croire que cela s'est produit. Je ne peux croire que cela s'est produit. » Elle était littéralement en état de choc.

M<sup>me</sup> Crombez n'a pas remis aux inspectrices les documents qu'elles souhaitaient ce jour-là parce que les dossiers avaient été archivés. Elle les a cependant retrouvés et les tenait à leur disposition le lendemain.

Plus tard au cours du 5 octobre, M<sup>me</sup> Kukoly a appris que Wettlaufer avait également travaillé à Meadow Park (London). M<sup>me</sup> Moroney et elle ont reçu l'ordre de se rendre à ce foyer le lendemain. Le matin du 6 octobre, les deux inspectrices ont été accueillies par M<sup>me</sup> Ross. Cette dernière les attendait et avait préparé plusieurs documents, y compris le dossier d'emploi de Wettlaufer. M<sup>me</sup> Ross avait également copié les dossiers d'un ancien résident, Arpad Horvath, et a indiqué que les inspectrices pourraient aussi vouloir ces dossiers. Lorsque les inspectrices ont demandé pourquoi, M<sup>me</sup> Ross a répondu que ce résident avait été envoyé à l'hôpital le lendemain du jour où Wettlaufer avait travaillé dans le foyer, alors que son hypoglycémie était très basse, et qu'il était mort à l'hôpital quelques jours plus tard. Selon M<sup>me</sup> Moroney, M<sup>me</sup> Ross leur a dit que les détectives qui s'étaient rendus au foyer avaient informé la direction que M. Horvath était une des victimes de Wettlaufer.

Entre le 6 octobre et le 25 novembre 2016, le BRS de Hamilton a appris que Wettlaufer avait travaillé en qualité d'infirmière d'agence autorisée dans plusieurs autres foyers de la région, dont Anson Place Care Centre, Dover Cliffs Long Term Care Home, Park Lane Terrace et Brierwood Gardens. M<sup>me</sup> Fairchild a ordonné des inspections dans chacun de ces foyers et les inspecteurs s'y sont rendus pour réunir les premiers documents, notamment des renseignements concernant les quarts de travail pendant lesquels Wettlaufer avait travaillé dans les foyers.

Une fois les documents récupérés, les inspecteurs ont été informés de ne retourner dans aucun de ces foyers jusqu'à nouvel ordre afin de permettre aux policiers de poursuivre leur enquête criminelle. M<sup>me</sup> Simpson a collaboré étroitement avec le policier responsable de l'enquête policière, l'inspecteur Rob Hagerman de la Police provinciale de l'Ontario, pour veiller à ce que les inspections du Ministère n'entravent pas l'enquête policière<sup>6</sup>.

## B. Préparatifs préalables aux inspections

Pendant que les inspecteurs attendaient l'approbation pour commencer les inspections dans les foyers, ils ont examiné les documents qu'ils avaient récupérés auprès des foyers (y compris les dossiers d'emploi de Wettlaufer) et se sont préparés pour les inspections.

M<sup>me</sup> Kukoly et M<sup>me</sup> Vink ont pris les devants et ont préparé les plans d'inspection pour les trois foyers, avec la contribution de M<sup>me</sup> Simpson et des gestionnaires des bureaux régionaux de services. Au cours des audiences, on m'a dit que les plans étaient semblables à ceux qui étaient élaborés dans le cas de toute inspection d'incident grave, avec quelques différences importantes. Premièrement, par exemple, les inspecteurs n'auraient habituellement pas accès au dossier de ressources humaines d'un employé ou aux dossiers de soins de santé d'un résident avant le début d'une inspection. Deuxièmement, les inspecteurs auraient habituellement la liberté de décider qui interroger parmi les membres du personnel. Troisièmement, il était inhabituel que les inspecteurs ne puissent pas parler à la personne qui faisait l'objet des rapports d'incident grave des incidents qui s'étaient produits alors qu'elle était employée dans le foyer, dans ce cas-ci Wettlaufer.

Les trois plans d'inspection comportaient des approches semblables. M<sup>me</sup> Vink s'est toutefois rendue compte que l'inspection de Telfer Place serait différente des inspections de Caressant Care (Woodstock) et de Meadow Park (London) parce que Wettlaufer avait été placée dans le foyer en qualité d'infirmière d'agence autorisée et n'était pas une employée du foyer. Ainsi, alors qu'il était prévu que les trois inspections examinent l'ensemble du système de gestion des médicaments du foyer, l'inspection de Telfer Place incluait un examen

---

<sup>6</sup> M<sup>me</sup> Simpson a expliqué que si les inspecteurs du Ministère étaient préoccupés par des renseignements découverts au cours de leurs inspections, ils les fournissaient à l'inspecteur Hagerman pour que les policiers puissent en évaluer la pertinence pour leur enquête.

de la conformité aux exigences de la LFSLD relativement à la dotation en infirmiers d'agence autorisés et à la formation du personnel d'agence dans le foyer<sup>7</sup>.

Pendant le temps où les inspecteurs ne pouvaient se rendre dans les foyers en raison de l'enquête policière, ils ont examiné les rapports d'inspection et les rapports d'incident grave présentés par les foyers, plus particulièrement les rapports qui se rapportaient aux médicaments ou concernaient les résidents que l'on savait être les victimes.

Il était inhabituel pour les inspecteurs d'examiner la totalité du dossier d'emploi d'un membre du personnel comme première étape d'une inspection. Comme l'a expliqué M<sup>me</sup> Kukoly, lorsqu'elle a examiné le dossier de Caessant Care (Woodstock), elle s'est concentrée sur la question de savoir si le foyer s'était conformé aux exigences législatives et réglementaires relatives à l'obligation de protéger les résidents et sur la question de savoir si le foyer avait pris des mesures correctrices dans les cas d'incidents liés à des médicaments. Lorsqu'elle a examiné le dossier d'emploi de Wettlaufer, M<sup>me</sup> Kukoly a constaté plusieurs erreurs de médicament, des plaintes de collègues et des dossiers de mesures disciplinaires imposées par le foyer. Ce qui a le plus frappé M<sup>me</sup> Kukoly étaient les plaintes des collègues de Wettlaufer concernant son comportement inapproprié envers ses collègues et les résidents et dans les soins qu'elle prodiguait aux résidents. Une bonne partie de ce que M<sup>me</sup> Kukoly a trouvé dans le dossier d'emploi a aidé les inspecteurs à décider qui interroger et quels incidents inspecter.

Les inspecteurs chargés de l'inspection de Meadow Park (London), M<sup>me</sup> Moroney et Neil Kikuta, ont également examiné le dossier d'emploi de Wettlaufer avant leur inspection sur les lieux. Selon M<sup>me</sup> Moroney, elle a été surprise de voir la lettre de recommandation positive de Caessant Care (Woodstock) parce qu'elle savait « qu'il y avait des problèmes à CCW concernant le rendement de EW, son absentéisme, ses difficultés avec ses collègues et les incidents liés à des médicaments ». Elle a confirmé que Meadow Park (London) avait respecté les exigences de la LFSLD relativement à la formation obligatoire de Wettlaufer, à la confirmation de son certificat d'inscription auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et à la vérification de dossier de police.

---

<sup>7</sup> Ces questions étaient également incluses dans les plans d'inspection des autres foyers où Wettlaufer avait travaillé en qualité d'infirmière d'agence autorisée.

Dans le cadre de l'examen des documents effectué avant les inspections, la gestionnaire et les adjoints administratifs du BRS de London ont comparé les quarts de travail pendant lesquels Wettlaufer avait travaillé par rapport aux décès à Caressant Care (Woodstock) et à Meadow Park (London). Ils ont dressé un tableau détaillé résumant ces renseignements. Comme M<sup>me</sup> Kukoly l'a toutefois expliqué aux audiences, ils ont finalement décidé que « cela n'indiquait pas grand-chose » parce que « ils ne prenaient pas en compte le fait que les résidents ne sont pas tous décédés immédiatement. Certains sont morts deux jours plus tard ».

M<sup>me</sup> Vink et son équipe ont examiné les documents que Telfer Place et les autres foyers de Hamilton avaient fournis après avoir appris que Wettlaufer avait travaillé pour eux en qualité d'infirmière d'agence autorisée. Dans son témoignage aux audiences, M<sup>me</sup> Vink a déclaré que rien de particulièrement alarmant ne ressortait de ces dossiers. Elle a indiqué que les renseignements les plus utiles provenaient du rapport d'incident grave modifié qui fournissait le nom de la victime présumée (Sandra Towler), la période de l'incident et le nom de l'infirmière (Dianne Beauregard) qui était apparemment intervenue pour aider la résidente. M<sup>me</sup> Vink et son équipe ont également examiné les antécédents de conformité de Telfer Place, comme ils le faisaient souvent avant une inspection. Elle a constaté plusieurs problèmes relativement à l'administration des médicaments et la dotation en personnel, deux éléments qui, selon elle, pouvaient être pertinents pour l'inspection.

## IV. Inspections menées dans les foyers

À la fin d'octobre 2016, la police a informé M<sup>me</sup> Simpson qu'elle tiendrait une conférence de presse pour annoncer les accusations contre Wettlaufer. Une fois les accusations rendues publiques, la police permettrait au Ministère de commencer ses inspections à la condition que le Ministère n'interroge personne avant la fin des entretiens de la police. Les inspections à Caressant Care (Woodstock), Meadow Park (London) et Telfer Place ont commencé le 28 octobre 2016, le jour où la police a annoncé les accusations contre Wettlaufer<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Les accusations concernant Sandra Towler, la résidente de Telfer Place, n'ont été annoncées qu'en janvier 2017.

## A. L'inspection à Caessant Care (Woodstock)

L'après-midi du 28 octobre 2016, les inspectrices Rhonda Kukoly et Marian Macdonald se sont rendues à Caessant Care (Woodstock) pour commencer leur inspection. Comme l'a reconnu M<sup>me</sup> Kukoly dans son témoignage lors des audiences, cette inspection était très différente des autres.

En premier lieu, l'inspection a duré en moyenne beaucoup plus longtemps. Les deux inspectrices sont demeurées sur les lieux pendant près de six mois. Même après la fin de l'inspection initiale, les inspectrices ont dû retourner pour plusieurs inspections de suivi, ce qui signifie que les inspectrices ont régulièrement fait des allers et venues (au moins tous les mois) jusqu'en décembre 2017.

En deuxième lieu, contrairement à la plupart des inspections sur des incidents graves, les inspectrices ne se concentraient pas sur un incident ou une série de problèmes particuliers. Elles ont plutôt examiné les systèmes du foyer – soit les systèmes relatifs aux médicaments, aux rapports et aux plaintes, à la formation et à l'orientation du personnel, et aux interventions en cas d'incident grave – pour établir si ces systèmes exposaient les résidents du foyer à des risques.

En troisième lieu, il était très inhabituel que les inspectrices retardent leurs entretiens. Bien qu'elles aient commencé leur inspection au foyer le 28 octobre 2016, leur premier entretien n'a eu lieu que le 9 novembre. En outre, les inspectrices ont reçu la directive de faire un enregistrement audio des entretiens, une chose qu'elles n'avaient jamais faite auparavant.

En quatrième lieu, l'équipe a eu beaucoup plus de contacts réguliers avec la directrice qu'à l'habitude. M<sup>me</sup> Kukoly a déclaré dans son témoignage que les inspectrices communiquaient avec M<sup>me</sup> Simpson presque tous les jours, au moins au départ, et qu'elles la rencontraient au moins une fois par semaine. Ces contacts ont diminué à mesure que l'Enquête progressait.

Enfin, l'équipe a inspecté un nombre beaucoup plus important de dossiers – soit d'autres rapports d'incident grave ou des plaintes qui avaient été triés pour inspection – pendant l'inspection à Caessant Care (Woodstock) relativement à Wettlaufer qu'à l'occasion d'une inspection habituelle. Au total, pendant qu'elles étaient sur place pour cette inspection, les inspectrices ont inspecté 17 autres dossiers, deux inspections de suivi et de multiples plaintes formulées.

## 1. Premières étapes : examen des systèmes utilisés dans le foyer

M<sup>me</sup> Kukoly et M<sup>me</sup> Macdonald ont commencé leur inspection par l'examen des divers systèmes utilisés dans le foyer. Même si une grande partie de leurs efforts se sont tout d'abord concentrés sur le système de gestion des médicaments, elles ont également examiné des documents concernant la formation et l'orientation du personnel, le processus de présélection des nouveaux employés, la présentation des rapports, la formulation des plaintes et les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du conseil des familles.

M<sup>me</sup> Simpson a demandé aux inspectrices de remplir le protocole d'inspection relatif aux médicaments<sup>9</sup>, et ce, en entier<sup>10</sup>. Auparavant, les inspecteurs étaient tenus de remplir uniquement la partie A, qui incluait des observations sur l'administration des médicaments, leur entreposage et les dossiers de destruction des médicaments. Les inspecteurs passaient ensuite à la partie B (administration des médicaments et processus) ou à la partie C (système de gestion des médicaments) uniquement en cas de crainte de non-respect à la partie A.

Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Kukoly a déclaré qu'elles ont commencé l'inspection en consignait les observations nécessaires du protocole d'inspection relatif aux médicaments. Elle a observé la distribution des médicaments dans différentes unités à différentes heures, de même que la manière dont ils étaient entreposés dans différentes salles à cette fin. Si, à ce moment-là, elle trouvait des problèmes potentiels de non-respect, elle les soulignait et demandait, par exemple, si la bouteille de médicaments périmés devait se trouver sur le chariot à médicaments. Elle a expliqué que cette approche était différente de sa façon de faire habituelle parce qu'elle n'était pas encore en mesure de s'entretenir avec les membres du personnel. Lorsque les inspectrices trouvaient des preuves de non-respect, elles prenaient des photographies.

M<sup>me</sup> Kukoly et M<sup>me</sup> Macdonald ont aussi examiné les processus et politiques du foyer concernant les incidents liés à des médicaments, de même que les

---

<sup>9</sup> Les protocoles d'inspection sont conçus comme des listes de vérification détaillées qui correspondent directement aux dispositions de la LFSLD et du Règlement. Ils visent à aider les inspecteurs à se concentrer sur un sujet particulier et leur indiquent où trouver les dispositions pertinentes dans la législation. Les protocoles d'inspection contiennent des consignes, des lignes directrices et des questions à poser qui aident les inspecteurs à déterminer si un foyer se conforme aux exigences de la LFSLD et du Règlement. Les PI sont présentés plus en détail au chapitre 9.

<sup>10</sup> Voir l'annexe E pour une copie du protocole d'inspection relatif aux médicaments utilisé au moment de la rédaction du présent Rapport.

évaluations et les révisions du système de gestion des médicaments faites par le foyer. Les inspectrices ont relevé dans ce foyer de nombreux problèmes concernant l'administration des médicaments et la gestion des médicaments, et ces problèmes ont à leur tour guidé leur plan d'inspection.

En effet, l'examen des protocoles d'inspection relatifs aux médicaments à Caessant Care (Woodstock) et à Meadow Park (London) a mené, en janvier 2017, à une modification de politique à la Direction de l'inspection relativement aux inspections de la qualité des services aux résidents (IQSR)<sup>11</sup>. Par la suite, les inspecteurs étaient tenus d'inspecter le système de gestion des médicaments (en lien avec les incidents liés à des médicaments et les réactions indésirables à des médicaments) dans le cadre des protocoles d'inspection relatifs aux médicaments à l'occasion des IQSR dans tous les foyers. Auparavant, ce système était examiné uniquement si les inspecteurs trouvaient des cas de non-respect potentiels pendant leur inspection.

Cette modification de l'approche de l'inspection des problèmes liés aux médicaments dans les foyers a donné lieu à plusieurs constatations de non-respect concernant les systèmes de gestion des médicaments<sup>12</sup> et l'administration des médicaments<sup>13</sup> au cours des IQSR en 2017 dans tous les foyers de la province. Cette année-là, ces deux éléments ont été inscrits pour la première fois sur la liste des 10 non-respects les plus répandus<sup>14</sup>.

Les inspectrices se sont entretenues avec d'autres membres de la direction de Caessant Care (Woodstock), dont d'anciens administrateurs, des coordonnateurs régionaux de soins et le gestionnaire de l'alimentation et de la nutrition. Elles ont aussi parlé à des membres de l'équipe de l'entreprise de Caessant Care, notamment le vice-président des activités d'exploitation, le vice-président des ressources humaines, le directeur des communications et un adjoint administratif<sup>15</sup>.

---

<sup>11</sup> Les inspections de la qualité des services aux résidents sont les inspections exhaustives menées tous les ans dans chaque foyer de SLD en Ontario. La nature et la portée de ces inspections sont présentées plus en détail au chapitre 9.

<sup>12</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135.

<sup>13</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131.

<sup>14</sup> En 2017, les inspecteurs ont délivré des avis écrits de non-respect de l'article 135 du Règlement dans 42 % des foyers de soins de longue durée de la province. Ils ont aussi rédigé des avis écrits de non-respect de l'article 131 dans 21 % des foyers.

<sup>15</sup> Il est possible de consulter tous les rapports d'inspection et des ordres émis en lien avec l'inspection de Caessant Care (Woodstock) à la suite des aveux de Wettlaufer à <http://publicreporting.ltchomes.net/fr-ca/homeprofile.aspx?Home=2636&tab=1>, sous l'onglet Constats d'inspection, année 2017.

Les inspectrices se sont entretenues avec un grand nombre de membres du personnel de Caressant Care (Woodstock), y compris tous les membres du personnel des soins infirmiers, les préposés aux services du soutien à la personne, les pharmaciens et les médecins remontant jusqu'à 2007, période où Wettlaufer a commencé à travailler dans le foyer. Elles ont également parlé au président du conseil des résidents et à celui du conseil des familles. Outre les questions générales posées à tous les membres du personnel, les inspectrices avaient des questions particulières pour les personnes liées aux incidents et aux plaintes visant Wettlaufer.

M<sup>me</sup> Kukoly a reconnu que « les entretiens n'étaient pas aussi révélateurs qu'elles l'avaient espéré, mais compte tenu de la période visée par l'inspection, on peut comprendre la raison pour laquelle les personnes ne comprenaient pas ou ne se rappelaient pas d'éléments particuliers ». Elle a également reconnu que la situation était différente aux audiences publiques, à l'occasion desquelles les témoins (y compris les anciens membres du personnel) ont pu examiner des documents avant leur témoignage. Comme elle l'a dit, « lorsque nous leur posons des questions à ce moment-là... ils ne s'étaient pas préparés de cette manière ». Elle a indiqué que les inspectrices tentaient de lire les notes d'évolution des membres du personnel ou leur montraient leurs lettres de plainte pour tenter de leur rafraîchir la mémoire, mais la plupart avaient peu à dire.

M<sup>me</sup> Kukoly a déclaré dans son témoignage que certains membres du personnel ont décrit le rendement au travail de Wettlaufer comme étant imprévisible. Parfois, son rendement était très bon et à d'autres moments, il était assez médiocre. Certains membres du personnel ont indiqué aux inspectrices que Wettlaufer semblait savoir lorsqu'elle « approchait la limite » et elle commençait alors à s'améliorer. M<sup>me</sup> Kukoly a déclaré que la chose la plus surprenante qui soit ressortie des entretiens est que personne n'avait soupçonné ce qui se passait, même lors de leur travail aux côtés de Wettlaufer :

[A]ucun membre du personnel n'a indiqué s'imaginer... qu'elle aurait pu faire ça, aucun, et ils étaient désespérés. Ils étaient rongés par la culpabilité et ne dormaient pas pensant que... elle faisait cela pendant mon quart de travail... presque tous les membres du personnel ont pleuré... ils étaient très attachés à leurs résidents et de penser qu'ils avaient été tués.



Ce thème est ressorti pendant le témoignage de plusieurs témoins qui ont travaillé dans les foyers de SLD où Wettlaufer avait été employée. Personne ne pouvait croire qu'il avait travaillé aux côtés d'une personne qui causait intentionnellement un préjudice à des résidents. Ils ne pensaient certainement pas qu'une tueuse en série se trouvait parmi eux.

La dernière étape de l'inspection à Caessant Care (Woodstock) a été les entretiens avec les familles et amis de neuf des onze victimes de ce foyer pour vérifier s'ils avaient eu des préoccupations concernant Wettlaufer ou s'ils avaient signalé des préoccupations concernant le foyer. M<sup>me</sup> Kukoly a expliqué que cette partie de l'inspection a été pour elle la plus difficile.

## B. Constatations de l'inspection à Caessant Care (Woodstock)

Bien que l'inspection à Caessant Care (Woodstock) ait pris fin en mars 2017, le rapport final d'inspection, incluant les constatations, n'a pas été publié avant le mois d'août de cette année-là<sup>16</sup>. Lorsque le rapport a été rendu public, il comportait 13 avis écrits de non-respect : six ont été émis simplement à titre d'avis écrits, cinq étaient accompagnés de plans de redressement volontaires et deux étaient assortis d'ordres de conformité<sup>17</sup>. Le rapport contenait également trois constatations de normes non respectées en vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*<sup>18</sup>. Les deux ordres de conformité découlant de cette inspection ont été délivrés le 24 janvier 2017, bien avant la publication du rapport final. Le lendemain où les ordres ont été délivrés, M<sup>me</sup> Simpson, en sa qualité de directrice, a donné un « ordre de cesser d'autoriser des admissions » à Caessant Care (Woodstock).

### 1. Ordres de conformité immédiate

Le 24 janvier 2017, huit ordres de conformité immédiate ont été donnés à Caessant Care (Woodstock) pendant que l'inspection se poursuivait. Parmi les huit ordres, six ont été donnés à la suite d'autres inspections concernant

<sup>16</sup> On avait dit aux inspectrices de retarder la publication des rapports pour éviter d'entraver les procédures criminelles contre Wettlaufer.

<sup>17</sup> Les différents mécanismes d'application de la loi dont disposent les inspecteurs (et le directeur) sont présentés au chapitre 9. Ils sont prévus à la LFSLD, art. 50, 153, 154, 155, 156, 157.

<sup>18</sup> L.R.O. 1990, chap. N 7. Comme le mentionne le chapitre 9, la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* était en vigueur pendant les trois premières années où Wettlaufer a travaillé à Caessant Care (Woodstock). Cette loi a été abrogée et remplacée par la LFSLD, en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2010.

des plaintes ou des incidents graves ou des inspections de suivi menées parallèlement à l'inspection suivant les aveux de Wettlaufer<sup>19</sup>.

Les deux ordres de conformité donnés par suite de l'inspection concernant Wettlaufer visaient des erreurs de médicament et des problèmes de gestion des médicaments que les inspectrices ont relevés dans le foyer. M<sup>me</sup> Kukoly et M<sup>me</sup> Macdonald ont trouvé au foyer 41 erreurs de médicament documentées pour la période du 7 août au 28 décembre 2016. La quantité d'erreurs de médicament les préoccupait, de même que l'apparente difficulté de ce foyer à gérer ces incidents. Aux audiences, en réponse à la question de savoir si 41 erreurs de médicament en cinq mois étaient élevées, M<sup>me</sup> Kukoly a reconnu que c'était « beaucoup », mais a insisté sur le fait qu'à ce nombre « s'ajoutait la manière dont le foyer gérait ou avait de la difficulté à gérer ses incidents liés à des médicaments, car les deux vont vraiment ensemble... C'était préoccupant ».

Les inspectrices étaient également préoccupées par le fait que des erreurs n'avaient pas été signalées à la pharmacie et à la directrice des soins infirmiers. Elles ont constaté que les systèmes de présentation des rapports du foyer étaient déficients en ce qui avait trait aux rapports internes et aux rapports obligatoires au Ministère lorsque des résidents étaient transportés à l'hôpital à la suite d'une erreur de médicament.

Le premier ordre de conformité immédiate a été précisément donné pour non-respect de l'article 131(2) du Règlement, qui exige que le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents

---

<sup>19</sup> Parmi les six ordres de conformité immédiate donnés à la suite des inspections concernant des plaintes ou des incidents graves ou inspections de suivi, quatre concernaient des inspections de plainte parallèles, incluant des ordres pour (1) omission de faire les évaluations de la peau et des plaies, comme l'exige l'article 50 du Règlement; (2) omission de veiller à ce que les résidents reçoivent des soins d'hygiène et de toilettage individualisés, comme l'exige l'article 32 du Règlement; (3) omission d'enquêter sur des allégations de négligence envers des résidents, comme l'exige l'article 23 de la LFSLD; (4) omission de veiller à ce que le personnel des soins directs soit au courant des besoins de soins des résidents en ce qui a trait à une alimentation sûre et omission d'examiner et de réviser le programme de soins, au besoin, comme l'exige l'article 6 de la LFSLD. La date de conformité de ces ordres était le 1<sup>er</sup> mars 2017.

Deux ordres ont été redonnés à l'occasion de l'inspection de suivi menée parallèlement aux autres inspections. Les ordres ont été redonnés pour (1) omission de veiller à ce que le programme de soins du résident se fonde sur une évaluation des risques pour la sécurité en ce qui a trait à l'utilisation de fauteuils roulants électriques, comme l'exige l'article 26 du Règlement; (2) omission de signaler au directeur des soupçons de mauvais traitement, comme l'exige l'article 24 de la LFSLD. La date de conformité du premier ordre était le 28 avril 2017, tandis que celle du deuxième ordre était le 27 janvier 2017.

conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Les motifs de l'ordre renvoyaient aux 41 incidents liés à des médicaments documentés pour la période du 7 août au 28 décembre 2016. Ces incidents comptaient 37 incidents à l'occasion desquels les médicaments n'avaient pas été administrés conformément au mode d'emploi.

Le rapport indiquait que la gravité du non-respect était « préjudice / risque réel » et que l'étendue était « répandue ». Le titulaire de permis a reçu l'ordre de veiller, au plus tard le 27 janvier 2017, à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Le deuxième ordre de conformité immédiate a été donné pour non-respect de l'article 135 du Règlement, qui porte sur le système du foyer relatif à la gestion des incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments. L'ordre prévoyait ce qui suit :

Le titulaire de permis veillera à faire ce qui suit dans le cas d'incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments :

- Chaque incident lié à un médicament et réaction indésirable à un médicament sera documenté et accompagné d'un dossier dans lequel seront consignées les mesures correctrices immédiates prises pour préserver l'état de santé du résident et empêcher qu'un tel incident ne se reproduise.
- Chaque incident lié à un médicament et réaction indésirable à un médicament sera rapporté au résident, à son mandataire spécial, le cas échéant, à la directrice des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire des médicaments, au médecin traitant du résident ou à l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident et au fournisseur de services pharmaceutiques.
- Les incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments seront examinés et analysés tous les trimestres et tous les ans afin de réduire et d'empêcher les incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments et un dossier sera tenu à cette fin.
- Une mesure correctrice sera prise au besoin relativement aux résultats de l'examen et de l'analyse des incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments afin de réduire et d'empêcher la survenance d'autres incidents, et un dossier sera tenu à cette fin.

Les motifs énumérés à l'appui de cet ordre de conformité étaient passablement longs et incluaient les suivants :

- Parmi les 41 incidents liés à des médicaments documentés dans PointClickCare, lesquels étaient tous signés par la directrice des soins infirmiers, certains montraient qu'aucune mesure n'avait été prise pour évaluer ou maintenir l'état de santé du résident. À titre d'exemple, lorsqu'une résidente ne recevait pas les doses requises de metmorfine pour son diabète, il n'y avait aucune indication que la résidente avait été évaluée ou avait subi un test pour vérifier sa glycémie.
- Dans deux cas distincts à l'automne 2016, lorsqu'il a été découvert que des substances désignées manquaient, la directrice des soins infirmiers n'a pas été en mesure de présenter des documents concernant les entretiens avec du personnel autorisé ni les mesures de suivi prises.
- Au cours des entretiens, le pharmacien consultant a déclaré aux inspectrices que la pharmacie avait reçu des rapports concernant uniquement des incidents liés à des médicaments qui visaient des erreurs de la pharmacie, non pas des rapports concernant toutes les erreurs survenues dans le foyer. Le pharmacien n'a donc pas examiné chaque erreur de médicament survenue dans le foyer et ignorait l'étendue des erreurs de médicament à l'automne 2016.
- De même, le directeur médical a indiqué aux inspectrices pendant les entretiens qu'il n'avait pas été informé de toutes les erreurs de médicament, mais seulement de celles concernant ses patients.
- Les inspectrices ont lu plusieurs procès-verbaux de réunions internes et des documents du foyer, comme les évaluations du programme du système de gestion des médicaments, les procès-verbaux des réunions de l'équipe consultative professionnelle, les rapports trimestriels de l'amélioration de la qualité et des risques, les procès-verbaux de réunions d'amélioration continue de la qualité, et ont constaté très peu d'efforts concrets déployés pour diminuer le nombre d'erreurs de médicament.

L'ordre de conformité indiquait que la gravité du non-respect avait la cote « préjudice / risque minimum » ou « potentiel de préjudice / risque réel » même si l'étendue était « répandue ». L'ordre de conformité soulignait de plus que le foyer n'avait pas d'antécédents de non-respect. Le titulaire de permis avait jusqu'au 28 avril 2017 pour se conformer à cet ordre.

## 2. L'ordre de cesser d'autoriser des admissions

Le 25 janvier 2017, soit le lendemain des huit ordres de conformité immédiate donnés à Caessant Care (Woodstock), M<sup>me</sup> Simpson, en qualité de directrice, a écrit à M. Lavelle, le président de Caessant Care, pour l'informer qu'elle avait ordonné au Centre d'accès aux soins communautaires du Sud-Ouest de cesser d'autoriser des admissions au foyer. L'ordre de cesser d'autoriser des admissions devait entrer en vigueur le 26 janvier 2017 et rester en vigueur jusqu'à nouvel ordre. Comme elle l'a expliqué dans sa lettre, « J'ordonne de cesser d'autoriser des admissions, car je crois qu'il existe un potentiel de préjudice pour la santé et le bien-être des résidents du foyer ou des personnes qui pourraient être admises comme tels ». M<sup>me</sup> Simpson a déclaré dans son témoignage qu'elle avait donné l'ordre de cesser d'autoriser des admissions parce que les inspectrices « avaient trouvé des preuves de non-respect reflétant des problèmes graves concernant les soins prodigués aux résidents. » Elle a expliqué assez longuement son raisonnement pour avoir donné cet ordre :

Donc, nous avons huit ordres, dont certains avaient été donnés auparavant et n'avaient pas été exécutés. En plus, avec les problèmes de médicaments, il s'agissait d'un foyer contre lequel des accusations avaient été portées relativement à l'administration de médicaments causant la mort et des meurtres allégués... et il s'agissait d'un foyer où nous trouvons encore à l'heure actuelle un nombre important d'erreurs de médicament à l'égard desquelles aucune mesure appropriée n'a été prise pour enquêter véritablement sur ces situations et les régler.

Ainsi, à mon avis, du point de vue des risques, il existait un énorme risque relativement à l'administration des médicaments uniquement compte tenu des infractions alléguées. En plus de cela, il y avait également des ordres donnés concernant le toilettage, comme le toilettage et les soins d'hygiène de base des résidents où les résidents – selon les plaintes reçues [ – ] où des résidents ne recevaient pas les soins appropriés.

Parmi les trois foyers où Wettlaufer a avoué avoir tué ou tenté de tuer des résidents, Caessant Care (Woodstock) a été le seul qui a fait l'objet d'un ordre de cesser d'autoriser des admissions.

## 3. Constatations de l'inspection

Même si l'inspection à Caessant Care (Woodstock) menée à la suite des aveux de Wettlaufer a pris fin en mars 2017, le rapport n'a été publié qu'en août 2017. Comme l'a expliqué M<sup>me</sup> Kukoly lors des audiences, il y avait toujours des

préoccupations concernant la possibilité de mettre l'enquête policière en péril et on avait dit au Ministère de ne pas publier son rapport jusqu'à ce que la police donne son approbation. Le rapport d'inspection du foyer Caressant Care (Woodstock) contenait les constatations de non-respect concernant les systèmes d'administration des médicaments et de gestion des médicaments (décrits ci-dessus). Il contenait également onze autres constatations de non-respect et trois constatations de normes non respectées en vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* (qui était en vigueur pendant la période au cours de laquelle Wettlaufer a travaillé dans le foyer, avant que la LFSLD entre en vigueur en 2010). Plusieurs constatations de non-respect concernaient précisément Wettlaufer. Le tableau 11.1 présente un résumé des constatations de non-respect découlant de l'inspection menée à Caressant Care (Woodstock) à la suite des aveux de Wettlaufer.

**Tableau 11.1 : Résumé des constatations de l'inspection menée à Caressant Care (Woodstock) à la suite des aveux de Wettlaufer**

CONSTATATIONS DE NON-RESPECT	MÉCANISMES D'APPLICATION DE LA LOI
<b>Constatations de normes non respectées en vertu de la <i>Loi sur les maisons de soins infirmiers</i></b>	
Omission de signaler un « incident inhabituel » au Ministère, à savoir des « décès inhabituels ou accidentels », comme l'exige le <i>Manuel du programme des foyers de soins de longue durée</i> (Manuel du programme).	Constataion de norme non respectée délivrée en vertu de la <i>Loi sur les maisons de soins infirmiers</i> .
Omission de signaler un « incident inhabituel », à savoir une erreur de médicament qui a entraîné l'admission d'un résident à l'hôpital, comme l'exige le Manuel du programme.	Constataion de norme non respectée délivrée en vertu de la <i>Loi sur les maisons de soins infirmiers</i> .
Omission de veiller à ce que toutes les erreurs de médicament et réactions indésirables aux médicaments soient signalées promptement à la directrice des soins infirmiers, à la personne autorisée à prescrire des médicaments et au pharmacien, comme l'exige le Manuel du programme.	Constataion de norme non respectée délivrée en vertu de la <i>Loi sur les maisons de soins infirmiers</i> .

CONSTATATIONS DE NON-RESPECT	MÉCANISMES D'APPLICATION DE LA LOI
<b>Non-respect concernant l'établissement de rapports des incidents liés à des médicaments, à la gestion des médicaments et à leur administration</b>	
Omission de déposer un rapport d'incident grave concernant une substance ou un médicament désigné manquant ou une différence d'inventaire ou concernant un incident lié à un médicament ou réaction indésirable à un médicament qui entraîne le transport à l'hôpital d'un résident, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107 (3).	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
Omission de tenir des évaluations trimestrielles du système de gestion des médicaments du foyer avec l'équipe interdisciplinaire, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 115.	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
Omission de tenir des évaluations annuelles du système de gestion des médicaments avec l'équipe interdisciplinaire, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 116.	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
Omission de veiller à ce que les médicaments demeurent dans le contenant ou l'emballage étiqueté d'origine jusqu'à ce qu'ils soient administrés à un résident ou détruits, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 26.	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
Omission de veiller à ce que des vérifications mensuelles des feuilles de calcul quotidien des substances désignées soient effectuées, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130.	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
Omission de veiller au respect de la politique du foyer concernant la destruction et l'élimination des médicaments, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8.	Uniquement un avis écrit (LFSLD).  Un ordre de conformité a été donné pour non-respect de cette disposition à l'occasion d'une inspection d'incident grave menée en parallèle.
Omission de veiller à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131.	Ordre de conformité immédiate (LFSLD) donné le 25 janvier 2017 à l'occasion de cette inspection (avant la publication du rapport final).

<b>CONSTATATIONS DE NON-RESPECT</b>	<b>MÉCANISMES D'APPLICATION DE LA LOI</b>
<p>Omission de veiller à ce que toutes les mesures appropriées soient prises à la suite d'un incident lié à un médicament ou réaction indésirable à un médicament concernant un résident, y compris documenter les mesures prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident et faire un rapport au résident, à son mandataire spécial (le cas échéant) et à tous les professionnels des soins de santé pertinents, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 35.</p>	<p>Ordre de conformité immédiate (LFSLD) donné le 25 janvier 2017 à l'occasion de cette inspection (avant la publication du rapport final).</p>
<p><b>Non-respect des exigences relatives aux allégations de mauvais traitement et de négligence envers des résidents</b></p>	
<p>Omission de veiller au respect de la politique écrite du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents, comme l'exige la LFSLD, art. 20.</p>	<p>Uniquement un avis écrit (LFSLD). Un ordre de conformité a été donné pour non-respect de cette disposition à l'occasion d'une inspection d'incident grave menée en parallèle.</p>
<p>Omission de veiller à ce que tous les incidents allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitement envers un résident et dont le titulaire de permis a connaissance ou dont il lui a été fait rapport fasse l'objet d'une enquête immédiate et de mesures appropriées, comme l'exige la LFSLD, art. 23.</p>	<p>Uniquement un avis écrit (LFSLD). Un ordre de conformité a été donné pour non-respect de cette disposition à l'occasion d'une inspection d'incident grave menée en parallèle.</p>
<p>Omission de veiller à ce qu'une personne qui avait des motifs raisonnables de soupçonner le mauvais traitement d'un résident par quiconque ou l'administration d'un traitement ou de soins de façon incompétente ou inappropriée à un résident qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident, fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons, comme l'exige la LFSLD, art. 24.</p>	<p>Uniquement un avis écrit (LFSLD). Un ordre de conformité a été donné pour non-respect de cette disposition à l'occasion d'une inspection d'incident grave menée au cours de la même période.</p>
<p><b>Non-respect des exigences relatives à la vérification de dossier de police</b></p>	
<p>Omission d'effectuer la vérification de dossier de police, comme l'exige la LFSLD, art. 75.</p>	<p>Uniquement un avis écrit (LFSLD).</p>



CONSTATATIONS DE NON-RESPECT	MÉCANISMES D'APPLICATION DE LA LOI
<b>Non-respect concernant la tenue de dossiers au foyer</b>	
Omission de veiller à ce qu'un dossier documenté soit tenu dans le foyer à l'égard de chaque plainte écrite ou verbale reçue, accompagné d'autres renseignements pertinents.	Uniquement un avis écrit (LFSLD).  Un ordre de conformité avait été donné à l'occasion d'une inspection antérieure de la qualité des services aux résidents au foyer et, plus tard, la conformité a été constatée.

Source : Compilé par la Commission.

Les trois constatations du non-respect de normes en vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* concernaient des omissions de faire rapport au Ministère. La première constatation du non-respect de normes a été délivrée à Caressant Care (Woodstock) pour omission de faire rapport relativement à des « incidents inhabituels selon la politique du Ministère », incluant des « décès inhabituels ou accidentels », comme l'exigent les normes et les critères énoncés dans le *Manuel du programme des foyers de soins de longue durée* (Manuel du programme). Cette constatation a été faite à l'égard de James Silcox, la première victime de meurtre de Wettlaufer au foyer. Le rapport indiquait que Wettlaufer avait rempli l'avis de décès de patients en établissement le 12 août 2007 (voir le chapitre 14) et avait coché « oui » en réponse aux questions « Décès accidentel? » et « Le décès est-il soudain et inattendu? » Malgré l'indication selon laquelle le décès était accidentel et soudain et inattendu sur ce formulaire, aucun rapport d'incident inhabituel n'a été déposé auprès du Ministère, comme l'exige le Manuel du programme<sup>20</sup>.

La deuxième constatation de non-respect de normes a été délivrée pour avoir omis de déposer un rapport d'incident inhabituel concernant une erreur de médicament ou de traitement qui a entraîné l'admission d'un résident à l'hôpital, comme l'exige le Manuel du programme. Les inspectrices ont trouvé un rapport d'incident lié à un résident dans PointClickCare pour le 7 octobre 2007, concernant Clotilde Adriano. Cet incident consistait en une erreur de médicament qui a entraîné une baisse importante du taux de glycémie de la résidente à plusieurs occasions pendant la nuit. Lorsque l'infirmière autorisée de service a communiqué avec le médecin de garde à propos d'ordres de traitement, il lui a indiqué qu'une infirmière avait

<sup>20</sup> Les exigences en matière d'établissement de rapports en vertu du Manuel du programme sont présentées au chapitre 9.

téléphoné ce soir-là « au sujet d'une surdose d'insuline ». Le médecin de la résidente, la directrice des soins infirmiers et l'administratrice ont signé le rapport d'incident. Le lendemain, les notes d'évolution de la résidente indiquaient que sa famille voulait qu'elle soit examinée et le médecin a accepté qu'elle soit envoyée à l'hôpital. Elle a été admise à l'hôpital le soir du 7 octobre et n'a obtenu son congé que le 15 octobre pour retourner au foyer. Même si le Manuel du programme exigeait que le foyer présente un rapport d'incident inhabituel à l'occasion d'une erreur de médicament ou de traitement, aucun rapport n'avait été transmis au Ministère.

La dernière constatation de non-respect de normes en vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* concernait une erreur de médicament à l'égard de M<sup>me</sup> Adriano. Cette constatation a été délivrée pour omission de veiller à ce que « toutes les erreurs de médicament et réactions indésirables à des médicaments soient signalées promptement à la directrice des soins infirmiers, à la personne autorisée à prescrire des médicaments et au pharmacien conformément à la politique et procédure établies, et qu'une mesure de suivi précise soit prise ». Lorsque les inspectrices ont interrogé M<sup>me</sup> Crombez à propos de cet incident d'octobre 2007, elle n'était pas en mesure de se rappeler si une mesure de suivi avait été prise et ne pouvait présenter aucun document pour indiquer qu'elle l'avait été. Les inspectrices ont également parlé au pharmacien consultant qui avait fourni des services au foyer de 2007 à 2013. Il leur a dit que le foyer ne signalait pas toutes les erreurs de médicament à la pharmacie, mais limitait ses rapports aux erreurs de la pharmacie.

Les autres constatations de non-respect dans le rapport d'inspection de Caressant Care (Woodstock) ont été délivrées en vertu du régime de la LFSLD. Cela signifiait qu'il s'agissait d'incidents qui avaient eu lieu du 1<sup>er</sup> juillet 2010 jusqu'au moment de l'inspection.

Les six premières constatations de non-respect délivrées en vertu de la LFSLD concernaient des problèmes de gestion des médicaments dans le foyer, allant des rapports d'incidents graves, aux évaluations du système de gestion des médicaments, en passant par l'entreposage des médicaments et la vérification de la comptabilisation des médicaments. Les inspectrices ont délivré un avis écrit pour omission de respecter l'article 107(3) du Règlement, qui exige que le titulaire de permis dépose un rapport d'incident grave pour une substance désignée manquante ou une différence d'inventaire ou pour un incident lié à un médicament ou une réaction indésirable à un médicament qui ont entraîné le transport d'un résident à l'hôpital. Les inspectrices ont trouvé

deux rapports internes d'incidents liés à des médicaments à Caressant Care (Woodstock) qui avaient été rédigés à l'automne 2016 à l'égard de substances désignées manquantes. Toutefois, aucun rapport d'incident grave n'a été transmis au Ministère<sup>21</sup>. Les inspectrices ont également trouvé que le foyer avait omis de déposer un rapport d'incident grave à l'égard d'un incident lié à des médicaments qui a entraîné le transport du résident à l'hôpital. L'avis écrit délivré pour omission de faire un rapport était assorti d'un plan de redressement volontaire.

Les deux constatations de non-respect suivantes visaient les évaluations trimestrielles et annuelles de l'efficacité du système de gestion des médicaments dans le foyer, comme l'exigent les articles 115 et 116 du Règlement. Les inspectrices ont délivré ces constatations parce que le foyer n'était pas en mesure de présenter des documents montrant qu'il tenait des évaluations trimestrielles (ou annuelles) du système de gestion des médicaments avec tous les membres prescrits de l'équipe interdisciplinaire. Dans le cadre de leurs entretiens, les inspectrices ont trouvé que pas tous les membres concernés de l'équipe avaient participé à des évaluations du programme de gestion des médicaments. Ces deux avis écrits étaient également assortis de plans de redressement volontaires.

L'avis écrit suivant a été délivré pour omission de respecter l'article 126 du Règlement qui exige que le titulaire de permis veille à ce que les médicaments demeurent dans le contenant ou l'emballage étiqueté d'origine que fournit le fournisseur de services pharmaceutiques ou le gouvernement de l'Ontario jusqu'à ce qu'ils soient administrés à un résident ou détruits. À l'automne 2016, les inspectrices ont constaté que des médicaments avaient été retirés de leur emballage d'origine et placés directement sur le chariot à médicaments dans des contenants individuels pour les résidents. Cet avis a été donné assorti d'un plan de redressement volontaire.

L'avis écrit suivant a été donné pour omission de respecter l'article 130 du Règlement qui exige que des mesures soient prises pour veiller à la sécurité de la réserve de médicaments, par exemple en effectuant une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien des substances désignées. La directrice des soins infirmiers a déclaré aux inspectrices que les vérifications

---

<sup>21</sup> Même si le rapport indiquait que le dernier rapport d'incident grave pour des substances désignées manquantes ou une différence d'inventaire datait du mois d'août 2012, M<sup>me</sup> Kukoly a reconnu dans son témoignage que cet énoncé était une erreur. Lors de leur préparation pour l'enquête, les inspectrices ont découvert des rapports d'incident grave que Caressant Care (Woodstock) avait déposés en 2013 et en 2014 à l'égard de substances désignées manquantes.

des feuilles de calcul quotidien des substances désignées n'avaient jamais été faites et qu'elle ne savait pas que ces vérifications étaient nécessaires. Cet avis écrit était également assorti d'un plan de redressement volontaire.

Le dernier avis écrit a été délivré pour omission de respecter l'article 8 du Règlement qui exige que le titulaire de permis veille au respect de toutes les politiques lorsque la Loi et le Règlement l'exigent. Cette constatation se fondait sur la preuve que la politique de destruction et d'élimination des médicaments du foyer n'avait pas été respectée, car le foyer conservait des médicaments en attente d'être éliminés dans des bouteilles de prélèvement d'urine et ne respectait pas la politique sur l'expiration et l'inscription de la date des médicaments. Le rapport d'inspection menée à Caressant Care (Woodstock) indiquait que ce foyer avait des antécédents de non-respect de cette disposition de la Loi. Une constatation de non-respect du même article a été délivrée à titre d'ordre de conformité à l'occasion d'une inspection d'un incident grave menée en parallèle de l'inspection visant Wettlaufer. La date de conformité de cet ordre de conformité était le 26 mai 2017.

Les trois avis écrits suivants visaient des constatations de non-respect des exigences concernant des allégations de mauvais traitements ou de négligence envers des résidents du foyer (articles 20, 23 et 24 de la LFSLD). Le premier avis écrit a été délivré pour omission de respecter la politique du foyer qui stipulait une tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. Les inspectrices ont trouvé que le titulaire de permis n'avait pas veillé à ce que les membres du personnel présentent immédiatement des rapports écrits de tous les cas de mauvais traitement soupçonnés. Lors de l'examen du dossier de Wettlaufer, les inspectrices ont trouvé une lettre manuscrite de plainte de la part d'un préposé aux services de soutien à la personne (préposé SSP) décrivant trois préoccupations différentes concernant les soins que Wettlaufer prodiguait à des résidents dans le foyer, incluant un retard de plusieurs jours pour effectuer une évaluation d'un résident ayant des difficultés à respirer et des retards à répondre à deux résidents différents qui avaient sonné pour demander des médicaments. Même si certaines préoccupations des préposés SSP remontaient au début de décembre 2011, elles n'ont pas été communiquées à la directrice des soins infirmiers avant la mi-janvier 2012. Le rapport a indiqué que le foyer avait des antécédents de non-respect de cette disposition. Un ordre de conformité a été délivré à l'occasion d'une inspection d'incident grave menée en parallèle et la date de conformité était le 26 mai 2017.

Les inspectrices ont également délivré un avis écrit pour omission de respecter l'article 23 de la LFSLD. Cet article exige que le titulaire de permis

veille à ce que chaque incident allégué de mauvais traitement ou de négligence envers un résident fasse immédiatement l'objet d'une enquête et qu'une mesure appropriée soit prise. La constatation a été délivrée relativement à l'inspection menée à l'égard de la présumée violence verbale de Wettlaufer envers un résident, à qui elle aurait demandé « Avez-vous besoin d'une évaluation psychologique? » et « Avez-vous besoin d'un Haldol? » Les inspectrices ont trouvé que deux membres du personnel s'étaient plaints de son comportement envers un résident. La directrice des soins infirmiers ne pouvait se rappeler si une mesure avait été prise et a été incapable de trouver des documents indiquant qu'elle l'avait été. Le rapport indiquait que cette situation a fait l'objet d'un ordre de conformité délivré à l'occasion d'une inspection d'incident grave menée en parallèle. La date de conformité de cet ordre était le 1<sup>er</sup> mars 2017<sup>22</sup>.

L'avis écrit connexe suivant a été donné pour omission de respecter l'article 24 de la LFSLD qui exige que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un mauvais traitement ou de la négligence envers un résident, ou l'administration d'un traitement à un résident de manière inappropriée ou incompétente s'est produit ou peut se produire en fasse immédiatement rapport au directeur. Plusieurs incidents de cette nature concernant Wettlaufer n'avaient jamais fait l'objet d'un rapport, notamment :

- les commentaires méprisants que Wettlaufer a faits à un résident (mentionnés ci-dessus);
- divers commentaires que Wettlaufer a fait à Maureen Pickering concernant sa confusion et le fait qu'elle ne puisse se souvenir de certaines choses;
- l'incident au cours duquel Wettlaufer a effectué seule le transfert d'un résident soupçonné d'avoir une fracture de la hanche et a ensuite incisé l'hématome sur le tibia du résident avec des ciseaux non stériles.

Les inspectrices ont trouvé qu'aucun rapport d'incident grave n'avait été transmis au Ministère en lien avec ces incidents. Le rapport indiquait que Caressant Care (Woodstock) avait des antécédents de non-respect de l'article 24 de la LFSLD. À l'occasion d'une inspection de suivi différente, un ordre de conformité a été délivré au foyer et la date de conformité était le 27 janvier 2017.

---

<sup>22</sup> Aux audiences, M<sup>me</sup> Kukoly a expliqué qu'étant donné qu'on ne savait pas à quel moment le rapport de l'inspection menée à Caressant Care (Woodstock) pouvait être rendu public, les inspectrices ont délivré plusieurs ordres de conformité à l'égard de sujets connexes dans le cadre d'inspections parallèles de manière à pouvoir être délivrés avant la publication du rapport.

L'avis écrit suivant a été donné pour omission de respecter l'article 75 de la LFSLD qui exige que le titulaire de permis veille à ce que des mesures de présélection, incluant les vérifications de dossier de police, soient effectuées avant d'engager du personnel. Les inspectrices ont délivré cet avis de constatation lorsqu'elles ont découvert qu'au moins deux membres du personnel avaient travaillé au foyer avant que les vérifications de leur dossier de police aient été effectuées<sup>23</sup>. Le rapport indiquait que le foyer n'avait pas d'antécédents de non-respect de cet article.

Le dernier avis écrit de non-respect (autre que les avis concernant l'administration des médicaments et la gestion des médicaments, qui faisaient partie des ordres de conformité immédiate mentionnés ci-dessus) a été délivré pour omission de respecter l'article 101 du Règlement. Cet article exige que le titulaire de permis conserve un rapport documenté de chaque plainte verbale ou écrite, où figurent des renseignements pertinents comme la date de réception de la plainte, la mesure prise, le règlement définitif et la date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte. Les inspectrices ont donné cet avis de constatation en se fondant sur la preuve qu'avant 2015, Caessant Care (Woodstock) ne disposait pas de processus formel pour documenter les plaintes et n'avait pas été en mesure de trouver de documents relatifs à des plaintes pour la période de 2010 à 2014. Le foyer avait des antécédents de non-respect de l'article 101. Il avait reçu un ordre de conformité au cours de l'IQSR de 2015 et avait été déclaré en conformité en 2016. M<sup>me</sup> Kukoly a expliqué qu'étant donné que la constatation visait un problème passé qui avait été corrigé, l'avis écrit n'avait pas été assorti d'un plan de redressement volontaire ni d'aucun autre mécanisme d'exécution.

#### **4. Inspections de suivi et ordre de gestion obligatoire**

M<sup>me</sup> Kukoly a participé à toutes les inspections de suivi à Caessant Care (Woodstock), à l'exception de la dernière. La première inspection de suivi, menée au début de mai 2017 par M<sup>me</sup> Kukoly, M<sup>me</sup> Macdonald et Sharon Perry concernait sept des ordres de conformité délivrés en janvier. À ce moment-là, certains ordres avaient été exécutés, mais d'autres ne l'avaient pas été. Sept avis écrits ont été donnés : quatre étaient assortis de plans de redressement volontaires et trois étaient accompagnés d'ordres de conformité donnés

---

<sup>23</sup> Wettlaufer n'était pas l'une de ces employés. Comme l'a expliqué M<sup>me</sup> Kukoly dans son témoignage, l'exigence de vérification de dossier de police est une exigence de la LFSLD qui est entrée en vigueur en 2010, plusieurs années après l'embauche de Wettlaufer par Caessant Care (Woodstock).

réémis. Ces ordres de conformité réémis visaient l'article 50 du Règlement (omission de veiller à ce que les résidents subissent une évaluation de la peau au besoin); l'article 23 de la LFSLD (omission d'enquêter sur le mauvais traitement ou de la négligence soupçonné, allégué ou observé envers un résident, d'y répondre et de prendre les mesures appropriées); l'article 131 du Règlement (omission de veiller à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi). Comme l'a expliqué M<sup>me</sup> Kukoly, l'ordre de conformité a été réémis relativement à l'administration des médicaments parce que le nombre d'incidents liés à des médicaments n'avait pas diminué.

Le 24 mai 2017, deux autres ordres de conformité ont été délivrés à Caressant Care (Woodstock) à la suite de certains incidents graves faisant l'objet d'une inspection parallèle à celle de l'inspection relativement à Wettlaufer. Les ordres concernaient l'omission de veiller au respect de la politique relative au bilan comparatif des médicaments (article 8 du Règlement) et l'omission de respecter la politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2017, M<sup>me</sup> Kukoly et un autre inspecteur, Ali Nasser, sont retournés à Caressant Care (Woodstock) pour une autre inspection de suivi. Cette inspection de suivi concernait trois ordres de conformité : un ordre délivré en janvier relativement à la gestion des médicaments<sup>24</sup>, un ordre réémis au début de mai concernant l'administration des médicaments<sup>25</sup> et un autre ordre délivré plus tard en mai relativement au respect de la politique de bilan comparatif des médicaments du foyer<sup>26</sup>. Au cours de cette visite, les inspecteurs ont également mené deux inspections parallèles relatives à des plaintes concernant des problèmes de dotation en personnel et de gestion des médicaments.

Les inspecteurs ont trouvé des preuves de non-respect continu du Règlement et ont réémis des ordres de conformité en raison de problèmes liés à la gestion des médicaments, à l'administration des médicaments et à l'omission de veiller à la mise en œuvre de politiques et de protocoles écrits concernant le système de gestion des médicaments. Comme l'a expliqué M<sup>me</sup> Kukoly aux audiences, les inspecteurs ont tenté dans cet ordre de fournir plus de détails sur ce qu'ils recherchaient, notamment :

---

<sup>24</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135.

<sup>25</sup> Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131.

<sup>26</sup> LFSLD, art. 8.

- donner à tous les membres du personnel autorisé de la formation concernant l'administration des médicaments, de même que les pratiques, les politiques et les procédures du foyer et du fournisseur de services pharmaceutiques;
- élaborer et mettre en œuvre un système pour le suivi de la formation du personnel relativement à l'administration des médicaments;
- élaborer et mettre en œuvre un plan d'amélioration de la qualité pour l'administration des médicaments et la réduction des incidents liés à des médicaments dans le foyer.

Malgré ces éclaircissements, lorsque les inspecteurs sont revenus au foyer à la fin juillet pour une autre inspection de suivi, ils étaient préoccupés par le fait que Caessant Care (Woodstock) n'avait toujours pas de plan d'amélioration de la qualité ni d'outil de suivi pour indiquer que les membres de son personnel avaient tous suivi la formation requise. Après cette inspection, ils ont réémis les ordres de conformité et ont en plus ont délivré un renvoi au directeur<sup>27</sup> en ce qui concerne les articles 131 et 135 du Règlement (administration des médicaments et gestion des médicaments).

Le 1<sup>er</sup> septembre 2017, M<sup>me</sup> Simpson a délivré un ordre de gestion obligatoire<sup>28</sup> fondé sur sa conviction que « le titulaire de permis ne peut pas gérer le foyer de soins de longue durée convenablement ». Comme elle l'a expliqué dans son ordre, sa conviction reposait sur le « non-respect continu et persistant » du titulaire de permis. Dans son témoignage, elle a fourni les précisions suivantes :

Nous nous étions rendus dans ce foyer à plusieurs reprises ces derniers... neuf, dix mois pour faire des inspections et nous avons dû réémettre des ordres de conformité à de multiples occasions. Alors, si vous consultez la page 5 [de l'ordre de gestion obligatoire], vous verrez que l'administration des médicaments, donc l'article 131, a déjà fait l'objet d'un ordre de conformité trois fois ...

---

<sup>27</sup> En vertu de la LFSLD, art. 153, les inspecteurs peuvent renvoyer une affaire au directeur pour qu'une mesure soit prise. Dans le cas où un renvoi au directeur est fait, le directeur peut alors soit délivrer un ordre de conformité (qui est appelé un ordre du directeur dans un tel cas), un ordre de travail ou d'activité ou un ordre exigeant que le financement soit remboursé ou retenu. Le directeur peut également délivrer un ordre de gestion obligatoire ou révoquer le permis d'un foyer de soins de longue durée.

<sup>28</sup> La LFSLD, art. 156 autorise le directeur à délivrer un ordre de gestion obligatoire qui exige que le titulaire de permis retienne à ses propres frais les services d'une ou de plusieurs personnes que le directeur juge acceptables pour gérer le foyer de SLD ou aider à sa gestion. Le directeur peut délivrer un ordre de gestion obligatoire dans des cas de non-respect de la LFSLD ou du Règlement et où il existe des motifs raisonnables de croire que le titulaire de permis ne peut pas gérer ou ne gèrera pas le foyer de SLD convenablement ou qu'il ne peut le faire sans aide.



Lorsque nous examinons les incidents liés à des médicaments, il y avait eu deux ordres de conformité, le premier ayant été délivré le 25 janvier.

En ce qui concerne les politiques relatives au bilan comparatif des médicaments, cet ordre avait été délivré trois fois. En ce qui concerne les soins de la peau et des plaies, l'ordre de conformité avait été délivré à deux reprises.

Il y avait un ordre concernant la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et il y avait aussi un ordre concernant une enquête immédiate que nous avons délivré deux fois.

Ce foyer est passé par une période de grande instabilité en matière de gestion ce qui, vous savez, est compréhensible compte tenu des problèmes qui s'y sont produits. Toutefois, il y avait encore de l'instabilité.

Et l'autre problème que j'avais était qu'à ce moment-là, je n'avais pas confiance que le titulaire de permis ait réellement la capacité de remédier au non-respect dans ce foyer.

Une fois la nouvelle équipe de direction en place à Caressant Care (Woodstock), comme l'exigeait l'ordre de gestion obligatoire, les inspecteurs ont commencé à voir une amélioration de la conformité dans leurs inspections de suivi. En octobre 2017, M<sup>me</sup> Kukoly, M. Nasser et M<sup>me</sup> Northey sont retournés pour une inspection de suivi relativement aux six ordres de conformité actifs. Ils ont conclu que la plupart des exigences des ordres avaient été satisfaites. Le foyer avait mis en œuvre un plan d'amélioration de la qualité à l'égard des incidents liés à des médicaments qui avait mené à une véritable amélioration. Les incidents liés à des médicaments qu'ils ont trouvés se rapportaient tous à du personnel d'agence qui n'avait pas été formé par le foyer. En raison de ce problème, les ordres concernant les articles 131 et 135 n'étaient toujours pas exécutés.

À la fin novembre 2017, M<sup>me</sup> Northey est retournée à Caressant Care (Woodstock) pour une autre visite de suivi et a trouvé que les deux ordres de conformité actifs avaient été exécutés. Moins d'une semaine après la publication de ce rapport d'inspection, l'ordre de cesser d'autoriser des admissions a été levé. En août 2018 (pendant les audiences publiques), l'ordre de gestion obligatoire était encore en vigueur. M<sup>me</sup> Simpson a déclaré dans son témoignage qu'elle n'avait jamais levé les ordres de gestion obligatoire qu'elle avait délivrés.

## C. L'inspection à Meadow Park (London)

Le 28 octobre 2016, les inspecteurs Natalie Moroney et Neil Kikuta se sont rendus à Meadow Park (London) pour commencer leur inspection d'incidents graves à la suite des aveux de Wettlaufer. M<sup>me</sup> Moroney a déclaré que M. Kikuta et elle ont abordé cette inspection comme ils l'auraient fait à l'égard de toute autre : « Nous effectuions l'inspection pour rechercher la conformité. Nous faisons des constatations de non-respect uniquement si nous avons des faits à l'appui de ces constatations en vertu de la LFSLD ». Comme c'était le cas pour l'inspection à Caressant Care (Woodstock), cette inspection comportait toutefois des aspects exceptionnels.

L'inspection à Meadow Park (London) s'est étalée sur plusieurs mois. Les inspecteurs étaient sur place la plupart du temps jusqu'à la fin de février 2017. Au cours de cette période, ils ont mené des inspections parallèles à l'égard de 14 autres dossiers d'incidents graves et de plaintes, un nombre beaucoup plus élevé que dans le cas d'une inspection habituelle<sup>29</sup>.

Tout comme à Caressant Care (Woodstock), les inspecteurs n'ont pas été en mesure de commencer à interroger les membres du personnel immédiatement. M<sup>me</sup> Simpson a coordonné les approbations pour les entretiens avec des membres du personnel pour ne pas perturber l'enquête policière. Selon M<sup>me</sup> Moroney, les entretiens à Meadow Park (London) ont pris plus de temps que d'habitude parce qu'ils devaient les coordonner avec l'avocat du foyer, qui était présent à plusieurs entretiens avec le personnel<sup>30</sup>. Il était inhabituel que les inspecteurs fassent un enregistrement audio des entretiens avec les membres du personnel. Les policiers menaient leur enquête au cours de la même période et il est arrivé qu'ils soient également présents au foyer pour recueillir des documents ou interroger des membres du personnel. M<sup>me</sup> Moroney a reconnu que « ce processus était stressant et bouleversant » tant pour les inspecteurs que pour les membres du personnel du foyer.

Enfin, il était inhabituel pour les inspecteurs de devoir remplir le protocole d'inspection relatif aux médicaments dans son entier comme il leur avait été ordonné de le faire.

<sup>29</sup> Deux de ces dossiers avaient été reçus peu après le début de leur inspection à la suite des aveux de Wettlaufer. Les autres dossiers ont été reçus alors que les inspecteurs menaient cette inspection.

<sup>30</sup> L'avocat n'était pas présent pendant les entrevues avec les médecins, les pharmaciens ou les représentants du siège social de l'entreprise.

## 1. Premières étapes : réunir des documents et remplir le protocole d'inspection relatif aux médicaments

Lorsque les inspecteurs sont arrivés pour la première fois à Meadow Park (London), M<sup>me</sup> Simpson leur a ordonné de parler uniquement à l'administratrice, Nicole Ross. Selon M<sup>me</sup> Moroney, les inspecteurs ont demandé à l'administratrice une variété de documents, notamment les notes d'enquête du foyer pour les rapports d'incident grave qu'ils avaient apportés avec eux, le registre des plaintes du foyer, sa politique relative aux mauvais traitements, les dossiers concernant les incidents liés à des médicaments et la politique relative aux médicaments. Les inspecteurs ont également eu accès au système PointClickCare du foyer, qui contenait les dossiers médicaux numériques d'Arpad Horvath.

L'inspection initiale menée à Meadow Park (London) s'est tout d'abord concentrée sur le protocole d'inspection relatif aux médicaments. Le premier jour, les inspecteurs ont commencé par observer deux des quatre salles des médicaments du foyer où les chariots à médicaments étaient entreposés. Ils ont observé les autres salles des médicaments plus tard au cours de l'inspection. Ils ont remarqué plusieurs problèmes concernant la manière dont les médicaments étaient entreposés. Ils ont trouvé plusieurs ampoules ouvertes d'hydromorphone sur l'étagère supérieure du chariot à médicaments de même que des médicaments dans des gobelets (de marque Dixie) plutôt que dans l'emballage original avec les renseignements identifiant le résident comme il le fallait.

Leurs observations initiales ont également révélé des lacunes dans la tenue d'une partie des dossiers des médicaments du foyer. À titre d'exemple, les feuilles de calcul quotidien des narcotiques et le livre de commandes de la pharmacie n'étaient pas remplis de manière appropriée. Dans une autre salle, ils ont observé des médicaments, y compris des stylos à insuline, soit sans étiquette soit avec des étiquettes illisibles, ce qui signifiait que ces médicaments ne portaient aucun renseignement personnel de santé (lisibles) des résidents. Ils ont observé des problèmes en ce qui a trait au processus de destruction des médicaments du foyer, y compris des contenants pleins sans couvercle et contenant des ampoules, des aiguilles et d'autres médicaments qui devaient être dénaturés (pour les rendre irrécupérables dans la chaîne d'élimination des déchets).

Comme l'a expliqué M<sup>me</sup> Moroney, les inspecteurs auraient normalement parlé directement aux membres du personnel autorisé responsables de ces chariots à médicaments et de ces problèmes de gestion de médicaments, mais, parce

qu'ils n'étaient pas encore en mesure de s'entretenir avec les membres du personnel, cela n'a pas été possible. Ils ont plutôt parlé à M<sup>me</sup> Ross.

Aux audiences, à la question de savoir si elle trouvait que l'étendue des problèmes de gestion des médicaments était inhabituelle ou surprenante, M<sup>me</sup> Moroney a répondu de façon quelque peu évasive. Elle a reconnu que les problèmes liés aux médicaments étaient « un problème répandu... partout dans le foyer », mais elle a également indiqué qu'étant donné que les inspecteurs remplissaient le protocole d'inspection relatif aux médicaments dans son entier, ils examinaient des aspects qu'ils n'avaient pas inspectés auparavant. Elle ne pouvait donc pas « forcément dire que l'étendue était surprenante ».

Au cours de l'inspection, les inspecteurs ont également examiné d'autres documents, dont des dossiers de santé de résidents, des programmes de soins et les politiques et procédures écrites du foyer.

## 2. Les entretiens

Les inspecteurs se sont fait dire au départ qu'ils pouvaient uniquement parler à l'administratrice de Meadow Park (London). Les entretiens avec les membres du personnel ont commencé plus tard, soit le 3 novembre 2016. Peu après le début des entretiens, on a demandé aux inspecteurs de les arrêter parce que l'avocat serait présent aux entretiens avec les membres du personnel du foyer, surtout si les entretiens devaient porter sur un sujet concernant le foyer en 2014.

Par conséquent, les entretiens avec les membres du personnel ont été retardés jusqu'à ce que l'avocat puisse être présent. M<sup>me</sup> Moroney a expliqué que les inspecteurs ont éventuellement interrogé un nombre important de membres du personnel du foyer, y compris l'administrateur précédent et l'administrateur intérimaire, le directeur des soins (actuel et antérieur), trois infirmiers autorisés, onze infirmiers auxiliaires autorisés et 18 préposés aux services de soutien à la personne, des membres du siège social de l'entreprise, des médecins et le pharmacien consultant<sup>31</sup>. Certains membres du personnel ont subi plusieurs entretiens. Les inspecteurs ont également tenu des entretiens avec des résidents et une famille.

---

<sup>31</sup> Tous les rapports d'inspection et les rapports relatifs aux ordres concernant l'inspection menée à Meadow Park (London) à la suite des aveux de Wettlaufer peuvent être consultés à <http://publicreporting.ltchomes.net/fr-ca/homeprofile.aspx?Home=2643&tab=1>, sous l'onglet Constats d'inspection, année 2017.

## D. Constatations de l'inspection menée à Meadow Park (London)

Même si l'inspection a pris fin à la fin de février 2017, le rapport d'inspection de Meadow Park (London) n'a été publié que le 15 août 2017. Le rapport contenait huit avis écrits de non-respect, dont sept étaient assortis de plans de redressement volontaires, et un avis écrit a été donné avec un ordre de conformité.

### 1. L'ordre de conformité de février 2017

Le 6 février 2017, les inspecteurs ont délivré un ordre de conformité à Meadow Park (London) visant des lacunes qu'ils avaient trouvées dans le système de gestion des médicaments du foyer. Comme l'a expliqué M<sup>me</sup> Moroney aux audiences, « [c]ompte tenu de l'étendue de [leurs] préoccupations », les inspecteurs ont délivré l'ordre pendant le déroulement de leur inspection. L'ordre a été délivré pour omission de respecter l'article 114(1) du Règlement qui exige que le titulaire de permis élabore un système interdisciplinaire de gestion des médicaments qui prévoit une gestion sécuritaire des médicaments et des pharmacothérapies efficaces pour les résidents. En vertu de l'ordre, le titulaire de permis était tenu de satisfaire à 14 exigences différentes pour respecter le Règlement. Plusieurs exigences concernaient la formation du personnel sur des exigences réglementaires concernant la gestion des médicaments, leur sécurité, leur administration, leur entreposage et d'autres sujets semblables. À titre d'exemple, le titulaire de permis a reçu l'ordre d'éduquer et de former le personnel à l'égard de diverses exigences prévues par le Règlement, notamment la plupart de celles énoncées aux articles 126 à 136 du Règlement :

- entreposer les substances désignées en sécurité dans des endroits d'entreposage verrouillés à double tour ou dans un endroit distinct, lui aussi verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé;
- conserver les médicaments dans le contenant ou l'emballage étiqueté d'origine que fournit le fournisseur de services pharmaceutiques ou le gouvernement de l'Ontario jusqu'à ce qu'ils soient administrés à un résident ou détruits;
- respecter la politique et les procédures concernant (1) l'entreposage des médicaments inutilisés ou périmés; (2) la tenue de dossiers des médicaments; (3) remplir les feuilles de calcul quotidien pour les substances désignées; (4) tous les médicaments commandés pour les résidents, leur réapprovisionnement et leur réception;

- veiller à ce que seul le personnel autorisé à administrer des médicaments s'acquitte de cette fonction;
- respecter la politique du titulaire de permis et les exigences prévues par la loi pour la destruction d'une substance désignée;
- suivre le système relatif aux rapports d'incidents liés à des médicaments.

Le titulaire de permis a également reçu l'ordre d'élaborer des politiques, des procédures et des systèmes prescrits par les articles 133, 135 et 136 du Règlement. À titre d'exemple, l'ordre précisait que le titulaire de permis devait élaborer :

- une procédure pour veiller à ce que les médicaments périmés soient retirés des chariots à médicaments;
- un système pour la tenue de dossiers des médicaments exacts et à jour;
- un système pour veiller à ce qu'une évaluation soit effectuée à l'égard de tous les incidents liés à des médicaments et que les mesures appropriées soient prises lorsque des problèmes sont constatés.

Enfin, le titulaire de permis a reçu l'ordre de se conformer aux articles 130 et 133 du Règlement :

- tenir et conserver au foyer pendant au moins deux ans un dossier de tous les médicaments commandés et reçus;
- effectuer des vérifications mensuelles des feuilles de calcul quotidien des substances désignées.

Meadow Park (London) disposait de deux mois pour exécuter l'ordre. Toutes les modifications devaient être mises en œuvre au plus tard le 6 avril 2017.

En exposant les motifs de l'ordre de conformité, le rapport expliquait que les inspecteurs avaient trouvé que le titulaire de permis avait omis de respecter dix dispositions législatives et réglementaires différentes concernant les médicaments dans le foyer<sup>32</sup>. Les inspecteurs ont expliqué de façon assez détaillée les preuves de non-respect qu'ils ont trouvées :

- les membres du personnel ne comprenaient pas clairement les politiques et les procédures relatives à la gestion du programme de médicaments et tous les membres du personnel ne les appliquaient pas de manière uniforme;

---

<sup>32</sup> Les inspecteurs avaient relevé le non-respect des art. 8(1)b), 114(3)a), 122, 126, 129(1)b), 130(3), 131(1), 131(3), 133 et 134 du Règlement.

- les médicaments étaient entreposés dans des flacons sans l'étiquette appropriée ou dans des gobelets à médicaments ne comportant pas de renseignements permettant d'identifier les résidents auxquels les médicaments étaient destinés;
- des substances désignées étaient entreposées de manière inappropriée à l'extérieur de l'endroit verrouillé du chariot à médicaments;
- les vérifications mensuelles des feuilles de calcul quotidien des substances désignées n'avaient pas été effectuées entre août 2016 et janvier 2017;
- durant plusieurs jours en octobre et en novembre 2016, les feuilles de calcul quotidien des substances désignées n'avaient pas été comptabilisées et vérifiées par deux membres du personnel autorisé à chaque quart;
- à plusieurs occasions, des membres du personnel autorisé ont emprunté de l'hydromorphe d'un résident pour l'administrer à un autre résident dont l'approvisionnement était épuisé;
- un infirmier auxiliaire autorisé a été observé à verser un médicament prescrit à un résident puis le donner à un préposé aux services de soutien à la personne pour que celui-ci l'administre au résident;
- le dossier des médicaments n'avait pas été entièrement rempli à l'égard de 116 des 122 réapprovisionnements de médicaments au cours du mois d'octobre 2016;
- lorsqu'un résident ne recevait pas une dose d'hydromorphe prescrite, aucune mesure n'était prise, aucun rapport d'incident n'était rédigé et aucune évaluation de la douleur n'était faite.

Même si les inspecteurs ont conclu que de nombreuses dispositions du Règlement n'avaient pas été respectées, ils n'ont pas délivré de multiples ordres suite aux constatations de non-respect. Ils ont plutôt utilisé ces constatations comme motifs à l'appui de l'ordre de conformité délivré sous le régime général de l'article 114 du Règlement. Comme l'a expliqué M<sup>me</sup> Moroney, ils ont pris cette mesure sur l'ordre de M<sup>me</sup> Simpson, la directrice, qui leur a expliqué « comment rédiger l'ordre de façon à couvrir le large éventail de problèmes et de le rendre compréhensible pour que les titulaires de permis de foyer de SLD puissent l'exécuter ». En contre-interrogatoire, M<sup>me</sup> Moroney a convenu que leur décision de délivrer un seul ordre de conformité, par opposition à plusieurs ordres ou à plusieurs avis écrits assortis de plans de redressement volontaires, a pu avoir une incidence sur la perception du public à l'égard du foyer une fois que le rapport a été

rendu public. Elle ne savait pas que cette décision pouvait également avoir une incidence sur la cote de l'évaluation des risques et du rendement du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée pour Meadow Park (London)<sup>33</sup>.

La structure de l'ordre de conformité était sensiblement différente des ordres de conformité délivrés à Caessant Care (Woodstock). Dans le cas de Caessant Care (Woodstock), les inspectrices ont délivré deux ordres de conformité distincts (et plusieurs autres avis écrits accompagnés de plans de redressement volontaires, tels que décrits ci-dessus) pour les différents domaines de non-respect des dispositions du Règlement portant sur les médicaments. M<sup>me</sup> Simpson a expliqué la raison pour laquelle deux approches différentes ont été adoptées :

[D]es approches différentes ont été adoptées en ce qui a trait au non-respect concernant la gestion des médicaments en raison de ce qui a été découvert lors de chacune des inspections. À titre d'exemple, nous avons décidé qu'en raison du large éventail de problèmes relevés à [Meadow Park (London)], il était le plus logique de délivrer un ordre fondé sur l'article 114 du Règlement même si les constatations renvoyaient au non-respect d'autres dispositions du Règlement portant sur les médicaments. Nous avons conclu que l'article 114 était celui qui s'appliquait le mieux. Le but recherché était la conformité, et en réunissant tous les éléments de non-respect dans un seul ordre, celui-ci était plus facile à comprendre pour le titulaire de permis. L'inspection avait mis au jour plusieurs éléments de non-respect, mais tous étaient liés aux systèmes d'administration des médicaments dans le foyer. Plutôt que de brouiller les cartes avec plusieurs ordres visant plusieurs éléments, je désirais indiquer clairement que le foyer avait d'importants problèmes avec son système de gestion des médicaments et que le titulaire de permis devait examiner son système tout entier pour être conforme...

Par contraste, plusieurs ordres ont été délivrés à [Caessant Care (Woodstock)] parce que, dans ce foyer, le non-respect ne se rapportait pas au système de gestion des médicaments dans son ensemble, comme c'était le cas à [Meadow Park (London)]. Les inspectrices ont relevé 40 erreurs de médicament en six semaines à [Caessant Care

---

<sup>33</sup> Comme l'a indiqué le chapitre 9, l'évaluation des risques et du rendement (ÉRR) du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée est un modèle d'évaluation des risques qui s'appuie sur différents éléments de données pour attribuer un niveau de risque ou de rendement à tous les foyers de soins de longue durée dans la province. Parmi les éléments de données inclus dans le modèle utilisé pour attribuer une cote à chaque foyer, mentionnons les données de conformité et d'inspection, comme le nombre de constatations de non-respect.



(Woodstock)]. Dans ces circonstances, il ne convenait pas de délivrer un seul ordre général fondé sur l'article 114 du Règlement. Ainsi, un ordre s'appuyant précisément sur l'article 131 du Règlement concernant l'administration des médicaments selon le mode d'emploi de la personne autorisée à prescrire les médicaments a été délivré.

M<sup>me</sup> Simpson n'a pas ordonné la cessation des admissions à Meadow Park (London), comme elle l'avait fait à Caessant Care (Woodstock). Lorsque l'avocate de la Commission lui a demandé pourquoi, compte tenu de l'étendue des problèmes de gestion des médicaments, elle a répondu ce qui suit : « [N]ous n'avions pas le nombre d'ordres de conformité dans les nombreux secteurs que nous avons à Caessant Care (Woodstock). »

## 2. Constatations de l'inspection

Le rapport d'inspection final concernant Meadow Park (London) n'a été publié que le 15 août 2017, près de six mois après la fin de l'inspection<sup>34</sup>. Ce rapport final contenait des constatations de non-respect concernant le système de gestion des médicaments qui avaient été délivrées dans l'ordre de conformité de février 2017. Le rapport décrivait également en détail sept autres avis écrits de non-respect, tous assortis de plans de redressement volontaires. Même si selon la « mesure par défaut » fondée sur la matrice de jugement des inspecteurs<sup>35</sup>, six des huit constatations de non-respect devaient faire l'objet d'un ordre de conformité, les inspecteurs ont modifié cinq des six constatations pour inclure un plan de redressement volontaire. Le résumé des constatations de l'inspection menée à Meadow Park (London) à la suite des aveux de Wettlaufer est présenté au tableau 11.2.

<sup>34</sup> Sur l'ordre de M<sup>me</sup> Simpson, les inspecteurs ont retardé la publication du rapport jusqu'à ce que les policiers aient terminé leur enquête.

<sup>35</sup> Les inspecteurs utilisent une matrice de jugement pour guider l'exercice de leur pouvoir discrétionnaire en ce qui a trait au mécanisme d'application de la loi à utiliser en cas de constatation de non-respect. En vertu de cette matrice de jugement, les inspecteurs doivent prendre en compte la gravité du non-respect (ou, dans les cas où il y a eu préjudice ou risque de préjudice, la gravité de ce préjudice ou risque de préjudice); l'étendue du non-respect (cas isolé, généralisé ou répandu); les antécédents de conformité du titulaire de permis. Les inspecteurs peuvent s'écarter de la mesure par défaut proposée par la matrice de jugement dans la mesure où leur raisonnement est compatible avec la politique relative à la matrice de jugement et qu'ils documentent leurs motifs.

**Tableau 11.2 : Constatations de l'inspection menée à Meadow Park (London) à la suite des aveux de Wettlaufer**

CONSTATATIONS DE NON-RESPECT	MÉCANISMES D'APPLICATION DE LA LOI
<b>Non-respect concernant des allégations de mauvais traitement, des plaintes et la présentation de rapports</b>	
Omission du titulaire de permis de veiller à la protection des résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel, comme l'exige la LFSLD, art. 19.	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
Omission de veiller à ce qu'une personne qui a des motifs raisonnables de soupçonner le mauvais traitement d'un résident par qui que ce soit qui lui a causé un préjudice ou un risque de préjudice fasse immédiatement rapport des soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés au directeur, comme l'exige la LFSLD, art. 24.	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
Omission de veiller à ce qu'un résident, lorsque sa douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soit évalué au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 52(2).	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
Omission de veiller à ce que chaque plainte faite au titulaire de permis ou à un membre du personnel fasse l'objet d'une enquête et d'un règlement appropriés et que la réponse soit fournie dans un délai déterminé, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 101.	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).

CONSTATATIONS DE NON-RESPECT	MÉCANISMES D'APPLICATION DE LA LOI
<b>Non-respect concernant la gestion et l'administration des médicaments</b>	
Omission de veiller à ce que les évaluations annuelles du système de gestion des médicaments soient effectuées, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 116.	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
Omission de veiller à ce qu'une politique écrite soit mise en œuvre pour régir l'emplacement de la réserve de médicaments d'urgence et que la réserve de médicaments d'urgence soit évaluée au moins une fois par année, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 123.	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
Omission de veiller à ce que des mesures appropriées soient prises lorsqu'un résident prend un médicament ou un mélange de médicaments pour surveiller et documenter sa réaction et l'efficacité des médicaments, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 134.	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
Omission de veiller à ce que le foyer élabore un système interdisciplinaire de gestion des médicaments qui prévoit une gestion sécuritaire des médicaments et qui maximise les résultats d'une pharmacothérapie efficace pour les résidents, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 114.	Délivrance d'un ordre de conformité immédiate (LFSLD) le 6 février 2017 dans le cadre de cette inspection (avant la publication du rapport final).

Source : Compilé par la Commission.

Le premier avis écrit de non-respect a été délivré pour omission de respecter l'article 19 de la LFSLD, l'obligation de protection. En vertu de cet article, le titulaire de permis est tenu de protéger les résidents contre les mauvais traitements et la négligence. Les inspecteurs ont délivré cet avis écrit en se fondant sur l'examen des notes d'évolution de l'été 2014 (lorsque Wettlaufer travaillait au foyer) concernant les soins à un résident qui avait un cathéter permanent. Les inspecteurs ont conclu que le personnel avait omis de tenir des dossiers convenables concernant l'urine évacuée par le résident, de suivre le traitement recommandé pour le résident, de faire un suivi auprès du médecin pour préciser la taille du cathéter à utiliser et de faire des évaluations de la douleur malgré les signes évidents de douleur du résident. Les notes des inspecteurs indiquaient que ce résident avait passé les dix derniers jours de sa vie, du 20 juillet au 30 juillet 2014, avec des douleurs considérables,

geignant, gémissant, et criant. Comme l'indiquait le rapport, il y avait « une tendance à l'inaction qui mettait en péril la santé et le bien-être du résident ». Les inspecteurs ont évalué la gravité de ce non-respect à « préjudice réel » et l'étendue à « isolée ». Meadow Park (London) ne possédait aucun antécédent de non-respect de cette disposition législative et, même si la mesure par défaut proposée par la matrice de jugement à l'égard de ce non-respect était un ordre de conformité, les inspecteurs l'ont modifiée pour en faire un plan de redressement volontaire. M<sup>me</sup> Moroney a déclaré dans son témoignage que les inspecteurs ont choisi d'agir ainsi parce que les événements s'étaient produits en 2014, qu'ils n'avaient pas trouvé de problèmes semblables dans le cadre des inspections de 2016 et que le foyer n'avait pas d'antécédents de non-respect de cet article de la Loi.

Le deuxième avis écrit a été délivré pour omission de faire rapport au directeur d'allégations de mauvais traitement ou de négligence, comme l'exige l'article 24 de la LFSLD. Lors de leur examen des dossiers de l'été 2014, les inspecteurs ont relevé trois incidents de mauvais traitement allégué qui n'avaient pas été rapportés au directeur. Wettlaufer a documenté les mauvais traitements allégués dans les notes d'évolution de chaque résident et, dans chaque cas, a indiqué que la direction avait été informée de l'incident. Le premier incident, qui a eu lieu en juillet 2014, concernait le visiteur d'un résident qui avait poussé un autre résident du foyer et avait crié après lui. Le deuxième incident a eu lieu en août 2014; Wettlaufer a observé que M. Horvath avait été attaché aux gardes de sécurité du lit au moyen du cordon de son pantalon de jogging. Le dernier incident s'est produit en septembre 2014. À cette occasion, un résident a été vu en train de toucher un autre résident de façon sexuelle. Le Ministère n'avait reçu aucun rapport d'incident grave concernant ces événements. L'administratrice, le directeur et le codirecteur des soins n'étaient apparemment pas au courant des deux premiers incidents. Le directeur des soins a déclaré être au courant des attouchements sexuels et croyait qu'un rapport d'incident grave avait été transmis. Le rapport indiquait que la gravité de ce non-respect était un « préjudice minimum » et l'étendue « répandue ». Meadow Park (London) avait des antécédents de non-respect de cet article de la Loi. La mesure par défaut que proposait la matrice de jugement était un ordre de conformité, mais encore ici, cette constatation a pris la forme d'un plan de redressement volontaire.

M<sup>me</sup> Moroney a reconnu qu'il est important de transmettre les rapports tant à la Direction de l'inspection qu'aux inspecteurs. Elle ne semblait toutefois pas préoccupée par la rétrogradation de la mesure par défaut d'ordre de conformité à plan de redressement volontaire. En réponse à la question

concernant la raison pour laquelle les inspecteurs avaient choisi d'agir ainsi, elle a de nouveau insisté sur le fait que ces incidents avaient eu lieu en 2014 et que les inspecteurs n'ont pas vu ces mêmes problèmes dans le foyer en 2016.

Le troisième avis écrit a été délivré pour omission de veiller à ce que les résidents qui avaient des douleurs soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique, comme l'exige l'article 52(2) du Règlement. Contrairement aux deux premiers avis écrits, la preuve à l'appui de cette constatation ne remontait pas à l'été 2014, mais concernait un résident qui avait été admis au foyer en juin 2016. Ce résident était atteint d'une variété de maladies chroniques, dont la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Au cours de la période précédant le décès du résident, le 7 novembre 2016, aucune évaluation de la douleur n'a été effectuée. Les inspecteurs ont indiqué dans leur rapport que la MPOC du résident ne figurait pas dans le programme de soins, que la gravité du non-respect était cotée à « préjudice minimum ou potentiel de préjudice réel » et que l'étendue était cotée à « isolée ». En raison des antécédents de non-respect du foyer à l'égard de cette disposition du Règlement, les inspecteurs ont délivré un avis écrit assorti d'un plan de redressement volontaire dans leur IQSR de février 2016. Encore ici, cet avis a été réémis avec un plan de redressement volontaire, soit la mesure par défaut proposée par la matrice de jugement. M<sup>me</sup> Moroney a expliqué que la gravité était « potentiel de préjudice » et non « préjudice réel » parce que le résident recevait certains médicaments pour la douleur. Le résident n'avait tout simplement pas fait l'objet d'une évaluation de la douleur appropriée.

Le quatrième avis écrit a été délivré pour omission de respecter l'article 101 du Règlement qui impose des obligations au titulaire de permis en ce qui a trait au traitement des plaintes. Les inspecteurs ont conclu que le foyer avait omis de faire une enquête sur une plainte et d'y répondre. Cette plainte avait été faite, en février 2015, par un mandataire spécial concernant les soins donnés à un résident qui était décédé à l'automne 2014. Les inspecteurs ont également conclu que le foyer avait omis de tenir un dossier des plaintes verbales et écrites en 2014 et en 2015 et qu'il ne pouvait pas démontrer que la direction effectuait des examens trimestriels des plaintes pendant cette période. Le rapport indiquait que la gravité du non-respect était cotée à « risque minimum » et que l'étendue était « vaste ». Le foyer avait des antécédents de non-respect de cette disposition du Règlement et un plan de redressement volontaire lui avait été délivré à l'occasion d'une inspection en 2016 à l'égard d'une plainte. Même si la mesure par défaut concernant le non-respect était un ordre de conformité, les inspecteurs l'ont modifiée en

plan de redressement volontaire. Comme l'a expliqué M<sup>me</sup> Moroney, ils ont agi ainsi parce que leur préoccupation principale, l'absence de dossiers pour les plaintes en 2014, avait déjà été résolue.

Les trois avis écrits suivants ont été délivrés relativement à des problèmes trouvés à l'égard des systèmes de gestion et d'administration des médicaments, des problèmes qui n'étaient pas mentionnés dans les ordres de conformité immédiate. Le premier avis a été délivré pour omission de veiller à ce qu'une évaluation annuelle du système de gestion des médicaments soit effectuée dans le foyer, comme l'exige l'article 116 du Règlement. Les inspecteurs ont conclu que le titulaire de permis n'avait pas effectué d'examen annuel en 2014 ou en 2015. Le rapport indiquait que la gravité du non-respect était cotée à « préjudice minimum » et l'étendue était « répandue ». Le foyer n'avait pas d'antécédents de non-respect de cette disposition du Règlement. Même si la mesure par défaut était un ordre de conformité, les inspecteurs l'ont modifiée en plan de redressement volontaire. M<sup>me</sup> Moroney a expliqué que les inspecteurs avaient délivré l'ordre de conformité relevant de l'article 114 au cours de l'inspection de février. Dans les circonstances, même s'ils estimaient qu'un préjudice potentiel pouvait être associé à l'absence d'évaluation annuelle, ils ont trouvé adéquat de délivrer cet avis écrit sans ordre de conformité.

Le prochain avis écrit concernant les médicaments a été délivré pour omission de respecter l'article 123 du Règlement. Cette disposition exige que le foyer soit doté d'une politique écrite concernant sa réserve de médicaments d'urgence, qui devait être évaluée au moins une fois par année par une équipe interdisciplinaire. Encore une fois, les inspecteurs n'ont trouvé aucun dossier d'évaluation annuelle de la réserve de médicaments d'urgence en 2014 et en 2015. Ils ont évalué la gravité du non-respect à « préjudice minimum » et l'étendue à « répandue ». Le foyer n'avait pas d'antécédents de non-respect de cette disposition. Ainsi, même si la mesure par défaut était un ordre de conformité, les inspecteurs l'ont modifiée en plan de redressement volontaire.

Le dernier avis écrit concernant les médicaments a été délivré pour omission de respecter l'article 134 du Règlement. En vertu de cette disposition, le titulaire de permis doit veiller à ce que soient prises des mesures appropriées lorsqu'un résident prend un médicament ou un mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes, pour surveiller et documenter ses réactions aux médicaments et l'efficacité de ceux-ci. Les inspecteurs ont conclu que Wettlaufer avait donné des médicaments psychotropes à une résidente en mai 2014, mais avait omis de documenter la raison pour laquelle ce médicament « au besoin » avait été donné ou les effets qu'il

a eus sur la résidente. Les notes d'évolution indiquaient que la résidente avait été transportée à l'hôpital plus tard au cours de la même matinée. L'administratrice, le directeur des soins et le codirecteur des soins ont tous déclaré aux inspecteurs qu'ils ne connaissaient pas les soins que la résidente avait reçus avant son transport à l'hôpital. Aux audiences, M<sup>me</sup> Moroney a reconnu qu'aucun rapport d'incident grave n'avait été transmis au Ministère. Le rapport indiquait que la gravité du non-respect était cotée à « préjudice minimum » et l'étendue était « isolée ». Le foyer n'avait pas d'antécédents de non-respect de cette disposition du Règlement. Les inspecteurs ont délivré un plan de redressement volontaire, la mesure par défaut proposée par la matrice de jugement.

### 3. Inspection de suivi

En juillet 2017, M<sup>me</sup> Northey, M. Kikuta, Amie Gibbs-Ward et Nancy Sinclair sont retournés à Meadow Park (London) pour effectuer l'IQSR annuelle du foyer. Pendant leur présence, ils ont effectué une inspection de suivi parallèle relativement à l'ordre de conformité délivré en février concernant la gestion des médicaments et à un deuxième ordre de conformité, qui avait été délivré au foyer le 25 mai 2017 dans le cadre d'une inspection faisant suite à une plainte pour omission de veiller à ce que les résidents subissent des évaluations de la peau au moyen d'un outil approprié sur le plan clinique. Au cours de cette visite, les inspecteurs ont établi que les deux ordres de conformité n'avaient pas encore été exécutés. Les ordres ont été délivrés de nouveau le 6 octobre 2017, avec une nouvelle date de conformité prévue pour le 30 novembre 2017.

L'ordre concernant la gestion des médicaments a de nouveau été délivré sous le régime général de l'article 114 du Règlement, bien que les inspecteurs aient indiqué avoir trouvé le non-respect d'autres articles du Règlement, notamment :

- l'article 126 – les médicaments doivent demeurer dans le contenant ou l'emballage étiqueté d'origine que fournit le fournisseur de services pharmaceutiques ou le gouvernement de l'Ontario jusqu'à ce qu'ils soient administrés ou détruits;
- l'article 129(1)b) – les substances désignées doivent être entreposées dans une armoire fixe distincte verrouillée à double tour ou dans un endroit verrouillé distinct dans le chariot à médicaments verrouillé;
- l'article 130(3) – les feuilles de calcul quotidien doivent être vérifiées tous les mois dans le cas des substances désignées;

- l'article 133 – un dossier des médicaments doit être tenu au foyer pendant au moins deux ans;
- l'article 135 – tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables à des médicaments doivent être documentés, rapportés aux personnes pertinentes, examinés, analysés et des mesures correctrices nécessaires doivent être prises;
- l'article 8(1)b) – l'obligation de respecter un plan, une politique, un protocole, une procédure, une stratégie ou un système.

En mai 2018, Meadow Park (London) a exécuté l'ordre de conformité concernant la gestion des médicaments.

## E. L'inspection de Telfer Place

À l'instar des inspections menées à Caessant Care (Woodstock) et à Meadow Park (London), l'inspection à Telfer Place a commencé le 28 octobre 2016. À cette date, les inspectrices Lesley Edwards et Phyllis Hiltz-Bontje se sont rendues au foyer. M<sup>me</sup> Vink s'est jointe à elles le 9 novembre 2016.

Les inspectrices faisaient face à des contraintes exceptionnelles pour l'inspection de Telfer Place. Premièrement, comme pour les inspections de Caessant Care (Woodstock) et Meadow Park (London), les inspectrices ne pouvaient pas immédiatement commencer à interroger les membres du personnel du foyer. Karin Fairchild, la gestionnaire du BRS de Hamilton, a aidé à dresser la liste des personnes à interroger pour veiller à ce que les entretiens n'entraient pas l'enquête policière. Deuxièmement, les inspectrices devaient remplir le protocole d'inspection relatif aux médicaments dans son entier, une chose qu'elles n'avaient pas faite auparavant.

Contrairement aux inspections des deux autres foyers, les inspectrices ont entamé leur inspection de Telfer Place avant que la police ne dépose d'accusations pour la tentative de meurtre de la résidente Sandra Towler. Wettlaufer n'a été accusée de cette infraction qu'en janvier 2017. Comme l'a expliqué M<sup>me</sup> Vink, « [A]lors que les membres du personnel du foyer savaient qu'ils avaient travaillé avec l'infirmière et qu'on parlait d'elle dans les médias, ce qui se disait dans les médias ne concernait pas leur foyer à ce moment-là ». Contrairement aux inspections dans les deux autres foyers, la victime était toujours en vie et vivait dans le foyer. Pendant leurs entretiens avec les membres du personnel, les inspectrices ne pouvaient révéler ce qu'elles savaient à propos des allégations ou de l'infraction contre M<sup>me</sup> Towler. On leur avait dit de n'utiliser aucun renseignement que Telfer Place avait reçu de la



police concernant les aveux de Wettlaufer pour appuyer des constatations de non-respect au cours de l'inspection.

Bien que l'inspection ait pris plus de temps que la plupart des inspections d'incident grave, les inspectrices ont passé beaucoup moins de temps à Telfer Place que les inspecteurs qui ont mené les inspections dans les deux autres foyers. Elles sont retournées au foyer à plusieurs occasions au cours de l'hiver 2017, mais l'inspection dans son entier a duré un peu moins de 15 jours<sup>36</sup>.

### **1. Premières étapes : examen de documents et protocole d'inspection relatif aux médicaments**

Lorsque M<sup>me</sup> Edwards et M<sup>me</sup> Hiltz-Bontje se sont rendues pour la première fois à Telfer Place, elles ont rencontré le directeur intérimaire des soins infirmiers qui leur a fourni plusieurs documents qu'elles avaient demandés, incluant des politiques, des procédures et des copies des rapports cliniques et notes d'évolution concernant M<sup>me</sup> Towler. Comme l'a expliqué M<sup>me</sup> Vink, l'inspection se concentrait sur la question de savoir s'il y avait eu des plaintes à propos de Wettlaufer, la formation qu'elle avait reçue du foyer et les renseignements à propos des erreurs de médicament qu'elle avait commises.

Au moment où M<sup>me</sup> Vink est arrivée au foyer, M<sup>me</sup> Edwards et M<sup>me</sup> Hiltz-Bontje avaient effectué plusieurs des observations et examens de dossiers nécessaires pour le protocole d'inspection relatif aux médicaments. Elles ont observé plusieurs distributions de médicaments, incluant celles aux résidents qui avaient besoin d'insuline et celles exécutées par le personnel d'agence. Elles ont également observé les salles des médicaments et l'entreposage des médicaments, mais n'avaient pas encore eu des entretiens avec les membres du personnel. Au cours de cette première semaine, elles ont commencé à examiner les dossiers du foyer en ce qui a trait à la présentation de rapports, aux plaintes et à la formation offerte aux membres du personnel avant qu'ils commencent à travailler au foyer. Une fois M<sup>me</sup> Vink arrivée, elle a pris la relève de M<sup>me</sup> Hiltz-Bontje.

M<sup>me</sup> Vink et M<sup>me</sup> Edwards ont examiné une partie des dossiers de santé de M<sup>me</sup> Towler ainsi que ceux de résidents décédés autour de la période où Wettlaufer avait travaillé dans le foyer. Elles ont examiné les diagnostics, les causes de décès et les notes d'évolution. M<sup>me</sup> Vink a déclaré dans son

<sup>36</sup> Le rapport de l'inspection menée à Telfer Place à la suite des aveux de Wettlaufer peut être consulté à <http://publicreporting.ltchomes.net/en-ca/homeprofile.aspx?Home=2742&tab=1>, sous l'onglet Constats d'inspection, année 2017.

témoignage que les inspectrices n'ont délivré aucune constatation de non-respect à l'égard de l'examen de ces dossiers.

## 2. Les entretiens

Les inspectrices ont commencé leurs entretiens avec les membres du personnel de Telfer Place au cours de la deuxième semaine de novembre 2016. Elles ont parlé à environ 30 personnes, dont des membres actuels et anciens de la direction du foyer, le directeur médical, un médecin traitant, le coordonnateur des soins de rétablissement, des membres du personnel autorisé, des préposés aux services de soutien à la personne et des résidents.

Les inspectrices ont tenté de s'entretenir avec M<sup>me</sup> Towler, mais sa santé ne le permettait pas. Elles ont toutefois parlé au téléphone à des membres de sa famille plus tard au cours de l'inspection.

## F. Constatations de l'inspection à Telfer Place

Le rapport final de l'inspection menée à Telfer Place a été publié le 24 mai 2017, soit plusieurs mois avant la publication des rapports des inspections à Caressant Care (Woodstock) et à Meadow Park (London). Lors des audiences publiques, M<sup>me</sup> Vink a déclaré dans son témoignage que sa gestionnaire lui avait ordonné de rendre le rapport public à cette date et qu'elle ne connaissait pas la raison pour laquelle les autres rapports avaient été retenus pour une plus longue période. Elle a indiqué que le rapport concernant Telfer Place avait été rédigé bien avant la date de publication en mai, mais elle avait reçu l'ordre de retarder sa publication. Le rapport contenait six avis écrits de non-respect, tous accompagnés de plans de redressement volontaires. Aucun ordre de conformité n'a été délivré à la suite de l'inspection et aucun n'a été délivré à titre d'ordre de conformité immédiate, comme cela avait été le cas pour les foyers Caressant Care (Woodstock) et Meadow Park (London).

Le non-respect constaté dans le cadre de l'inspection menée à Telfer Place était d'une nature quelque peu différente que le non-respect trouvé dans les deux autres foyers. À Telfer Place, plusieurs problèmes de non-respect provenaient du recours à du personnel d'agence dans ce foyer, ainsi que des politiques que le foyer suivait relativement la présélection et à la formation des membres du personnel d'agence avant qu'ils ne commencent à travailler dans le foyer (voir le chapitre 7). Le résumé des constatations de l'inspection menée à Telfer Place à la suite des aveux de Wettlaufer est présenté dans le tableau 11.3.

**Tableau 11.3 : Constatations de l'inspection menée à Telfer Place à la suite des aveux de Wettlaufer**

<b>CONSTATATIONS DE NON-RESPECT</b>	<b>MÉCANISMES D'APPLICATION DE LA LOI</b>
<b>Non-respect relatif aux recours à des infirmières et infirmiers d'agence</b>	
Omission de veiller à ce qu'au moins un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent en tout temps, sauf disposition contraire des règlements, comme l'exige la LFSLD, art. 8(3).	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
Omission de veiller à ce que des mesures de présélection, y compris la vérification de dossier de police et la vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables, soient prises avant que les membres du personnel ne commencent à travailler dans le foyer, comme l'exige la LFSLD, art. 75(2).	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
Omission de veiller à ce que tous les membres du personnel aient reçu la formation prescrite par la LFSLD, art. 76.	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
Omission de veiller à ce que soit conservé, pour chaque membre du personnel, un dossier qui comprend la vérification de son certificat d'inscription en vigueur auprès de l'ordre de la profession de la santé réglementée dont il est membre, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 234.	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
<b>Non-respect concernant la documentation des plaintes</b>	
Omission de veiller à ce que soit conservé un dossier documenté de chaque plainte reçue par le foyer, y compris la date de réception de la plainte, les mesures prises pour régler la plainte et toute mesure de suivi, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 101.	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).
<b>Non-respect concernant les incidents liés à des médicaments</b>	
Omission de veiller à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause un résident soit rapporté au mandataire spécial du résident et au fournisseur de services pharmaceutiques, comme l'exige le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135.	Avis écrit accompagné d'un plan de redressement volontaire (LFSLD).

Source : Compilé par la Commission.

La première constatation de non-respect a été délivrée pour omission de respecter l'article 8(3) de la LFSLD. Cette disposition exige que le titulaire de permis veille à ce qu'au moins un infirmier autorisé qui est un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent soit en service et présent dans le foyer en tout temps, sous réserve des exceptions limitées prévues par règlement<sup>37</sup>. Comme M<sup>me</sup> Vink l'a expliqué dans son témoignage, Telfer Place est un petit foyer, ne comptant que 45 lits. En raison de sa taille, le foyer a en général seulement un infirmier autorisé en service à chaque quart de travail, 24 heures par jour, sept jours par semaine. À certains moments, le foyer a eu de la difficulté à répondre à cette exigence. Les inspectrices ont examiné l'horaire de dotation en infirmiers autorisés pour la période du 25 juin au 9 décembre 2016 et ont conclu qu'à 25 reprises le seul infirmier autorisé présent dans le foyer était un infirmier d'agence. De plus, elles ont conclu qu'à sept occasions, le seul membre autorisé du personnel avait été un infirmier auxiliaire autorisé (IAA), avec un infirmier autorisé (IA) de garde. Les inspectrices ont établi que la gravité de ce non-respect constituait un « risque minimal » et l'étendue, « généralisée ». Étant donné que le foyer avait des antécédents de non-respect, l'avis écrit a été assorti d'un plan de redressement volontaire.

L'avis écrit suivant a été délivré pour non-respect de l'article 75 de la LFSLD. En vertu de cet article, un titulaire de permis doit, avant d'engager du personnel, veiller à ce que des mesures de présélection, y compris la vérification de dossier de police, soient prises conformément aux exigences prévues par règlement. Ces mesures de présélection s'appliquent également aux membres du personnel d'agence. Ces derniers sont considérés comme étant « embauchés » dès qu'ils commencent à travailler au foyer. Les inspectrices ont conclu que Telfer Place n'avait pas obtenu la vérification de dossier de police complet à l'égard de trois infirmiers d'agence autorisés, dont l'un était Wettlaufer, avant qu'ils ne commencent à travailler au foyer<sup>38</sup>. La direction n'avait pas non plus vérifié si l'agence de placement avait effectué les vérifications de dossier de police exigées. Les inspectrices ont établi la cote de gravité du non-respect à « risque minimum » et l'étendue à « répandue ». Le foyer n'avait pas d'antécédents de non-respect de cette partie de la Loi.

Même si la mesure par défaut de la matrice de jugement était un ordre de conformité, les inspectrices l'ont modifiée en plan de redressement volontaire.

<sup>37</sup> Exigence connue sous l'expression familière anglaise « 24/7 RN requirement » [exigence IA 24/7].

<sup>38</sup> Si une vérification de dossier de police avait été effectuée concernant Wettlaufer, cette vérification aurait abouti à un résultat négatif parce qu'elle n'avait pas de casier judiciaire à ce moment-là.

En réponse à la question sur la raison de cette mesure, M<sup>me</sup> Vink a expliqué que les inspectrices ont agi ainsi parce que le foyer avait cru que l'agence effectuait les vérifications. Le foyer veillait à ce que les vérifications de dossier de police soient effectuées pour les membres de son propre personnel. Elle a aussi constaté que le foyer avait modifié son approche à l'égard de cette question à la suite de l'inspection. Même si M<sup>me</sup> Vink a indiqué que les inspectrices avaient tenté de confirmer auprès de l'agence de placement que ces vérifications de dossier de police avaient été effectuées, elles n'ont pas été en mesure de le faire. M<sup>me</sup> Vink a reconnu que parce que la LFSLD s'applique aux foyers de SLD et non aux agences, l'agence de placement n'était assujettie à aucune exigence législative d'effectuer les vérifications de dossier de police.

Le troisième avis écrit a été délivré pour non-respect de l'article 76 de la LFSLD, qui exige que tous les membres du personnel reçoivent une formation avant de travailler dans le foyer. Lors de leur examen des dossiers de formation du foyer, les inspectrices ont conclu que les infirmiers d'agence autorisés travaillant dans le foyer, incluant Wettlaufer, n'avaient pas reçu toute la formation exigée, notamment celle portant sur la déclaration des droits des résidents, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents et l'obligation de faire rapport. Les inspectrices ont établi la cote de gravité de ce non-respect à « préjudice minimal ou potentiel de préjudice réel » et l'étendue à « généralisée », bien qu'il n'y ait pas eu d'antécédents connexes de non-respect. Selon la matrice de jugement, la mesure par défaut était un ordre de conformité, mais les inspectrices l'ont modifiée en un plan de redressement volontaire parce qu'elles ont conclu que le foyer avait identifié le problème concernant la formation du personnel d'agence et avait mis en œuvre un nouveau plan pour veiller à ce que la formation soit fournie.

Le quatrième avis écrit a été délivré pour non-respect de l'article 101 du Règlement. En vertu de cette disposition, le titulaire de permis doit veiller à ce que soit conservé dans le foyer un dossier documenté des plaintes, comportant la date de réception de la plainte, la mesure prise pour la régler et le règlement définitif, le cas échéant. Cette constatation a été délivrée relativement à plusieurs lacunes que les inspectrices ont relevées dans les dossiers des plaintes du foyer et à l'omission de ce foyer d'examiner et d'analyser les tendances en matière de plaintes au moins tous les trimestres. Les inspectrices ont établi la cote de gravité associée à ce non-respect à « risque minimal » et l'étendue à « tendance ». Comme il existait des antécédents de non-respect, les inspectrices ont délivré un plan de redressement volontaire, qui était la mesure par défaut proposée par la matrice de jugement.

Dans le cadre de l'inspection menée à Telfer Place, le cinquième avis écrit était le seul délivré relativement au système de gestion de médicaments du foyer. Cet avis visait l'omission de respecter l'article 135 du Règlement qui exige de documenter et de rapporter de manière appropriée les incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments. Les inspectrices ont identifié cinq incidents liés à des médicaments au cours de la même journée de février 2016 qui étaient documentés comme étant des omissions de médicament. Même si des rapports ont été créés pour chaque incident, ils n'indiquaient pas si les incidents avaient été rapportés au mandataire spécial du résident ou au pharmacien. Lors de l'entretien, le pharmacien a déclaré que, de façon uniforme, le foyer ne lui rapportait que les incidents qui concernaient une erreur de la pharmacie ou une réaction indésirable; il ne lui rapportait jamais tous les incidents liés à des médicaments.

Lorsque l'avocate de la Commission a demandé à M<sup>me</sup> Vink si cinq incidents liés à des médicaments en une seule journée dans un foyer ne comptant que 45 résidents étaient un nombre élevé, elle a répondu de façon évasive, en partie parce que sa collègue était celle qui avait mené l'inspection relative à ces incidents. En réponse à la question de savoir si les inspectrices avaient pensé à délivrer un avis de non-respect de l'article 131, qui exige que les résidents reçoivent leurs médicaments selon le mode d'emploi, elle a répondu par la négative. Ses collègues avaient observé un certain nombre de distributions de médicaments et n'avaient eu aucune préoccupation.

Les inspectrices ont établi la cote de ce non-respect à « risque minimum ». M<sup>me</sup> Vink a expliqué que M<sup>me</sup> Edwards avait examiné les dossiers cliniques des résidents et conclu qu'il n'y avait pas de résultat négatif. Les inspectrices ont décidé que l'omission de documenter l'information n'exposait pas nécessairement les résidents à un risque. Elles ont conclu que l'étendue du non-respect était « généralisée » et qu'étant donné qu'il y avait des antécédents de non-respect de cette partie du Règlement, elles ont délivré un plan de redressement volontaire.

Le dernier avis écrit délivré dans le cadre de l'inspection menée à Telfer Place visait l'omission de respecter l'article 234(1) du Règlement. En vertu de cette disposition, le titulaire de permis doit veiller à ce que soit conservé, pour chaque membre du personnel du foyer, un dossier qui comprend, le cas échéant, une vérification de son certificat d'inscription en vigueur auprès de l'ordre ou de l'organisme réglementaire de la profession de la santé réglementée dont il est membre. Les inspectrices ont conclu que le foyer n'avait pas exigé une preuve de l'inscription ou du permis des

infirmiers auprès de l'agence qui les employait ou, dans le cas de deux des trois infirmiers, dont l'un était Wettlaufer, directement auprès des infirmiers d'agence eux-mêmes. Telfer Place n'avait pas non plus pris de mesures pour vérifier si ces deux infirmiers étaient en règle avec l'Ordre des infirmières et des infirmiers de l'Ontario (Ordre). Les inspectrices ont conclu que la gravité de ce non-respect était un « risque minimal » et que son étendue était « généralisée ». Étant donné que le foyer n'avait pas d'antécédents de non-respect de cette partie précise du Règlement, les inspectrices ont délivré un plan de redressement volontaire. Comme l'a expliqué M<sup>me</sup> Vink, elle estimait que ce non-respect constituait un risque minimal parce que lorsqu'elle a consulté registre *Find a Nurse*, sur le site Web de l'Ordre, elle a trouvé qu'à l'exception de Wettlaufer, les autres infirmiers étaient « des membres en règle de l'Ordre ».

Étant donné que les inspectrices n'avaient délivré aucun ordre de conformité dans le cadre de cette inspection, aucune inspection de suivi n'était nécessaire à Telfer Place.

## G. Inspections menées dans d'autres foyers

À l'automne 2016, étant donné que le BRS de Hamilton a appris que Wettlaufer avait été placée comme infirmière autorisée d'agence dans plusieurs autres foyers de SLD de son ressort, des inspections ont été ordonnées à Anson Place Care Centre, à Park Lane Terrace, à Brierwood Gardens et à Dover Cliffs Long Term Care Home.

Le 6 octobre 2016, l'inspectrice chargée de l'évaluation préliminaire Aislinn McNally a été informée que Wettlaufer avait travaillé à Dover Cliffs et à Brierwood Gardens. Elle a demandé des inspections de ces foyers ce jour-là. Le 28 octobre 2016, l'administrateur d'Anson Place a téléphoné au BRS de Hamilton pour indiquer que l'infirmière autorisée accusée d'infractions criminelles avait travaillé dans son foyer. Le même jour, une inspection était ordonnée pour Anson Place. Enfin, à la fin novembre, la gestionnaire du BRS de Hamilton, M<sup>me</sup> Fairchild, a appris que Wettlaufer avait effectué quatre quarts de travail à Park Lane. Une inspection a alors été ordonnée dans ce foyer.

L'équipe affectée à l'inspection à Telfer Place a aussi été chargée de mener les inspections à Anson Place, à Park Lane, à Brierwood Gardens et à Dover Cliffs. M<sup>me</sup> Vink et M<sup>me</sup> Edwards ont participé aux inspections dans les quatre foyers. M<sup>me</sup> Hiltz-Bontje a aidé aux inspections à Anson Place et à Brierwood Gardens.

Les inspections menées dans ces quatre foyers ont principalement eu lieu en novembre et en décembre 2016. Elles ont pris beaucoup moins de temps que celles menées à Telfer Place, à Meadow Park (London) et à Caressant Care (Woodstock). Les inspectrices ont passé six jours à Anson Place, cinq jours à Park Lane et huit jours à Dover Cliffs. L'inspection la plus longue (et celle ayant donné lieu au plus grand nombre de constatations de non-respect) a eu lieu à Brierwood Gardens et a duré 12 jours.

Les foyers dans lesquels Wettlaufer avait été placée comme infirmière d'agence autorisée étaient de tailles différentes. Le plus petit était Anson Place, qui détenait un permis pour 61 lits. Venaient ensuite Dover Cliffs (70 lits) et Brierwood Gardens (79 lits). Park Lane était le foyer le plus grand des quatre foyers, avec 132 lits. Tous ces foyers recouraient aux services d'infirmiers d'agence autorisés pour combler leurs besoins lorsqu'ils manquaient de personnel. Le plan d'inspection utilisé pour les quatre inspections était semblable à celui utilisé pour l'inspection menée à Telfer Place : les inspectrices ont examiné des problèmes propres au recours à du personnel d'agence dans les foyers, de même que des problèmes liés à la gestion des médicaments.

## 1. Constatations des inspections

Les rapports d'inspection de chacun de ces foyers ont été publiés séparément et, pour trois des quatre foyers, à des dates différentes<sup>39</sup>, mais les foyers avaient des problèmes de non-respect semblables, la plupart attribués au recours à des infirmiers d'agence. Les principaux problèmes de non-respect visaient l'omission de respecter l'exigence qu'un infirmier autorisé soit de garde en tout temps (comme l'exige l'article 8(3) de la LFSLD); l'omission d'effectuer les vérifications de présélection appropriées pour le personnel d'agence, tant à l'égard de la vérification de dossier de police (comme l'exige

---

<sup>39</sup> Les premiers rapports publiés étaient ceux des inspections menées à Park Lane et à Dover Cliffs, le 24 mai 2017. Le rapport de l'inspection menée à Anson Place a été publié le 29 mai 2017. Le rapport de l'inspection menée à Brierwood Gardens a initialement été publié le 14 août 2017. Une version modifiée a été publiée le 31 août 2017, comportant un petit changement à la date limite pour la formation du personnel prévue par l'ordre de conformité.

Il est possible de consulter ces rapports d'inspection aux adresses suivantes : Park Lane, onglet Constats d'inspection, année 2017 <http://publicreporting.ltchomes.net/fr-ca/homeprofile.aspx?Home=2779&tab=1>; Dover Cliffs, onglet Constats d'inspection, année 2017 <http://publicreporting.ltchomes.net/fr-ca/homeprofile.aspx?Home=1056&tab=1>; Anson Place, onglet Constats d'inspection, année 2017, <http://publicreporting.ltchomes.net/fr-ca/homeprofile.aspx?Home=2786&tab=1>; Brierwood Gardens, onglet Constats d'inspection, année 2017 <http://publicreporting.ltchomes.net/fr-ca/homeprofile.aspx?Home=2678&tab=1>.



l'article 75(2) de la LFSLD) qu'à l'inscription à l'Ordre (comme l'exige l'article 46 du Règlement); l'omission de veiller à ce que le personnel d'agence reçoive toute la formation exigée avant de commencer à travailler dans le foyer (comme l'exige l'article 76 de la LFSLD). Des avis écrits ont été délivrés aux quatre foyers pour non-respect de « l'exigence IA 24 heures sur 24 » (« 24/7 RN requirement ») et omission d'effectuer les vérifications de dossier de police requises.

Seul le foyer Dover Cliffs a fait l'objet d'un avis écrit assorti d'un plan de redressement volontaire concernant le non-respect de « l'exigence IA 24 heures sur 24 »; les autres foyers ont fait uniquement l'objet d'avis écrits. Les rapports d'inspection pour Anson Place, Park Lane et Brierwood Gardens ont indiqué que chacun de ces foyers comptait entre huit et 12 quarts de travail pendant une période de cinq à sept mois où le seul infirmier autorisé présent dans le foyer était un infirmier d'agence autorisé (dans des circonstances où la loi ne permettait pas leur emploi). Les omissions à cet égard étaient beaucoup plus fréquentes à Dover Cliffs que dans les autres foyers, avec un infirmier d'agence autorisé comme seul infirmier autorisé dans le foyer à environ 80 reprises pendant une période de six mois.

Un avis écrit assorti d'un plan de redressement volontaire a été délivré à tous les foyers pour omission de prendre des mesures pour veiller à la vérification de dossier de police des membres de personnel d'agence avant de commencer à travailler dans le foyer. La seule exception était Anson Place, qui n'a reçu qu'un avis écrit. Selon le rapport d'inspection pour Anson Place, le foyer a « immédiatement mis en œuvre un plan pour veiller au respect [de cette disposition] » pendant l'inspection.

Les inspectrices ont conclu que les quatre foyers avaient tous omis de respecter les dispositions réglementaires qui exigeaient que le titulaire de permis veille à ce que les infirmiers soient dûment inscrits à l'Ordre. Plus précisément, Anson Place et Brierwood Garden ont fait l'objet d'avis écrits pour avoir omis de respecter l'article 46 du Règlement, qui exige que le titulaire de permis veille à ce que chaque membre du personnel qui exerce des fonctions à titre d'infirmier autorisé ou d'infirmier auxiliaire autorisé soit titulaire du certificat d'inscription approprié en vigueur décerné par l'Ordre. Même si les inspectrices ont conclu que ce problème visait le personnel d'agence dans les deux foyers, il concernait aussi au moins une nouvelle employée à Brierwood Gardens. En effet, selon le rapport pour Brierwood Gardens, les inspectrices ont conclu qu'une infirmière auxiliaire autorisée avait été engagée pour travailler au foyer et qu'elle exécutait ses fonctions depuis

six mois, même si elle n'était pas titulaire d'un certificat d'inscription décerné par l'Ordre. Les inspectrices ont délivré un avis écrit assorti d'un plan de redressement volontaire.

Les inspectrices ont également délivré des avis écrits assortis de plans de redressement volontaires à Dover Cliffs et à Park Lane pour non-respect d'une autre disposition connexe du Règlement, soit l'article 234. En vertu de cette disposition, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que soit conservé pour chaque membre du personnel un dossier contenant l'inscription en vigueur auprès de l'Ordre. Les deux foyers avaient toutefois présumé que l'agence effectuait la présélection du personnel, conformément aux modalités de leur contrat, mais ils ont reconnu qu'ils ne demandaient pas à chaque fois à l'agence une preuve de l'inscription de l'infirmier d'agence à l'Ordre.

Un avis écrit a été délivré à chaque foyer, à l'exception de Dover Cliffs, pour omission de veiller à ce que le personnel d'agence reçoive une formation avant de commencer à travailler dans les foyers, comme l'exige l'article 71 de la LFSLD. Plus particulièrement, les inspectrices ont conclu que les foyers n'avaient pas donné au personnel d'agence une formation dans des domaines comme la déclaration des droits des résidents, l'obligation de faire rapport en vertu de l'article 24 de la LFSLD et la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements. Les avis écrits délivrés à Brierwood Gardens et Park Lane étaient accompagnés de plans de redressement volontaires.

Les inspectrices ont également délivré quatre autres avis de constatation de non-respect à Brierwood Gardens à la suite de leur inspection, comme suit<sup>40</sup> :

- omission d'avoir respecté les articles 131(2) et (3) du Règlement qui exigent que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments et que nul autre qu'un médecin, un dentiste, un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé n'administre un médicament à un résident du foyer; cette constatation a fait l'objet à la fois d'un plan de redressement volontaire et d'un ordre de conformité;
- omission de veiller à ce que tous les membres du personnel du foyer possèdent les compétences et les qualités requises appropriées pour exercer leurs fonctions comme l'exige l'article 73 de la LFSLD; cette constatation a été assortie d'un plan de redressement volontaire;

---

<sup>40</sup> Huit avis de constatations de non-respect ont été délivrés à Brierwood Gardens, quatre à Anson Place et Park Lane et trois à Dover Cliffs.

- omission de veiller à ce que les programmes de soins pour les résidents soient réexaminés et révisés lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent, comme l'exige l'article 6 de la LFSLD; cette constatation a été assortie d'un plan de redressement volontaire;
- omission de transmettre un rapport d'incident grave au directeur à l'occasion du décès inattendu ou soudain d'un résident, comme l'exige l'article 107(1) du Règlement; cette constatation a fait uniquement l'objet d'un avis écrit de non-respect.

## 2. Incidence des inspections

Au cours des audiences, j'ai entendu plusieurs anciens collègues de Wettlaufer décrire combien il était bouleversant pour eux d'apprendre qu'ils avaient travaillé aux côtés d'une infirmière qui causait subrepticement préjudice à ceux dont elle était supposée prendre soin. Bien qu'on soit aujourd'hui plus sensible au traumatisme indirect que subissent les premiers répondants, nous ne prenons pas toujours en compte l'effet sur ceux qui doivent faire enquête sur les horreurs que des êtres humains peuvent infliger à d'autres.

Tous les inspecteurs et les gestionnaires de la Direction de l'inspection du Ministère qui ont témoigné ont parlé de la difficulté à participer aux inspections qui ont suivi les aveux de Wettlaufer. Les trois inspectrices principales ont toutes éclaté en sanglots lorsque l'avocate de la Commission leur a demandé de décrire l'effet que ce travail avait eu sur elles. M<sup>me</sup> Kukoly a décrit l'effet que ce travail a eu sur elle et s'est déclarée préoccupée par les conséquences possibles sur la profession d'infirmière ou d'infirmier et le secteur des soins de longue durée de manière plus générale :

Donc, lorsque j'ai tout d'abord été informée des aveux d'EW [Wettlaufer], faire face à l'ampleur évidente... de ces aveux et des accusations déposées a été terrifiant.

Être désignée pour cette inspection a été à tout le moins stressant. La lecture des notes d'évolution d'un résident que nous savions maintenant avoir été tué était véritablement bouleversante. C'était hallucinant. Ce n'était pas la raison pour laquelle je métais dirigée vers la profession infirmière.

De même, au cours de l'inspection, c'était la première fois que nous faisons des enregistrements audios des entretiens. Parler au personnel dans le foyer était horrible. La plupart pleuraient. Certains sanglotaient. Ils étaient tous en état de choc à l'annonce des accusations et ils continuaient à donner des soins aux résidents.

Il y a eu des moments où nous avons arrêté l'enregistrement pour leur permettre de se ressaisir. La tension et la culpabilité de travailler avec quelqu'un qui avait fait cela étaient tout à fait palpables.

Je n'arrête pas de penser à combien horrible ce doit être pour les résidents qui vivaient dans le foyer à ce moment-là et leurs familles de regarder les nouvelles et d'entendre ce qui se passait dans le foyer où ils habitaient. C'est leur foyer.

Parler aux familles pendant cette inspection a été la partie la plus difficile. Appeler une personne dont nous savions que l'être cher avait été tué en soins de longue durée et de... lui demander de nous en parler était plus qu'horrible. Ils pleuraient et je peux vous dire que nous avons pleuré pendant ces entretiens.

...

Je suis infirmière. J'ai toujours voulu être infirmière. C'est très cliché. J'ai joué plusieurs rôles différents dans le domaine des soins infirmiers, mais le but est toujours d'aider – d'aider les gens. Et peu importe si je suis dans le foyer en qualité d'inspectrice ou si j'administre des médicaments, lorsque je vois une personne en détresse, l'envie de vouloir l'aider ne disparaît pas parce que je porte un insigne d'inspectrice.

La pression de bien faire mon travail d'inspectrice et de représenter le ministère de la Santé, le processus d'inspection, pour les résidents et le public, était et est vraiment énorme.

Je peux sincèrement dire que ces inspections et le processus d'enquête publique m'ont changé pour toujours.

Mais le pire de tout, c'est que cela a entaché les soins de longue durée et les soins infirmiers. La confiance envers les soins de longue durée et les soins infirmiers a été gravement érodée.

Je pense que l'incidence de tout ceci sur le secteur ira bien au-delà de ce que l'on peut imaginer.

Nous avons parlé de la pénurie d'infirmières et d'infirmiers; et après un tel événement, qui voudra aller travailler comme infirmière ou infirmier en soins de longue durée? J'ai des craintes pour l'avenir des soins de longue durée et j'ai des craintes pour l'avenir des soins infirmiers.

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

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	582
	<b>A. L'importance du secteur des soins à domicile en Ontario</b> ...	582
	<b>B. Aperçu des services de soins à domicile existants</b> .....	584
<b>II.</b>	<b>Aperçu des CASC et des RLISS</b> .....	587
<b>III.</b>	<b>Le cadre juridique régissant les services de soins à domicile au moment de l'Infraction</b> .....	588
	<b>A. La Loi sur les services de soins à domicile et les services communautaires</b> .....	588
	1. Les obligations imposées aux CASC par la LSSDSC .....	588
	2. Les obligations imposées aux fournisseurs de services par la LSSDSC .....	589
	<b>B. Les ententes de services entre les CASC et les fournisseurs de services</b> .....	589
<b>IV.</b>	<b>La fourniture de soins aux patients</b> .....	590
	<b>A. La réception des demandes de services et l'évaluation initiale du CASC</b> .....	590
	<b>B. L'affectation d'un fournisseur de services</b> .....	593
	<b>C. Les évaluations du fournisseur de services et la fourniture des services</b> .....	593
	<b>D. Les réévaluations par le coordonnateur des soins</b> .....	595
	<b>E. La cessation de services pour les patients du CASC</b> .....	595
<b>V.</b>	<b>La surveillance et les compétences du personnel du fournisseur de services</b> .....	595
	<b>A. Les exigences relatives aux compétences et à la formation du personnel infirmier</b> .....	595
	<b>B. L'affectation et la surveillance des professionnels de la santé</b> .....	597

<b>VI. La gestion des médicaments en soins à domicile</b> .....	598
<b>VII. La détection et la prévention des mauvais traitements</b> .....	600
<b>VIII. Le traitement des plaintes et des incidents entraînant un risque</b> .....	602
<b>A. La manière dont le CASC a été informé des plaintes et des incidents entraînant un risque</b> .....	602
<b>B. Le signalement et le traitement des plaintes et des incidents entraînant un risque au moment de l'infraction</b> ..	603
1. En vertu de la LSSDSC .....	603
2. En vertu des ententes de services .....	604
3. Les politiques et les procédures du CASC du Sud-Ouest .....	604
4. La résolution des plaintes et des incidents entraînant un risque ..	609
<b>IX. L'utilisation des données sur les plaintes et les incidents entraînant un risque</b> .....	610
<b>A. Données suivies et examinées pour déceler les tendances</b> ..	610
<b>B. L'examen des tendances pour surveiller et résoudre les problèmes systémiques</b> .....	611
<b>C. L'étude des tendances pour surveiller et examiner le rendement des fournisseurs de services</b> .....	612
<b>X. La manière dont le CASC gérait les problèmes de rendement avec un fournisseur de services</b> .....	613
<b>A. Les conversations informelles</b> .....	613
<b>B. Les avis d'amélioration de la qualité</b> .....	613
<b>C. Les réunions de gestion des contrats</b> .....	614
<b>D. La retenue du paiement</b> .....	614
<b>E. La réduction de la part de marché</b> .....	614
<b>F. La résiliation de l'entente de services</b> .....	615
<b>G. Le pouvoir de suspendre du ministre</b> .....	615
<b>H. Le pouvoir du CASC d'inspecter, de surveiller ou d'examiner</b> .....	615
<b>XI. Le recours à des sous-traitants</b> .....	616
<b>A. La capacité du fournisseur de services à engager des sous-traitants</b> .....	616
<b>B. Le CASC et les sous-traitants d'un fournisseur de services</b> ...	617
<b>C. La cessation du recours à des sous-traitants</b> .....	618

<b>XII. Les soins prodigués à la victime de l'Infraction et l'enquête du CASC du Sud-Ouest après les aveux de Wettlaufer</b> .....	618
A. Les soins prodigués à la victime de Wettlaufer à domicile . . .	618
B. Le CASC du Sud-Ouest découvre les aveux de Wettlaufer . . .	620
C. Les discussions avec Saint Elizabeth .....	621
D. Les communications avec les fournisseurs de services .....	621
E. Les communications avec le CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant .....	622
F. Les vérifications des dossiers des patients par le CASC du Sud-Ouest .....	623
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	624

## I. Introduction

### A. L'importance du secteur des soins à domicile en Ontario

Les soins à domicile publics jouent un rôle essentiel dans le système de santé de la province. De nombreux Ontariens préfèrent recevoir des soins médicaux à domicile et, lorsqu'ils sont au seuil de la mort, préféreraient mourir chez eux que dans un établissement. La prestation efficace et sûre de services de soins à domicile publics est nécessaire pour que la population reste plus longtemps à la maison. Ces services sont également essentiels pour réduire la pression qui s'exerce sur les hôpitaux : en permettant aux patients de rentrer chez eux plus rapidement, on libère des lits d'hôpitaux pour les personnes qui sont gravement malades. C'est pourquoi l'État a déployé des efforts concertés au cours des dernières années pour accroître le soutien offert aux soins de santé à domicile<sup>1</sup>.

La loi ne définit pas le terme « services de soins à domicile », mais aux fins du présent chapitre, je l'utilise pour désigner les services de soutien à la personne, les services de soins infirmiers et les services de thérapie financés par l'État<sup>2</sup> qui étaient fournis ou organisés par les 14 Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de l'Ontario au moment où Wettlaufer a commis les Infractions – responsabilités qui ont ensuite été assumées par les 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS).

La nécessité des services de soins à domicile publics augmente, et l'acuité des patients à domicile est de plus en plus importante. Au cours de l'exercice 2016-2017, 58 % des patients en soins à domicile avaient plus de 65 ans<sup>3</sup>. La complexité des besoins d'assistance médicale et personnelle de ces patients a nettement augmenté au cours de la dernière décennie. En effet, le pourcentage de patients adultes recevant des soins de longue durée à

<sup>1</sup> Voir par ex. Groupe d'experts pour l'examen des soins à domicile et en milieu communautaire *Amener les soins au domicile : Rapport du Groupe d'experts pour l'examen des soins à domicile et en milieu communautaire* (mars 2015); et ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire*, 2015.

<sup>2</sup> Ces services comprennent entre autres les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, de diététique, de travail social et de pharmacie.

<sup>3</sup> Données compilées par Services communs pour la santé Ontario et fournies au RLISS du Sud-Ouest en prévision des audiences publiques de l'Enquête.



domicile et ayant « des besoins élevés en soins » a plus que doublé entre les exercices 2007-2008 et 2015-2016<sup>4</sup>. Comme l'a expliqué Donna Ladouceur, vice-présidente des soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS du Sud-Ouest, aux audiences publiques :

[L]es patients utilisant des respirateurs devaient auparavant rester à l'hôpital, mais nous pouvons maintenant les soigner à la maison. À mon avis, ce n'est plus vrai que le travail d'infirmier en milieu hospitalier est plus exigeant que celui d'infirmier en soins à domicile sur le plan des problèmes de soins auxquels les infirmiers sont confrontés.

Au cours de l'exercice 2016-2017, 561 380 Ontariens ont reçu des soins à domicile financés par l'État<sup>5</sup>. Les soins infirmiers sont de loin le type de services le plus courant, plus de 320 000 personnes ayant reçu de tels soins à domicile au cours de l'exercice 2016-2017, et 10 248 autres bénéficiant de « quarts de travail » d'infirmiers à domicile<sup>6</sup>. Cela équivaut à 7,28 millions de visites d'infirmiers à domicile en plus de 2,19 millions d'heures de soins infirmiers sous forme de quarts de travail<sup>7</sup>.

Comme le montrent les statistiques, il y a une forte demande pour ces services qui jouent un rôle important dans les soins dispensés à la population ontarienne, en particulier les personnes âgées. Cependant, comme dans les soins de longue durée, le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé qualifiés dans le secteur des soins à domicile constituent un défi permanent. De nombreux employés qualifiés délaissent les soins à domicile pour travailler en milieu hospitalier. Lors des audiences publiques, des témoins ont indiqué que les postes d'infirmiers en milieu hospitalier sont souvent considérés comme plus désirables pour plusieurs raisons :

- il n'est pas nécessaire de conduire d'une maison à l'autre;

---

<sup>4</sup> Données compilées par Services communs pour la santé Ontario et fournies au RLISS du Sud-Ouest en prévision des audiences publiques de l'Enquête.

<sup>5</sup> Données compilées par Services communs pour la santé Ontario et fournies au RLISS du Sud-Ouest en prévision des audiences publiques de l'Enquête.

<sup>6</sup> Données compilées par Services communs pour la santé Ontario et fournies au RLISS du Sud-Ouest en prévision des audiences publiques de l'Enquête. Les soins infirmiers par quart impliquent qu'un infirmier se rend chez le patient pendant un bloc d'heures déterminé pour prodiguer des soins. Les services d'infirmiers visiteurs comprennent généralement des visites plus courtes avec des infirmiers effectuant des interventions infirmières spécifiées, puis partant après la fin de la tâche spécifiée.

<sup>7</sup> Données compilées par Services communs pour la santé Ontario et fournies au RLISS du Sud-Ouest en prévision des audiences publiques de l'Enquête.

- le personnel hospitalier est rémunéré par quart de travail d'un certain nombre d'heures, alors que le personnel affecté aux soins à domicile est généralement rémunéré à la visite et les visites ne se déroulent pas toujours en un bloc continu;
- les hôpitaux paient beaucoup plus;
- dans certains domiciles, les conditions de travail peuvent être inadéquates ou peu sécuritaires ou l'atmosphère, désagréable;
- les collègues à l'hôpital peuvent fournir un soutien en personne.

Par conséquent, il est souvent difficile de maintenir un personnel suffisant pour répondre à la demande de soins à domicile. Cette situation met à rude épreuve le système de soins à domicile et représente un défi lorsqu'on cherche à garantir que les patients reçoivent les services dont ils ont besoin.

## **B. Aperçu des services de soins à domicile existants**

L'une des différences les plus importantes entre la fourniture de services de soins de santé à domicile par rapport à un établissement de soins de longue durée (SLD) ou à un autre milieu institutionnel, est que, chez lui, le patient conserve une complète autonomie en ce qui concerne son milieu et ses activités quotidiennes. Contrairement au milieu institutionnel, où tous les aspects des médicaments et des soins du patient sont pris en charge par quelqu'un d'autre, dans le milieu des soins à domicile, les professionnels de la santé ont moins de prise sur l'environnement. De plus, contrairement à ce qui se fait dans les établissements, il n'y a généralement qu'un seul professionnel au domicile à la fois, ce qui signifie que la manière dont les services de soins de santé à domicile sont fournis ne fait habituellement pas l'objet d'une supervision directe sur place.

Deux options s'offrent aux patients qui ont besoin de services de soins de santé à domicile. Ils peuvent payer une organisation privée ou, s'ils y sont admissibles, utiliser le système public. Comme nous l'avons vu, les CASC étaient chargés de fournir des services de soins à domicile publics – ou de prendre des dispositions en ce sens – au moment où Wettlaufer a commis les infractions. Les CASC pouvaient soit fournir eux-mêmes des services, soit faire appel à un autre organisme, appelé fournisseur de services, pour les fournir. Les contrats attribués, appelés ententes de services, ont été pris en charge par les RLISS lorsqu'ils ont assumé les responsabilités des CASC.

Les audiences publiques de l'Enquête se concentraient sur les pratiques du CASC du Sud-Ouest, car c'est la région dans laquelle Wettlaufer a commis l'infraction impliquant un patient soigné à domicile (Infraction). Le personnel du CASC du Sud-Ouest offrait certains types de soins infirmiers spécialisés directement aux patients; toutefois, il ne s'agissait que d'une petite fraction de ce type de services à domicile fournis par le système public. La grande majorité des services étaient assurés par des fournisseurs de services – dont les travailleurs n'étaient pas à l'emploi d'un CASC qui, par conséquent, n'exerçait pas sur eux de supervision ni de surveillance directe. Cette situation s'est poursuivie lorsque les RLISS ont assumé les responsabilités des CASC.

Cette réalité crée une vulnérabilité potentielle dans le système de soins à domicile. La prestation de services de soins à domicile sécuritaires et efficaces dépend en grande partie de la sélection, de la supervision et de la surveillance adéquates des professionnels de la santé par les fournisseurs de services. Elle repose aussi sur le signalement adéquat par le personnel et les responsables du fournisseur de services des problèmes qui surviennent, notamment les erreurs de médicament et les signes de mauvais traitements. Si les fournisseurs de services ne s'assuraient pas que leur personnel signalait ces problèmes, ou si la direction négligeait de le faire, le CASC pouvait ne jamais en être informé, à moins que le patient ou une autre personne à la maison ne lui ait signalé le problème directement.

Dans la discussion sur le système de soins à domicile public en Ontario, ce chapitre aborde ces vulnérabilités plus en détail. Je commence par donner un aperçu du rôle des CASC et des RLISS dans le secteur des soins à domicile, ainsi que du cadre législatif et contractuel régissant les services de soins à domicile financés par l'État. J'aborde ensuite la manière dont les soins aux patients sont fournis, notamment le processus d'aiguillage et d'évaluation, la supervision du personnel, la gestion des médicaments et les processus en place pour détecter et prévenir les mauvais traitements. J'examine ensuite les processus existants de gestion des plaintes et autres incidents qui posent un risque pour les patients, ainsi que la gestion par les CASC des problèmes de rendement avec les fournisseurs de services. Pour finir, je traite des services de soins à domicile dont bénéficiait la victime et de l'enquête menée par le CASC du Sud-Ouest après la révélation des aveux de Wettlaufer.

Trois remarques préliminaires s'imposent. Premièrement, le présent chapitre porte sur la prestation de soins à domicile par les CASC, ceux-ci étant chargés de fournir ou d'organiser des services de soins à domicile publics

au moment des Infractions. Toutefois, comme nous l'avons mentionné, peu de temps après la révélation des Infractions, les CASC ont été dissous et les 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont repris leurs responsabilités, notamment celle de fournir des soins à domicile publics ou d'organiser la fourniture de ces soins<sup>8</sup>. Sauf indication contraire, les pratiques du CASC abordées dans le présent chapitre sont restées inchangées à tous les égards importants lorsque les RLISS ont assumé leurs responsabilités, sauf que ces dernières étaient exercées par les RLISS et non par les CASC. Par la suite, pendant la rédaction du présent Rapport, le 26 février 2019, le gouvernement de l'Ontario a présenté le projet de loi 74<sup>9</sup> qui, entre autres, réorganiserait les 14 RLISS. Toutes les recommandations contenues dans le présent Rapport adressées aux RLISS devraient être prises en compte par tout organisme qui lui succédera avec des responsabilités liées au système de SLD.

Deuxièmement, ce chapitre se concentre sur les pratiques du CASC du Sud-Ouest, puisque c'est la région dans laquelle l'Infraction a été commise. Cependant, chaque CASC est autorisé à établir ses propres politiques ou procédures. Dans la mesure où ce chapitre concerne les politiques et les procédures du CASC – par opposition aux exigences législatives ou contractuelles – les procédures des autres CASC n'étaient pas nécessairement les mêmes.

Enfin, comme nous l'avons mentionné, les patients peuvent prendre leurs propres dispositions et payer un organisme pour leur fournir directement des soins à domicile. En fait, de nombreux fournisseurs de services offrent à la fois des services de soins à domicile publics aux patients des CASC et des services

---

<sup>8</sup> La *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, L.O. 2016, chap. 30, a reçu la sanction royale le 8 décembre 2016, après la période au cours de laquelle Wettlaufer a commis les Infractions. Cette loi modifiait la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, L.O. 2006, chap. 4, permettant au ministre de transférer le personnel, les actifs et les passifs des CASC aux RLISS. Le ministre a autorisé les RLISS à fournir certains services communautaires dans le cadre de la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires*, L.O. 1994, chap. 26 (LSSDSC) et a désigné les RLISS comme coordonnateurs des placements en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Ces approbations et désignations ont pris effet à la même date que les ordonnances de transfert, de sorte que toutes les responsabilités précédemment assumées par les CASC étaient alors assumées par les RLISS. Chaque CASC a cessé d'exister à la date de son transfert en 2017.

<sup>9</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. Lorsque les dispositions pertinentes entreront en vigueur, cette loi créera, entre autres, un nouvel organisme gouvernemental – Santé Ontario – et permettra la réorganisation ou la dissolution des 14 RLISS existants. Toutes les recommandations formulées dans le présent Rapport à l'intention des RLISS devraient être considérées par tout organisme successeur ayant des responsabilités liées au système de SLD, y compris Santé Ontario.

de soins à domicile privés à d'autres patients. Cependant, le cadre législatif et contractuel régissant les services de soins à domicile publics ne s'applique pas aux soins à domicile privés. L'analyse des services de soins à domicile privés dépasse le mandat de l'Enquête, étant donné que l'infraction dans le cadre des soins à domicile concerne un patient d'un CASC.

## II. Aperçu des CASC et des RLISS

Les CASC ont été établis par la *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires*<sup>10</sup> et étaient responsables de l'accès aux soins à domicile et en milieu communautaire. Avant leur dissolution en 2017 et la prise en charge de leurs responsabilités par les RLISS, les CASC évaluaient notamment les patients afin de déterminer leur admissibilité aux services et fournissaient des soins à domicile ou organisaient la fourniture de ces soins (y compris les soins infirmiers, le soutien personnel et les services de thérapie) aux patients à domicile, à l'école et dans la communauté. Les RLISS fournissaient aux CASC un financement provenant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) pour la prestation de services de soins à domicile, et les CASC pouvaient utiliser ces fonds pour fournir les services eux-mêmes ou pour payer un fournisseur.

Les RLISS ont été établis par la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*<sup>11</sup>. Ce sont des organismes de la Couronne mis en place pour planifier, coordonner, intégrer et financer les services de santé au niveau régional, en partant du principe que la planification communautaire des services de santé est plus à même de répondre aux besoins de la population locale. Chacun des 14 RLISS de la province est responsable de son territoire. Au moment où les Infractions ont été commises, il existait un CASC correspondant à la région géographique de chaque RLISS. À cette époque, les RLISS étaient notamment chargés de définir les priorités locales en matière de soins de santé. Avant d'assumer les responsabilités des CASC en 2017, les RLISS ne fournissaient aucun service direct; ils finançaient plutôt d'autres organisations – comme les CASC – qui s'en chargeaient.

<sup>10</sup> L.O. 2001, chap. 33.

<sup>11</sup> L.O. 2006, chap. 4.

### III. Le cadre juridique régissant les services de soins à domicile au moment de l'infraction

#### A. La Loi sur les services de soins à domicile et les services communautaires

La Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires (LSSDSC)<sup>12</sup> régissait – et régit toujours – la prestation de services de soins à domicile publics par les CASC, plus tard par les RLISS. Elle imposait des obligations limitées aux CASC (plus tard les RLISS) et aux fournisseurs de services.

##### 1. Les obligations imposées aux CASC par la LSSDSC

Lorsqu'une personne demandait au CASC des services de soins à domicile publics, la LSSDSC exigeait que le CASC évalue ses besoins; détermine son admissibilité et, si la personne était admissible, élabore un programme de services<sup>13</sup>. Elle obligeait aussi le CASC à examiner les besoins du patient, le cas échéant, et à évaluer et réviser le programme de services en conséquence<sup>14</sup>. Le CASC devait tenir compte des préférences du patient lors de l'élaboration, de l'évaluation et de la révision du programme, et devait permettre au patient, au mandataire spécial ou au substitut désigné du patient ou du mandataire spécial de participer à l'élaboration du programme<sup>15</sup>.

Le CASC était tenu de respecter et de promouvoir la déclaration des droits énoncée à l'article 3(1) de la LSSDSC. En vertu de la LSSDSC, le CASC devait également fournir aux patients un avis écrit contenant certains renseignements, notamment la liste des droits énumérés dans la déclaration des droits, un énoncé précisant que le personnel du CASC et des fournisseurs de services était tenu de respecter et de promouvoir ces droits, ainsi qu'une explication de la marche à suivre pour porter plainte ou pour faire des suggestions concernant le CASC et ses fournisseurs de services<sup>16</sup>.

La LSSDSC exigeait aussi que le CASC élabore un programme visant à prévenir et à dépister les mauvais traitements – y compris la sensibilisation et la formation du personnel sur ce sujet; l'élaboration d'un système de gestion de

<sup>12</sup> L.O. 1994, chap. 26.

<sup>13</sup> LSSDSC, art. 22(1).

<sup>14</sup> LSSDSC, art. 22(2).

<sup>15</sup> LSSDSC, art. 22(4), (6).

<sup>16</sup> LSSDSC, art. 25(2).

la qualité pour surveiller, évaluer et améliorer la qualité des services fournis et l'établissement d'une procédure d'examen et de traitement de certains types de plaintes<sup>17</sup>. Cependant, la LSSDSC ne donnait que peu d'indications sur la manière dont les CASC devaient s'acquitter de ces exigences. Plus loin dans ce chapitre, j'aborde en détail l'approche du CASC du Sud-Ouest à l'égard de ces obligations.

La LSSDSC n'est pas trop directive quant à la manière de fournir les services au quotidien. Comme nous le verrons plus loin, la plupart des obligations liées à la fourniture de ces services figuraient dans les ententes entre les CASC et les fournisseurs de services.

## **2. Les obligations imposées aux fournisseurs de services par la LSSDSC**

La LSSDSC impose moins d'obligations aux fournisseurs de services qu'elle ne le faisait aux CASC. L'obligation la plus importante est celle demandant aux fournisseurs de services de respecter et de promouvoir la déclaration des droits de la LSSDSC. Cette déclaration des droits offre aux patients protection et soutien pour faire en sorte qu'ils ne subissent pas de mauvais traitement, que leurs besoins et leurs souhaits en matière de soins soient respectés et qu'ils soient traités avec égard et dignité, dans le respect de leur culture<sup>18</sup>.

De plus, la LSSDSC exige des fournisseurs de services qu'ils affichent certains renseignements dans leur bureau, y compris une copie de la déclaration des droits<sup>19</sup>. Elle renferme aussi des règles concernant la confidentialité et la divulgation des renseignements personnels sur la santé et l'accès aux dossiers médicaux<sup>20</sup>.

## **B. Les ententes de services entre les CASC et les fournisseurs de services**

Les ententes de services entre le CASC et ses fournisseurs de services définissaient les exigences relatives à la prestation quotidienne de soins à domicile. Ces contrats faisaient des centaines de pages et contenaient des exigences détaillées en matière de présentation de rapports; de compétences, de supervision et de sélection du personnel et de diverses autres questions. Ces exigences sont abordées plus tard dans ce chapitre.

<sup>17</sup> LSSDSC, art. 26, 27, 39.

<sup>18</sup> LSSDSC, art. 3(1)

<sup>19</sup> LSSDSC, art. 31.

<sup>20</sup> LSSDSC, art. 32-36.

Les ententes de services reposaient sur un modèle provincial commun utilisé par tous les CASC et renouvelé automatiquement chaque année. Bien que chaque CASC puisse adapter ses ententes de services dans une certaine mesure en y ajoutant des exigences, les obligations fondamentales imposées aux fournisseurs de services étaient les mêmes dans toute la province. Lorsque les CASC ont été dissous, les RLIS ont pris en charge les ententes de services conclues avec les fournisseurs de services.

Chaque entente précisait les services particuliers offerts, la région du CASC où ils seraient fournis et le montant payé par le CASC. Chaque entente définissait également la part de marché du fournisseur de services. Par exemple, si trois fournisseurs avaient des contrats de services de soins infirmiers dans une partie du territoire du CASC du Sud-Ouest, l'un d'entre eux pouvait avoir un contrat lui garantissant 50 % de la part de marché, et les deux autres 25 % chacun.

Dans de nombreux cas, un fournisseur n'assurait qu'un ou deux services. Ainsi, si un patient recevait plusieurs services de soins à domicile – p. ex. des services de soutien personnel, des soins infirmiers et de la physiothérapie – il pouvait traiter avec trois fournisseurs différents. Cette situation n'était pas rare, mais elle pouvait prêter à confusion pour les patients. Lorsqu'un patient recevait des services de plusieurs organisations, son coordonnateur des soins au CASC l'aidait à comprendre qui étaient les fournisseurs affectés et à qui s'adresser en cas de problème.

## **IV. La fourniture de soins aux patients**

### **A. La réception des demandes de services et l'évaluation initiale du CASC**

Un patient pouvait être aiguillé vers le CASC par un médecin, d'autres fournisseurs de soins, des membres de la famille et des amis. Les patients pouvaient également s'adresser eux-mêmes au CASC. Dans la région du Sud-Ouest, les hôpitaux constituaient la principale source d'aiguillage – entre 35 et 40 % environ.

Une fois qu'un patient était dirigé vers le CASC, un coordonnateur des soins de l'équipe d'accès (un coordonnateur de l'accès) effectuait généralement une évaluation initiale par téléphone. Si le patient était à l'hôpital, un coordonnateur des soins travaillant en milieu hospitalier procédait à l'évaluation en personne. L'évaluation initiale visait à déterminer l'admissibilité du patient aux services du CASC et à évaluer ses besoins, y compris leur



nature et leur degré d'urgence<sup>21</sup>. Bien que les critères d'admissibilité varient en fonction du service, tous les patients devaient en démontrer la nécessité et être couverts par le régime de santé publique de la province, l'Assurance-santé de l'Ontario<sup>22</sup>.

En supposant que le patient soit admissible aux services du CASC et puisse bénéficier d'un soutien adéquat à domicile, l'employé du CASC chargé de l'évaluation initiale préparait un programme de services qui était ensuite envoyé au fournisseur de services désigné, comme je l'explique plus en détail ci-dessous.

Parallèlement, le patient était aussi affecté à l'une des équipes communautaires du CASC. Au sein du CASC du Sud-Ouest, les patients étaient affectés à une des quatre équipes suivantes :

- **Court séjour** – une personne bénéficiant de services de courte durée et susceptible d'obtenir son congé dans quelques mois. Une grande partie des patients du CASC du Sud-Ouest étaient de ce type, et la majorité avait besoin de services pendant trois mois ou moins;
- **Chronique/indépendant en milieu communautaire** – une personne nécessitant une assistance de longue durée ou dont l'état se détériorait;
- **Complexe** – une personne ayant des besoins plus importants, plus complexes, ou des patients en soins palliatifs;
- **Enfants** – personnes de moins de 18 ans.

Un coordonnateur des soins de l'équipe affectée au patient devenait ensuite responsable de ce dernier, à titre de principal point de contact avec le CASC. Le coordonnateur des soins parlait aussi au fournisseur de services du patient en cas de difficulté. Tous les coordonnateurs des soins étaient des professionnels de la santé réglementés, même s'ils n'étaient pas tous des infirmiers.

Après avoir été affecté, le coordonnateur des soins se rendait au domicile du patient et procédait à une évaluation plus détaillée en personne<sup>23</sup>. Cette évaluation devait être terminée dans les 10 jours, bien que cela ne soit pas toujours réalisable et que, dans la pratique, elle puisse être effectuée avant ou après que le fournisseur de services ait commencé à fournir des services au

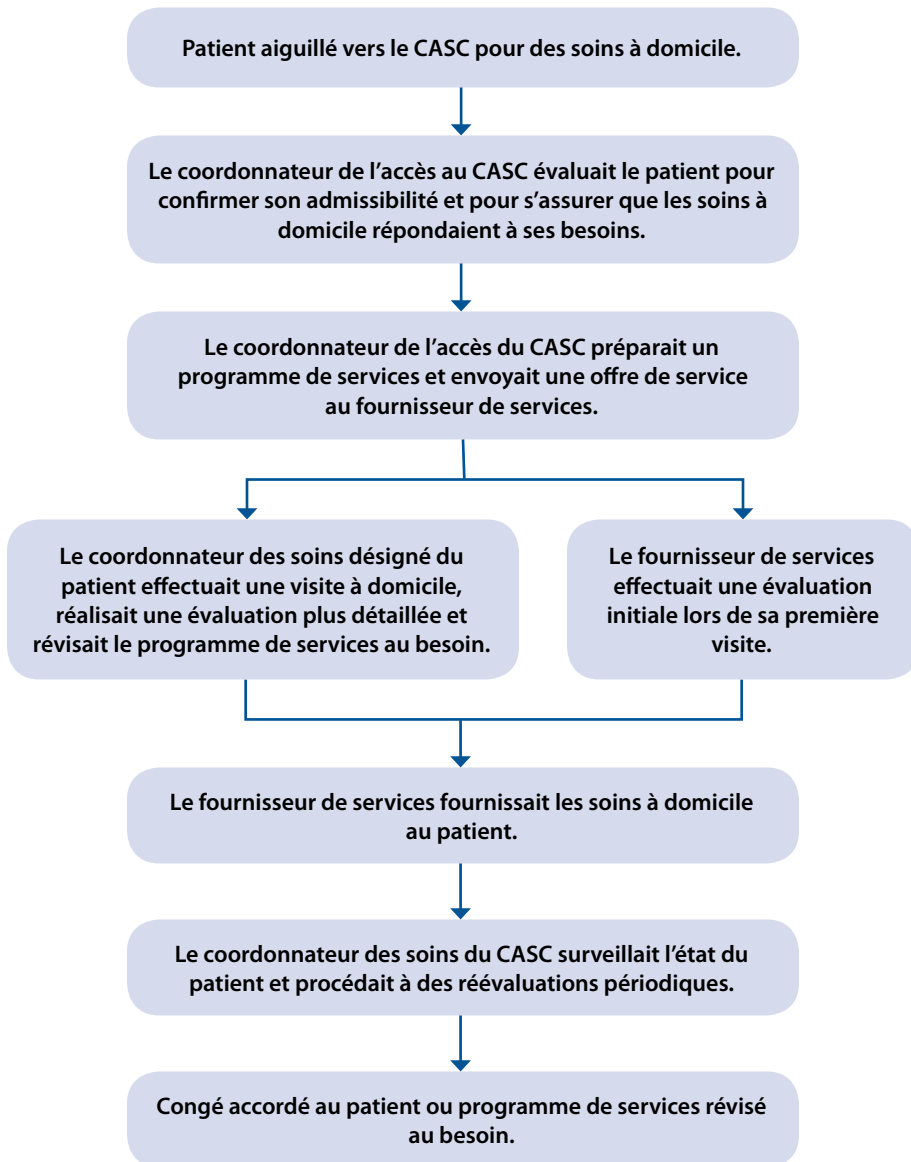
---

<sup>21</sup> Cette évaluation initiale a été réalisée à l'aide de l'instrument d'évaluation des résidents – évaluation des contacts (RAI-CA).

<sup>22</sup> Fourniture de services communautaires, Règl. de l'Ont. 386/99.

<sup>23</sup> Le coordonnateur des soins utilisait l'instrument d'évaluation des résidents – soins à domicile (RAI-HC) pour effectuer une évaluation en personne plus détaillée.

patient. Le coordonnateur des soins utilisait cette évaluation pour déterminer si le programme de services établi au moment de l'évaluation initiale devait être modifié en ajoutant ou en modifiant des services, en ajustant la fréquence des visites ou en modifiant la durée pendant laquelle les services devaient être fournis. La figure 12.1 illustre la fourniture des soins aux patients.



**Figure 12.1 La fourniture des soins aux patients**

Source : Adapté du Bureau du vérificateur général de l'Ontario, Rapport annuel 2015, 75.

## B. L'affectation d'un fournisseur de services

Après que le coordonnateur de l'accès ou le coordonnateur des soins hospitaliers a terminé l'évaluation initiale et élaboré le programme de services, le système du CASC affectait automatiquement un fournisseur de services au patient. L'affectation était automatique afin que chaque organisation reçoive la part de marché définie dans son entente de services (car le CASC était tenu de payer un taux plus élevé si le fournisseur de services ne recevait pas la part de marché promise). Cependant, dans de rares cas, les coordonnateurs des soins affectaient manuellement un fournisseur de services afin de favoriser la continuité des soins. Cela pouvait se produire si un patient du CASC venait d'obtenir son congé et devait de nouveau recevoir le même service. Cela pouvait aussi se produire si le fournisseur de services du patient indiquait qu'un professionnel de la santé doté de compétences spéciales était nécessaire (p. ex. un spécialiste du traitement des plaies). Dans ce cas, le coordonnateur des soins pouvait charger le même fournisseur de services de fournir ce professionnel spécialisé.

Une fois le fournisseur affecté, le coordonnateur des soins lui faisait parvenir une offre détaillant les services requis. Le fournisseur devait accepter ou refuser l'offre dans un délai relativement court. Les aiguillages pour les soins infirmiers étaient généralement acceptés ou refusés dans les 30 minutes, et ceux concernant les préposés aux services de soutien à la personne (préposés SSP), dans les 45 minutes. Une fois qu'un fournisseur de services acceptait l'offre, le CASC lui envoyait les coordonnées du patient par courriel, accompagnées d'un dossier d'aiguillage complet.

## C. Les évaluations du fournisseur de services et la fourniture des services

Le personnel infirmier du fournisseur de services conservait au domicile du patient un dossier papier que chaque infirmier assurant des services pouvait mettre à jour. Pour les services de soins à domicile autres que les soins infirmiers, les fournisseurs de services conservaient généralement des dossiers électroniques. Le CASC conservait son propre dossier électronique pour chaque patient, auquel le fournisseur de services n'avait pas accès. Ce dernier contenait des renseignements comme :

- des notes figurant dans le rapport sur le client décrivant tout contact avec le patient ou toute conversation avec les membres de sa famille, les membres de l'équipe de soins, les médecins et les fournisseurs de services du patient;

- les consentements;
- les coordonnées du médecin du patient;
- des détails sur les services du CASC pour lesquels le patient avait été aiguillé;
- les détails du programme de services du patient;
- les mises à jour sur les patients envoyées par le CASC au fournisseur de services;
- des copies des communications au sujet du patient entre le médecin et le personnel du fournisseur de services;
- les ordonnances des médecins;
- la documentation décrivant les changements de fréquence des services;
- les rapports soumis par le fournisseur de services;
- les rapports relatifs au congé.

Le CASC conservait aussi un dossier électronique distinct pour chaque patient, auquel le fournisseur de services avait accès. Ce fichier contenait des copies des évaluations effectuées par les coordonnateurs des soins et la liste des médicaments du patient. Le CASC pouvait également permettre au fournisseur de services de voir certaines notes du rapport sur le client.

Lorsque les professionnels de la santé du fournisseur de services rendaient visite au patient pour la première fois, ils procédaient à leur propre évaluation pour s'assurer que le programme de services était adéquat. Selon les modalités de l'entente de services, le fournisseur de services était tenu de remplir et d'envoyer au CASC un rapport électronique après cette première visite. Ce rapport indiquait les modifications au programme de services que le personnel du fournisseur de services estimait nécessaires. Le coordonnateur des soins approuvait ou rejetait alors les modifications demandées.

Les fournisseurs de services devaient également envoyer au coordonnateur des soins d'autres mises à jour sur l'état du patient. Des rapports devaient être envoyés en cas de changement important de l'état du patient, si le coordonnateur des soins demandait un rapport décrivant les progrès du patient et à la fin des services qui lui étaient prodigués. Les professionnels de la santé des fournisseurs de services avaient aussi des contacts informels avec le coordonnateur des soins lorsque les besoins des patients évoluaient. De plus, les infirmiers contactaient le médecin de première ligne si nécessaire, à la fois pour obtenir des mises à jour de l'ordonnance et pour le tenir au courant de l'évolution de l'état du patient.

Enfin, les fournisseurs de services étaient tenus de signaler au CASC une plainte ou un autre incident présentant un risque pour le patient, un sujet que je traiterai plus loin dans ce chapitre.

## **D. Les réévaluations par le coordonnateur des soins**

En plus de l'évaluation initiale en personne, les coordonnateurs des soins réévaluaient périodiquement chacun des patients qui leur étaient affectés à une fréquence dépendant des besoins du patient. Au sein de l'équipe chronique/indépendant en milieu communautaire du CASC du Sud-Ouest, les patients aux besoins moindres étaient réévalués tous les 12 mois, ceux ayant des besoins élevés tous les six mois et ceux qui attendaient d'être admis dans des foyers de soins de longue durée (SLD), tous les trois mois. Une nouvelle évaluation pouvait aussi être effectuée si le patient était admis à l'hôpital ou si son état de santé changeait.

## **E. La cessation de services pour les patients du CASC**

Dans certains cas, un patient recevant les services d'un CASC offerts par un fournisseur de services cessait d'en recevoir plus tôt que prévu. Si un patient traité à domicile était hospitalisé pendant 14 jours ou plus, il était automatiquement retiré des services existants du CASC. Si le patient avait besoin des services du CASC après son congé de l'hôpital, il devait faire l'objet d'une autre évaluation initiale et d'un nouvel aiguillage. Cette évaluation était effectuée par un coordonnateur des soins en milieu hospitalier lorsque le patient se préparait à recevoir son congé. Une fois le patient rentré chez lui, le coordonnateur des soins communautaires affecté procédait à une première évaluation individuelle, comme ce serait le cas pour tout nouvel aiguillage.

## **V. La surveillance et les compétences du personnel du fournisseur de services**

### **A. Les exigences relatives aux compétences et à la formation du personnel infirmier**

En vertu des ententes de services, les professionnels de la santé affectés par le fournisseur de services aux patients du CASC devaient posséder les compétences nécessaires pour fournir les services dont le patient avait besoin. Les infirmiers devaient disposer de l'expertise clinique nécessaire pour

fournir un large éventail de services infirmiers, notamment la prise en charge de l'hyperglycémie et de l'hypoglycémie; la surveillance de la glycémie; et l'administration d'une gamme de médicaments, y compris ceux administrés par injection ou par intraveineuse. Le fournisseur de services était tenu d'affecter les professionnels de manière à maximiser autant que possible la continuité des soins. En réalité, cependant, si un patient avait besoin de services quotidiennement ou plusieurs fois par jour, il n'était pas toujours servi par le même travailleur.

Les ententes de services exigeaient que les infirmiers des fournisseurs de services soient qualifiés et autorisés à exercer la profession infirmière en Ontario; qu'ils détiennent un certificat d'inscription auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et qu'ils en soient membres en règle; qu'ils respectent toutes les lois pertinentes à l'exercice de la profession infirmière en Ontario et qu'ils possèdent les compétences requises en secourisme et en réanimation cardiorespiratoire.

Les ententes de services obligeaient aussi les fournisseurs de services à vérifier continuellement les compétences de leurs infirmiers, bien que les contrats ne précisent pas comment cela devrait être fait ni à quelle fréquence. De plus, les fournisseurs de services devaient gérer toutes les conditions imposées par l'Ordre au certificat d'inscription d'un employé. Enfin, ils devaient mettre en œuvre des mesures de présélection adéquates et s'assurer que chaque infirmier avait obtenu une vérification de dossier de police et fourni une déclaration d'infraction annuelle<sup>24</sup>.

En vertu des ententes de services, les fournisseurs de services devaient se conformer aux exigences en matière d'éducation et de formation de leur personnel, notamment :

- de l'éducation visant à ce que le personnel connaisse et respecte la déclaration des droits de l'article 3 de la LSSDSC;
- de l'éducation anti-discrimination et anti-harcèlement;
- des programmes d'orientation pour les nouveaux employés, qui devaient inclure une formation sur les politiques et procédures du CASC et des fournisseurs de services. La formation requise sur les politiques du CASC comprenait une formation sur les obligations de faire rapport en vertu des ententes de services.

---

<sup>24</sup> Il s'agit d'une déclaration selon laquelle l'infirmier n'a à son dossier aucune condamnation pénale au sens du *Code criminel* pour laquelle aucun pardon n'a été prononcé et qui n'indique aucune condamnation depuis sa dernière vérification de dossier de police ou sa déclaration d'infraction annuelle.

Le CASC n'exigeait pas que les fournisseurs de services présentent de preuve du respect des obligations relatives aux compétences et à la formation de leur personnel, bien qu'il puisse effectuer des vérifications s'il souhaitait examiner la conformité.

## **B. L'affectation et la surveillance des professionnels de la santé**

Le CASC n'exerçait pas de surveillance directe sur le personnel du fournisseur de services qui offrait des services de soins de santé à ses patients. Il ne disposait pas d'une liste des professionnels de la santé à l'emploi des fournisseurs de services ni d'une liste des employés affectés à la fourniture de services à un patient donné. La responsabilité de l'embauche, de la présélection, de la formation, de la planification et de la supervision des professionnels de la santé de première ligne incombait au fournisseur de services.

Ce dernier était responsable de la supervision quotidienne de ses professionnels de la santé et de la surveillance des soins fournis au domicile du patient. Les ententes de services imposaient certaines exigences de supervision aux fournisseurs de services, bien qu'elles soient de nature assez générale. Par exemple, même si les ententes de services obligeaient les fournisseurs de services à évaluer régulièrement le rendement et les compétences de leur personnel, elles ne précisaient pas quand ni comment cela devait être fait. En pratique, les fournisseurs de services avaient généralement des gestionnaires ou des superviseurs qui soutenaient et surveillaient leurs infirmiers. Ces superviseurs effectuaient parfois de l'accompagnement à domicile ou des visites à domicile avec les nouveaux infirmiers ou avec les infirmiers qui commençaient à travailler auprès de clientèles spécialisées, afin de s'assurer qu'ils possédaient les compétences nécessaires.

Les ententes de services obligeaient aussi les fournisseurs de services à avoir des superviseurs des services infirmiers, des professionnels de la santé réglementés possédant les compétences et l'expérience en gestion nécessaires pour superviser les infirmiers autorisés (IA) et les infirmiers auxiliaires autorisés (IAA). Leur rôle consistait à aider à la prestation de services infirmiers, à fournir des conseils cliniques et des ressources d'aiguillage clinique, et à surveiller et superviser la prestation des services infirmiers. Les ententes de services ne précisaient pas comment les superviseurs des services

infirmiers devaient s'acquitter de ces tâches. Plus précisément, les contrats n'obligeaient pas les superviseurs des services infirmiers à surveiller et à superviser la prestation des services infirmiers en personne.

Exiger un accompagnement régulier ou des vérifications ponctuelles à domicile des services fournis par les infirmiers pose des problèmes pratiques. Les patients du CASC du Sud-Ouest se trouvaient dans des milliers de foyers répartis dans une vaste zone géographique et, comme le CASC comptait de 18 000 à 20 000 patients à tout moment, les contraintes liées à des accompagnements réguliers ou la supervision des visites à domicile seraient importantes. Cependant, le RLISS du Sud-Ouest examine l'utilisation de l'assistance à distance pour le personnel infirmier via FaceTime, et il est possible que la technologie numérique sera utilisée pour la supervision à distance.

## **VI. La gestion des médicaments en soins à domicile**

La plupart des patients recevant des soins à domicile s'administrent leurs propres médicaments et sont responsables de les entreposer correctement et de les prendre comme ils leur sont prescrits. Bien que le personnel des CASC et des fournisseurs de services puisse formuler des recommandations sur la gestion des médicaments, ces décisions reviennent en fin de compte au patient. Néanmoins, les coordonnateurs des soins des CASC ont toujours joué un rôle dans la gestion des médicaments. Lors des évaluations, ils examinaient souvent les médicaments avec les patients pour s'assurer qu'ils savaient quels médicaments ils prenaient et pourquoi, le dosage et le moment appropriés et comment se souvenir de les prendre. Dans le cadre de l'examen des médicaments, le coordonnateur des soins comparait la liste des médicaments du patient fournie par la pharmacie à ceux trouvés chez lui. En cas de divergence, il suggérait au patient de faire un suivi auprès du médecin ou du pharmacien.

Les infirmiers des fournisseurs de services jouent aussi un rôle dans la gestion des médicaments. Comme les coordonnateurs des soins, ils procèdent à des examens des médicaments avec les patients. Les infirmiers peuvent aussi rappeler aux patients de prendre leurs médicaments au bon moment ou informer un patient ou un proche soignant de la manière d'administrer un nouveau médicament. Lorsqu'un patient se voit prescrire de l'insuline pour la première fois, l'infirmier du fournisseur de services peut lui enseigner comment se l'injecter correctement. Cependant, contrairement aux infirmiers qui travaillent dans des foyers de soins de longue durée, les infirmiers



des fournisseurs de services ne sont généralement pas responsables de l'administration d'insuline aux patients recevant des soins à domicile. Ils jouent plutôt un rôle d'enseignant.

Dans certains cas, l'infirmier du fournisseur de services continue à assumer une part de responsabilité dans la supervision de l'administration des médicaments, même lorsque le patient ou le proche soignant en prend en charge l'administration. Par exemple, lorsque le proche soignant d'un patient apprend à changer un sac de perfusion intraveineuse ou à rincer la tubulure, l'infirmier continue d'assumer la responsabilité de la surveillance.

Il y a aussi des situations dans lesquelles un infirmier d'un fournisseur de services doit administrer des médicaments, même si cela ne se produit que dans un petit nombre de cas. Par exemple, les infirmiers peuvent assumer l'entière responsabilité de l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse ou de la gestion des injections de narcotiques pour le traitement de la douleur chez les patients en soins palliatifs. De plus, si le patient présente des limites physiques ou cognitives qui empêchent l'autoadministration et ne dispose d'aucun proche soignant pouvant administrer des médicaments, les infirmiers des fournisseurs de services sont responsables de l'administration des médicaments du patient.

Dans de tels cas, les infirmiers s'assurent que le patient reçoit le bon médicament, la bonne dose et au bon moment. C'est le fournisseur de services – et non le CASC – qui était alors responsable de la surveillance. Le CASC ne précisait pas comment le fournisseur de services devait surveiller l'administration des médicaments dans le cadre des soins à domicile et ne procédait pas à des vérifications ponctuelles ni à des audits pour s'assurer que les infirmiers administraient les médicaments correctement.

Comme les infirmiers des fournisseurs de services sont généralement seuls au domicile, leurs gestionnaires ne sont pas avertis des problèmes d'administration des médicaments, sauf si un patient ou un membre de la famille se plaint ou si un infirmier qui se rend au domicile par la suite remarque un problème et le signale. Compte tenu de la vaste étendue du territoire couvert par le CASC du Sud-Ouest (et de nombreux autres), ainsi que du nombre de patients sur leur liste, la supervision en personne de l'administration de médicaments injectables par les infirmiers n'était pas faisable. Cependant, on étudie la possibilité d'utiliser de nouvelles technologies, comme FaceTime, pour aider les infirmiers sur le terrain et permettre la supervision à distance en cas de médicaments injectables.

Au cours des audiences publiques, Donna Ladouceur, vice-présidente des soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS du Sud-Ouest, a indiqué qu'il serait actuellement impossible de demander que tous les médicaments injectables soient administrés par des infirmiers du RLISS plutôt que par les infirmiers des fournisseurs de services. Dans la région du Sud-Ouest, le RLISS avait moins de 50 infirmiers qui offraient des services cliniques au moment des audiences publiques. Bien que de nombreux coordonnateurs des soins soient des infirmiers pouvant théoriquement administrer des médicaments, il se peut qu'ils soient déjà chargés de superviser les services offerts à une centaine de patients chacun. De plus, le vaste territoire couvert par le RLISS du Sud-Ouest – et de nombreux autres RLISS – rend cela impossible.

## VII. La détection et la prévention des mauvais traitements

La détection des mauvais traitements et de la négligence dans le cadre des soins à domicile est un défi, car les patients sont souvent seuls avec le professionnel de la santé envoyé par le fournisseur de services. Si un professionnel inflige des mauvais traitements à un patient – ou observe des signes de mauvais traitements, mais omet de les signaler – ces mauvais traitements peuvent facilement passer inaperçus. Le patient, les membres de la famille et les autres personnes offrant des services au patient constituent par conséquent un filet de sécurité important.

La LSSDSC exigeait que chaque CASC se dote d'un programme pour prévenir et dépister les mauvais traitements des patients<sup>25</sup>. Le CASC du Sud-Ouest a eu recours à plusieurs approches pour s'assurer que le personnel était au courant des cas de mauvais traitement réel ou soupçonné, et qu'il intervenait. Il a formé tous les coordonnateurs des soins à la manière de déceler les cas de mauvais traitement et de négligence envers les personnes âgées et à l'obligation de signaler ces cas. Les coordonnateurs des soins s'inspiraient de cette formation pour évaluer ce qui se passait chez le patient lorsqu'ils se rendaient sur place pour des évaluations et des réévaluations. Lors de ces visites, le coordonnateur des soins demandait généralement au patient s'il avait des inquiétudes au sujet des soins qu'il recevait. Ces conversations et observations permettaient aux coordonnateurs des soins de déceler des signes de mauvais traitements d'ordre financier, mental ou physique.

---

<sup>25</sup> LSSDSC, art. 26.

Toutefois, ces évaluations et réévaluations étaient peu fréquentes (dans la plupart des cas, quelques fois par année tout au plus). En dehors de ces visites, les coordonnateurs des soins avaient peu de contacts en personne avec les patients, puisque le personnel des fournisseurs de services prodiguait la vaste majorité des soins directs.

Le CASC encourageait aussi les patients à lui signaler les problèmes. Toutefois, si les patients ne savaient pas que les services n'étaient pas fournis correctement, il se pouvait qu'il n'exprime pas de préoccupations. De plus, il n'y avait pas toujours des signes physiques de violence observables par les coordonnateurs des soins lors des visites à domicile, qui étaient peu fréquentes –, de sorte qu'elles ne constituaient pas le principal moyen par lequel le CASC apprenait l'existence de mauvais traitements et de négligence. Ses principales sources d'information étaient plutôt les appels, les plaintes et les rapports d'autres personnes, y compris des aidants et des médecins ou des fournisseurs de services paramédicaux qui se rendaient au domicile du patient. Le CASC menait également des sondages trimestriels sur la satisfaction des clients, qui auraient pu l'alerter sur l'existence de problèmes.

Le CASC du Sud-Ouest disposait d'un cadre de gestion des incidents qui obligeait son personnel et celui du fournisseur de services à signaler les incidents de mauvais traitement réel ou soupçonné envers des patients. Tous les coordonnateurs des soins étaient formés à la saisie de tels incidents dans le système de gestion du suivi des incidents, de sorte que la personne appropriée au sein du CASC puisse les remédier. Le personnel des fournisseurs de services avait également reçu une formation sur l'obligation de faire rapport au CASC sur les mauvais traitements et les négligences soupçonnés ou réels.

Les ententes de services obligeaient tous les fournisseurs de services à élaborer un programme de gestion des risques. Dans le cadre de ce programme, les fournisseurs devaient former et préparer leur personnel et établir des procédures à suivre en cas d'incident lié à des mauvais traitements, à un accident ou à une blessure d'un patient. Aux audiences publiques, M<sup>me</sup> Ladouceur a signalé que de nombreux fournisseurs de services formaient chaque année leur personnel au dépistage des mauvais traitements ou de la négligence, bien que le CASC n'exige pas de formation annuelle sur ces questions.

## VIII. Le traitement des plaintes et des incidents entraînant un risque

### A. La manière dont le CASC a été informé des plaintes et des incidents entraînant un risque

Les ententes de services obligeaient les fournisseurs de services à signaler les « incidents entraînant un risque » et les « événements indésirables » au CASC. Les ententes définissaient un incident entraînant un risque comme « un incident imprévu qui a provoqué ou peut raisonnablement avoir provoqué un danger, une perte ou une blessure liés à la prestation des services de soins infirmiers, y compris un danger, une perte ou une blessure pour le patient, le proche soignant, le personnel du fournisseur de services ou une perte ou un préjudice au CASC ou au fournisseur de services ». Par exemple : blessure ou chute d'un patient, erreur de médicament, procédure ou intervention inappropriée, non-respect des ordonnances médicales, mauvais traitement réel ou potentiel d'un patient, vol réel ou présumé à la maison et décès inattendu d'un patient.

Quant à eux, les « événements indésirables » constituaient un sous-ensemble des incidents entraînant un risque. Ils comprenaient tout incident entraînant un risque qui :

- était lié à un patient;
- avait causé une blessure involontaire au patient ou une complication ayant entraîné une invalidité, la mort ou une utilisation accrue des ressources de soins de santé;
- avait été provoqué par la gestion des soins de santé, y compris les soins ou traitements fournis dans le cadre d'un programme de services officiel par des professionnels de la santé, des aidants naturels ou formels, ou des soins autoadministrés par le patient.

Étant donné que les coordonnateurs des soins étaient le principal point de contact des patients avec le CASC, ces derniers pourraient leur confier leurs préoccupations directement. De plus, le CASC apprenait parfois l'existence d'une plainte du patient ou d'un incident entraînant un risque par un avis du fournisseur de services, d'autres professionnels de la santé qui traitaient le patient, par le biais de la Ligne ACTION des Soins de longue durée<sup>26</sup>, ou

<sup>26</sup> La Ligne ACTION recevait des plaintes concernant à la fois des foyers de soins de longue durée et des services de soins à domicile financés par l'État.

encore par l'entremise du bureau d'un député provincial ou du bureau de l'ombudsman des patients.

## **B. Le signalement et le traitement des plaintes et des incidents entraînant un risque au moment de l'Infraction**

### **1. En vertu de la LSSDSC**

La LSSDSC n'exigeait pas que le CASC dispose d'un processus général pour examiner toutes les plaintes et ne faisait aucune référence aux incidents entraînant un risque. Elle exigeait seulement que le CASC établisse un processus d'examen des plaintes concernant :

- la décision de déclarer un patient inadmissible à un service;
- la décision d'exclure un service particulier du programme de services;
- la décision concernant la quantité de tout service particulier à inclure dans le programme de services;
- la décision de mettre fin à la fourniture d'un service particulier;
- la qualité des services fournis au patient par le CASC ou par le fournisseur de services que le CASC avait affecté à cette tâche;
- une violation présumée de la déclaration des droits énoncée à l'article 3 de la LSSDSC<sup>27</sup>.

La LSSDSC exigeait que le CASC examine ces plaintes et fournisse au plaignant une réponse ou une décision dans les 60 jours<sup>28</sup>.

Dans la plupart des cas, il n'existait aucun processus d'appel officiel auquel les patients pourraient avoir recours s'ils n'étaient pas satisfaits de la résolution d'une plainte. Cependant, il y avait quelques exceptions. La LSSDSC autorisait les patients à faire appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé concernant les décisions relatives à quatre types de plaintes :

- l'admissibilité du patient aux services;
- l'exclusion d'un service du programme de services;

<sup>27</sup> LSSDSC, art. 39.

<sup>28</sup> LSSDSC, art. 39(2), (3).

- la quantité de services;
- la cessation des services<sup>29</sup>.

En effet, les patients ne pouvaient faire appel des décisions au sujet des plaintes portant sur la qualité des soins, des violations à la déclaration des droits, des fournisseurs de services, des employés de ces fournisseurs, par exemple.

La LSSDSC n'imposait aux fournisseurs de services aucune obligation en matière de plaintes ou d'incidents entraînant un risque. Elle ne les obligeait pas à mettre en place un processus de traitement des plaintes, ni à établir un processus d'appel des plaintes reçues. Étant donné les obligations limitées imposées aux CASC et aux fournisseurs de services par la LSSDSC, les politiques et procédures de ces derniers constituaient la principale source d'obligations liées aux plaintes et aux incidents entraînant un risque.

## 2. En vertu des ententes de services

En vertu des ententes de services, les fournisseurs de services étaient tenus d'informer immédiatement le coordonnateur des soins du patient des incidents entraînant un risque concernant la sécurité de ce dernier, ainsi que des événements indésirables, et de produire un rapport écrit dans les trois jours. Ils devaient aussi informer immédiatement le coordonnateur des soins si un patient du CASC était admis de manière inattendue dans un hôpital ou un établissement de soins de santé. De plus, les fournisseurs de services devaient produire un rapport trimestriel sur le taux d'événements indésirables imputables en tout ou en partie au fournisseur de services, ainsi que sur le taux et le type de plaintes de patients et de proches aidants qu'ils avaient reçues. Enfin, les fournisseurs de services devaient se conformer aux politiques du CASC concernant le signalement des plaintes et des incidents entraînant un risque, décrites ci-dessous.

## 3. Les politiques et les procédures du CASC du Sud-Ouest

### *a) Le signalement de plaintes et d'incidents entraînant un risque*

Les politiques et procédures du CASC du Sud-Ouest obligeaient le personnel des CASC et des fournisseurs de services à documenter et à signaler un large éventail de plaintes et d'incidents entraînant un risque en fonction d'un cadre de gestion des incidents mis au point pour être utilisé par les CASC de la province en 2009. Bien que le CASC du Sud-Ouest ait adopté ce cadre,

---

<sup>29</sup> LSSDSC, art. 40.

tous les CASC ne l'ont pas nécessairement utilisé comme fondement de leurs politiques et procédures. Au moment des audiences publiques, le RLISS du Sud-Ouest était en train d'élaborer un cadre révisé de relations avec les patients pour remplacer le cadre de gestion des incidents.

En vertu du cadre de gestion des incidents en vigueur au moment des Infractions et des audiences publiques, le personnel des CASC et des fournisseurs de services était tenu de signaler diverses catégories d'incidents, notamment les suivantes :

- les violations des droits des patients en vertu de la déclaration des droits de la LSSDSC, de la législation sur les droits de la personne ou d'autres dispositions;
- une variété d'événements liés à la sécurité des patients et des proches soignants, notamment :
  - une procédure ou une intervention inappropriée;
  - un défaut de suivre les ordonnances médicales;
  - la blessure ou la chute d'un patient;
  - une erreur de médicament;
  - un mauvais traitement réel ou potentiel infligé à un patient;
  - un vol présumé;
  - un décès inattendu;
- une visite manquée;
- un événement indésirable.

### ***b) La documentation des plaintes et des incidents entraînant un risque***

Les procédures du CASC du Sud-Ouest exigeaient que toutes les plaintes et les incidents entraînant un risque soient consignés dans le système de gestion du suivi des incidents (SGSI) du CASC. Le SGSI était un système électronique géré par le CASC du Sud-Ouest, accessible à ses fournisseurs de services. Cependant, étant donné que d'autres CASC ont peut-être utilisé un logiciel différent, les détails apparaissant ci-dessous ne peuvent pas être généralisés à tous les CASC.

Les renseignements consignés dans le SGSI du CASC du Sud-Ouest comprenaient la source de la plainte ou de l'incident entraînant un risque; le nom du patient; la région du CASC où l'incident s'est produit; le fournisseur de services du patient; la catégorie applicable du cadre de gestion des incidents et une section réservée aux notes pour documenter les renseignements

supplémentaires recueillis, les mesures prises en réponse et la résolution. La personne qui inscrivait l'incident – au CASC ou chez le fournisseur de services – devait également attribuer un niveau de risque et l'inscrire : faible, moyen ou élevé.

Le niveau de risque était principalement déterminé par l'impact que le problème avait eu sur le patient, le fournisseur de services ou le CASC. Cela signifiait qu'un même type d'erreur (p. ex. une erreur de médicament) pouvait être classé comme posant un risque faible, moyen ou élevé, selon son incidence sur le patient. Les incidents à faible risque étaient ceux qui entraînaient des préjudices minimaux réels ou potentiels, les incidents à risque moyen entraînaient un risque réel ou potentiel de blessure ou de préjudice, et les incidents à risque élevé entraînaient un préjudice réel ou potentiel important. Tous les événements indésirables étaient considérés à risque élevé. Le fournisseur de services était tenu de fournir une réponse écrite concernant tous les incidents entraînant un risque moyen et élevé dans un délai de cinq jours ouvrables. Il n'y avait pas de délai requis concernant l'intervention des fournisseurs de services en réponse aux incidents entraînant un risque faible.

Quel que soit le niveau de risque, le coordonnateur des soins du patient et son superviseur direct étaient informés de l'incident. De plus, tous les événements indésirables et les incidents à risque élevé étaient examinés par une personne désignée plus haut placée au sein de l'équipe chargée de la qualité au CASC. Cet examen visait à assurer que les mesures appropriées étaient prises pour résoudre le problème, à fournir des conseils d'expert sur la meilleure façon de procéder, à recommander tout changement nécessaire aux pratiques du CASC et à appuyer toute initiative connexe d'amélioration de la qualité.

Que ce soit au moment des Infractions ou au moment des audiences publiques, le SGSI n'avait pas de champ désigné pour inscrire le nom de l'employé qui faisait l'objet d'une plainte, bien que ce renseignement puisse être entré dans le champ où les détails de l'incident étaient documentés. Cette omission a eu des répercussions sur la capacité du CASC du Sud-Ouest à surveiller les tendances et les plaintes relatives à un employé en particulier, comme je l'explique plus loin dans ce chapitre. Cependant, Steven Carswell, directeur de la qualité du RLISS du Sud-Ouest, a indiqué que les fournisseurs de services sont tout de même en mesure d'identifier l'employé concerné et d'assurer le suivi auprès de lui. Même si le plaignant ne communique pas le nom de l'employé, le fournisseur de services peut déterminer de qui il s'agit en comparant le nom du patient et la date et l'heure de la visite en cause grâce à son propre système de planification interne ou au dossier médical électronique du patient.



***c) La responsabilité de documenter et de signaler les plaintes et les incidents entraînant un risque***

Un employé du CASC qui avait appris l'existence d'une plainte ou d'un incident entraînant un risque était tenu de saisir l'incident dans le SGSI. Le coordonnateur des soins du patient et son superviseur direct étaient automatiquement avertis, de même que le fournisseur de services, si le problème concernait le fournisseur de services ou l'un de ses employés.

Si c'était le fournisseur de services qui apprenait d'abord l'existence d'une plainte ou d'un incident entraînant un risque, il incombait à son superviseur ou à son responsable de documenter l'incident dans le SGSI. Étant donné que les employés de première ligne des fournisseurs de services ne pouvaient pas inscrire les incidents dans le SGSI, ils étaient tenus de signaler les problèmes à leur supérieur afin que les préoccupations puissent être entrées dans le SGSI. Lorsqu'un fournisseur de services faisait une inscription dans le SGSI, le personnel administratif du CASC recevait un avis automatique, puis il en avertissait le coordonnateur des soins du patient et son superviseur direct.

Étant donné le grand nombre de personnes qui inscrivaient des incidents dans le SGSI, ils n'étaient pas toujours documentés de manière cohérente, en particulier lors de la détermination des niveaux de risque. Toutefois, le niveau de risque déterminé pouvait être modifié à tout moment du processus si des renseignements supplémentaires étaient révélés ou si une personne plus haut placée concluait que le niveau n'avait pas été déterminé correctement. Au moment des audiences publiques, le RLISS du Sud-Ouest se demandait si tous les niveaux de risque devaient être déterminés ou revus par une équipe désignée au sein du RLISS pour en assurer la cohérence.

De plus, bien que les procédures du CASC du Sud-Ouest exigent que tous les incidents soient consignés, des problèmes mineurs qui n'avaient pas eu d'incidence sur la sécurité des patients – p. ex. une plainte d'un patient concernant un conflit de personnalités avec un fournisseur de services – étaient parfois traités instantanément. Même si ces problèmes étaient inscrits dans le dossier électronique du patient tenu par le CASC, ils n'étaient pas nécessairement enregistrés dans le SGSI. Bien que cette réalité ait eu une incidence sur le suivi des tendances, le CASC s'est principalement concentré sur celles liées à la sécurité des patients et à la qualité des soins, qui, d'après le témoignage de M. Carswell, étaient généralement correctement rapportées et inscrites dans le SGSI.

Le processus de traitement des plaintes du CASC reposait largement sur les travailleurs de première ligne des fournisseurs de services qui signalaient les problèmes à leur gestionnaire, qui les rapportait à son tour au CASC en les consignait dans le SGSI. Cependant, si les travailleurs de première ligne ne signalaient pas un problème ou si les superviseurs omettaient de le documenter dans le SGSI, le CASC n'en avait pas connaissance à moins que le patient ou une autre personne à la maison ne porte plainte. Lors des audiences publiques, la vice-présidente des soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS du Sud-Ouest a déclaré qu'elle croyait que, dans l'ensemble, les fournisseurs de services signalaient correctement les problèmes au CASC, à l'exception de rapports inconsistants sur les soins non fournis par les préposés SSP. Cependant, à l'occasion, un patient informait le CASC d'un problème récurrent que le fournisseur de services n'avait pas signalé. Selon M<sup>me</sup> Ladouceur, dans de tels cas, c'était généralement les travailleurs de première ligne du fournisseur de services qui ne signalaient pas le problème à la direction, et non la direction qui ne transmettait pas ces rapports au CASC.

Néanmoins, cette vulnérabilité du système peut conduire à de graves problèmes qui passent inaperçus, comme c'est devenu évident au cours des audiences publiques. À la fin du mois d'août 2016, deux infirmiers de Saint Elizabeth Health Care (Saint Elizabeth) ont appris par une patiente du CASC que Wettlaufer était entrée chez elle sans avoir été invitée ni annoncée. Ils ont signalé cette entrée non autorisée à leur superviseur à Saint Elizabeth; cependant, le superviseur ne l'a pas signalée au CASC. Grâce aux procédures pénales engagées contre Wettlaufer, Saint Elizabeth a appris par la suite que lors de son entrée non autorisée, Wettlaufer avait volé l'insuline qu'elle avait finalement utilisée pour tenter de tuer Beverly Bertram, la victime de l'Infraction. Les gestionnaires de Saint Elizabeth n'ont pas signalé le vol de Wettlaufer au CASC quand ils en ont eu connaissance. M<sup>me</sup> Ladouceur et M. Carswell ont indiqué que la première fois qu'ils ont appris que l'entrée non autorisée et le vol de Wettlaufer impliquaient une patiente du CASC du Sud-Ouest, c'était lors du témoignage des employés de Saint Elizabeth aux audiences publiques de l'Enquête.

Comme indiqué précédemment dans ce chapitre, le vol chez la patiente était considéré comme un incident entraînant un risque et devait être signalé. En ce qui concerne l'entrée non autorisée de Wettlaufer, M<sup>me</sup> Ladouceur et M. Carswell ont tous deux déclaré dans leur témoignage qu'ils se seraient attendus à ce que cela soit rapporté, bien que M. Carswell ait souligné que cela ne correspondait à aucune des catégories de rapports du CASC. Ils ont indiqué

qu'à la suite de cet incident, le RLISS du Sud-Ouest s'efforçait de clarifier ses exigences en matière d'obligation de faire rapport et d'informer tous ses fournisseurs de services quant à la nécessité de signaler ce type d'incident.

#### **4. La résolution des plaintes et des incidents entraînant un risque**

Pour les problèmes qui ne concernaient pas un fournisseur de services ou son personnel, le CASC procédait à son propre examen. Toutefois, pour les problèmes liés aux fournisseurs de services ou à leur personnel, le CASC travaillait en collaboration avec le fournisseur de services. Au sein du CASC, les coordonnateurs des soins aux patients et leurs superviseurs directs avaient la responsabilité principale de travailler avec les fournisseurs de services pour traiter les plaintes et les incidents entraînant un risque. Les personnes plus haut placées au sein du CASC étaient également informées au besoin. Par exemple, le directeur de la qualité du CASC du Sud-Ouest était généralement informé des incidents qui avaient une incidence importante sur la sécurité des patients ou sur les risques pour eux, ou encore si l'incident faisait partie d'une tendance plus large.

Pour les problèmes liés à un fournisseur de services ou à son personnel, le CASC examinait l'incident, rassemblait des renseignements en parlant aux personnes concernées ou en analysant des documents, et travaillait avec le fournisseur de services pour résoudre le problème. Le CASC demandait également au fournisseur de services de décrire formellement dans le SGSI les mesures prises ou envisagées. Le CASC pouvait demander au fournisseur de services de prendre des mesures particulières, par exemple en examinant une politique ou une procédure précise avec son personnel ou en effectuant une analyse approfondie pour déterminer la cause du problème.

Au moment des audiences publiques, le RLISS du Sud-Ouest était en train de mettre à jour son cadre de relations avec les patients réglant le signalement des plaintes et des incidents entraînant un risque, et s'efforçait de clarifier ses attentes et de fournir des directives claires sur la façon de traiter les différents types de problèmes. Il était également en train de formaliser un « processus d'obligation de faire rapport » pour le personnel du RLISS et de celui du fournisseur de services concernant l'obligation de faire rapport aux ordres réglementant les professionnels de la santé (comme l'Ordre), l'Office de réglementation des maisons de retraite et la Ligne ACTION des Soins de longue durée.

Si un problème était lié aux compétences ou au professionnalisme d'un employé d'un fournisseur de services, le CASC n'avait pas le pouvoir d'exiger de ce dernier qu'il prenne des mesures disciplinaires ni qu'il mette fin à l'emploi de la personne. Toutefois, les ententes de services autorisaient le CASC à exiger qu'un fournisseur de services n'envoie pas un employé particulier pour s'occuper de ses patients. En vertu des ententes, le CASC pouvait faire cette demande s'il concluait que l'employé avait commis une faute grave ou était accusé d'une infraction criminelle, ou s'il avait des motifs raisonnables d'être insatisfait de son rendement. Le CASC pouvait faire la demande soit de manière temporaire (p. ex. jusqu'à ce que l'employé reçoive une formation supplémentaire), soit de manière permanente.

## **IX. L'utilisation des données sur les plaintes et les incidents entraînant un risque**

### **A. Données suivies et examinées pour déceler les tendances**

Les ententes de service contenaient des indicateurs utilisés pour surveiller le rendement des fournisseurs de services. Les fournisseurs de services qui dispensaient des soins infirmiers devaient faire rapport sur plusieurs indicateurs liés aux soins infirmiers, notamment le taux de soins non fournis; la fréquence à laquelle les patients recevaient leur première visite au cours de la période ciblée de cinq jours et diverses mesures de satisfaction des patients relatives à la satisfaction globale, à la continuité des soins et aux rendez-vous centrés sur le patient.

En plus de ces indicateurs de rendement, les fournisseurs de services devaient soumettre au CASC des résumés annuels des résultats de tous les sondages sur la satisfaction des clients et des aidants. Comme mentionné, les fournisseurs de services devaient également faire rapport chaque trimestre sur, entre autres, le taux d'événements indésirables et le taux et le type de plaintes de patients et d'aidants.

En plus de recevoir ces rapports, le CASC du Sud-Ouest surveillait la sécurité et la qualité des services de soins à domicile en examinant les tendances en matière de plaintes, d'incidents entraînant un risque et d'événements indésirables. À l'aide des données saisies dans le SGSI, le CASC du Sud-Ouest pouvait compiler des rapports décrivant les tendances par mois, par région, par catégorie d'incidents, par niveau de risque et par fournisseur de

services. Le personnel de première ligne du CASC examinait ces tendances principalement pour déterminer si les problèmes qui leur étaient signalés reflétaient une tendance plus large dans la communauté. Le directeur de l'équipe chargée de la qualité passait également en revue ces tendances à un niveau élevé toutes les semaines, principalement dans le but de déterminer les domaines dans lesquels le rendement d'un prestataire de services était médiocre ou ceux dans lesquels des ressources supplémentaires étaient nécessaires pour améliorer la qualité.

En prévision des audiences publiques de l'Enquête, le RLISS du Sud-Ouest a compilé des données sur les types de plaintes et d'incidents entraînant un risque que le CASC (et plus tard le RLISS) ont reçus concernant les soins à domicile du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 juillet 2017. Les problèmes les plus courants concernaient la qualité des services et la sécurité du personnel entrant dans le domicile. Les problèmes de qualité des services variaient, allant de plaintes mineures concernant un employé arrivant en retard ou encore un conflit de personnalités, à des plaintes alléguant que l'état de santé du patient était compromis par un traitement inapproprié. Les préoccupations du personnel en matière de sécurité pouvaient aller d'animaux non sécurisés à la violence d'un patient ou d'une autre personne dans le domicile.

Comme mentionné ci-dessus, le SGSI ne comprenait pas de champ dédié pour repérer les noms des employés faisant l'objet d'une plainte ou d'un incident entraînant un risque. En conséquence, il était difficile pour le CASC de discerner des tendances concernant un employé en particulier, car il n'existait aucune façon systématique de consulter l'historique des plaintes impliquant cette personne. De plus, chaque CASC ne pouvait surveiller les tendances que de sa zone géographique. Cela signifiait qu'il n'était généralement pas au courant des plaintes et des incidents entraînant un risque liés à un employé travaillant dans la région d'un autre CASC. Bien que le CASC apprenne parfois l'existence de problèmes de façon anecdotique, ces défis faisaient en sorte qu'il était plus difficile de déterminer à quel moment il devait demander à un fournisseur de services de cesser d'envoyer un employé pour soigner ses patients.

## **B. L'examen des tendances pour surveiller et résoudre les problèmes systémiques**

En examinant les tendances, le CASC du Sud-Ouest (et plus tard le RLISS) cherchait à savoir s'il semblait y avoir un problème systémique parmi les fournisseurs de services. Si cela semblait être le cas, les renseignements étaient utilisés pour discuter des améliorations possibles avec les fournisseurs

de services et les autres parties prenantes. Par exemple, à un moment donné, une tendance liée à des problèmes concernant les soins palliatifs est apparue, ce qui a conduit à des discussions avec des médecins et des fournisseurs de services dans le but d'améliorer la sécurité des patients.

Le CASC du Sud-Ouest (et plus tard, le RLISS) a également participé à divers comités qui ont travaillé sur des problèmes touchant l'ensemble du système. Il a assisté à des réunions sur les opérations des fournisseurs (ROF), qui étaient des comités composés de responsables de chaque fournisseur de services et du CASC du Sud-Ouest. Il y a eu trois ROF : (1) matériel médical et de soins infirmiers; (2) traitements et matériel médical et (3) services de soutien à la personne. Les ROF étaient conçues pour s'occuper de la prestation des soins dans chaque discipline, pour permettre au CASC du Sud-Ouest et à ses fournisseurs de services de travailler en collaboration afin de résoudre les problèmes systémiques et de mettre en œuvre de nouvelles mesures d'amélioration de la qualité. Par exemple, lorsqu'il y a eu une tendance concernant des plaintes et des incidents entraînant un risque relatif aux pompes électroniques pour injection d'analgésiques, le comité responsable du matériel médical et de soins infirmiers a créé un sous-comité pour déterminer les causes et a finalement recommandé que des changements soient mis en œuvre par tous les fournisseurs de services.

Les tendances systémiques pouvaient également être abordées par l'entremise du Partenariat de leadership inter organismes (PLIO), qui était composé du plus haut dirigeant régional de chaque fournisseur de services, ainsi que du directeur de la qualité du CASC du Sud-Ouest et de son responsable régional des contrats. Les réunions du PLIO ont servi à discuter de problèmes généraux liés au système, ainsi que de mesures de rendement. Le PLIO a récemment abordé le problème de la difficulté à répondre à la demande de services de soutien à la personne dans la région du Sud-Ouest.

### **C. L'étude des tendances pour surveiller et examiner le rendement des fournisseurs de services**

Le CASC du Sud-Ouest surveillait la satisfaction des patients en effectuant des sondages trimestriels. Il discutait des résultats, ainsi que des tendances liées aux plaintes et aux incidents entraînant un risque lors de ses réunions trimestrielles sur le rendement avec chaque fournisseur de services. Le CASC utilisait ses rapports sur les tendances pour déterminer si un problème de rendement avec un fournisseur de services particulier devait être examiné. Par exemple, M. Carswell a indiqué qu'un examen récent des tendances avait

révélé qu'un fournisseur de services ne réagissait pas adéquatement aux plaintes et aux incidents entraînant un risque. En conséquence, le RLISS du Sud-Ouest a effectué une vérification officielle de toutes les plaintes et de tous les incidents liés au fournisseur de services, puis a réglé le problème par le biais d'un processus officiel de gestion du rendement.

## **X. La manière dont le CASC gérait les problèmes de rendement avec un fournisseur de services**

Le CASC disposait de divers outils pour résoudre les problèmes liés au rendement d'un fournisseur de services. Dans la plupart des cas, le CASC tentait de résoudre le problème de manière collaborative avant de prendre des mesures plus sérieuses. Cependant, pour les problèmes graves ou non résolus, le CASC utilisait les outils plus officiels dont il disposait.

### **A. Les conversations informelles**

En règle générale, le CASC tentait d'abord de résoudre les problèmes par le biais de discussions informelles avec le fournisseur de services. La discussion portait sur le sujet de préoccupation et les parties convenaient d'un plan d'amélioration. Toutefois, si le fournisseur de services n'apportait aucune amélioration ou ne la maintenait pas, le CASC recourait à son processus officiel de gestion du rendement pour régler le problème.

### **B. Les avis d'amélioration de la qualité**

Une option du processus de gestion du rendement était l'émission d'un avis d'amélioration de la qualité – un avis écrit concernant un problème de rendement. Le fournisseur de services devait mener une enquête et suivre un plan d'action qui définissait les étapes, les livrables et les échéanciers pour résoudre le problème. Le CASC et le fournisseur de services convenaient généralement d'un plan d'action. Le CASC surveillait le rendement du fournisseur de services lors de réunions régulières auxquelles assistaient les dirigeants du fournisseur de services et les membres haut placés du CASC. Les réunions se poursuivaient généralement jusqu'à ce que le problème soit résolu, et l'avis d'amélioration de la qualité restait ouvert jusqu'à ce que le CASC se soit assuré que les améliorations avaient été maintenues pendant une période donnée.

## C. Les réunions de gestion des contrats

Le CASC avait également la possibilité d'exiger une réunion contractuelle officielle ou une série de réunions. Ces réunions visaient à permettre au CASC et au fournisseur de services de discuter de leurs préoccupations et, s'il y avait lieu, de s'entendre sur un plan visant à corriger les problèmes. Les réunions de gestion des contrats visaient à sensibiliser le fournisseur de services à la gravité du problème, à lui donner l'occasion de réagir à la préoccupation et à lui permettre, ainsi qu'au CASC, de préparer un plan d'action amélioré et de s'entendre sur ce plan.

## D. La retenue du paiement

Si les outils décrits ci-dessus ne corrigeaient pas la situation ou si le problème était si grave qu'il fallait prendre des mesures plus énergiques, le CASC pouvait retenir le paiement en vertu de l'entente de services. Si le CASC franchissait cette étape, le fournisseur de services disposait de 30 jours pour remédier au problème, après quoi le CASC était tenu de payer les montants retenus. M. Carswell a mentionné que pendant son mandat au sein du CASC (maintenant le RLISS), cet outil n'avait pas été utilisé, les autres options de correction accessibles étant considérées comme plus efficaces.

## E. La réduction de la part de marché

À part la résiliation du contrat, l'outil le plus radical dont disposait le CASC était l'option de réduire la part de marché du fournisseur de services de façon temporaire ou permanente. Le CASC du Sud-Ouest a réduit la part de marché des fournisseurs de services dont le rendement était insuffisant à de nombreuses occasions.

Bien que cette réduction soit un outil puissant, elle était problématique. Le CASC devait d'abord s'assurer qu'un autre fournisseur de services pouvait assumer le volume de travail supplémentaire. S'il n'y avait pas de deuxième fournisseur de services approprié dans la région, ou si les autres fournisseurs ne pouvaient pas accepter de travail supplémentaire, le CASC ne réduisait pas la part de marché d'une organisation au rendement insuffisant. Le CASC devait d'abord recruter un autre fournisseur de services pour s'assurer que la continuité des services offerts aux patients n'était pas perturbée. Par conséquent, la réduction de la part de marché n'était pas nécessairement un outil que le CASC pouvait utiliser dans l'immédiat : cela nécessitait souvent une planification et, parfois, une transition progressive du volume de service.



## F. La résiliation de l'entente de services

L'option la plus sérieuse à la disposition du CASC était la résiliation de l'entente de services. Cette mesure était appliquée avec beaucoup de prudence et uniquement dans les cas extrêmes, car elle risquait de compromettre les soins des patients. Si une entente était résiliée, le CASC devait trouver un autre organisme capable de fournir un volume important de services, ce qui pouvait être difficile. Pour cette raison, le CASC n'envisageait la résiliation que si le rendement d'un fournisseur de services présentait des problèmes très graves ou persistants.

## G. Le pouvoir de suspendre du ministre

L'article 56 de la LSSDSC donne au ministre de la Santé et des Soins de longue durée le pouvoir d'ordonner à un fournisseur de services de suspendre ou de cesser une activité lorsque le ministre a des motifs raisonnables de croire que l'activité cause ou causera vraisemblablement un préjudice pour la santé, la sécurité ou le bien-être d'une personne. Toutefois, le directeur de la qualité du RLISS du Sud-Ouest a indiqué qu'à sa connaissance, ce pouvoir n'a jamais été utilisé.

Étant donné que c'était le CASC (devenu le RLISS), et non le ministre, qui surveillait le rendement quotidien des fournisseurs de services, il n'est pas clair dans quelle mesure le ministre pourrait émettre une telle ordonnance. Rien n'indique que le ministre était régulièrement informé des problèmes de rendement avec les nombreux fournisseurs de services de la province. En pratique, c'est le CASC qui intervenait en cas de problème de qualité des services.

## H. Le pouvoir du CASC d'inspecter, de surveiller ou d'examiner

En vertu des ententes de services, le CASC avait le pouvoir « d'inspecter, de surveiller ou d'examiner de toute autre manière les services offerts par le fournisseur de services » et de se rendre à son bureau à cette fin. Cependant, il ne s'agissait pas d'un programme d'inspection officiel comme celui qui était en place pour les foyers de soins de longue durée. Il s'agissait plutôt d'un pouvoir général que le CASC pouvait utiliser pour recueillir des renseignements sur des problèmes particuliers qui se présentaient, et il n'était utilisé que ponctuellement.

Étant donné que les services de soins à domicile sont fournis dans des milliers de foyers répartis sur une vaste zone géographique, il aurait été difficile et peu pratique pour le CASC de mener des vérifications ou des inspections de routine au domicile des patients. Une telle approche serait également très invasive, car elle impliquerait de pénétrer dans le logement privé des patients. Pour ces raisons, le pouvoir d'inspection, d'enquête ou d'examen n'est pas bien adapté à la surveillance générale de la prestation de soins à domicile. Le CASC (plus tard le RLISS) considérait plutôt que les autres outils de gestion du rendement étaient mieux adaptés à cette tâche.

Toutefois, le CASC a utilisé ce pouvoir pour effectuer des vérifications générales plus vastes, par exemple pour examiner les pratiques en matière de ressources humaines ou le taux de soins non fournis chez ses fournisseurs de services. Il l'utilisait également lorsqu'il examinait un problème connu, dans le cadre d'un processus d'amélioration de la qualité ou autrement. Par exemple, il peut être utilisé pour demander un dossier de patient ou pour vérifier la consignation au dossier d'un patient d'une pompe électronique pour injection d'analgésiques qui a fait l'objet de plaintes.

## **XI. Le recours à des sous-traitants**

### **A. La capacité du fournisseur de services à engager des sous-traitants**

Selon les modalités des ententes de services, un fournisseur de services pouvait recourir à d'autres agences pour fournir des services aux patients du CASC en son nom. Ces autres agences étaient appelées « sous-traitants » dans les contrats de service. Par exemple, Life Guard Homecare, qui fournissait du personnel infirmier temporaire aux foyers de soins de longue durée, était également sous contrat avec divers fournisseurs afin de fournir des soins à domicile aux patients du CASC<sup>30</sup>.

Un fournisseur de services qui souhaitait faire appel à un sous-traitant devait obtenir l'approbation écrite du CASC au préalable. Lors de l'évaluation d'une demande d'approbation d'un sous-traitant, le CASC examinait divers facteurs, notamment son rendement antérieur, ses antécédents de travail dans le

---

<sup>30</sup> Life Guard était un sous-traitant de CarePartners et de ParaMed Health Services sur le territoire du CASC du Sud-Ouest au moment pertinent. Il était également sous-traitant de trois fournisseurs de services dans la région du CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant.

secteur des soins à domicile et en milieu communautaire, toute action ou préoccupation juridique le concernant et le processus suivi par le fournisseur de services pour s'assurer que le sous-traitant s'acquitte correctement de ses obligations. Ce dernier point est particulièrement important, car le fournisseur de services reste entièrement responsable de la fourniture des services couverts par son entente de services – y compris de ceux fournis par le sous-traitant.

## **B. Le CASC et les sous-traitants d'un fournisseur de services**

Le CASC n'avait pas de relation directe et officielle avec les sous-traitants d'un fournisseur de services. Bien que le personnel infirmier ou l'agent de planification du sous-traitant puisse parler directement d'un patient à un coordonnateur des soins du CASC, le CASC ne parlait pas régulièrement à des sous-traitants de problèmes de rendement. Si le CASC était préoccupé par le rendement d'un sous-traitant, il en discutait généralement plutôt avec le fournisseur de services, qui devait ensuite résoudre le problème avec le sous-traitant. Toutefois, si le CASC procédait à un examen ou organisait une réunion liée à un problème, le fournisseur de services et la direction du sous-traitant pouvaient y participer.

Le signalement de plaintes et d'incidents entraînant un risque au CASC suivait également un processus différent lorsqu'un sous-traitant était impliqué, le fournisseur de services étant responsable de faire rapport au CASC au nom du sous-traitant. Sur le territoire du CASC du Sud-Ouest, les sous-traitants n'avaient pas accès au système de rapports d'incident en ligne (SGSI) du CASC. Pour cette raison, les sous-traitants devaient signaler les plaintes et les incidents entraînant un risque au fournisseur de services, qui les consignait dans le SGSI afin de les signaler au CASC.

Ce processus pouvait entraîner un manque de renseignements entre le CASC et le sous-traitant. Même si le CASC apprenait l'existence de problèmes avec un sous-traitant si un patient se plaignait directement auprès de lui, il comptait beaucoup sur le fournisseur de services pour l'informer des problèmes concernant les sous-traitants. La capacité du fournisseur de services d'informer le CASC de ses préoccupations concernant un sous-traitant dépendait de la manière dont celui-ci lui rapportait les problèmes. Toutefois, le CASC ne disposait d'aucun processus officiel pour s'assurer que les fournisseurs de services supervisaient adéquatement leurs sous-traitants

ou surveillaient la manière dont ils signalaient les problèmes. Par conséquent, si un fournisseur de services ne s'assurait pas que les sous-traitants signalaient correctement les problèmes, le CASC pouvait ne pas être au courant de certaines préoccupations.

## C. La cessation du recours à des sous-traitants

Toutefois, les ententes de services autorisaient le CASC à exiger qu'un fournisseur de services cesse d'utiliser un sous-traitant pour prendre soin de ses patients. En vertu des ententes, le CASC pouvait faire cette demande s'il concluait que le sous-traitant avait commis un manquement grave ou avait été accusé d'une infraction criminelle, ou s'il avait des motifs raisonnables d'être insatisfait de son rendement. Bien entendu, pour formuler une telle demande, le CASC devait être au courant d'un problème de rendement concernant le sous-traitant. Ce fait rendait la surveillance du fournisseur de services particulièrement importante.

Le pouvoir de demander au fournisseur de services de cesser de faire appel à un sous-traitant particulier a rarement été utilisé ces dernières années dans la région du RLISS du Sud-Ouest. Le directeur de la qualité du RLISS du Sud-Ouest a indiqué que ni le CASC du Sud-Ouest ni le RLISS du Sud-Ouest n'avaient agi en vertu de cette disposition depuis 2015, date à laquelle il s'était joint au CASC du Sud-Ouest.

## XII. Les soins prodigués à la victime de l'infraction et l'enquête du CASC du Sud-Ouest après les aveux de Wettlaufer

### A. Les soins prodigués à la victime de Wettlaufer à domicile

Beverly Bertram, la victime de Wettlaufer dans le milieu des soins à domicile, avait reçu des services du CASC par intermittence pendant plusieurs années. Au début de 2016, elle a été affectée à l'équipe chronique/indépendant en milieu communautaire du CASC et recevait des services de soutien à la personne et des soins infirmiers, dont les derniers ont été fournis par Saint Elizabeth. Au début du mois de juillet 2016, M<sup>me</sup> Bertram a été admise à l'hôpital. En raison de son hospitalisation de plus de 14 jours, tous ces services ont été interrompus, conformément à la politique du CASC.

M<sup>me</sup> Bertram a reçu son congé de l'hôpital le 19 août. Avant sa sortie de l'hôpital, elle a été évaluée par un coordonnateur des soins hospitaliers et a reçu un nouvel aiguillage afin de pouvoir recommencer à recevoir ses soins à domicile. Le coordonnateur des soins hospitaliers a établi un programme de services et Saint Elizabeth a été chargé de fournir des services infirmiers liés à l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse, à l'entretien du cathéter central inséré par voie périphérique (CCIP) et au traitement des plaies.

Parce que Saint Elizabeth – et non le CASC – décidait quels professionnels de la santé étaient affectés à un patient, le CASC ne savait pas à l'époque quels infirmiers avaient été envoyés pour fournir des services à M<sup>me</sup> Bertram. Saint Elizabeth a chargé Wettlaufer de fournir des services à M<sup>me</sup> Bertram les 20 et 21 août 2016. Comme elle l'a ensuite avoué, le 21 août, Wettlaufer a tenté d'assassiner M<sup>me</sup> Bertram en lui administrant de fortes doses d'insuline via le CCIP. Heureusement, M<sup>me</sup> Bertram a survécu à l'attaque de Wettlaufer.

Début septembre, lorsque la coordonnatrice des soins communautaires assignée à M<sup>me</sup> Bertram s'est rendue chez elle pour effectuer une évaluation plus détaillée en personne, l'attaque de Wettlaufer avait déjà eu lieu, bien qu'elle ne l'ait pas encore avouée, ni avoué les autres Infractions. La coordonnatrice des soins de M<sup>me</sup> Bertram a témoigné qu'elle n'avait rien vu de préoccupant pendant l'évaluation. Ni M<sup>me</sup> Bertram ni aucun résident de la maison ne se sont plaints des services qu'elle avait reçus jusqu'à ce moment-là. De même, le CASC n'avait reçu aucune plainte concernant les services fournis par Wettlaufer à M<sup>me</sup> Bertram en août 2016. En résumé, il n'y avait aucun élément pour avertir le CASC de l'Infraction contre M<sup>me</sup> Bertram.

Wettlaufer a avoué plus tard qu'elle avait volé l'insuline qu'elle avait utilisée pour tenter de tuer M<sup>me</sup> Bertram à une autre patiente des soins à domicile du CASC. Wettlaufer était entrée chez cette patiente, sans invitation, dans le but exprès de voler de l'insuline. Comme indiqué précédemment dans ce chapitre, les superviseurs de Saint Elizabeth n'ont pas signalé au CASC l'entrée non autorisée de Wettlaufer au domicile de cette patiente. Plus tard, lorsque Saint Elizabeth a appris que Wettlaufer avait volé de l'insuline à cette patiente, il ne l'a pas rapporté non plus au CASC.

## B. Le CASC du Sud-Ouest découvre les aveux de Wettlaufer

Le 18 octobre 2016, le CASC du Sud-Ouest a eu connaissance des aveux de Wettlaufer. À cette date, Saint Elizabeth a contacté M<sup>me</sup> Ladouceur, alors vice-présidente des soins aux patients au CASC du Sud-Ouest, pour l'informer qu'une infirmière non identifiée avait avoué avoir tenté de faire du mal à plusieurs patients. Le courriel ne mentionnait qu'une seule patiente du CASC du Sud-Ouest, M<sup>me</sup> Bertram, et indiquait que l'infirmière avait avoué avoir injecté de l'insuline dans le CCIP de la patiente. Le courriel confirmait que M<sup>me</sup> Bertram était « en vie et qu'elle allait bien » et qu'une enquête policière était en cours.

Après la découverte des aveux de Wettlaufer, le coordonnateur des soins de M<sup>me</sup> Bertram a contacté cette dernière pour lui demander comment elle allait et si elle avait besoin de soutien supplémentaire. Le coordonnateur des relations avec les patients du CASC du Sud-Ouest a également créé une entrée dans le SGSI afin de documenter l'incident et les mesures prises en conséquence. Deux jours plus tard, l'équipe de la haute direction du CASC du Sud-Ouest a reçu une note décrivant les renseignements dont disposait l'organisme à ce moment-là.

Le 25 octobre, la Police provinciale de l'Ontario et la police de Woodstock ont tenu une conférence de presse sur les Infractions de Wettlaufer. Les policiers ont indiqué qu'elle avait été inculpée de plusieurs chefs de meurtre et de tentative de meurtre et ont publié les noms de huit de ses victimes.

Après avoir appris les noms des victimes de Wettlaufer, le CASC du Sud-Ouest a déterminé que, mis à part M<sup>me</sup> Bertram, une patiente des services de soins à domicile, plusieurs victimes avaient été placées dans des foyers de soins de longue durée par le CASC du Sud-Ouest. Il a donc recherché les dossiers de toutes les victimes ayant été des patients du CASC du Sud-Ouest et, afin de protéger la confidentialité de ces dossiers, restreint l'accès aux dossiers à un petit nombre de membres de la haute direction du CASC<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Étant donné que M<sup>me</sup> Bertram recevait toujours activement des services de soins à domicile, l'accès à son dossier n'était pas limité, car ce dernier devait rester accessible au personnel du CASC.

## C. Les discussions avec Saint Elizabeth

Le 21 octobre 2016, le coordonnateur des relations avec les patients du CASC du Sud-Ouest et sa responsable régionale de la qualité ont parlé par téléphone à la direction de Saint Elizabeth afin de discuter des mesures à prendre pour assurer la sécurité des patients. Au cours de cet appel, le CASC du Sud-Ouest a déclaré qu'il s'attendait à ce que Saint Elizabeth fasse un suivi individuel auprès de chaque patient auprès de qui Wettlaufer avait été affectée pour s'assurer qu'il n'y avait pas de problèmes non signalés concernant la qualité des soins. Le CASC du Sud-Ouest a également demandé à Saint Elizabeth de parler aux collègues infirmiers de Wettlaufer pour déterminer s'ils avaient des inquiétudes concernant la qualité des soins qu'elle avait fournis. À la suite de cet appel, la responsable régionale de la qualité du CASC du Sud-Ouest et Saint Elizabeth étaient fréquemment en contact pendant le déroulement de l'enquête.

## D. Les communications avec les fournisseurs de services

Le 25 octobre 2016, dans le cadre de l'enquête du CASC du Sud-Ouest après la révélation des Infractions, le responsable régional de la gestion des contrats du CASC du Sud-Ouest a contacté tous ses fournisseurs de services pour leur demander si Wettlaufer avait déjà travaillé pour eux, soit sous son nom de famille actuel soit sous son nom de naissance. À part Saint Elizabeth, tous les fournisseurs de services ont indiqué que ce n'était pas le cas.

Le jour même, un journal local a rapporté que Wettlaufer avait travaillé pour Life Guard Homecare. Le CASC du Sud-Ouest avait approuvé Life Guard en tant que sous-traitant pour deux fournisseurs de services, ParaMed Health Services et CarePartners. En conséquence, le responsable régional de la gestion des contrats a contacté les deux fournisseurs de services pour les informer que Wettlaufer avait travaillé pour Life Guard et leur a demandé d'identifier tout patient du CASC du Sud-Ouest auquel Wettlaufer avait fourni des services à ce titre.

ParaMed a constaté que Wettlaufer avait fourni des services à sept patients du CASC du Sud-Ouest alors qu'elle travaillait comme préposée aux services de soutien à la personne pour Life Guard, et CarePartners a indiqué qu'elle avait fourni des services de préposé SSP à un patient du CASC du Sud-Ouest alors qu'elle effectuait un quart de huit heures pour Life Guard à

l'aide de l'outil eShift<sup>32</sup>. Le CASC du Sud-Ouest a demandé à ParaMed et à CarePartners d'enquêter sur les soins fournis par Wettlaufer à ces patients afin de déterminer s'il y avait des problèmes avec les services qu'elle avait fournis. ParaMed et CarePartners ont tous deux signalé que leurs enquêtes respectives n'avaient révélé aucune préoccupation.

Ces communications mettent en évidence à quel point le CASC comptait sur les fournisseurs de services pour gérer son personnel de première ligne et ses sous-traitants. Comme le révèlent les communications avec les fournisseurs de services à la suite des Infractions, le CASC ne savait pas quel employé travaillait pour un fournisseur de services donné. De plus, ni le CASC ni les fournisseurs de services ne connaissaient le nom des employés travaillant pour des sous-traitants. Ce n'est que lorsque les médias ont annoncé que Wettlaufer travaillait pour Life Guard que le CASC a pu alerter ParaMed et CarePartners quant à la nécessité de faire un suivi auprès de certains de leurs patients. Cela souligne le fait que le travail effectué par les fournisseurs de services et les sous-traitants pour sélectionner et former le personnel et contrôler la qualité des services est essentiel pour assurer la sécurité des patients.

## **E. Les communications avec le CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant**

Après avoir appris que Wettlaufer avait travaillé pour Life Guard, le CASC du Sud-Ouest a également communiqué avec le CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB), parce que Life Guard offrait aussi des services dans cette région. Le CASC HNHNB a alors demandé à tous ses fournisseurs de services si Wettlaufer avait déjà travaillé pour eux. Tous ont indiqué que ce n'était pas le cas; cependant, trois fournisseurs de services avaient sous-traité avec Life Guard. Le CASC HNHNB leur a demandé de déterminer si Wettlaufer avait fourni des services à des patients du CASC par l'intermédiaire de Life Guard, et les trois ont conclu que c'était le cas. Le CASC HNHNB a obtenu une liste de ces patients et confirmé qu'aucun d'entre eux n'était décédé de façon inattendue.

---

<sup>32</sup> eShift est un programme par lequel un préposé SSP fournit des services au domicile du patient et reçoit les instructions et les communications d'un infirmier sur un téléphone intelligent.



## F. Les vérifications des dossiers des patients par le CASC du Sud-Ouest

Après avoir communiqué avec ses fournisseurs de services et prévenu le CASC HNHB que Wettlaufer travaillait pour Life Guard, le CASC du Sud-Ouest a vérifié les dossiers de tous les patients du CASC du Sud-Ouest auxquels Wettlaufer avait été affectée. Ainsi, il a examiné les dossiers des patients :

- que la police a identifiés comme victimes des Infractions, y compris les victimes qui vivaient dans des foyers de soins de longue durée et ne recevaient plus de services de soins à domicile au moment de leur décès;
- que Saint Elizabeth a identifiés comme ayant reçu une ou plusieurs visites de Wettlaufer;
- que ParaMed a identifiés comme ayant reçu une ou plusieurs visites de Wettlaufer alors qu'elle travaillait comme PSSP pour Life Guard;
- que CarePartners a identifiés comme ayant reçu une ou plusieurs visites de Wettlaufer alors qu'elle travaillait comme PSSP pour Life Guard à l'aide de l'outil eShift.

La responsable régionale de la qualité du CASC du Sud-Ouest, qui était infirmière autorisée, a examiné les dossiers des patients, y compris toute la documentation et les notes, afin de déterminer si des problèmes de qualité des soins n'avaient pas été consignés dans le SGSI ni transmis à l'équipe chargée de la qualité. Cet examen n'a révélé aucun décès inattendu, aucune plainte, ni aucun problème de qualité des soins, à part ceux liés à M<sup>me</sup> Bertram. En outre, la responsable régionale de la qualité a examiné tous les rapports électroniques des patients rédigés par Wettlaufer et n'a relevé aucun problème de qualité des soins. Pour s'assurer qu'elle avait examiné les dossiers de tous les patients auxquels Wettlaufer avait été assignée, la responsable régionale de la qualité a également comparé les rapports électroniques à la liste des patients que le CASC savait déjà que Wettlaufer avait vus. Aucun nouveau patient n'a été identifié à la suite de son examen.

Après avoir effectué cet examen, le CASC du Sud-Ouest a déterminé que le problème des soins fournis par Wettlaufer aux patients du CASC semblait se limiter à sa tentative de tuer M<sup>me</sup> Bertram.

## RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes s'adressent aux Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), car, au moment de la rédaction du présent Rapport, ils s'acquittent des anciennes responsabilités des centres d'accès aux soins communautaires en matière de prestation ou d'organisation des soins à domicile financés par l'État. À la lumière la *Loi de 2019 sur les soins de santé pour la population* qui, lors de l'entrée en vigueur des dispositions pertinentes, permettrait la réorganisation ou la dissolution des RLISS, ces recommandations sont destinées à s'appliquer à tout organisme successeur qui sera responsable des soins à domicile financés par l'État.

**Recommandation 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.

### Raisonnement de la recommandation 32

- Tous les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) n'utilisent pas les mêmes systèmes de gestion du suivi des incidents en ligne et ne peuvent rechercher que les plaintes et les rapports de leur propre territoire. Cela signifie qu'ils ne disposent pas d'un moyen facile de déterminer si un membre du personnel a été impliqué dans des incidents survenus dans le territoire d'un autre RLISS.
- Le système de gestion du suivi des incidents utilisé par le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) du Sud-Ouest (et plus tard par le RLISS du Sud-Ouest) ne disposait pas d'un champ dédié pour inscrire le nom du ou des employés impliqués dans un incident. Cela signifiait que le CASC ne pouvait pas facilement consulter l'historique des plaintes et des rapports impliquant un employé particulier pour déterminer s'il existait des tendances.

**Recommandation 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.

### Raisonnement de la recommandation 33

- Le fournisseur de services n'a pas signalé l'entrée non autorisée de Wettlaufer au domicile d'un patient au Centre d'accès aux soins communautaires du Sud-Ouest. Une clarification des types d'incidents à signaler permettrait de s'assurer que le Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) est informé des incidents de cette nature.
- L'entrée non autorisée dans la maison d'un patient est une grave atteinte à la vie privée et, comme le montrent les actions de Wettlaufer, peut être faite dans un but néfaste. Le fait de traiter de tels incidents comme présentant un risque élevé garantira une enquête rapide. Obliger les fournisseurs de services à informer immédiatement le coordonnateur des soins de tels incidents garantira que le RLISS est au courant du problème et peut prendre des mesures immédiates pour le résoudre.

**Recommandation 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.

**Raisonnement de la recommandation 34**

- Le prestataire de services n'a pas signalé l'entrée non autorisée de Wettlaufer au domicile d'un patient, ni que, lors de cette entrée non autorisée, Wettlaufer avait volé l'insuline du patient. Étant donné que la capacité du RLISS de superviser les services de soins à domicile et d'assurer la sécurité des patients repose sur des rapports fiables et cohérents, il est important que le personnel du Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et les fournisseurs de services aient une compréhension commune de ce qui doit être signalé, de la manière de s'y prendre et du moment où le faire. Le personnel du RLISS doit également savoir comment faire le suivi d'incidents inhabituels, comme des entrées non autorisées.

**Recommandation 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.

#### Raisonnement de la recommandation 35

- Les patients à domicile contrôlent largement leurs propres médicaments. S'ils reçoivent des médicaments injectables, les renseignements sur les signes et symptômes de toxicité les aideront à protéger leur sécurité.
- Certains coordonnateurs des soins examinent la sécurité de l'entreposage et de l'élimination des médicaments avec les patients. Cet examen devrait être une pratique courante pour tous les coordonnateurs des soins.

**Recommandation 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.

#### Raisonnement de la recommandation 36

- Dans le cadre du programme MedsCheck à domicile, le pharmacien en apprend davantage sur le patient, ses médicaments et tous les risques ou défis auxquels le patient est confronté pour un entreposage en toute sécurité. La promotion du programme MedsCheck à domicile permet une conservation plus sûre des médicaments. Le programme est financé par le gouvernement provincial et toute personne prenant régulièrement plus de trois médicaments sur ordonnance y est admissible.

**Recommandation 37 :** Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) 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.

#### Raisonnement de la recommandation 37

- Une présélection et une formation rigoureuses du personnel au moment de l'embauche sont essentielles pour la sécurité du client. Bien que les ententes de services comportent des obligations en matière de présélection et de formation, les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ne demandent pas systématiquement aux fournisseurs de services de démontrer qu'ils respectent ces exigences. Les RLISS devraient vérifier régulièrement que tous les fournisseurs de services les respectent.
- Il est important que les RLISS confirment que les fournisseurs de services comprennent leurs obligations en matière d'établissement de rapports et les rédigent réellement au besoin.

**Recommandation 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.

### Raisonnement de la recommandation 38

- Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) n'ont pas de relation directe avec les sous-traitants. Ils dépendent des fournisseurs de services pour gérer et superviser les sous-traitants approuvés, ainsi que pour signaler les plaintes et les incidents entraînant un risque au RLISS au nom de ces sous-traitants. Étant donné l'importance de la sélection du personnel et de la production de rapports, les RLISS devraient exiger explicitement que les fournisseurs de services qui font appel à des sous-traitants assurent la surveillance nécessaire des processus de présélection et de la production de rapports de ces sous-traitants.

**Recommandation 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 de patient 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.

### Raisonnement de la recommandation 39

- L'Avis de décès de patient en établissement (ADPE) adapté augmentera la probabilité que le BCC/SMLO soit averti des décès se produisant dans les domiciles privés, et pour lesquels il est nécessaire de faire appel à un coroner. Les travailleurs de première ligne peuvent disposer de renseignements importants sur le client décédé qui aideront le BCC/SMLO à décider s'il y a lieu de mener une investigation sur le décès. Ils doivent être correctement formés et soutenus pour l'utilisation de l'ADPE adapté.





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

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	634
<b>II.</b>	<b>Rôle et structure de l'Ordre</b> .....	634
	<b>A. L'autonomie et les responsabilités de l'Ordre</b> .....	634
	<b>B. Cadre législatif</b> .....	635
	1. La LPSR .....	636
	2. Le Code .....	637
	3. La <i>Loi sur les infirmières et les infirmiers</i> .....	638
	4. Règlements découlant de la <i>Loi sur les infirmières et infirmiers</i> .....	639
	<b>C. Structure de gouvernance</b> .....	639
	<b>D. Les normes et les directives professionnelles</b> .....	644
	1. Les normes d'exercice .....	644
	2. Les directives professionnelles .....	646
	3. Les normes et les directives professionnelles relativement aux médicaments .....	646
<b>III.</b>	<b>L'adhésion à l'Ordre</b> .....	649
	<b>A. Les IA, IAA, et les catégories d'inscription</b> .....	649
	<b>B. Le champ d'application de la profession infirmière</b> .....	651
<b>IV.</b>	<b>L'inscription et le renouvellement</b> .....	653
	<b>A. Les exigences législatives en matière d'inscription</b> .....	653
	<b>B. Le processus de demande d'inscription</b> .....	655
	<b>C. Le renouvellement annuel de l'adhésion</b> .....	658
<b>V.</b>	<b>Le tableau de l'Ordre</b> .....	659
<b>VI.</b>	<b>Les exigences en matière d'obligation de déposer un rapport</b> .....	662
	<b>A. Le Guide sur l'obligation de déposer un rapport</b> .....	662
	<b>B. Le dépôt de rapports par des employeurs</b> .....	663
	<b>C. Le dépôt de rapports par des exploitants d'établissements</b> ..	665

D. Le dépôt de rapports par des membres .....	666
E. L'autodivulgation par l'infirmier .....	666
<b>VII. Les autres communications .....</b>	<b>666</b>
<b>VIII. Les plaintes et les rapports à l'Ordre .....</b>	<b>669</b>
A. La réception de renseignements sur un membre .....	669
B. Le processus de prise en compte et de traitement des plaintes .....	670
C. Le processus de prise en compte et de traitement des rapports .....	671
<b>IX. Les ordonnances d'urgence et provisoires .....</b>	<b>676</b>
<b>X. Les procédures disciplinaires .....</b>	<b>676</b>
<b>XI. Les procédures relatives à l'aptitude professionnelle .....</b>	<b>677</b>
A. Le cadre législatif pour les enquêtes sur la santé .....	677
B. Les sources d'information sur la santé d'un membre .....	678
C. Le processus d'évaluation de l'aptitude professionnelle d'un membre .....	679
D. Les audiences du comité d'aptitude professionnelle .....	681
E. Les engagements .....	681
F. La surveillance .....	682
G. Le programme de santé des infirmières prévu .....	682
<b>XII. Le programme d'assurance de la qualité .....</b>	<b>684</b>
<b>XIII. L'intervention de l'Ordre en ce qui concerne Elizabeth Wettlaufer .....</b>	<b>685</b>
A. L'inscription initiale : 1995 .....	685
1. Le processus d'inscription de Wettlaufer .....	685
2. Les modifications à l'inscription depuis 1995 .....	687
B. Les procédures pour incapacité : 1996–1998 .....	688
1. Les renseignements reçus de l'Hôpital du district de Geraldton ...	688
2. L'enquête et les évaluations de l'Ordre .....	689
3. Le renvoi pour procédure pour incapacité .....	693
4. L'ordonnance du comité d'aptitude professionnelle .....	698
5. La surveillance de l'Ordre : mai 1997 – mai 1998 .....	699
6. Les renseignements dans le tableau résultant de préoccupations quant à l'incapacité .....	700
7. Les changements à la procédure pour incapacité depuis 1996-1998 .....	701

<b>C. Les renouvellements annuels de l'adhésion de Wettlaufer . . .</b>	<b>702</b>
<b>D. Le rapport de cessation des fonctions de Caessant Care (Woodstock) en 2014 . . . . .</b>	<b>704</b>
1. Le rapport de cessation des fonctions . . . . .	704
2. La réponse initiale de l'Ordre au rapport . . . . .	707
3. Le traitement du rapport par l'enquêtrice chargée de l'évaluation préliminaire . . . . .	708
4. L'entretien d'Helen Crombez . . . . .	711
5. La recommandation de l'enquêtrice chargée de l'évaluation préliminaire relativement à la mesure réglementaire . . . . .	713
6. La réponse réglementaire du registrateur . . . . .	714
7. Les changements au processus depuis 2014 . . . . .	716
<b>E. Les renseignements reçus du CAMH et la révocation de l'autorisation de Wettlaufer d'exercer les soins infirmiers . . . .</b>	<b>717</b>
1. Les renseignements reçus du CAMH le 29 septembre 2016 . . . . .	717
2. Les premières enquêtes de l'Ordre et ses contacts avec Wettlaufer . .	717
3. La nomination d'urgence d'une enquêtrice . . . . .	719
4. L'enquête . . . . .	720
5. Le renvoi au comité de discipline . . . . .	721
6. La révocation : 25 juillet 2017 . . . . .	722
7. Les changements au processus depuis 2016-2017 . . . . .	722
<b>RECOMMANDATIONS . . . . .</b>	<b>723</b>

## I. Introduction

Elizabeth Wettlaufer travaillait comme infirmière autorisée lorsqu'elle a commis ses crimes. Elle a commencé à exercer la profession d'infirmière en 1995, après avoir terminé un programme de trois ans au Conestoga College de Stratford (Ontario). Les Infractions ont été commises entre 2007 et 2016 alors qu'elle travaillait comme infirmière dans divers milieux.

Depuis sa première autorisation d'exercer comme infirmière en 1995 et tout au long de la période où elle a commis les Infractions, Wettlaufer faisait partie de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre). Il est donc important de comprendre à la fois le rôle de l'Ordre pour ce qui est de régir la profession infirmière en Ontario et les rapports que Wettlaufer a eus avec l'Ordre pendant qu'elle exerçait comme infirmière.

Une grande partie de l'information contenue dans le présent chapitre provient des témoignages qu'Anne Coghlan, directrice générale de l'Ordre, a présentés lors des audiences publiques. La loi portant création de l'Ordre fournit un cadre de fonctionnement de ce dernier, mais c'est le témoignage de M<sup>me</sup> Coghlan qui éclaire la façon dont le cadre a été mis en œuvre par l'Ordre. Dans les cas où l'information provient d'autres sources, cela est indiqué.

## II. Rôle et structure de l'Ordre

### A. L'autonomie et les responsabilités de l'Ordre

En Ontario, les soins infirmiers sont une profession autonome. On dit qu'une profession est autonome lorsqu'on lui confère, en reconnaissance de son expertise spécialisée, l'autorisation légale de régir et de réglementer ses membres. Le concept d'autonomie repose sur la conviction que la profession est la mieux placée pour déterminer ses conditions d'admission et ses normes d'exercice.

Depuis sa création en 1963, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario est l'organisme de réglementation de la profession. Pour exercer la profession d'infirmier en Ontario, il faut être membre de l'Ordre et, par conséquent, être assujéti à sa réglementation.

L'objectif principal de l'Ordre est de réglementer, dans l'intérêt public, ses 175 000 employés. Pour ce faire, il définit les conditions d'admission pour devenir membre, élabore et fait la promotion des normes d'exercice de la profession, administre un programme d'assurance de la qualité et assure la mise en œuvre de ses normes d'exercice et de déontologie des infirmiers par la formation, le soutien et la discipline.

En 2016, l'Ordre avait un budget annuel de 33,7 millions de dollars et comptait 208 membres. Il compte le plus grand nombre de membres de tous les ordres professionnels de la santé réglementés de l'Ontario.

La profession d'infirmière est constituée de deux catégories reconnues par l'Ordre : les infirmiers autorisés (IA) et les infirmiers auxiliaires autorisés (IAA). Les infirmiers autorisés peuvent également faire partie de la catégorie supérieure, appelés infirmiers praticiens (IP). Plus loin dans ce chapitre, je décris les différences entre les IA (y compris les IP) et les IAA.

## B. Cadre législatif

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR)<sup>1</sup> est une loi générale qui régit 26 professions autonomes de la santé en Ontario, dont celle des infirmiers. L'annexe 2 de la LPSR est le *Code des professions de la santé* (le Code). Celui-ci comprend un ensemble de règles que doivent respecter tous les ordres professionnels de la santé, y compris l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

Chaque profession de la santé est également régie par sa propre loi. Je parlerai collectivement de ces mesures législatives sous le nom de lois sur les professions de la santé. Pour les infirmiers, cette loi est la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*<sup>2</sup>. En vertu de la LPSR, le Code est réputé faire partie de chacune des lois sur les professions de la santé, y compris la *Loi sur les infirmières et infirmiers*<sup>3</sup>.

Ensemble, la LPSR, le Code, la *Loi sur les infirmières et infirmiers* et ses règlements établissent la portée réglementaire de l'Ordre.

<sup>1</sup> L.O. 1991, chap. 18.

<sup>2</sup> L.O. 1991, chap. 32.

<sup>3</sup> LPSR, art. 4; *Loi sur les infirmières et infirmiers*, art. 2(1).

## 1. La LPSR

En vertu de la LPSR, le ministre de la santé et des soins de longue durée est responsable de son administration. La LPSR stipule qu'il incombe au ministre de garantir :

- la réglementation et la coordination des professions de la santé dans l'intérêt public;
- l'établissement et le respect de normes d'exercice appropriées;
- la possibilité pour les particuliers d'avoir accès aux services des professions de la santé de leur choix;
- la possibilité pour les particuliers d'être traitées avec sensibilité et respect dans leurs rapports avec les professionnels de la santé, les ordres professionnels et la Commission d'appel et de révision des professions de la santé (laquelle se charge de mener les examens de plaintes et des inscriptions ainsi que de tenir des audiences concernant certaines décisions des ordres des professions de la santé).

La LPSR prévoit également la création du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé. Le rôle de ce dernier est de conseiller le ministre, sur demande écrite, sur les points suivants : la nécessité de réglementer des professions non réglementées (ou la nécessité de cesser de réglementer les professions déjà réglementées); les modifications possibles de la LPSR ou des lois régissant les professions de la santé; les questions concernant les programmes d'assurance de la qualité mis sur pied par les ordres; le programme de relations avec les patients et l'efficacité des programmes; toute autre question relative à la réglementation des professions de la santé qu'il estime souhaitable de soumettre au conseil consultatif.

Chaque année, tous les ordres et le conseil consultatif sont tenus de rendre compte au ministre de leurs activités et de leurs affaires financières. Le rapport d'un ordre doit comprendre un état financier vérifié. Les rapports annuels de l'Ordre sont rendus publics.

La LPSR comprend une liste de 14 « actes autorisés ». En vertu de l'article 27 de la LPSR, les actes autorisés ne peuvent être exécutés par une personne dans le cadre de la prestation de services de santé à moins que (1) la personne soit un membre autorisé à accomplir cet acte par une loi sur une profession de la santé; ou (2) que l'exécution de l'acte autorisé ait été déléguée à la

personne par un membre dûment autorisé. La délégation doit être conforme aux règlements de la loi sur une profession de la santé qui régit la profession du membre<sup>4</sup>.

L'article 29 de la LPSR prévoit certaines exceptions aux restrictions prévues à l'article 27 concernant l'exécution d'actes autorisés. Par exemple, il y a une exception pour les actes accomplis pour aider une personne dans ses activités courantes de la vie quotidienne.

L'annexe 1 de la LPSR comprend un tableau des 26 professions autonomes de la santé et des lois sur les professions de la santé y afférentes. L'annexe 2 de la LPSR est le Code, que je passe en revue ci-après.

## 2. Le Code

Le Code établit les responsabilités, les objectifs et le cadre de gestion de chacun des ordres professionnels de la santé réglementés. Il prévoit que chaque ordre a le devoir de collaborer avec le ministre pour s'assurer, dans l'intérêt public, que la population de l'Ontario ait accès à un nombre suffisant de professionnels de la santé réglementés qui soient qualifiés et compétents<sup>5</sup>. Le Code énumère également les objectifs de tous les ordres, notamment les suivants :

- réglementer l'exercice de la profession et régir l'activité des membres (conformément à la loi sur une profession de la santé, à la LPSR et au Code);
- élaborer et maintenir des normes d'admissibilité applicables aux personnes auxquelles un certificat d'inscription est délivré;
- élaborer et maintenir des programmes et des normes d'exercice pour assurer la qualité de l'exercice de la profession;
- élaborer et maintenir des normes de connaissances et de compétence ainsi que des programmes, pour promouvoir l'évaluation, la compétence et le perfectionnement continus des membres.

Les ordres doivent atteindre ces objectifs tout en servant et en protégeant l'intérêt public.

Le Code exige la création de sept comités prescrits par la loi au sein de chaque ordre. Vous trouverez ci-dessous la structure et l'organisation de l'Ordre des

---

<sup>4</sup> LPSR, art. 28.

<sup>5</sup> Code, art. 2.1.

infirmières et infirmiers. Les comités prescrits par la loi se penchent sur des questions comme l'inscription et la discipline des infirmiers.

Le Code établit ensuite les pratiques et les procédures que doit suivre chaque ordre pour, entre autres, les questions suivantes :

- l'inscription de nouveaux membres;
- le traitement des plaintes et des rapports du public et d'autres intervenants au sujet des membres de l'Ordre;
- les pouvoirs d'enquête;
- la discipline des membres de la profession;
- la résolution des préoccupations concernant la capacité des membres d'exercer leur profession en toute sécurité;
- la création et le maintien de programmes d'assurance de la qualité.

Le Code impose également des obligations de déposer un rapport en énonçant les cas où les employeurs, les exploitants d'établissements et les membres sont tenus de fournir à l'Ordre des renseignements sur un membre ou sur la capacité de ce dernier d'exercer sa profession de façon sécuritaire.

### **3. La Loi sur les infirmières et les infirmiers**

La *Loi sur les infirmières et infirmiers* est la loi sur les professions de la santé qui s'applique aux infirmières et infirmiers de l'Ontario. Elle établit le champ d'exercice de la profession d'infirmier ainsi que les actes autorisés que chaque catégorie de membres peut être autorisée à accomplir. Je reviendrai plus en détail sur ces actes autorisés plus loin dans le présent chapitre.

Seuls les membres de l'Ordre peuvent exercer la profession d'infirmier ou porter certains titres restreints comme : « infirmier », « infirmier praticien », « infirmier autorisé » ou encore « infirmier auxiliaire autorisé ». Pour exercer la profession infirmière en Ontario, il faut être membre de l'Ordre et donc assujetti à sa réglementation.

La *Loi sur les infirmières et infirmiers* établit également la structure organisationnelle de l'Ordre et prévoit que son Conseil (d'administration) peut adopter des règlements qui viennent se greffer sur la réglementation de la profession.



#### 4. Règlements découlant de la *Loi sur les infirmières et infirmiers*

Il existe actuellement deux règlements découlant de la *Loi sur les infirmières et infirmiers*, à savoir le Règlement sur la faute professionnelle (*Professional Misconduct*)<sup>6</sup> et les *Dispositions générales*<sup>7</sup>.

Le Règlement sur la faute professionnelle énumère 37 fautes professionnelles pour les infirmières, parmi lesquelles il y a, entre autres :

- la violation ou le nonrespect d'une norme d'exercice de la profession;
- l'exercice de la profession par un membre dont les facultés sont affaiblies par toute substance;
- l'abus verbal, physique ou émotionnel d'un patient;
- la violation d'une condition ou d'une restriction figurant sur le certificat d'inscription du membre;
- tout acte ou comportement se rapportant à la profession d'infirmière qui, compte tenu des circonstances, serait raisonnablement considéré par les membres comme honteux, déshonorant ou contraire aux devoirs de la profession.

Les *Dispositions générales* fixent des exigences supplémentaires en ce qui concerne les inscriptions, les actes autorisés, la délégation des actes autorisés et l'assurance de la qualité.

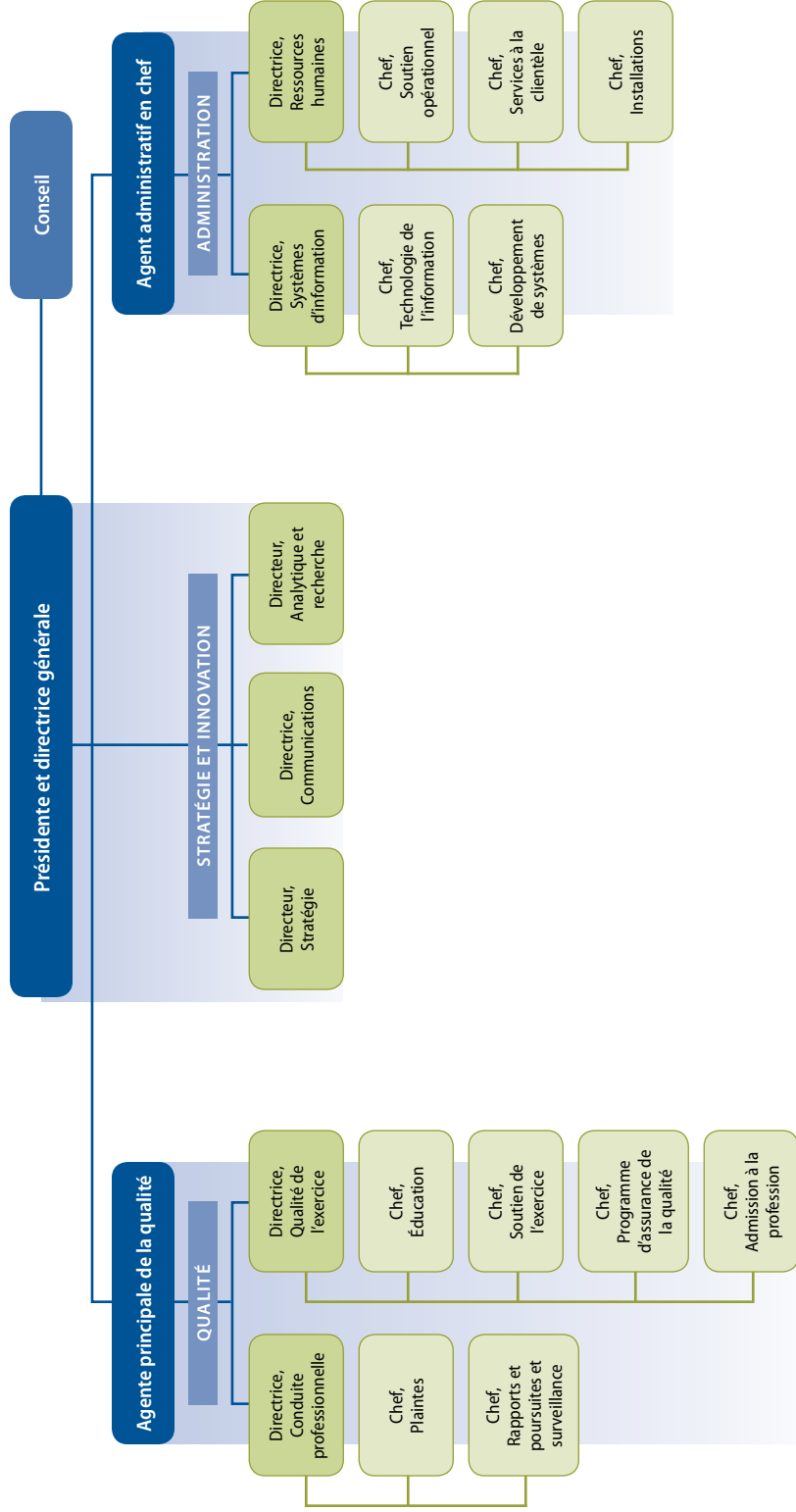
### C. Structure de gouvernance

L'Ordre est supervisé par le président-directeur général (le directeur général), qui exerce les fonctions de registrateur en vertu de la LPSR et du Code. L'actuelle directrice générale de l'Ordre, Anne Coghlan, est en poste depuis 2000.

La figure 13.1 présente la structure organisationnelle de l'Ordre.

<sup>6</sup> Règl. de l'Ont. 799/93 [disponible en anglais seulement].

<sup>7</sup> Règl. de l'Ont. 275/94.



**Figure 13.1 : Structure organisationnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.**  
 Source : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, mars 2018.

Comme l'exige la LPSR, les affaires de l'Ordre sont régies par un conseil d'administration appelé le Conseil. La *Loi sur les infirmières et infirmiers* prévoit jusqu'à 39 membres du Conseil. Le directeur général, bien qu'il ne soit pas membre du Conseil, assiste à ses réunions.

Le mandat du Conseil est de représenter le public et de prendre des décisions dans l'intérêt public. Son rôle comprend l'adoption des règlements administratifs, l'approbation des normes d'exercice de la profession, la supervision des questions financières, la nomination des membres aux comités prescrits par la loi et la supervision de la gouvernance de l'Ordre.

En 2018, le Conseil de l'Ordre était composé de 21 membres élus par leurs pairs de l'Ontario et de 15 personnes nommées par le lieutenant-gouverneur en conseil qui ne sont membres d'aucun ordre ni d'un conseil d'une profession de la santé réglementée.

Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Coghlan a déclaré que cette collaboration directe entre les infirmiers et les membres du public au sein du Conseil et des comités prescrits par la loi favorise la responsabilisation envers le public.

L'Ordre compte des comités prescrits par la loi qui sont composés d'une combinaison de membres du Conseil (membres du public et infirmiers) et d'infirmiers non membres du Conseil<sup>8</sup>. Depuis 2009, les sept comités prescrits par le Code, sont les suivants :

- **Le bureau (appelé « comité de direction » dans les documents et règlements administratifs de l'Ordre)**, qui, entre les réunions du Conseil, dispose de tous les pouvoirs du Conseil pour toute question nécessitant une intervention immédiate (autre que le pouvoir de rédiger, de modifier ou de révoquer une réglementation ou un règlement administratif). Par exemple, en cas de vacance au sein d'un comité prescrit par la loi, le bureau peut nommer un nouveau membre. Cette nomination serait ensuite ratifiée par le Conseil lors de sa prochaine réunion.
- **Le comité d'inscription**, lequel reçoit les renvois du directeur général lorsque les demandes de certificats d'inscription ne répondent pas aux exigences en matière d'inscription. Il examine les demandes ainsi que les autres observations du demandeur et ordonne au directeur général de délivrer un certificat d'inscription, d'exiger un examen ou une formation

---

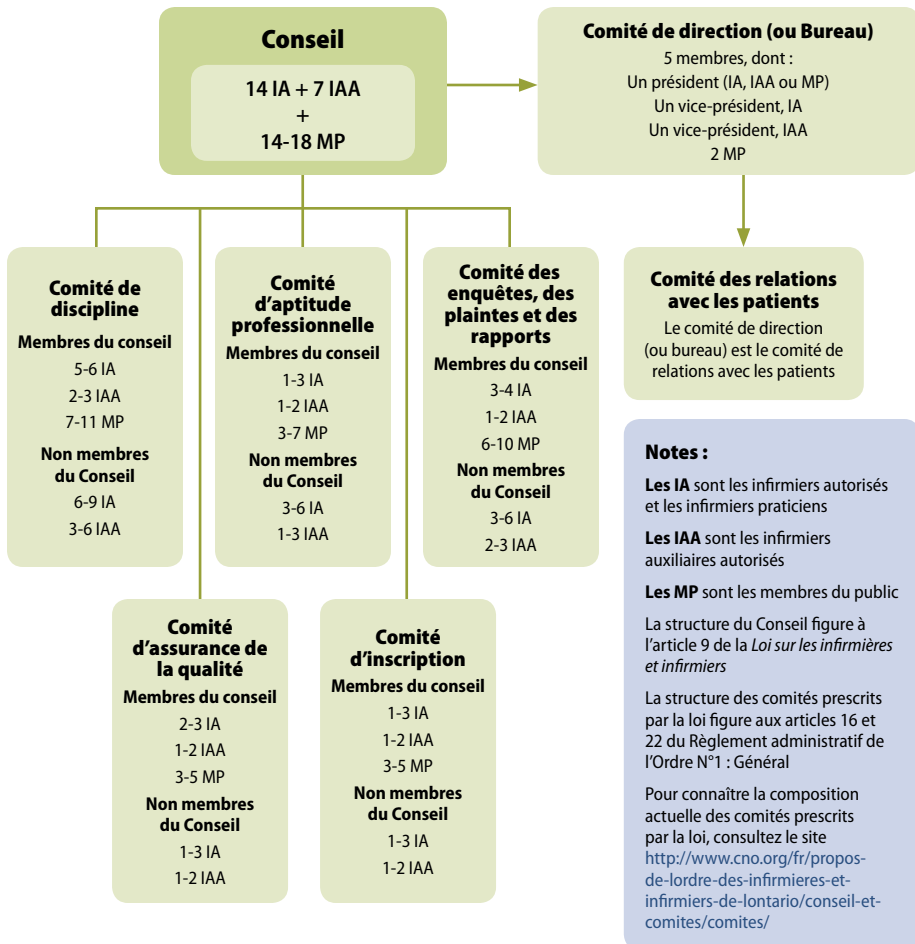
<sup>8</sup> Code, art. 10(3), qui prévoit que la composition du comité sera déterminée par les règlements administratifs de chaque ordre.

supplémentaire avant de délivrer un certificat, d'exiger que le certificat comporte des conditions ou des restrictions ou de refuser la délivrance d'un certificat.

- **Le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports (CEPR)**, qui est un organe de contrôle qui étudie les résultats des enquêtes sur la santé des infirmiers (décrites plus loin dans le présent chapitre), les rapports du directeur général découlant des enquêtes ainsi que les plaintes du public. Le CEPR peut ne prendre aucune autre mesure concernant une affaire, peut donner des avis ou d'autres dispositions éducatives, ou peut adresser des mises en garde à ses membres. Pour les affaires plus graves nécessitant un jugement, le CEPR peut saisir le comité de discipline ou le comité d'aptitude professionnelle.
- **Le comité de discipline**, qui étudie les cas qui lui sont renvoyés par le CEPR relativement à des allégations précises de faute professionnelle de la part de membres. Lorsque le membre et l'Ordre ne parviennent pas à une entente, les questions disciplinaires font l'objet d'audiences contestées. Si le panel du comité de discipline juge que le membre a commis une faute professionnelle, il peut rendre un certain nombre d'ordonnances de sanction. Ces ordonnances peuvent consister à imposer des conditions et des restrictions au certificat d'inscription d'un infirmier, une réprimande, une suspension du certificat pour une période déterminée ou la révocation du certificat d'inscription d'un infirmier.
- **Le comité d'aptitude professionnelle**, qui tient des audiences pour déterminer si les membres sont « frappés d'incapacité » en raison d'une dépendance chimique ou de problèmes de santé mentale ou physique, de sorte que leur exercice doit être restreint dans sa totalité ou en partie. Lorsque le membre et l'Ordre règlent une question à l'amiable, le comité approuve l'entente au moyen d'ordonnances par consentement, sans qu'il ne faille tenir une audience officielle. Ce comité étudie également les cas où les membres cherchent à reprendre l'exercice de leur pratique, ainsi que les allégations de violation des conditions ou restrictions figurant sur le certificat d'inscription d'un membre.
- **Le comité d'assurance de la qualité**, qui est responsable de l'administration du programme autorisé d'assurance de la qualité de l'Ordre. Chaque membre est tenu, une fois par année, de suivre un plan de perfectionnement. Chaque année, environ 800 à 1 000 membres sont tirés au hasard en vue d'une vérification de leur plan de perfectionnement et de la réussite des examens visant à mesurer leur connaissance de normes d'exercice particulières. Les membres jugés insatisfaisants doivent entreprendre des mesures correctives avant d'être réévalués.

- **Le comité de relations avec les patients**, qui fournit des avis au Conseil sur le programme de relations avec les patients de l'Ordre. Ce programme autorisé s'adresse à différents types d'abus infligés aux patients (physiques, verbaux, émotionnels, sexuels) et, dans le cadre du programme de prévention des abus de l'Ordre, traite également des violations des limites prescrites.

La figure 13.2 présente le cadre des comités de l'Ordre prescrits par la loi.



**Figure 13.2 : L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario : Structure du Conseil et des comités prescrits par la loi.**

Source : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, pièce 21, onglet C, lors des audiences publiques.

En 2014, l'Ordre a entrepris un examen de la gouvernance. Il s'est penché sur les tendances mondiales en matière de gouvernance, les pratiques exemplaires et les conseils d'experts en réglementation de la profession infirmière. Cet examen a abouti au rapport final de l'Ordre : *Final Report: A vision for the future*, communément appelé Vision 2020. Le Conseil de l'Ordre l'a approuvé à sa réunion en décembre 2016. Le rapport recommande plusieurs changements au Conseil pour tenir compte des données probantes actuelles sur la gouvernance efficace. Parmi les recommandations, il y a celle de réduire la taille du Conseil et de veiller à ce que sa composition soit axée sur les compétences. L'Ordre a amorcé la mise en œuvre de cette vision de la gouvernance à l'horizon 2020.

## D. Les normes et les directives professionnelles

### 1. Les normes d'exercice

L'Ordre publie un certain nombre de normes d'exercice (normes), qui sont des énoncés autorisés établissant les bases juridiques et professionnelles de la profession infirmière. Le Conseil approuve les normes conformément au mandat que lui confie la loi d'établir des normes pour les infirmiers. Les normes informent les infirmiers de leurs obligations et renseignent le public sur les attentes qu'il peut avoir envers la profession. Les normes s'appliquent à tous les infirmiers, quel que soit leur rôle, leur fonction ou leur domaine d'exercice.

Les *Normes professionnelles, édition révisée 2002* de l'Ordre définissent un cadre pour l'exercice de la profession d'infirmier et établissent un lien avec les autres normes, directives et compétences que l'Ordre a élaborées pour tous les infirmiers de l'Ontario. Les *Normes professionnelles*, dont la dernière mise à jour date d'août 2018, définissent et décrivent les normes d'exercice suivantes pour tous les infirmiers de l'Ontario :

- **Obligation redditionnelle** : L'infirmière est responsable envers le public et doit veiller à ce que son exercice et sa conduite respectent les exigences législatives et les normes professionnelles.
- **Maintien de la compétence** : L'infirmière améliore ses compétences de façon continue en participant au Programme d'assurance de la qualité de l'Ordre.

- **Déontologie infirmière** : L'infirmière comprend, respecte et préconise les valeurs et les croyances sur lesquelles repose la norme d'exercice de l'Ordre : Déontologie infirmière.
- **Connaissances** : L'infirmière acquiert, par le biais de ses études de base et de l'apprentissage permanent, des connaissances relatives aux services professionnels qu'elle fournit.
- **Application des connaissances** : L'infirmière améliore sans cesse la mise en pratique de ses connaissances professionnelles.
- **Leadership** : L'infirmière fait preuve de leadership lorsqu'elle fournit, facilite et favorise les meilleurs soins et services possibles à la population.
- **Relations** : L'infirmière crée et cultive des relations thérapeutiques et professionnelles axées sur le respect et la collaboration.
- **Relation professionnelle** : La relation professionnelle est fondée sur la confiance et le respect et vise à améliorer les soins prodigués aux clients.

Les autres normes actuelles publiées par l'Ordre comprennent, entre autres, la *Confidentialité des renseignements personnels sur la santé*; *La tenue de dossiers*; *La prise de décisions sur les interventions*; *La déontologie infirmière*; *les Médicaments* et *La relation thérapeutique*.

En vertu du Règlement sur la faute professionnelle, un infirmier se rend coupable de faute professionnelle s'il enfreint ou ne respecte pas une norme d'exercice de la profession.

Cela dit, ce ne sont pas toutes les infractions à une norme qui sont portées à l'attention de l'Ordre. Dans son témoignage aux audiences publiques, M<sup>me</sup> Coghlan a déclaré que la plupart des infractions aux normes de pratique sont réglées dans le milieu de pratique. En l'occurrence, l'Ordre ne prend même pas connaissance des incidents. Toutefois, il s'attend à ce que ses ressources permettent aux milieux de travail de s'assurer que tous les membres connaissent les normes. L'Ordre s'attend également à ce que les milieux de travail mettent en place des mécanismes qui appuient la pratique infirmière conformément aux normes.

Toutefois, lorsqu'une infraction supposée ou réelle aux normes lui est signalée, l'Ordre doit prendre une décision concernant la mesure réglementaire à appliquer. Les mesures réglementaires peuvent aller de l'absence de mesures supplémentaires au renvoi de l'infirmier devant le comité de discipline pour une audience. Je décris ce processus plus loin dans le présent chapitre.

## 2. Les directives professionnelles

Celles-ci ont souvent trait à des enjeux propres à l'exercice, aident les infirmiers à cerner leurs responsabilités et à prendre des décisions conformes aux normes de sécurité et de déontologie dans le cadre de leur exercice.

Les directives professionnelles actuelles publiées par l'Ordre comprennent, entre autres : *les Mécanismes d'autorisation; La prévention et la gestion des conflits; Le consentement; Exercer comme prestataire d'une autre catégorie; L'exercice de l'IA et de l'IAA : l'infirmière, le client et l'environnement; et La collaboration avec les prestataires de soins non réglementés*. L'objectif principal des directives professionnelles est d'aider les membres à appliquer les normes dans leur pratique.

L'Ordre ne tient pas particulièrement compte des directives lorsqu'il intente des poursuites pour faute professionnelle devant le comité de discipline. La norme à laquelle la directive fait référence serait plutôt le fondement de la poursuite.

## 3. Les normes et les directives professionnelles relativement aux médicaments

La norme d'exercice *Médicaments* expose les obligations redditionnelles des infirmiers qui exécutent des pratiques en matière de médicaments, dont l'administration, la préparation, l'entreposage, la gestion des stocks et l'élimination des médicaments. La première édition des *Normes sur l'administration de médicaments* (ancien titre), publiée en novembre 1996, a été plusieurs fois mise à jour.

La norme actuelle intitulée *Médicaments*, publiée en 2017, reflète les normes qui s'appliquent à tous les infirmiers. (De plus, les infirmiers praticiens sont responsables des pratiques en matière de médicaments décrites dans *Infirmière praticienne*.) Cette norme fixe trois principes qui énoncent les attentes de l'Ordre concernant les pratiques en matière de médicaments :

- **Autorisation** : Les infirmières doivent posséder l'autorisation nécessaire pour appliquer des pratiques en matière de médicaments.
- **Compétence** : L'infirmière doit veiller à posséder les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour exécuter les pratiques en matière de médicaments de manière sécuritaire.



- **Sécurité** : L'infirmière favorise des soins sécuritaires et concourt à une culture de sécurité au sein de son lieu de travail lorsqu'elle exécute des pratiques en matière de médicaments.

La norme actuelle a été conçue pour refléter une « approche axée sur des principes », laquelle visait à fournir aux infirmiers une orientation générale concernant leurs pratiques en matière de médicaments plutôt que des normes détaillées et prescriptives.

Par exemple, la norme exige que les infirmiers n'acceptent que les ordres qui sont « clairs, complets et pertinents ». Autrement, il s'agit d'une violation de la norme. L'ancienne norme intitulée *Médicaments*, en revanche, comportait une liste normative d'éléments à vérifier avant d'accepter et de traiter un ordre, notamment la date de celui-ci, le nom du client, le nom du médicament, la posologie, la voie, la fréquence, le nom du médecin, la signature et la désignation.

Selon les témoignages de M<sup>me</sup> Coghlan, le passage à une approche axée sur des principes s'est fait à la suite de consultations avec des infirmiers et d'autres parties prenantes et d'un examen des recherches en cours sur les pratiques exemplaires en matière de médicaments. L'objectif de l'approche révisée, axée sur des principes, était de fournir une orientation plus adaptée à la diversité et à l'évolution rapide des établissements de santé, ainsi que de permettre une souplesse et une adaptation à la panoplie de contextes dans lesquels les médicaments sont administrés. Cette approche reconnaissait également la responsabilité professionnelle des infirmiers dans l'application de leurs connaissances, de leurs compétences et de leur jugement au cours de l'exercice de leur profession.

En plus de la norme intitulée *Médicaments*, l'Ordre publie un certain nombre d'outils d'aide à la décision pour faciliter son application par ses membres.

Le fait de commettre une erreur de médicament constitue une violation de la norme. La norme définit l'erreur de médicament comme : « Tout événement évitable qui peut causer ou entraîner une utilisation inappropriée d'un médicament ou un préjudice à un malade, alors que le médicament est sous le contrôle d'un professionnel de la santé, du client ou du consommateur ». La norme reflète les attentes de l'Ordre selon lesquelles toutes les erreurs, les « événements évités de justesse » et les réactions indésirables doivent être signalés en temps opportun. La norme actuelle *Médicaments* ne précise pas le destinataire du rapport, mais M<sup>me</sup> Coghlan a indiqué qu'un tel rapport devrait être rédigé conformément aux communications officielles utilisées pour établir des pratiques.

Bien que toutes les erreurs de médicament constituent des infractions à la norme *Médicaments*, M<sup>me</sup> Coghlan et M<sup>me</sup> Karen Yee, ancienne enquêtrice chargée de l'évaluation préliminaire à l'Ordre, ont indiqué lors des audiences publiques que l'Ordre sait que ces erreurs sont très courantes dans le système de santé. Certaines études montrent que jusqu'à un tiers du temps passé par un infirmier à prodiguer des soins aux patients peut être consacré à l'administration des médicaments, et que les erreurs de médicament constituent un phénomène bien étudié.

Par exemple, M<sup>me</sup> Coghlan a cité une étude qui a examiné systématiquement les données empiriques sur la prévalence et la nature des erreurs d'administration de médicaments dans les soins de santé. Les types d'erreurs les plus courants étaient les suivants : le mauvais moment, l'omission et la mauvaise dose d'administration du médicament. Les chercheurs ont conclu que le taux médian d'erreurs d'administration des médicaments était de 19,6 % et que le taux médian était de 8 % si l'on exclut les erreurs d'administration des médicaments liées au moment de l'administration. L'étude a également conclu que le taux d'erreur était supérieur dans les foyers de soins de longue durée que dans les hôpitaux.

M<sup>me</sup> Coghlan a en outre affirmé qu'elle croit comprendre, d'après la littérature, que la sécurité des patients s'améliore lorsque les erreurs de médicament font l'objet de discussions ouvertes et lorsque l'administration encourage et soutient la production de rapports, tout en évitant que le professionnel de la santé soit blâmé ou puni pour des erreurs. M<sup>me</sup> Coghlan a expliqué que la norme de l'Ordre *Médicaments* reflète ce qu'on appelle « le mouvement pour la sécurité des patients » : on peut prévenir les erreurs de médicament si les professionnels de la santé peuvent les déceler et les signaler dans un environnement sécuritaire, dans lequel ils ont la possibilité de signaler leurs propres erreurs et celles des autres. L'ensemble de l'équipe soignante peut alors être au courant des mesures visant à prévenir les erreurs futures et les déceler.

Les erreurs de médicament sont au nombre des préoccupations les plus courantes portées à l'attention de l'Ordre. Environ 20 à 30 % des plaintes et rapports du public et des parties prenantes que reçoit l'Ordre au sujet de ses membres portent, du moins en partie, sur des erreurs de médicament.

### III. L'adhésion à l'Ordre

#### A. Les IA, IAA, et les catégories d'inscription

Tel que mentionné ci-dessus, il existe deux catégories d'infirmiers en Ontario : les infirmiers autorisés (IA) et les infirmiers auxiliaires autorisés (IAA). Les IA peuvent aussi faire partie de la catégorie supérieure, appelés infirmiers praticiens (IP).

En 2017, on comptait environ 175 000 infirmiers en Ontario, soit environ 119 200 IA (dont 3 340 IP) et 55 760 IAA. Environ 13 000 personnes font partie de la catégorie des membres inactifs, décrite ci-dessous.

Selon la base de données de l'Ordre, l'Ontario compte plus de 13 000 employeurs individuels d'infirmiers, allant des grands établissements aux employeurs d'infirmières individuelles. En 2017, la majorité des IA travaillaient dans les hôpitaux (61 %) tandis que le plus grand nombre d'IP travaillaient dans la collectivité (49 %). La plupart des IAA exercent dans des foyers de soins de longue durée (38 %) ou dans des hôpitaux (36 %).

Les critères d'admission à la profession d'IA et d'IAA sont différents, mais les études des deux catégories d'infirmiers sont basées sur un tronc commun de connaissances. Les IA acquièrent de meilleures connaissances de base en pratique clinique et théorique grâce à une plus longue période de formation initiale. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, la personne qui présente une demande de certificat général d'inscription à titre d'infirmier autorisé doit être titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières<sup>9</sup>.

Les *Dispositions générales* établissent les catégories de certificats d'inscription pour les infirmiers autorisés et les infirmiers auxiliaires autorisés :

- **Catégorie générale** : Cette catégorie comprend les IA ou IAA qui sont inscrits auprès de l'Ordre et qui sont autorisés à exercer la profession infirmière en Ontario. La plupart des infirmiers inscrits de l'Ordre font partie de la catégorie générale.

---

<sup>9</sup> À quelques exceptions près au cours de la transition initiale, lorsque le candidat a obtenu son diplôme avant le 1<sup>er</sup> janvier 2005 ou lorsque sa formation en soins infirmiers s'est déroulée dans un autre territoire.

- **Catégorie supérieure** : Cette catégorie comprend les IA possédant une formation (c.-à-d. un diplôme d'infirmier praticien) et une expérience poussées, lesquelles leur permettent d'avoir un champ de pratique plus large et les autorise à poser des diagnostics, à prescrire des médicaments à pratiquer certaines interventions, ainsi qu'à prescrire et interpréter des tests diagnostiques. Les membres de la catégorie supérieure sont des infirmiers praticiens.
- **Catégorie temporaire** : C'est une option offerte aux candidates qui respectent toutes les exigences en matière d'inscription dans la catégorie générale *sauf* la réussite de l'examen d'autorisation. L'inscription dans la catégorie temporaire est assortie de conditions, notamment que l'infirmier exerce auprès d'un employeur autorisé. Si l'infirmier ne réussit pas à l'examen d'autorisation, l'inscription expire. L'infirmier qui réussit à l'examen d'autorisation peut intégrer la catégorie générale.
- **Catégorie d'affectation spéciale** : Il s'agit d'une inscription à durée limitée destinée aux infirmiers qui ont été nommés à titre d'IA ou d'IAA dans un établissement approuvé en Ontario. Les membres de cette catégorie doivent respecter le champ de leur nomination ainsi que des conditions et restrictions imposées à leur certificat.
- **Catégorie d'affectation d'urgence** : Cette catégorie entre en vigueur lorsque la province un état d'urgence et demande à l'Ordre de délivrer aux infirmiers compétents un certificat d'inscription dans la catégorie d'affectation d'urgence.
- **Catégorie de membre inactif** : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, les *Dispositions générales* prévoient une catégorie de membre inactif. Il s'agit d'anciens membres de la catégorie générale ou de la catégorie supérieure de l'Ordre qui n'exercent pas actuellement la profession infirmière. Ces membres demeurent assujettis à la compétence réglementaire de l'Ordre.

Avant 2013, un infirmier pouvait demeurer membre de l'Ordre dans une catégorie d'exercice (par opposition à la catégorie des infirmiers retraités d'alors), même s'il n'exerçait pas la profession – sous réserve de satisfaire aux autres exigences de l'Ordre, dont la participation obligatoire au programme d'assurance de la qualité.

Depuis l'introduction de la catégorie des membres inactifs (et l'élimination de la catégorie des infirmiers retraités) en 2013, l'Ordre exige que les infirmiers renouvelant leur inscription à une catégorie d'exercice confirment dans leur formulaire de renouvellement annuel d'adhésion qu'elles ont exercé la

profession au cours des trois années précédentes. Ceux qui ne l'ont pas encore fait sont priés de passer à la catégorie des membres inactifs ou d'abandonner leur adhésion. Selon M<sup>me</sup> Coghlan, pour exercer la profession infirmière, il faut utiliser ses connaissances, ses compétences et son jugement, afin d'influencer les soins prodigués à un patient ou à un résident, ou pour effectuer des actes autorisés (qu'on leur donne ou non le titre d'« infirmiers » au travail). Un infirmier peut exercer, même en tant que bénévole. Peu importe s'il est rémunéré pour son travail, tant qu'il exerce la profession, il relève de l'Ordre.

Les membres de la catégorie « inactifs » peuvent présenter une demande de remise en vigueur du certificat à la catégorie générale ou à la catégorie supérieure en adressant une demande complète de remise en vigueur du certificat au directeur général. Ils devront démontrer, entre autres, qu'ils ont acquis de l'expérience en pratique infirmière au cours des trois années précédant la date à laquelle ils satisfont à toutes les autres exigences de remise en vigueur du certificat; et avoir réussi l'examen de jurisprudence pour infirmiers dans les cinq années suivant cette date. S'ils ne sont pas admissibles à la remise en vigueur du certificat (p. ex. s'ils n'ont pas exercé la profession infirmière au cours des trois dernières années), les membres inactifs doivent adresser à l'Ordre une nouvelle demande de certificat d'inscription à une catégorie d'exercice.

## **B. Le champ d'application de la profession infirmière**

Selon la *Loi sur les infirmières et infirmiers*, l'exercice de la profession infirmière consiste à « promouvoir la santé ainsi qu'à évaluer, à soigner et à traiter les affections par des moyens préventifs, thérapeutiques, palliatifs, rééducatifs et de soutien en vue de permettre le rétablissement ou le maintien du fonctionnement optimal de l'organisme ».

Tous les infirmiers (IA, IAA et IP) doivent respecter les mêmes normes. Les IA et les IAA étudient à partir du même corpus de connaissances en sciences infirmières, bien que les IA étudient plus longtemps. Par conséquent, leurs niveaux de pratique autonome diffèrent : les IA possèdent de meilleures connaissances fondamentales dans les domaines de la pratique clinique, la prise de décisions, la pensée critique, le leadership, la pratique factuelle et la gestion des ressources.

Pour savoir si un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé doit soigner un patient, il doit évaluer la complexité de son cas, prévoir l'évolution de son état ainsi que le risque de complications dû à son état ou à sa réaction au traitement. Plus les besoins du patient en matière de soins sont complexes, plus il est nécessaire de consulter un infirmier autorisé plutôt qu'un infirmier auxiliaire autorisé, et plus il est nécessaire que ce soit l'infirmier autorisé qui prodigue toute la gamme des soins.

L'article 4 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers* stipule que tous les infirmiers sont autorisés à accomplir les actes autorisés suivants :

- pratiquer les interventions prescrites sous le derme ou les muqueuses;
- administrer des substances par voie d'injection ou d'inhalation;
- introduire un instrument, une main ou un doigt au-delà du conduit auditif externe, du point de rétrécissement normal des fosses nasales, du larynx, du méat urinaire, des grandes lèvres, de la marge de l'anus ou dans une ouverture artificielle dans le corps;
- traiter, au moyen d'une technique de psychothérapie appliquée dans le cadre d'une relation thérapeutique, un désordre grave dont souffre un particulier sur les plans de la pensée, de la cognition, de l'humeur, de la régulation émotionnelle, de la perception ou de la mémoire et qui est susceptible de porter gravement atteinte à son jugement, à son intuition, à son comportement, à sa capacité de communiquer ou à son fonctionnement social;
- préparer un médicament.

Les IA et les IAA peuvent accomplir ces actes autorisés si :

- la pratique de l'intervention est permise par les règlements et le membre la pratique conformément aux règlements;
- l'intervention est ordonnée par un médecin, un dentiste, un podologue, une sagefemme ou un infirmier praticien autorisé à accomplir l'acte.

Les IP peuvent accomplir plus d'actes autorisés, et avec moins de conditions, que les IA et les IAA. Ces actes sont, entre autres, le diagnostic de maladies ou de troubles et la prescription de médicaments.

Les *Dispositions générales* établissent les différences entre le pouvoir d'un IA et celui d'une IAA de pratiquer des actes autorisés. Il s'agit d'une « pratique » là où un infirmier décide de façon autonome de procéder à une intervention précise dans le cadre d'un acte autorisé, sans ordonnance ni directive d'un

professionnel censé autoriser l'intervention. Les *Dispositions générales* et la norme *La prise de décisions sur les interventions* ont établi des distinctions entre les cas où un IA peut accomplir ou ordonner à un IA ou un IAA d'accomplir certains actes, et les cas plus limités où un IAA peut lui-même accomplir certains actes mais ne peut pas demander à un autre infirmier de les accomplir. Par exemple, les IA et les IAA peuvent soigner les plaies, mais les IAA ont besoin d'un ordre pour effectuer les procédures plus complexes de débridement, d'irrigation, de ponction ou de pansement d'une plaie.

Par contre, les IA et les IAA nécessitent tous deux un ordre pour l'utilisation de médicaments lorsqu'il s'agit d'un acte autorisé (p. ex. administration par injection ou par inhalation); lorsqu'un médicament prescrit est administré; ou lorsque que la loi applicable dans un contexte pratique le stipule. Les ordonnances de médicaments peuvent être :

- *Prescriptions* : elles s'appliquent à un seul patient et peuvent être transmises par écrit ou verbalement pour une intervention, un traitement ou un médicament. Elles sont émises par un prestataire de soins habilité à le faire (médecin, sagefemme, dentiste, podologue, IP ou IA pratiquant un acte autorisé de son propre chef), lequel précise l'heure de leur administration;
- *Directives* : ce sont des ordonnances s'appliquant à un certain groupe de patients dans des conditions et des circonstances précises. La directive est toujours transmise par écrit par un membre d'une profession de la santé réglementée qui a la compétence législative pour ordonner l'intervention proposée<sup>10</sup>.

## IV. L'inscription et le renouvellement

### A. Les exigences législatives en matière d'inscription

Pour exercer la profession infirmière en Ontario, l'infirmier doit s'inscrire auprès de l'Ordre et obtenir un certificat d'inscription. Les exigences en matière d'inscription sont énoncées dans les *Dispositions générales* et exigent non seulement le paiement des frais et la confirmation de la citoyenneté, de la résidence permanente ou des critères d'immigration, mais aussi que :

---

<sup>10</sup> Affidavit d'Anne Coghlan, par. 35; Norme de pratique sur les *médicaments*, p. 3. À noter : les ordonnances concernant les substances désignées doivent être des prescriptions. Voir aussi Norme de pratique sur les *directives*, p. 3.

- L'auteur de la demande communique certains renseignements au directeur général, notamment :
  - toute déclaration de culpabilité relativement à une infraction criminelle, toute infraction se rapportant à l'utilisation, à la possession ou à la vente de drogues, toute infraction à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ou toute autre infraction se rapportant à l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier ou d'une autre profession dans quelque territoire que ce soit;
  - toute constatation de faute, notamment de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité ou de négligence ou de faute médicale, ou toute autre constatation semblable formulée à l'encontre de l'auteur de la demande dans l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier ou d'une autre profession dans quelque territoire que ce soit;
  - toute enquête ou instance en cours pour cause de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, ou toute enquête ou instance semblable, et se rapportant à l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier ou d'une autre profession dans quelque territoire que ce soit;
  - toute instance en cours relativement à une infraction commise dans quelque territoire que ce soit;
  - tout refus d'inscrire l'auteur d'une demande pour exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier ou une autre profession dans quelque territoire que ce soit;
- le directeur général ou un sous-comité du comité d'inscription, compte tenu des antécédents et de la conduite actuelle de l'auteur de la demande, a des motifs raisonnables de croire que ce dernier :
  - n'a pas une affection physique ou mentale ou des troubles physiques ou mentaux qui pourraient influencer sur sa capacité à exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier de façon sécuritaire;
  - il exerce la profession d'infirmière ou d'infirmiers avec décence, honnêteté et intégrité, et conformément à la loi;
  - il possède un degré suffisant de connaissances, de compétences et de jugement pour exercer de façon compétente la profession d'infirmière ou d'infirmier que le certificat d'inscription l'autorise à exercer;
  - il affichera une attitude professionnelle appropriée.



## B. Le processus de demande d'inscription

En 2017, l'Ordre a reçu 13 528 demandes d'inscription, un chiffre qui correspond aux tendances historiques. Au total, 10 165 infirmiers se sont inscrits à l'Ordre cette année-là.

Les candidats doivent remplir un formulaire de demande d'inscription, conçu pour évaluer la conformité aux exigences d'inscription énoncées dans les *Dispositions générales*.

Les questions posées dans le formulaire d'inscription ont changé au fil des ans. Le formulaire actuel exige des candidats qu'ils indiquent le nom de leur établissement d'enseignement ou de leur école de soins infirmiers et qu'ils autorisent la divulgation de renseignements à l'Ordre – notamment les résultats aux examens et tout renseignement qui se rapporte à leur formation infirmière. Le formulaire exige également des candidats qu'ils divulguent, entre autres :

- toute déclaration de culpabilité relativement à une infraction criminelle, toute infraction se rapportant à l'utilisation, à la possession ou à la vente de drogues, toute infraction à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ou toute autre infraction se rapportant à l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier ou d'une autre profession dans quelque territoire que ce soit;
- toute constatation de faute, notamment de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité ou de négligence ou de faute médicale, ou toute autre constatation semblable formulée à l'encontre de l'auteur de la demande dans l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier ou d'une autre profession dans quelque territoire que ce soit;
- toute enquête ou instance en cours pour cause de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, ou toute enquête ou instance semblable, et se rapportant à l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier ou d'une autre profession dans quelque territoire que ce soit;
- tout refus d'inscrire l'auteur d'une demande pour exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier ou une autre profession dans quelque territoire que ce soit;
- si le passé ou le présent du candidat porte raisonnablement à croire qu'il :
  - souffre d'une affection physique ou mentale ou de troubles physiques ou mentaux qui pourraient influencer sur sa capacité à exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier de façon sécuritaire;

- n'exercera pas la profession d'infirmière ou d'infirmiers avec décence, honnêteté et intégrité, et conformément à la loi;
- un degré suffisant de connaissances, de compétences et de jugement pour exercer de façon compétente la profession d'infirmière ou d'infirmier que le certificat d'inscription l'autorise à exercer;
- n'affichera pas une attitude professionnelle appropriée.

Le formulaire de demande d'inscription exige des candidats qu'ils confirment que toutes les déclarations qu'il contient sont véridiques et complètes. Les candidats doivent également confirmer qu'ils comprennent que la falsification, la fausse déclaration ou toute affirmation trompeuse intentionnelle peut entraîner l'annulation de leur demande d'inscription ou de tout certificat pouvant leur être délivré. Si l'on découvre par la suite qu'un membre a fourni de faux renseignements dans une demande, l'inscription sera annulée.

Le processus exige également que les candidats suivent un programme d'étude approprié, passent un examen de jurisprudence, confirment qu'ils maîtrisent le français ou l'anglais, paient les frais d'évaluation, se soumettent à une vérification du dossier de police et reconnaissent qu'ils ont souscrit une assurance responsabilité.

Les demandes d'inscription sont d'abord examinées par l'équipe des services à la clientèle de l'Ordre. Celles qui nécessitent une évaluation des questions relatives à la conduite ou à la santé sont examinées par l'équipe d'admission à la profession avant d'être transmises au directeur général pour examen et renvoi éventuel au comité d'inscription.

Si le candidat répond par l'affirmative à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, l'Ordre lui demandera de fournir des renseignements complémentaires afin de déterminer la nécessité d'imposer des conditions et restrictions au certificat d'inscription. Les conditions et restrictions sont des limites imposées au certificat d'inscription d'un membre qui restreignent l'exercice de la profession ou obligent le membre à prendre certaines mesures pour exercer de façon sécuritaire. Le port de prothèses auditives par l'infirmier pendant l'exercice de sa profession, l'interdiction d'administrer des narcotiques ou l'obligation d'exercer en compagnie d'autres professionnels de la santé (c'est-à-dire l'interdiction d'exercer de façon indépendante) en sont des exemples.

L'Ordre ne vérifie pas individuellement l'exactitude de la plupart des déclarations faites dans une demande, sauf s'il dispose de renseignements indiquant qu'une vérification est nécessaire. Ces renseignements peuvent

être des avis d'un organisme de réglementation d'une autre province ou d'un autre territoire ou des reportages dans les médias sur les déclarations de culpabilité dans le cadre d'instances criminelles. M<sup>me</sup> Coghlan pense qu'il serait pour l'instant impossible, sur le plan logistique, que l'Ordre vérifie au cas par cas les renseignements complémentaires fournis par chaque candidat.

Toutefois, l'Ordre vérifie si le candidat est diplômé dans le cadre d'un programme d'études approuvé. L'un des rôles de l'Ordre est d'approuver les programmes de formation en sciences infirmières, ce qui implique de préciser les compétences qu'un programme d'études doit enseigner pour être approuvé. En Ontario, tout candidat à l'inscription doit être titulaire d'un diplôme obtenu dans le cadre d'un programme approuvé par le Conseil de l'Ordre. Après avoir approuvé un établissement, l'Ordre reconnaît la formation d'un infirmier ayant suivi ce programme au moment de l'inscription<sup>11</sup>.

Le comité d'inscription de l'Ordre tient compte des recommandations du directeur général pour les candidats qui ne satisfont pas aux exigences liées à l'inscription. Le comité d'inscription détermine également la nécessité d'imposer, de modifier ou de supprimer les conditions et restrictions d'inscription relatives à l'obtention d'un certificat d'inscription. Les candidats ont également le droit de demander une réévaluation de leur demande par la Commission d'appel et de révision des professions de la santé.

En 2017, le comité d'inscription a traité 629 questions découlant de 613 demandes pour lesquelles les candidats n'avaient pas satisfait à une ou plusieurs des exigences en matière d'inscription (p. ex. études en sciences infirmières, preuve d'exercice, examen d'autorisation, compétence linguistique, autorisation d'immigration, conduite ou santé). Parmi ces questions, 16 étaient liées à la santé.

L'Ordre collabore maintenant avec le College of Registered Nurses de la Colombie-Britannique et le National Council of State Boards of Nursing des États-Unis pour créer une base de données au Canada qui permettrait à tous les organismes de réglementation d'avoir accès aux antécédents en matière d'inscription et de discipline de toute personne s'étant inscrite ou ayant reçu une autorisation. M<sup>me</sup> Coghlan a affirmé que l'intention est de reproduire une base de données qui existe déjà aux États-Unis, dans le but de relier à terme les deux bases. Elle s'attend à ce qu'un prototype de base de données

---

<sup>11</sup> L'Ordre a également publié des documents sur les *Compétences pour l'admission à la profession* pour les IP, les IA et les IAA, qui contiennent une description des compétences, ainsi qu'une fiche de renseignements indiquant les habiletés et les compétences requises pour la profession d'infirmière dans la province.

reliant l'Ontario et la Colombie-Britannique soit créé d'ici le début de 2020, et que d'autres provinces canadiennes suivent par la suite. M<sup>me</sup> Coghlan a indiqué que la base de données permettra aux organismes de réglementation d'accéder immédiatement aux renseignements sur toute personne présentant une demande d'adhésion. L'objectif est d'assurer et d'améliorer la sécurité publique en communiquant aux organismes de réglementation des renseignements et des données qui les aident à prendre des décisions quant à l'acceptation de personnes comme membres de la profession. Cet accès peut également aider les organismes de réglementation à déterminer si le certificat d'inscription d'un candidat devrait être assorti de certaines conditions ou restrictions.

### **C. Le renouvellement annuel de l'adhésion**

Une fois par an, tous les membres de l'Ordre doivent renouveler leur adhésion pour continuer à exercer la profession infirmière en Ontario. Ils doivent répondre à des questions sur leur situation d'emploi, leurs sphères d'exercice et leurs études, et payer des frais annuels. Les membres qui ne remplissent pas le formulaire de renouvellement annuel de l'adhésion (autrefois appelé formulaire de paiement annuel) et qui ne règlent pas les frais de renouvellement risquent la suspension de leur certificat, lequel finira par expirer.

Le formulaire de renouvellement annuel de l'adhésion est généralement mis à jour chaque année pour tenir compte de l'évolution des exigences légales ou de l'expérience que l'Ordre a acquise au cours des années précédentes. Par exemple, le formulaire de 2016 exigeait des membres qu'ils fournissent des renseignements démographiques, qu'ils détaillent toutes études en sciences infirmières ou autre qu'ils avaient suivies depuis le dernier renouvellement et qu'ils fournissent des renseignements sur l'emploi (y compris s'ils exerçaient la profession et les renseignements démographiques sur l'employeur et les patients) et sur la pratique (notamment le temps consacré à l'exercice et la répartition de ce temps, par exemple, entre les services professionnels directs, l'enseignement clinique et la recherche).

Toujours selon le témoignage de M<sup>me</sup> Coghlan, l'Ordre considère le renouvellement comme un processus administratif. L'Ordre ne vérifie pas les renseignements figurant sur le formulaire de renouvellement sauf s'il reçoit des indications selon lesquelles la vérification de ceux-ci est nécessaire. Le processus de renouvellement a pour but de recueillir des données et d'obtenir des cotisations des membres – l'Ordre alimente la base de

données provinciale sur les ressources humaines en santé en fournissant des renseignements sur ses membres. Si l'on découvre par la suite qu'un membre a fourni de faux renseignements dans le cadre d'un renouvellement, l'équipe de conduite professionnelle de l'Ordre examinera la question et pourrait ouvrir une enquête pour faute professionnelle.

## V. Le tableau de l'Ordre

En vertu du Code, le registrateur de chaque profession de la santé réglementée est tenu de tenir un tableau contenant des renseignements accessibles au public, y compris sur le site Web. Le contenu du tableau a changé et s'est élargi avec le temps. Actuellement, le Code prévoit que le tableau doit contenir, entre autres, les renseignements suivants :

- le nom, l'adresse professionnelle et le numéro de téléphone professionnel de chaque membre;
- la catégorie d'inscription et la qualité de spécialiste de chaque membre;
- les conditions et restrictions en vigueur dont est assorti chaque certificat d'inscription;
- une indication de chaque avertissement qu'un membre a reçu d'un sous-comité du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports et de tout programme d'éducation permanente ou de recyclage précisé exigé par un sous-comité du CEPR;
- une indication de chaque question qui a été renvoyée au comité de discipline par le CEPR, mais qui n'a pas été réglée définitivement, y compris une copie des allégations précisées ayant fait l'objet des renvois;
- chaque issue d'une procédure disciplinaire ou d'une procédure pour incapacité;
- une indication de chaque révocation ou de chaque suspension d'un certificat d'inscription.

Les renseignements complémentaires doivent être inscrits au tableau si les règlements pris en vertu de la LPSR ou des règlements administratifs d'un ordre l'exigent.

Le Code exige que tous les renseignements devant figurer au tableau soient accessibles pendant les heures normales d'ouverture et soient affichés sur le site Web de l'Ordre dans un délai raisonnable après leur réception par

le directeur général. Toutefois, les articles 23(6)-(11.1) du Code prévoient certaines circonstances dans lesquelles des renseignements figurant au tableau peuvent ou doivent être confidentiels, notamment :

- l'adresse ou le numéro de téléphone, ou tout autre renseignement requis dans les règlements administratifs peut ne pas être divulgué si le directeur général a des motifs raisonnables de croire que :
  - la divulgation risque de mettre la sécurité d'un particulier en danger;
  - les renseignements sont périmés et ne se rapportent plus à l'aptitude du membre à exercer sa profession;
- les renseignements personnels sur la santé ne doivent pas être divulgués, à moins qu'ils ne se rapportent à un membre et qu'il soit dans l'intérêt public de les divulguer, et le registrateur ne doit pas divulguer plus de renseignements personnels sur la santé qu'il n'est raisonnablement nécessaire de divulguer;
- lorsqu'un membre a demandé que l'accès aux renseignements soit refusé au public et que certaines conditions sont réunies, les renseignements ne figurent pas au tableau accessible au public;
- lorsque l'issue d'une procédure disciplinaire n'a abouti à aucune conclusion de faute professionnelle ou d'incompétence contre le membre et lorsque plus de 90 jours se sont écoulés, sauf si le membre demande expressément que le registrateur continue à maintenir l'accès du public à ces renseignements.

Depuis 2009, les renseignements figurant au tableau sont accessibles au public via le registre *Find a Nurse* de l'Ordre sur son site Web. (Entre 1995 et 2009, l'Ordre communiquait les renseignements sur demande par courriel ou par téléphone).

L'Ordre ne fournit pas de renseignements complémentaires (c. à d. des renseignements qui ne figurent pas au tableau public) sur un membre au public ni aux employeurs actuels ou potentiels<sup>12</sup>. L'Ordre n'inscrit pas non plus

---

<sup>12</sup> Affidavit d'Anne Coghlan, par. 60. Toutefois, dans certaines circonstances, un employeur peut obtenir plus de renseignements sur un infirmier que ce qui est accessible au public. Par exemple, le comité d'aptitude professionnelle peut ordonner à un infirmier d'aviser l'employeur des conclusions du comité ainsi que de toute restriction imposée à son inscription, et l'employeur sera souvent sollicité pour toute période de surveillance imposée au membre. De plus, l'ordonnance peut contraindre un membre à afficher toute restriction sur l'accès aux substances désignées et leur administration dans son ou ses milieux d'exercice. Voir l'affidavit d'Anne Coghlan, par. 57.

au tableau les renseignements sur les anciens employeurs d'un membre. Sous réserve de ce qui précède, pour les questions disciplinaires (par opposition aux questions de santé) :

- depuis 2009, les décisions du comité de discipline sont conservées en permanence au tableau. Les décisions concernant un membre en particulier sont accessibles sous l'onglet *Practice information* (en anglais seulement) [Renseignements sur l'exercice] du membre, sous la rubrique *Results of Past CNO Hearings* (en anglais seulement) [Résultats des audiences antérieures de l'Ordre];
- les conditions et restrictions imposées au certificat d'un membre par le comité de discipline sont conservées en permanence au tableau. Un résumé des conditions et restrictions est accessible sous l'onglet *Practice information* du membre. Pendant que les conditions et restrictions sont en vigueur, elles sont consignées intégralement sous la rubrique *Current Practice Restriction* (en anglais seulement) [Restrictions actuelles relatives à l'exercice] et un résumé est affiché sous la rubrique *Results of Past CNO Hearings*. Lorsqu'elles expirent, le fait que ces conditions et restrictions ont déjà été en vigueur est inscrit sous la rubrique *Results of Past CNO Hearings* avec un résumé;
- les questions faisant l'objet d'une enquête ne sont pas inscrites au tableau public. Si une ordonnance provisoire est imposée par le CEPR avant d'être renvoyée au comité de discipline, elle sera affichée au tableau;
- le renvoi au comité de discipline est inscrit au tableau.

Lorsqu'il s'agit d'une question de santé et non de discipline, les renseignements accessibles figurant au tableau sont les suivants :

- les décisions et les motifs du comité d'aptitude professionnelle ne sont pas accessibles dans le tableau;
- le comité d'aptitude professionnelle ne figure pas parmi les sources de résultats au tableau, à moins que le membre n'ait été suspendu par ce comité. Même une fois la suspension levée, l'inscription sera conservée au tableau sous l'onglet *Registration History* [Historique de l'inscription];
- depuis 2016, les cas d'incapacité passés et actuels ne figurent plus au tableau;
- si le comité d'aptitude professionnelle impose des conditions et restrictions au certificat d'un membre, les restrictions en milieu de travail (p. ex. une exigence de supervision) seront généralement affichées au

tableau, tandis que celles qui comportent des renseignements médicaux personnels (p. ex. une exigence concernant le dépistage urinaire) ne seront généralement pas inscrites. Les restrictions en milieu de travail sont affichées sans faire référence au comité d'aptitude professionnelle et se trouvent sous l'onglet *Practice information*. Elles sont retirées du tableau une fois qu'elles sont échuës;

- lorsque les préoccupations concernant la santé sont résolues au moyen d'un engagement volontaire après renvoi au comité d'aptitude professionnelle, un protocole d'accord entre le membre et l'Ordre précise les conditions qui seront affichées au tableau. En général, les restrictions en milieu de travail sont affichées tandis que celles qui concernent les renseignements personnels sur la santé ne le sont pas. Aux yeux de l'Ordre, les restrictions convenues par voie d'engagement ne constituent pas des conditions et restrictions au certificat d'inscription du membre;
- lorsque les préoccupations concernant la santé sont résolues au moyen d'un engagement volontaire pendant que l'affaire est encore devant le CEPR, l'engagement peut ne pas être rendu public.

## VI. Les exigences en matière d'obligation de déposer un rapport

En vertu du Code, les employeurs, les exploitants d'établissement et les infirmiers ont l'obligation juridique de faire rapport à l'Ordre sur les préoccupations concernant un infirmier dans des circonstances bien définies. C'est ce qu'on appelle les obligations de déposer un rapport. L'Ordre n'a ni la capacité ni l'autorité d'imposer d'autres obligations de déposer un rapport aux employeurs ou aux exploitants d'établissements.

### A. Le Guide sur l'obligation de déposer un rapport

L'Ordre publie un guide de processus pour expliquer aux employeurs, exploitants d'établissements et membres les obligations de déposer un rapport. Accessible sur le site Web de l'Ordre, le document *L'obligation de déposer un rapport : Guide à l'intention des employeurs, exploitants et infirmières* est régulièrement mis à jour. La version utilisée au moment des audiences publiques était datée de 2017. Elle a été élaborée après consultation des employeurs afin de connaître leur point de vue sur la clarté et l'utilité du guide.



En plus de ce guide, l'Ordre a élaboré un modèle de formulaire, accessible en ligne, pour aider les employeurs et les exploitants d'établissements à déposer un rapport concernant un membre. L'Ordre demande aux employeurs et aux exploitants de remplir ledit formulaire et de le retourner par la poste ou par télécopieur.

Les obligations de déposer un rapport imposées aux parties prenantes sont examinées ci-dessous, de même que les directives de l'Ordre concernant ces obligations.

## **B. Le dépôt de rapports par des employeurs**

En vertu de l'article 85.5 du Code, l'employeur qui met fin à l'emploi d'un membre, lui retire ses privilèges, les suspend ou les assortit de restrictions pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, dépose auprès du registrateur un rapport écrit énonçant les motifs de sa décision. La plupart des infirmiers n'ont pas de « privilèges », et l'Ordre interprète cette exigence législative comme une obligation de faire rapport uniquement en cas de cessation des fonctions (par opposition à la suspension ou aux restrictions) pour des raisons liées à la conduite, à la compétence ou à la capacité du membre.

Le rapport doit être déposé dans les 30 jours suivant la cessation des fonctions ou immédiatement s'il y a lieu de croire que l'infirmier pose un risque continu. Les membres ne peuvent pas se soustraire à l'obligation de déposer un rapport à l'Ordre simplement en démissionnant. Le Code oblige les employeurs à signaler une démission lorsque celle-ci est liée à la faute professionnelle, à l'incompétence ou à l'incapacité du membre.

Le terme « incompétence » n'est pas expressément défini dans la loi, bien que l'article 52 du Code stipule qu'un sous-comité conclut à l'incompétence d'un membre si les soins professionnels donnés à un patient manifestent un manque de connaissance, de compétence ou de jugement d'un ordre ou dans une mesure qui démontre que le membre est inapte à exercer sa profession ou que ses activités professionnelles doivent être restreintes.

Dans *L'obligation de déposer un rapport*, la définition de l'incompétence incorpore les trois éléments essentiels suivants :

- elle doit concerner les soins prodigués au client par l'infirmier;

- l’infirmier doit afficher un manque de connaissances, de compétences ou de jugement;
- toutes les lacunes constatées doivent établir que l’infirmier est inapte à exercer ou que son exercice doit être assorti de conditions.

Le terme « frappé d’incapacité » est défini dans l’article 1.1 du Code comme désignant « un membre atteint d’une affection physique ou mentale ou de troubles physiques ou mentaux qui sont tels qu’il convient, dans l’intérêt public, d’assujettir son certificat d’inscription à des conditions ou à des restrictions ou de ne plus l’autoriser à exercer sa profession ». Je m’étendrai sur ce terme plus tard.

Dans *L’obligation de déposer un rapport*, la définition de l’inaptitude (la terminologie anciennement utilisée pour parler « d’incapacité ») incorpore les deux éléments essentiels suivants :

- l’infirmière souffre d’un trouble physique ou mental;
- le trouble justifie l’imposition de certaines restrictions à son exercice ou de l’interdiction d’exercer.

Le Guide stipule en outre qu’un infirmier est inapte (frappé d’incapacité) lorsque son état de santé entrave son aptitude à prodiguer des soins. La déficience doit être telle que l’employeur ou l’exploitant doit restreindre son exercice ou lui interdire d’exercer pour protéger les clients. Dans la section suivante, je passe en revue les obligations pour un exploitant d’établissements de déposer un rapport.

Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Coghlan a indiqué que selon l’Ordre, les personnes les plus proches du milieu de soins sont les mieux placées pour déterminer si la pratique d’un infirmier soulève des préoccupations touchant les soins prodigués à ses patients. On ne s’attend pas à ce que l’employeur ou l’exploitant d’établissements (qui peut être ou non un prestataire de soins de santé ou un expert) puisse prendre une décision concernant l’incapacité. Il est plutôt en mesure de déterminer si l’état de santé d’un infirmier peut entraver l’exercice sécuritaire de sa profession. Selon M<sup>me</sup> Coghlan, en découvrant pareille situation, la personne a l’obligation de communiquer avec l’Ordre, l’entité ayant le pouvoir législatif et les structures nécessaires pour déterminer si l’infirmier est frappé d’incapacité selon la définition donnée par le Code.

## C. Le dépôt de rapports par des exploitants d'établissements

La personne qui exploite un établissement où un ou plusieurs membres exercent est tenue de déposer un rapport à l'Ordre si elle a des motifs raisonnables de croire que l'un de ces membres est incompetent ou frappé d'incapacité, ou que ce dernier a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient. Contrairement aux rapports exigés de l'employeur, il n'est pas nécessaire que l'infirmier soit congédié avant de déposer lesdits rapports.

Le rapport de l'exploitant d'établissements doit être déposé dans les 30 jours, sauf si la personne a des motifs raisonnables de croire que le membre expose les patients à des préjudices ou à des blessures, ou qu'une intervention urgente est nécessaire, auquel cas le rapport doit être déposé immédiatement.

Bien que le Code ne contienne pas de définition, l'Ordre définit un exploitant comme une personne qui exploite un établissement où travaillent un ou plusieurs infirmiers. De l'avis de l'Ordre, c'est à l'exploitant qu'il incombe de déposer le rapport, et non pas aux membres de son personnel. L'Ordre encourage les établissements à élaborer des procédures et des lignes directrices afin que leurs employés puissent les aider à respecter cette obligation.

Vu que la plupart des organismes emploient directement des infirmiers, l'exploitant et l'employeur sont généralement la même personne. Toutefois, lorsque, par exemple, un infirmier est employé par une agence et exerce dans un établissement de soins de longue durée, son employeur serait l'agence, et l'exploitant serait l'établissement de soins de longue durée.

*L'obligation de déposer un rapport* fournit des directives supplémentaires aux exploitants quant à leurs obligations lorsqu'un infirmier est jugé inapte (frappé d'incapacité). Le Guide précise que « l'Ordre exige de l'exploitant le dépôt d'un rapport uniquement si l'état de santé courant soulève des préoccupations de sécurité ou impose une surveillance continue », même si l'état de santé constaté ne se traduit pas par une décision exigeant que l'infirmier cesse d'exercer pour protéger les patients.

## D. Le dépôt de rapports par des membres

Tous les professionnels de la santé réglementés, y compris les infirmiers, sont tenus de signaler tout mauvais traitement d'ordre sexuel infligé à un patient par un professionnel de la santé à l'ordre du professionnel concerné. Les membres n'ont aucune autre obligation de déposer un rapport en vertu du Code.

## E. L'autodivulgation par l'infirmier

Il incombe à l'infirmier de se signaler à l'Ordre dans les cas suivants :

- il a été déclaré coupable d'une infraction dans n'importe quel territoire;
- il a été accusé d'une infraction, y compris des renseignements sur chaque condition de mise en liberté sous caution ou autre restriction qui lui est imposée ou dont il a convenu relativement à l'accusation;
- il a fait l'objet d'une conclusion de négligence professionnelle ou de faute médicale;
- il a fait l'objet d'une conclusion de faute professionnelle ou d'incompétence de la part d'un autre organisme qui régit une profession exercée en Ontario ou ailleurs.

L'Ordre a mis au point un formulaire pour aider les infirmiers à respecter cette obligation.

## VII. Les autres communications

L'Ordre reçoit des renseignements sur les membres provenant de différentes sources. Outre les rapports obligatoires décrits ci-dessus, les infirmiers, les employeurs et les membres du public font part à l'Ordre de leurs préoccupations concernant la conduite ou la capacité d'un infirmier, même lorsqu'aucune obligation de faire rapport en vertu du Code ne s'applique.

Dans certains cas, l'Ordre s'attend à ce que de telles communications volontaires (par opposition à l'obligation de faire rapport) lui parviennent ou soient adressées à une autre autorité.

L'une des sources sur lesquelles l'Ordre base ses attentes est le Règlement sur la faute professionnelle. Selon ce règlement, le fait pour un infirmier de ne pas signaler un incident démontrant une pratique dangereuse ou une conduite

d'un prestataire de soins de santé enfreignant les normes de déontologie à (1) l'employeur ou à une autre autorité responsable du prestataire de soins de santé, ou (2) à l'Ordre constitue une faute professionnelle.

De plus, certaines normes définissent les attentes de l'Ordre envers ses membres. Par exemple, les *Normes professionnelles* de l'Ordre stipulent que le membre doit démontrer qu'il respecte ces normes et « signale aux autorités concernées les gestes ou le comportement peu professionnel ou dangereux d'un membre de l'équipe soignante ou d'une collègue à l'endroit de clients, y compris les mauvais traitements physiques, verbaux et affectifs » et qu'il « met fin aux mauvais traitements et les signale selon les règles en vigueur. » De plus, la norme *La relation thérapeutique* stipule que l'infirmier doit protéger les clients contre les mauvais traitements en s'assurant de les prévenir ou d'y mettre fin et de les signaler. Pour ce faire, il :

- intervient lorsqu'il est témoin de comportements verbaux et non verbaux qui sont irrespectueux à l'endroit du client et les signale, le cas échéant;
- intervient lorsqu'il est témoin de comportements à l'endroit d'un client que ce dernier ou toute autre personne pourrait considérer comme violents, menaçants ou susceptibles de blesser physiquement le client et signale ces comportements;
- intervient lorsqu'il est témoin de comportements, y compris des remarques, à l'endroit d'un client que lui-même ou toute autre personne pourrait raisonnablement considérer comme séducteurs, équivoques, exploités ou blessants sur le plan sexuel et signale ces comportements.

Ces normes ne précisent pas à qui ces préoccupations doivent être signalées. Toutefois, M<sup>me</sup> Coghlan a indiqué que l'Ordre souhaiterait avoir des renseignements lorsqu'un infirmier pose un risque immédiat et continu pour la sécurité des patients, même lorsqu'aucune obligation de faire rapport ne s'applique.

M<sup>me</sup> Coghlan a également mentionné que, lorsque les infirmiers occupent des postes de direction au travail (p. ex. directeur des soins dans un hôpital ou un foyer de soins de longue durée), ces normes éclaireraient et étendraient potentiellement les circonstances dans lesquelles l'Ordre s'attendrait à ce que les infirmiers fassent un signalement concernant la pratique d'un collègue infirmier.

En ce qui concerne les problèmes de capacité, lors de la demande d'inscription, il est demandé aux candidats s'ils souffrent d'un problème de

santé susceptible d'avoir une incidence sur leur capacité à exercer en toute sécurité. L'infirmier doit répondre à cette question, mais n'est pas tenu de systématiquement signaler son état de santé à l'Ordre. Toutefois, à l'heure actuelle, tout certificat d'inscription est assorti de conditions et de restrictions obligeant l'infirmier à divulguer au directeur général toute constatation d'incapacité relativement à l'exercice de la profession infirmière ou d'une autre profession dans une administration quelconque, ou toute enquête ou procédure en cours en lien avec son incapacité<sup>13</sup>.

En outre, les normes demandent aux infirmiers de cesser d'exercer si leur santé nuit à leur capacité de le faire en toute sécurité. M<sup>me</sup> Coghlan a indiqué que les obligations déontologiques énoncées dans les normes de l'Ordre exigent des infirmiers qu'ils réfléchissent à leur santé et prennent les mesures qui s'imposent lorsqu'ils reconnaissent que leurs limites physiques ou mentales nuisent à leur capacité à fournir des soins efficaces et conformes aux normes de sécurité et de déontologie.

M<sup>me</sup> Coghlan a été interrogée sur les attentes de l'Ordre lorsqu'un employeur apprenait qu'un infirmier était un « ancien alcoolique qui s'était remis à boire », mais que cet employeur n'avait pas jugé nécessaire d'imposer des restrictions à la pratique de l'infirmier concerné. Elle a confirmé que cette situation n'obligerait pas l'employeur à faire rapport, mais que c'était néanmoins un renseignement dont l'Ordre avait besoin pour s'acquitter de son mandat de protection du public. Elle a expliqué : « Si quelqu'un détient des renseignements suggérant que les clients pourraient être à risque... nous devons tous faire partie du filet de sécurité du système de santé, et c'est ce type de renseignement que l'Ordre voudrait avoir. » M<sup>me</sup> Coghlan a souligné que, par exemple, si un infirmier toxicomane avait recommencé à boire, la nature de la maladie impliquerait un jugement altéré. Étant donné que ce renseignement constituerait « un énorme signal d'alarme et d'avertissement », l'Ordre espère qu'un employeur ou un exploitant d'établissements l'en informerait.

---

<sup>13</sup> Règl. de l'Ont. 275/94, art. 1.5(1)1(iii)-(iv). Notez que les mêmes conditions et restrictions concernant l'autodivulgation s'appliquent si l'infirmier a été reconnu coupable de faute professionnelle ou d'incompétence, ou s'il est visé par une enquête ou une procédure en cours pour faute professionnelle ou incompétence, ou s'il a été accusé ou reconnu coupable d'une infraction dans une administration quelconque en lien avec l'infraction commise.

## VIII. Les plaintes et les rapports à l'Ordre

### A. La réception de renseignements sur un membre

L'Ordre reçoit également des renseignements sur ses membres par le biais de plaintes officielles, qui doivent être consignées par écrit ou autrement.

Le Code définit différents processus de traitement des « rapports » et des « plaintes ». Cependant, ces termes n'étant pas définis dans la législation, les organismes de réglementation ont développé leurs propres méthodes pour caractériser les renseignements qui leur parviennent.

Par le passé, l'Ordre permettait aux déclarants de choisir si les renseignements qu'ils fournissaient étaient considérés comme un rapport ou comme une plainte. L'Ordre ne permet plus ce choix. Les renseignements reçus d'un membre du public – y compris un patient ou sa famille – qui soulèvent des préoccupations concernant l'exercice d'un membre sont traités comme une plainte, tandis que ceux provenant d'un employeur, d'un exploitant d'établissements, d'un autre professionnel de la santé ou du membre sont traités comme un rapport.

En 2017, l'Ordre a reçu 323 plaintes et 810 rapports sur la conduite des infirmiers. Le nombre de plaintes reçues est resté globalement constant au cours des 14 dernières années, se situant entre 225 et 323. Le nombre de rapports reçus par l'Ordre a augmenté parce que les problèmes devant être rapportés se sont accrus.

M<sup>me</sup> Coghlan a indiqué qu'en 2018, l'Ordre avait reçu en moyenne une quarantaine de rapports par semaine, soit le double du nombre reçu en 2017. Elle a supposé que cette augmentation était due à l'attention portée au secteur de la santé à la suite de l'Enquête.

Je résume ci-dessous les différents processus d'examen des renseignements reçus sous forme de plaintes et de rapports, comme le prévoit le Code.

## B. Le processus de prise en compte et de traitement des plaintes

L'Ordre examine toutes les nouvelles plaintes lors de sa réunion hebdomadaire d'évaluation préliminaire, à laquelle assiste le responsable des plaintes; le coordonnateur de l'évaluation préliminaire des plaintes; les enquêteurs; et un préposé chargé de l'évaluation préliminaire.

Lors de cette réunion, le personnel de l'Ordre détermine si la plainte constitue un recours abusif à la procédure, se prête à un processus de règlement extrajudiciaire des différends (RED), ne se prête pas à un RED et nécessite par conséquent une enquête, ou si elle ne relève pas de la compétence de l'Ordre (p. ex. les plaintes qui ne concernent pas des problèmes infirmiers).

Depuis les modifications apportées à la LPSR en 2009, l'Ordre a recours au RED en cas de plainte lorsque les dispositions législatives le permettent (qui obligent notamment les parties à consentir à participer au processus) et lorsqu'il estime que la plainte se prête au règlement d'un différend. Un enquêteur qualifié tente d'aider le plaignant, le membre et l'Ordre à trouver une solution. Si les parties acceptent de participer au processus de RED, le résultat est confidentiel et ne sera pas versé au tableau public. En 2017, 38,7 % des plaintes reçues par l'Ordre ont été résolues grâce au RED.

Lorsqu'une plainte n'est pas traitée dans le cadre du programme de règlement extrajudiciaire des différends (et lorsqu'il relève de la compétence de l'Ordre et ne constitue pas un recours abusif à la procédure), le Code oblige l'Ordre à enquêter sur la plainte. Les enquêteurs de l'Ordre interrogent des témoins, rassemblent la documentation pertinente et, le cas échéant, effectuent des visites sur les lieux. Pendant l'enquête, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports peut demander au directeur général de nommer un enquêteur doté des pouvoirs prévus à l'article 75 du Code afin d'exiger la production de preuves et de documents relatifs à l'enquête. Les pouvoirs de l'enquêteur incluent la possibilité d'assigner des témoins ou d'ordonner la production de preuves; de présenter à quiconque (y compris au membre qui fait l'objet de l'enquête) des demandes raisonnables de renseignements sur des questions qui s'avèrent pertinentes à l'enquête; de pénétrer dans le lieu d'exercice du membre et d'examiner tout ce qui s'y trouve; et d'obtenir un mandat de perquisition et de saisie.

Le membre est avisé de la plainte et a la possibilité de répondre.



Les résultats de l'enquête sont finalement examinés par un sous-comité du CEPR, qui peut ordonner :

- qu'aucune autre mesure ne soit prise à l'égard de la plainte;
- que le membre se recycle (p. ex. formation continue);
- que le membre se présente devant le sous-comité du CEPR pour recevoir un avertissement;
- que le membre soit renvoyé devant un autre sous-comité du CEPR aux fins d'une procédure pour incapacité; ou
- que les allégations de faute professionnelle ou d'incompétence du membre soient transmises au comité de discipline.

Fait important, sous réserve des exceptions susmentionnées, chaque plainte fait l'objet d'une enquête et est examinée par le CEPR. Une fois que le CEPR a réglé une plainte, le plaignant et l'infirmier ont le droit de demander à la Commission d'appel et de révision des professions de la santé de réviser la décision.

## **C. Le processus de prise en compte et de traitement des rapports**

Lorsque des renseignements sont reçus sous forme de rapport, il n'est pas obligatoire de mener une enquête.

Dans les 24 heures qui suivent la réception d'un rapport, un préposé chargé de l'évaluation préliminaire à l'Ordre ouvre un dossier et examine les renseignements qu'il contient pour déterminer si la question présente un risque élevé et si elle doit être traitée rapidement. Si un problème est jugé comme étant à haut risque, il sera également examiné par le coordonnateur de l'évaluation préliminaire (ou, dans le passé, par un responsable), qui confirmera s'il est prioritaire.

M<sup>me</sup> Coghlan a précisé que les rapports à haut risque nécessitant une attention urgente étaient ceux qui portaient sur des actes de violence physique, psychologique ou sexuelle; sur la conduite imprudente d'un infirmier; ou sur des problèmes impliquant un accès non autorisé à des dossiers médicaux ou des violations de la confidentialité et de la vie privée. Les cas graves ou à haut risque sont immédiatement attribués à un enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire par le coordonnateur de l'évaluation.

Les autres questions sont évaluées et confiées à un enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire qui priorise en permanence la charge de travail de sorte que les questions nécessitant une attention plus urgente sont traitées en premier.

Les questions considérées comme présentant un risque élevé sont examinées conformément au processus d'évaluation préliminaire qui prend quelques jours, selon l'existence ou non de renseignements vérifiables. Les matières considérées comme présentant un risque faible à modéré sont examinées conformément au processus d'évaluation préliminaire, généralement dans les six mois.

Une fois qu'un rapport a été attribué à un enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire, celui-ci examine les renseignements, effectue des enquêtes pour recueillir d'autres renseignements pertinents et en évalue la fiabilité et l'exactitude. Le rôle d'un enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire est différent de celui d'un enquêteur. L'enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire n'effectue pas d'enquête formelle, mais exerce plutôt son pouvoir discrétionnaire et son jugement lorsqu'il évalue le risque et recommande une mesure réglementaire appropriée en réponse aux renseignements reçus.

En règle générale, l'enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire commence par examiner le rapport et l'historique du membre, le cas échéant, avec l'Ordre. Il communique ensuite avec la personne qui a soumis le rapport et, sur la base de cet entretien et des autres renseignements accessibles, détermine les suites éventuelles requises. Étant donné que l'enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire n'a aucun pouvoir officiel en vertu de la LPSR, tous les renseignements obtenus par l'Ordre à ce stade sont fournis volontairement.

La fonction principale de l'enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire est de déterminer les problèmes infirmiers soulevés par la conduite du membre et d'évaluer le risque afin de faire une recommandation au directeur général sur la mesure réglementaire appropriée.

Lors de l'évaluation des risques, les enquêteurs chargés de l'évaluation préliminaire sont invités à envisager l'utilisation d'un outil d'évaluation des risques qui suggère les questions suivantes :

- Les sources de renseignements et les renseignements eux-mêmes sont-ils fiables?
- Est-ce que l'historique (ou son absence) de rapports et de plaintes concernant le membre indique un risque plus ou moins grand?

- Le milieu de travail est-il un facteur contributif?
- L'expérience du membre est-elle incompatible avec les exigences du poste, et l'employeur en est-il conscient et assure-t-il une supervision adéquate?
- La violence est-elle impliquée?
- Des dommages physiques ou psychologiques importants ont-ils été signalés?
- Les actes étaient-ils intentionnels?
- L'imprudence était-elle un facteur primordial?
- Le membre était-il malhonnête ou trompeur?
- La consommation abusive de substances chimiques ou psychoactives est-elle un facteur?
- Le membre est-il conscient de l'incident qui l'amènerait à assumer ses responsabilités?

Actuellement, l'enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire se réunit chaque semaine avec le coordonnateur de l'évaluation préliminaire des rapports pour examiner les dossiers et les recommandations, ou assiste à une réunion hebdomadaire d'évaluation préliminaire en groupe. Le rapport initial soumis à l'Ordre, les antécédents du membre avec l'Ordre (le cas échéant), les résumés des entretiens conduits (le cas échéant), ainsi que le résumé des enquêtes par l'enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire et sa recommandation sont fournis au directeur général pour examen et détermination du processus réglementaire approprié à appliquer.

Les processus réglementaires applicables à un rapport incluent :

- **Consignation au dossier sans envoi d'avis.** Les renseignements sont conservés par l'Ordre, mais ne sont pas divulgués au membre. Ce processus est approprié uniquement si les renseignements rapportés ne sont pas corroborés par les preuves obtenues par l'enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire ou si aucun problème de réglementation n'a été décelé.
- **Consignation au dossier et envoi d'un avis.** Les membres reçoivent une copie du rapport, leur rappelant leur responsabilité en tant que membres de l'Ordre, et leur demandant d'examiner les normes relatives aux problèmes décelés dans le rapport. Les membres sont informés que les renseignements seront conservés dans les dossiers et examinés si d'autres préoccupations étaient portées à l'attention de l'Ordre.

- **Rencontre avec un représentant de l'Ordre.** Les membres sont invités à l'Ordre pour discuter de leurs réflexions sur les préoccupations rapportées et de ce qu'ils ont appris. Avant la réunion, le membre est invité à examiner certaines normes ou d'autres documents en rapport avec les préoccupations rapportées et à mener à bien les activités qui seront discutées lors de la réunion.
- **Rencontre avec le directeur général.** Les membres sont invités à l'Ordre pour rencontrer le directeur général et donner des assurances sur leur pratique future. Avant la réunion, le membre est invité à examiner certaines normes ou d'autres documents en rapport avec les préoccupations rapportées et à mener à bien les activités qui seront discutées lors de la réunion. Le directeur général utilise d'autres renseignements fournis par le membre au cours de la réunion pour déterminer si la nomination d'un enquêteur est justifiée.
- **Enquête en vertu de l'article 75.** Si le directeur général a des motifs raisonnables et probables de croire qu'un membre a commis une faute professionnelle ou est incompetent, il peut demander au CEPR de nommer un enquêteur.
- **Enquête de santé.** Ce processus est décrit plus loin dans ce chapitre.

À titre d'illustration des mesures réglementaires de l'Ordre, le tableau 13.1 décrit les résultats des 258 rapports obligatoires que l'Ordre a reçus en 2017.

Selon la preuve de M<sup>me</sup> Coghlan, les normes jouent un rôle dans l'évaluation de la mesure réglementaire appropriée, en veillant à ce que les ressources de l'Ordre soient appliquées de manière proportionnée. M<sup>me</sup> Coghlan a indiqué que lorsqu'il existe des lacunes dans la pratique et qu'un infirmier a fait preuve d'introspection et a la volonté de revoir les normes et d'améliorer sa pratique, l'Ordre est d'avis que, dans la majorité des cas, la mesure de réglementation appropriée est le recyclage. Cette action peut consister notamment à demander aux membres d'examiner les normes et directives applicables, ou à obliger les membres à rencontrer un représentant de l'Ordre afin d'examiner leurs réflexions sur les documents désignés et les améliorations apportées à leur pratique.

Si le CEPR approuve la nomination d'un enquêteur, celui-ci est habilité à exiger des preuves et des documents en vertu de l'article 75 du Code, et a le pouvoir d'assigner des témoins ou de contraindre à la production de preuves; de présenter à quiconque (y compris au membre qui fait l'objet de l'enquête) des

demandes raisonnables de renseignements sur des questions qui s'avèrent pertinentes à l'enquête; de pénétrer dans le lieu d'exercice du membre et d'examiner tout ce qui s'y trouve; et d'obtenir un mandat de perquisition et de saisie. L'enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire n'a pas ces pouvoirs légaux.

Lorsqu'une enquête menée en vertu de l'article 75 est terminée, les résultats sont rassemblés dans un rapport de cas qui est transmis au CEPR aux fins d'examen et de décision quant à la mesure appropriée à prendre. Le CEPR a alors le pouvoir de prendre les mesures décrites ci-dessus en ce qui concerne les plaintes. Contrairement à la voie d'appel pour les plaintes (une demande de réexamen de la part de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé), un infirmier qui entend contester la décision du CEPR concernant un rapport doit déposer une demande de révision judiciaire à la Cour divisionnaire.

**Tableau 13.1 : Résultats des rapports obligatoires reçus par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2017**

ANNÉE DE RÉCEPTION	RÉSULTAT	NOMBRE
2017	Dossiers fermés	8
	Enquête sur la plainte 75(1)(c)	17
	Rencontre avec le représentant de l'OIIIO	8
	Rencontre avec le directeur général	7
	Rencontre avec le représentant de l'OIIIO – avis	3
	Rencontre avec le directeur général – avis	5
	Avis et directive	35
	Rapports – Enquête de santé	39
	Rapports – Enquête de santé et 75(1)(a)	4
	Rapports – Enquête de santé et nomination d'un enquêteur 75 (1)(a)	33
	Rapports d'enquête – 75(1)(a)	99

Source : Compilé par la Commission.

## IX. Les ordonnances d'urgence et provisoires

Depuis 2009, le Code prévoit que le directeur général peut nommer immédiatement un enquêteur en cas d'urgence, sans obtenir l'approbation du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, s'il croit, en se fondant sur des motifs raisonnables et probables, que la conduite du membre expose ou exposera vraisemblablement ses patients à un préjudice ou à des blessures.

Depuis 2009, le Code a également donné au CEPR le pouvoir de suspendre provisoirement l'inscription d'un membre ou d'imposer des conditions et des restrictions provisoires dès lors qu'une plainte est renvoyée au comité de discipline ou au comité d'aptitude professionnelle et que le CEPR croit que la conduite du membre expose ou risque d'exposer ses patients à un préjudice ou à des blessures. Depuis mai 2017, le CEPR a le pouvoir de suspendre provisoirement le certificat d'inscription d'un membre ou de lui imposer des conditions et des restrictions avant son renvoi au comité de discipline ou au comité d'aptitude professionnelle, s'il croit que la conduite du membre expose ou est susceptible d'exposer son patient à un préjudice ou à des blessures.

## X. Les procédures disciplinaires

Comme indiqué ci-dessus, l'une des options à la disposition du comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, après avoir pris en compte les renseignements obtenus lors de l'enquête sur une plainte ou sur un rapport, consiste à renvoyer les allégations de faute professionnelle ou d'incompétence d'un membre au comité de discipline.

Le comité de discipline est un organe décisionnel qui peut conclure à une faute professionnelle ou à une incompétence après une audience. Les questions sont renvoyées à ce comité lorsque le risque de préjudice pour les patients est le plus élevé. Ce risque est évalué en fonction de la ou des normes enfreintes ainsi que de considérations comme le comportement intentionnel, le comportement imprudent et les abus flagrants, entre autres comportements à haut risque mettant les patients en danger.

Si une affaire est renvoyée au comité de discipline, le comité examine les normes pour déterminer si l'infirmier ne les a pas respectées et, par conséquent, a commis une faute professionnelle.

Si le sous-comité du comité de discipline conclut que le membre a commis une faute professionnelle ou est incompetent, il peut rendre une ordonnance, y compris révoquer ou suspendre son certificat d'inscription, ou imposer

des conditions et des restrictions précises à ce certificat pour une durée déterminée ou indéterminée. Le comité de discipline peut également ordonner au membre de comparaître devant le sous-comité pour être réprimandé ou payer une amende au ministre des Finances. Le Code exige que le sous-comité émette certaines ordonnances s'il est établi que le membre a commis une faute professionnelle lorsqu'il a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient.

Si le sous-comité du comité de discipline conclut à l'incompétence d'un membre, il peut également rendre une ordonnance exigeant la révocation ou la suspension de son certificat d'inscription ou imposer des conditions et des restrictions précises à son certificat.

## **XI. Les procédures relatives à l'aptitude professionnelle**

### **A. Le cadre législatif pour les enquêtes sur la santé**

La législation prévoit une procédure que doivent suivre les ordres professionnels lorsqu'il est à craindre que l'état de santé d'un membre puisse avoir une incidence sur sa capacité d'exercer sa profession en toute sécurité, voire de l'exercer tout simplement. Un membre est considéré comme étant « frappé d'incapacité » lorsqu'il souffre d'un problème de santé qui l'oblige à ne pas exercer la profession ou que des conditions et des restrictions doivent être imposées à son exercice de la profession.

Comme je l'ai indiqué précédemment, le Code définit le terme « frappé d'incapacité » comme un cas où un membre est :

atteint d'une affection physique ou mentale ou de troubles physiques ou mentaux qui sont tels qu'il convient, dans l'intérêt public, d'assujettir son certificat d'inscription à des conditions ou à des restrictions ou de ne plus l'autoriser à exercer sa profession<sup>14</sup>.

Le Code stipule que, si le directeur général croit qu'un membre peut être frappé d'incapacité, il mène les enquêtes considérées comme appropriées et présente un rapport sur le résultat de ces enquêtes au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports (CEPR). Lorsqu'il reçoit un tel rapport du directeur

---

<sup>14</sup> Code, art. 1(1).

général ou par renvoi d'un autre sous-comité du CEPR (selon la procédure décrite précédemment), le CEPR nomme à son tour un sous-comité chargé de mener une enquête afin d'établir si le membre est frappé d'incapacité.

L'objectif global du processus d'enquête en matière de santé de l'Ordre consiste à permettre aux membres de recevoir un traitement pour des problèmes qui affectent leur capacité d'exercer, tout en assurant la sécurité du public. Les membres peuvent obtenir les traitements nécessaires et être surveillés ou supervisés de manière à leur permettre d'exercer, si possible, sans compromettre la protection et la sécurité du public.

## **B. Les sources d'information sur la santé d'un membre**

Grâce aux renseignements fournis par les employeurs, les exploitants d'établissements, les membres du public, les patients, les collègues, la police ou les médias, l'Ordre peut être mis au courant d'une préoccupation relative à la santé d'un membre qui affecte sa capacité d'exercer la profession en toute sécurité. Certains de ces rapports sont obligatoires et d'autres pas.

Au cours des dernières années, l'Ordre a reçu chaque année, dans le cadre de son processus d'évaluation préliminaire, une moyenne de 100 à 120 cas touchant l'incapacité. Depuis les modifications apportées au Code en 2009 qui obligent les exploitants d'établissements à signaler l'incapacité d'un membre, « l'incapacité » a été citée dans environ 10 % des rapports obligatoires reçus par l'Ordre.

M<sup>me</sup> Coghlan a indiqué dans son témoignage que, lorsque l'Ordre reçoit des renseignements sur la santé d'un membre, il a le pouvoir discrétionnaire de traiter l'affaire comme un problème de santé, de discipline ou les deux. L'Ordre détermine s'il existe des motifs raisonnables de soupçonner que l'infirmier souffre d'un problème de santé qui affecte son exercice de la profession ou étudie toute divulgation de l'infirmier quant à un problème de santé à l'origine du comportement en question.

Pour décider si un incident lié à l'état de santé d'un membre doit également être considéré comme une question de discipline, l'Ordre détermine si, et dans quelle mesure, son comportement a affecté les patients. Par exemple, lorsqu'un infirmier retient des médicaments des patients afin de les détourner pour son usage personnel, cela représente non seulement un problème de santé, mais également un risque sérieux de préjudice pour les patients.



## C. Le processus d'évaluation de l'aptitude professionnelle d'un membre

Lorsque l'Ordre reçoit des renseignements par l'entremise d'un rapport indiquant qu'un membre peut être frappé d'incapacité, le directeur général examine les renseignements reçus par l'enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire et la recommandation de celui-ci. Si le directeur général décide de procéder à une enquête sur la santé, le membre en est informé et dispose d'un délai de 30 jours pour répondre. Après toute enquête de suivi, le directeur général présente les résultats de l'enquête en matière de santé au CEPR.

En revanche, lorsque l'Ordre reçoit des renseignements par l'entremise d'une plainte faisant état de l'incapacité d'un membre, le CEPR peut renvoyer l'affaire à un autre sous-comité de ce comité directement à des fins de procédure pour incapacité.

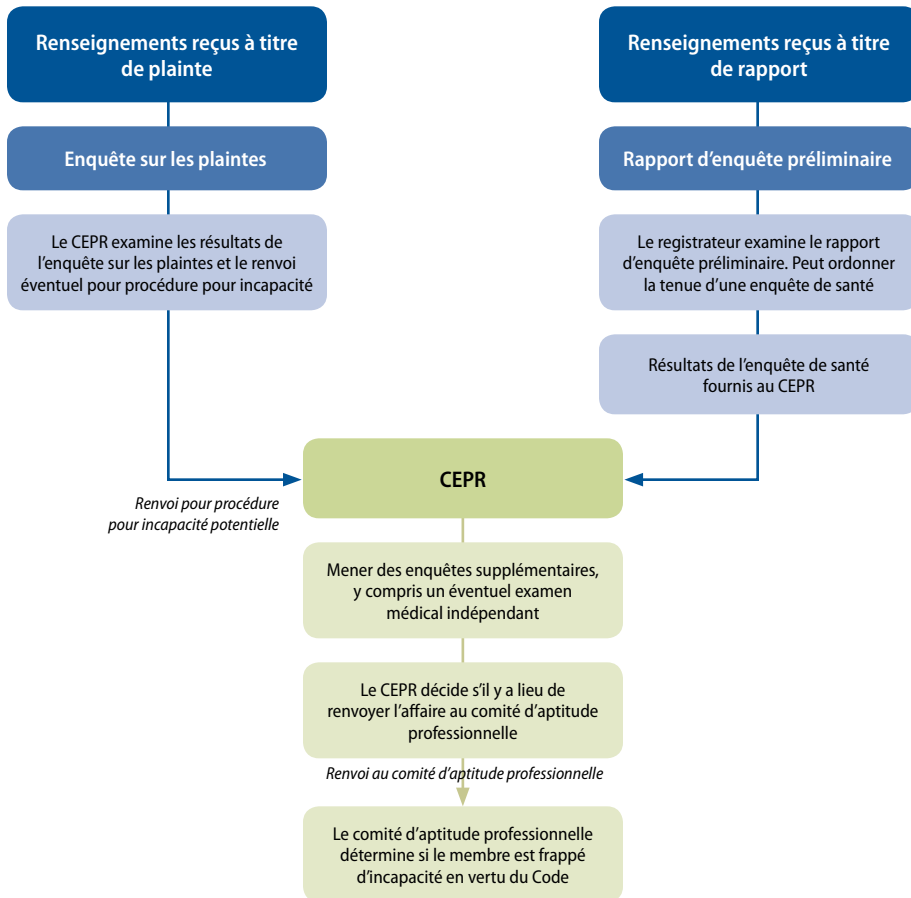
Lorsque le CEPR est saisi de la question, le comité peut demander au membre de se soumettre à un examen médical indépendant d'un évaluateur externe, si le CEPR estime qu'il existe des motifs raisonnables et probables de croire que le membre est frappé d'incapacité. Ce sont des médecins qui effectuent ces examens.

Dans de nombreux cas, pour procéder à l'évaluation, le médecin évaluateur indépendant demande au membre de lui fournir ses dossiers médicaux. L'Ordre ne peut par ailleurs pas exiger d'un membre qu'il remette ses dossiers médicaux. Toutefois, si l'évaluateur indépendant demande les dossiers et ne peut pas terminer l'évaluation sans eux, le CEPR a le pouvoir de suspendre l'inscription du membre pour non-respect d'une ordonnance de subir un examen médical.

M<sup>me</sup> Coghlan a témoigné au sujet du rôle joué par les rapports d'évaluation médicale dans l'évaluation de l'incapacité effectuée par l'Ordre, ces rapports étant considérés comme des preuves d'experts sur lesquelles le CEPR se base pour décider des mesures réglementaires appropriées. Elle a expliqué que le CEPR avait besoin de cette preuve d'expert avant de déterminer si des conditions ou des restrictions devaient être appliquées au certificat d'inscription d'un membre.

Le CEPR fournit au membre un rapport contenant les résultats des enquêtes en matière de santé et de l'examen médical indépendant (le cas échéant) et lui demande d'y réagir. Le comité examine ensuite tous les renseignements recueillis, ainsi que la réponse du membre, afin de déterminer s'il convient de renvoyer l'affaire au comité d'aptitude professionnelle ou de suspendre le certificat d'un membre à titre provisoire ou de lui imposer des conditions ou des restrictions.

La figure 13.3 décrit ce processus.



**Figure 13.3 : Réception de renseignements relatifs à l'incapacité potentielle (à jour au moment des audiences publiques).**

Source : Compilé par la Commission.

## D. Les audiences du comité d'aptitude professionnelle

Le comité d'aptitude professionnelle tient des audiences afin de déterminer si un membre est frappé d'incapacité. Si l'infirmier est déclaré frappé d'incapacité, son certificat peut être remis ou suspendu, ou assorti de conditions ou de restrictions spécifiées – visant à garantir que le membre puisse exercer la profession en toute sécurité – pendant un certain temps. Il peut s'agir de restrictions sur la capacité d'avoir accès à des narcotiques, ou d'exigences relatives à une surveillance continue (p. ex. des évaluations sur place à intervalles réguliers, surveillance de l'urine) par un médecin traitant, conformément aux recommandations des experts médicaux.

Dans certaines circonstances, l'Ordre négocie une entente avec un membre afin que son certificat soit assujéti à des restrictions, au lieu de tenir une audience relative à l'aptitude professionnelle.

## E. Les engagements

En 2015, le CEPR a adopté un nouveau processus d'acceptation des engagements des membres, au lieu d'un renvoi au comité d'aptitude professionnelle pour une audience. Le CEPR peut accepter un engagement lorsque le membre présente un faible risque de rechute, est dans un état stable et que des professionnels de la santé ont accepté de surveiller le membre et de communiquer avec l'Ordre.

Tous les engagements définissent le traitement et la surveillance que le membre continuera à recevoir, l'identité des professionnels de la santé qui fournissent le traitement et la surveillance, un accord selon lequel les professionnels de la santé du membre peuvent communiquer avec l'Ordre et une reconnaissance du fait que l'Ordre peut entreprendre une enquête visant à déterminer s'il y a eu violation de l'engagement. Lorsque le CEPR a accepté un engagement de la part d'un membre, ce renseignement ne figure pas au tableau. Toutefois, les restrictions concernant le lieu de travail contenues dans l'engagement peuvent être inscrites au tableau, à condition que ces conditions ne contiennent pas elles-mêmes de renseignements personnels sur la santé.

M<sup>me</sup> Coghlan a indiqué que le processus d'engagement reconnaît que l'étiquette d'« incapacité », telle que définie par le Code, est associée à une stigmatisation importante. Lorsqu'un membre présente un faible risque de rechute, est stable et suit un traitement offert par un professionnel de la santé qui a accepté de le surveiller et de communiquer avec l'Ordre en cas de

problème, le CEPR peut prendre l'engagement de veiller à ce que tout le suivi qui s'impose soit fait. Cependant, il n'y aurait pas de constatation d'incapacité.

Les engagements peuvent également être acceptés par l'Ordre après un renvoi au comité d'aptitude professionnelle.

De 2015 à 2017, 18 % des enquêtes sur la santé ont mené à un engagement et 45 % ont donné lieu à une ordonnance du comité d'aptitude professionnelle.

## **F. La surveillance**

Lorsque le comité d'aptitude professionnelle impose des conditions ou des restrictions au certificat d'un membre, ou que l'Ordre accepte un engagement volontaire de la part de ce dernier, l'Ordre surveille le respect par le membre de l'ordonnance ou de l'engagement pendant une période déterminée, appelée durée de la surveillance. De nos jours, les conditions de surveillance restent généralement en vigueur pendant une période de trois à cinq ans.

Les ordonnances du comité d'aptitude professionnelle et les engagements exigent généralement que les membres obtiennent la participation de leur équipe soignante et de leur employeur, le cas échéant. L'équipe de surveillance de l'Ordre se fie aux membres, aux surveillants sur le lieu de travail, aux employeurs et aux professionnels de la santé pour l'informer de leurs préoccupations concernant la capacité du membre à exercer sa profession en toute sécurité ou à se conformer aux restrictions pendant la durée de la surveillance.

Si, à un moment quelconque de la période de surveillance, un membre ne respecte pas les conditions d'une ordonnance, l'Ordre peut soit utiliser le processus décrit dans l'ordonnance (p. ex. réviser les conditions de l'entente ou exiger une évaluation indépendante) ou renvoyer l'affaire au comité d'aptitude professionnelle. Ce comité peut imposer des conditions supplémentaires ou différentes au certificat d'inscription d'un membre, ou suspendre ou révoquer son certificat.

## **G. Le programme de santé des infirmières prévu**

L'Ordre met actuellement en œuvre un programme visant à soustraire les infirmiers admissibles qui seraient autrement « frappés d'incapacité » aux procédures officielles relatives à leur aptitude professionnelle, à condition que ces membres soient assujettis à des restrictions et à la surveillance requises pour exercer leur profession.

Le programme, appelé Programme de santé pour infirmières (PSI), est similaire au programme de santé des médecins élaboré et financé par l'Ontario Medical Association et reconnu par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Le PSI s'inspire des directives du National Council of State Boards of Nursing américain en matière de toxicomanie et de programmes de substitution aux mesures disciplinaires. Pour encourager les infirmiers à obtenir un traitement pour des troubles de toxicomanie, la participation au programme est volontaire et confidentielle.

Le PSI possède les caractéristiques suivantes :

- la flexibilité, pour permettre une adaptation à la diversité des lieux de travail, des modalités de travail et des modalités de supervision des membres participants;
- la surveillance par des gestionnaires de cas expérimentés, ainsi que la communication active, la contribution et la participation de l'équipe de soins de santé du membre et de l'employeur. Ces ressources permettront aux gestionnaires de cas d'avoir connaissance des comportements qui suggèrent une rechute, afin d'accroître la surveillance en cas de risque de rechute (p. ex. augmentation du nombre d'analyses d'urine, de vérifications auprès de l'employeur ou de l'équipe soignante) et de gérer toute rechute éventuelle dans les limites de l'entente du programme;
- des pratiques fondées sur des données probantes pour le traitement et la surveillance;
- un réseau de référence permettant au membre d'obtenir des traitements et des soins auprès de professionnels de la santé appropriés;
- un volet éducation et sensibilisation pour les professionnels de la santé, les collègues et les employeurs;
- la confirmation que toute infraction au programme entraînera l'envoi d'un rapport à l'Ordre ou le déploiement de la procédure pour incapacité; et
- la confirmation à l'Ordre des personnes qui participent au programme, et des mécanismes de rapport et de vérification structurés permettant à l'Ordre de s'assurer que le programme est conforme à ses directives et procédures.

Le processus d'aptitude professionnelle reste en place pour les membres incapables de respecter les paramètres définis par le PSI, ou qui refusent de les respecter.

## XII. Le programme d'assurance de la qualité

Tous les ordres professionnels du domaine de la santé en Ontario doivent se doter d'un programme d'assurance de la qualité. Le programme de l'Ordre vise à soutenir les infirmiers dans leur apprentissage continu et leur engagement à parfaire leurs connaissances, leurs compétences et leur jugement professionnels.

Le programme d'assurance de la qualité actuel de l'Ordre oblige les membres à définir des objectifs d'apprentissage annuels en fonction de leurs besoins et à les associer aux normes et aux directives de l'Ordre. Les membres sont censés élaborer et maintenir leur plan d'apprentissage pendant deux ans. L'Ordre peut demander que le membre lui soumette son plan d'apprentissage à tout moment.

Le programme de l'Ordre ne précise pas le nombre d'heures de formation continue que les membres sont tenus de suivre chaque année. Au contraire, il est fondé sur une « pratique réflexive ». M<sup>me</sup> Coghlan a témoigné de sa compréhension de la documentation en indiquant que les professionnels sont plus aptes à continuer à développer et à maintenir leurs compétences lorsqu'ils réfléchissent à leur exercice de la profession, cherchent à obtenir la rétroaction de leurs pairs et ont recours à d'autres programmes qui les aident à développer des compétences supplémentaires.

De plus, certains employeurs ou milieux de travail peuvent exiger que les infirmiers suivent des cours ou une formation, soit avant de s'occuper de patients, soit de façon continue.

L'Ordre choisit également au hasard des infirmiers qui subiront un examen de l'exercice de leur profession. Ce processus comprend des tests pratiques de la capacité d'un infirmier à appliquer des normes. Si le test révèle des lacunes, le comité d'assurance de la qualité peut préciser la formation continue à suivre.

Une partie des infirmiers sont sélectionnés pour un examen de l'exercice de la profession de manière entièrement aléatoire. De plus, l'Ordre choisit des infirmiers appartenant à deux groupes identifiés comme présentant un risque élevé pour qu'ils se soumettent à un examen de l'exercice de la profession :

- (1) les infirmiers travaillant dans le secteur des soins de longue durée; et
- (2) les infirmiers qui avaient déjà participé au « processus de mesures prises par le directeur général », c'est-à-dire qui avaient déjà été signalés à l'Ordre et devaient rencontrer un membre du personnel ou le directeur général de l'Ordre pour examiner les incidents signalés et y réfléchir.

En 2017, 801 infirmiers ont subi un examen de l'exercice de la profession, un nombre correspondant à une année typique. Le conseil examine actuellement le programme d'assurance de la qualité et l'Ordre continue de déceler les changements nécessaires pour accroître sa capacité de tisser des relations avec un plus grand nombre d'infirmiers chaque année et de manière plus solide.

## **XIII. L'intervention de l'Ordre en ce qui concerne Elizabeth Wettlaufer**

### **A. L'inscription initiale : 1995**

#### **1. Le processus d'inscription de Wettlaufer**

Après avoir terminé ses études d'infirmière au Collège Conestoga en mai 1995, Elizabeth Wettlaufer (alors appelée Beth Parker) a présenté une demande de certificat d'inscription à l'Ordre. Comme elle n'avait pas encore passé son examen d'infirmière, Wettlaufer a initialement soumis une demande d'évaluation afin de déterminer son admissibilité à l'inscription pour pouvoir travailler à l'Hôpital du district de Geraldton, où elle s'était vu offrir un poste d'infirmière diplômée occasionnelle à temps partiel, sous réserve de l'obtention de l'inscription auprès de l'Ordre. L'Ordre a reçu la demande de Wettlaufer le 10 mai 1995.

À ce moment-là, l'Ordre demandait aux candidats à l'inscription temporaire d'obtenir de leur employeur un formulaire d'offre d'emploi pour une inscription temporaire. Les candidats devaient également remplir la demande d'évaluation afin de déterminer leur admissibilité à l'inscription. Ils devaient répondre à plusieurs questions, notamment :

- Une autorité d'inscription/de délivrance de permis d'exercice en soins infirmiers (IA/IAA) vous a-t-elle déjà refusé l'inscription/l'autorisation d'exercer dans une province, un territoire, un État ou un pays?
- Votre inscription d'infirmier a-t-elle déjà été grevée de quelque manière que ce soit (révoquée, suspendue, remise, restreinte, soumise à des conditions et restrictions individuelles) par une autorité accordant une inscription ou un permis d'exercice en soins infirmiers (IA/IAA) dans une province, un territoire, un État ou un pays?

- Avez-vous déjà été condamné pour une infraction criminelle ou une infraction à la *Loi sur le contrôle des stupéfiants* (Canada) ou la *Loi sur les aliments et drogues* (Canada)?
- Votre état physique ou mental est-il susceptible d'affecter votre capacité à exercer la profession d'infirmier?

Wettlaufer a répondu « non » à chacune des questions et a certifié que toutes les déclarations contenues dans le formulaire de demande étaient vraies et complètes à tous égards. Elle a également fourni le formulaire Offre d'emploi pour inscription temporaire, rempli par la directrice des soins infirmiers (DSI) de l'Hôpital du district de Geraldton.

Le 30 mai 1995, l'Ordre a avisé Wettlaufer par écrit qu'elle satisfaisait aux exigences en matière d'inscription temporaire et qu'un certificat d'inscription temporaire serait délivré à la réception par l'Ordre d'une copie signée d'un engagement, du formulaire d'inscription initial dûment rempli et du paiement des frais d'inscription.

Le 5 juin 1995, Wettlaufer a rempli et signé la demande de certificat d'inscription à titre d'infirmière autorisée – catégorie temporaire, et a de nouveau répondu par la négative aux questions susmentionnées. Le 5 juin 1995, elle a également signé un engagement dans lequel elle convenait que son inscription temporaire incluait des restrictions et des conditions en vertu desquelles elle n'exercerait la profession d'infirmière qu'à l'Hôpital du district de Geraldton et qu'elle devait fournir une copie de son engagement à quiconque lui offrirait un emploi.

Un certificat d'inscription temporaire a été décerné à Wettlaufer le 8 juin 1995.

En juin 1995, Wettlaufer a réussi l'examen d'inscription des infirmiers. Le 8 août 1995, elle a rempli une demande de certificat d'inscription à titre d'infirmière autorisée – catégorie générale, dans laquelle elle a de nouveau répondu par la négative aux questions susmentionnées et a certifié que ses déclarations étaient véridiques et complètes à tous égards. Le 11 août 1995, l'Ordre a octroyé à Wettlaufer un certificat d'inscription général.

En 1995, comme aujourd'hui, l'Ordre n'aurait pas vérifié de manière indépendante l'exactitude des réponses fournies par Wettlaufer aux questions figurant sur ses formulaires de demande. En 1995, les candidats à l'Ordre n'avaient pas besoin de faire vérifier leur dossier de police.



## 2. Les modifications à l'inscription depuis 1995

Les exigences en matière d'inscription de l'Ordre ont été modifiées afin de refléter les modifications apportées à la réglementation depuis 1995. À titre d'exemple, il existait en 1995 moins de catégories de certificats d'inscription d'infirmiers et, par conséquent, d'exigences en matière d'inscription<sup>15</sup>.

Les questions précises des formulaires de demande d'inscription à l'Ordre ont aussi été modifiées pour refléter les changements de terminologie dans les *Dispositions générales*. Par exemple, en 1995, les candidats devaient répondre, dans leur formulaire de candidature, à la question suivante : « Votre état physique ou mental est-il susceptible d'affecter votre capacité à exercer la profession d'infirmier? »<sup>16</sup>. Aujourd'hui, la question est la suivante : « Y a-t-il quelque chose dans votre passé ou dans votre présent qui pourrait fournir des motifs raisonnables de croire que vous souffrez d'une maladie ou d'un trouble physique ou mental susceptible d'influer sur votre aptitude à exercer la profession d'infirmière de manière sécuritaire? »<sup>17</sup>.

Les exigences applicables aux candidats ont également changé à certains égards. En 1995, pour devenir infirmier autorisé, un candidat devait avoir obtenu son diplôme d'un programme de sciences infirmières déterminé, mais pas nécessairement d'un programme de baccalauréat. Aujourd'hui, le candidat doit être diplômé d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières (ou l'équivalent dans un autre territoire de compétence).

Un autre changement est que l'Ordre exige désormais la vérification du dossier de police des candidats.

<sup>15</sup> En 1995, par exemple, les catégories de certificats d'inscription se limitaient aux catégories générale, temporaire, spéciale et provisoire (Règl. de l'Ont. 275/94 (1994), art. 1 et 1.1). À l'heure actuelle, les catégories de certificats d'inscription sont les suivantes : générale, supérieure, temporaire, spéciale, non active (Règl. de l'Ont. 275/94, art. 1 et 1.1).

<sup>16</sup> Demande de certificat d'inscription signée par Wettlaufer le 8 août 1995 (estampillée par l'OIIO avec une date de délivrance du 11 août 1995; reflétant les exigences de l'article 5 du Règl. de l'Ont. 275/94 de 1995 selon lesquelles le demandeur ne doit pas être atteint d'une affection physique ou mentale ou de troubles physiques qui sont tels qu'il convient, « dans l'intérêt public, de ne plus l'autoriser à exercer la profession d'infirmier. »

<sup>17</sup> Affidavit d'Anne Coghlan, pièce L, reflétant l'article 1.4(1)2i du Règl. de l'Ont. 275/94 (actuel) déterminant si un candidat est atteint d'une affection physique ou mentale ou des troubles physiques ou mentaux qui pourraient influencer sur sa capacité à exercer la profession d'infirmière de façon sécuritaire.

## B. Les procédures pour incapacité : 1996–1998

### 1. Les renseignements reçus de l'Hôpital du district de Geraldton

Le 14 septembre 1995, seulement un mois après que Wettlaufer eut reçu son certificat d'inscription général, la DSI de Geraldton a téléphoné à l'Ordre pour discuter d'un incident. La DSI a informé le représentant de l'Ordre que Wettlaufer s'était effondrée alors qu'elle travaillait de nuit à l'hôpital et avait admis avoir retiré du lorazépam du stock de l'hôpital et l'avoir avalé. La DSI a déclaré que l'hôpital envisageait de mettre fin à l'emploi de Wettlaufer.

Le représentant de l'Ordre a rappelé à la DSI l'obligation de faire rapport à l'Ordre en cas de congédiement de Wettlaufer et a obtenu l'assurance qu'un rapport ou une plainte concernant Wettlaufer serait déposé et que cette dernière serait suspendue par l'hôpital dans l'intervalle.

La représentante de l'Ordre a rappelé la DSI de Geraldton le 25 octobre 1995 et on lui a dit que le contrat de travail de Wettlaufer avait été résilié et que cette dernière avait déposé un grief à cet effet. La DSI a informé le représentant qu'un rapport officiel serait présenté à l'Ordre dans les deux prochaines semaines et que Wettlaufer travaillait ailleurs. Les notes de cet appel téléphonique n'indiquent pas si l'Ordre a été informé de l'endroit où travaillait Wettlaufer à l'époque.

Le 7 novembre 1995, l'Ordre a reçu une lettre de la DSI de Geraldton indiquant que Wettlaufer avait été congédiée le 13 octobre 1995. La lettre mentionnait l'employeur actuel de Wettlaufer comme étant l'« Association de Geraldton et du district pour l'intégration communautaire (GDACL) » et contenait la description suivante de l'incident ayant mené à son congédiement :

La membre terminait un quart de travail de 12 heures de nuit à 7 h 30. Deux infirmières autorisées qui commençaient leur quart de travail ont signalé que la membre qui sortait des toilettes du personnel semblait hébétée, très instable, et avait des difficultés à communiquer oralement. Par la suite, la membre a confirmé qu'elle avait retiré sans autorisation du lorazépam (2 mg) du stock de médicaments du service et l'avait ingéré pendant ses heures de travail. L'histoire racontée par la membre a changé plusieurs fois au cours de la période de 24 heures du 13 au 14 septembre 1995.

En ce qui concerne la déclaration selon laquelle le récit de l'incident de Wettlaufer « a changé plusieurs fois », M<sup>me</sup> Coghlan a indiqué que, selon son expérience en matière d'incapacité, cela n'est pas rare. M<sup>me</sup> Coghlan a

expliqué que « c'est souvent le reflet du processus de la maladie qui entrave le jugement ».

L'Ordre n'a ouvert aucune enquête officielle avant la réception du rapport de cessation des fonctions le 7 novembre 1995. Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Coghlan a déclaré que l'Ordre avait besoin de renseignements écrits sur l'incident avant d'ouvrir une enquête afin de vérifier leur crédibilité et leur fiabilité. Le 25 octobre 1995, l'Ordre a de nouveau interrogé la DSI de Geraldton pour demander des renseignements à titre volontaire, comme il est décrit ci-dessus. Bien que le Code exige qu'une plainte envoyée à un ordre professionnel du domaine de la santé le soit par écrit ou soit enregistrée sur une bande, un film, un disque ou un autre support, la législation ne prévoit pas la même exigence pour un rapport. Une telle exigence semble être une politique de l'Ordre.

## 2. L'enquête et les évaluations de l'Ordre

Après avoir reçu le rapport de l'Hôpital du district de Geraldton le 7 novembre 1995, un membre du personnel de l'Ordre a demandé au comité de direction (bureau) de nommer un enquêteur, parce ce que le rapport fournissait des motifs raisonnables et probables de croire que Wettlaufer avait commis une faute professionnelle ou était incompétente.

Le 9 novembre 1995, le comité de direction (bureau) a approuvé la nomination d'un enquêteur en vertu de l'article 75(a) du Code. À cette époque, M<sup>me</sup> Coghlan était présidente du conseil et présidente du comité de direction. C'est à ce dernier titre qu'elle a signé l'approbation. L'Ordre a commencé son enquête. Le 24 novembre 1995, l'enquêtrice a interrogé la DSI de Geraldton et a reçu plus d'information sur la formation et l'expérience de Wettlaufer, ainsi que sur l'incident. La DSI a également dit à l'enquêtrice qu'elle avait suggéré à Wettlaufer avant cet incident de postuler à un emploi à l'Association de Geraldton et du district pour l'intégration communautaire, parce que son poste à l'Hôpital du district de Geraldton était un emploi occasionnel offrant un nombre limité de quarts de travail.

M<sup>me</sup> Coghlan a indiqué que l'Ordre avait pour pratique de demander si un employeur savait si un infirmier travaillait ailleurs, puis de demander à tout autre employeur de déterminer s'il y avait des problèmes dans ces lieux de travail. À sa connaissance, cette pratique était également en vigueur en 1995, bien qu'aucune preuve lors des audiences publiques n'ait permis de savoir si de telles enquêtes avaient été menées sur le ou les autres employeurs possibles de Wettlaufer à cette époque.

Lors de sa conversation téléphonique avec l'enquêtrice, la DSI de l'Hôpital de Geraldton a indiqué qu'elle souhaitait que son rapport de cessation des fonctions soit considéré comme une lettre de plainte. Elle a ensuite envoyé une lettre à l'Ordre réitérant cette demande. À ce moment-là, l'Ordre permettait à la personne déclarant l'incident de choisir de classer une affaire comme un rapport ou comme une plainte. Contrairement à un rapport, une plainte (à l'époque et actuellement) permet au plaignant de continuer à participer à l'enquête et d'être avisé du règlement de la plainte. Comme je l'ai indiqué ci-dessus, l'Ordre considère maintenant les renseignements reçus de membres du public comme des plaintes. Les renseignements fournis par les employeurs, les exploitants d'établissements et d'autres membres ainsi que les autodéclarations sont considérés comme des rapports, et l'Ordre n'autorise pas le déclarant à faire ce choix.

Étant donné que l'affaire a par la suite été classée comme une plainte, l'Ordre était légalement tenu d'enquêter, bien qu'une enquête en vertu de l'article 75 ait déjà été ouverte et qu'elle fût de toute façon en cours à cette date.

L'enquête de l'Ordre comprenait :

- la demande des dossiers médicaux de Wettlaufer concernant son admission le 13 septembre 1995 à l'Hôpital du district de Geraldton, lesquels ont été reçus; et
- la demande de documentation supplémentaire relative à l'incident survenu à l'Hôpital du district de Geraldton, ainsi que les horaires du personnel, des renseignements généraux sur les procédures de l'unité et les coordonnées des témoins de l'incident. La DSI de Geraldton a fourni une liste de 10 témoins et des notes de neuf de ces témoins décrivant ce qu'ils avaient observé. Les notes concernaient :
  - un témoin qui avait vu Wettlaufer sortir des toilettes du personnel vers 7 h 35 le matin du 13 septembre, « chancelant d'avant en arrière » et notant qu'elle « n'arrivait pas à conserver son équilibre »;
  - un témoin qui a observé Wettlaufer vers 7 h 25 le même matin, « prenant dans sa poche les clés des narcotiques, mais elle a commencé à perdre l'équilibre et à tomber en arrière »... et que « sa démarche était chancelante, qu'elle avait des difficultés d'élocution et qu'elle semblait amortie »;
  - un témoin qui a vu un médecin parler à Wettlaufer le 13 septembre et qui a entendu Wettlaufer affirmer qu'elle avait « pris deux lorazépam à 22 heures juste pour se calmer ». Ce témoin a déclaré que, plus tard

- dans la journée, elle avait parlé à Wettlaufer et qu'à ce moment-là, cette dernière avait déclaré avoir pris « deux lorazépam à 22 heures, un à 4 heures puis à nouveau après 7 heures »;
- un témoin qui, vers 11 heures le 14 septembre, a parlé à Wettlaufer. Wettlaufer, a déclaré le témoin, « a exprimé à quel point elle était gênée et s'inquiétait aussi pour son emploi » et « qu'elle avait pris 25 mg d'Ativan le matin ». Le témoin a aussi déclaré que le 7 septembre, alors qu'elle travaillait de nuit avec Wettlaufer, « elle m'avait dit qu'elle se sentait déprimée parce qu'elle avait des difficultés personnelles et financières »;
  - un témoin qui a été informé par le médecin de Wettlaufer qu'elle lui avait dit le 14 septembre « qu'elle lui avait menti hier » et qu'elle « avait pris 25 comprimés de lorazépam vers 7 h 15 le 13 septembre pour tenter de se suicider ».

L'Ordre a informé Wettlaufer de la plainte et lui a donné la possibilité de fournir une réponse écrite. L'enquêteur n'a pas été nommé en vertu de l'article 75(c) du Code (le pouvoir de nomination pertinent en cas de plainte), et Wettlaufer a été informée du fait que sa réponse à la plainte était volontaire, de même que la signature de formulaires d'autorisation pour que l'Ordre puisse obtenir des renseignements de ses professionnels de la santé.

Wettlaufer a retenu les services d'un avocat, qui a confirmé avoir conseillé à cette dernière de ne pas signer les formulaires d'autorisation de divulguer des renseignements médicaux pour le moment. L'avocat a donné à l'Ordre une réponse à la plainte, qui comprenait notamment ce qui suit :

M<sup>me</sup> Parker indique qu'elle a pris 25 mg de lorazépam du stock de l'hôpital, une seule fois. Le médicament a été pris en vue d'une tentative de suicide provoquée par un épisode aigu de dépression. L'incident est survenu à la suite de la dépression de M<sup>me</sup> Parker et non d'une toxicomanie. Elle n'a aucun antécédent de toxicomanie ni de consommation de drogue; c'était une occurrence unique.

Le 1<sup>er</sup> mars 1996, l'avocat de Wettlaufer a également remis à l'Ordre une lettre à laquelle étaient joints deux rapports de praticiens du Programme de Counselling du Nord du Supérieur, un organisme communautaire à but non lucratif œuvrant dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie.

Le premier rapport, rédigé par un intervenant en santé mentale, indiquait que l'auteur avait été en contact avec Wettlaufer pendant les cinq mois précédents. L'auteur a mentionné le sentiment d'isolement évoqué par Wettlaufer à Geraldton et ses difficultés à dormir et à manger, son manque d'énergie et son

immense sentiment de solitude et de rejet deux mois avant l'incident. L'auteur du rapport a déclaré que Wettlaufer avait fait « beaucoup de progrès » depuis l'incident de septembre et avait « apporté beaucoup de changements positifs à sa vie ».

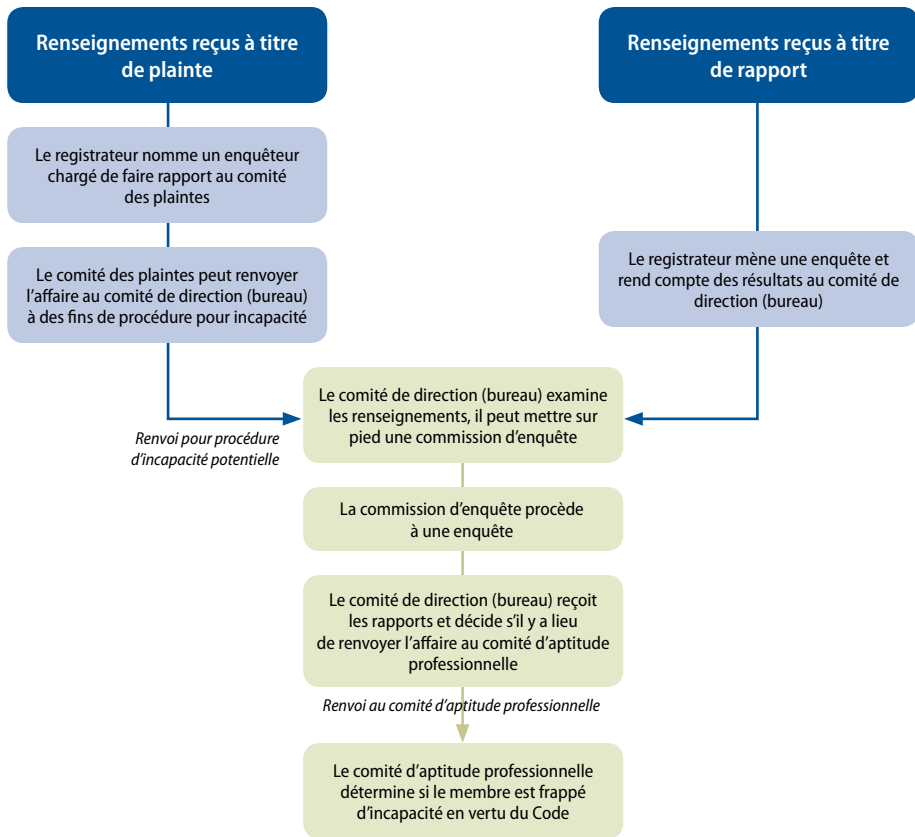
Le deuxième rapport, rempli par un intervenant en toxicomanie, indiquait que « d'après les renseignements fournis par M<sup>me</sup> Parker ou dans sa réponse aux questions, il ne semble pas y avoir de problème de drogue, autre que ceux récemment vécus lors de sa tentative de suicide et plusieurs incidents de consommation expérimentale de cannabis dans le passé. Cependant, sa consommation d'alcool était définitivement un sujet de préoccupation et l'exposait à un risque élevé de dommages physiques. » L'auteur a cité le récit de Wettlaufer selon lequel elle « semble avoir été très profondément impliquée dans son Église et l'utilise comme système de soutien, ainsi que comme moyen de contrôler sa consommation d'alcool. Elle croit que sa consommation d'alcool est maintenant parfaitement maîtrisée et elle a l'intention de continuer à utiliser l'Église comme une force qui la guide dans sa vie. »

Dans la lettre du 1<sup>er</sup> mars 1996, l'avocat de Wettlaufer a également présenté des observations écrites supplémentaires, attribuant sa dépression à son isolement et à la solitude qu'elle vivait dans la région de Geraldton et demandant au comité des plaintes de renvoyer l'affaire au comité de direction (bureau) à des fins d'enquête sur l'incapacité. Le comité des plaintes était, à l'époque, le comité chargé d'examiner les questions touchant les plaintes. Le CEPR assume maintenant ce rôle.

Le 20 mars 1996, le comité des plaintes a examiné les résultats de l'enquête de l'Ordre. Il a conclu que les allégations et les informations obtenues au cours de l'enquête « indiquaient que la membre souffrait de problèmes de santé susceptibles d'affecter sa capacité d'exercer sa profession efficacement et en toute sécurité », et a renvoyé l'affaire au comité de direction (bureau) à des fins de procédure pour incapacité. Le comité de direction ne joue plus ce rôle, qui a également été intégré à celui du CEPR.

Wettlaufer et la DSI de l'Hôpital de Geraldton ont toutes les deux été informées de ce résultat dans une lettre datée du 22 mars 1996.

La figure 13.4 illustre le processus de l'Ordre décrit ci-dessus pour traiter les renseignements relatifs à une éventuelle incapacité d'un membre en 1995-1998.



**Figure 13.4 : Réception de renseignements relatifs à l'incapacité potentielle, 1995-1998**

Source : Compilé par la Commission.

### 3. Le renvoi pour procédure pour incapacité

Le 25 avril 1996, le comité de direction (bureau) s'est réuni et s'est penché sur le renvoi du comité des plaintes. Le comité de direction a décidé de constituer une commission d'enquête en vertu de l'article 58(2) du Code afin de déterminer si Wettlaufer était frappée d'incapacité. Cette nomination a été officialisée par la signature d'une directive d'enquête formulée par la directrice générale à la même date, conformément à l'article 57 du Code.

À ce moment-là, le Code définissait le terme « frappé d'incapacité » comme suit : un membre « est atteint d'une affection physique ou mentale ou de troubles physiques ou mentaux qui sont tels qu'il convient, dans l'intérêt public, de ne plus l'autoriser à exercer sa profession ou de restreindre ses activités professionnelles ».

La commission d'enquête<sup>18</sup> s'est réunie le 15 mai 1996 et a ordonné que l'examen de l'état de santé de Wettlaufer soit effectué par un médecin spécialisé en traitement de la toxicomanie au Centre de santé Homewood, choisi par l'Ordre en vertu de l'article 59(2) du Code. Wettlaufer a été informée du fait que son absence à l'examen pourrait avoir pour conséquence que la commission d'enquête ordonne à la directrice générale de suspendre son certificat d'inscription jusqu'à ce qu'elle se soumette à l'examen. Wettlaufer a également reçu pour instructions de remplir des formulaires d'autorisation afin que l'Ordre puisse obtenir des renseignements auprès de certains de ses professionnels de la santé. Aucune preuve n'a été présentée aux audiences publiques montrant que ces formulaires d'autorisation avaient été remplis et retournés à l'Ordre par Wettlaufer à cette époque.

### ***a) L'évaluation par un médecin spécialiste en toxicomanie***

L'Ordre a demandé à un médecin spécialiste en toxicomanie d'évaluer si Wettlaufer souffrait d'une affection ou d'un trouble physique ou mental et, le cas échéant, de la nature et de l'étendue de ce trouble. On a également demandé au médecin quel effet, le cas échéant, l'affection ou le trouble avait sur la capacité de Wettlaufer d'exercer la profession d'infirmière, et de donner son avis sur toute recommandation de poursuite du traitement ou de surveillance par des professionnels de la santé et sur les restrictions en milieu de travail.

Wettlaufer a subi l'examen du spécialiste en toxicomanie le 14 juin 1996. Selon son rapport, Wettlaufer lui aurait confié qu'elle avait des idées suicidaires récurrentes depuis l'âge de 13 ans et qu'elle avait été violée à l'âge de 15 ans. Wettlaufer a déclaré avoir reçu du counselling d'un thérapeute chrétien à l'âge de 21 ans pour ses problèmes de dépendance et qu'elle avait continué à voir un thérapeute dans la région de Woodstock, principalement pour son humeur. Elle a également signalé des antécédents d'alcoolisme, bien qu'elle ait déclaré ne pas avoir bu d'alcool depuis décembre 1995. Wettlaufer a confirmé qu'elle avait commencé à consulter un spécialiste en toxicomanie à London deux mois plus tôt, qu'il avait continué de la suivre de près et qu'elle allait aux rencontres de son groupe d'entraide des professionnels de la santé.

---

<sup>18</sup> D'après le Code en vigueur à ce moment-là, le comité de direction (bureau) pouvait nommer une commission d'enquête pour déterminer si un membre était frappé d'incapacité (art. 58). La commission d'enquête était habilitée à mener « les enquêtes qu'elle estime appropriées » (art. 59(1) et pouvait exiger qu'un membre subisse un examen physique ou psychologique lorsqu'elle avait des motifs raisonnables et probables de croire qu'il était frappé d'incapacité. La commission d'enquête devait faire rapport au comité de direction (bureau) (art. 60), après quoi ce comité pouvait renvoyer l'affaire au comité d'aptitude professionnelle (art. 61).



L'évaluateur a contacté le médecin traitant de Wettlaufer, qui a confirmé certains aspects de son récit et a déclaré qu'il « avait l'impression que Beth manifestait des comportements de rétablissement sains. »

Dans son rapport soumis à l'Ordre, le spécialiste en toxicomanie a conclu que :

Je pense que cette dame est une infirmière frappée d'incapacité au sens de la loi qui, depuis décembre 1995, a considérablement changé son mode de vie et est manifestement sur la voie du rétablissement. Je pense qu'elle n'a pas besoin de plus d'évaluation ni de traitement à ce stade. Elle devrait plutôt continuer à assister aux rencontres du groupe d'entraide des professionnels de la santé avec des rapports à l'Ordre de la part de [son spécialiste en médecine de la toxicomanie] sur une base régulière. Je l'encouragerais à assister à une rencontre des AA par semaine avec le soutien de son groupe de professionnels de la santé. Je suis impressionné par le fait qu'elle démontre un programme spirituel solide lié à sa profonde foi chrétienne et j'ai vu de nombreuses personnes se rétablir grâce à cette méthode plutôt que d'assister aux rencontres des AA. Je suis aussi impressionné par sa franchise et son honnêteté envers son employeur et sa famille et je ne pense pas qu'elle ait besoin d'un traitement définitif supplémentaire, que ce soit dans un milieu communautaire ou résidentiel... En ce qui concerne les narcotiques, je ne m'inquiète pas de ses antécédents en matière de consommation et je ne pense pas que, hormis la surveillance de l'urine, il soit nécessaire de procéder à une évaluation ou à une gestion plus poussée de ce point de vue.

### ***b) L'évaluation par un psychiatre***

La commission d'enquête a ordonné une évaluation supplémentaire de Wettlaufer par un psychiatre, comprenant un examen des documents qui avaient amené le comité de direction (bureau) à mettre sur pied la commission d'enquête (y compris les dossiers d'admission de l'Hôpital du district de Geraldton et les notes des témoins décrites ci-dessus), ainsi qu'un entretien avec Wettlaufer le 13 août 1996.

Dans son rapport daté du 12 septembre 1996, le psychiatre a noté les antécédents d'isolement social, de consommation d'alcool et de dépression signalés et documentés de Wettlaufer, et le fait qu'elle n'était plus isolée et qu'elle était abstinente. Le psychiatre a conclu que Wettlaufer avait souffert de « trouble dépressif majeur, épisode isolé (DSM-IV 296.22) moyen » et qu'il n'existait actuellement aucune indication de trouble de l'humeur ni de la nécessité d'un traitement. Il a conclu que « les difficultés professionnelles de Wettlaufer découlaient d'un trouble mental qui entravait

son fonctionnement » et que « M<sup>me</sup> Parker n'est plus malade d'un point de vue psychiatrique. Aucun traitement actif n'est requis. Le retour au travail est réaliste et sans danger à mon avis. »

La commission d'enquête s'est réunie à nouveau le 30 septembre 1996 et a examiné les quatre rapports de spécialistes (du spécialiste en toxicomanie, du psychiatre et les deux rapports des Programmes de Counselling du Nord du Supérieur fournis par l'avocat de Wettlaufer). Le rapport de la commission d'enquête au comité de direction (bureau) résumait l'opinion du spécialiste en toxicomanie (selon laquelle Wettlaufer était une infirmière incapable d'exercer ses fonctions qui n'avait plus besoin d'être évaluée ni traitée à ce moment-là), ainsi que celle du psychiatre (affirmant que Wettlaufer n'était plus malade d'un point de vue psychiatrique).

### ***c) Les observations de l'avocat et les enquêtes complémentaires de l'Ordre***

Le 22 octobre 1996, l'avocat de Wettlaufer a écrit à l'Ordre pour l'informer que Wettlaufer serait disposée à négocier les conditions de son certificat d'inscription, conformément à la recommandation du spécialiste en toxicomanie concernant les conditions minimales et les programmes de traitement continus. L'avocat a noté l'opinion du psychiatre selon laquelle Wettlaufer avait souffert d'un seul épisode de trouble dépressif et a déclaré qu'« il est impossible de justifier en vertu de la législation son incapacité actuelle en raison de problèmes de santé mentale ».

L'Ordre a demandé à son avocat une mise à jour sur l'état de santé de Wettlaufer au début de 1997. Au cours d'une conversation téléphonique ayant eu lieu le 6 février 1997, l'avocat a déclaré à l'enquêtrice que Wettlaufer allait très bien, restait abstinent des substances et travaillait dans une organisation chrétienne. L'avocat a déclaré que Wettlaufer avait déjà travaillé comme infirmière responsable au Victoria Rest Home, mais qu'elle était partie « parce que ce n'était pas un endroit très bien administré ». Dans une lettre datée du même jour, l'avocat a écrit pour confirmer que Wettlaufer « se rétablissait extrêmement bien et qu'elle n'avait pas consommé d'alcool depuis plus d'un an ». La lettre décrivait en détail le traitement et la surveillance en cours de Wettlaufer par des spécialistes en toxicomanie et son emploi en tant que conseillère en établissement chez Christian Horizons, un foyer de groupe pour personnes ayant une déficience intellectuelle à Woodstock, depuis le mois d'octobre précédent. La correspondance confirmait que Wettlaufer avait autorisé l'Ordre à parler à sa superviseure chez Christian Horizons de son rendement actuel. L'avocat a indiqué que des formulaires d'autorisation de divulguer des renseignements médicaux avaient été envoyés aux

médecins traitants de Wettlaufer afin que l'Ordre puisse aussi les consulter. Le lendemain, une lettre confirmait que Wettlaufer autorisait l'Ordre à communiquer avec son ancien employeur, Victoria Rest Home, mais indiquait qu'« elle avait certaines réserves quant à son emploi dans cet établissement. » L'Ordre a contacté l'ancien superviseur de Wettlaufer à Victoria Rest Home, qui lui a confirmé que Wettlaufer avait travaillé là-bas en tant qu'IAA du 18 avril au 17 novembre 1996 et qu'elle était partie de son propre gré. L'ancien superviseur a déclaré que Wettlaufer « était une bonne infirmière », mais estimait qu'elle « était un peu prompte à prendre une décision elle-même. »

L'Ordre a contacté les médecins traitants de Wettlaufer en mars 1997 pour obtenir de plus amples informations sur ses progrès. Lors d'une conversation téléphonique avec son spécialiste en toxicomanie le 18 mars 1997, l'enquêtrice a été informée que le spécialiste n'avait pas vu Wettlaufer depuis le mois d'août parce qu'il avait lui-même été malade, mais qu'elle avait continué à subir des analyses d'urine aléatoires (afin de dépister l'alcool et la drogue) une fois par semaine et qu'elles avaient toutes été négatives. Il a confirmé que Wettlaufer avait assisté aux réunions hebdomadaires du groupe des professionnels de la santé « assez régulièrement » jusqu'en août, bien qu'il ne puisse pas commenter sa présence depuis cette date. Le 26 mars 1997, l'enquêtrice a parlé à la médecin qui avait couvert la pratique du spécialiste en toxicomanie alors qu'il était malade. Elle a indiqué que Wettlaufer l'avait vue individuellement dans son cabinet à deux reprises en octobre 1996 et avait assisté à une rencontre du groupe des professionnels de la santé en octobre 1996.

#### ***d) La réévaluation***

Le 26 mars 1997, l'Ordre a écrit à l'avocat de Wettlaufer pour l'informer qu'il était préoccupé, à la lumière des renseignements fournis par les médecins, du fait que « M<sup>me</sup> Parker ne participait pas pleinement à un programme de rétablissement » et qu'il ne pouvait accepter les conditions à ce moment-là. L'Ordre a proposé que le spécialiste en toxicomanie examine de nouveau Wettlaufer pour déterminer si, en fonction de son programme actuel, ses recommandations antérieures restaient les mêmes.

Wettlaufer a accepté de se soumettre à une nouvelle évaluation, qui a eu lieu le 4 avril 1997.

Après la réévaluation, le spécialiste en toxicomanie a déclaré à l'Ordre qu'il avait été « frappé par l'honnêteté [de Wettlaufer] et par sa volonté de faire part de ses problèmes à des personnes clés de son entourage. » Il a noté

que sa « trajectoire de rétablissement [commençait à être] déséquilibrée », ce qu'il attribuait à une plus grande attention accordée à son travail plutôt qu'à sa participation à des groupes d'entraide. Le spécialiste en toxicomanie a recommandé à Wettlaufer d'assister à au moins trois réunions de groupes d'entraide par semaine (y compris le groupe des professionnels de la santé et la fréquentation de l'église) et a écrit une lettre à son employeur pour lui demander un aménagement à son horaire de travail en ce sens. Il a également recommandé que la surveillance de l'urine se poursuive et que l'Ordre envisage de demander au pasteur de Wettlaufer de lui faire rapport sur sa présence aux activités de l'Église.

Sur la base de ce rapport ultérieur, l'Ordre a indiqué qu'il était prêt à conclure un accord avec Wettlaufer en vue d'imposer des conditions à son certificat d'inscription.

#### **4. L'ordonnance du comité d'aptitude professionnelle**

Le 9 mai 1997, l'Ordre et Wettlaufer ont conclu un protocole d'entente dans lequel Wettlaufer reconnaissait qu'elle était « frappée d'incapacité » au sens de l'article 1(1) du Code et a approuvé le recours à une décision consensuelle du comité d'aptitude professionnelle (décision), sans qu'il soit nécessaire de tenir une audience.

Dans la décision, le comité a conclu que Wettlaufer était frappée d'incapacité en raison de son alcoolisme et a ordonné que son certificat d'inscription soit assorti de conditions et de restrictions pour une période d'un an, y compris, entre autres, qu'elle :

- ne fasse pas de mauvais usage de drogues ou d'alcool et reste sobre et ne consomme aucune drogue modifiant l'humeur, à l'exception de celles prescrites par son médecin de famille ou de son spécialiste en toxicomanie;
- informe son employeur actuel, Christian Horizons, que son certificat était soumis à des conditions et confirme que son superviseur coopérerait avec l'Ordre pour lui fournir les informations requises afin de s'assurer qu'elle respectait les conditions;
- poursuive les traitements et la surveillance de la part de son spécialiste en toxicomanie, notamment le counselling individuel, la participation au groupe des professionnels de la santé et qu'elle continue à fournir des échantillons d'urine de manière supervisée et aléatoire à des fins d'analyse;

- obtienne l'accord de son médecin de famille et de son spécialiste en toxicomanie de coopérer avec l'Ordre afin de fournir les renseignements nécessaires pour s'assurer qu'elle respecte les conditions et d'informer immédiatement l'Ordre si, à leur avis, sa chimiodépendance pourrait nuire à sa capacité d'exercer la profession d'infirmière ou si elle ne respectait pas l'une des conditions.

La décision comprenait la confirmation que, si l'Ordre estimait que l'une des conditions n'était pas respectée, il pourrait renvoyer l'affaire au comité d'aptitude professionnelle, qui pourrait révoquer ou suspendre le certificat de Wettlaufer ou lui imposer des conditions ou des restrictions supplémentaires.

### **5. La surveillance de l'Ordre : mai 1997 – mai 1998**

L'employeur, le médecin de famille et le spécialiste en toxicomanie de Wettlaufer ont tous accepté de se conformer aux conditions de surveillance à la suite de la décision. La coordonnatrice des cas d'incapacité de l'Ordre leur a tous écrit pour les aviser que pendant toute la période de surveillance d'un an, elle les contacterait par téléphone environ quatre fois.

Entre le 1<sup>er</sup> et le 3 décembre 1997, l'Ordre a téléphoné à Wettlaufer, à son médecin de famille, à son spécialiste en toxicomanie et à son employeur. Chacun d'entre eux a indiqué qu'elle allait bien.

Le 9 mars 1998, l'Ordre a téléphoné au médecin de famille de Wettlaufer, qui lui a confirmé qu'elle allait bien. En mai 1998, l'Ordre l'a contacté à nouveau. Il a signalé que Wettlaufer était en bonne santé et qu'il « ne craignait pas la consommation abusive de médicaments ou d'alcool » et qu'il n'avait « aucune inquiétude quant à une éventuelle rechute ».

Rien n'indique que l'Ordre ait posé d'autres questions à Wettlaufer, à son employeur ou à son spécialiste en toxicomanie pendant la période de surveillance. Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Coghlan a supposé que, au moment où les avis avaient été fournis et les ententes signées par les praticiens et l'employeur, un certain temps s'était écoulé depuis le début de la période de surveillance.

Le 29 mai 1998, l'Ordre a avisé Wettlaufer qu'à la connaissance de l'Ordre, elle s'était pleinement conformée aux conditions de son certificat d'inscription et que « l'Ordre des infirmières et infirmiers ne contrôle[rait] donc plus le respect du traitement recommandé ou du traitement de suivi, et que [son] certificat n'a[vait] plus aucune condition attachée. »

Après l'achèvement de la période de surveillance et après la levée des conditions et restrictions de son certificat d'inscription, Wettlaufer a été autorisée à exercer la profession d'infirmière sans aucune restriction ni surveillance.

Pendant les 16 années suivantes, jusqu'en mai 2014, lorsque l'Ordre a reçu le rapport de cessation des fonctions de Wettlaufer de Caressant Care (Woodstock) (daté du 31 mars 2014 et soumis le 17 avril 2014), son seul contact avec Wettlaufer a été la réception de ses formulaires de paiement d'adhésion annuelle (décrits plus loin dans ce chapitre). Aucune autre plainte, information ni aucun rapport n'a été porté à l'attention de l'Ordre au sujet de Wettlaufer ou de son exercice de la profession au cours de cette période.

## **6. Les renseignements dans le tableau résultant de préoccupations quant à l'incapacité**

En 1997, lorsque Wettlaufer a été déclarée frappée d'incapacité, le Code exigeait que le tableau de chaque ordre comprenne :

- le nom, l'adresse professionnelle et le numéro de téléphone professionnel de chaque membre;
- la catégorie d'inscription et le statut de spécialiste de chaque membre;
- les conditions et restrictions imposées à chaque certificat d'inscription;
- la mention de chaque révocation et suspension d'un certificat d'inscription;
- le résultat de chaque procédure disciplinaire et pour incapacité;
- en cas d'appel des conclusions du comité de discipline, une mention de leur appel (jusqu'à la décision définitive sur l'appel, après quoi la mention sera supprimée);
- des renseignements indiquant qu'un sous-comité du comité d'inscription, de discipline ou d'aptitude professionnelle spécifié doit être inclus;
- tous renseignements prescrits par les règlements.

En vertu du Code en vigueur à cette époque, tous les renseignements figurant dans le tableau n'étaient pas accessibles au public. Le Code prévoyait que le public pouvait accéder, entre autres:

- à la mention de la suspension d'un certificat alors que la suspension était en vigueur; et

- aux résultats des procédures disciplinaires et pour incapacité menées à terme dans les six ans précédant la préparation ou la dernière mise à jour du tableau, dans lesquels le certificat d'inscription du membre avait été révoqué, suspendu ou soumis à des conditions ou à des restrictions, ou que le membre avait été tenu de payer une amende ou avait été convoqué pour être réprimandé, ou si une ordonnance était suspendue, si un sous-comité du comité de discipline ou d'aptitude professionnelle avait demandé que les résultats de la procédure soient inscrits au tableau.

Le Code exigeait que ces informations soient accessibles au public pendant les « heures ouvrables normales ». De 1995 à 2009 (avant l'ajout du registre *Find a Nurse* de l'Ordre sur son site Web), l'Ordre fournissait ces renseignements, sur demande, par courrier électronique ou par téléphone.

Au sujet de l'incident concernant Wettlaufer à l'Hôpital du district de Geraldton, les renseignements suivants figurant au tableau de l'Ordre auraient été accessibles au public :

- *avant le 9 mai 1997* : seuls les renseignements standards disponibles sur tous les infirmiers. Plus précisément, aucune référence aux renseignements reçus de la directrice des soins infirmiers de l'Hôpital du district de Geraldton, ni à l'existence d'une enquête en cours en vertu de l'article 75 ou d'une procédure d'une commission d'enquête n'aurait été rendue publique;
- *du 9 mai 1997 au 9 mai 1998* : que son certificat d'inscription était assorti de conditions et de restrictions et précisant lesquelles;
- *du 9 mai 1997 au 9 mai 2003* : la constatation d'incapacité. La décision du comité d'aptitude professionnelle n'aurait pas été accessible parce que les audiences du comité se tenaient à huis clos et traitaient de renseignements médicaux personnels.

## **7. Les changements à la procédure pour incapacité depuis 1996-1998**

À la suite de modifications législatives et de changements apportés à la pratique de l'Ordre, le processus selon lequel l'Ordre traite des renseignements relatifs à l'incapacité éventuelle d'un membre a changé depuis 1996-1998.

À compter du 4 juin 2009, le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports assume les fonctions combinées de l'ancien comité des plaintes et du comité de direction (bureau), décrites ci-dessus. Par conséquent, le régime actuel exige la nomination d'un sous-comité du CEPR chargé d'examiner les plaintes

et les enquêtes en matière de santé lancées par la directrice générale, qui suggèrent qu'un membre est peut-être frappé d'incapacité. J'ai parlé plus tôt du processus actuel de traitement des plaintes ou des rapports concernant la santé d'un membre.

Parmi les autres changements, citons l'utilisation d'engagement par l'Ordre et l'introduction du Programme de santé des infirmières (décrit ci-dessus).

Bien que les conditions d'une ordonnance d'aptitude professionnelle soient propres à chaque cas, M<sup>me</sup> Coghlan a témoigné que la différence majeure aujourd'hui réside dans la durée d'une période de surveillance typique, qui s'étend maintenant généralement de trois à cinq ans. M<sup>me</sup> Coghlan a expliqué que la science a fait des progrès depuis que la période de surveillance d'un an de Wettlaufer a été acceptée et que les conseils d'experts des spécialistes de la toxicomanie visent désormais généralement une période de surveillance plus longue. Il peut toutefois encore y avoir des circonstances pour lesquelles une période d'un an serait recommandée.

### **C. Les renouvellements annuels de l'adhésion de Wettlaufer**

Wettlaufer a soumis à l'Ordre des formulaires de paiement annuels (appelés plus tard formulaires de renouvellement annuel des membres), bien qu'elle les ait souvent envoyés en retard.

Le format et le contenu des formulaires ont changé au cours de ces années, afin de refléter les modifications apportées aux exigences légales ou l'expérience de l'Ordre par rapport aux années précédentes.

Sur le formulaire soumis en 1997 et jusqu'à celui envoyé en 2007 inclusivement, Wettlaufer a inscrit Christian Horizons comme adresse professionnelle. Sur ces formulaires, Wettlaufer a indiqué qu'elle était « employée dans un secteur autre que les soins infirmiers » ou était une « professionnelle de la santé non réglementée ». Sur 11 ans, Wettlaufer a soumis son formulaire tardivement sept fois après que l'Ordre eut émis un avis d'intention de suspension en raison de son défaut de le remplir et de le soumettre.

En 2002, le formulaire de paiement annuel a été modifié pour inclure la question suivante dans les obligations d'autodéclaration du membre : « Depuis votre inscription initiale à l'OIIO, une faute professionnelle, une incompétence ou une incapacité a-t-elle été constatée à votre égard en ce qui



concerne la profession d'infirmière ou toute autre profession du secteur de la santé, que ce soit en Ontario ou dans une autre juridiction? » Wettlaufer a répondu « non », ce qui était faux.

L'Ordre, qui n'avait pas pour habitude de vérifier l'exactitude des obligations en matière de déclaration volontaire, n'a pas relevé cette inexactitude.

En 2003, le format du formulaire de paiement annuel a été modifié et les membres étaient invités à répondre aux points suivants : « Selon le Guide... j'ai une ou plusieurs obligations de déposer un rapport à l'OIIO. » Wettlaufer n'a pas répondu. L'année suivante, en 2004, le formulaire mentionnait : « J'ai été impliqué dans une procédure disciplinaire ou d'incapacité, ou j'ai été reconnu coupable d'une infraction pénale depuis mon dernier rapport à l'OIIO. » Wettlaufer a également omis de répondre.

Les questions sur les obligations d'autodéclaration ont désormais été supprimées des formulaires de paiement annuels. M<sup>me</sup> Coghlan a expliqué dans son témoignage que la législation avait été modifiée de manière à imposer aux membres l'obligation permanente de signaler s'ils avaient été accusés ou reconnus coupables d'une infraction; s'il y avait eu des constatations de négligence professionnelle ou de faute professionnelle à leur endroit; ou si des conclusions de faute professionnelle ou d'incompétence avaient été constatées à leur encontre par un autre organisme qui régit une profession. Cependant, la législation n'oblige pas les membres à déclarer eux-mêmes leurs problèmes d'incapacité ou leurs problèmes de santé à leurs organismes réglementaires.

Sur ses formulaires de paiement annuels de 2009 à 2014, Wettlaufer a indiqué que son adresse professionnelle était celle du foyer de soins infirmiers et de retraite Caressant Care (Woodstock), et sa catégorie d'emploi comme « soins infirmiers ». Le formulaire de 2013 a été soumis en retard, après que l'Ordre eut émis un avis d'intention de suspension en raison de son défaut de le remplir et de le soumettre.

Les formulaires de renouvellement d'adhésion annuels de 2015 et 2016 de Wettlaufer désignaient respectivement ses employeurs comme Meadow Park (London) inc. et Life Guard Homecare et indiquaient qu'elle exerçait la profession d'infirmière.

## D. Le rapport de cessation des fonctions de Caessant Care (Woodstock) en 2014

### 1. Le rapport de cessation des fonctions

Entre 1998 et 2014, l'Ordre n'a été informé d'aucun problème concernant Wettlaufer.

Le 1<sup>er</sup> mai 2014, cependant, selon l'Ordre, il a reçu une lettre et un rapport de cessation des fonctions concernant Wettlaufer envoyés par Caessant Care (Woodstock). La lettre et le rapport de cessation se trouvent à l'annexe F de ce volume.

Le rapport était daté du 31 mars 2014 et a été soumis avec une lettre de Brenda Van Quaethem, l'administratrice de Caessant Care (Woodstock), datée du 17 avril 2014. L'administratrice a témoigné qu'elle croit avoir commencé à préparer le rapport le 31 mars 2014 et qu'elle l'a achevé en avril. Elle ne se souvient pas si elle a envoyé le rapport par la poste ou par télécopie, mais a convenu que si l'Ordre avait reçu la lettre le 1<sup>er</sup> mai 2014, cela confirmerait qu'elle l'avait envoyée par la poste<sup>19</sup>.

Le contenu de la lettre d'accompagnement était le suivant :

Vous trouverez ci-joint le formulaire de rapport destiné aux exploitants d'établissements et aux employeurs. Nous signalons à l'Ordre des infirmières et infirmiers la cessation d'emploi d'[Elizabeth Wettlaufer]. Elle a été congédiée en raison d'une erreur de médicament qui a mis un résident en danger.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec Helen Crombez, directrice des soins infirmiers chez Caessant Care Woodstock, au numéro indiqué ci-dessous.

Caessant Care (Woodstock) a signalé la cessation d'emploi de Wettlaufer à l'aide du formulaire type créé par l'Ordre pour aider les employeurs et les exploitants d'établissements à s'acquitter de leur obligation de faire rapport (voir la section ci-dessus sur les exigences relatives à l'obligation de déposer un rapport).

<sup>19</sup> Témoignage de Brenda Van Quaethem, transcription, p. 418 (6 juin 2018), 477 (7 juin 2018), 586 (7 juin 2018); témoignage d'Anne Coghlan, transcription, 25 juillet 2018, p. 5523-24, 5386.

Au recto, le modèle de formulaire indiquait :

Veillez consulter la déclaration concernant la collecte de renseignements personnels de l'Ordre dans la section Obligation de déposer un rapport : Guide à l'intention des employeurs, exploitants et infirmières pour comprendre comment l'Ordre utilise vos informations. [Le lien internet du guide était fourni.]

L'instruction suivante apparaît en haut de la quatrième page du formulaire, juste au-dessus du tableau :

Décrivez le ou les événements ayant donné lieu à ce rapport (qui, quoi, où, quand et pourquoi). Veuillez énoncer les événements séparément et en ordre chronologique.

Sous cette instruction se trouvait le tableau avec cinq rubriques : Date; Incident/événement; Conséquences pour le client/autres; Réponse/explication du membre; Mesure prise par l'employeur. À ce moment-là, le formulaire type limitait à 10 le nombre d'incidents pouvant être signalés.

Le rapport montre que Caessant Care (Woodstock) a mis fin à l'emploi de Wettlaufer le 31 mars 2014, que Wettlaufer personne travaillait de soir et que le ratio patients/infirmière était de 32:1.

Le rapport résume 10 incidents impliquant Wettlaufer, en commençant par l'événement menant à la cessation le 20 mars 2014 et remontant au 29 août 2012. Les 10 incidents ont montré que Caessant Care (Woodstock) avait pris des mesures disciplinaires de plus en plus sévères à l'encontre de Wettlaufer. L'établissement lui a infligé deux suspensions de cinq jours et une suspension d'un jour, et lui a donné des avertissements écrits et du counselling.

Le rapport décrit l'événement ayant mené à la cessation des fonctions comme suit :

A administré de l'insuline à un résident alors que l'insuline appartenait à un autre résident. Il ne s'agissait pas de la même insuline. Beth est arrivée à 15 heures pour travailler de 15 heures à 23 heures. Lors du changement de quart, l'infirmière de jour avait signalé à Beth que l'insuline avait été commandée et qu'elle arriverait lorsque les médicaments seraient livrés entre 17 heures et 18 heures. Beth a dit qu'elle ne se souvenait pas avoir entendu cela. Elle a dit qu'elle a ouvert le réfrigérateur et qu'elle a remplacé l'insuline par celle d'un autre résident, car c'était la même insuline. Ce n'était pas le cas.

L'infirmière de jour a laissé le stylo injecteur ouvert sur le chariot à médicaments pour rappeler à Beth qu'il fallait le recharger. Dans son rapport, l'infirmière de jour a déclaré qu'elle avait passé cela en revue à quelques reprises avec Beth lorsqu'elle lui avait fait son rapport au moment du changement de quart de travail.

La conséquence pour le client a été la suivante : « le résident a eu un épisode d'hypoglycémie. »

Deux questions figuraient dans la colonne « Réponse/explication du membre ». En premier lieu, Wettlaufer était contrariée lorsqu'elle a entendu parler de l'incident et a déclaré qu'elle pensait avoir chargé la cartouche avec la même insuline que celle prescrite pour le résident. Deuxièmement, Wettlaufer a admis qu'elle avait pris l'insuline d'un autre résident alors qu'elle savait qu'elle « ne devait pas l'emprunter ».

Les autres incidents résumés dans le rapport de cessation des fonctions peuvent être regroupés en deux catégories : (1) des erreurs relatives à l'administration des médicaments et (2) d'autres problèmes liés aux soins infirmiers ou au rendement au travail.

Les incidents de la première catégorie comprennent l'administration incorrecte de gouttes oculaires; la consignation au dossier indiquant que les médicaments avaient été donnés à un résident alors qu'elle n'avait pas donné quatre médicaments à cette personne lors de deux périodes de distribution des médicaments; avoir omis de signer pour un narcotique donné à un résident; ne pas avoir suivi la procédure appropriée en laissant les médicaments sur une table de la salle à manger; et ne pas avoir compté correctement les narcotiques avec la personne du quart de travail suivant.

Parmi les incidents de la deuxième catégorie, citons celui dans lequel Wettlaufer a contrarié un résident en lui parlant de manière inappropriée. Le rapport montre que Wettlaufer n'a pas documenté les interventions qu'elle avait utilisées pour calmer le résident. En outre, pour calmer la personne, elle lui a administré un médicament en dehors du délai imparti. L'incident au cours duquel Wettlaufer a administré des gouttes ophtalmiques de façon incorrecte est un autre exemple appartenant à la deuxième catégorie. C'était une erreur de médicament d'administrer les deux types de gouttes oculaires en même temps, une erreur qui pourrait nuire à la vue du résident au fil du temps. La raison pour laquelle cet incident entre dans la deuxième catégorie est qu'un membre de la famille a dit à Wettlaufer que la manière dont elle avait administré les gouttes oculaires était incorrecte, ce à quoi Wettlaufer a répondu : « Je sais ».

Un autre exemple appartenant à la deuxième catégorie est le traitement incorrect d'un épisode hypoglycémique, dans lequel aucune nourriture ni aucune boisson adéquate n'a été donnée au patient, la consignation au dossier a été faite en retard et ni le médecin ni le diététicien n'ont été informés de l'incident. Un autre incident entrant dans la deuxième catégorie est le fait que Wettlaufer n'a pas envoyé un échantillon d'urine pour analyse. Le prélèvement a été effectué sur un « résident difficile » avec l'aide de sa femme. L'échantillon a été remis à un préposé aux services de soutien personnel, qui l'a remis à Wettlaufer parce qu'elle était la personne responsable de le faire analyser. Wettlaufer ne l'a pas fait analyser, et l'échantillon a dû être jeté, car il était périmé. Le fait de ne pas avoir fait analyser l'échantillon était important, car cela aurait pu mener à la détection tardive d'une infection des voies urinaires. Dans la colonne « Mesure prise par l'employeur » pour cet incident, plusieurs autres exemples de rendement professionnel non conforme aux normes ont été indiqués, notamment le fait de ne pas avoir fait d'évaluation et de ne pas avoir appliqué ni suivi les directives des médecins. Wettlaufer a également omis de vérifier la température du réfrigérateur où sont entreposés les médicaments et n'a pas évalué un résident au moment où elle devait le faire.

Le rapport se terminait par la déclaration suivante :

D'autres rapports rédigés par des employés n'ont pas entraîné de mesures disciplinaires, mais ont été pris en compte au moment de la cessation des fonctions. Ces rapports concernaient la présence et le comportement professionnel.

## 2. La réponse initiale de l'Ordre au rapport

Dans une lettre datée du 18 juillet 2014 adressée à Caressant Care (Woodstock), l'Ordre a reconnu avoir reçu le rapport de cessation des fonctions :

Étant donné que toutes les informations relatives à cette affaire sont confidentielles, nous ne pouvons pas vous informer de la procédure ni des résultats de toute enquête qui pourrait en découler. Si des informations supplémentaires étaient nécessaires, un enquêteur de l'Ordre vous contactera ultérieurement.

Karen Yee, l'enquêtrice chargée de l'évaluation préliminaire à l'Ordre à qui le rapport avait été attribué (mais qui ne travaille plus pour l'Ordre), a témoigné pour expliquer le retard pris par l'Ordre pour réagir au rapport. Dans son témoignage, elle a indiqué que, dès réception du rapport et de la lettre

d'accompagnement de Caressant Care (Woodstock), un préposé de l'Ordre chargé de l'évaluation préliminaire des rapports examine les documents pour déterminer la nature du rapport, qu'il s'agisse de cessation des fonctions, d'incompétence, d'incapacité ou de violence. De plus, le responsable des rapports examine ces derniers pour confirmer l'évaluation du préposé. Si un rapport est jugé non urgent, il n'est pas immédiatement attribué à un enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire.

### **3. Le traitement du rapport par l'enquêtrice chargée de l'évaluation préliminaire**

Le rapport de cessation des fonctions a été attribué à M<sup>me</sup> Yee le 23 juillet 2014. M<sup>me</sup> Yee, infirmière autorisée et avocate, a exercé comme infirmière en santé mentale pendant six ans avant de travailler à l'Ordre de 2006 à 2015. Elle a d'abord travaillé comme enquêtrice au département de conduite professionnelle de l'Ordre. Elle a enquêté sur les plaintes pendant deux ans, puis sur les rapports pendant six ans. Elle est passée au rôle d'enquêtrice chargée de l'évaluation préliminaire en janvier 2014.

M<sup>me</sup> Yee a indiqué qu'elle ne se souvenait pas d'avoir examiné le rapport. Les éléments de preuve qu'elle a présentés s'appuyaient sur sa pratique habituelle et sur son expérience en tant qu'enquêtrice chargée de l'évaluation préliminaire.

Comme indiqué ci-dessus, l'enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire a pour fonction d'évaluer les risques afin de déterminer la réponse réglementaire appropriée aux informations reçues par l'Ordre. Les enquêteurs chargés de l'évaluation préliminaire n'ont pas le pouvoir de demander des preuves au stade de l'évaluation préliminaire. Toute information fournie par les employeurs et les exploitants d'établissements à un enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire l'est volontairement.

Selon M<sup>me</sup> Yee, en tant qu'enquêtrice chargée de l'évaluation préliminaire, elle était formée pour entreprendre le processus d'évaluation préliminaire afin de déterminer, le mieux possible et sans enquête exhaustive, les éléments suivants :

- Quels sont les problèmes infirmiers en suspens?
- Quel est le risque pour le public?
- Quelle réponse serait la plus appropriée?

Sa méthode générale consistait en premier lieu à examiner le rapport et à noter les informations qui semblaient manquer, les questions qu'elle voudrait poser et les personnes à contacter sur le lieu de travail du membre pour obtenir des informations supplémentaires. Ensuite, elle examinait la base de données interne de l'Ordre, appelée FLO. FLO contient les employeurs actuels et passés du membre, ainsi que ses antécédents à l'Ordre. Si le membre a des antécédents au sein de l'Ordre, M<sup>me</sup> Yee examinait le dossier comprenant ces antécédents pour voir quels ont été les problèmes et les résultats.

M<sup>me</sup> Yee téléphonait ensuite à la personne identifiée dans le rapport (le déclarant) pour avoir plus d'informations sur le membre et sur les préoccupations non exprimées dans le formulaire de rapport, et pour obtenir un contexte supplémentaire sur les préoccupations du déclarant concernant la pratique du membre.

Enfin, M<sup>me</sup> Yee examinait la base de données FLO pour voir si le membre travaillait ou avait travaillé pour d'autres employeurs. Si d'autres employeurs actuels figuraient sur la liste (autre que l'employeur déclarant), M<sup>me</sup> Yee les appelait et utilisait une méthode d'enquête générale pour voir s'il y avait des préoccupations concernant la pratique ou la conduite du membre. Si des employeurs antérieurs étaient répertoriés, M<sup>me</sup> Yee déterminait s'il convenait de les appeler, en fonction du temps écoulé depuis que le membre avait travaillé pour la dernière fois dans cet établissement et de la probabilité que cet employeur disposait d'informations pertinentes. Si aucun autre employeur n'était répertorié dans FLO, M<sup>me</sup> Yee demandait généralement si le déclarant savait si le membre travaillait ailleurs.

En ce qui concerne l'évaluation des risques, M<sup>me</sup> Yee a témoigné qu'elle avait d'abord été formée à l'utilisation de l'outil WebART de l'Ordre, grâce auquel elle avait répondu à une série de questions visant à évaluer les risques. Cet outil génère un nombre, basé sur les réponses aux questions posées par l'enquêteur chargé de l'évaluation préliminaire. Il aide à évaluer le niveau de risque. En mars 2014, toutefois, les enquêteurs chargés de l'évaluation préliminaire ont cessé de saisir directement des informations dans l'outil WebART, mais ont continué à prendre en compte les mêmes facteurs pour évaluer les risques. Ces facteurs et l'analyse qui en résulte étaient alors consignés dans une note de service adressée à la directrice générale.

M<sup>me</sup> Yee a indiqué que ce changement n'avait eu aucune incidence sur la façon dont elle avait procédé à l'évaluation des risques – il avait simplement modifié le format dans lequel l'information était présentée à la directrice générale. Lorsqu'elle effectuait une évaluation des risques, M<sup>me</sup> Yee se basait

sur les questions et les considérations contenues dans l'outil WebART et les complétait à l'aide des informations contenues dans le rapport ou obtenues directement du déclarant lors de la conversation téléphonique.

M<sup>me</sup> Yee a indiqué qu'elle comptait sur la précision des employeurs et sur le fait qu'ils lui fourniraient toute l'information qu'ils jugent pertinente et préoccupante. Elle a convenu qu'elle ne pouvait pas faire son travail correctement si elle ne recevait pas d'informations précises sur le formulaire de rapport de l'employeur.

M<sup>me</sup> Yee a examiné la lettre d'accompagnement et le formulaire de rapport reçus de Caressant Care (Woodstock). Lors des audiences publiques, elle a mis le doigt sur le ou les problèmes soulevés par chaque incident signalé et sur la ou les normes de l'Ordre qui étaient en jeu. Elle a déclaré qu'elle évaluait le niveau de risque de chaque incident en fonction de sa propre pratique en soins infirmiers cliniques et des enquêtes qu'elle avait menées précédemment. M<sup>me</sup> Yee a confirmé qu'il existe toujours un risque de préjudice pour le patient résultant d'erreurs de médicament. Cependant, elle a également examiné la fréquence de ce type d'erreur dans le contexte de la pratique, ainsi que la réponse de Wettlaufer à chaque incident, ses remords, son introspection ou sa volonté d'apprendre, qui étaient mentionnés dans le formulaire de rapport. Bien que plusieurs erreurs de médicament aient été signalées, M<sup>me</sup> Yee a expliqué que le fait qu'il y avait eu différents types d'erreurs de médicament plutôt qu'une répétition de la même erreur était important pour son évaluation des risques.

Le formulaire de rapport indiquait, sous la rubrique « Autres commentaires » que « d'autres rapports émanant d'employés n'avaient pas entraîné de mesures disciplinaires, mais avaient été pris en compte au moment de la cessation des fonctions. Ces rapports concernaient la présence et le comportement professionnel. » M<sup>me</sup> Yee a eu l'impression d'après cet énoncé que les éléments les plus importants déterminés par l'employeur étaient contenus dans le formulaire. Elle pensait que tous les incidents qui préoccupaient l'employeur avaient été inclus, à l'exception de ceux qui n'entraînaient pas de mesures disciplinaires, mais qui avaient trait à la présence et au comportement professionnel de la membre.

D'après les informations contenues dans le rapport, M<sup>me</sup> Yee a eu l'impression générale que Wettlaufer ne fournissait pas « les meilleurs soins » et que « sa pratique n'était pas la meilleure, mais mon opinion à l'époque aurait été qu'elle se situait dans la fourchette acceptable, dans la fourchette basse, mais tout



de même dans la fourchette qui est acceptable. » M<sup>me</sup> Yee pense avoir noté que, pour certains incidents signalés, Wettlaufer avait assumé ses erreurs, mais pas dans d'autres. Comme le degré d'introspection de Wettlaufer à chaque incident ne semblait pas cohérent selon le rapport, M<sup>me</sup> Yee aurait contacté l'employeur pour le connaître et savoir à quel point Wettlaufer acceptait la responsabilité de ses actes.

M<sup>me</sup> Yee aurait également examiné les informations relatives à la constatation de l'incapacité antérieure de Wettlaufer figurant au dossier. Elle aurait voulu connaître le résultat de cette procédure, ainsi que les conditions et restrictions imposées à ce moment-là, pour tenter de déterminer si cela pouvait être lié au(x) problème(s) mentionné(s) dans le formulaire de rapport. M<sup>me</sup> Yee a déclaré dans son témoignage qu'elle aurait compris que Wettlaufer avait déjà eu un problème de santé et qu'elle n'aurait pas cherché à déterminer s'il était lié à la dépendance à la drogue, à la consommation d'alcool ou à un trouble de l'humeur. Étant donné que la nature des problèmes de santé peut évoluer, M<sup>me</sup> Yee ne se serait pas limitée à déterminer si Wettlaufer avait déjà eu le même problème de santé (consommation excessive d'alcool ou dépression).

#### 4. L'entretien d'Helen Crombez

Le 28 juillet 2014, M<sup>me</sup> Yee a tenté de contacter la directrice des soins infirmiers de Caressant Care (Woodstock), Helen Crombez, et a laissé un message téléphonique à la réception lui demandant de la rappeler. M<sup>me</sup> Yee a indiqué que lorsqu'elle laissait un message, si elle tombait sur la boîte vocale de la personne, elle s'identifiait et indiquait que l'Ordre avait reçu un rapport et qu'elle appelait à ce sujet. Toutefois, si elle laissait un message à une autre personne qui répondait au téléphone, elle n'indiquait pas le but de son appel et demandait simplement que la personne à contacter la rappelle.

Le 30 juillet 2014, M<sup>me</sup> Yee et M<sup>me</sup> Crombez se sont parlé au téléphone. La méthode de M<sup>me</sup> Yee consistait à rédiger à la main des notes au cours d'un entretien téléphonique et, immédiatement après, pendant que la discussion était encore fraîche à son esprit, à taper un résumé de l'entretien. M<sup>me</sup> Yee ne se souvient pas de sa discussion avec M<sup>me</sup> Crombez, mais elle a fourni des preuves fondées sur sa pratique en ce qui concerne les questions qu'elle aurait posées et les informations contenues dans ses notes sur son entretien avec M<sup>me</sup> Crombez.

M<sup>me</sup> Yee aurait préparé une liste de questions pour M<sup>me</sup> Crombez. Au cours de la conversation téléphonique, M<sup>me</sup> Crombez a confirmé que Wettlaufer

travaillait chez Caessant Care (Woodstock) à temps plein depuis 2007 et qu'elle n'avait pas travaillé ailleurs pendant cette période.

Selon les notes de M<sup>me</sup> Yee, M<sup>me</sup> Crombez a déclaré qu'elle ne savait pas si Wettlaufer avait des facteurs de stress dans sa vie personnelle qui auraient pu affecter sa pratique, et qu'il n'y avait aucun problème sous-jacent ni aucune préoccupation concernant ce membre. M<sup>me</sup> Crombez a déclaré qu'une fois, « il y a quelque temps, la membre a mentionné qu'elle prenait des médicaments pour soigner son état anxieux/lié à son humeur » et que Wettlaufer avait déclaré « [qu']elle avait récemment changé de traitement et avait du mal à s'adapter et que c'était la raison de l'erreur qu'elle avait commise. »

M<sup>me</sup> Yee pense avoir remarqué que Wettlaufer avait commencé à travailler en 2007 et que les incidents signalés n'ont commencé qu'en 2012, et aurait demandé pourquoi aucun incident n'avait été signalé auparavant. Les notes indiquent que M<sup>me</sup> Crombez a déclaré qu'avant 2012, Wettlaufer avait travaillé dans une autre section et effectuait des quarts de soir et de nuit, et que sa pratique était devenue plus visible lorsqu'elle a commencé à travailler de soir (plutôt que de nuit) parce qu'elle n'était plus la seule employée inscrite travaillant pendant un quart particulier.

M<sup>me</sup> Yee a indiqué qu'elle pensait avoir également demandé des éclaircissements sur le point de vue de l'employeur quant à l'introspection dont faisait preuve Wettlaufer, à la lumière des incohérences contenues dans le formulaire de rapport, c.-à-d., à certains endroits, le rapport suggérait qu'à certains moments Wettlaufer faisait preuve d'introspection et reconnaissait qu'elle était responsable de ses erreurs, et qu'à d'autres, elle ne manifestait pas la même attitude). M<sup>me</sup> Crombez a dit à M<sup>me</sup> Yee que Wettlaufer avait été franche au sujet de ses erreurs quand on lui avait posé des questions, qu'elle avait admis avoir commis une erreur, mais qu'elle « n'avait tout simplement jamais changé de méthode. »

M<sup>me</sup> Yee a déclaré dans son témoignage qu'elle aurait compris, à la suite de sa conversation avec M<sup>me</sup> Crombez, que Wettlaufer comprenait les erreurs mentionnées dans le rapport et admettait sa responsabilité jusqu'à un certain point. Le rapport de l'employeur selon lequel Wettlaufer « n'avait jamais modifié sa méthode » donnait à M<sup>me</sup> Yee l'impression que l'employeur avait cessé de tolérer le faible niveau de pratique de la membre. M<sup>me</sup> Crombez a également informé M<sup>me</sup> Yee que « les résidents impliqués dans les incidents n'avaient subi aucun préjudice durable. »

## 5. La recommandation de l'enquêtrice chargée de l'évaluation préliminaire relativement à la mesure réglementaire

Après avoir examiné le rapport de cessation des fonctions, interrogé la DSI de Caessant Care (Woodstock) et examiné le dossier de l'Ordre sur les procédures pour incapacité antérieures appliquées à l'encontre de Wettlaufer, M<sup>me</sup> Yee a préparé une note de service résumant ces informations et recommandant des mesures réglementaires. Elle a conclu que la santé de Wettlaufer n'était pas en cause et que c'était sa pratique infirmière qui était préoccupante. Elle a clairement précisé cette évaluation dans sa note de service déposée au dossier, qui se lisait comme suit :

Les problèmes infirmiers concernent principalement les compétences du membre en matière d'administration des médicaments et, dans une moindre mesure, ses compétences en RTIC [relation thérapeutique infirmier-client]. De février 2013 à mars 2014, la membre a commis sept erreurs de médicament, dont voici quelques exemples : laisser les médicaments sur une table de la salle à manger, administrer des narcotiques sans apposer sa signature, oublier d'administrer des médicaments, donner des médicaments en dehors des délais (trop tôt) et, plus récemment, administrer la mauvaise insuline à un résident et utiliser le stylo injecteur d'un autre résident pour l'administrer... Les résidents n'ont pas subi de préjudice durable...

Les problèmes antérieurs du membre sont survenus il y a 17 ans et bien qu'ils soient liés à la santé, les informations contenues dans le présent rapport n'indiquent pas que sa santé est actuellement problématique.

Lors des audiences publiques, M<sup>me</sup> Yee a déclaré dans son témoignage qu'elle considérait que Wettlaufer avait commis sept erreurs de médicament en 13 mois et, bien que ce ne soit « pas une très bonne pratique... cela reste dans la fourchette acceptable de la pratique infirmière. » L'absence de préjudice durable pour les résidents a été un facteur que M<sup>me</sup> Yee a pris en compte dans son analyse, mais elle a ajouté qu'elle aurait également vérifié si les incidents auraient pu leur causer un préjudice grave. Selon son témoignage, M<sup>me</sup> Yee n'avait pas l'impression que les actes commis par Wettlaufer constituaient un danger pour le bien-être des résidents. Lorsqu'elle a été interrogée au cours des audiences, M<sup>me</sup> Yee a toutefois reconnu que le fait de ne pas traiter correctement l'hypoglycémie pouvait être un problème très grave pour un résident et que l'administration du mauvais type d'insuline pouvait entraîner des problèmes graves, voire la mort. Il a également été suggéré à M<sup>me</sup> Yee que le fait de laisser des médicaments sur une table de la salle à manger,

où ils pourraient être consommés par d'autres résidents, aurait pu entraîner l'hospitalisation d'un résident ou même sa mort. M<sup>me</sup> Yee a témoigné que cette considération s'appliquait à toutes les erreurs de médicament.

M<sup>me</sup> Yee a recommandé à la directrice générale que l'affaire « soit mentionnée au dossier avec avis »<sup>20</sup>, et a donné comme directive que Wettlaufer revoie les *Normes professionnelles* et la norme *L'administration de médicaments*. Sa recommandation reposait sur son opinion selon laquelle il n'y avait pas de problème de santé. C'était la première fois que l'Ordre était mis au courant des préoccupations concernant la pratique de Wettlaufer et le risque global était faible.

La recommandation de M<sup>me</sup> Yee a été examinée lors d'une réunion sur les évaluations préliminaires, à laquelle auraient assisté deux préposés et les autres enquêteurs chargés de l'évaluation initiale. M<sup>me</sup> Yee a présenté sa note de service à verser au dossier, accompagnée de sa recommandation, afin de déterminer s'il y avait un consensus sur la recommandation et, dans le cas contraire, les autres options les plus indiquées pour réduire le risque. L'équipe qui procédait à l'évaluation préliminaire s'est dite d'accord avec la recommandation de M<sup>me</sup> Yee de consigner l'information au dossier et d'envoyer un avis.

## 6. La réponse réglementaire du registrateur

Le 14 octobre 2014, Anne Coghlan a examiné l'évaluation de M<sup>me</sup> Yee et a accepté sa recommandation.

M<sup>me</sup> Coghlan ne se souvenait pas d'avoir entrepris cet examen, mais, en se basant sur ses façons de faire habituelles, elle aurait examiné la note de service de M<sup>me</sup> Yee, le rapport de cessation des fonctions, le résumé de M<sup>me</sup> Yee de son entretien avec la DSI de Caressant Care (Woodstock) et la décision antérieure du comité d'aptitude professionnelle.

Dans son témoignage, M<sup>me</sup> Coghlan a indiqué qu'elle avait alors estimé que Wettlaufer était une infirmière qui, au cours d'une période donnée, avait connu un certain nombre « d'incidents entraînant de faibles risques suggérant une pratique peu soignée » et « que pour une raison ou une autre, l'infirmière ne répond pas aux attentes ni aux directives de l'employeur »,

---

<sup>20</sup> Comme indiqué ci-dessus, cette recommandation signifie que l'Ordre donne à Wettlaufer une copie du rapport, lui rappelle sa responsabilité en tant que membre de l'Ordre et lui ordonne de revoir les normes relatives aux problèmes soulignés dans le rapport. Wettlaufer serait également informée que les renseignements seront conservés au dossier et examinés si d'autres préoccupations étaient portées à l'attention de l'Ordre.

de sorte qu'il fallait lui rappeler ses responsabilités professionnelles et les attentes de l'Ordre. M<sup>me</sup> Coghlan a estimé que le rapport contenait des exemples de comportement négligent, de mauvaise communication et d'erreurs de médicament. Cependant, elle a déclaré qu'elle n'aurait pas exprimé de préoccupation quant à la capacité de Wettlaufer d'administrer ses médicaments en toute sécurité, car les erreurs observées étaient globalement « typiques des erreurs de médicament entraînant un faible risque et pouvant faire l'objet de mesures correctives, d'un examen des normes et d'une plus grande considération de la responsabilité professionnelle. » D'après les informations contenues dans le résumé de l'entretien avec la DSI de Caressant Care (Woodstock), M<sup>me</sup> Coghlan ne croyait pas que Wettlaufer souffrait d'un problème de santé à cette époque. La DSI n'avait aucun problème sous-jacent ni aucune préoccupation concernant Wettlaufer, et le fait qu'il ait été rapporté à une occasion, « il y a quelque temps », que Wettlaufer avait signalé des difficultés d'adaptation à un médicament ne l'inquiétait pas. M<sup>me</sup> Coghlan a déclaré dans son témoignage que de nombreux infirmiers prennent des médicaments, ce qui n'a aucune incidence sur leur capacité d'exercer.

L'Ordre a ensuite envoyé une lettre à Wettlaufer, signée par M<sup>me</sup> Coghlan, contenant une copie du rapport et de la lettre d'accompagnement, ainsi qu'une copie du protocole d'entente daté du 9 mai 1997, datant de sa précédente procédure relative à son aptitude professionnelle. La lettre indiquait à Wettlaufer que la loi en vigueur donnait à la directrice générale le pouvoir discrétionnaire de nommer un enquêteur pour examiner sa conduite si elle avait des motifs raisonnables et probables de croire qu'elle avait commis une faute professionnelle ou qu'elle était incompétente. Cependant, elle a ensuite déclaré : « J'ai déterminé que la nomination d'un enquêteur n'est pas justifiée actuellement. »

Wettlaufer a appris que les informations reçues par l'Ordre impliquaient qu'elle n'avait pas respecté les normes d'exercice de la profession et que l'Ordre attendait des infirmiers qu'ils réfléchissent aux problèmes de la pratique donnant lieu à un rapport et à ce qu'ils revoient les normes d'exercice applicables. L'Ordre lui a précisément demandé de revoir les *Normes professionnelles* et la norme *L'administration de médicaments* et de poursuivre son développement professionnel.

La décision de l'Ordre concernant le rapport était confidentielle et n'a été communiquée à aucun employeur (antérieur, actuel ou potentiel) ni au public. L'Ordre a conservé les informations au dossier pour un examen ultérieur, au cas où d'autres informations sur Wettlaufer seraient portées à son attention.

## 7. Les changements au processus depuis 2014

M<sup>me</sup> Coghlan a indiqué que le processus d'évaluation préliminaire de l'Ordre pour l'attribution des dossiers aux enquêteurs chargés de cette évaluation n'a pas changé depuis la réception du rapport en 2014. Toutefois, pour faire face à l'augmentation importante du nombre de rapports reçus ces dernières années, l'Ordre a ajouté davantage de ressources destinées à l'évaluation préliminaire. De plus, le coordonnateur de l'évaluation préliminaire est maintenant chargé d'évaluer continuellement les rapports reçus et leurs priorités relatives. Les enquêteurs qui effectuent l'évaluation préliminaire sont également tenus d'évaluer continuellement la priorité relative des cas qui leur sont confiés. M<sup>me</sup> Coghlan a expliqué que le nombre de rapports reçus est imprévisible et que des ressources supplémentaires peuvent être ajoutées pour que l'Ordre s'adapte au volume, mais que la priorité de l'organisme est de traiter les problèmes qui posent les risques de préjudice les plus graves aux patients.

M<sup>me</sup> Coghlan a également indiqué que, à la suite des infractions, l'Ordre avait entrepris une analyse documentaire du phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé. L'examen a abouti à la rédaction d'une note de service intitulée « Détermination des risques : enseignements tirés de la littérature sur les tueurs en série en milieu de soins de santé. » M<sup>me</sup> Coghlan a déclaré avoir bien compris que, même si la littérature ne révélait pas de méthodologie ni d'algorithme permettant d'identifier les tueurs en série en milieu de soins de santé, elle cernait les facteurs de risque susceptibles de faciliter le processus d'évaluation préliminaire par l'Ordre.

La note de service a été transmise à l'équipe de la conduite professionnelle de l'Ordre afin de s'assurer que le personnel était au courant du phénomène lorsqu'il faisait son travail et qu'il comprenait que cela faisait partie des facteurs de risque potentiels. À la suite de cet examen, un outil révisé d'évaluation des risques a été créé à l'intention des enquêteurs chargés de l'évaluation préliminaire.

L'Ordre a annoncé 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. Son objectif à long terme est d'explorer une approche algorithmique qui utiliserait l'analyse prédictive pour identifier les membres susceptibles de présenter un risque grave pour le public. Dans son témoignage, la professeure Beatrice Crofts Yorker, experte américaine des tueurs en série en milieu de soins de santé, a déclaré qu'elle ne savait pas si des organismes

de réglementation utilisaient actuellement un tel outil et qu'elle espérait que les efforts de l'Ordre et les résultats de cette Enquête pourraient servir aux autorités de réglementation américaines à l'avenir. Le témoignage et le rapport d'expert de la professeure Crofts Yorker sont abordés au chapitre 16.

## **E. Les renseignements reçus du CAMH et la révocation de l'autorisation de Wettlaufer d'exercer les soins infirmiers**

### **1. Les renseignements reçus du CAMH le 29 septembre 2016**

Le 29 septembre 2016, le D<sup>r</sup> Alan Kahn, psychiatre au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) de Toronto, a laissé un message sur la boîte vocale de la ligne de l'Ordre consacrée aux rapports indiquant qu'il souhaitait dénoncer une infirmière pour faute professionnelle. Le message vocal comprenait le nom et la date de naissance de Wettlaufer, indiquait qu'elle résidait dans la région de Woodstock et que le médecin appelait l'Ordre avec son consentement.

Lorsque l'enquêtrice de l'Ordre a répondu à l'appel du D<sup>r</sup> Kahn, celui-ci lui a dit que Wettlaufer était au CAMH depuis 12 jours à titre de patiente. Il a rapporté que la veille, Wettlaufer lui avait remis un compte rendu manuscrit de quatre pages dans lequel elle avait avoué qu'au cours des neuf dernières années, alors qu'elle travaillait dans des foyers de soins infirmiers, elle avait donné une surdose d'insuline à des patients avec l'intention de les tuer. Le D<sup>r</sup> Kahn a fourni des détails sur les aveux et sur les antécédents professionnels de Wettlaufer. Il a déclaré que celle-ci lui avait dit qu'elle avait volé du Dilaudid et d'autres substances désignées.

Le D<sup>r</sup> Kahn a informé l'enquêtrice de l'Ordre que le service de police de Toronto enquêtait et a demandé si un représentant de l'Ordre pouvait se rendre au CAMH et parler à Wettlaufer. L'enquêtrice de l'Ordre a dit que certaines procédures prévues par la loi devaient être suivies avant que l'Ordre enquête ou rencontre un membre. Le D<sup>r</sup> Kahn a accepté d'envoyer une lettre à la directrice générale de l'Ordre et d'y joindre une copie des aveux.

### **2. Les premières enquêtes de l'Ordre et ses contacts avec Wettlaufer**

Plus tard, le 29 septembre 2016, l'enquêtrice de l'Ordre a contacté l'employeur de l'époque de Wettlaufer identifié dans les dossiers de l'Ordre. Elle s'est entretenue avec Heidi Wilmot-Smith, présidente de Life Guard Homecare. M<sup>me</sup> Wilmot-Smith a signalé que Wettlaufer avait démissionné de son emploi

chez Life Guard le 7 septembre 2016 et qu'il n'y avait eu aucun problème ni préoccupation concernant sa pratique clinique ou sa compétence. Elle a également dit à l'enquêtrice de l'Ordre que Wettlaufer avait un employeur supplémentaire et qu'elle fournissait des soins infirmiers communautaires.

Le 30 septembre 2016 à 9 h 13, Wettlaufer a envoyé un courriel à Enquêtes – évaluations préliminaires à l'Ordre, dans lequel elle a écrit : « Je soussignée, Elizabeth T. Wettlaufer, déclare que je ne suis plus apte à exercer en tant qu'infirmière. J'ai délibérément blessé des patients dont je prends soin et la police mène actuellement une enquête à ce sujet. »

Le 30 septembre 2016 également, le D<sup>r</sup> Kahn s'est de nouveau entretenu avec l'enquêtrice de l'Ordre. Il lui a dit qu'il parlait avec un avocat afin de confirmer s'il pouvait divulguer les aveux. Il lui a également dit qu'il avait fourni une copie des aveux à la police et que celle-ci devait interroger Wettlaufer plus tard dans la journée. Il a déclaré qu'il n'y avait aucune raison de ne pas croire les informations que Wettlaufer avait divulguées sur sa pratique et sa conduite.

Wettlaufer a téléphoné à l'enquêtrice de l'Ordre le 30 septembre 2016, affirmant qu'elle comprenait que l'Ordre voulait des informations de sa part. Wettlaufer a été informée qu'elle n'était nullement obligée de fournir des informations à l'Ordre et qu'elle avait le droit à l'assistance des services d'un avocat. Wettlaufer a déclaré qu'elle avait délibérément administré une surdose d'insuline à des patients de 2007 à 2016 à environ 14 occasions.

L'enquêtrice de l'Ordre a déclaré à Wettlaufer que si elle n'avait pas l'intention de continuer à exercer la profession d'infirmière, elle pourrait envisager de résilier son certificat d'inscription ou de passer dans la catégorie de membre inactif. L'enquêtrice a demandé si Wettlaufer serait disposée à s'engager auprès de l'Ordre à ne pas exercer la profession pendant que la police faisait le suivi des informations qu'elle avait fournies. Les notes prises pendant l'appel indiquent que Wettlaufer avait convenu qu'elle « signerait sans aucun doute un engagement, car elle ne voulait plus continuer à exercer. »

Également le 30 septembre, l'enquêtrice de l'Ordre a contacté un inspecteur du Service de police de Toronto et a indiqué que l'Ordre était au courant que la police était impliquée dans l'affaire. Elle a aussi informé l'inspecteur que l'Ordre avait l'intention d'effectuer un suivi concernant l'information fournie. L'inspecteur a confirmé l'intention du Service de police de coopérer avec l'Ordre et a mentionné que la police lui indiquerait si des accusations étaient portées contre Wettlaufer.



Le même jour, l'enquêtrice de l'Ordre a contacté l'autre employeur de Wettlaufer, identifié par M<sup>me</sup> Wilmot-Smith. L'enquêtrice s'est entretenue avec Tamara Condy, superviseure des soins infirmiers et coach en pratique clinique au Saint Elizabeth Health Care (comté d'Oxford). M<sup>me</sup> Condy a indiqué que Wettlaufer avait travaillé pour Saint Elizabeth Health Care du 11 juillet au 22 août 2016, date à laquelle elle avait téléphoné pour dire qu'elle était malade et avait ensuite envoyé une lettre de démission. M<sup>me</sup> Condy a déclaré que Wettlaufer était « un peu rouillée en ce qui a trait à certaines compétences techniques », mais qu'aucun client ne lui avait signalé de problèmes ou de préoccupations, et que la pratique de Wettlaufer était par ailleurs satisfaisante.

L'enquêtrice a eu d'autres discussions avec la police le 30 septembre 2016, car la police avait demandé à l'Ordre de suspendre le certificat d'inscription de Wettlaufer. La police craignait que, s'il y avait un « délai » entre le moment où Wettlaufer sortait du CAMH, puis était placée en garde à vue, elle pourrait exercer la profession infirmière et mettre la vie de patients en danger. L'enquêtrice de l'Ordre a déclaré à la police que l'Ordre ne pouvait pas imposer de suspension sans autorisation légale, ce qui n'était possible qu'après avoir suivi certaines étapes.

### **3. La nomination d'urgence d'une enquêtrice**

Le 30 septembre 2016, l'enquêtrice de l'Ordre a recommandé la nomination d'urgence d'une enquêtrice en vertu de l'article 75(2) du Code.

Plus tard dans la journée, la directrice générale a procédé à la nomination. Elle a également présenté un rapport au comité des enquêtes, des plaintes et des rapports (CEPR) le jour même, indiquant qu'une enquêtrice avait été nommée parce qu'elle avait des motifs raisonnables et probables de croire que la conduite de Wettlaufer exposait ou exposerait vraisemblablement des patients à un préjudice ou à des blessures, qu'il fallait nommer une enquêtrice immédiatement et qu'on n'avait pas le temps d'obtenir l'approbation du CEPR.

À ce moment-là, le certificat d'inscription de Wettlaufer n'était assorti d'aucune condition ni d'aucune restriction, car la loi ne permettait pas de le faire avant que le cas ait été soumis au comité de discipline ou au comité d'aptitude professionnelle. Toutefois, l'Ordre croyait que Wettlaufer n'était pas en mesure d'exercer la profession d'infirmière à cause de son hospitalisation au CAMH et du fait que la police enquêtait sur elle.

#### 4. L'enquête

L'enquêtrice de l'Ordre était en contact avec le Service de police de Woodstock pendant l'enquête policière. Le 5 octobre 2016, la police a informé l'Ordre que Wettlaufer devait sortir du CAMH le lendemain ou sous peu et qu'elle serait escortée vers un poste de police pour un entretien.

L'Ordre a également reçu un rapport de Revera inc. pour le compte de Telfer Place le 5 octobre 2016. L'établissement a déterminé que la nature du rapport avait trait à une « incapacité ». Il a expliqué que la police s'était rendue à Telfer Place la veille et a indiqué que Wettlaufer avait admis avoir administré une surdose d'insuline à un patient de Telfer Place. L'Ordre a accusé réception du rapport le jour même.

L'enquêtrice de l'Ordre a tenté de contacter Wettlaufer le 7 octobre 2016 afin de lui demander de signer un engagement de ne pas exercer la profession infirmière. L'enquêtrice également souhaitait obtenir une copie des aveux. Une femme a répondu au numéro de cellulaire que l'Ordre avait dans ses dossiers pour Wettlaufer, mais a refusé de donner son nom à l'enquêtrice et a déclaré, avant de raccrocher, qu'elle ne savait pas qui était Wettlaufer. L'enquêtrice a ensuite composé le numéro de téléphone du domicile de Wettlaufer, et la femme qui a répondu a confirmé être Wettlaufer, mais a raccroché au moment où l'enquêtrice s'est présentée.

L'enquête de l'Ordre comprenait la signification d'une assignation au CAMH afin d'obtenir les dossiers médicaux de Wettlaufer, qui ont été fournis.

Le 14 octobre 2016, le tableau de l'Ordre a été mis à jour afin d'indiquer que Wettlaufer n'était pas autorisée à exercer et que son statut était « démissionné ».

Le 18 octobre 2016, l'Ordre a reçu une lettre (datée du 14 octobre 2016) de Carol Hepting, vice-présidente des opérations du bureau central de Caressant Care. La lettre indiquait qu'elle avait été rédigée à la suite du rapport de cessation des fonctions de 2014 concernant Wettlaufer et que :

Sur la base d'informations récemment parvenues à notre attention, nous souhaitons réaffirmer notre position selon laquelle [Wettlaufer] n'est pas apte à exercer sa profession en toute sécurité. Nous sommes très préoccupés par la capacité de cette infirmière à exercer en vertu d'une autorisation sans restrictions, qu'elle détient toujours, selon les informations figurant sur la page Web de l'Ordre *Find a Nurse* [Trouver une infirmière].

L'Ordre a continué à être informé de l'état d'avancement de l'enquête criminelle en octobre 2016, qui a abouti à des accusations de meurtre au premier degré le 25 octobre 2016. L'Ordre a coopéré à l'enquête policière en cours et a remis des documents en réponse à une ordonnance de communication.

Le 14 novembre 2016, l'enquêtrice de l'Ordre a parlé à l'avocat de la Couronne impliqué dans la procédure pénale engagée contre Wettlaufer. La Couronne a demandé à l'Ordre de suspendre son enquête pendant que l'enquête policière était en cours. Elle a assuré à l'Ordre que Wettlaufer n'avait pas demandé de mise en liberté sous caution et que, si elle devait être mise en liberté sous caution, cela impliquerait notamment de ne pas fournir de soins médicaux ou de soutien personnel à qui que ce soit.

En décembre 2016, l'Ordre a demandé des documents à Caressant Care (Woodstock), au Meadow Park Nursing Home (London), à Saint Elizabeth Health Care et à Telfer Place, y compris les dossiers médicaux des victimes, les horaires des infirmiers ainsi que les politiques et procédures des établissements. Les documents demandés lui ont été fournis.

Les 7 mars et 12 avril 2017, M<sup>me</sup> Coghlan a signé les rapports de la directrice générale soumis au CEPR et a joint les résultats de l'enquête.

Le 30 mai 2017, l'enquêtrice de l'Ordre a écrit à l'avocat pénal de Wettlaufer. L'avocat avait accepté de faciliter la divulgation à Wettlaufer afin que celle-ci puisse déterminer si elle répondrait à l'enquête de l'Ordre. L'Ordre n'a reçu aucune réponse de Wettlaufer.

## **5. Le renvoi au comité de discipline**

Le 22 juin 2017, le CEPR a examiné les résultats de l'enquête de l'Ordre et a choisi de transmettre les allégations de faute professionnelle précisées à un sous-comité du comité de discipline. Les allégations précisées étaient que Wettlaufer avait maltraité des clients verbalement, physiquement ou psychologiquement en administrant une surdose d'insuline à 14 patients dans l'intention de causer un préjudice ou d'entraîner la mort. Ce même comportement était également présumé constituer un comportement qui serait raisonnablement considéré par les membres comme honteux, déshonorant ou contraire aux devoirs de la profession.

L'Ordre a avisé Wettlaufer et son avocat du renvoi de l'affaire au comité de discipline.

## 6. La révocation : 25 juillet 2017

Le 25 juillet 2017, le sous-comité du comité de discipline a examiné la possibilité de révoquer le certificat d'inscription de Wettlaufer. Wettlaufer ne s'est pas présentée et ne s'est pas fait représenter. Cependant, le sous-comité était convaincu qu'elle avait été avertie suffisamment à l'avance de la procédure et a procédé.

Le sous-comité a pris en compte le fait que la Cour supérieure de justice de l'Ontario avait trouvé Wettlaufer coupable de huit chefs d'accusation de meurtre au premier degré, de quatre chefs d'accusation de tentative de meurtre et de deux chefs d'accusation de voies de fait graves. L'Ordre a également présenté de nombreuses preuves documentaires de la conduite délibérée et des aveux de culpabilité de Wettlaufer au D<sup>r</sup> Kahn, à la police, à l'enquêtrice de l'Ordre et au tribunal.

Le comité de discipline continuait à avoir autorité sur Wettlaufer pour les actes commis alors qu'elle était membre de l'Ordre, même si elle avait mis fin à son adhésion au mois de septembre précédent. Le comité a jugé que Wettlaufer avait commis les fautes professionnelles reprochées et a conclu :

Cette affaire est honteuse et sans précédent. Il s'agit de l'exemple le plus flagrant d'abus et de comportement scandaleux que ce sous-comité ait jamais eu à examiner... Il ne fait aucun doute que les actes de M<sup>me</sup> Wettlaufer constituent une faute professionnelle odieuse. M<sup>me</sup> Wettlaufer a profité de ses victimes, sachant qu'elles étaient vulnérables et totalement incapables de se défendre contre ses actes meurtriers. Cette conduite est contraire aux devoirs de la profession, déshonorante et honteuse. M<sup>me</sup> Wettlaufer a jeté de l'ombre sur son ancien métier.

À la demande du sous-comité, la directrice générale a immédiatement révoqué le certificat d'inscription de Wettlaufer.

## 7. Les changements au processus depuis 2016-2017

Comme je l'ai indiqué ci-dessus, en raison des modifications législatives en vigueur depuis mai 2017<sup>21</sup>, l'Ordre a maintenant le pouvoir d'imposer une suspension provisoire du certificat d'inscription d'un membre en cas d'urgence avant son renvoi au comité de discipline ou au comité d'aptitude professionnelle, si le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports est d'avis que la conduite du membre expose ou exposera vraisemblablement ses patients à un préjudice ou des blessures. L'Ordre mettrait ces informations à la disposition du public au tableau.

<sup>21</sup> *Loi de 2017 sur la protection des patients*, L.O. 2017, chap. 11.

## RECOMMANDATIONS

**Recommandation 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.

### Raisonnement de la recommandation 40

- Pour les raisons exposées au chapitre 16, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario doit assumer la responsabilité d'informer ses membres sur le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé. Cette formation ne devrait pas être dispensée de manière « autonome », mais plutôt comme une composante de sujets comme la responsabilité professionnelle et la gestion des risques du patient.

**Recommandation 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.

### **Raisonnement de la recommandation 41**

- L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre) n'a pas examiné le dossier personnel complet de Wettlaufer chez Caressant Care (Woodstock) au moment où il a enquêté sur le rapport de cessation des fonctions. Des témoins de l'Ordre ont déclaré qu'un certain nombre d'incidents figurant au dossier du personnel (mais pas dans le rapport de cessation des fonctions) auraient déclenché une investigation plus approfondie de leur part. Cette recommandation devrait aider les employeurs et les propriétaires des établissements à se préparer aux entretiens avec les enquêteurs chargés de l'évaluation préliminaire.

**Recommandation 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.

**Recommandation 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.

**Recommandation 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.

**Recommandation 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.

#### Raisonnement des recommandations 42 et 45

- Étant donné les caractéristiques démographiques de l'Ontario, les infirmiers ont besoin de formation en soins infirmiers destinés à une population vieillissante, et d'être exposés à cette clientèle. L'éducation dans ces domaines devrait commencer au niveau du collège et du premier cycle universitaire.
- L'exposition au milieu des foyers de soins de longue durée (SLD) – en particulier l'exposition précoce – fait en sorte que les infirmiers sont plus susceptibles d'envisager de faire carrière et de travailler dans ce milieu. Ce résultat est visible dans le cas des infirmiers auxiliaires autorisés, qui font un stage obligatoire dans des foyers de SLD et qui sont beaucoup plus susceptibles que les infirmiers autorisés de chercher du travail dans ces foyers et de rester en poste dans ces établissements.
- L'impression que le travail dans les foyers de soins de longue durée est moins attrayant que dans les établissements de soins de courte durée perdure. Les infirmiers travaillant dans les foyers de SLD ont expliqué à l'Enquête l'importance de leur travail et ont demandé si les étudiants inscrits aux programmes de sciences infirmières étaient suffisamment informés des difficultés et des avantages liés au travail dans le secteur des SLD.

**Recommandation 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.

#### Raisonnement de la recommandation 46

- Les éléments de preuve montrent que les employeurs/exploitants d'établissements ne comprennent pas parfaitement leurs obligations en matière d'obligations de déposer un rapport à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre).
- Les employeurs et les exploitants d'établissements doivent comprendre que le fait de signaler un infirmier au directeur (au ministère de la Santé et des Soins de longue durée), en vertu de l'article 24(1) ne les dispense pas de leur obligation de faire rapport à l'Ordre. Étant donné que leurs obligations de faire rapport en vertu de l'article 24(1) et leurs obligations de faire rapport à l'Ordre se chevauchent, mais ne sont pas identiques, les employeurs et les exploitants d'établissements doivent être informés sur les incidents entraînant la production d'un rapport en vertu de l'article 24(1), qui doivent également être signalés à l'Ordre.
- L'amélioration des rapports obligatoires devrait améliorer la capacité de l'Ordre de trier et d'examiner les rapports.



**Recommandation 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.

#### Raisonnement de la recommandation 47

- L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre) a indiqué qu'il souhaitait que les employeurs et les exploitants d'établissements incluent tous les incidents « pertinents » lorsqu'ils remplissent des rapports obligatoires. Toutefois, les personnes qui remplissent les rapports ont besoin de conseils clairs de l'Ordre sur la manière de déterminer cette pertinence.
- Pour que l'Ordre obtienne les renseignements dont il a besoin pour évaluer correctement les risques, son guide doit être clarifié afin que ceux qui l'utilisent comprennent mieux le type de renseignements que l'Ordre souhaite qu'ils fournissent. Cependant, l'obligation d'évaluer les risques associés aux incidents signalés doit continuer de relever de l'Ordre.

**Recommandation 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.

### Raisonnement de la recommandation 48

- Les témoins de Caressant Care (Woodstock) ont indiqué qu'ils n'étaient pas en mesure de décrire tous les incidents impliquant Wettlaufer dans le rapport de cessation des fonctions, car le formulaire type de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre) limitait le nombre d'incidents pouvant être répertoriés et décrits. Les recommandations remédieront à la situation.
- Le fait de permettre l'envoi électronique des rapports à l'Ordre soulignera la nécessité pour les employeurs et les exploitants d'établissements de les fournir rapidement et éliminera les retards liés à l'envoi des rapports par la poste.
- Ces modifications recommandées concernant le formulaire devraient permettre à l'Ordre de recevoir des renseignements plus complets et de meilleure qualité et l'aider à trier les rapports.

**Recommandation 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.



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

<b>I.</b>	<b>Introduction</b> .....	734
<b>II.</b>	<b>Le rôle et la structure du BCC et du SMLO</b> .....	735
	<b>A. Le système d'investigation sur les décès de l'Ontario</b> .....	735
	1. Le système des coroners en Ontario .....	735
	2. La Commission Goudge et la création du SMLO .....	736
	<b>B. La structure du système d'investigation sur les décès en Ontario</b> .....	739
	1. Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès .....	739
	2. Les coroners .....	739
	3. Les médecins légistes .....	743
	4. Les statistiques actuelles en matière d'investigations sur les décès en Ontario .....	749
	<b>C. Le cadre législatif</b> .....	750
	1. Le devoir de fournir des renseignements en vertu de la <i>Loi sur les coroners</i> .....	750
	2. Le devoir des foyers de SLD, en vertu de la <i>Loi sur les coroners</i> , de fournir des renseignements sur les foyers de SLD .....	752
<b>III.</b>	<b>Aviser le Bureau du coroner en chef des décès dans les foyers de SLD</b> .....	753
	<b>A. L'objectif des ADPE</b> .....	753
	<b>B. Les questions du formulaire ADPE</b> .....	754
	1. La signification de « soudain et inattendu » .....	755
	<b>C. La personne qui remplit les ADPE</b> .....	757
	<b>D. L'examen des ADPE</b> .....	757
	<b>E. Les modifications du processus des ADPE, 2007–2018</b> .....	758
	1. Le signalement des décès à l'hôpital .....	758
	2. L'élimination des questions relatives aux décès s'inscrivant dans un seuil et aux éclosions de maladie .....	758

<b>IV. Déterminer s'il faut mener une investigation sur un décès dans un foyer de soins de longue durée</b> .....	759
<b>A. Quand appeler le coroner</b> .....	759
<b>B. Comment communiquer avec les coroners locaux : le Centre de répartition provincial</b> .....	759
<b>C. La décision du coroner de mener ou non une investigation sur un décès</b> .....	760
1. Le test.....	760
2. Le processus.....	761
3. La consignation des notes.....	763
4. La surveillance.....	764
<b>D. Les modifications du système de notification</b> .....	765
<b>V. Les étapes des investigations sur les décès dans les foyers de SLD</b> .....	765
<b>A. La présence dans les foyers de SLD</b> .....	766
<b>B. L'examen des dossiers et la discussion avec la famille</b> .....	766
<b>C. L'examen du registre des décès</b> .....	767
<b>D. L'examen du défunt</b> .....	768
<b>E. Déterminer s'il faut ordonner une autopsie</b> .....	769
<b>F. Les mesures supplémentaires que peuvent prendre les coroners</b> .....	770
<b>G. Déterminer la cause et le mode de décès, et documenter le rapport d'investigation du coroner</b> .....	770
<b>H. Les statistiques relatives aux investigations sur les décès dans les foyers de SLD</b> .....	773
<b>VI. Lorsqu'une investigation sur un décès comprend une autopsie</b> .....	775
<b>A. Déterminer la portée de l'autopsie</b> .....	776
<b>B. La collecte et la soumission des échantillons</b> .....	778
<b>C. L'histologie et les analyses de laboratoire supplémentaires</b> ..	779
<b>D. Détermination de la cause du décès</b> .....	780
<b>E. Le rapport d'autopsie</b> .....	780
<b>F. Les autopsies dans les investigations sur les décès dans les foyers de SLD</b> .....	781

<b>VII. Les difficultés liées à la détection post mortem de l'hypoglycémie</b> .....	782
<b>VIII. Les mesures actuelles du BCC relatives aux victimes de Wettlaufer</b> .....	784
<b>A. Réception de l'ADPE des victimes</b> .....	784
<b>B. James Silcox</b> .....	784
1. L'ADPE.....	784
2. L'investigation sur le décès menée par le D <sup>r</sup> George.....	785
<b>C. Wayne Hedges</b> .....	788
1. L'ADPE.....	788
2. L'investigation sur le décès menée par la D <sup>re</sup> Urbantke .....	788
<b>D. Maureen Pickering</b> .....	790
1. L'hospitalisation de M <sup>me</sup> Pickering et les préoccupations de la D <sup>re</sup> Urbantke .....	790
2. La participation du Centre de répartition provincial.....	792
3. L'ADPE.....	793
4. La décision du D <sup>r</sup> George de ne pas effectuer d'autopsie .....	793
5. S'agit-il là d'une occasion manquée? .....	795
<b>IX. La participation rétrospective du BCC/SMLO en ce qui a trait aux victimes de Wettlaufer</b> .....	796
<b>A. La participation initiale et premier rapport du D<sup>r</sup> Pollanen</b> ..	796
<b>B. Les autopsies et les rapports d'autopsie</b> .....	797
<b>C. L'examen des cas cliniques par le D<sup>r</sup> Pollanen</b> .....	799
<b>X. Les initiatives du BCC/SMLO</b> .....	800
<b>A. Les initiatives du Bureau du coroner en chef</b> .....	800
1. Les changements structurels au modèle des coroners .....	800
2. Les révisions de l'ADPE.....	800
3. L'utilisation des analyses de données.....	801
<b>B. Les initiatives du Service de médecine légale de l'Ontario</b> ..	802
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	803

## I. Introduction

Il est presque certain que les infractions commises par Elizabeth Wettlaufer seraient demeurées dissimulées si ce n'était de ses aveux du mois de septembre 2016. Bien que l'Ontario ait un système d'investigation sur les décès, il n'est pas parvenu à détecter les homicides en série dont elle était l'auteur. Dans trois cas, des coroners locaux ont été contactés au sujet du décès d'une de ses victimes. Toutefois, aucun de ces contacts n'a mené à des soupçons que les décès étaient le résultat d'actes intentionnels.

Dans ce chapitre, je décris le système d'investigation sur les décès en Ontario, la façon dont les décès dans les foyers de soins de longue durée (SLD) sont signalés au Bureau du coroner en chef (BCC), les mesures prises dans les investigations sur les décès des résidents des foyers de SLD et les recoupements du système d'investigation sur les décès avec les victimes de Wettlaufer. Cet examen global du système explique les difficultés auxquelles ce dernier se heurte lorsqu'il s'agit de détecter des homicides dissimulés. Dans la dernière section de ce chapitre, je présente une série de recommandations fondées sur une approche à deux volets concernant la réforme du processus d'investigation sur les décès de résidents de foyers de SLD. Le premier volet porte sur la refonte de l'Avis de décès de patients en établissement (ADPE), formulaire utilisé par ces foyers pour signaler les décès au BCC. Le deuxième aborde les changements apportés au processus d'investigation sur le décès, suite au décès d'un résident en SLD.

Une bonne part de l'analyse présentée dans le présent chapitre provient des témoignages du Dr Dirk Huyer, coroner en chef de l'Ontario, et du Dr Michael Pollanen, médecin légiste en chef de l'Ontario, aux audiences publiques de l'Enquête. La *Loi sur les coroners*<sup>1</sup> établit le BCC et le Service de médecine légale de l'Ontario (SMLO) ainsi que leur cadre de fonctionnement. Toutefois, l'information sur le fonctionnement du BCC/SMLO à l'intérieur de ce cadre provient en grande partie des témoignages des Drs Huyer et Pollanen.

---

<sup>1</sup> LSO 1990, chap. C-37.



## II. Le rôle et la structure du BCC et du SMLO

### A. Le système d'investigation sur les décès de l'Ontario

#### 1. Le système des coroners en Ontario

Dans le système d'investigation sur les décès de l'Ontario, des médecins sont nommés pour agir à titre de coroners et mener des investigations sur les décès en vertu de la *Loi sur les coroners*. Dans ce système des coroners, ces derniers ont les responsabilités suivantes :

- enquêter sur les décès conformément à la *Loi sur les coroners*;
- informer le public des résultats de l'Enquête qui pourraient éviter des décès semblables;
- ordonner une autopsie pour des raisons médico-légales;
- mener des investigations du coroner;
- remplir les certificats d'incinération et d'expédition des cadavres à l'extérieur de l'Ontario.

Le système des coroners diffère de celui du « médecin légiste » en vigueur dans de nombreux territoires aux États-Unis et dans certaines provinces du Canada, dont l'Alberta, la Nouvelle-Écosse, le Manitoba et Terre-Neuve. Dans ces systèmes, les médecins légistes (aussi appelés pathologistes judiciaires) supervisent les investigations sur les décès et certifient les décès en plus d'effectuer des autopsies (aussi appelées « autopsies médico-légales » ou « examens post mortem »).

En Ontario, la plupart des décès sont d'origine naturelle et ne font pas l'objet d'une investigation du coroner. Toutefois, comme nous le verrons plus en détail ci-dessous, l'article 10(1) de la *Loi sur les coroners* exige que la police ou le coroner soit informé dans le cas d'un décès qui semble être le résultat de violence, d'un suicide, d'un accident ou d'autres circonstances énumérées. De plus, les décès qui surviennent dans des endroits particuliers, comme les résidences de groupe et les établissements psychiatriques, doivent faire l'objet d'une investigation. Dans ce cas, un coroner est chargé de mener l'investigation et de certifier le décès.

Dans les investigations sur les décès, le coroner applique ses connaissances médicales pour répondre à cinq questions : qui est le défunt, quand le décès s'est-il produit, où s'est-il produit, quelle était la cause médicale et comment

(ou par quels moyens) la personne est-elle décédée? S'il estime qu'un examen supplémentaire est nécessaire pour répondre à l'une de ces questions, il peut demander à un pathologiste ou à un médecin légiste d'effectuer une autopsie. Les pathologistes sont des médecins spécialisés dans l'étude des maladies, et les médecins légistes ont reçu une formation supplémentaire dans une sous-spécialité pour interpréter le mécanisme et la trajectoire du décès.

Le coroner joue aussi un rôle en ce qui a trait à la sécurité publique. Il est chargé de cerner les préoccupations ou les problèmes et de formuler des recommandations afin d'éclairer les stratégies visant à améliorer la santé et la sécurité de la population de la province.

Le système d'investigation sur les décès en Ontario est dirigé de concert par le BCC et le SMLO. Leur mission consiste à mener des investigations rigoureuses sur les décès pour accroître la sécurité dans la province et faciliter l'administration de la justice. Le BCC, dirigé par le coroner en chef de l'Ontario (coroner en chef), surveille les coroners principaux régionaux (CRP) et les coroners qui mènent des investigations sur les décès dans la province (coroners locaux). Le SMLO, dirigé par le médecin légiste en chef de l'Ontario (médecin légiste en chef), assure la supervision des pathologistes et des médecins légistes qui effectuent les autopsies ordonnées par les coroners.

## 2. La Commission Goudge et la création du SMLO

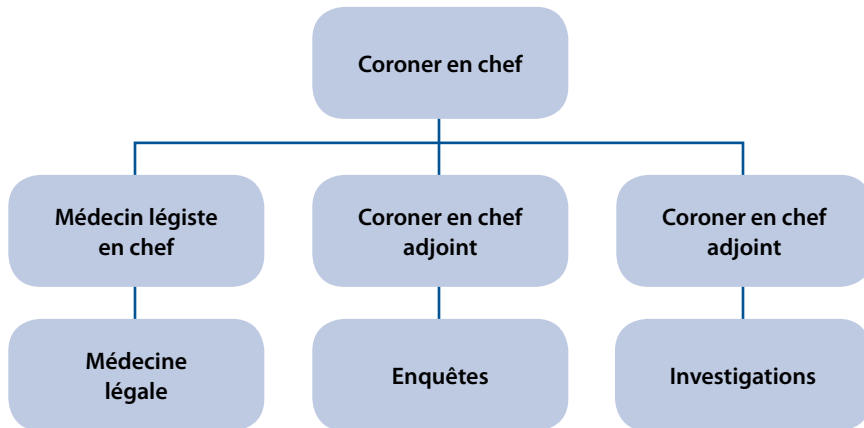
La structure actuelle du BCC et du SMLO est en place depuis 2009. Cette année-là, d'importants changements législatifs et structurels ont été apportés au système ontarien d'investigation sur les décès, en grande partie à la suite de l'Enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario (enquête Goudge)<sup>2</sup>.

L'enquête Goudge s'est penchée sur la pratique et la surveillance de la médecine légale pédiatrique à la suite d'un examen indépendant qui a remis en question les opinions et les conclusions d'un ancien pathologiste pédiatrique réputé. Le travail de ce pathologiste a été invoqué dans de nombreuses affaires pénales qui ont abouti à des condamnations de parents et de prestataires de soins. Certaines de ces condamnations ont été renversées en raison de questions sur la validité du travail du pathologiste. L'enquête Goudge avait pour but de formuler des recommandations visant à rétablir et à accroître la confiance du public dans la médecine légale pédiatrique.

---

<sup>2</sup> Ontario, *Rapport de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario* (4 vols, Toronto (Ontario) : ministère du Procureur général, 2008) (Commissaire Stephen T. Goudge).

Avant l'enquête Goudge et les modifications législatives qui en ont découlé en 2009, la Direction de la médecine légale, comme on l'appelait à l'époque, faisait partie du BCC (voir la figure 14.1). Autrefois, le médecin légiste en chef était autonome, mais au milieu des années 1990, son rôle a été intégré au BCC. Dès lors, le médecin légiste en chef relevait du coroner en chef, bien qu'entre 2001 et 2006 environ, personne n'ait joué ce rôle. L'Ontario n'offrait pas d'accréditation officielle en « médecine légale » (pathologie judiciaire), et on a fait appel à des médecins ayant une formation en pathologie (et pas nécessairement une sous-spécialisation en médecine légale) pour procéder à des autopsies dans les investigations sur les décès selon le principe de la rémunération à l'acte. La formation, l'expertise et la réalisation des autopsies des pathologistes dans les investigations sur les décès faisaient l'objet de peu de surveillance.



**Figure 14.1 : Structure du BCC et du Service de médecine légale avant 2009**

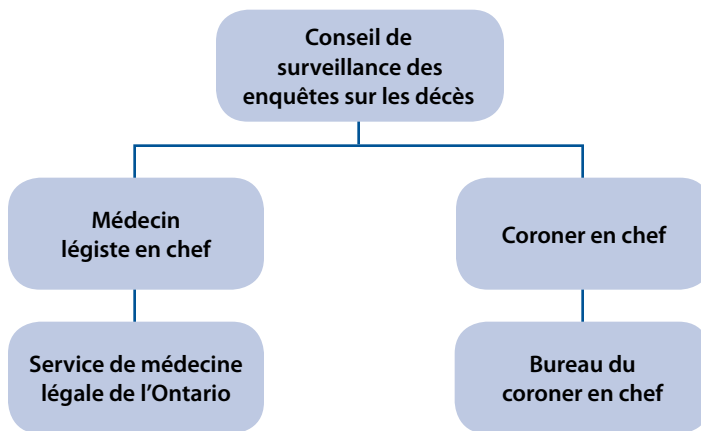
Source : Compilé par la Commission.

L'enquête Goudge a conclu que le cadre législatif de la *Loi sur les coroners* pour les investigations sur les décès en Ontario ne prévoyait « aucun fondement permettant la surveillance efficace de la médecine légale », notant que la Loi ne contenait aucune mention de la médecine légale ou de qui devrait en être responsable. Elle a aussi conclu que les dispositions institutionnelles relatives à la médecine légale et à la responsabilité de la surveillance étaient mal définies. Il n'y avait pas de mécanismes de surveillance efficaces, comme des directives sur les meilleures pratiques. L'Enquête a recommandé que la médecine légale soit professionnalisée en :

- apportant des modifications législatives pour reconnaître la médecine légale dans les investigations sur les décès et établir les fondements d'une bonne organisation du système de médecine légale;
- établissant un programme d'éducation, de formation et de certification en médecine légale au Canada;
- s'engageant à recruter et à maintenir en poste des médecins légistes qualifiés.

La *Loi sur les coroners* a été modifiée en 2009 afin de créer le SMLO<sup>3</sup>. Ce dernier veille à ce que les pathologistes et les médecins légistes qui participent aux investigations sur les décès en vertu de la *Loi sur les coroners* reçoivent une formation, et à ce que les autopsies dans les investigations sur les décès soient effectuées correctement. Depuis ces modifications, seuls les pathologistes autorisés par le médecin légiste en chef à fournir des services en vertu de la *Loi sur les coroners* et qui sont inscrits dans un registre accessible au public peuvent participer aux investigations sur les décès en vertu de la loi<sup>4</sup>.

En raison des modifications législatives, le médecin légiste en chef ne relève plus du coroner en chef. Dans le système actuel, ces responsables travaillent en tandem sous la supervision d'un Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès (figure 14.2).



**Figure 14.2 : Structure du BCC/SMLO après 2009**

Source : Compilé par la Commission.

<sup>3</sup> *Loi modifiant la Loi sur les coroners*, 2009, L.O. 2009, chap. 15.

<sup>4</sup> *Loi sur les coroners*, art. 7.1.

## B. La structure du système d'investigation sur les décès en Ontario

### 1. Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès

Les modifications apportées en 2009 ont également créé le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès (CSED), dont les membres sont nommés par le lieutenant-gouverneur de l'Ontario. Organe indépendant, le CSED vise à assurer que les services d'investigation sur les décès sont fournis d'une manière transparente, efficace et responsable. Le CSED surveille le BCC et le SMLO en donnant des conseils et en formulant des recommandations sur des questions comme la gestion des ressources financières, la planification stratégique, l'assurance de la qualité, la nomination et le congédiement des cadres supérieurs et la conformité à la Loi et à ses règlements.

Le CSED, par l'entremise de son comité des plaintes, est aussi chargé d'examiner les plaintes concernant les coroners et les pathologistes participant aux investigations sur les décès. Les plaintes concernant les coroners ou les pathologistes sont renvoyées, respectivement, au coroner en chef ou au médecin légiste en chef, lesquels font rapport de leurs conclusions au comité des plaintes. Le comité examine chaque plainte déposée à l'encontre du coroner en chef ou du médecin légiste en chef.

### 2. Les coroners

#### a) *Le coroner en chef*

Le rôle du coroner en chef est énoncé à l'article 3 de la *Loi sur les coroners*. Il :

- a) applique la présente loi et les règlements;
- b) supervise et dirige les coroners de l'Ontario dans l'exercice de leurs fonctions;
- c) dirige des programmes de formation continue des coroners;
- d) porte les conclusions et les recommandations des investigations des coroners et des jurys aux enquêtes des coroners à l'attention des personnes et des organismes et ministères du gouvernement appropriés;
- e) rédige, publie et distribue un code de déontologie pour servir de guide aux coroners;
- f) exerce les autres fonctions qui lui sont attribuées par la présente loi ou une autre loi ou en vertu de celles-ci ou par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Le coroner en chef travaille au Complexe des sciences judiciaires et du coroner à Toronto et est assisté par trois coroners en chef adjoints, 11 coroners régionaux principaux et environ 350 coroners locaux.

L'actuel coroner en chef, le D<sup>r</sup> Dirk Huyer, a été nommé en avril 2014, après avoir été coroner en chef par intérim à compter de juillet 2013. Il avait auparavant travaillé comme coroner local dans la région de Peel à partir de 1992, d'abord parallèlement à son travail comme médecin membre du personnel de l'Hôpital pour enfants malades de Toronto (SickKids) dans le cadre du programme Suspected Child Abuse and Neglect (SCAN) [cas présumés d'enfants victimes de négligence ou de mauvais traitements] et ensuite à temps plein. En 2008, le D<sup>r</sup> Huyer est devenu coroner régional principal du bureau du Centre-Ouest dans la région du Centre (couvrant Peel, Halton et le comté de Simcoe).

### ***b) Les coroners régionaux principaux***

L'Ontario compte 11 coroners régionaux principaux (CRP). L'un d'eux surveille les investigations du coroner et les 10 autres sont affectés à des bureaux régionaux individuels, où ils sont responsables de la surveillance des coroners locaux dans leur région désignée. Cette surveillance les oblige à :

- encadrer les nouveaux coroners enquêteurs;
- répondre aux demandes de renseignements des coroners enquêteurs au sujet d'investigations particulières sur des décès ou des questions relatives à la pratique des coroners;
- examiner et finaliser les rapports d'investigation du coroner (formulaire 3) remplis par les coroners à la fin de chaque investigation sur un décès (processus décrit ci-dessous);
- sur demande, tenir des séances d'information dans la collectivité.

Le bureau actuel de la région Ouest de London (bureau de London) couvre la région où la majorité des crimes ont été commis. Il sert les comtés de Bruce, Chatham-Kent, Elgin, Essex, Grey, Huron, Lambton, Middlesex, Oxford et Perth. En 2018, environ 55 coroners ont travaillé dans la région du bureau de London, sous la supervision du D<sup>r</sup> G. Richard Mann, qui occupe ce poste depuis 2008. Le D<sup>r</sup> Mann a témoigné lors des audiences publiques.

### *c) Les coroners locaux*

L'Ontario compte environ 350 coroners locaux. Ce sont tous des médecins autorisés et, comme la majorité d'entre eux ont un cabinet médical, la plupart exercent leur fonction de coroner à temps partiel.

Le D<sup>r</sup> Huyer a témoigné du fait que la qualité des investigations sur les décès varie en Ontario. Les coroners diffèrent sur le plan de leur disponibilité pour le service d'investigations sur les décès et de leur compétence, définie par leur formation, leur expertise, leur expérience et le nombre d'investigations qu'ils mènent chaque année.

#### *(i) La nomination et la rémunération*

Autrefois, les coroners de l'Ontario étaient nommés par un décret du lieutenant-gouverneur en conseil. Même s'il s'agissait d'une nomination à vie, les coroners n'occupaient leur poste que pendant la période où ils étaient des médecins dûment qualifiés.

En Ontario, les coroners sont rémunérés à l'acte. Les coroners locaux sont payés pour chaque investigation sur un décès effectuée (actuellement 450 \$) et pour le kilométrage. Les honoraires sont basés sur une estimation de trois heures de travail par investigation sur un décès, bien que les heures réelles varient considérablement. Les coroners peuvent demander à leur CRP un paiement supplémentaire si une investigation particulière exige beaucoup de temps, mais de telles demandes sont rares.

Les modifications législatives entrées en vigueur le 30 avril 2018 permettent au coroner en chef de nommer directement les coroners<sup>5</sup>. Dans son témoignage, le D<sup>r</sup> Huyer a affirmé qu'il travaille à l'élaboration d'un modèle de prestation de services dans le cadre duquel un corps de professionnels de la santé formés consacrent une partie, sinon la totalité, de leur carrière aux investigations sur les décès. Il prévoit que ces nominations seront d'une durée de trois à cinq ans et que leur renouvellement sera lié au rendement et à l'éducation, comme le prévoit le contrat.

#### *(ii) La formation et la surveillance*

En Ontario, un coroner doit être un médecin autorisé, mais aucun autre programme de formation médicale ou de certificat officiel n'est requis. Le BCC insiste pour que les médecins suivent le cours à l'intention des nouveaux coroners avant d'entrer en fonction. Ce cours est offert chaque année et dure actuellement cinq jours (auparavant trois, puis quatre jours).

---

<sup>5</sup> *Loi de 2018 pour accroître la sécurité en Ontario*, L.O. 2018, chap. 3.

Le cours à l'intention des nouveaux coroners enseigne aux participants comment aborder les investigations sur les décès ainsi que leurs éléments constitutifs, notamment la présence sur les lieux du décès; la communication avec les familles; les investigations dans divers contextes (y compris les morts naturelles, les scènes d'accidents, les suicides, les homicides et les décès dont la cause est indéterminée); la médecine légale; les décès maternels/pédiatriques; la toxicologie; et la certification des décès. Ces sections du cours sont généralement enseignées par des CRP, des médecins légistes, le coroner en chef et le médecin légiste en chef. Le cours comprend aussi des études de cas sur les divers sujets abordés, de sorte que les nouveaux coroners puissent s'exercer à appliquer leurs connaissances à des scénarios réels.

Dans son témoignage, le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré qu'entre 2011 et 2013, un module précis du cours était consacré aux investigations sur les décès dans les foyers de SLD. Il n'a pas pu confirmer si c'était le cas pendant d'autres années ou par la suite, mais il a indiqué que l'investigation sur les décès dans les foyers de SLD était intégrée tout au long du cours.

Après avoir suivi le cours à l'intention des nouveaux coroners, les membres nommés sont encadrés par leur CRP pour un certain nombre de cas. Les nouveaux coroners doivent appeler leur CRP au début de chaque investigation sur un décès pour élaborer un plan d'investigation. Ils mettent ensuite en œuvre le plan et reçoivent des commentaires tout au long de l'investigation sur le décès, ainsi que lorsque l'investigation est terminée. De plus, leurs rapports d'investigation du coroner font l'objet d'une vérification pendant leurs six à douze premiers mois de travail comme coroners.

Le BCC et le SMLO organisent chaque automne un cours à l'intention des coroners et des pathologistes à Toronto. Les sujets varient d'une année à l'autre, mais ils abordent des domaines du système d'investigation sur les décès qui pourraient bénéficier d'un éclairage ou d'un apprentissage supplémentaire. Il n'est pas obligatoire que tous les coroners assistent à cette activité annuelle, mais la participation est fortement encouragée.

Les attentes en matière de rendement des coroners locaux sont définies dans la politique. Le BCC rédige et distribue des notes de service et des *directives sur les meilleures pratiques* aux coroners en ce qui a trait aux investigations sur les décès. Depuis 2011, ces documents ont été regroupés dans le *Manuel d'investigation du coroner* (voir ci-dessous).

Le BCC ne procède pas à des évaluations régulières ou officielles du rendement des coroners locaux, bien qu'au niveau des bureaux régionaux, les CRP puissent mettre en œuvre leurs propres procédures d'évaluation du



rendement. Le D<sup>r</sup> Mann a déclaré dans son témoignage que, pendant les quatre premières années de son mandat, il passait en revue le travail des coroners sous son autorité tous les deux ans. Il s'agissait de la vérification d'un échantillon de leurs rapports d'investigation, suivie de rencontres individuelles. Il remplissait aussi des formulaires d'évaluation du rendement qui incluaient la prise en compte de l'acceptation des cas par le coroner pour les investigations sur les décès, la communication avec les pathologistes, le discernement dans la demande d'autopsie, la rédaction des rapports d'investigation du coroner, les compétences en communication et la participation à la formation continue.

Le D<sup>r</sup> Mann n'a pas poursuivi ce processus d'évaluation en raison de la lourde charge de travail du bureau de London. Il a indiqué que pendant les 23 années où il a travaillé comme coroner local, il ne se souvenait que d'une seule évaluation du rendement effectuée par son CRP.

En cas de problèmes de rendement importants concernant un coroner en particulier, le coroner en chef peut lancer un processus d'examen et prendre les mesures correctives qui s'imposent. Le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré dans son témoignage que, depuis 2006, ce processus avait abouti au congédiement de deux coroners (et qu'un troisième examen était en cours, mais n'avait pas encore été achevé au moment de son témoignage). Il a déclaré que d'autres coroners avaient peut-être choisi de démissionner après le lancement du processus d'examen par leur CRP, mais il ne savait pas combien entreraient dans cette catégorie.

### **3. Les médecins légistes**

À l'instar du Bureau du coroner en chef, le Bureau central du Service de médecine légale de l'Ontario est situé dans le Complexe des services judiciaires et du coroner à Toronto, avec l'Unité provinciale de médecine légale (UPML) et le Centre des sciences judiciaires. L'UPML provinciale effectue des autopsies dans la région du Grand Toronto et constitue en outre le centre de référence central pour les autopsies complexes sur les défunts provenant de toute la province. Le Centre des sciences judiciaires procède à des investigations scientifiques comme les analyses toxicologiques, chimiques et biologiques, pour appuyer les investigations sur les décès et les cas touchant des crimes potentiels contre la personne et les biens.

La direction du SMLO se compose du médecin légiste en chef, du médecin légiste en chef adjoint et de l'adjoint de direction du médecin légiste en chef.

### a) *Le médecin légiste en chef*

Le rôle du médecin légiste en chef consiste à superviser et à diriger les pathologistes pratiquant des autopsies en vertu de la *Loi sur les coroners* et à être responsable de l'administration et du fonctionnement du SMLO. L'article 7(1) de la Loi définit les responsabilités du médecin légiste en chef :

a) est chargé de la gestion et du fonctionnement du Service de médecine légale de l'Ontario;

b) supervise et dirige les pathologistes lorsqu'ils fournissent des services sous le régime de la présente loi;

c) dirige des programmes de formation continue des pathologistes qui fournissent des services sous le régime de la présente loi;

d) rédige, publie et distribue un code de déontologie pour servir de guide aux pathologistes lorsqu'ils fournissent des services sous le régime de la présente loi;

e) exerce les autres fonctions qui lui sont assignées par la présente loi ou une autre loi ou en vertu de celles-ci, ou par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Pour être autorisés à pratiquer des autopsies en vertu de la *Loi sur les coroners*, les pathologistes et les médecins légistes doivent figurer dans le registre (voir ci-dessous). Le médecin légiste en chef n'a aucune autorité sur les autopsies pratiquées par des pathologistes en dehors du régime de la *Loi sur les coroners*, comme les autopsies pratiquées dans les hôpitaux à la demande du plus proche parent.

Le D<sup>r</sup> Pollanen, le médecin légiste en chef actuel, a expliqué dans son témoignage qu'il avait été nommé en 2006, après avoir travaillé à plein temps comme médecin légiste pour l'UPML depuis 2003. Il a été nommé l'un des fondateurs de la sous-spécialité de médecine légale au Canada, désignation honorifique du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. En 2015, il a été nommé coroner en chef adjoint.

Le D<sup>r</sup> Pollanen joue un rôle important de supervision du travail des pathologistes inscrits au registre. Chaque matin, par l'entremise du Système de gestion de l'information en matière de pathologie (SGIP), il reçoit la liste des autopsies pratiquées la veille. Les pathologistes génèrent des entrées sur ce système à la fin de chaque autopsie. Les renseignements passés en revue par le D<sup>r</sup> Pollanen comprennent le nom, l'âge et le lieu de résidence du défunt, le pathologiste désigné, un bref historique, les résultats préliminaires de l'autopsie et, si elle est déterminée, la cause du décès.

De plus, les cas considérés comme « notoires » par le CRP sont gérés à mesure qu'ils se produisent par des courriers électroniques envoyés à tous les cadres supérieurs, y compris le médecin légiste de garde et le D<sup>r</sup> Pollanen. Les homicides, les cas pédiatriques, les dons d'organes, les cas complexes ou ceux qui retiennent l'attention des médias sont des exemples de cas notoires. Le D<sup>r</sup> Pollanen reçoit un courriel de notification expédié par le CRP précisant le nom du défunt, son âge et son lieu de résidence, le coroner local, une brève description des circonstances entourant le décès et les locaux prévus pour l'autopsie. Il peut intervenir et demander que le cadavre soit transféré à un autre endroit.

Pour toutes les autopsies, le bureau du médecin légiste en chef reçoit et examine une copie du rapport d'autopsie (voir ci-dessous). En Ontario, environ 7 000 rapports d'autopsie sont remplis chaque année.

### **b) Les médecins légistes**

#### *(i) La formation et l'accréditation*

Depuis 2009, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) reconnaît la médecine légale comme une sous-spécialité médicale officielle en anatomopathologie et en pathologie générale. Pour obtenir une certification du CRMCC en médecine légale, un médecin doit :

- obtenir une certification du CRMCC en anatomopathologie ou en pathologie générale après avoir terminé un programme de résidence de cinq ans;
- réussir l'examen du CRMCC en médecine légale;
- constituer le portfolio de médecine légale – un registre des cas et les principaux points à en retenir.

Pour maintenir sa compétence de spécialiste, le médecin légiste est tenu de participer à des activités de développement professionnel et à une formation médicale continue en médecine légale. Le SMLO collabore avec le BCC et le Centre des sciences judiciaires et de médecine de l'Université de Toronto pour offrir des activités de formation en médecine légale.

#### *(ii) La nomination et le registre*

L'article 7.1 de la *Loi sur les coroners* oblige le médecin légiste en chef à tenir un registre des pathologistes qu'il a autorisés à fournir des services en vertu de la Loi. Lorsqu'un coroner délivre aux pathologistes le mandat de procéder à

une autopsie en vertu de la *Loi sur les coroners*, seuls les pathologistes inscrits au registre sont habilités à les effectuer. Au 30 mai 2018, 113 pathologistes et médecins légistes étaient inscrits au registre.

Tous les pathologistes de l'Ontario peuvent demander à être inscrits au registre. Un comité de validation composé de médecins légistes chevronnés du SMLO conseille le médecin légiste en chef sur les nominations, le développement professionnel continu, les renouvellements, les reclassifications, les suspensions et la radiation du registre. Le médecin légiste en chef peut tenir compte des normes de formation, notamment de la réussite de l'examen de médecine légale du CRMCC ou de son équivalent, de l'expérience pertinente et d'autres facteurs jugés appropriés.

Selon leurs qualifications, tous les pathologistes du registre sont classés dans l'une des trois catégories les autorisant à effectuer des tâches précises :

- Catégorie A : toutes les autopsies médico-légales, y compris les homicides et les cas suspects sur le plan criminel. Ces pathologistes sont reconnus pour leur expérience, leur formation ou leur certification supplémentaire en médecine légale. En 2016, 39 médecins légistes de catégorie A étaient inscrits au registre.
- Catégorie B : toutes les autopsies médico-légales, à l'exception des cas d'homicide et suspects sur le plan criminel et des cas concernant des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans. En 2016, il y avait 65 pathologistes et médecins légistes de catégorie B inscrits au registre.
- Catégorie C : uniquement les autopsies de nourrissons et d'enfants de moins de cinq ans, à l'exclusion des homicides et des cas suspects sur le plan criminel. En 2016, sept pathologistes et médecins légistes de catégorie C étaient inscrits au registre.

Un pathologiste ou un médecin légiste de la catégorie appropriée est affecté à chaque autopsie médico-légale. En pratique, le coroner local contacte le Centre de répartition provincial centralisé à Toronto pour lui indiquer où le cadavre doit être transporté afin qu'un pathologiste de la catégorie appropriée puisse intervenir. Le CRP peut participer à cette détermination.

### *(iii) Les lieux de pratique*

Les pathologistes inscrits au registre exercent leurs activités dans l'un des trois contextes suivants : l'UPML, les unités régionales de médecine légale (URML) et les hôpitaux communautaires.

L'UPML est une unité de médecine légale chargée de :

- pratiquer des autopsies, à la demande des coroners, dans la région du Grand Toronto;
- servir de centre de référence central pour les autopsies complexes dans toute la province (y compris les homicides, les restes osseux et les morts violentes d'enfants);
- administrer le programme de formation en résidence en médecine légale de l'Université de Toronto.

Le directeur médical de l'UPML relève du médecin légiste en chef. Le personnel se compose de médecins légistes (actuellement au nombre de 13, qui ont tous suivi une formation en médecine légale sous-spécialisée et travaillent à plein temps pour l'unité), d'anthropologues judiciaires, d'assistants en pathologie, de technologues et de spécialistes de l'imagerie médicale, ainsi que de personnel administratif et de direction. Au total, l'UPML pratique quelque 2 700 autopsies chaque année.

Les URML offrent des services de médecine légale en dehors de la région du Grand Toronto. Elles opèrent dans des hôpitaux universitaires à Hamilton, Kingston, London, Ottawa, Sault Ste. Marie et Sudbury. Chaque URML est gérée par un directeur médical, un médecin légiste expérimenté travaillant à plein temps ou presque (selon la taille de l'unité). Les URML fournissent une expertise régionale en médecine légale pour environ 2 600 autopsies ordinaires et complexes chaque année, y compris des homicides et des décès d'enfants. La majorité des pathologistes travaillant dans les URML ont suivi une formation en médecine légale spécialisée. Beaucoup travaillent dans les plus grandes URML à plein temps.

Les pathologistes affectés aux 22 hôpitaux communautaires peuvent aussi pratiquer des autopsies de routine en vertu de la *Loi sur les coroners* (à condition d'être inscrits au registre). Ces pathologistes peuvent avoir suivi ou non une formation en médecine légale spécialisée.

Le système du SMLO comporte une liste des pathologistes de garde, de sorte que tout pathologiste inscrit au registre peut demander des conseils ou des éclaircissements au médecin légiste de garde en tout temps, même au milieu d'une autopsie. Ce service est accessible en appelant le Centre de répartition provincial. Le médecin légiste de garde aide également à gérer le système de notification des cas notoires.

*(iv) Les examens et la surveillance*

Depuis 2009, la surveillance de la médecine légale en Ontario est assurée de plusieurs façons. On a créé et mis à jour un registre afin de garantir que les personnes pratiquant des autopsies médico-légales soient correctement formées et accréditées à cette fin. Des directives écrites ont été créées et diffusées, notamment le *Manuel de pratique des pathologistes* de 2014 et un code de conduite qui insiste sur l'impartialité et l'indépendance de la médecine légale et sur l'importance des investigations fondées sur des preuves.

En outre, un système d'assurance de la qualité comportant deux éléments essentiels a été mis en place. Le premier est un examen formel par les pairs du rapport d'autopsie pour tous les cas d'homicides, de décès suspects sur le plan criminel, de décès d'enfants et de cas de l'Unité des investigations spéciales (UES). Cet examen de fond détermine si les conclusions inscrites dans le rapport d'autopsie sont raisonnables. Le second est un processus de vérification qui passe en revue les rapports d'autopsie dans les cas courants pour en vérifier l'exactitude administrative et technique (voir ci-dessous).

En outre, le médecin légiste en chef et les autres cadres supérieurs exercent une surveillance sur les autopsies dans les investigations de décès et peuvent contribuer de façon substantielle aux décisions suivantes : le lieu où l'autopsie doit être effectuée, les considérations spéciales éventuelles ou tout autre problème de gestion de cas connexes. En plus des communications par courrier électronique concernant les cas notoires, le médecin légiste en chef reçoit aussi la liste quotidienne des autopsies effectuées. En tant que chef, le D<sup>r</sup> Pollanen prend connaissance de la liste et soulève toutes les questions qu'il pourrait avoir avec le pathologiste qui a pratiqué l'autopsie. Il peut donner les instructions qu'il juge nécessaires, notamment en faisant effectuer une deuxième autopsie.

En fin de compte, cependant, le médecin légiste en chef ne peut pas ordonner aux pathologistes de changer d'opinion quant à la cause du décès. Le D<sup>r</sup> Pollanen a déclaré que son mandat législatif consiste à « superviser et diriger », mais non à « contrôler » les pathologistes qui pratiquent des autopsies lors d'investigations sur des décès. Il a expliqué qu'à son avis, le médecin légiste en chef ne doit pas « avoir le pouvoir ultime de l'emporter sur un autre pathologiste ». Tous les pathologistes devraient plutôt exercer leur propre expertise professionnelle et leur jugement pour se forger une opinion sur la cause du décès. Si le D<sup>r</sup> Pollanen (ou un autre cadre supérieur) n'est pas d'accord avec l'opinion émise, le cas peut être soumis à un examen par des pairs et des opinions différentes peuvent ensuite être avancées.

#### 4. Les statistiques actuelles en matière d'investigations sur les décès en Ontario

Les coroners enquêtent sur environ 17 à 18 % des quelque 100 000 décès qui surviennent chaque année en Ontario. Le nombre d'investigations sur les décès est resté relativement stable au cours de la dernière décennie, mais le nombre d'autopsies a augmenté ces dernières années. Le Dr Huyer a attribué cette augmentation à la proportion plus élevée de décès de cause non naturelle étudiés, comme les décès liés aux opioïdes. Ces chiffres sont résumés dans le tableau 14.1.

**Tableau 14.1 : Investigations sur les décès et autopsies en Ontario, 2007–2017**

ANNÉE	NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS INVESTIGUÉS	AUTOPSIES EFFECTUÉES	POURCENTAGE D'INVESTIGATIONS COMPRENANT DES AUTOPSIES
2007	18 308	6 949	37,97
2008	17 528	6 591	37,60
2009	16 926	6 392	37,77
2010	16 415	6 112	37,23
2011	16 298	5 703	34,99
2012	16 576	5 708	34,43
2013	16 815	5 955	35,41
2014	15 115	5 874	38,86
2015	15 023	6 138	40,86
2016	15 899	6 858	43,13
2017	17 154	7 635	44,51

Source : Compilé par la Commission.

Bien que le nombre total d'investigations sur des décès en Ontario soit demeuré relativement stable, le nombre d'investigations sur des décès dans des foyers de SLD a considérablement diminué au cours des dernières années. Les raisons de cette diminution sont abordées plus loin dans le présent chapitre.

## C. Le cadre législatif

La *Loi sur les coroners* confère le pouvoir législatif nécessaire aux investigations sur les décès en Ontario. Elle oblige toute personne qui a des motifs de croire qu'une personne est décédée dans certaines circonstances, énoncées à l'article 10 de cette loi, à en aviser immédiatement le coroner (ou, dans certains cas, un agent de police ou un coroner). Lorsque les policiers sont informés, ils doivent immédiatement mettre au courant le coroner des faits et des circonstances du décès. Sur la base des renseignements qui lui sont fournis, le coroner détermine si le décès satisfait aux exigences légales en matière d'investigation (critères de l'article 10). Une fois cette détermination faite, l'article 15 de la *Loi sur les coroners* autorise le coroner à examiner le cadavre et à mener une investigation sur le décès. L'article 15(1) se lit comme suit :

Si, après avoir appris que le corps d'une personne se trouve dans un endroit qui relève de sa compétence, le coroner est fondé à croire que le décès est survenu dans une des circonstances mentionnées à l'article 10, il décerne un mandat de prise de possession du corps d'un défunt, l'examine et procède à l'investigation qui, à son avis, est nécessaire dans l'intérêt public pour lui permettre :

- (a) d'établir les faits en répondant aux questions énoncées à l'article 31(1);
- (b) de déterminer si une investigation s'impose ou non;
- (c) de recueillir et d'analyser les renseignements sur le décès afin de prévenir d'autres décès.

Le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré dans son témoignage qu'il comprenait la référence faite à l'article 15(1) à l'intérêt public comme signifiant que, lorsque les coroners décident s'il y a lieu de mener une investigation sur un décès, ils doivent tenir compte de l'intérêt public. En d'autres termes, le D<sup>r</sup> Huyer croit comprendre que lorsqu'un décès est signalé et que le coroner estime que le décès satisfait aux critères énoncés à l'article 10, il devrait mener une investigation sur ce décès dans la mesure où il est dans l'intérêt public de le faire.

### 1. Le devoir de fournir des renseignements en vertu de la *Loi sur les coroners*

La *Loi sur les coroners* définit les cas dans lesquels les coroners doivent être informés du décès. L'article 10(1) oblige quiconque à communiquer immédiatement avec un coroner ou un agent de police s'il a des raisons de croire qu'une personne est décédée

a) par suite :

- (i) d'un acte de violence,



- (ii) d'un accident,
  - (iii) d'un acte de négligence,
  - (iv) d'une inconduite,
  - (v) d'une faute professionnelle;
- b) d'une façon anormale;
- c) pendant ou après une grossesse dans des circonstances qui peuvent normalement être attribuées à cette grossesse;
- d) d'une façon subite et inattendue;
- e) d'une affection ou d'une maladie pour laquelle elle n'a pas été soignée par un médecin dûment qualifié;
- f) autrement que par suite de maladie;
- g) dans des circonstances qui peuvent exiger une investigation.

Le Dr Huyer a déclaré dans son témoignage que l'article 10(1) vise à englober les décès d'origine non naturelle. Il a souligné que la catégorie de décès signalée la plus importante était celle des décès qui surviennent d'une façon « subite et inattendue ». La législation ne définit pas cette expression et l'application du critère peut donc être difficile, en particulier dans les foyers de SLD (voir ci-dessous).

D'autres dispositions de l'article 10 de la *Loi sur les coroners* instaurent l'obligation d'avertir le coroner des décès qui ont lieu dans des milieux ou des endroits particuliers, p. ex. lorsqu'une personne décède :

- alors qu'elle réside dans un foyer de SLD (article 10(2.1));
- alors qu'elle est incarcérée dans un lieu ou un établissement désigné comme lieu de garde en milieu fermé en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants (article 10(4.2));
- alors qu'elle est incarcérée dans un établissement correctionnel, ou à l'extérieur mais sous la garde d'une personne employée par l'établissement (article 10(4.3), (4.5));
- alors qu'elle est maîtrisée et détenue dans un établissement psychiatrique (article 10(4.7));
- lorsqu'un travailleur décède par suite d'un accident survenu au cours de son emploi sur un chantier de construction, dans une exploitation minière ou dans une mine, article 10(5)).

Le D<sup>r</sup> Huyer a expliqué que ces circonstances touchaient généralement des segments potentiellement vulnérables de la société ou des cas où l'État exerçait son autorité sur un individu.

Lorsqu'un coroner a des motifs de croire qu'une personne est décédée dans l'une des circonstances énoncées à l'article 10, il doit (ou selon certains alinéas, est autorisé à) mener toute investigation qu'il juge nécessaire dans l'intérêt public afin de se conformer aux alinéas a, b et c de l'article 15(1). Si le décès ne satisfait pas aux critères de l'article 10, le coroner n'est pas légalement habilité à enquêter. Cela dit, il est important de noter l'étendue de l'alinéa 10(1)(g), qui habilite le coroner à enquêter sur les décès survenus « dans des circonstances qui peuvent exiger une investigation ».

## **2. Le devoir des foyers de SLD, en vertu de la *Loi sur les coroners*, de fournir des renseignements sur les foyers de SLD**

Avant 1995, la *Loi sur les coroners* exigeait qu'un coroner soit informé de chaque décès survenu dans ce que l'on appelait alors une maison de retraite, une maison de repos ou un foyer de soins infirmiers, et que le coroner mène une investigation sur chaque décès. Les modifications apportées à la législation en 1995 ont supprimé l'obligation de mener une investigation sur tous les décès de ce type, bien que les décès doivent toujours être signalés à un coroner qui déciderait si une investigation était nécessaire. Le BCC a également adopté la politique de mener une investigation sur les décès s'inscrivant dans un seuil, c'est-à-dire chaque 10<sup>e</sup> décès dans un foyer de SLD.

L'article 10 (2.1) de la *Loi sur les coroners* a été modifié par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*<sup>6</sup>. L'article 10 (2.1) continue de prévaloir et prévoit :

### **Décès dans les foyers de soins de longue durée**

Si une personne décède pendant son séjour dans un foyer de soins de longue durée auquel s'applique la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, la personne qui est responsable du foyer donne immédiatement avis du décès à un coroner. Si celui-ci est d'avis que le décès devrait faire l'objet d'une investigation, il fait une investigation sur les circonstances du décès et si, par suite de cette investigation, il est d'avis qu'une investigation sur la cause du décès devrait être tenue, il tient cette enquête.

Les foyers de SLD remplissent leur devoir de donner avis au coroner des décès en faisant parvenir au BCC un avis de décès de patient en établissement.

<sup>6</sup> L.O. 2007, chap. 8, art. 201(2).

### III. Aviser le Bureau du coroner en chef des décès dans les foyers de SLD

#### A. L'objectif des ADPE

L'article 10(2.1) oblige les foyers de SLD de donner avis immédiatement au coroner du décès d'un résident. Le BCC a mis au point le formulaire d'avis de décès de patient en établissement (ADPE) pour aider les foyers de SLD à satisfaire à cette exigence (voir l'annexe D pour connaître la version utilisée au moment de l'Enquête). Chaque fois qu'un résident meurt dans un foyer de SLD, un membre du personnel du foyer (la personne déclarant le décès) remplit un ADPE et le soumet au BCC. Le D<sup>r</sup> Huyer a expliqué que l'ADPE sert également d'outil de dépistage des problèmes en matière de soins, de conformité et d'infection ou des inquiétudes exprimées par les membres de la famille à la suite du décès d'un proche dans un foyer de SLD.

Pour remplir l'ADPE, le foyer de SLD doit répondre à une série de questions permettant de déterminer si le décès nécessite une investigation en vertu de la *Loi sur les coroners* – p. ex. si le décès était le résultat d'un accident, d'un suicide, d'un homicide, de cause indéterminée, ou soudain et inattendu (l'ADPE fait référence aux termes « décès soudain et inattendu » bien que la loi utilise les mots « d'une façon subite et inattendue »), ou si la famille ou les prestataires de soins avaient exprimé des préoccupations au sujet des soins prodigués au défunt. Si la réponse à l'une des questions de l'ADPE est « oui », la personne doit immédiatement donner avis du décès au coroner local, avec l'aide du Centre de répartition provincial. Le coroner local discute avec la personne donnant avis du décès et les autres personnes concernées si nécessaire pour déterminer s'il accepte le cas dans le but d'entreprendre une investigation sur le décès. Si la réponse à toutes les questions du formulaire ADPE est « non », celui-ci est simplement acheminé au BCC et aucune action supplémentaire n'est requise de la part du foyer de SLD.

Le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré dans son témoignage qu'il s'attendait à ce que les foyers de SLD remplissent un ADPE immédiatement après le décès d'un de leurs résidents. Le BCC a ordonné aux foyers de SLD de soumettre les ADPE dans les 48 heures suivant le décès.

## B. Les questions du formulaire ADPE

Les questions de l'ADPE reflètent en grande partie les critères de l'article 10 et les politiques du BCC concernant le signalement des décès. La version actuelle de l'ADPE exige que les foyers de SLD répondent par « oui » ou par « non » aux huit questions suivantes :

1. Décès accidentel? (Un accident est un événement qui a causé des blessures involontaires qui ont déclenché le processus menant au décès. L'intervalle entre les blessures et le décès peut être de quelques minutes à des années. Par exemple, une fracture de la hanche est une blessure courante qui enclenche le processus menant au décès chez les personnes âgées. Si l'on peut établir un lien possible entre une fracture ou une blessure et les événements qui ont mené au décès, le décès doit être signalé au coroner).
2. Suicide? (Décès dû à un facteur externe initié par la personne décédée).
3. Homicide? (Décès dû à un facteur externe initié par une autre personne que la personne décédée).
4. Cause indéterminée? (Les circonstances du décès ne sont pas claires. Il existe des raisons de croire que le décès peut ne pas être dû à des causes naturelles, mais il ne s'agit pas clairement d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.)
5. Le décès est-il à la fois soudain et inattendu? (c.-à-d. que le décès n'était pas raisonnablement prévisible).
6. La famille ou l'un des prestataires de soins ont-ils exprimé des préoccupations au sujet des soins prodigués à la personne décédée?
7. A-t-on noté une augmentation récente du nombre de décès dans votre foyer de soins de longue durée?
8. A-t-on noté une augmentation récente du nombre des transferts à l'hôpital?

Les cinq premières questions résument les circonstances relatives aux critères de l'article 10. Ces critères incluent l'obligation d'aviser le coroner d'un décès lorsqu'une personne est fondée à croire qu'une personne est décédée par suite d'un acte de violence, d'un accident, d'un acte de négligence, d'une inconduite, d'une faute professionnelle; ou d'une façon subite et inattendue. Le Dr Huyer a déclaré dans son témoignage que, même si les termes « décès accidentel », « suicide » et « homicide » ne sont pas mentionnés explicitement dans les critères de l'article 10, ils constituent des exemples des types de décès sur lesquels une investigation serait menée en vertu de cette disposition. Par ailleurs, il a expliqué que la question 6, relative aux préoccupations au sujet des soins exprimées par la famille ou les prestataires de soins, donnait

aux coroners des renseignements importants pour déterminer s'il était nécessaire de mener une investigation sur le décès, en particulier compte tenu du mandat du BCC, qui consiste à formuler des recommandations visant à améliorer la sécurité publique et prévenir des décès similaires. Le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré que les deux dernières questions avaient pour but de déceler toute tendance à l'augmentation des maladies ou du nombre de décès, car de telles tendances pourraient nécessiter l'intervention d'un coroner.

En 1995, le BCC a demandé aux foyers de SLD de tenir un registre des décès (registre des décès). En 2004, le BCC a distribué aux foyers un registre des décès ou des transferts de résidents comme modèle à suivre. Le registre comprend, en haut de chaque page, les rubriques « Nombre moyen de décès par mois dans cet établissement » et « Nombre moyen de transferts par mois dans cet établissement », avec un espace où le personnel peut indiquer la fourchette des valeurs, du plus bas au plus élevé. Plusieurs coroners ont déclaré que ces chiffres n'étaient souvent pas indiqués dans les registres de décès examinés lors des investigations sur les décès. En outre, le formulaire du registre des décès ne contient aucune information sur la manière dont ces chiffres doivent être calculés ou suivis. Le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré dans son témoignage que le BCC avait publié des notes de service au fil des ans sur ces questions, mais qu'il n'y avait eu aucune approche systématique pour former le personnel des foyers de SLD à ce sujet.

### **1. La signification de « soudain et inattendu »**

Depuis au moins 2004, chaque version de l'ADPE comprend l'exigence pour la personne déclarant le décès d'indiquer si ce dernier est à la fois « soudain et inattendu » (bien que certaines versions utilisaient les mots « soudain et imprévu »). Les témoignages aux audiences publiques ont révélé que différentes personnes, et même différents coroners, donnent une interprétation différente à l'expression « décès soudain et inattendu », en particulier dans le contexte du décès d'un résident d'un foyer de SLD.

Le BCC n'a pas fourni de directives écrites sur la façon d'interpréter cette notion dans le contexte des foyers de SLD. La seule indication sur le formulaire ADPE est qu'un décès est « soudain et inattendu » s'il n'était « pas raisonnablement prévisible ».

Dans son témoignage, le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré qu'à son avis, pour déterminer si un décès dans un foyer de SLD est soudain et inattendu, il faut tenir compte du contexte et évaluer chaque cas au mérite. En règle générale, le décès d'une

personne âgée souffrant de plusieurs comorbidités ne serait pas soudain et inattendu, bien que tout dépende des circonstances. Il a précisé que les personnes qui remplissent le formulaire ADPE et les coroners doivent prendre en compte l'état de chaque résident et les circonstances et le type de décès pour déterminer s'il était soudain et inattendu.

Dans son témoignage, le D<sup>r</sup> Mann a expliqué qu'il était difficile de déterminer si un décès survenu dans un foyer de SLD est soudain et inattendu. Il a déclaré que le personnel des foyers lui pose régulièrement des questions à ce sujet. Il leur répond que la mort est généralement un événement soudain, mais qu'il faut examiner les antécédents médicaux de chaque personne pour savoir si elle est inattendue. Le D<sup>r</sup> Mann a déclaré dans son témoignage qu'il n'est pas facile pour le personnel des foyers de SLD de répondre à cette question.

Deux coroners locaux ont témoigné au sujet de leur interprétation des termes « soudain et inattendu ». La D<sup>re</sup> Elizabeth Urbantke a déclaré qu'elle comprenait que « soudain » faisait allusion à l'élément temps, et « inattendu », à savoir si le décès était raisonnablement prévisible, compte tenu des circonstances et des antécédents médicaux du défunt. Le D<sup>r</sup> William George a déclaré dans son témoignage que, selon lui, « soudain et inattendu » n'était pas un terme approprié dans le contexte des foyers de SLD. Il a expliqué que les décès de résidents pouvaient être soudains, mais aussi prévisibles ou attendus, en raison des comorbidités du résident. À son avis, il vaudrait mieux demander si le décès était raisonnablement prévisible et si la cause découlait logiquement d'une maladie.

Le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré dans son témoignage qu'il ne croyait pas que le terme « soudain et inattendu » soit utile pour bien des membres du personnel des foyers de SLD ou du grand public, et il a convenu qu'il n'est pas facile de répondre catégoriquement à cette question. À son avis, il est approprié que les membres du personnel des foyers de SLD communiquent avec le coroner s'ils ne sont pas certains qu'un décès est soudain et inattendu, afin que le coroner puisse effectuer cette évaluation.

Quoi qu'il en soit, lorsque des décès sont signalés au coroner comme étant soudains et inattendus, le coroner doit appliquer ses connaissances médicales et exercer son jugement clinique afin de déterminer si ces décès correspondent à la description. S'il estime que le décès est soudain et inattendu, il doit procéder à une investigation sur le décès.

## C. La personne qui remplit les ADPE

L'article 10(2.1) de la *Loi sur les coroners* stipule qu'en cas de décès d'un résident d'un foyer de SLD, « la personne qui est responsable du foyer donne immédiatement avis du décès à un coroner ». Le formulaire ADPE stipule que « [l]es responsables de ces établissements » doivent signaler le décès de celui-ci au BCC en remplissant et en transmettant le formulaire. Le BCC ne précise pas par ailleurs ni ne désigne le membre du personnel du foyer de SLD qui doit remplir et transmettre l'ADPE.

Le D<sup>r</sup> Huyer a expliqué que les foyers de SLD ont chacun élaboré leur propre approche pour ce faire.

## D. L'examen des ADPE

Entre environ 2004 et la mise en place d'un système de soumission électronique des ADPE en 2011, les foyers de SLD faisaient parvenir les ADPE au BCC par télécopieur. Le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré qu'à sa connaissance, le personnel administratif du BCC passait en revue les ADPE reçus par télécopieur et acheminant ceux contenant des réponses positives à l'une des questions au bureau régional concerné à des fins de classement. Si on avait répondu « non » à toutes les questions, le personnel du BCC rangeait simplement les formulaires dans une boîte. Le D<sup>r</sup> Huyer n'a pas pu confirmer si ce processus d'examen était systématique, car il était antérieur à son mandat de coroner en chef.

En 2011, le BCC a mis en place un nouveau processus de soumission électronique de l'ADPE, par l'entremise du site Web de Service Ontario, et a avisé les foyers de SLD du changement. Quelques foyers de SLD ont continué de transmettre des formulaires par télécopieur, de sorte que la conformité au mode de soumission électronique n'a pas encore atteint 100 %. D'après la meilleure estimation du D<sup>r</sup> Huyer, en 2017, 8 % des ADPE étaient toujours envoyés par télécopieur. Dans ce cas, les données que renferme le formulaire ne sont pas conservées dans un système informatique.

Le processus de soumission électronique actuel de l'ADPE exige que si le formulaire comprend une réponse affirmative, il doit préciser le nom du coroner auquel l'affaire a été signalée (par l'entremise du Centre de répartition provincial). Lorsqu'un ADPE est soumis par voie électronique, les données sont stockées sur un site SharePoint, mais elles ne sont pas révisées, même si elles comprennent une réponse positive à une question.

## E. Les modifications du processus des ADPE, 2007–2018

### 1. Le signalement des décès à l'hôpital

Jusqu'en 2011, si un résident d'un foyer de SLD décédait à l'hôpital dans les 30 jours suivant un transfert du foyer, le BCC exigeait que l'hôpital soumette un ADPE. Cette politique a changé en 2011. À ce moment-là, le BCC a ordonné que si un résident décédait dans les locaux du foyer ou ailleurs, tant qu'il était sous les soins du foyer, ce dernier avait la responsabilité de remplir et de soumettre l'ADPE. Ni les foyers ni les hôpitaux n'étaient tenus de remplir d'ADPE dans le cas du décès d'un résident qui n'était pas sous les soins du personnel du foyer de SLD.

Le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré que le changement de politique de 2011 était antérieur à son mandat de coroner en chef. Il comprend que ce changement a été apporté parce que l'article 10(2.1) s'appliquait aux résidents décédés dans un foyer de SLD. Le D<sup>r</sup> Huyer s'est dit préoccupé par ce changement de politique parce que, pour analyser les tendances ou les profils potentiels des taux de mortalité ou des types de décès, des ensembles complets de données sont nécessaires. Il précise que la recherche épidémiologique et les analyses de données doivent être prises en compte pour déterminer la date limite appropriée pour le signalement des décès après le transfert d'un résident d'un foyer de SLD à l'hôpital.

### 2. L'élimination des questions relatives aux décès s'inscrivant dans un seuil et aux éclosions de maladie

Avant 2013, les foyers de SLD devaient répondre par « oui » ou par « non » aux deux questions suivantes :

9. Si ce décès est survenu durant l'éclosion d'une maladie ou une épidémie, le décès y est-il relié?
10. Le décès s'inscrit-il dans un seuil? [Le seuil était atteint au 10<sup>e</sup> décès dans le foyer de SLD, peu importe qu'un coroner local ait réalisé une investigation sur l'un des neuf décès précédents.]

En septembre 2013, ces questions ont été éliminées du formulaire ADPE. Les coroners n'enquêtent plus sur les « décès s'inscrivant dans un seuil » ni sur les décès survenant lors d'une éclosion de maladie infectieuse. Le foyer de SLD doit toujours signaler les éclosions et les décès qui en découlent au bureau de santé publique local, et un coroner fera investigation sur de tels décès si la Santé publique le lui demande.



Les investigations sur les décès s'inscrivant dans un seuil étaient considérées comme un mécanisme d'assurance de la qualité qui comblaient les écarts créés par l'élimination des investigations obligatoires dans les foyers de SLD. L'analyse du BCC a montré qu'en date de 2013, environ 12 % des investigations sur des décès en Ontario étaient des investigations sur des décès s'inscrivant dans un seuil, à un coût annuel de 900 000 \$.

Le D<sup>r</sup> Huyer était d'accord avec l'élimination des investigations sur des décès s'inscrivant dans un seuil, parce que, bien qu'aucune recherche ou analyse statistique n'ait été effectuée sur leur efficacité, des données empiriques indiquent qu'elles n'ont pas amélioré de manière notable la sécurité publique. Il a souligné le rôle potentiel des analyses de données pour augmenter la présence des coroners dans les foyers de SLD. Le D<sup>r</sup> Mann a déclaré dans son témoignage qu'il s'était senti un peu « mal à l'aise » avec l'élimination des investigations sur les décès s'inscrivant dans un seuil parce qu'elles avaient assuré la présence des coroners dans les foyers de SLD et faisaient en sorte qu'ils passent en revue périodiquement le registre des décès de chacun pour voir s'il présentait des anomalies.

## **IV. Déterminer s'il faut mener une investigation sur un décès dans un foyer de soins de longue durée**

### **A. Quand appeler le coroner**

Les foyers de SLD doivent communiquer directement avec un coroner local si la personne qui remplit le formulaire répond « oui » à l'une des questions du formulaire ADPE.

### **B. Comment communiquer avec les coroners locaux : le Centre de répartition provincial**

Depuis environ 2011, les foyers suivent un processus particulier lorsqu'ils doivent parler directement à un coroner local. La personne déclarant le décès appelle le Centre de répartition provincial à Toronto au numéro unique désigné à cet effet. Cet appel est le point d'entrée du système d'investigation sur les décès de l'Ontario. Le répartiteur obtient de l'appelant l'information démographique de base : le nom, l'adresse et la date de naissance du défunt; le nom de la personne qui a prononcé le décès; la participation de la police,

s'il y a lieu; et le nom et les coordonnées de la personne déclarant le décès. L'information est consignée, et le répartiteur avise la personne au bout du fil qu'un coroner communiquera directement avec elle. Le répartiteur localise ensuite un coroner local et lui transmet les renseignements pertinents. Selon la région, le Centre de répartition provincial communique avec le prochain coroner sur la liste d'appel (souvent dans les régions moins densément peuplées) ou selon la liste des coroners de garde. Si le coroner est disponible pour étudier le cas et en a la capacité, le répartiteur lui transmet les renseignements obtenus. Sinon, le répartiteur appelle le prochain coroner sur la liste ou la liste de garde. Une fois qu'un coroner accepte le cas, il est responsable des décisions et de la gestion du cas. Le Centre de répartition provincial ne reçoit pas de copie de l'ADPE; par conséquent, le répartiteur ne peut pas transmettre d'éléments de son contenu au coroner.

Avant le déploiement du système de répartition provincial, chaque région avait sa propre manière de communiquer avec les coroners pour les aviser d'un décès. Certains bureaux régionaux, y compris celui de London, avaient leur propre permanence téléphonique pour répondre aux appels concernant les investigations sur les décès. À la création du Centre de répartition provincial, le BCC a utilisé un logiciel de répartition assistée par ordinateur (I/RAO), employé par la Police provinciale de l'Ontario. Ce logiciel comprend l'adresse régionale de tous les coroners de la province. Le répartiteur entre simplement l'emplacement du défunt et détermine le coroner à contacter.

## **C. La décision du coroner de mener ou non une investigation sur un décès**

### **1. Le test**

Après avoir accepté un cas, le coroner local procède à une consultation préliminaire, décrite ci-dessous, afin de déterminer si le cas correspond aux critères de l'article 10 de la *Loi sur les coroners*. Si ce n'est pas le cas, aucune investigation sur le décès n'est généralement entreprise. Cependant, même si le décès ne correspond pas aux critères énoncés à l'article 10(1), le coroner a le pouvoir discrétionnaire d'enquêter sur le décès en vertu de l'article 10(2.1). Cet article confère au coroner l'autorité d'enquêter sur un décès dans un foyer de SLD « si celui-ci est d'avis que le décès devrait faire l'objet d'une investigation ».

Le Centre de répartition provincial reçoit environ 26 000 avis de décès chaque année, y compris des foyers de SLD. Pour autant qu'il sache, le BCC estime que sur le nombre des décès signalés, 9 000 (ou 35 %) ne donnent pas lieu à une investigation après examen par les coroners locaux.

## 2. Le processus

Avant de décider si un décès doit faire l'objet d'une investigation, le coroner doit s'informer afin de déterminer si les critères énoncés à l'article 10 sont respectés. Il peut interroger la personne déclarant le décès et d'autres personnes concernées, notamment des professionnels de la santé, des policiers ou des membres de la famille. Normalement, à cette étape de consultation préliminaire, il n'a pas accès à une copie de l'ADPE, bien qu'il soit libre de demander des précisions à la personne qui l'a rempli sur les questions auxquelles elle a répondu par l'affirmative et sur ce qui a motivé sa réponse. Le coroner n'avait pas non plus l'autorité légale d'exiger que soient produits les dossiers médicaux du défunt, bien qu'il puisse obtenir des renseignements médicaux directement, en s'adressant à un professionnel de la santé ou à un membre de la famille<sup>7</sup>. Le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré que, selon lui, les coroners devaient pouvoir obtenir suffisamment d'information à l'étape de la consultation préliminaire pour être en mesure de déterminer de manière éclairée si une investigation sur le décès était justifiée et pouvoir justifier leur décision.

Le *Manuel d'investigation du coroner* comprend les Directives concernant les investigations sur les décès, rédigées par le BCC pour les coroners locaux et régionaux. Ces directives visaient à assurer la qualité et la cohérence des investigations sur les décès en énonçant les principes sous-jacents de ces investigations. Elles donnent aux coroners les instructions suivantes pour déterminer s'ils acceptent ou non de mener une investigation sur un décès :

- Si les circonstances du décès ne sont manifestement pas naturelles (accident, homicide, suicide, circonstances suspectes), l'investigation doit être acceptée;
- Lorsque les circonstances du décès sont précisées aux articles 10(2) à (5) (c.-à-d. personne hospitalisée dans un établissement psychiatrique, sous garde ou en détention, décès sur un chantier de construction ou dans une mine) l'investigation doit être acceptée;

---

<sup>7</sup> Le 26 mars 2019, des modifications à la *Loi sur les coroners* sont entrées en vigueur dans le cadre de la Loi sur la refonte complète des services de police de l'Ontario, 2019, L.O. 2019, chap. 1. Une modification a ajouté un nouveau paragraphe à la *Loi sur les coroners* – le paragraphe 15(1.1) – qui permet au coroner de demander des renseignements et d'examiner les dossiers concernant une personne décédée avant le début d'une investigation afin de déterminer la nécessité d'une investigation.

- Lorsque le décès est apparemment de cause naturelle et n'est pas soumis aux dispositions ci-dessus, le coroner doit obtenir des renseignements pour déterminer si l'investigation doit être acceptée selon les critères énoncés à l'article 10. Le coroner doit utiliser les critères de sélection des cas de décès naturels pour déterminer si une investigation est nécessaire (comme décrit en détail ci-dessous);
- Dans les cas où une investigation n'est pas justifiée selon les critères de l'article 10 (p. ex., décès subit, mais non inattendu, prévu ou attendu d'un point de vue médical, absence de problème médico-légal), le coroner enquêteur ne devrait pas accepter le cas.

À compter de septembre 2010, le BCC a commencé à rémunérer les coroners pour le temps passé à décider si un décès en apparence naturel doit faire l'objet d'une investigation. Pour être rémunérés, ils doivent remplir et soumettre la formule de données sur la sélection du cas (FDSC) et la facture relative à la sélection du cas au bureau régional, pour approbation par le CRP.

La FDSC fournit des informations supplémentaires aux coroners pour déterminer si un cas exige une investigation. Elle crée un cadre qu'ils peuvent appliquer pour prendre cette décision, cadre qui favorise la cohérence provinciale entre les coroners. Le D<sup>r</sup> Huyer a indiqué dans son témoignage que les questions du formulaire ont pour but d'aider les coroners à réunir les renseignements et à les appliquer au cas en question. Lorsque les formulaires sont soumis, le CRP en prend connaissance, à la fois à des fins administratives pour autoriser le paiement et à des fins de surveillance de la décision du coroner de décliner une investigation sur un décès (voir ci-dessous).

Les questions sur la formule de données sur la sélection du cas (aussi appelé Critères de sélection des cas de mort naturelle) sont les suivantes :

- Le décès était-il naturel? *Autrement dit, le décès était-il attribuable à des causes naturelles sans aucune contribution d'un état ou d'un événement non naturel?*
- Le décès était-il raisonnablement prévisible et la cause du décès découle-t-elle d'un processus morbide naturel? [souligné dans l'original]
- Y a-t-il un praticien de la santé désigné pour remplir le certificat médical de décès?
- Le cas est-il dépourvu de préoccupations importantes relatives aux soins de la part de la famille ou des prestataires de soins?
- La politique du BCC et/ou les obligations légales prévues par l'article 10 (2)(3) sont-elles exclues? (Comprend : enfant avec intervention par la SAE (service direct au cours des 12 derniers mois); décès s'inscrivant dans un seuil pour un établissement de soins de longue durée...).

La FDSC précise que si la réponse à une de ces questions est négative, le coroner doit procéder à une investigation. Dans son témoignage, le D<sup>r</sup> Huyer a accepté cette exigence.

Le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré que les coroners n'étaient pas tenus d'utiliser la formule de données sur la sélection du cas et de soumettre une facture lorsqu'ils déclinent un cas, bien que d'agir ainsi constitue une meilleure pratique. Il a indiqué que l'Association des coroners de l'Ontario lui avait fait part de ses réserves au sujet de ce formulaire, en expliquant qu'il était long à remplir et que la décision de mener une investigation sur le décès ou non pouvait, dans bien des cas, être prise rapidement. Certains coroners lui ont dit que le temps requis pour remplir et soumettre le formulaire, ainsi que la facture, ne valait pas le tarif de 30 \$ (pour une consultation de jour) ou de 60 \$ (pour une consultation nocturne). À son avis, toutefois, les coroners devraient soumettre les formulaires. Sinon, le BCC et le CRP ne sont pas au courant et ne peuvent pas examiner la décision des coroners de ne pas mener une investigation sur les décès signalés au Centre de répartition provincial.

Après avoir déterminé s'il est nécessaire de mener une investigation sur le décès, le coroner doit téléphoner au Centre de répartition provincial et lui faire part de sa décision. La décision – mais pas nécessairement son motif – sera consignée dans le système. Avant la mise en place du système de répartition provincial, les coroners locaux du bureau de la région de London n'étaient pas tenus d'aviser la permanence téléphonique de leur décision.

### 3. La consignation des notes

Bien qu'il ne soit pas obligatoire de remplir la formule de données sur la sélection du cas si les coroners décident de ne pas mener d'investigation sur un décès, le BCC s'attend à ce qu'ils conservent les notes de leur consultation préliminaire, afin de pouvoir expliquer les motifs de leur décision, au besoin. Ces documents doivent indiquer la date, le nom du défunt, le nom de la personne qui a signalé le décès, et suffisamment d'information pour identifier le cas, en précisant pourquoi il n'a pas été nécessaire de procéder à une investigation du coroner sur le décès. S'ils remplissent et envoient la FDSC, cette obligation est satisfaite. Cette attente est énoncée dans le *Manuel d'investigation du coroner*.

Le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré dans son témoignage qu'il estimait que la plupart des coroners ne conservaient pas la documentation relative aux décès sur lesquels ils ne menaient pas d'investigation. Toutefois, dans son témoignage, la D<sup>re</sup> Urbantke a confirmé que, dans le cadre de sa fonction de coroner,

elle prenait des notes manuscrites de ses conversations avec le Centre de répartition provincial et avec la ou les personnes à contacter au sujet d'un décès, et qu'elle conservait ces notes. Elle a aussi déclaré que pendant un certain temps, elle remplissait et soumettait les FDSC parce qu'elle pensait que leur objectif était de faire le suivi des coroners contactés, mais ayant refusé d'enquêter sur un décès. Cependant, après la mise sur pied du Centre de répartition provincial centralisé, elle pensait que ces informations étaient consignées; elle a donc cessé de soumettre le formulaire chaque fois.

Le D<sup>r</sup> George a déclaré qu'il prenait lui aussi des notes de ses conversations avec le répartiteur et la personne à contacter. Toutefois, lorsqu'il décidait de ne pas accepter un cas d'investigation sur un décès, il ne conservait pas ses notes. Il ne savait pas que le BCC jugeait obligatoire la conservation des notes, même pour les cas non acceptés pour une investigation sur le décès. Le D<sup>r</sup> George a dit qu'il consultait la FDSC au moment de déterminer s'il allait accepter d'enquêter sur un décès, mais qu'il ne remplissait pas le formulaire et ne le soumettait pas au CRP. Il comprend que la soumission du formulaire était recommandée dans les directives du BCC, mais il croyait que l'objectif était de rembourser aux coroners le temps consacré à cette évaluation.

#### 4. La surveillance

Le Centre de répartition provincial n'avise ni le BCC, ni les CRP des appels qu'il fait aux coroners locaux, ni des décisions que prennent les coroners au sujet des investigations sur les décès. Par conséquent, à moins que le coroner soumette la formule de données sur la sélection du cas (FDSC), ni le BCC ni le CRP ne sont au courant des décisions des coroners de décliner un cas ni ne peuvent les passer en revue ou exercer une surveillance à cet égard.

Le D<sup>r</sup> Mann a déclaré que, lorsqu'une FDSC est envoyée au bureau de London, il la consulte et communique avec le coroner qui l'a soumise s'il a des questions ou s'il a besoin d'informations complémentaires. Dans le cadre de ce processus d'examen, il a parfois été amené à demander à un coroner d'effectuer une investigation sur un décès qu'il avait d'abord déclinée. Il a toutefois confirmé que cette intervention ne se produisait pas souvent. Dans certains cas, les coroners locaux demandent l'avis de leurs CRP avant de prendre la décision d'accepter ou de refuser un cas, mais le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré que de telles demandes étaient rares. Le D<sup>r</sup> Mann a témoigné qu'il prodiguait de tels conseils aux coroners et qu'il considérait cela comme faisant partie du rôle de supervision du CRP.

## D. Les modifications du système de notification

Le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré dans son témoignage que le BCC est en train de mettre en place un nouveau système informatique virtuel qui sera intégré au logiciel de répartition assistée par ordinateur I /RAO. Ce nouveau système permettra aux coroners d'avoir accès aux informations et de les saisir sur les lieux. Les coroners devront également sélectionner un type de cas et, le moment venu, remplir le modèle correspondant à ce cas. À long terme, ces formulaires faciliteront la collecte systématique d'informations.

À l'étape de la sélection des cas, le nouveau système informatique obligera les coroners à documenter les raisons pour lesquelles ils ont accepté ou non chaque cas lors d'une investigation sur le décès. Le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré que cette exigence devrait répondre aux préoccupations actuelles concernant le fait que les coroners ne soumettent pas de FDSC lorsqu'ils décident de ne pas mener d'investigation sur le décès. Avec un ensemble complet de modèles de cas générés par le nouveau système informatique, il devrait être possible d'analyser les paramètres utilisés par divers coroners et, si nécessaire, d'évaluer le processus d'acceptation des cas de chaque coroner.

## V. Les étapes des investigations sur les décès dans les foyers de SLD

Le BCC a rédigé le *Manuel d'investigation du coroner* afin d'informer et d'aider les coroners dans leurs investigations sur les décès. Ce document électronique comporte plusieurs chapitres qui donnent un aperçu de la manière dont les investigations doivent être conduites et intègre les politiques et les procédures établies par le BCC.

Le chapitre 11 du Manuel porte sur la conduite des investigations sur les décès dans les foyers de SLD. Il ordonne aux coroners de considérer les résidents des foyers de SLD comme une population vulnérable. Bien que « la grande majorité de leurs décès ne soient pas compliqués, le coroner doit être ouvert à la possibilité de blessures, de mauvais traitements et de négligence, comme dans une investigation sur le décès d'un enfant ou d'un autre membre vulnérable de la société. »

Dans son témoignage, le D<sup>r</sup> Huyer a évoqué de nombreuses raisons pour lesquelles les personnes vivant dans des foyers de SLD devraient être considérées comme une population vulnérable : elles peuvent avoir une capacité physique limitée ou des déficiences cognitives limitant leur capacité de communiquer, ou être exposées à un risque plus élevé de préjudice à cause de l'isolement. Il a confirmé que l'approche habituelle d'une investigation sur le décès dans un foyer de SLD consistait à se rendre au foyer, à examiner le corps du défunt, à consulter son dossier médical et à parler à la famille et éventuellement aux professionnels de la santé qui y travaillent. On s'attend à ce que les coroners s'assurent de bien comprendre les circonstances de la mort.

## **A. La présence dans les foyers de SLD**

Une fois que le coroner accepte de mener une investigation sur un décès survenu dans un foyer de SLD, il doit se rendre au foyer dans un délai raisonnable pour examiner le cadavre. Les directives concernant les investigations sur les décès prévoient que le coroner doit lancer un mandat de prise de possession du corps d'un défunt au début de l'investigation ou dès que possible. Ce mandat établit le pouvoir du coroner de mener l'investigation sur le décès et de disposer de la compétence exclusive pour enquêter sur le décès.

## **B. L'examen des dossiers et la discussion avec la famille**

Les coroners doivent examiner les dossiers médicaux du résident de foyer SLD décédé. Selon le D<sup>r</sup> Huyer, la consultation des dossiers dépend des circonstances du décès. Il n'existe aucun ensemble standard de dossiers que les coroners doivent consulter dans tous les cas. Au cours de sa pratique à titre de coroner local, le D<sup>r</sup> Huyer consultait, au minimum, les deux derniers examens trimestriels du défunt, les demandes d'assistance, les médicaments et les dossiers des jours précédant le décès. Dans certains cas, il demandait des éclaircissements à la famille ou aux prestataires de soins.

Le *Manuel d'investigation du coroner* demande aux coroners de préciser les points suivants lors d'une investigation sur un décès survenu dans un foyer de SLD :

- la date à laquelle le défunt a été admis dans le foyer de SLD;



- si le décès est le résultat d'une blessure (par exemple, des complications à la suite d'une fracture de la hanche), la date et les circonstances de la blessure (notamment si le défunt est tombé ou a été poussé et qu'il y a eu des témoins);
- tous les rapports d'incidents pertinents (notant qu'ils peuvent être conservés séparément du dossier médical et rappelant au coroner de demander à l'infirmier ou à l'administrateur de les fournir);
- si la personne décédée faisait l'objet de moyens de contention physique et, dans l'affirmative, les détails de cette mesure de contention (type, durée, lien avec les événements ayant conduit au décès, etc.);
- si la famille a des préoccupations au sujet du décès, ou en particulier des soins fournis en rapport avec le décès. On peut lire en caractères gras dans le *Manuel d'investigation du coroner* : « Parlez à la famille! »

Le Dr Huyer a réitéré l'importance pour les coroners de parler du défunt aux membres de la famille, à la fois pour expliquer leur intervention et pour obtenir des renseignements qui pourraient affecter l'investigation sur le décès.

## C. L'examen du registre des décès

Les foyers de SLD ont l'obligation de tenir un registre des décès à jour. Ce dernier doit indiquer le décès de chaque résident, quel que soit le lieu du décès, et préciser si un ADPE a été envoyé au BCC. Le BCC a envoyé une note de service aux foyers de SLD expliquant cette exigence. Il a également créé le document de « décès des résidents » ou « registre des transferts » que les foyers de SLD peuvent utiliser comme registre de décès. Cependant, aucun formulaire particulier n'est obligatoire à cet effet.

Le *Manuel d'investigation du coroner* demande aux coroners de consulter le registre des décès lors de chaque investigation sur un décès dans un foyer de SLD. On s'attend à ce qu'ils notent dans le registre qu'ils ont enquêté sur le décès, de sorte que les coroners suivants soient informés des décès qui ont fait l'objet d'une investigation du coroner. Le but de cet examen est de déceler tout regroupement de décès, comme une augmentation du nombre de décès par mois ou une augmentation des décès d'un type précis. L'autre objectif consiste à identifier tous les décès précédents qui auraient dû être signalés aux fins d'une investigation du coroner, mais ne l'ont pas été, comme un décès des suites d'une blessure.

Le D<sup>r</sup> Huyer a expliqué les limites de cet examen : des problèmes relatifs à l'exactitude et à l'exhaustivité du registre des décès ont rendu difficile la détection des tendances et des profils. Il a aussi souligné que les coroners de la province appliquaient différentes normes dans la tenue du registre : certains demandaient que le personnel du foyer de SLD remédie aux lacunes qu'ils avaient repérées, mais d'autres n'appliquaient pas un tel niveau de minutie et rigueur. De plus, les coroners locaux qui ont témoigné ont expliqué que, d'après leur expérience, le personnel des foyers de SLD ne remplissait généralement pas la partie intitulée « Nombre moyen de décès par mois dans cet établissement » et « Nombre moyen de transferts par mois dans cet établissement » (voir ci-dessous).

## D. L'examen du défunt

Le D<sup>r</sup> Huyer a expliqué que le coroner local devait procéder à un examen complet du cadavre. Le but de cet examen est d'évaluer l'état général du corps, y compris l'apparence, les blessures éventuelles, les signes de problèmes liés aux soins, le niveau d'hygiène et l'environnement général de la pièce. On cherche à brosser un tableau le plus complet possible des conditions de vie du défunt.

Lors de l'examen du corps d'un défunt dans un foyer de SLD, le *Manuel d'investigation du coroner* demande aux coroners de porter une attention particulière aux caractéristiques propres aux personnes âgées :

- hydratation et état nutritionnel (en notant que les signes de déshydratation et d'émaciation requièrent une interprétation différente chez une personne décédée qui avait refusé d'avalier de la nourriture et de l'eau dans les derniers jours);
- présence, localisation et profondeur des ulcères de décubitus (et, le cas échéant, consultation du dossier pour déterminer s'ils ont été reconnus et traités de manière appropriée);
- présence et localisation des contractures de flexion;
- signes de blessure;
- ecchymoses (et si elles correspondent aux chutes par rapport aux blessures infligées);
- signes du recours à des moyens de contention.

## E. Déterminer s'il faut ordonner une autopsie

L'article 28 de la *Loi sur les coroners* confère aux coroners le pouvoir législatif de décerner un mandat enjoignant à un pathologiste de procéder à une autopsie. Les investigations sur les décès ne comportent pas toutes une autopsie, et celles-ci sont rares dans les cas de décès de résidents dans des foyers de SLD. Seulement 8 à 9 % des investigations sur les décès dans les foyers de SLD impliquent une autopsie, contre 40 % en général.

Le coroner détermine toujours si une autopsie devrait faire partie de l'investigation sur un décès. Premièrement, le coroner évalue si une autopsie est nécessaire; par exemple, lorsque le mode ou les circonstances apparentes du décès pointent vers un homicide ou une suspicion criminelle<sup>8</sup>. Si le décès ne se situe pas dans une catégorie qui exige une autopsie, le coroner devrait déterminer si une autopsie aiderait à en élucider les circonstances, en particulier si certaines questions ne peuvent être résolues que par une autopsie, p. ex. l'identité du défunt ou la cause ou le mode de décès.

Le BCC a rédigé les directives de bonnes pratiques pour aider les coroners à décider du bien-fondé d'une autopsie. Les directives prévoient que :

- dans la majorité des investigations sur les décès, une autopsie n'est pas nécessaire. Une collecte minutieuse des faits et un examen du cadavre suffisent;
- il suffit généralement aux coroners locaux d'exercer leur jugement clinique quant à la cause du décès, en fonction de la prépondérance des probabilités;
- chaque cas est unique, les directives ne remplacent pas le jugement clinique. De plus, les coroners locaux devraient discuter des cas complexes ou problématiques avec leurs CRP.

Le BCC a également créé l'outil de décision relative aux ordonnances d'autopsie, un cadre destiné à aider les coroners à décider si une autopsie est nécessaire. Le D<sup>r</sup> Huyer a expliqué qu'il s'agit d'un autre guide pour faciliter la réflexion des coroners au sujet de cette décision.

---

<sup>8</sup> L'outil de décision relative aux ordonnances d'autopsie précise qu'il est obligatoire de pratiquer l'autopsie d'un adulte dans les cas d'homicide, de suspicions criminelles, d'une investigation de l'UES et susceptibles de faire l'objet d'une enquête.

Lorsque les coroners ordonnent une autopsie, les directives prévoient qu'ils sont tenus de remplir le mandat enjoignant une autopsie. Ce mandat donne au pathologiste l'autorisation légale de pratiquer l'autopsie.

## **F. Les mesures supplémentaires que peuvent prendre les coroners**

Si les coroners estiment que des dossiers ou écrits relatifs à la personne décédée ou à sa situation, des documents ou encore l'accès à un lieu sont nécessaires à leur investigation sur le décès, l'article 16 de la *Loi sur les coroners* leur confère des pouvoirs d'investigation supplémentaires. Plus précisément, ils peuvent examiner tout document ou écrit relatif au défunt et en extraire des renseignements, et saisir tout ce qui, pour des motifs raisonnables, leur semble avoir de l'importance pour l'investigation. De plus, les coroners peuvent délivrer un pouvoir du coroner de pénétrer dans les lieux et de les inspecter pendant une investigation pour avoir accès à tout endroit où le corps se trouve ou s'est trouvé, ou à tout endroit où se trouvait le défunt avant son décès.

## **G. Déterminer la cause et le mode de décès, et documenter le rapport d'investigation du coroner**

Les coroners sont légalement tenus de déterminer la cause et le mode de décès, mais leurs décisions peuvent être éclairées par les résultats d'une autopsie (si elle est pratiquée). La décision ultime incombe dans chaque cas au coroner. Pour ce faire, les coroners appliquent la « prépondérance des probabilités ». Le D<sup>r</sup> Huyer a décrit cette norme comme suit : chaque coroner se forge une opinion raisonnable de la cause la plus probable du décès d'après les résultats de l'investigation. Le D<sup>r</sup> Mann a décrit la « prépondérance des probabilités » comme étant celle où « une interprétation ou une réponse est plus probable qu'une autre ».

La cause du décès comprend la cause directe et toute cause antécédente intermédiaire ou sous-jacente, ainsi que toute autre affection importante ayant contribué au décès, mais n'ayant aucun lien avec l'affection qui l'a provoquée.

En ce qui concerne le mode de décès, il n'existe que cinq catégories potentielles :

- naturel : d'un processus pathologique quelconque ou d'une complication de cette maladie;

- accident : décès dû à un événement externe qui n'avait pas été reconnu comme pouvant entraîner la mort (p. ex. accident de la route, chute, toxicité d'un médicament);
- suicide : acte intentionnel commis par une personne qui savait que la conséquence probable était la mort;
- homicide : mort d'une personne à la suite des actes d'une autre personne;
- indéterminé : cas où le coroner, selon la prépondérance des probabilités, ne peut identifier l'une des autres catégories comme étant le mode de décès.

À la fin d'une investigation sur le décès, chaque coroner doit remplir un rapport d'investigation du coroner (formulaire 3) – le résumé permanent et le compte rendu officiel de l'investigation sur le décès, indiquant la cause et le mode. Ce rapport (qui peut être préliminaire ou final) devrait être soumis dans les 30 jours suivant le décès et doit être soumis dans les 60 jours. Si le premier rapport est préliminaire parce qu'on attend des informations, le rapport final doit être soumis dans les 30 jours suivant la réception de tous les rapports subsidiaires nécessaires (rapport d'autopsie, rapport de toxicologie, etc.). Le rapport d'investigation du coroner est considéré comme final une fois que l'investigation a établi la cause médicale et le mode de décès et qu'aucune autre analyse ou investigation n'est nécessaire.

Chaque rapport d'investigation du coroner devrait comprendre un texte récapitulatif des étapes suivies par le coroner lors de l'investigation sur le décès, ainsi qu'une analyse. Le D<sup>r</sup> Huyer a expliqué que le récit devrait inclure la compréhension du cas par le coroner, les antécédents médicaux du défunt, les événements ayant conduit à l'investigation, les préoccupations éventuelles de la famille et les résultats de l'investigation.

La surveillance par les CRP comprend l'examen et la signature de tous les rapports d'investigation du coroner rédigés par les coroners dans leur territoire de compétence. Le D<sup>r</sup> Mann a décrit les étapes qu'il a suivies au bureau de London :

- Consulter le rapport d'investigation du coroner et tous les autres renseignements fournis (éventuellement un rapport d'autopsie, des rapports de police, du commissaire des incendies ou du ministère du Travail; ainsi que des dossiers médicaux). Il a confirmé que les ADPE ne sont pas examinés dans le cadre de ce processus.

- Déterminer si le rapport d'investigation du coroner est conforme aux normes internes (p. ex. révision du document, au besoin, pour corriger des fautes de frappe ou supprimer des informations superflues), et si la cause du décès sur le rapport est conforme à la classification internationale des décès utilisée par le Bureau du registraire général pour les des certificats médicaux de décès. Cette vérification est importante, car la cause du décès figurant dans le rapport d'investigation du coroner sera la même que celle qui figure sur le certificat médical de décès (formulaire 16). Après avoir terminé une investigation sur un décès, les coroners doivent remplir le certificat médical de décès du défunt, qui en précise la cause<sup>9</sup>.
- Déterminer si le rapport d'investigation du coroner « a du sens » – tant sur le plan médical que sur le plan du bon sens – à la lumière des informations recueillies dans le cadre de l'investigation sur le décès. Le D<sup>r</sup> Mann a expliqué qu'il se demandait si la cause du décès découlait logiquement des informations fournies et si elle semblait juste selon la prépondérance des probabilités. Il téléphone parfois au coroner local s'il a des questions à la suite de cette étape.
- Finaliser certaines étapes administratives : estampiller une copie papier du rapport d'investigation du coroner contenant ses modifications manuscrites et la remettre à un assistant, qui saisit les modifications dans le système électronique et ferme le dossier.

La section Qualité et information de la Direction générale des services opérationnels (le service de soutien du BCC/SMLO) réalise également des vérifications aléatoires des rapports d'investigation du coroner afin d'assurer le contrôle de la qualité. Ces vérifications sont généralement plus procédurales que substantives : elles portent sur la forme et le contenu plutôt que de constituer un contrôle indépendant de l'exactitude.

---

<sup>9</sup> Affidavit du D<sup>r</sup> Dirk Huyer, par. 83. Le formulaire 16 est aussi rempli afin de se conformer à l'obligation légale énoncée à l'article 18(1) de la *Loi sur les coroners*, précisant que si le coroner juge qu'une investigation n'est pas nécessaire, il « envoie dès que possible au registraire de division de l'état civil un avis de décès rédigé selon la formule prescrite par la *Loi sur les statistiques de l'état civil* ».

## H. Les statistiques relatives aux investigations sur les décès dans les foyers de SLD

Le tableau 14.2 indique le nombre d'investigations sur les décès menées dans des foyers de SLD depuis 2007 et le nombre de celles impliquant des autopsies.

**Tableau 14.2 : Investigations sur les décès dans les foyers de SLD en Ontario, 2007-2017**

ANNÉE	INVESTIGATIONS SUR LES DÉCÈS	AUTOPSIES
2007	3 326	160
2008	3 117	111
2009	2 907	111
2010	3 045	84
2011	2 971	77
2012	2 665	81
2013	2 031	77
2014	905	67
2015	927	81
2016*	943	91
2017*	886	86

\*Les années 2016 et 2017 contiennent des chiffres préliminaires qui peuvent changer une fois l'année statistique terminée.

Source : Compilé par la Commission.

Les D<sup>rs</sup> Huyer et Mann ont surtout attribué la diminution importante du nombre d'investigations sur les décès dans les foyers de SLD depuis 2013 à l'élimination des investigations sur les décès s'inscrivant dans un seuil. Le D<sup>r</sup> Huyer a convenu que ce changement avait entraîné une diminution importante de la présence physique des coroners dans les foyers de SLD. Cependant, il ne croit pas que les investigations sur les décès s'inscrivant dans un seuil étaient efficaces ou favorisaient la sécurité publique.

Le tableau 14.3 indique le nombre d'investigations sur les décès dans les foyers de SLD de la région du bureau de London. En pourcentage de l'ensemble des investigations sur les décès, les investigations sur les décès dans les foyers de SLD ont considérablement diminué.

**Tableau 14.3 : Investigations sur les décès dans les foyers de SLD de la région du bureau de London, 2007-2016**

<b>ANNÉE</b>	<b>DÉCÈS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE INVESTIGATION</b>	<b>DÉCÈS DANS LES FOYERS DE SLD AYANT FAIT L'OBJET D'UNE INVESTIGATION</b>	<b>% D'INVESTIGATIONS SUR LES DÉCÈS LIÉS À DES FOYERS DE SLD</b>
2007	2 831	585	20,66
2008	2 458	505	20,55
2009	2 323	427	18,38
2010	2 429	457	18,81
2011	2 259	507	22,44
2012	2 380	450	18,91
2013	2 350	302	12,85
2014	2 027	137	6,76
2015	2 056	129	6,27
2016	2 187	151	6,90

Source : Compilé par la Commission.

Comme le montre le tableau 14.2, les investigations sur les décès dans les foyers de SLD sont rares et très peu d'entre elles impliquent une autopsie. Dans l'ensemble, environ 40 % des investigations sur les décès incluent une autopsie, comparativement à 8 ou 9 % des investigations sur les décès des résidents de foyers de SLD. Le D' Pollanen a attribué cette sous-représentation à deux facteurs : premièrement, les nombreux obstacles à l'accès auxquels se heurtent les personnes âgées, dans la vie comme dans la mort; et, deuxièmement, l'âge des résidents des foyers de SLD et la fréquence des maladies liées à l'âge ont tendance à faire entrer leur décès dans la catégorie des décès « naturels ». Cela signifie qu'ils sont moins susceptibles d'attirer l'attention du système d'investigation sur les décès et d'entraîner une autopsie.

Le tableau 14.4 indique le nombre d'investigations sur les décès et d'autopsies réalisées dans les foyers de SLD dans lesquels Wettlaufer a commis ses crimes.



**Tableau 14.4 : Investigations sur les décès et autopsies dans les foyers de SLD où travaillait Wettlaufer, 2007-2017**

	CARESSANT CARE		MEADOW PARK		TEFLER PLACE	
	Investigations sur les décès	Autopsies	Investigations sur les décès	Autopsies	Investigations sur les décès	Autopsies
2007	23	2	5	0	3	0
2008	9	0	13	0	2	0
2009	8	2	7	0	3	0
2010	7	0	4	0	1	0
2011	12	1	6	0	3	0
2012	9	0	4	0	1	0
2013	8	0	3	0	1	0
2014	3	0	4	2	0	0
2015	0	0	0	0	0	0
2016	2	2	1	0	4	0
2017	0	0	1	0	1	0

Source : Compilé par la Commission.

## VI. Lorsqu'une investigation sur un décès comprend une autopsie

Si, après son investigation, le coroner est incapable de déterminer la cause du décès, il fait appel à un médecin légiste pour pratiquer une autopsie médico-légale. Le but de l'autopsie est de fournir une opinion d'expert sur la cause du décès. Le *Manuel de pratique des pathologistes de 2014*, qui comprend les Directives concernant les examens médico-légaux post mortem, énonce les tâches du pathologiste dans la réalisation d'une autopsie médico-légale :

- voir ou évaluer les scènes au besoin avant ou après l'autopsie;
- procéder à l'autopsie médico-légale conformément au mandat enjoignant une autopsie;
- obtenir l'aide de toute personne nécessaire pour effectuer l'autopsie et effectuer d'autres examens et analyses;

- effectuer – ou ordonner à toute personne (autre qu'un coroner) d'effectuer – les examens et les analyses qu'il juge appropriés;
- fournir un avis professionnel indépendant et impartial sur la cause et le mécanisme du décès et sur d'autres questions médico-légales relevant du domaine de la médecine légale et de la pathologie générale;
- communiquer les résultats préliminaires au médecin légiste en chef, au coroner et aux enquêteurs, s'il y a lieu;
- fournir un rapport final de l'autopsie et de tout autre examen ou analyse au coroner, au coroner régional et au médecin légiste en chef;
- fournir une expertise au système des coroners ou au système juridique.

Bien que la *Loi sur les coroners* stipule que les coroners et les pathologistes peuvent demander des analyses toxicologiques dans le cadre d'une investigation sur un décès, le D<sup>r</sup> Pollanen a expliqué qu'à son avis, les meilleures pratiques consisteraient à faire appel à un pathologiste pour déterminer quelles analyses toxicologiques (le cas échéant) conviendraient. L'une des coroners qui ont témoigné, la D<sup>re</sup> Elizabeth Urbantke, a dit qu'elle appelait normalement un pathologiste pour discuter du cas une fois qu'elle avait décidé de demander une autopsie et que, dans certains cas, elle avait demandé conseil à un pathologiste avant de prendre cette décision. Dans ces situations, elle appelait d'abord le CRP.

## A. Déterminer la portée de l'autopsie

Lorsque les pathologistes participent à une investigation sur un décès, ils doivent d'abord déterminer la portée de l'autopsie et la méthode à privilégier pour la pratiquer. Selon le cas, ils peuvent tenir compte des examens internes et externes, des résultats toxicologiques, des analyses de laboratoire supplémentaires, des dossiers médicaux et de toute autre donnée pertinente. Pour déterminer la portée de l'autopsie, le pathologiste évaluera :

- si une autopsie complète devrait être effectuée ou si une autopsie limitée conviendrait;
- s'il faut prélever ou soumettre des échantillons toxicologiques;
- s'il y a lieu d'effectuer une ou des analyses supplémentaires.

Les autopsies complètes comprennent l'examen externe et interne du défunt, tandis que les autopsies limitées consistent uniquement en un examen externe. Les pathologistes ont le pouvoir discrétionnaire d'effectuer des autopsies limitées, après en avoir discuté avec le coroner et le CRP, lorsque

la cause du décès est évidente d'après l'examen externe ou les antécédents, et lorsque l'examen externe n'a révélé aucun résultat imprévu<sup>10</sup>. Dans son témoignage, le D<sup>r</sup> Pollanen a indiqué que très peu d'autopsies n'impliquent que des examens externes<sup>11</sup>.

Les examens externes comprennent l'examen et la consignation des vêtements et des effets personnels, de la longueur et du poids du cadavre et des caractéristiques d'identification (p. ex. couleur des cheveux, cicatrices et tatouages, présence ou non de dents). De plus, les pathologistes examinent systématiquement la tête, le cou, le torse, les extrémités, les mains, les doigts, les organes génitaux externes et le périnée et consignent tout résultat positif (y compris les signes de maladie).

Les examens internes comprennent la dissection et l'examen de la tête, du cerveau, des organes thoracoabdominaux, des organes cervicaux et de tous les principaux organes et tissus. La technique précise est laissée à la discrétion du pathologiste<sup>12</sup>.

Le D<sup>r</sup> Pollanen a expliqué que, pour déterminer la portée de l'autopsie, les pathologistes devraient obtenir « le plus d'informations possible » – normalement du coroner et de la police. Les pathologistes peuvent également avoir besoin d'accéder aux dossiers médicaux pertinents, qui peuvent être obtenus par l'entremise du coroner.

---

<sup>10</sup> Affidavit du D<sup>r</sup> Michael Pollanen, par. 65. Voir aussi l'affidavit du D<sup>r</sup> Michael Pollanen, par. 66, qui prévoit que les directives de pratique applicables ordonnent également aux médecins légistes de ne pas effectuer un examen limité lorsqu'il s'agit de faire une distinction entre une maladie et la cause toxicologique du décès. Ces cas nécessitent des autopsies complètes avec examen interne par dissection.

<sup>11</sup> Témoignage du D<sup>r</sup> Michael Pollanen, transcription, le 23 juillet 2018, p. 4992. À Toronto, le SMLO a accès à des techniques d'imagerie de pointe, y compris la tomодensitométrie et l'IRM, de sorte que dans certains cas, la technologie d'imagerie peut être utilisée pour limiter la dissection du cadavre ou y renoncer.

<sup>12</sup> Affidavit du D<sup>r</sup> Michael Pollanen, par. 63. Les directives de pratique fournissent une liste de cas qui nécessitent presque toujours un examen interne, y compris tous les décès soudains et inattendus chez les nourrissons, les enfants et les jeunes adultes (définis comme étant pour la plupart âgés de moins de 40 ans); tous les homicides et les décès suspects sur le plan criminel; les décès probablement attribuables à une consommation abusive de drogue et d'alcool, dont le décès imprévu dans le cadre de l'alcoolisme chronique; tous les décès imprévus qui sont probablement reliés aux complications de l'intervention thérapeutique ou soulevant l'inquiétude du coroner quant à la qualité des soins de santé. Voir Affidavit du D<sup>r</sup> Michael Pollanen, par. 64.

## B. La collecte et la soumission des échantillons

Les Directives concernant les examens médico-légaux post mortem énoncent les échantillons de base qui doivent être prélevés par les pathologistes ou les médecins légistes pour toute autopsie médico-légale, notamment le sang cardiaque, le sang périphérique (fémoral) et l'urine, lorsque c'est possible. D'autres échantillons peuvent être prélevés à la discrétion du pathologiste; par exemple, du liquide vitreux (le liquide qui maintient le globe oculaire rond), et certains morceaux de tissus et de cheveux pour des analyses spéciales.

Ces échantillons peuvent être soumis à des analyses toxicologiques. Si ce n'est pas le cas, ils sont conservés à l'Unité provinciale de médecine légale pendant une période maximale de deux ans<sup>13</sup>. Bien que certains prélèvements d'échantillons soient obligatoires, leur analyse toxicologique n'est obligatoire que dans certains cas (homicide, décès subit ou inattendu d'un enfant de moins de cinq ans, collision routière mortelle, décès attribuable à un accident d'avion ou à un incendie) et est par ailleurs laissée à la discrétion de chaque pathologiste. Les Directives concernant les examens médico-légaux post mortem stipulent que l'analyse toxicologique n'est pas requise pour toutes les autopsies et ne devrait être demandée que si elle est nécessaire pour déterminer la cause du décès ou pour résoudre une question médico-légale pertinente. Dans son témoignage, le D<sup>r</sup> Pollanen a indiqué que la décision de soumettre un échantillon pour analyse est fondée sur l'historique du cas et les résultats de l'autopsie.

Les pathologistes demandent des analyses toxicologiques dans environ 3 600 investigations de décès par année, soit environ 50 % des autopsies effectuées par les pathologistes du SMLO. L'analyse est effectuée par le Centre des sciences judiciaires, une direction de la Division de la sécurité publique du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. Le Centre des sciences judiciaires exerce ses activités au même endroit que l'UPML et le BCC à Toronto, mais, en tant qu'entité distincte, il ne relève pas du médecin légiste en chef.

---

<sup>13</sup> Affidavit du D<sup>r</sup> Michael Pollanen, par. 68. L'analyse toxicologique est requise pour tous les homicides, les décès soudains et inattendus de nourrissons et d'enfants de moins de cinq ans, les décès survenus en milieu de travail soumis à une investigation obligatoire, les collisions mortelles de véhicules automobiles, les décès attribuable à un accident d'avion et les décès liés aux incendies (voir le paragraphe 74). Voir aussi le Règlement 180 en vertu de l'article 9 de la *Loi sur les coroners*, qui établit les périodes de conservation des échantillons de tissus et des liquides organiques.

Lorsque les pathologistes soumettent des échantillons toxicologiques au Centre des sciences judiciaires, ils doivent fournir suffisamment de renseignements sur le cas pour permettre au toxicologue judiciaire de décider du type ou de la portée des analyses à effectuer. Le SMLO a élaboré des menus d'analyses que les pathologistes peuvent cocher pour demander que des analyses particulières soient effectuées par le toxicologue en fonction des circonstances connues de la mort. Parmi les exemples de menus figurant dans la liste, mentionnons une surdose soupçonnée de drogue, un décès par incendie ou lié au monoxyde de carbone, un décès suspect sur le plan criminel et un décès en détention ou sur un lieu de travail. Les pathologistes doivent choisir toutes les analyses qui peuvent s'appliquer au décès. De plus, ils peuvent consulter directement le toxicologue pour déterminer les analyses qu'il convient de demander.

On a demandé au D<sup>r</sup> Pollanen si les ressources ont joué un rôle dans la décision d'ordonner ou non des analyses toxicologiques. Il a expliqué que généralement, dans la pratique médicale, le diagnostic repose sur le jugement professionnel, la formation et l'expertise plutôt que sur les seules ressources. Selon ses dires : « Vous ne voulez pas faire un certain nombre d'analyses non pertinentes quand les informations dont vous disposez indiquent que le rendement sera très faible. »

### **C. L'histologie et les analyses de laboratoire supplémentaires**

Les pathologistes peuvent également, à leur discrétion, demander une analyse histologique (étude microscopique des tissus) pendant une autopsie. Les Directives concernant les examens médico-légaux post mortem stipulent que, dans les cas de décès résultant de causes naturelles, il faut recourir à l'histologie afin de fournir une documentation vérifiable des maladies ou des lésions mortelles.

Dans des cas particuliers, des analyses de laboratoire autres que l'histologie et la toxicologie peuvent également être demandées. Les analyses les plus courantes comprennent la microbiologie, la biochimie des liquides vitreux (p. ex. acidocétose diabétique) et les tests génétiques (p. ex. troubles du rythme cardiaque héréditaires soupçonnés chez les jeunes ou thrombophilies génétiques chez les jeunes ayant souffert d'une thrombo-embolie pulmonaire).

Du point de vue d'un pathologiste, la recherche de l'insuline est considérée comme une analyse de laboratoire plutôt qu'une analyse toxicologique parce que l'insuline est une substance naturellement présente dans l'organisme, et non une toxine. Le D<sup>r</sup> Pollanen explique que l'insuline n'a pas été incluse dans les menus d'analyses élaborés par le SMLO pour plusieurs raisons (comme expliqué ci-dessous).

## D. Détermination de la cause du décès

Lorsqu'un médecin légiste participe à une investigation sur un décès, il transmet son opinion sur la cause du décès au coroner. Le coroner est ultimement responsable de déterminer la cause du décès, laquelle est ensuite certifiée dans le rapport d'investigation du coroner et le certificat médical de décès.

Le D<sup>r</sup> Pollanen a expliqué que, parce que les pathologistes s'appuient sur la science et la médecine pour étudier un cas, les preuves sur lesquelles ils se basent pour déterminer la cause du décès diffèrent de celles du coroner ou du tribunal. Pour les médecins légistes, la cause du décès ne doit pas être spéculative; elle doit plutôt être fondée sur des preuves vérifiées ou vérifiables qui peuvent être validées ou corroborées de manière indépendante. Les pathologistes ne tiennent pas compte des aveux, des renseignements circonstanciels, ni des preuves par ouï-dire. Si la cause du décès ne peut être déterminée objectivement d'après les antécédents de la personne et les résultats de l'autopsie, les pathologistes doivent déclarer que la cause du décès est indéterminée.

Les coroners, en revanche, exercent une fonction quasi judiciaire relativement à la détermination de la cause du décès aux fins de la délivrance du certificat de décès. À ce titre, ils ne se limitent pas uniquement aux preuves scientifiques et médicales.

## E. Le rapport d'autopsie

Un rapport d'autopsie est préparé à la fin de chaque autopsie médico-légale. Par souci d'uniformité, le SMLO a élaboré des rubriques normalisées pour ces rapports. Ils doivent inclure tous les résultats d'analyse ainsi que le mandat enjoignant une autopsie. Une fois les rapports remplis, des exemplaires sont envoyés au coroner, au bureau du CRP et au médecin légiste en chef.

Tous les rapports d'autopsie sur les homicides, les cas suspects sur le plan criminel, les cas pédiatriques et les cas de l'Unité des investigations spéciales (UES) sont soumis à un examen par les pairs avant d'être transmis au coroner et à d'autres entités. L'exactitude administrative et technique de certains rapports des cas courants est vérifiée par les directeurs médicaux des unités régionales de médecine légale (URML) (cas courants dans leurs unités) ou par le médecin légiste en chef ou son représentant (cas courants dans les hôpitaux communautaires). Une vérification administrative examine l'exhaustivité du rapport et le respect des directives pour tous les rapports d'autopsie des hôpitaux communautaires et 10 % des rapports d'autopsie courants de l'URML. La vérification technique porte sur le contenu du rapport pour s'assurer que l'approche, les conclusions et les opinions sont appropriées et découlent des preuves. En général, 10 % des rapports d'autopsie courants font l'objet d'une vérification technique, y compris chaque rapport d'autopsie correspondant à trois catégories : les cas dont la cause de décès est indéterminée; les décès de personnes de moins de 40 ans non attribuables à un traumatisme ou à une cause toxicologique; les rapports des pathologistes effectuant moins de 20 autopsies par an.

## **F. Les autopsies dans les investigations sur les décès dans les foyers de SLD**

Dans la pratique, très peu d'investigations sur les décès de résidents de foyers de SLD entraînent une autopsie. En 2015, l'année la plus récente pour laquelle des statistiques définitives ont été établies, sur les 927 investigations sur les décès de résidents de foyers de SLD, 81 comprenaient des autopsies. Au cours de la même année, 15 023 investigations sur des décès ont été menées, dont 6138 ont donné lieu à des autopsies. Par conséquent, environ 1 % des autopsies médico-légales de cette année-là ont eu lieu dans le contexte des foyers de SLD.

Le Dr Pollanen a estimé que ces chiffres se situaient dans la fourchette du taux d'autopsie des personnes âgées décédées dans des circonstances similaires dans la collectivité.

## VII. Les difficultés liées à la détection post mortem de l'hypoglycémie

Après le décès, il est difficile de déceler l'hypoglycémie au moyen d'analyses en laboratoire. L'hypoglycémie survient lorsque le taux de glucose dans le sang d'une personne est trop bas. Le glucose sanguin est un sucre simple dont l'organisme a besoin comme source d'énergie. L'être humain produit naturellement deux substances qui stabilisent la glycémie : le glucagon et l'insuline.

L'insuline est une hormone qui abaisse le taux de glucose dans le sang, tandis que le glucagon est une hormone qui augmente le taux de glucose dans le sang. L'insuline synthétique est prescrite aux personnes qui ne produisent pas naturellement suffisamment d'insuline, comme les diabétiques, pour réguler correctement leur glycémie.

Le cerveau est vulnérable à une baisse de la glycémie. L'hypoglycémie peut être causée par de nombreux facteurs, notamment l'ingestion insuffisante de nourriture ou un surcroît d'exercice par rapport à la normale. D'autres causes cliniques plus importantes entrent aussi en jeu, comme certains types de tumeurs ou l'administration excessive d'insuline. Les symptômes de l'hypoglycémie légère comprennent la confusion, les tremblements, l'anxiété, l'accélération du rythme cardiaque, la faiblesse et la diminution du niveau de conscience. L'hypoglycémie grave peut entraîner une encéphalopathie hypoglycémique – dommages irréversibles au cerveau, suivis du coma et de la mort. Il n'existe actuellement aucun mécanisme permettant de diagnostiquer l'hypoglycémie à partir d'échantillons prélevés sur un cadavre. La glycémie chute rapidement après le décès (toutefois, selon l'endroit où l'échantillon de sang est prélevé, la glycémie peut en fait sembler plus élevée après le décès). Par conséquent, la glycémie n'est normalement pas mesurée lors des autopsies. Même si les analyses de la glycémie étaient effectuées dans l'heure suivant le décès, aucune information significative ne pourrait être obtenue.

De plus, le Centre des sciences judiciaires ne dispose pas actuellement des instruments ni du processus nécessaires pour effectuer des analyses de l'insuline. Le Dr Pollanen explique que si une analyse de l'insuline est demandée, le Centre doit envoyer l'échantillon à un laboratoire externe. À sa connaissance, cela n'arrive que rarement – peut-être une fois tous les deux ou trois ans.

Même si le Centre devait mettre au point une méthode et acquérir les instruments nécessaires pour mesurer l'insuline, l'insuline et ses analogues sont susceptibles de se dégrader, tant dans le cadavre que dans les échantillons stockés. Les échantillons devraient être prélevés sur le cadavre



le plus tôt possible après la mort et immédiatement congelés pour l'entreposage. Les échantillons de sang post mortem contiennent également des produits ou des artefacts qui peuvent affecter les résultats de ces analyses. Bref, les résultats de toute analyse pourraient ne pas répondre aux exigences criminalistiques en matière de reproductibilité et de fiabilité.

Lors de son témoignage, le D<sup>r</sup> Pollanen a indiqué qu'il existe d'autres défis pratiques liés à l'identification de l'hypoglycémie causée par l'administration d'insuline lorsqu'on procède à des analyses de laboratoire en Ontario. Les pathologistes prescrivent des analyses toxicologiques et de laboratoire uniquement lorsqu'ils ont des raisons de le faire et ils doivent trouver des indicateurs significatifs dans les antécédents médicaux de la personne décédée avant d'envisager de demander des analyses d'insuline dans le cadre d'une investigation sur un décès. De plus, comme ce fut le cas pour certaines des victimes des Infractions, les décès causés par l'administration d'insuline peuvent survenir plusieurs jours après l'administration de cette dernière, et ce laps de temps peut rendre la détection de l'insuline pratiquement impossible. Enfin, l'insuline est une substance produite naturellement par l'organisme. Bien qu'il soit possible de distinguer l'insuline naturelle de l'insuline synthétique, les changements qui surviennent après le décès peuvent rendre cette distinction difficile.

Le D<sup>r</sup> Pollanen a expliqué qu'un diagnostic d'hypoglycémie pourrait être corroboré ou posé grâce à une autopsie si la personne décédée souffrait d'encéphalopathie hypoglycémique – une affection qui peut entraîner des lésions distinctes, mais subtiles, des tissus du cerveau. Le D<sup>r</sup> Pollanen a toutefois déclaré que ce diagnostic ne peut être déterminé que par une dissection et une analyse minutieuses, habituellement en envoyant le cerveau chez un neuropathologiste.

Dans l'ensemble, le D<sup>r</sup> Pollanen a conclu qu'il était très peu probable, en l'absence d'autres renseignements qui justifieraient une investigation, qu'un pathologiste puisse détecter un décès causé par une hypoglycémie attribuable à une injection d'insuline. Même si 100 % des investigations sur les décès dans les foyers de SLD donnaient lieu à des autopsies, à moins qu'un décès en particulier ne soit présenté comme étant potentiellement lié à l'insuline, il est peu probable que les autopsies produisent des preuves qui pourraient mener à d'autres analyses toxicologiques ou de laboratoire. La plupart des résidents des foyers de SLD souffrent d'affections chroniques et potentiellement mortelles qui pourraient expliquer leur décès, et les coroners et pathologistes qui participent à l'investigation ne demanderaient probablement pas d'autres examens pour déterminer la cause du décès.

## VIII. Les mesures actuelles du BCC relatives aux victimes de Wettlaufer

### A. Réception de l'ADPE des victimes

L'intervention du BCC en ce qui concerne les victimes de Wettlaufer se limitait à recevoir les Avis de décès de patient en établissement (ADPE) des victimes qui sont décédées en foyers de soins de longue durée. Le BCC a également reçu les rapports d'investigation du coroner concernant deux des victimes qui ont fait l'objet d'une investigation sur le décès (expliqué ci-dessous). Ces documents auraient été traités par le BCC de la manière habituelle. Comme aucune des victimes de Wettlaufer n'a fait l'objet d'une autopsie, ni le SMLO ni aucun médecin légiste n'a été appelé au moment de leur décès.

En ce qui a trait aux huit victimes de meurtre, sept ADPE ont été soumis au BCC, mais l'un de ces formulaires ne peut être localisé pour le moment. Il semble qu'aucun ADPE n'ait été soumis pour Arpad Horvath, qui est décédé à l'hôpital en 2014, trois ans après que le BCC avait cessé de demander aux hôpitaux de soumettre des formulaires ADPE.

Des coroners locaux ont été contactés au sujet de trois des victimes : James Silcox (août 2007), Wayne Hedges (janvier 2009) et Maureen Pickering (mars 2014). Deux de ces décès ont donné lieu à des investigations.

### B. James Silcox

#### 1. L'ADPE

M. Silcox est décédé à Caressant Care (Woodstock) le 12 août 2007, à la suite de ce que nous savons maintenant être l'administration fatale d'insuline par Wettlaufer le soir du 11 août 2007. Au printemps de la même année, M. Silcox avait été victime d'un accident vasculaire cérébral, ce qui l'avait amené à passer quatre mois à l'hôpital. Peu après son admission à Caressant Care (Woodstock) le 25 juillet 2007, il est tombé et s'est fracturé la hanche droite, et il a subi une intervention chirurgicale de réparation à l'Hôpital général de Woodstock le 4 août 2007. Il est retourné à Caressant Care (Woodstock) le 10 août 2007 et est décédé deux jours plus tard.

Dans l'ADPE que Wettlaufer a rempli le jour du décès de M. Silcox, elle a coché « oui » pour deux des questions du formulaire : « Décès accidentel? » et « Le décès est-il soudain et imprévu? » L'écriture manuscrite sur l'ADPE indique

que le formulaire a été télécopié au BCC le 12 août 2007. L'ADPE indique que le coroner local qui a été contacté au sujet du décès de M. Silcox était le D<sup>r</sup> William George.

## 2. L'investigation sur le décès menée par le D<sup>r</sup> George

Tôt le matin du 12 août 2007, à 5 h 15, le D<sup>r</sup> George a été avisé du décès de M. Silcox par le service de permanence téléphonique des coroners.

Le D<sup>r</sup> George pratique la médecine familiale et possède une formation supplémentaire en anesthésie et en dermatologie. Depuis sa nomination au poste de coroner en 2004, il a travaillé à temps partiel en plus de sa pratique médicale. Dans son témoignage, le D<sup>r</sup> George a indiqué qu'il n'avait aucun souvenir personnel de l'investigation qu'il avait menée sur la mort de M. Silcox. Il a témoigné en se fondant sur sa pratique générale et sur son examen des dossiers.

Le D<sup>r</sup> George a déclaré que lorsque le Centre de répartition provincial (ou, avant 2011, la permanence téléphonique des coroners) l'a contacté au sujet d'un décès, il lui a donné le nom et la date de naissance du défunt ainsi que les coordonnées de la personne qui a déclaré le décès. Il aurait alors pu consulter les dossiers de l'hôpital ou de l'équipe de santé familiale s'il avait pu y accéder électroniquement par l'entremise de son cabinet médical, mais il n'aurait pas eu accès aux dossiers des patients en foyers de SLD. Je note qu'à l'étape de la consultation préliminaire, les coroners n'ont pas l'autorisation légale d'accéder aux dossiers médicaux de la personne décédée, mais les deux coroners locaux qui ont témoigné aux audiences publiques ont dit qu'ils y avaient accès, lorsque les dossiers étaient accessibles électroniquement, pour aider à éclairer leur décision. Le D<sup>r</sup> Huyer a déclaré qu'il serait utile que les coroners, les coroners régionaux principaux et le BCC aient accès à ces dossiers pour aider le système d'investigation, à condition de respecter les paramètres de protection de la vie privée. Cet accès est autorisé depuis les modifications apportées à la *Loi sur les coroners* le 26 mars 2019.

Le D<sup>r</sup> George a déclaré qu'il a ensuite communiqué avec la personne ayant rempli l'ADPE pour obtenir un résumé des circonstances du décès ainsi que les antécédents médicaux du défunt, ses médicaments et son niveau de fonctionnement antérieur. Lorsqu'un résident d'un foyer de SLD décédait, le D<sup>r</sup> George posait des questions sur la dernière maladie ou les derniers jours, pour avoir une idée de ce qui s'était passé et pour essayer de déterminer si le décès était attendu. Le D<sup>r</sup> George a également demandé à la personne ayant rempli l'avis à quelles questions elle avait répondu par l'affirmative.

Le D<sup>r</sup> George a déterminé qu'une investigation sur le décès était justifiée, car le décès de M. Silcox pouvait avoir été accidentel, compte tenu des antécédents de la chute et de la fracture qui a suivi. Le D<sup>r</sup> George a accepté de mener une investigation sur le cas et il est arrivé à Caressant Care (Woodstock) à 6 h 45.

Le D<sup>r</sup> George a expliqué que sa pratique générale consistait à se rendre dans le service du foyer de SLD où le décès s'était produit et à prononcer le décès, si cela n'avait pas été fait. Il procédait ensuite à un examen du corps, en notant la position et l'habillement de la personne ainsi que son état nutritionnel général, sa lividité (couleur), sa rigidité (raideur) et sa température corporelle, en évaluant s'il y avait des signes de violence externe. Il inspectait également la pièce pour voir s'il y avait quelque chose de préoccupant. Dans son rapport d'investigation du coroner, le D<sup>r</sup> George a noté que M. Silcox était couché sur le dos dans son lit, ne présentait aucune trace de violence externe ni aucune rigidité et qu'il devenait blanc.

Après l'examen physique, le D<sup>r</sup> George se rendait habituellement au poste de soins infirmiers pour examiner le dossier médical de la personne décédée (y compris les notes d'évolution pour la dernière période de maladie, le profil pharmaceutique et les rapports de consultation) et le registre des décès du foyer de SLD. Dans son rapport d'investigation du coroner, le D<sup>r</sup> George a noté que M. Silcox avait récemment été admis au foyer de SLD et qu'il souffrait de comorbidités, dont plusieurs le rendaient sujet aux chutes. Le D<sup>r</sup> George a documenté les antécédents de chute et d'intervention chirurgicale de réparation de M. Silcox à l'hôpital avant son transfert à Caressant Care (Woodstock) le 10 août 2007.

Enfin, habituellement, le D<sup>r</sup> George parlait à la famille, si elle était présente, ou il téléphonait au membre de la famille à contacter pour obtenir des renseignements supplémentaires et déterminer s'il avait des préoccupations<sup>14</sup>. Parfois, il parlait aussi au médecin traitant ou au personnel infirmier pour voir s'ils avaient des renseignements supplémentaires à fournir<sup>15</sup>. Dans le cas de M. Silcox, le D<sup>r</sup> George a écrit : « Il y a eu une discussion sur sa mort avec la famille; elle n'avait aucune inquiétude »<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> Témoignage du D<sup>r</sup> William George, transcription, le 18 juillet 2018, p. 4697-99, 4721-22.

<sup>15</sup> Témoignage du D<sup>r</sup> William George, transcription, le 18 juillet 2018, p. 4701-02.

<sup>16</sup> Cela a été documenté dans la déclaration d'investigation du coroner (formulaire 3) remplie par le D<sup>r</sup> George concernant le décès de M. Silcox. Il figure comme document source dans le rapport sommaire – le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario, qui a été produit par les avocats de la Commission et déposé comme pièce au début des audiences publiques. Les documents sources du rapport sommaire sont disponibles à l'adresse <https://longtermcareinquiry.ca/fr/pièces/>. Dans son témoignage, le D<sup>r</sup> George a souligné qu'il ne se rappelait pas précisément l'affaire Silcox, mais qu'il avait l'habitude d'échanger avec la famille : voir le témoignage du D<sup>r</sup> William George, transcription, le 18 juillet 2018, p. 4721-22.

Lors de l'Enquête publique, la preuve suivante, provenant de la fille et mandataire de M. Silcox, a été déposée en preuves : « À aucun moment, ni moi, ni ma mère [la femme de M. Silcox], ni d'autres membres de notre famille n'avons discuté avec le coroner le 12 août 2017 [sic] de la mort de mon père »<sup>17</sup>. Dans son témoignage, le D<sup>r</sup> George a déclaré qu'il aurait pu, dans certains cas, demander à un prestataire de soins, plutôt que de s'adresser directement à la famille pour savoir si celle-ci avait des préoccupations. Il convient qu'il est toujours préférable d'essayer de parler directement à la famille<sup>18</sup>.

Selon la preuve déposée par la fille de M. Silcox, cette dernière s'est entretenue avec Wettlaufer à Caressant Care (Woodstock) le matin du décès de son père et a demandé si le coroner ferait une autopsie. Elle a expliqué qu'elle s'inquiétait du fait qu'il était décédé seulement neuf jours après l'opération. Elle a indiqué qu'en réponse, Wettlaufer a dit que le coroner était peu susceptible de pratiquer une autopsie dans ce cas et lui a suggéré de communiquer avec le coroner dans les quatre à six semaines pour demander son rapport. Lorsqu'elle a fait le suivi à l'intérieur de ce délai, elle a constaté que le coroner était dédaigneux de ses préoccupations. (La preuve n'a pas confirmé à quel coroner elle a pu s'adresser, qu'il s'agisse du D<sup>r</sup> George, du coroner régional principal (CRP) du bureau de London avant la nomination du D<sup>r</sup> Mann ou d'une autre personne<sup>19</sup>.)

Dans son rapport d'investigation du coroner sur M. Silcox, le D<sup>r</sup> George a indiqué que le décès était dû à « des complications d'une fracture de la hanche droite », et que la maladie d'Alzheimer, le diabète et la maladie vasculaire cérébrale étaient des facteurs contributifs. Cette cause de décès a également été inscrite sur le certificat médical de décès rempli par le D<sup>r</sup> George. Ce dernier a déterminé que le principal événement était la chute et la fracture de la hanche. D'après les antécédents médicaux et les comorbidités du patient, le D<sup>r</sup> George était convaincu qu'il était « très probable » que le décès de M. Silcox soit attribuable à des complications à la suite de la chute au cours de laquelle sa hanche s'est fracturée. Il n'a pas envisagé d'ordonner une autopsie parce qu'il ne croyait pas qu'il en sortirait quoi que ce soit d'utile.

<sup>17</sup> Affidavit de Dianne Crawford, par. 10.

<sup>18</sup> Témoignage du D<sup>r</sup> William George, transcription, le 18 juillet 2018, p. 4721-22.

<sup>19</sup> Le D<sup>r</sup> Mann n'était pas le CRP au moment du décès de M. Silcox et, à ce titre, il n'a pas participé à l'investigation et n'a pas examiné ni finalisé le formulaire 3 du D<sup>r</sup> George. Voir l'affidavit du D<sup>r</sup> G. Richard Mann, par. 52.

## C. Wayne Hedges

### 1. L'ADPE

M. Hedges est décédé à Caressant Care (Woodstock) le 24 janvier 2009. Nous savons maintenant que Wettlaufer lui a intentionnellement administré une surdose d'insuline en octobre 2008 et, après qu'il soit devenu hypoglycémique, elle lui a administré des médicaments pour rétablir son taux de glucose. Il est décédé de causes non apparentées environ trois mois plus tard.

Un infirmier autorisé de Caressant Care (Woodstock) a rempli un ADPE le jour du décès de M. Hedges et a coché « oui » à deux des questions du formulaire : « A-t-on noté une augmentation récente du nombre de décès dans la maison de soins infirmiers, le foyer pour personnes âgées ou l'établissement de bienfaisance? » et « Le décès s'inscrit-il dans un seuil (le seuil est atteint au 10e décès pour la plupart des établissements, peu importe qu'un coroner local ait réalisé une investigation sur l'un des neuf décès précédents) »?

Étant donné les réponses affirmatives sur l'ADPE, le personnel de Caressant Care (Woodstock) a appelé la permanence téléphonique du coroner vers 1 h 05 le 24 janvier 2009 afin de signaler le décès de M. Hedges. Étant donné qu'il s'agissait d'un cas s'inscrivant dans un seuil, le coroner n'aurait pas eu le pouvoir discrétionnaire d'accepter ou de refuser de procéder à une investigation. La politique du BCC en vigueur à l'époque exigeait que tous les décès s'inscrivant dans un seuil fassent l'objet d'une investigation. L'ADPE confirme que la D<sup>re</sup> Elizabeth Urbantke est la coroner locale qui a été contactée au sujet de ce décès.

### 2. L'investigation sur le décès menée par la D<sup>re</sup> Urbantke

La D<sup>re</sup> Urbantke est urgentologue à l'Hôpital général de Woodstock. Elle a été nommée coroner en 2004 et travaille à temps partiel à ce titre en plus de sa pratique médicale. Après avoir été contactée au sujet du décès de M. Hedges, elle a téléphoné à Caressant Care (Woodstock) vers 1 h 56 le 24 janvier 2009. La D<sup>re</sup> Urbantke a déclaré qu'elle ne se souvenait pas de sa participation à cette investigation, et elle a témoigné en se fondant sur sa pratique habituelle et sur son examen des dossiers.

Lorsqu'elle a parlé à la personne de Caressant Care (Woodstock) qui avait signalé le décès lors de cet appel initial, la D<sup>re</sup> Urbantke lui a dit qu'elle ne serait pas en mesure de prononcer le décès avant le matin au plus tôt, et probablement pas avant le début de l'après-midi. Elle a demandé à cette

personne de communiquer avec le médecin de garde pour qu'il prononce le décès. Quand elle est arrivée à la maison de soins, elle a dit qu'elle aurait besoin du dossier de M. Hedges et du registre des décès pour les examiner.

Le médecin de garde a prononcé le décès de M. Hedges vers 8 h 15 le 24 janvier 2009, et son cadavre a été remis au salon funéraire vers 9 h 20 le matin même. L'heure à laquelle la D<sup>re</sup> Urbantke s'est présentée au foyer n'est pas indiquée sur le rapport d'investigation du coroner ni dans les dossiers médicaux, et la D<sup>re</sup> Urbantke n'a pu confirmer à quelle heure elle est arrivée à Caressant Care (Woodstock) pour mener l'investigation sur le décès. Elle a toutefois déclaré que sa pratique générale consistait à se présenter le plus tôt possible et à ne pas clore une investigation sur un décès sans procéder à un examen physique du cadavre.

La D<sup>re</sup> Urbantke a rempli un mandat de prise de possession du corps d'un défunt. À son arrivée dans un foyer de SLD, elle se rendait d'abord dans la chambre de la personne décédée pour l'examiner. Elle procéderait à un examen de la tête aux pieds et à une inspection rapide de la pièce. Ensuite elle se rendait au poste de soins infirmiers pour examiner les dossiers médicaux, les antécédents médicaux du résident, ses médicaments et tout incident potentiellement lié au décès.

La D<sup>re</sup> Urbantke a pris des notes manuscrites au cours de son investigation sur le décès. Dans le cas de M. Hedges, elle a documenté les constatations physiques relatives aux ulcères de la peau qu'elle croyait avoir observées lors de son examen physique du cadavre, ainsi que ses antécédents médicaux et ses médicaments. Elle n'a pas indiqué qu'elle avait communiqué avec des professionnels de la santé pour discuter de M. Hedges, mais il est possible qu'elle l'ait fait.

Dans le rapport d'investigation du coroner concernant M. Hedges, la D<sup>re</sup> Urbantke a certifié que la cause médicale du décès était un accident vasculaire cérébral (plus communément appelé AVC), le diabète étant un facteur contributif. Elle s'est fondée sur les antécédents médicaux de M. Hedges et sur les symptômes qu'il avait manifestés au cours des deux jours précédant son décès, notamment une diminution du niveau de conscience, une incapacité d'avaler et une hypersalivation unilatérale (d'un seul côté). La D<sup>re</sup> Urbantke a expliqué que ces symptômes correspondaient à ceux d'un AVC, tandis que le diabète est un facteur de risque de durcissement ou de rétrécissement des artères. Elle a indiqué dans le rapport d'investigation du coroner que la famille n'avait pas de préoccupations – information qu'elle aurait obtenue après lui avoir parlé.

La D<sup>re</sup> Urbantke a témoigné qu'elle n'aurait pas envisagé d'ordonner une autopsie dans cette affaire. Selon la prépondérance des probabilités, elle aurait pensé que la cause du décès était un AVC. Le médecin de garde qui a prononcé le décès de M. Hedges a rempli son certificat médical de décès. La D<sup>re</sup> Urbantke n'a pas pu confirmer pourquoi elle ne l'avait pas rempli, mais elle a dit qu'elle aurait examiné le certificat au cours de son investigation et l'aurait refait si elle avait été en désaccord avec la cause du décès déterminée par le médecin de garde.

Le D<sup>r</sup> Mann, à titre de CRP du bureau de London, aurait normalement examiné et finalisé le rapport d'investigation du coroner de la D<sup>re</sup> Urbantke. Toutefois, dans ce cas, un autre CRP a entrepris le processus d'examen. Le D<sup>r</sup> Mann ne se souvient pas des circonstances, mais il a indiqué dans son témoignage que ses collègues s'entraident parfois pour clore le dossier.

## D. Maureen Pickering

### 1. L'hospitalisation de M<sup>me</sup> Pickering et les préoccupations de la D<sup>re</sup> Urbantke

Le 23 mars 2014, à 10 h 50, une infirmière autorisée de Caressant Care (Woodstock) a trouvé M<sup>me</sup> Pickering inconsciente, diaphorétique (en sueur), froide et moite. Plus tôt ce matin-là, M<sup>me</sup> Pickering pouvait répondre aux questions, mais elle était somnolente, et l'infirmière autorisée n'a pas été en mesure de déterminer à quel moment son état s'était détérioré. Le personnel a appelé une ambulance qui est arrivée à 11 h 15 pour transférer M<sup>me</sup> Pickering à l'Hôpital général de Woodstock. Nous savons maintenant que Wettlaufer a administré deux injections d'insuline à M<sup>me</sup> Pickering à environ deux heures et demie d'intervalle le soir du 22 mars 2014.

La D<sup>re</sup> Urbantke était la médecin de l'urgence qui a prodigué les soins à M<sup>me</sup> Pickering à son arrivée à l'hôpital vers 11 h 46 le 23 mars 2014. Lors des audiences publiques, la D<sup>re</sup> Urbantke ne se souvenait pas d'avoir donné des soins à M<sup>me</sup> Pickering, mais elle a fourni des preuves fondées sur sa pratique normale et sur les dossiers médicaux de M<sup>me</sup> Pickering.

À son arrivée à l'hôpital, M<sup>me</sup> Pickering a été transférée dans une salle de traumatologie (réanimation) – la procédure habituelle lorsqu'un patient est très malade. La D<sup>re</sup> Urbantke a obtenu les antécédents médicaux de M<sup>me</sup> Pickering, à savoir qu'elle résidait dans un foyer de SLD, qu'elle était âgée de 78 ans, que ce matin-là, elle avait été trouvée inconsciente par le personnel et que sa glycémie était de 0,4. Les ambulanciers avaient injecté 1 ampoule de



D50W (eau sucrée) à M<sup>me</sup> Pickering par voie intraveineuse pour augmenter sa glycémie, et son taux de glucose avait atteint 4,6. Les ambulanciers ont donné à M<sup>me</sup> Pickering une deuxième dose de D50W avant son arrivée à l'hôpital.

La D<sup>re</sup> Urbantke a expliqué qu'elle aurait examiné M<sup>me</sup> Pickering et ordonné des examens de laboratoire et un tomodensitogramme de la tête, qui a révélé un possible infarctus du pont – un accident vasculaire cérébral.

Vers 17 h, la D<sup>re</sup> Urbantke a communiqué avec Caessant Care (Woodstock) pour faire le point sur la situation de M<sup>me</sup> Pickering. Après avoir parlé à Wettlaufer, elle a consigné l'état de M<sup>me</sup> Pickering dans le dossier de l'hôpital : M<sup>me</sup> Pickering devait recevoir des soins de confort et avait une ONR (ordonnance de non-réanimation). Comme M<sup>me</sup> Pickering ne réagissait toujours pas et que son état était mauvais, la D<sup>re</sup> Urbantke a également donné l'ordre au foyer de SLD de ne pas administrer certains médicaments par voie orale et d'en donner certains par injection, une approche palliative qui vise à assurer que des mesures de confort soient prises.

La D<sup>re</sup> Urbantke a déclaré qu'elle avait une deuxième raison de communiquer avec Caessant Care (Woodstock) : elle ne pouvait expliquer l'hypoglycémie de M<sup>me</sup> Pickering et elle a demandé au foyer de s'adresser à un coroner si M<sup>me</sup> Pickering décédait. La D<sup>re</sup> Urbantke a témoigné qu'elle pensait que l'hypoglycémie inexplicquée ait pu résulter d'une erreur de médicament, mais qu'elle ne soupçonnait pas un préjudice intentionnel<sup>20</sup>.

La D<sup>re</sup> Urbantke ne se rappelait pas si elle avait eu une ou deux discussions, mais elle supposait qu'il n'y en avait eue qu'une seule. Wettlaufer a documenté deux observations concernant cette discussion avec la D<sup>re</sup> Urbantke dans les notes d'évolution de M<sup>me</sup> Pickering au foyer :

17 h 11 : Appel reçu de la D<sup>re</sup> Urbantke du Woodstock Hospital à 17 h. Maureen ne réagit toujours pas et les tests montrent la possibilité d'un accident vasculaire cérébral « moyen ». Maureen nous reviendra ce soir dans un état palliatif. Ordonnance de soins de confort seulement, interrompre tous les médicaments p.o., ativan sub. q prn et hydromorphine sub. q prn.

17 h 21 : La D<sup>re</sup> Urbantke mentionne que la glycémie de Maureen était extrêmement basse à son arrivée à l'hôpital et que la cause est inconnue. Elle a dit que si Maureen décède, « ce serait une bonne idée d'appeler le coroner pour ça. »

<sup>20</sup> Témoignage de la D<sup>re</sup> Elizabeth Urbantke, transcription, le 19 juillet 2018, p. 4864, 4878.

M<sup>me</sup> Pickering a reçu son congé de l'hôpital plus tard dans la soirée et est retournée à Caessant Care (Woodstock). Le diagnostic de la D<sup>re</sup> Urbantke à sa sortie de l'hôpital était une hypoglycémie grave due au « taux de sucre très faible de 0,4 » de M<sup>me</sup> Pickering. La D<sup>re</sup> Urbantke a témoigné que la glycémie normale chez un patient non diabétique serait d'environ 4 à 6. M<sup>me</sup> Pickering est décédée cinq jours plus tard, le 28 mars 2014, à Caessant Care (Woodstock).

## 2. La participation du Centre de répartition provincial

Le 28 mars 2014, à 8 h 28, le Centre de répartition provincial a reçu un appel de Karen Routledge, infirmière autorisée à Caessant Care (Woodstock), lui annonçant le décès de M<sup>me</sup> Pickering. Les dossiers du logiciel Intergraph de répartition par ordinateur (I/RAO) montrent que le répartiteur a parlé à M<sup>me</sup> Routledge et qu'on l'a informé que M<sup>me</sup> Pickering avait été transportée à l'hôpital, où on a découvert qu'elle avait un faible taux de glycémie. Les dossiers indiquent aussi : « La D<sup>re</sup> Urbantke (une de nos coroners) a conseillé à la maison de soins infirmiers de signaler ce cas si la patiente décédait, pas sûre que ce soit tout ».

Le répartiteur a contacté la D<sup>re</sup> Urbantke pour lui confier l'affaire. Les dossiers indiquent qu'ils se sont parlé à 8 h 37. La D<sup>re</sup> Urbantke a confirmé que la glycémie de M<sup>me</sup> Pickering était « inférieure à 1 et inexpliquée », mais qu'elle ne pouvait accepter le cas parce qu'elle avait fourni des soins à M<sup>me</sup> Pickering. Les dossiers indiquent aussi que la D<sup>re</sup> Urbantke « parlera au coroner pour lui donner plus d'informations contextuelles<sup>21</sup>. » Lors des audiences publiques, la D<sup>re</sup> Urbantke a déclaré qu'elle ne se souvenait pas avoir été contactée par le répartiteur provincial au sujet du cas de M<sup>me</sup> Pickering. Elle a confirmé qu'elle aurait refusé le cas parce que, compte tenu de son récent rôle de médecin traitant auprès de M<sup>me</sup> Pickering, elle aurait été en conflit d'intérêts si elle avait enquêté sur son décès<sup>22</sup>.

Le logiciel I/RAO a désigné le coroner suivant à contacter, en l'occurrence le D<sup>r</sup> William George. La répartitrice a immédiatement contacté le D<sup>r</sup> George. Il n'y a aucune trace des informations que le D<sup>r</sup> George a reçues, mais la répartitrice a témoigné par affidavit lors des audiences publiques que normalement, elle fournissait au coroner tous les renseignements dont elle disposait concernant les circonstances du décès. Le D<sup>r</sup> George a accepté le cas.

<sup>21</sup> Affidavit de Noelle Kelly, par. 5c.

<sup>22</sup> Témoignage de la D<sup>re</sup> Elizabeth Urbantke, transcription, le 19 juillet 2018, p. 4865-66.

Le D<sup>r</sup> George a témoigné qu'il ne se souvenait pas d'avoir reçu un appel au sujet de M<sup>me</sup> Pickering de la part de la répartitrice provinciale ni de son intervention dans son cas. Il n'a rempli aucun rapport consignait ses discussions avec la répartitrice. Il a déclaré dans son témoignage qu'il prenait habituellement des notes sur un bloc de papier lorsqu'il parlait au répartiteur et à la personne déclarant le décès, mais qu'il ne conservait pas ces dossiers plus de deux semaines s'il décidait de ne pas accepter un cas pour une investigation sur un décès. Il ne s'était pas rendu compte que selon le BCC, la conservation des notes était obligatoire, même lorsqu'un cas n'était pas accepté aux fins d'investigation sur un décès.

Le D<sup>r</sup> George a accepté le fait que la répartitrice l'aurait informé que M<sup>me</sup> Pickering avait un faible taux de sucre dans le sang et que la D<sup>re</sup> Urbantke pensait qu'un coroner devrait être appelé si elle décédait.

Ni la D<sup>re</sup> Urbantke ni le D<sup>r</sup> George ne se souviennent s'être parlé le 28 mars 2014 au sujet du décès de M<sup>me</sup> Pickering.

### 3. L'ADPE

L'ADPE de M<sup>me</sup> Pickering a été rempli par M<sup>me</sup> Routledge. Elle a répondu par la négative à chacune des huit questions du formulaire.

M<sup>me</sup> Routledge a témoigné qu'elle a répondu « non » à la question de savoir si le décès était soudain et imprévu parce qu'elle avait cru comprendre, de l'hôpital, que M<sup>me</sup> Pickering avait subi un AVC. Elle a dit qu'elle avait rempli l'ADPE après avoir parlé au D<sup>r</sup> George, et que le fait qu'en tant que coroner il n'était pas alarmé par les informations qu'elle avait fournies l'avait amenée à répondre par la négative à cette question. M<sup>me</sup> Routledge a convenu qu'il était logique qu'une investigation plus approfondie ne soit pas justifiée. La preuve documentaire suggère que, le 28 mars 2014, M<sup>me</sup> Routledge a soumis l'ADPE vers 9 h 35 et a parlé au D<sup>r</sup> George à 9 h 50. L'heure semble indiquer qu'il est possible que M<sup>me</sup> Routledge ait soumis l'ADPE avant de parler au D<sup>r</sup> George. Sinon, il se peut qu'ils se soient parlé deux fois.

### 4. La décision du D<sup>r</sup> George de ne pas effectuer d'autopsie

M<sup>me</sup> Routledge a témoigné qu'elle avait informé le D<sup>r</sup> George que M<sup>me</sup> Pickering avait été vue à l'hôpital cinq jours auparavant et que le personnel médical s'inquiétait de son hypoglycémie inexpliquée. M<sup>me</sup> Routledge a également discuté avec le D<sup>r</sup> George des antécédents médicaux et des comorbidités de M<sup>me</sup> Pickering et de la possibilité qu'elle ait subi un AVC.

Bien qu'il ne se souvienne pas de la discussion, le D<sup>r</sup> George a convenu que sa pratique habituelle aurait consisté à demander à la personne signalant le décès de lui fournir les antécédents du patient.

Les dossiers médicaux indiquent qu'à 9 h 50, le D<sup>r</sup> George a communiqué avec Caressant Care (Woodstock) et dit à M<sup>me</sup> Routledge que, à son avis, ce décès ne relevait pas du coroner. Le D<sup>r</sup> George a expliqué dans son témoignage que normalement, il appelait la personne ayant signalé le décès pour en parler presque immédiatement après avoir raccroché avec le répartiteur provincial (ce qui, dans ce cas, aurait été vers 8 h 37). Pour cette raison, il croyait qu'il avait peut-être d'abord communiqué avec M<sup>me</sup> Routledge, puis qu'il avait recueilli plus de renseignements sur l'admission de M<sup>me</sup> Pickering à l'hôpital (en communiquant avec l'hôpital, le service des urgences ou le service des dossiers médicaux), avant de rappeler M<sup>me</sup> Routledge à 9 h 50 pour signaler qu'il refusait le cas<sup>23</sup>.

Le D<sup>r</sup> George croit maintenant que, d'après les antécédents médicaux de M<sup>me</sup> Pickering, y compris le fait qu'elle avait été en soins palliatifs et subi un AVC mis en évidence par la tomodensitométrie, il ne croyait pas que ce décès relevait du coroner. Il aurait su qu'elle n'avait eu qu'un seul résultat d'hypoglycémie, bien que, selon lui, une personne devrait connaître une période prolongée d'hypoglycémie pour être atteinte d'encéphalopathie hypoglycémique. Par conséquent, il n'aurait pas été préoccupé par le fait que l'AVC révélé par la tomodensitométrie avait été causé par une encéphalopathie hypoglycémique.

Le D<sup>r</sup> George a également déclaré qu'il aurait cherché à savoir pourquoi le taux de sucre dans le sang de M<sup>me</sup> Pickering avait été extrêmement bas le 23 mars. Parmi les possibilités, il y avait une erreur de médicament ou un effet secondaire des médicaments de M<sup>me</sup> Pickering (dont plusieurs pourraient accentuer l'hypoglycémie). Cependant, le D<sup>r</sup> George a convenu que, si le décès

---

<sup>23</sup> Témoignage du D<sup>r</sup> George, transcription, le 18 juillet 2018, p. 4732-33. Le logiciel I/RAO avertissait automatiquement les répartiteurs pour qu'ils assurent le suivi d'un cas s'il avait été laissé ouvert pendant cinq heures. À 13 h 44, la répartitrice a été alertée par l'alarme de l'I/RAO de faire un suivi auprès du D<sup>r</sup> George. Elle a prolongé l'alarme de 100 minutes. À 15 h 19, les dossiers de l'I/RAO indiquent que la répartitrice a parlé au D<sup>r</sup> George. Le compte rendu de cette discussion indique : « A déterminé qu'aucun coroner n'est nécessaire. » Immédiatement après, la répartitrice a classé le cas. Voir l'Affidavit de Noelle Kelly, par. 5g.

d'une personne avait pu être précipité par une erreur de médicament, il aurait dû faire l'objet d'une investigation par un coroner. Il semblerait donc qu'à l'époque, il n'a pas pensé que le décès de M<sup>me</sup> Pickering était lié à une possible erreur de médicament<sup>24</sup>.

Lors des audiences publiques, on a demandé au D<sup>r</sup> George si, rétrospectivement, il croyait qu'il aurait dû enquêter sur le décès de M<sup>me</sup> Pickering. Il a répondu qu'il ne croyait pas qu'une enquête sur son décès était justifiée parce qu'il était prévisible et attendu étant donné qu'elle en était au stade palliatif et qu'il avait compris qu'elle avait été victime d'un accident vasculaire cérébral<sup>25</sup>. Comme aucune formule de données sur la sélection du cas n'a été soumise, la décision du D<sup>r</sup> George de ne pas enquêter sur le décès de M<sup>me</sup> Pickering n'a pas été examinée. Le CRP n'aurait pas été au courant que l'affaire avait été examinée et refusée pour une investigation sur le décès.

## 5. S'agit-il là d'une occasion manquée?

Lors des audiences publiques, le D<sup>r</sup> Pollanen s'est dit convaincu que le cas de M<sup>me</sup> Pickering était une « occasion manquée »<sup>26</sup>. Il a expliqué qu'on savait qu'elle était tombée dans le coma après une hypoglycémie grave. C'était une indication pour explorer la cause de l'hypoglycémie et pour déterminer si l'hypoglycémie était liée au coma. Une autopsie visant à rechercher des signes d'encéphalopathie hypoglycémique aurait été le mécanisme approprié pour déterminer si ces deux événements étaient liés. Si le décès avait pu être expliqué par des lésions cérébrales causées par l'hypoglycémie, cela aurait pu être la première étape permettant d'en déterminer exactement la raison<sup>27</sup>.

---

<sup>24</sup> Témoignage du D<sup>r</sup> George, transcription, le 18 juillet 2018, p. 4738-39. Le D<sup>r</sup> George a indiqué dans son témoignage que d'après lui, si une personne subit un épisode isolé d'hypoglycémie grave inexplicée qui est corrigé, le cas ne devrait pas faire l'objet d'une investigation plus approfondie (p. 4765-66).

<sup>25</sup> Témoignage du D<sup>r</sup> William George, transcription, le 18 juillet 2018, p. 4739.

<sup>26</sup> Témoignage du D<sup>r</sup> Michael Pollanen, transcription, le 23 juillet 2018, p. 5108.

<sup>27</sup> Témoignage du D<sup>r</sup> Michael Pollanen, transcription, le 23 juillet 2028, p. 5109-10.

## **IX. La participation rétrospective du BCC/SMLO en ce qui a trait aux victimes de Wettlaufer**

### **A. La participation initiale et premier rapport du D<sup>r</sup> Pollanen**

Le Bureau du coroner en chef a été informé pour la première fois des infractions de Wettlaufer lorsque la police locale a communiqué avec le D<sup>r</sup> William George en septembre 2016. Le D<sup>r</sup> George a informé le D<sup>r</sup> G. Richard Mann, coroner régional principal du bureau de London, de l'investigation de police.

En se basant sur les informations qui lui ont été fournies au sujet des aveux de Wettlaufer, le D<sup>r</sup> Mann a conclu que les critères de l'article 10 de la *Loi sur les coroners* avaient été respectés pour les huit victimes de meurtre. Il a rempli le formulaire intitulé « pouvoir du coroner de saisir pendant une enquête » et l'a envoyé aux foyers de soins de longue durée Caressant Care (Woodstock) et Meadow Park (London) afin d'obtenir les dossiers médicaux pertinents. Le D<sup>r</sup> Mann a également rédigé des rapports d'investigation préliminaire du coroner sur le système d'information des coroners (la base de données provinciale actuelle accessible par le BCC et les bureaux régionaux, qui sera remplacée par un nouveau système informatique virtuel) pour chacune des victimes de meurtre pour lesquelles aucun rapport d'investigation du coroner n'existait encore.

Le D<sup>r</sup> Huyer, coroner en chef, a par la suite pris connaissance de l'enquête de police. Il a décidé de centraliser la participation du BCC et du Service de médecine légale de l'Ontario afin de s'assurer que l'expertise appropriée serait utilisée. Il a consulté le D<sup>r</sup> Pollanen, le médecin légiste en chef, et ils ont convenu que le D<sup>r</sup> Pollanen devrait diriger les investigations rétrospectives pour déterminer la cause du décès.

À la demande du procureur de la Couronne impliqué dans les poursuites pénales contre Wettlaufer, le D<sup>r</sup> Pollanen a examiné les dossiers médicaux des huit victimes de meurtre (alors présumées) et a recommandé l'exhumation et l'autopsie des cadavres d'Arpad Horvath et d'Helen Matheson. Le D<sup>r</sup> Pollanen espérait que la qualité de l'embaumement était suffisamment élevée pour que ces autopsies puissent révéler des informations cliniquement significatives, à savoir des preuves de lésions cérébrales hypoglycémiques.

Comme les autres victimes de meurtre avaient été incinérées, leurs restes ne pouvaient pas faire l'objet de nouvelles investigations dans le cadre d'une autopsie. Le D<sup>r</sup> Pollanen a préparé un premier rapport basé sur son examen des dossiers médicaux avant les exhumations. Dans ce rapport, il concluait :

- Dans le cas de M<sup>me</sup> Pickering, la cause sous-jacente du décès était une lésion cérébrale hypoglycémique.
- Dans les cas de M. Granat, M<sup>me</sup> Millard et M<sup>me</sup> Young, la cause du décès était inconnue. Il n'a pas été en mesure de déterminer si l'insuline avait joué un rôle dans les décès. Il a noté que chaque cas présentait des signes et des symptômes d'hypoglycémie non spécifiques, mais qu'il n'était pas certain que la preuve permette de conclure de façon fiable que l'hypoglycémie était la cause du décès.
- Dans les cas de M. Silcox et de M<sup>me</sup> Zurawinski, la cause du décès était inconnue. Il était incertain du rôle de l'insuline dans les décès, et il n'existait aucune preuve médicale claire d'hypoglycémie.
- Dans les cas de M. Horvath et de M<sup>me</sup> Matheson, une exhumation et une autopsie étaient nécessaires pour déterminer la présence d'une encéphalopathie hypoglycémique.

## B. Les autopsies et les rapports d'autopsie

En réponse à la recommandation du D<sup>r</sup> Pollanen de demander l'exhumation des restes de M. Horvath et de M<sup>me</sup> Matheson, le D<sup>r</sup> Mann a lancé des mandats pour les autopsies. Ces dernières ont eu lieu en janvier 2017 et le D<sup>r</sup> Pollanen a terminé son rapport d'autopsie en mai 2017.

Dans les deux cas, le D<sup>r</sup> Pollanen n'a pas pu déterminer de cause de décès précise en se basant sur des principes scientifiques. Il n'a pas fondé son analyse sur les aveux. En raison des limites des preuves scientifiques existantes, il a finalement déclaré que, selon lui, la cause du décès était indéterminée.

Dans le cas de M. Horvath, le D<sup>r</sup> Pollanen a constaté que le cadavre était relativement bien préservé. Les analyses toxicologiques n'ont pas pu être effectuées à cause de l'embaumement. L'autopsie consistait en un examen macro et microscopique détaillé du cadavre. Le cœur et le cerveau ont été examinés par un pathologiste cardiaque et par un neuropathologiste, respectivement. Dans son rapport médico-légal, le D<sup>r</sup> Pollanen a présenté cette analyse du cas de M. Horvath.

- La séquence d'événements menant au décès a commencé par une hypoglycémie. La mort est survenue sept jours plus tard, à la suite d'un coma.
- L'hypoglycémie pourrait avoir provoqué le coma et corroborer l'administration présumée d'insuline. L'autre explication possible est l'hypoglycémie liée aux médicaments hypoglycémiques oraux.
- L'encéphalopathie hypoglycémique est une cause possible de décès. Cependant, les preuves neuropathologiques sont uniquement suggestives et non définitives.
- Globalement, compte tenu des limites de l'autopsie et de l'absence de l'analyse d'insuline au moment du premier épisode d'hypoglycémie, la cause du décès est indéterminée.

Dans le cas de M<sup>me</sup> Matheson, le cadavre était trop décomposé pour que la cause du décès puisse être déterminée. L'autopsie a aussi consisté en un examen détaillé du cadavre, et le cerveau et le cœur ont été examinés par un pathologiste cardiaque et par un neuropathologiste, respectivement. Selon le D<sup>r</sup> Pollanen, le décès pourrait être dû à un carcinome de l'endomètre et à la maladie d'Alzheimer. Il a noté que le cadavre était trop décomposé pour qu'on puisse déterminer la présence éventuelle de résultats susceptibles de corroborer les antécédents d'administration d'insuline à des fins non thérapeutiques. De nouveau, il a indiqué que la cause du décès était indéterminée.

Le D<sup>r</sup> Huyer a finalement rempli les rapports d'investigation du coroner concernant les victimes de meurtre en se basant sur les informations contenues dans l'exposé conjoint des faits, à la suite de l'instance pénale, et sur les rapports d'autopsie du D<sup>r</sup> Pollanen concernant M. Horvath et M<sup>me</sup> Matheson. Il a expliqué que les rapports d'investigation du coroner n'étaient pas représentatifs d'investigations détaillées, mais constituaient plutôt un résumé des informations, de sorte que le système de gestion des cas disposait d'une documentation complète des constatations relatives aux décès. En tant que CRP de la région où les décès sont survenus, le D<sup>r</sup> Mann a examiné et approuvé les rapports d'investigation du coroner<sup>28</sup>.

<sup>28</sup> Affidavit du D<sup>r</sup> G. Richard Mann, par. 59. Le D<sup>r</sup> Mann a déclaré que, pour finaliser le formulaire 3, il a examiné les rapports et l'exposé conjoint des faits de la procédure pénale. Il n'a pas entrepris d'investigation indépendante au-delà de ces étapes, et il a signé les rapports d'investigation du coroner sans y avoir apporté de modifications importantes (par. 60).



Le D<sup>r</sup> Huyer a certifié la cause du décès de chacune des victimes de meurtre comme suit :

- Maurice Granat : hypoglycémie découlant de l'administration intentionnelle d'insuline exogène.
- Arpad Horvath : complications de l'hypoglycémie découlant de l'administration d'insuline exogène, associées au facteur contributif de diabète.
- Helen Matheson : complications de l'hypoglycémie découlant de l'administration d'insuline exogène, associées au facteur contributif de carcinome de l'endomètre.
- Gladys Millard : hypoglycémie découlant de l'administration intentionnelle d'insuline exogène.
- Maureen Pickering : complications de l'hypoglycémie découlant de l'administration d'insuline exogène.
- James Silcox : hypoglycémie découlant de l'administration intentionnelle d'insuline exogène, associée aux facteurs contributifs de démence, de diabète et de maladies cérébrovasculaires.
- Helen Young : hypoglycémie découlant de l'administration d'insuline exogène.
- Mary Zurawinski : hypoglycémie découlant de l'administration intentionnelle d'insuline exogène.

### **C. L'examen des cas cliniques par le D<sup>r</sup> Pollanen**

Le D<sup>r</sup> Pollanen a également examiné les dossiers médicaux des six victimes de tentative de meurtre ou de voies de fait graves, mais il n'a pas été en mesure de tirer de conclusion définitive quant à la question de savoir si les épisodes d'hypoglycémie chez ces patients étaient dus à l'administration d'insuline. Le D<sup>r</sup> Pollanen n'a pas pu déterminer s'il existait un lien médico-légal entre l'aveu de Wettlaufer et un épisode d'hypoglycémie dans ces cas.

## X. Les initiatives du BCC/SMLO

### A. Les initiatives du Bureau du coroner en chef

#### 1. Les changements structurels au modèle des coroners

Dans son témoignage, le D<sup>r</sup> Huyer a indiqué qu'il avait l'intention d'apporter deux changements structurels importants à la composante du système d'investigation sur les décès qui concerne les coroners. Premièrement, il espère engager un corps de coroners ayant une relation contractuelle définie avec le BCC, plutôt que d'appliquer le modèle de rémunération à l'acte qui existe actuellement. Le but de cette approche serait d'améliorer la qualité et l'efficacité des investigations sur les décès dans l'ensemble de la province en mettant en place un corps plus restreint de coroners hautement qualifiés qui consacraient une plus grande partie de leur pratique médicale au travail de coroner<sup>29</sup>.

Le deuxième changement porte sur la formation des coroners. Le D<sup>r</sup> Huyer travaille actuellement avec l'Université Queen's à l'analyse et à la révision du cours destiné aux nouveaux coroners, afin qu'il soit axé sur les compétences et fondé sur les données probantes. Le D<sup>r</sup> Huyer a expliqué qu'il aimerait utiliser le modèle de médecine légale, où les pathologistes suivent un programme de bourses d'études supérieures conçu pour leur enseigner les compétences pratiques dont ils auront besoin afin de participer au système d'investigation sur les décès. Il a déclaré que son objectif ultime était de mettre en place un programme de certificat officiel pour les coroners en Ontario, programme qui, selon lui, pourrait être associé au Collège des médecins de famille du Canada.

#### 2. Les révisions de l'ADPE

À la suite des infractions commise par Wettlaufer, le BCC est en train de réviser l'Avis de décès de patient en établissement. L'objectif est de créer un nouvel ADPE qui, au moment du décès, relèverait mieux les informations sur le décès d'un résident. Le processus de modification de l'ADPE est en cours. Au moment de la rédaction du présent Rapport, le BCC avait entrepris une revue de la littérature et consulté des experts. Le projet actuel de l'ADPE contient des questions modifiées et demande à ce qu'un professionnel de la santé (médecin, infirmier autorisé ou infirmier praticien) connaissant directement le résident remplisse le formulaire. Le D<sup>r</sup> Huyer s'attend à ce que, sur la base de leurs connaissances des antécédents médicaux et de l'état du patient, ces

<sup>29</sup> Depuis que le D<sup>r</sup> Huyer a témoigné lors des audiences publiques, il a commencé à constituer ce corps de coroners.

professionnels de la santé soient mieux placés pour déterminer si le décès était « raisonnablement prévisible » ou « soudain ou inattendu ». Il a également confirmé que l'introduction du nouvel ADPE doit être accompagnée d'une formation approfondie des foyers de SLD et de leur personnel<sup>30</sup>.

Le D<sup>r</sup> Huyer a indiqué que l'objectif général est de créer un système solide dans lequel les informations contenues dans le nouvel ADPE peuvent être examinées de manière systématique par le BCC. Il envisage des méthodes permettant d'assembler et d'analyser ces données (ainsi que la masse d'informations existantes détenues par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur les résidents des foyers de SLD) pour tenter de déterminer les tendances ou les profils susceptibles d'éclairer et d'orienter les investigations au besoin.

Par exemple, si l'on note une augmentation du nombre de décès dans un foyer de soins de longue durée, on pourrait procéder à un examen ou à une investigation interdisciplinaire faisant appel à des coroners, des médecins légistes, des policiers et des spécialistes de la santé publique<sup>31</sup>. Ensemble, ils essaieraient de déterminer la raison du pic de décès au foyer. Le D<sup>r</sup> Huyer a communiqué avec la division Gestion de l'information, données et analytique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant des modèles analytiques pouvant être créés pour poursuivre ces travaux.

### 3. L'utilisation des analyses de données

Le D<sup>r</sup> Huyer a témoigné qu'après avoir pris connaissance des Infractions, il avait assisté à une réunion avec des représentants du Ministère afin de déterminer si les Infractions auraient pu être détectées plus tôt, et ce qui pourrait éventuellement être fait pour permettre une détection plus précoce des homicides dissimulés. Cette réunion a débouché sur la création d'un projet d'analyses de données au sein du Ministère afin de tenter de répondre aux questions posées et d'élaborer des modèles de prévision des taux de mortalité dans les foyers de SLD. Le projet et ses résultats sont abordés au chapitre 18.

<sup>30</sup> Il n'est pas clair si une telle formation a été dispensée à ce jour. Lors de leur témoignage, des infirmiers autorisés de Caressant Care (Woodstock) et de Meadow Park (London) ont indiqué qu'ils n'avaient reçu aucune formation sur la façon de remplir l'ADPE.

<sup>31</sup> Si un pouvoir législatif est nécessaire pour autoriser le coroner à demander un tel examen interdisciplinaire, des modifications récentes à la *Loi sur les coroners* semblent le prévoir. Depuis le 26 mars 2019, l'article 25.1 autorise le coroner en chef à « exercer les pouvoirs prévus au paragraphe 25 (1) à l'égard d'un décès qui a déjà fait l'objet d'une investigation ou d'une enquête de la part d'un coroner, notamment faire mener une investigation sur un ou plusieurs décès uniquement à la fin énoncée à l'alinéa 15 (1) c. »

## B. Les initiatives du Service de médecine légale de l'Ontario

Dans son témoignage, le D<sup>r</sup> Pollanen a indiqué que, depuis la révélation des Infractions, il a lancé deux initiatives avec le SMLO. La première consiste à créer un protocole spécifique pour la réalisation des autopsies médico-légales chez la population âgée, semblable à celui qui existe actuellement pour les autopsies d'enfants de moins de cinq ans. Le D<sup>r</sup> Pollanen a expliqué que l'élaboration de ce protocole avait notamment pour avantage d'augmenter l'uniformité en ce qui a trait à la manière dont les données sont collectées et les examens effectués. Le D<sup>r</sup> Pollanen s'attend à ce que le protocole, bien qu'étant toujours en développement, contienne des modalités visant à assurer que le BCC/SMLO obtienne plus d'informations historiques et circonstancielles sur le décès, avec des photographies du cadavre sur les lieux du décès et dans la salle d'autopsie, des analyses de laboratoire normalisées et des examens radiologiques normalisés.

La deuxième initiative est l'étude du D<sup>r</sup> Pollanen sur l'histoire des homicides dissimulés en Ontario. Le D<sup>r</sup> Pollanen a entrepris cet examen pour tenter de déterminer comment les homicides dissimulés sont détectés, afin de déterminer les tendances ou les thèmes pertinents pouvant aider cette Enquête publique et les systèmes d'investigation sur les décès. Après avoir examiné 15 homicides dissimulés et deux probables homicides dissimulés survenus en Ontario, il a conclu que la participation de médecins légistes aux investigations sur les décès était un outil important pour détecter les homicides qui seraient autrement restés cachés.

## RECOMMANDATIONS

*Remarque :* La plupart des recommandations des chapitres 16 et 18 s'adressent également au Bureau du coroner en chef et au Service de médecine légale de l'Ontario.

**Recommandation 50 :** Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario devraient remplacer l'Avis de décès de patient 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.

### Raisonnement de la recommandation 50

- Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) a créé l'Avis de décès de patient en établissement (ADPE) pour les foyers de soins de longue durée. Lorsqu'un résident décède, le foyer est tenu de remplir l'ADPE et de l'envoyer au BCC/SMLO. Les renseignements contenus dans l'ADPE sont destinés à aider le foyer et le BCC/SMLO à décider si le coroner local devrait être contacté. Si la réponse à l'une des questions de l'ADPE est « oui », le coroner local doit être consulté. La nouvelle version de l'ADPE fournira au BCC/SMLO de meilleurs renseignements pour décider s'il faut faire appel à un coroner.
- Les autres parties prenantes apporteront des renseignements et des perspectives importantes sur la forme et le contenu d l'ADPE modifié.

- À l'heure actuelle, il n'y a pas d'espace sur l'ADPE pour que la personne qui le remplit puisse inclure des observations et des évaluations cliniques. Il n'y a pas non plus d'espace pour exposer les renseignements ou les préoccupations des membres de la famille et des autres membres du personnel. Cependant, ces renseignements peuvent fournir un contexte crucial pour décider si un coroner devrait être invité à faire une consultation préliminaire.
- Les questions sur l'ADPE actuel reflètent en grande partie les critères de l'article 10 de la *Loi sur les coroners*. Ces questions doivent être complétées par des questions et des invites normalisées relatives aux observations et aux évaluations cliniques concernant le décès du résident.
- L'ADPE actuel contient une série de questions auxquelles on doit répondre par « oui » ou par « non », sans option permettant d'indiquer une incertitude. Les infirmiers peuvent ne pas savoir comment répondre aux questions qui ne relèvent pas de leur expertise clinique et de leur formation. Par exemple, sur le formulaire actuel, la question est « le décès est-il soudain et inattendu? » Le formulaire doit permettre à la personne qui le remplit de répondre « oui », « non » ou « incertain ».
- L'ADPE actuel ne comprend pas d'espace dans lequel la personne qui le remplit peut inscrire une explication, y compris des observations cliniques, de cette incertitude.

**Recommandation 51 :** L'Avis de décès de patient en établissement (ADPE) modifié 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.

### Raisonnement de la recommandation 51

- Les infirmiers travaillant auprès des résidents doivent remplir le formulaire, car ils connaissent le mieux ses soins quotidiens et sa trajectoire de décès. Le médecin ou l'infirmier pratiquant résident peut être rarement au foyer ou ne voir que rarement le résident.
- En raison du temps que les préposés aux services de soutien personnel passent avec les résidents pour répondre à leurs besoins, ils disposent souvent de renseignements supplémentaires importants sur eux au cours de la période précédant le décès.
- L'exigence concernant l'envoi d'un exemplaire de l'Avis de décès de patient en établissement (ADPE) à d'autres professionnels de la santé offrant des soins au résident permettra d'atteindre trois objectifs :
  - veiller à ce qu'au moins un autre professionnel de la santé connaissant le résident soit informé rapidement de son décès et des circonstances de ce dernier;
  - veiller à ce que les professionnels de la santé disposent de renseignements médicaux actualisés pertinents supplémentaires (issus de l'ADPE modifié) à partir desquels le décès du résident sera examiné;
  - inciter les professionnels de la santé à se demander si un élément quelconque à propos du décès du résident doit être porté à l'attention du Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario.

**Recommandation 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.

### Raisonnement de la recommandation 52

- En dépit de la directive du Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) selon laquelle les Avis de décès de patient en établissement (ADPE) doivent être soumis par voie électronique, certains foyers les transmettent toujours par télécopieur. Le BCC/SMLO n'est alors pas en mesure d'agréger les données contenues dans les ADPE et de les utiliser pour rechercher des profils, des pics et des regroupements de décès. En veillant à ce que tous les ADPE modifiés soient soumis électroniquement, le système du BCC/SMLO disposera d'un ensemble de données complet avec lequel travailler.

**Recommandation 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.

### Raisonnement de la recommandation 53

- Plus un résident reste longtemps à l'hôpital avant de mourir, plus nombreuses sont les possibilités d'interventions d'événements contribuant au décès. Néanmoins, afin de veiller à ce que les décès des résidents des foyers de soins de longue durée soient dûment considérés et fassent l'objet d'une investigation appropriée, ces décès doivent être signalés au Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario.

**Recommandation 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 l'Avis de décès de patient en établissement modifié. 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 ».

### Détails

- La formation devrait également préciser qui est la personne la plus appropriée pour remplir l'Avis de décès de patient en établissement (ADPE) modifié. Par exemple, les foyers devraient être formés pour savoir qui doit remplir l'ADPE modifié lorsque le membre du personnel autorisé qui fournit au résident les soins les plus directs au moment du décès ne le connaît pas, par exemple un nouvel infirmier ou un infirmier envoyé par une agence.



### **Raisonnement de la recommandation 54**

- La qualité de l'ADPE modifié est fonction de la qualité des renseignements qu'il contient. Les personnes susceptibles de le remplir doivent recevoir une formation appropriée leur permettant de comprendre les raisons qui sous-tendent le formulaire et de savoir comment y inclure au mieux les informations dont le Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) a besoin.
- Les personnes interprètent différemment ce qui constitue un décès « soudain et inattendu », en particulier dans le contexte d'un décès dans un foyer de soins de longue durée. Le BCC/SMLO doit fournir des conseils et une formation sur la façon d'interpréter les termes « soudain et inattendu » dans le contexte du décès d'un résident.
- Le BCC/SMLO devrait faire appel à un corps de coroners pour fournir la formation requise à la direction aux foyers et au personnel autorisé. Le corps disposera d'une formation spécialisée et d'une expertise sur la population des résidents des foyers de soins de longue durée et sur l'ADPE modifié. Ainsi, il sera en mesure d'assurer la cohérence et le niveau élevé de la formation.
- Le recours au corps pour dispenser la formation permettra également d'établir la présence du coroner dans les foyers. Une telle présence fait actuellement défaut. Les coroners pourront ainsi développer des relations avec les foyers, ce qui devrait faciliter leur travail lorsqu'ils sont appelés à effectuer une consultation préliminaire et, en même temps, améliorer les lignes de communication entre le BCC/SMLO et les foyers.

**Recommandation 4 :** 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.

#### Raisonnement de la recommandation 55

- Il est important que le coroner communique avec la famille du défunt ou le mandataire pour de nombreuses raisons, notamment à cause de la connaissance qu'ils ont de la santé du résident et de la trajectoire de sa mort. Cette communication donnera également à la famille ou au mandataire l'assurance que le coroner est au courant de leurs préoccupations concernant le traitement du résident ou l'évolution de son état de santé et que ces renseignements ont été pris en compte dans le processus d'investigation sur le décès.

**Recommandation 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.

**Recommandation 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.

### Raisonnement de la recommandation 57

- À l'heure actuelle, les coroners locaux ne remplissent pas toujours la formule relative à la sélection de cas. Si ces formules ne sont pas remplies, le Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) ne dispose d'aucun document expliquant pourquoi une investigation sur le décès n'a pas été menée pour un résident particulier.
- Lorsque la formule relative à la sélection de cas actuelle est remplie, les renseignements fournis ne sont pas cohérents.
- L'exigence concernant la production d'un document expliquant les raisons pour lesquelles une investigation sur le décès n'a pas été menée et la transmission de copies à la fois au coroner régional principal (CRP) et au BCC/SMLO garantira que les deux instances seront en mesure d'examiner ces décisions.
  - Le CRP peut utiliser ces informations pour déterminer si une investigation sur le décès est nécessaire.
  - Le BCC/SMLO peut utiliser les renseignements dans le cadre de son pouvoir général de supervision. Il peut déterminer s'il existe des variations dans les taux d'investigations entreprises par les coroners et prendre en compte ces renseignements lors de l'examen des décisions de ne pas mener d'investigation sur le décès. De plus, si le BCC/SMLO est informé du fait que le coroner local a décidé de ne pas mener d'investigation sur le décès, mais que les analyses de données suggèrent qu'une investigation peut être appropriée (voir le chapitre 18), la réception du formulaire donnera au BCC/SMLO la possibilité d'exiger qu'une investigation sur le décès soit entreprise.
- Le fait de demander aux coroners d'acheminer le document par voie électronique permettra au BCC/SMLO de produire des rapports et de collecter des données sur les cas dans lesquels un coroner local est consulté, mais aucune investigation sur le décès n'est menée. Ces renseignements contribueront à la cohérence dans la prise de décision.
- Si la famille demande des informations supplémentaires au CRP sur la décision de ne pas enquêter sur un décès, ce dernier disposera d'une source d'informations appropriée dans laquelle puiser. La transparence du processus d'investigation sur le décès est importante.

**Recommandation 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.

#### Raisonnement des recommandations 58

- La participation des médecins légistes plus tôt dans le processus d'investigation sur le décès a joué un rôle dans la détection des homicides dissimulés (c'est-à-dire des homicides qui, autrement, n'auraient pas été détectés).

**Recommandation 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.

#### Raisonnement de la recommandation 59

- Les autopsies fournissent plus de renseignements, ce qui permet de déterminer plus précisément la cause des décès. Elles sont également utiles pour détecter les décès résultant de préjudices intentionnels.
- L'élaboration d'un protocole normalisé d'autopsie pour cette population et la formation des médecins légistes à ce protocole augmenteront la probabilité de détection des décès découlant d'un préjudice intentionnel. L'application du protocole augmentera également les connaissances sur les soins gériatriques, qui à leur tour éclaireront les soins et la compréhension de la maladie, de la mortalité et de la morbidité.

**Recommandation 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.

**Recommandation 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.

### Raisonnement des recommandations 60 et 61

- Le Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) est en train de constituer un corps de coroners qui consacreront une partie de leur pratique à la fourniture de services au BCC/SMLO et qui seront adéquatement rémunérés pour leur travail. Le BCC/SMLO peut demander aux membres de ce corps de suivre une formation continue obligatoire et normalisée, menant ainsi à des investigations sur les décès des résidents plus cohérentes et de meilleure qualité.
- Comme le corps sera correctement rémunéré pour son travail, rien ne dissuadera financièrement les membres de mener des investigations de qualité sur les décès.
- Grâce à l'éducation et à la formation obligatoires, le BCC/SMLO peut s'assurer que les membres du corps sont informés sur les foyers de soins de longue durée (SLD) et leurs populations, et qu'on ne doit pas systématiquement supposer que les décès des résidents sont naturels – ils peuvent être soudains et inattendus.

- Le corps sera bien placé pour dispenser un enseignement et une formation au personnel des foyers de soins de longue durée sur l'Avis de décès de patient en établissement modifié.
- Le BCC/SMLO peut utiliser un processus de révision et de renouvellement de mandat cyclique pour les coroners du corps, ce qui lui permet de faire respecter les règles, et les protocoles et procédures normalisés.
- Une formation spécialisée sur les foyers de SLD et la population résidente contribuera à l'uniformité et à des normes élevées relatives au travail des coroners. Si les coroners locaux continuent de participer au processus d'investigation sur le décès des résidents, ils devraient être tenus de suivre cette formation.

## Volume 2 Annexes







## Volume 2 Annexes

<b>Annexe A – Décret</b> .....	816
<b>Annexe B – Motifs de la peine</b> .....	822
<b>Annexe C – L'exposé conjoint des faits</b> .....	837
<b>Annexe A de l'exposé conjoint des faits –</b> <b>Aveux manuscrits</b> .....	867
<b>Annexe C à l'exposé conjoint des faits – Transcription de</b> <b>la déclaration à la police faite par Elizabeth Wettlaufer</b> .....	871
<b>Annexe D de l'exposé conjoint des faits – Centre de</b> <b>toxicomanie et de santé mentale/Centre for Addiction</b> <b>and Mental Health (CAMH) Données de sortie</b> .....	982
<b>Annexe D – Avis de décès de patient en établissement</b> .....	995
<b>Annexe E – Protocole d'inspection – Médicaments</b> .....	996
<b>Annexe F – Lettre et rapport de congédiement</b> .....	1021

## Annexe A – Décret



### Executive Council of Ontario Order in Council

On the recommendation of the undersigned, the Lieutenant Governor of Ontario, by and with the advice and concurrence of the Executive Council of Ontario, orders that:

WHEREAS under the *Public Inquiries Act, 2009*, the Lieutenant Governor in Council may appoint a person to inquire into any matter of public interest;

AND WHEREAS on June 1, 2017, Elizabeth Wettkauer pled guilty to and was convicted of eight counts of first degree murder, four counts of attempted murder and two counts of aggravated assault (the "Offences"), these Offences having been committed while working as a registered nurse in southwestern Ontario;

AND WHEREAS it is desirable to ensure that Ontario's long-term care homes system meets the objectives of the *Long-Term Care Homes Act, 2007* to ensure the safety and well-being of residents of long-term care homes in Ontario;

AND WHEREAS it is considered desirable and in the public interest for the Ontario Government to appoint a person to identify and make recommendations to address systemic failings in Ontario's long-term care homes system that may have occurred in connection with the Offences;

AND WHEREAS it is considered advisable to set out the terms of reference for such process and recommendations;

THEREFORE pursuant to the *Public Inquiries Act, 2009* it is ordered as follows:

#### Commission

1. A Commission is established and the Honourable Justice Eileen E. Gilese is appointed as a commissioner under section 3 of the *Public Inquiries Act, 2009*, (the "Commissioner"), effective as of August 1, 2017.

#### Mandate

2. Having regard to section 5 of the *Public Inquiries Act, 2009*, the Commission shall inquire into:
  - a. the events which led to the Offences;
  - b. the circumstances and contributing factors allowing these events to occur, including the effect, if any, of relevant policies, procedures, practices, and accountability and oversight mechanisms; and

O.C./Décret: 1549/2017

- c. other relevant matters that the Commissioner considers necessary to avoid similar tragedies
- 3. The Commissioner shall perform her duties without expressing any conclusions or recommendations regarding the potential civil or criminal liability of any person or organization. The Commissioner shall further ensure that the conduct of the inquiry does not in any way interfere or conflict with any ongoing investigation or legal proceeding related to these matters.
- 4. Where the Commissioner considers it essential and at her discretion, she may engage in any activity appropriate to fulfilling her duties, including:
  - a. Conducting research and collecting information, including conducting interviews and undertaking surveys;
  - b. Conducting inter-jurisdictional research to identify practices in other jurisdictions that are relevant to this inquiry;
  - c. Consulting with, or seeking submissions from, key stakeholders and sector experts;
  - d. Consulting with the general public, including consulting prior to making its rules or determining who may participate in the public inquiry; and
  - e. Receiving oral and written submissions.
- 5. The Commission shall, as much as practicable and appropriate, refer to and rely on the matters set out in section 9 of the *Public Inquiries Act, 2009*. In particular, the Commission shall review and consider any existing records or reports relevant to its mandate, including the court records of the Weislauber criminal proceedings, and other medical, professional and business records. Further, the Commission shall rely wherever possible on overview reports submitted to or created or written by the inquiry. The Commission may consider such reports and records in lieu of calling witnesses.
- 6. Pursuant to section 14 of the *Public Inquiries Act, 2009*, the Commission may hold public hearings as necessary to fulfil its mandate.
- 7. The Commission may exercise the powers provided for in section 13 of the *Public Inquiries Act, 2009*.
- 8. The Commission shall, wherever practicable, rely on representative witnesses on behalf of institutions and may convene and/or consult with panels of representative witnesses in order to fulfill its mandate in a timely manner.
- 9. In accordance with the *Public Inquiries Act, 2009*, the Commissioner shall obtain all records necessary to perform her duties and, for that purpose, may require the production of information that is confidential or inadmissible under any Act or regulation.
- 10. Where the Commissioner considers it necessary, she may impose conditions on the disclosure of information in order to protect the confidentiality of that information. In so far as practicable, the Commissioner shall work to maintain and ensure the confidentiality of personal health information.

**O.C./Décret:**

11. The Commissioner shall follow Management Board of Cabinet directives and guidelines and other applicable government policies unless, in the Commissioner's view and having regard to her mandate, it is not possible to follow them.
12. The Commission shall promote accessibility and transparency to the public through the use of technology, including by establishing and maintaining a website.

#### Funding

13. The Commissioner may make recommendations to the Attorney General regarding funding to participants in the inquiry to the extent of that participant's interest where, in the Commissioner's view, the participants would not otherwise be able to participate in the inquiry without such funding. Such funding shall be in accordance with applicable Management Board of Cabinet directives and guidelines.

#### Report

14. The Commissioner shall endeavor to conclude her mandate and deliver a final report to the Attorney General summarizing her activities and including any recommendations no later than 24 months after the establishment of the Commission.
15. In delivering her final report to the Attorney General, the Commissioner shall ensure, in so far as practicable, that it is in a form appropriate for public release, consistent with the requirements of the *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* and other applicable legislation.
16. The Commissioner shall be responsible for translation and printing and shall ensure that her final report is delivered in English and in French, at the same time, in electronic and printed versions.

#### Financial and Administrative Matters

17. The financial and administrative support necessary to enable the Commission to fulfill its mandate shall be provided in accordance with sections 25, 26 and 27 of the *Public Inquiries Act*, 2009.
18. All ministries and all boards, agencies and commissions of the Government of Ontario shall, subject to any privilege or other legal restrictions, assist the Commission to the fullest extent possible, including producing documents in a timely manner, so that the Commission may carry out its duties.
19. The Attorney General shall make the Commissioner's final report available to the public as soon as practicable after receiving it.

ATTENDU QU'en vertu de la Loi de 2009 sur les enquêtes publiques, le lieutenant-gouverneur en conseil peut nommer une personne pour effectuer une enquête sur toute question d'intérêt public;

ATTENDU QUE le 1<sup>er</sup> juin 2017, Elizabeth Wetlaufer a plaidé coupable à huit chefs d'accusation de meurtre au premier degré, à quatre chefs d'accusation de tentative de meurtre et à deux chefs d'accusation de voies de fait graves (les « infractions »), ces infractions ayant été commises tandis qu'elle exerçait son titre qu'infirmière autorisée dans le Sud-Ouest de l'Ontario, et qu'elle a été déclarée coupable de tous les chefs;

**O.C./Décret:**

ATTENDU QU'il est souhaitable que le réseau ontarien des foyers de soins de longue durée respecte les objectifs de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée de façon à garantir la sécurité et le bien-être des résidents des foyers de soins de longue durée en Ontario;

ATTENDU QU'il est jugé souhaitable et dans l'intérêt public que le gouvernement de l'Ontario nomme une personne pour cerner les défaillances systémiques du réseau ontarien aux foyers de soins de longue durée susceptibles d'être associées à la perpétration des infractions, et pour formuler des recommandations afin d'y remédier;

ATTENDU QU'il est jugé utile d'énoncer le cadre de référence de ce processus et de ces recommandations;

EN CONSÉQUENCE, en vertu de la Loi de 2009 sur les enquêtes publiques, il est décrété ce qui suit :

#### **Commission**

1. Une commission est constituée et l'honorable juge Eileen E. Gilless est nommée commissaire en vertu de l'article 3 de la Loi de 2009 sur les enquêtes publiques (la « Commissaire »), le tout prenant effet le 1<sup>er</sup> août 2017.

#### **Mandat**

2. Compte tenu de l'article 5 de la Loi de 2009 sur les enquêtes publiques, la commissaire a pour mandat d'effectuer une enquête :
  - a. sur les événements qui ont conduit aux infractions;
  - b. sur les circonstances et les facteurs contributifs ayant permis que ces événements surviennent, notamment sur l'effet, le cas échéant, des politiques, procédures et des pratiques pertinentes et sur les mécanismes de responsabilisation et de surveillance;
  - c. sur les autres éléments pertinents que la commissaire juge nécessaires afin d'éviter des tragédies similaires.
3. La commissaire s'acquittera de ses fonctions sans formuler de conclusions ou de recommandations quant à la responsabilité civile ou criminelle de toute personne ou de tout organisme. La commissaire veillera à ce que la conduite de l'examen n'entrave aucunement toute autre enquête ou instance judiciaire en cours liée aux mêmes questions.
4. La commissaire peut, à sa discrétion et si elle l'estime essentiel, exercer les activités qui lui permettent de s'acquitter de ses fonctions, notamment :
  - a. effectuer des recherches et recueillir des renseignements, y compris mener des entrevues et entreprendre des sondages;
  - b. effectuer des recherches auprès d'autres territoires pour y repérer des pratiques pertinentes dans le cadre de cette enquête;
  - c. consulter des intervenants clés et des spécialistes du domaine ou les inviter à lui faire part de leurs observations;

#### **O.C./Décret:**

- d. consulter le grand public, y compris engager des consultations avant d'établir ses règles ou de décider des participants à l'enquête publique;
- e. recevoir des observations orales et écrites.

5. La commission se reporte aux documents énoncés à l'article 9 de la Loi de 2009 sur les enquêtes publiques et se fonde sur eux lorsqu'il est possible et approprié de le faire. En particulier, la commission examine et étudie les dossiers ou les rapports existants qui se rapportent à son mandat, y compris les archives judiciaires de l'instance pénale dans l'affaire Wettlaufer, ainsi que les autres documents médicaux, professionnels et opérationnels. En outre, la commission se fonde, dans la mesure du possible, sur les rapports sommaires soumis à l'enquête ou créés ou rédigés dans le cadre de l'enquête. La commission peut étudier ces rapports et ces dossiers plutôt que d'entendre des témoins.
6. Conformément à l'article 14 de la Loi de 2009 sur les enquêtes publiques, la commission peut tenir les audiences publiques qu'elle estime nécessaires dans l'exercice de son mandat.
7. La commission peut exercer les pouvoirs prévus à l'article 13 de la Loi de 2009 sur les enquêtes publiques.
8. La commission s'appuie, dans la mesure du possible, sur des personnes représentatives qui témoignent au nom d'institutions et peut convier ou consulter des groupes de témoins représentatifs afin d'exécuter son mandat en temps opportun.
9. Conformément à la Loi de 2009 sur les enquêtes publiques, la commissaire obtiendra tous les dossiers nécessaires à l'exécution de ses fonctions et, à cette fin, elle peut demander la production de renseignements qui sont considérés comme confidentiels ou non admissibles en preuve en vertu d'une loi ou d'un règlement.
10. Si elle l'estime nécessaire, la commissaire peut assortir de conditions la divulgation de renseignements, afin de privilégier le caractère confidentiel de ces renseignements. Dans toute la mesure du possible, la commissaire veille à la protection de la confidentialité des renseignements médicaux personnels.
11. La commissaire suit les directives et lignes directrices du Conseil de gestion du gouvernement ainsi que les autres politiques gouvernementales applicables, sauf si elle estime, au égard à son mandat, qu'il n'est pas possible de les suivre.
12. La commission favorise l'accessibilité et la transparence en ayant recours à la technologie, notamment en créant un site Web et en le mettant à jour.

#### **Financement**

13. La commissaire peut présenter des recommandations au procureur général en ce qui concerne le versement de fonds à des participants à l'enquête, dans la mesure de leur intérêt, si la commissaire est d'avis que ces participants ne seraient par ailleurs pas en mesure de participer à l'enquête sans ces fonds. Un tel financement doit être conforme aux directives et lignes directrices applicables du Conseil de gestion du gouvernement.

#### **O.C./Décret:**

**Rapport**

14. La commissaire s'efforcera de mener à bien son mandat et de remettre son rapport final résumant ses activités et présentant ses recommandations au procureur général dans les 24 mois qui suivent l'établissement de la commission.
15. Dans la mesure du possible, la commissaire veillera à remettre son rapport final au procureur général sous une forme appropriée pour sa diffusion publique, conformément aux exigences de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et de toute autre loi applicable.
16. La commissaire assurera la responsabilité de la traduction et de l'impression de son rapport final et veillera à ce que ses versions française et anglaise soient présentées en même temps, en format électronique et sur papier.

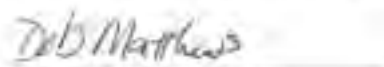
**Questions financières et administratives**

17. Le soutien financier et administratif nécessaires pour permettre à la commission de s'acquitter de son mandat sera prévu conformément aux articles 25, 26 et 27 de la *Loi de 2009 sur les enquêtes publiques*.
18. Sous réserve de tout privilège ou de toute autre restriction légale, tous les ministères, ainsi que tous les organismes, conseils et commissions du gouvernement de l'Ontario, prêteront leur concours à la commission dans leur pleine mesure de façon que cette dernière puisse s'acquitter de ses fonctions.
19. Le procureur général rendra public le rapport final de la commissaire dès que possible après l'avoir reçu.



Recommended: Attorney General

Recommandé par: Le procureur général

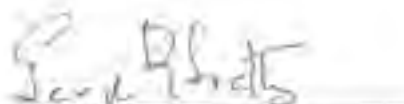


Concurred: Chair of Cabinet

Appuyé par: Le président/la présidente du Conseil des ministres.

Approved and Ordered:  
Approuvé et décrété le:

JUL 26 2017


Administrator of the Government  
L'administrateur du gouvernement

O.C./Décret:

## Annexe B – Motifs de la peine

SA MAJESTÉ LA REINE c. WETTLAUFER, 2017 ONSC 4347

N° du greffe CR-17-00000005-0000

COUR SUPÉRIEURE DE JUSTICE

SA MAJESTÉ LA REINE

c.

ELIZABETH TRACEY MAE WETTLAUFER

INSTANCE

DEVANT L'HONORABLE JUGE B. THOMAS le 26 juin 2017, à WOODSTOCK, Ontario

COMPARUTIONS :

F. Kelly / A. Rajna

B. Burgess

Procureurs de la Couronne

Procureurs d'Élizabeth Wettlauffer



(i)  
Table des matières

COUR SUPÉRIEURE DE JUSTICE

TABLE DES MATIÈRES

PIÈCES

<u>NUMÉRO DE PIÈCES</u>	<u>PRODUITES À LA PAGE</u>
3 Exemplaire relié des déclarations de la victime	51
4 CD des déclarations de la victime dans leur ensemble	52
Peine	61

Légende

[sic] - Indique que le mot précédent a été reproduit tel quel et qu'il ne s'agit pas d'une erreur de transcription.

(ph) - Indique que le mot précédent a été transcrit phonétiquement.

Transcription commandée le : ..... 6 février 2018  
Transcription terminée le : ..... 6 février 2018  
Avis donné le : ..... 6 février 2018

5

## Motifs de la peine

Le juge Thomas

LUNDI 26 JUIN 2017 MOTIFS DE LA PEINELe juge THOMAS (Oralement) :

10 Dans un bref examen des faits relatifs à ces 13 chefs d'accusation, permettez-moi de résumer les faits saillants des actes commis en série par l'accusée, ici présente.

15 Elizabeth Wettlaufer était infirmière autorisée. Elle a maintenant 50 ans. Son mariage se défait à peu près au moment de ses premières infractions – voies de fait graves à l'encontre de Clotilda Adriano et Albina Demedeiros et meurtre de James Silcox. De 2007 à 2016, Elizabeth Wettlaufer a commis une série de meurtres et de tentatives de meurtre, soit neuf ans de folie meurtrière. Certaines de ses victimes ont réussi à survivre parce qu'elles ont été soignées avec succès par d'autres. Toutes ses victimes ont reçu des doses non thérapeutiques

20 d'insuline visant à faire baisser leur glycémie, à les mettre en état de choc et, ultimement, à causer leur mort.

Dans un premier temps, il semble qu'Elizabeth Wettlaufer ait fait des essais avec ses victimes afin de trouver une combinaison meurtrière. Elle a déclaré dans ses aveux : « C'était comme à l'aveuglette ». Enfin, elle a opté pour des

25 doses d'insuline à action prolongée et à action brève administrées en même temps. De toute évidence, pour elle, la combinaison a semblé efficace.

Elle était l'infirmière autorisée responsable des quarts de travail. Elle gérait les

5 médicaments, le personnel et la paperasse. Semblait-il qu'elle avait le champ libre. La plupart de ses victimes étaient des résidents de Caressant Care (Woodstock). Elles avaient toutes des affections différentes et des niveaux de conscience de leur environnement et de leur situation différents. Toutes, cependant, étaient extrêmement vulnérables aux mauvais traitements

10 d'Elizabeth Wettlaufer. Dans une des déclarations de victimes, elle est décrite comme une « prédatrice traquant les faibles et les plus vulnérables ».

Les tentatives de meurtre se sont poursuivies après le licenciement de M<sup>me</sup> Wettlaufer par Caressant Care, avec succès dans le cas de M. Horvath au foyer Meadow Park à London, sans succès dans le cas de Sandra Towler à Paris et au domicile de Beverly Bertram à Ingersoll.

15

L'effet des doses mortelles d'insuline sur les victimes a été décrit par Elizabeth Wettlaufer dans ses aveux. Cela a été une expérience douloureuse et pleine de tourments pour l'esprit et le corps de toutes les victimes, tant celles qui sont décédées que celles qui ont survécu.

20 La déclaration de la victime Beverly Bertram, âgée de 68 ans, seule survivante à avoir été en mesure d'aider à comprendre les circonstances de ces crimes, en était peut-être la meilleure expression. Elle a fourni à cette Cour une description effrayante de la douleur, de la souffrance et des hallucinations qu'elle a éprouvées alors qu'elle aurait dû se remettre paisiblement, chez elle,

25 d'une opération à la jambe. Nous sommes irrésistiblement poussés à nous poser une question : Pourquoi? C'est une question qui trouve un écho dans les déclarations de toutes les victimes. C'est une question que nous avons à l'esprit lorsque nous avons regardé Elizabeth Wettlaufer décrire sa folie meurtrière de façon presque clinique au détective Hergott.

30 Elizabeth Wettlaufer a passé 19 jours chez des psychiatres au Centre de

- 5 toxicomanie et de santé mentale (CAMH), à Toronto. L'exposé conjoint des faits présente comme suit leurs observations au sujet de la patiente. En partie, les psychiatres déterminent qu'il n'y avait aucune trace de psychose. Elle ne souffrait pas d'hallucinations. Elle était tout à fait consciente de ses actes et de leurs conséquences. Son diagnostic comprenait un comportement antisocial de
- 10 l'adulte, un trouble de la personnalité limite, de légers troubles liés à l'alcool et aux opiacés et un trouble dépressif majeur.
- Elle se décrit elle-même comme étant dépassée, contrariée par sa carrière, ses responsabilités et sa vie en général. Elle décrit presque une euphorie après avoir tué quand la pression pesant sur elle semblait se dissiper. C'est peut-être
- 15 un point de vue trop simpliste, mais il semble qu'elle cherchait à exercer le contrôle qu'elle n'avait pas dans sa propre vie à travers une emprise sur celle des personnes qui étaient placées sous sa responsabilité.
- Une chose semble certaine : si Elizabeth Wettlaufer n'avait pas décidé de se présenter au CAMH le 16 septembre 2016, nous ne serions pas ici aujourd'hui.
- 20 Les familles des victimes n'auraient aucune idée des abus subis par leurs proches, et l'accusée serait peut-être encore libre d'agir.
- Je voudrais maintenant m'adresser aux victimes, aux familles et aux amis qui sont ici présents et à ceux qui ne le sont pas, à ceux qui ont choisi de faire une déclaration de la victime et à ceux pour qui cette expérience aurait été un
- 25 fardeau trop lourd.
- Une société civilisée protège ses membres les plus vulnérables, ses jeunes, ses infirmes, ses personnes âgées; tous ceux qui ne sont plus en mesure de prendre soin d'eux-mêmes. En tant que familles de personnes malades et âgées, vous devez à un moment ou un autre confier les soins quotidiens de vos proches à
- 30 des individus qui sont formés et plus à même de leur offrir un environnement

- 5 sûr. Cela est d'autant plus vrai qu'un pourcentage croissant de notre population vieillit et que la médecine moderne prolonge l'espérance de vie.
- Le fait qu'une personne soignante mette fin à une vie au lieu de la prolonger représente une trahison absolue de votre confiance. Mais vous ne devez pas vous sentir responsables. La valeur des vies de vos proches n'est pas diminuée
- 10 par leur âge ou leur état de santé, et la loi ne reconnaît pas d'échelle mobile de peines pour les meurtres de cette nature. Votre deuil n'en est pas moins insupportable.
- J'ai lu chacune de vos déclarations de victime. Je vous ai tous entendus aujourd'hui. Les déclarations de femmes et de maris, de filles et de fils, de
- 15 petits-enfants, de nièces et de neveux, d'amis de longue date, de victimes, toutes et tous. Je sais que chacun d'entre vous a une réaction particulière face à ces événements, mais, en vos mots, je trouve quelques descriptions communes. La trahison. La trahison de la part de ceux à qui vous avez confié le soin de
- 20 personnes qui ne pouvaient plus prendre soin d'elles-mêmes. La colère. Comment cela a-t-il pu arriver pendant si longtemps à autant de personnes? La culpabilité. Pourquoi n'auriez-vous pas pu faire plus pour les protéger? Pourquoi n'avez-vous rien vu arriver? Au moins dans un cas, la culpabilité a entraîné une rupture du tissu familial. La méfiance. De ceux que vous percevez
- 25 maintenant comme des professionnels bienveillants qui tentent de travailler avec vous, votre famille et vos amis. Le deuil. Le deuil a refait surface, peut-être même des années après votre perte et la réalité maintenant d'avoir à faire votre deuil en public. La dépression. Le désengagement des événements
- 30 sociaux, l'absence du lieu de travail et de la famille, l'incapacité de dormir, le manque de motivation, les maladies physiques causées par le stress de ce que vous traversez, les médicaments, les consultations et la thérapie. Le tout bien décrit par une victime comme étant « un cauchemar qui semble interminable ».

5 système de justice pénale n'est pas un endroit où je peux prononcer une peine qu'on pourrait concevoir comme équivalent à la valeur de la vie de vos proches. Ce serait impossible et ce n'est tout simplement pas mon rôle. Je ne peux pas ramener à la vie les êtres qui vous sont chers, ce que vous désirez au fond. Je ne peux faire que prononcer une peine qui s'appuie sur la loi et qui est

10 déterminé par les principes que je dois appliquer. Je suis profondément désolé de la perte que vous avez subie. Personne ne devrait éprouver une douleur comme la vôtre.

L'article 745 (a) du *Code criminel* prévoit pour le meurtre au premier degré une peine d'emprisonnement à perpétuité sans possibilité de libération

15 conditionnelle avant d'avoir purgé au moins 25 ans de la peine. Les peines prévues par la loi pour les chefs d'accusation de voies de fait graves et de tentative de meurtre doivent être purgées concurremment avec l'emprisonnement à perpétuité pour meurtre. L'article 745.51 prévoit l'inadmissibilité à la libération conditionnelle en cas de meurtres multiples. Il

20 stipule ce qui suit,

Au moment de prononcer la peine conformément à l'article 745, le juge qui préside le procès du délinquant qui est déclaré coupable de meurtre et qui a été déclaré coupable d'un ou plusieurs autres meurtres peut ordonner, compte tenu du caractère du délinquant, de la nature de

25 l'infraction et des circonstances entourant sa perpétration, que les périodes d'inadmissibilité à la libération conditionnelle pour chaque condamnation pour meurtre soient purgées consécutivement.

Il précise que je dois motiver ma décision sur cette question. En résumé,

30 l'article 745.51 m'ordonne de songer à rendre consécutives les périodes de 25 ans avant la libération conditionnelle et l'admissibilité, c'est-à-dire l'une suivant l'autre pour les infractions de meurtre au premier degré ayant été commises après le 2 décembre 2011, date d'entrée en vigueur de cet article.

5 En l'espèce, trois infractions de ce genre entrent en ligne de compte. Il s'agit des chefs d'accusation 10, 11 et 12. L'article 745.51 exige que je tienne compte du caractère du délinquant, de la nature de l'infraction et des circonstances entourant sa perpétration. Dans le cadre de l'évaluation globale de la peine, je  
10 dois tenir compte des objectifs des peines énoncées à l'article 718. Je vois ici mes objectifs principaux, tels qu'ils sont énoncés aux articles 718 (a),(b) et (c), à savoir de dénoncer, de dissuader, et d'isoler Elizabeth Wettlaufer de la société.

L'article 718.1 stipule que la peine est proportionnelle à cette infraction qui est de toutes la plus grave, et au degré de responsabilité d'Elizabeth Wettlaufer,  
15 lequel est bien sûr considérable.

Mon examen des circonstances atténuantes et aggravantes est, je le crois, reflété par les considérations prévues par la loi à l'article 745.51. Je me penche maintenant sur les périodes de libération conditionnelle et d'admissibilité pour les infractions de meurtre.

20 Tout d'abord, le caractère de l'accusée.

J'en ai parlé plus tôt dans mes motifs. Elizabeth Wettlaufer a 50 ans. Elle n'a pas de casier judiciaire. Elle est née à Woodstock. Ses parents sont encore vivants. Elle a fait ses études au Collège Conestoga, obtenu son certificat d'infirmière autorisée et décroché un emploi régulier en soins infirmiers dans le  
25 domaine des soins de longue durée. Elle a été mariée de 1997 à 2007. Elle n'a pas d'enfants. Elle a sombré dans une dépendance à l'hydromorpnone et s'est décrite elle-même comme une consommatrice occasionnelle de drogues. Son profil psychiatrique a déjà été examiné à partir de la description qui figure dans le résumé de sortie de CAMH.

5 La nature des Infractions.

10 Encore une fois, comme indiqué précédemment, Elizabeth Wettlaufer a assassiné huit patients sous ses soins en leur administrant des doses massives d'insuline qui leur ont causé un choc hypoglycémique. Il s'agissait de personnes vulnérables, souvent âgées, souffrant dans bien des cas de démence ou d'autres maladies dégénératives. Leur mort a été douloureuse et souvent longue.

15 Les circonstances entourant la perpétration des meurtres. Toutes les victimes étaient à la merci de M<sup>me</sup> Wettlaufer dans les établissements où elle travaillait. En tant qu'infirmière autorisée de garde, elle les avait sous son emprise. Elle était dépassée, en colère et déprimée. Elle trouvait que certains résidents étaient gênants et que d'autres méritaient tout simplement de mourir. Elle était loin d'être un ange de miséricorde pour les patients en phase terminale. Au contraire, elle était le spectre de la mort qui planait sur eux pendant ses quarts de nuit.

20 Je considère qu'une partie des circonstances entourant ces Infractions sont celles qui ont été commises par M<sup>me</sup> Wettlaufer après l'Infraction. Ces circonstances sont normalement considérées comme des circonstances atténuantes dans mon analyse pour déterminer la peine.

25 À la fin de l'été 2016, Elizabeth Wettlaufer s'est vue confier la tâche d'aider les écoliers à prendre de l'insuline pour la rentrée scolaire de cette même année. Sa preuve non contredite est qu'elle craignait de ne pas pouvoir résister à passer au meurtre d'enfants. Elle a donc démissionné. Elle s'est volontairement rendue au CAMH à Toronto parce que, selon elle, c'était le seul établissement de santé mentale disposant d'un service des urgences qu'elle pouvait trouver. C'était le 30 16 septembre 2016.



5 M<sup>me</sup> Wettlaufer a presque immédiatement fait des aveux à qui voulait l'entendre. Nonobstant les recommandations insistantes qu'on lui a faites, elle a refusé de parler à un avocat. Elle a fait une déclaration à l'Ordre des infirmières et infirmiers. Elle a démissionné de sa profession d'infirmière le 30 septembre 2016. Elle est passée aux aveux à la police de Toronto, puis de nouveau dans la  
10 longue interrogation sur bande vidéo menée par le détective Hergott, que nous avons visionnée.

Le 6 octobre 2016, elle a volontairement signé un engagement aux termes du *Code criminel* pendant que l'enquête sur ces affaires se poursuivait.

15 Le 24 octobre 2016, elle s'est rendue à la police. Depuis lors, elle est en détention. Elle n'a jamais présenté de demande de libération sous caution. Elle a toujours voulu, semble-t-il, résoudre ces affaires en plaidant coupable. Elle a été accompagnée dans ce processus par son procureur, M<sup>c</sup> Burgess, qui devait s'acquitter de ses responsabilités professionnelles envers sa cliente avant que cela puisse se produire.

20 Elle a signé l'exposé conjoint des faits qui figure à la pièce 1 de la présente instance. Il ressort clairement de ce document et des commentaires qu'elle m'a faits dans cette salle d'audience qu'elle est consciente de ce qu'elle a fait et des conséquences juridiques de son plaidoyer de culpabilité à tous les chefs d'accusation. Elle a dit éprouver des remords.

25 Sans ses aveux, je suis convaincu que l'accusée n'aurait jamais été traduite en justice. J'ai devant moi une recommandation conjointe des procureurs expérimentés de la Couronne et de la défense, qui ont pris connaissance de tous les détails de ces Infractions et des preuves qui peuvent être réunies contre  
30 l'accusée. Ils demandent des périodes concurrentes d'inadmissibilité à la libération conditionnelle. La loi exige que je ne m'écarte de la soumission

5 conjointe que si elle est contraire à l'intérêt public et, deuxièmement, si la réputation de l'administration de la justice est en jeu.

10 J'ai examiné un certain nombre de décisions qui ont tenu compte de l'article 745.51 et des périodes consécutives proposées d'inadmissibilité à la libération conditionnelle. R. c. Bourque [2014], décision de la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick, CBRNB, p. 237. R. c. Baumgartner [2013] ABQB 761, une décision de la Queen's Bench de l'Alberta. R. c. Husbands [2015] OJ 2674, une décision de cette Cour, la Cour supérieure de l'Ontario. R. c. Beauzeaux [2015] Cour suprême de l'Île-du-Prince-Édouard, page 14. Enfin, deux décisions du juge Masonville de la Cour suprême de la Colombie-Britannique dans R. c. Bains [2015] BCSC 2145 et R. c. Koopmans [2015] BCSC 2120.

20 Dans cette affaire, Elizabeth Wettlaufer a tué huit personnes dont elle était responsable. Elle a laissé une traînée de vies brisées dans son sillage. Elle a terni l'image de sa profession. Elle a exposé les points faibles des soins dans les établissements de soins de longue durée où elle a travaillé. Mais elle s'est rendue, est passée aux aveux, a plaidé coupable de toutes les infractions et, par ces aveux, elle a dévoilé la véritable histoire de la façon dont ces huit vies ont pris fin. Elle a évité aux familles la souffrance de mois de procès.

25 Il ne faut pas oublier non plus que même si elle est admissible à une libération conditionnelle à la fin de 2041, il se peut qu'elle ne puisse en fait jamais en bénéficier. Vu le nombre et la nature de ses crimes, cela est vraisemblable.

Levez-vous, s'il vous plaît, Mme Wettlaufer.

30 J'accepte la recommandation conjointe des avocats. En fait, elle est conforme à l'intérêt public à mon avis et je souscris à cette conclusion. Tout en considérant

- 5 la position des procureurs, permettez-moi de dire qu'en tout temps, tout en étant des défenseurs acharnés des intérêts qu'ils protègent, les procureurs ont fait preuve de professionnalisme et de civilité et ont reconnu les émotions profondes suscitées par ces poursuites.
- 10 Les procureurs de la Couronne étaient incroyablement bien préparés, toujours dans l'optique d'une bonne administration de la justice et de la nécessité de veiller à ce que justice soit rendue. M<sup>e</sup> Burgess, votre qualité de procureur de la défense ne se mesure pas à votre représentation des riches et des sympathiques, mais plutôt à votre soutien aux pauvres et aux plus honnis.
- 15 Quant à la peine.  
Pour tous les chefs d'accusation de meurtre au premier degré, les chefs d'accusation 3, 4 et 7 à 12, les meurtres de James Silcox, Maurice Granat, Gladys Millard, Helen Matheson, Mary Zurawinski, Helen Young, Maureen Pickering et Arpad Horvath, il y aura une peine de prison à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle pendant 25 ans, toutes les peines devant être purgées concurremment.
- 20 Pour tous les chefs de tentative de meurtre, les chefs d'accusation 5, 6, 13 et 14, la tentative de meurtre de Wayne Hedges, Michael Priddle, Sandra Towler et Beverly Bertram, une peine de dix ans pour chaque chef d'accusation à purger concurremment à toutes les autres.
- 25 Pour tous les chefs de voies de fait graves, les chefs d'accusation 1 et 2, les voies de fait graves contre Clotilda Adriano et Albina Demeideiros, une peine de sept ans pour chaque chef d'accusation à purger concurremment à toutes les autres.
- 30 Dans tous les chefs d'accusation, il y aura une ordonnance de banque de

- 5 données génétiques selon la formule 5.03. Toutes les infractions sont des infractions primaires. Pour tous les chefs d'accusation, il y aura des ordonnances d'interdiction d'armes en vertu de l'article 109 interdisant la possession d'armes à M<sup>me</sup> Wettlaufer pour le restant de ses jours.
- Y a-t-il autre chose à ajouter, Maîtres?
- 10 M<sup>e</sup>. BURGESS : Pas à ce que je sache, non.  
M. KELLY : Pouvez-vous s'il vous plait approuver la date de l'arrestation, monsieur le juge, car les autorités correctionnelles en auront besoin.  
LA COUR : Je le ferai, merci.  
M. KELLY : J'ai des questions d'ordre administratif à régler pour demain...
- 15 LA COUR : Oui, c'est bien.  
M. KELLY : ...toutefois, je vous permettrai de faire votre inscription au dossier.  
LA COUR : D'accord, alors je pourrai faire mon inscription à un moment donné. Vous pouvez vous asseoir, madame. Je peux faire mon inscription quand je partirai et je le ferai. Que voudriez-vous nous dire au sujet de la suite
- 20 de la procédure?  
M. KELLY : Comme vous le savez, il y a eu une requête déposée à la dernière date qui porte essentiellement sur une légère modification de l'ordonnance du juge Heeney dans la requête de Postmedia.  
C'est actuellement prévu pour demain, à 14 heures, et j'aimerais retenir cette
- 25 date.  
LA COUR : D'accord.  
M. KELLY : Il y a eu des communications continues entre Postmedia et moi-même. En fait, cela ne fait pas partie du procès. Il s'agit d'une procédure distincte. M<sup>me</sup> Wettlaufer a le droit mais pas l'obligation, à mon avis, d'y
- 30 assister. De même, son avocat pourrait être présent avec ou sans elle.

À cet égard, j'ai discuté avec M<sup>e</sup> Burgess, c'est ma position – la présence ou

5 non de la partie de la défense est facultative – mais je veux que ça aille de l'avant demain après-midi à 14 heures. Je vais avoir besoin de cette heure.

En outre, il serait peut-être souhaitable à ce stade-ci que M<sup>e</sup> Burgess puisse consigner la position de M<sup>me</sup> Wettlaufer en son nom relativement à cette requête.

10 LA COUR : Merci, M<sup>e</sup> Burgess.

M<sup>e</sup> BURGESS : D'accord, merci monsieur le juge. M<sup>me</sup> Wettlaufer va renoncer à son droit d'assister à l'audience de la requête demain. Je peux vous dire officiellement que je me suis joint à la Couronne dans sa position sur cette requête. Toutefois, je n'ai pas d'autres commentaires ou argumentation à faire à ce sujet et ni moi ni M<sup>me</sup> Wettlaufer ne serons présents demain.

15 LA COUR : Bien. Je suis d'accord qu'il s'agit là d'une requête distincte. Elle traite simplement de l'ordonnance du juge Heeney relative à la production de la dénonciation faite sous serment dans la mesure où la présente instance est maintenant terminée et la forme que cela peut prendre. J'apprécie donc le fait que, sachant maintenant la position de votre cliente telle que vous l'avez énoncée, il n'est pas nécessaire que vous soyez présent.

M<sup>e</sup> BURGESS : Merci beaucoup, monsieur le juge.

20 LA COUR : Merci. Y a-t-il autre chose à ajouter, Maître?

25 M. KELLY : Non, monsieur le juge. Je crois que cela clôt cette affaire.

LA COUR : Merci.

M. KELLY : J'apprécie l'attention de la Cour.

LA COUR : Je vous en prie.

... AFFAIRE CLOSE

16.  
Certificat

FORMULAIRE 2  
CERTIFICAT DE TRANSCRIPTION (PARAGRAPHE 5(2))

Loi sur la preuve

Je soussignée, Linda A. Lebeau, certifie que le présent document est une transcription exacte et fidèle de l'enregistrement de l'affaire Regina c. Elizabeth Wettlaufer portée devant la Cour supérieure de justice à 415 Hunter Street, Woodstock, Ontario, tirée de l'enregistrement n° 2911\_CRI\_20170626\_091123\_\_30\_THOMASBRU, qui a été certifié dans la formule 1 par Shelby Middaugh

20

Date

\_\_\_\_\_ Linda A. Lebeau

Lebeau

W\*» Transcription Services Inc

Transcriptrice judiciaire autorisée (ACT)

Secrétaire

Court Reporters' Association Ontario

25

\*Ce certificat ne s'applique pas aux Motifs de la peine, lesquels ont fait l'objet d'un réexamen judiciaire le 17 juillet 2017.

## Annexe C – L'exposé conjoint des faits

N° du dossier du greffe : 05/17

COUR SUPÉRIEURE DE JUSTICE

(Région du Sud-Ouest – Woodstock)

ENTRE :

**SA MAJESTÉ LA REINE**

ET

**ELIZABETH TRACY MAE WETTLAUFER -**

**EXPOSÉ CONJOINT DES FAITS À PARTIR DU PLAIDOYER DE CULPABILITÉ -**

### Aperçu général

1. Elizabeth Tracy Mae Wettlaufer est inculpée pour quatorze chefs d'accusation. Elle est inculpée pour huit chefs d'accusation de meurtre au premier degré, quatre chefs de tentative de meurtre et deux chefs de voies de fait graves. Elle plaide coupable pour l'intégralité des chefs d'accusation. Les chefs d'accusation sont récapitulés dans le tableau suivant.

N°	Chef d'accusation	Nom de la victime	Dates alléguées	Lieu
1	Voies de fait graves	Clotilde Adriano	2007 (du 25 juin au 31 déc.)	Woodstock (Caressant Care)
2	Voies de fait graves	Albina DeMedeiros	2007 (du 25 juin au 31 déc.)	Idem
3	Meurtre au 1 <sup>er</sup> degré	James Silcox	2007 (11 août)	Idem
4	Meurtre au 1 <sup>er</sup> degré	Maurice Grant	2007 (22-23 déc.)	Idem
5	Tentative de meurtre	Wayne Hedges	2008 (du 1 <sup>er</sup> sept. au 31 déc.)	Idem
6	Tentative de meurtre	Michael Priddle	2008-2009 (du 1 <sup>er</sup> janv. 2008 au 31 déc. 2009)	Idem
7	Meurtre au 1 <sup>er</sup> degré	Helen Matheson	2011 (25-26 oct.)	Idem
8	Meurtre au 1 <sup>er</sup> degré	Gladys Millard	2011 (13-14 oct.)	Idem
9	Meurtre au 1 <sup>er</sup> degré	Mary Zurawinski	2011 (6-7 nov.)	Idem
10	Meurtre au 1 <sup>er</sup> degré	Helen Young	2013 (13-14 juillet)	Idem
11	Meurtre au 1 <sup>er</sup> degré	Maureen Pickering	2014 (22-28 mars)	Idem
12	Meurtre au 1 <sup>er</sup> degré	Arpad Horvath	2014 (23-31 août)	London (Meadow Park)
13	Tentative de meurtre	Sandra Towler	2015 (1 <sup>er</sup> -30 sept.)	Paris (Telfer Place)
14	Tentative de meurtre	Beverly Bertram	2016 (1 <sup>er</sup> -30 août)	Ingersoll (dans un domicile privé)

2. Les faits énoncés dans le présent document ont été reconnus par les parties et constituent la base sur laquelle repose le plaidoyer. Ce document est destiné à être présenté en tant que preuve et, sous réserve des directives de la Cour, il sera alors rendu public. Les déclarations des victimes seront versées au dossier au moment de la peine.

3. Il est entendu qu'il n'existe aucun accord autre que ceux exposés dans le présent document.
4. Pour les chefs d'accusation liés à des décès, il n'y a pas eu d'autopsies, sauf pour les deux défunts qui ont été exhumés en 2017 (Helen Matheson et Arpad Horvath). Toutes les autres personnes décédées ayant été incinérées, leur exhumation a été impossible.

### Contexte

5. L'accusée, Elizabeth « Bethe » Tracy Mae Wettlaufer, est née le 10 juin 1967. Elle fait partie d'une fratrie de deux enfants. Son père et sa mère sont encore en vie. M<sup>me</sup> Wettlaufer a été élevée dans la région de Woodstock, où elle a été scolarisée et où elle assistait aux offices religieux.
6. Après le lycée, M<sup>me</sup> Wettlaufer a fréquenté plusieurs établissements d'enseignement, notamment le Collège Conestoga, où elle a obtenu son diplôme d'infirmière autorisée en 1995. Elle y a suivi la formation sur 3 ans en soins infirmiers, qui forme aux soins pour les personnes âgées, aux soins palliatifs, à l'administration de médicaments et aux soins de santé.
7. Entre 1995 et 2007, M<sup>me</sup> Wettlaufer a été employée dans plusieurs établissements et agences dans le secteur des soins de santé – où elle a fini par exercer en tant qu'infirmière autorisée. Elle s'est mariée en 1997, mais son mariage a été dissout en 2007. Elle n'a pas d'enfant. Elle est divorcée. M<sup>me</sup> Wettlaufer a ultérieurement expliqué qu'elle a fini par ressentir une immense pression.

### Caressant Care

8. Le 25 juin 2007, M<sup>me</sup> Wettlaufer est entrée en poste dans le foyer de soins infirmiers Caressant Care, situé à l'adresse 81 Fyfe Avenue, à Woodstock, en tant qu'infirmière autorisée (IA). Cet établissement proposait des services de rééducation/physiothérapie ainsi que des soins palliatifs de fin de vie.
9. En tant qu'IA, M<sup>me</sup> Wettlaufer était chargée de réaliser des examens, de planifier les soins, de programmer divers types de traitements infirmiers et de les consigner dans les dossiers médicaux, par exemple pour l'administration de soins ou de médicaments pour la peau ou le traitement des plaies. Ses fonctions incluaient la supervision des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) ainsi que du personnel préposé aux services de soutien à la personne (PSSP). M<sup>me</sup> Wettlaufer avait accès aux médicaments soumis à ordonnance médicale et aux fournitures médicales, et elle savait que les stocks d'insuline disponibles sur place n'étaient ni sécurisés ni rigoureusement comptabilisés. M<sup>me</sup> Wettlaufer travaillait souvent de nuit, alors que la supervision assurée était minimale, et elle avait un accès immédiat aux stocks d'insuline.

### Insuline et hypoglycémie

10. Toutes les affaires portées devant cette Cour impliquent l'injection d'insuline. Il est donc essentiel de comprendre certains éléments fondamentaux concernant l'insuline, le glucose et la manière dont l'insuline peut affecter la santé. Le glucose, parfois appelé *sucre du sang*, est un sucre simple dont notre corps a besoin comme carburant. Normalement, nous obtenons le glucose à partir des aliments que nous ingérons et de certains liquides. Notre organisme fonctionne mieux lorsque le taux de glucose, la glycémie, reste compris dans une fourchette normale de valeurs.

11. Les humains produisent naturellement deux substances qui stabilisent la glycémie : le glucagon et l'insuline. Lorsque la glycémie baisse trop (une situation appelée *hypoglycémie*), du glucagon est sécrété pour faire remonter ce taux. Lorsque la glycémie augmente trop (une situation appelée



*hyperglycémie*), de l'insuline naturellement produite est sécrétée pour faire baisser ce taux. En temps normal, le corps est capable de maintenir la glycémie dans la fourchette normale de valeurs.

12. Les diabétiques n'équilibrent pas correctement leur glycémie, si bien qu'ils prennent certaines mesures pour que leur glycémie reste comprise dans la fourchette normale de valeurs. Ainsi, certains diabétiques prennent de l'insuline synthétique par injection. Certains diabétiques contrôlent leur glycémie grâce à un agent hypoglycémiant, administré sous la forme d'un cachet, autre que l'insuline. (Il s'agit d'un médicament différent, dont les spécificités sont sans importance dans ce dossier). Comme nous l'avons déjà vu, l'insuline fait baisser la glycémie. De nombreuses personnes âgées souffrent de diabète, à différents degrés, si bien que de l'insuline synthétique est très souvent administrée dans les établissements qui s'occupent des personnes âgées. L'insuline synthétique est commercialisée sous différents noms, mais seules deux grandes catégories nous intéressent dans ce dossier. L'insuline « à action lente » et l'insuline « à action rapide » qui, comme leurs noms l'indiquent, sont prévues pour faire baisser la glycémie plus rapidement ou, à l'inverse, plus lentement sur une période plus longue. Ces deux types d'insuline synthétique sont disponibles dans les foyers de soins de longue durée qui s'occupent de personnes âgées. La manière dont l'insuline synthétique est utilisée – sous quelle forme, à quels moments et en quelle quantité – est spécifique à chaque patient, en fonction de ses besoins propres et de son métabolisme. L'injection d'insuline est normalement réalisée en insérant des cartouches d'insuline à l'intérieur d'un « stylo »; c'est-à-dire un dispositif simple, qui ressemble à un stylo et qui comporte une aiguille sur l'une de ses extrémités et une molette et un bouton sur l'autre extrémité. Les modèles peuvent légèrement varier, mais ils fonctionnent tous plus ou moins de la même manière. Ils permettent à l'utilisateur de tourner une molette pour régler la quantité souhaitée d'insuline à injecter depuis la cartouche, puis d'utiliser l'extrémité comportant l'aiguille pour injecter la quantité réglée d'insuline à la personne qui en a besoin.

13. L'insuline injectée à une personne présentant une glycémie élevée aide à faire baisser sa glycémie jusqu'à un taux normal. L'insuline peut sauver la vie des personnes qui en ont besoin. Si de l'insuline est injectée à une personne qui n'en a pas besoin, l'insuline a aussi une incidence. En fonction de la quantité injectée, cela peut faire baisser sa glycémie en dessous des valeurs normales. Si la glycémie chute trop bas, la personne souffrira d'hypoglycémie ou présentera un état hypoglycémique.

14. L'hypoglycémie (une glycémie faible) peut être légère ou relativement grave. Le spectre des symptômes est large et non spécifique. Autrement dit, les symptômes observables de l'hypoglycémie sont identiques à ceux que l'on peut observer en association avec de nombreux autres problèmes de santé. Les personnes en hypoglycémie peuvent connaître un état de confusion, présenter une pâleur, souffrir de diaphorèse (terme médical signifiant *transpiration*), de tremblements, d'irritabilité, de faim, d'anxiété, de tachycardie (terme médical désignant un rythme cardiaque anormalement élevé), de vertiges, de maux de tête et/ou ressentir un état de faiblesse. Il est utile de rappeler que nombre de ces symptômes sont communément observés et ressentis en association avec de nombreux autres problèmes de santé, pas seulement en cas d'hypoglycémie. Lorsque l'hypoglycémie devient grave, la personne peut avoir des troubles de la conscience, plonger dans le coma ou décéder. L'insuline met souvent plusieurs heures avant de provoquer ses pleins effets. Ce n'est généralement pas un produit qui tue « instantanément ». À un certain niveau de gravité, l'hypoglycémie peut endommager les tissus cérébraux de façon particulière. C'est pour cela que, même en cas d'impossibilité d'analyser la biochimie sanguine, l'examen des tissus cérébraux peut permettre de trouver des preuves corroborant une hypoglycémie.

15. Comme nous l'expliquerons plus tard, M<sup>me</sup> Wettlaufer a fait plusieurs longues déclarations, dans lesquelles elle a donné des détails importants sur ses activités criminelles. En ce qui concerne certains des chefs d'accusation portés devant cette Cour, les dossiers médicaux, obtenus

postérieurement à ses aveux, ont fait apparaître certains symptômes associables à une hypoglycémie et ont confirmé que M<sup>me</sup> Wettlaufer était chargée de superviser les soins administrés à certaines victimes aux moments correspondants (offrant ainsi certaines confirmations circonstanciées de ses actes). Les dossiers médicaux ne révèlent pas précisément ce qu'elle a injecté aux victimes, étant donné que M<sup>me</sup> Wettlaufer ne consignait pas le fait qu'elle injectait de l'insuline aux victimes au-delà des doses médicalement prescrites. Elle s'est délibérément abstenue de consigner ses actes criminels afin de ne pas éveiller les soupçons. Néanmoins, M<sup>me</sup> Wettlaufer a expliqué à la police qu'en tant qu'infirmière autorisée, elle savait que « si votre glycémie descend suffisamment bas, vous pouvez mourir ». Elle a expliqué qu'elle n'a jamais su quelle quantité d'insuline était nécessaire pour provoquer un décès. Elle pensait qu'il n'y avait pas de « quantité prédéfinie » – « c'était un peu au hasard ».

### **Chefs d'accusation spécifiques**

#### **Chef d'accusation n°1 – Clotilde Adriano**

16. Clotilde Adriano est décédée en 2008. M<sup>me</sup> Wettlaufer avoue avoir commis des voies de fait graves sur M<sup>me</sup> Adriano en lui injectant de l'insuline en 2007, mettant ainsi sa vie en danger.

17. Clotilde Adriano est née le 25 octobre 1920. Elle résidait dans la région de Woodstock, où elle s'est mariée et a élevé sa famille. Clotilda Adriano et son époux (décédé en 1997) ont eu deux enfants. M<sup>me</sup> Adriano avait de nombreux frères et sœurs, et sa belle-sœur, Albina DeMedeiros, qui était également une résidente du foyer Caressant Care, est la victime présumée dans le chef d'accusation suivant.

18. Le 05 mars 2007, M<sup>me</sup> Adriano s'est installée au foyer Caressant Care, elle souffrait de nombreuses affections, notamment de diabète, qui était contrôlé par des injections d'insuline. Elle souffrait également de démence. Lors des premiers mois suivant son installation dans le foyer, le traitement par insuline de M<sup>me</sup> Adriano a dû être ajusté.

19. En juin 2007, M<sup>me</sup> Wettlaufer avait commencé à travailler au foyer Caressant Care. En juillet 2007, M<sup>me</sup> Adriano a connu plusieurs incidents hypoglycémiques, qui avaient tendance à survenir en soirée. M<sup>me</sup> Wettlaufer a fini par dire à la police qu'elle n'avait que peu d'interactions avec M<sup>me</sup> Adriano et qu'elle n'avait aucune animosité envers elle, néanmoins M<sup>me</sup> Wettlaufer a également dit qu'elle se sentait submergée par une grande colère, en lien avec sa carrière, ses responsabilités et sa vie en général.

20. M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à la police qu'elle se souvient s'être rendue dans la chambre de M<sup>me</sup> Adriano alors qu'elle travaillait en quart de nuit. M<sup>me</sup> Wettlaufer a alors délibérément injecté à M<sup>me</sup> Adriano une dose *supplémentaire* d'insuline (supplémentaire à la dose prescrite). L'insuline utilisée provenait de la propre réserve d'insuline à action lente de M<sup>me</sup> Adriano. Selon ses dires, M<sup>me</sup> Wettlaufer pense qu'il s'agissait d'environ 30 à 40 unités. M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à la police avoir raisonné ainsi : « Je ne souhaitais pas réellement qu'elle meure, juste que, je ne sais pas, j'étais juste



en colère et, hmm, j'avais cette sensation, à l'intérieur de moi-même, qu'elle pourrait être une personne que Dieu voulait reprendre auprès de lui. J'ai sincèrement eu l'impression que Dieu a voulu m'utiliser ». Lorsqu'on lui a posé la question, M<sup>me</sup> Wettlaufer a expliqué qu'elle n'a pas eu l'impression de faire ce qui était bien, pour aucune des victimes.

21. M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à la police qu'elle a choisi M<sup>me</sup> Adriano tout simplement parce que M<sup>me</sup> Adriano était déjà diabétique et insulino-dépendante et que l'insuline était donc immédiatement accessible.

M<sup>me</sup> Wettlaufer a avoué avoir donné à M<sup>me</sup> Adriano de l'insuline supplémentaire à plusieurs occasions; la première fois, avant le décès de sa troisième victime, M. Silcox.

22. M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à la police que lorsque M<sup>me</sup> Adriano a connu des épisodes d'hypoglycémie dus à ces injections d'insuline « supplémentaire », elle a été correctement traitée par d'autres membres du personnel infirmier.

#### **Chef d'accusation n°2 – Albina DeMedeiros**

23. Albina DeMedeiros est décédée en 2010. M<sup>me</sup> Wettlaufer avoue avoir commis des voies de fait graves sur M<sup>me</sup> DeMedeiros en lui injectant de l'insuline en 2007, mettant ainsi sa vie en danger.

24. Albina DeMedeiros est née le 25 février 1919 au Portugal et a déménagé au Canada pour rejoindre ses frères et sa famille. Elle s'est mariée et a travaillé aux côtés de son époux, cultivateur de tabac dans la région de Woodstock. Même s'ils n'ont jamais eu d'enfants ensemble, son époux avait des enfants d'un précédent mariage.

25. Alors que les DeMedeiros vivaient dans la région de Woodstock, les capacités cognitives de M<sup>me</sup> DeMedeiros ont décliné, si bien que sa sécurité à domicile est devenue une réelle source d'inquiétude. Le 12 avril 2006, elle a été admise au foyer Caressant Care, où elle a été installée dans une chambre à côté de celle de sa belle-sœur; là où M<sup>me</sup> Wettlaufer travaillait. Parmi ses antécédents médicaux, M<sup>me</sup> DeMedeiros souffrait de diabète, qui devait être contrôlé par des injections d'insuline.

26. Entre le 25 juin 2007 (le jour où M<sup>me</sup> Wettlaufer a commencé à travailler au foyer Caressant Care) et le 31 décembre 2007, M<sup>me</sup> Wettlaufer a administré à M<sup>me</sup> DeMedeiros une dose qui n'avait pas été médicalement prescrite, de 30 à 40 unités d'insuline à action lente.

27. M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué à la police avoir administré de l'insuline en surdose à M<sup>me</sup> DeMedeiros à plusieurs occasions et avoir choisi de n'apporter aucune assistance médicale pour aider M<sup>me</sup> DeMedeiros après ces injections. M<sup>me</sup> Wettlaufer a expliqué que d'autres infirmier(ère)s se sont systématiquement rendu compte de sa glycémie basse et qu'ils ont traité M<sup>me</sup> DeMedeiros pour faire remonter et stabiliser sa glycémie.

28. M<sup>me</sup> Wettlaufer soutient que sa première injection sur M<sup>me</sup> DeMedeiros a été antérieure à celle administrée à sa troisième victime, James Silcox. M<sup>me</sup> Wettlaufer a ajouté que M<sup>me</sup> DeMedeiros n'avait rien fait de mal ni rien pour provoquer M<sup>me</sup> Wettlaufer, mais qu'elle avait été choisie parce



qu'elle était diabétique, ce qui rendait plus simple l'utilisation de sa propre réserve d'insuline. M<sup>me</sup> Wettlaufer a également indiqué à la police qu'elle estime avoir administré de l'insuline en surdose à M<sup>me</sup> DeMedeiros en octobre 2007.

29. Les dossiers médicaux d'octobre et de novembre 2007 montrent que M<sup>me</sup> Wettlaufer s'est occupée de M<sup>me</sup> DeMedeiros et que M<sup>me</sup> DeMedeiros a connu plusieurs épisodes ayant entraîné l'apparition de symptômes compatibles avec une hypoglycémie. M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué à la police qu'elle a survécu parce que son hypoglycémie a systématiquement été correctement traitée par d'autres membres du personnel infirmier.

### **Chef d'accusation n°3 – James Silcox**

30. M<sup>me</sup> Wettlaufer avoue avoir injecté de l'insuline en dose létale à James Silcox en août 2007. Elle avoue avoir réalisé ces injections illégalement, avec l'intention de mettre un terme à sa vie, après avoir réfléchi aux conséquences du fait de pratiquer ces injections et après avoir pesé les avantages et les inconvénients du fait de pratiquer ces injections.

31. James Lancing Silcox est né le 17 février 1923 et a passé la majeure partie de sa vie dans la ville de Woodstock. Il était ancien combattant de la Seconde Guerre mondiale et a été marié pendant 63 ans. Il était père de six enfants, mais aussi grand-père et arrière-grand-père. Il a travaillé dans la région de Woodstock, dans la société Standard Tube Inc. pendant plus de trente ans.



32. Au printemps 2007, M. Silcox a eu un accident vasculaire cérébral, à la suite duquel il a été hospitalisé pendant quatre mois et demi. Cet accident vasculaire cérébral a affecté son côté droit, ce qui l'a particulièrement exposé aux chutes à répétitions. Il a notamment fait une chute pendant son séjour à l'hôpital, qui lui a causé une fracture du bassin. Le 25 juillet 2007, M. Silcox a été admis au foyer de soins infirmiers Caressant Care. Il souffrait alors de nombreuses maladies, notamment de la maladie d'Alzheimer et de diabète, qui était contrôlé par des injections d'insuline. [Dans sa déclaration à la police, M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué que M. Silcox n'était pas diabétique. Sur ce point, les dossiers médicaux attestent clairement qu'elle s'est trompée].

33. Le 4 août 2007, M. Silcox a subi une opération chirurgicale de la hanche droite à l'hôpital général de Woodstock. L'opération s'est apparemment bien passée, ce qui a permis à M. Silcox de retourner au foyer Caressant Care le 10 août 2007.

34. M. Silcox était souvent dans un état de confusion au foyer Caressant Care et il appelait fréquemment sa femme, Agnes, surtout pendant la nuit. Les notes du personnel infirmier (pas uniquement celles rédigées par M<sup>me</sup> Wettlaufer) indiquent qu'occasionnellement, le personnel infirmier a été témoin de comportements inappropriés et a entendu des commentaires inappropriés de M. Silcox pendant la réalisation des examens et des traitements.

35. Le 11 août 2007, M. Silcox était particulièrement confus et ne parvenait pas à se rappeler où il était, ni à se reconnaître ou à reconnaître sa famille sur les photographies installées dans sa chambre. À 14h00, un(e) infirmier(ère) a documenté son état en notant que l'incision pratiquée lors de son

opération chirurgicale avait un aspect correct. Le 11 août 2007, M<sup>me</sup> Wettlaufer a commencé son service en « double quart », ce qui incluait de s'occuper de M. Silcox.

36. M<sup>me</sup> Wettlaufer a expliqué à la police qu'un sentiment de colère et beaucoup de pression s'accumulaient en elle à cette époque. Cela était lié de manière générale à son travail, à sa vie et à ses relations. Elle a indiqué qu'elle était particulièrement « en colère contre lui » ce soir-là, à cause du comportement de M. Silcox, et elle a décrit son sentiment comme « une pulsion la poussant à le tuer » et par le fait qu'elle « voulait qu'il meure ». M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit qu'elle avait le sentiment qu'il « était temps qu'il parte », compte tenu de la manière dont il agissait.

37. Vers 21h30, M<sup>me</sup> Wettlaufer s'est rendue dans le local de stockage des fournitures médicales et a trouvé une aiguille à insuline de rechange, qu'elle a préparée avec une dose de 50 unités d'insuline à action rapide, qui étaient conservées dans le réfrigérateur de stockage des fournitures médicales. Vers 22h30, M<sup>me</sup> Wettlaufer s'est rendue dans la chambre de M. Silcox et lui a injecté l'insuline « en espérant qu'il meure ». Elle a expliqué à la police qu'elle a injecté à M. Silcox davantage d'insuline qu'aux deux victimes précédentes, car elles n'étaient pas mortes. Par ailleurs, même si elle n'a pas été en mesure d'indiquer avec certitude le site exact de l'injection, cela a dû être « à un endroit qui, je l'espérais, ne se verrait pas ». Elle a dit qu'elle savait que la dose injectée « allait lui faire du mal »<sup>1</sup>.

38. Dans sa déclaration écrite, M<sup>me</sup> Wettlaufer a expliqué qu'après l'administration de cette surdose, M. Silcox lui a dit à haute voix « Je suis désolé » et « Je vous aime ». M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué à la police qu'elle s'est sentie « absolument horrible » et « tellement honteuse » de cela, et qu'elle s'est sentie encore plus mal lorsque sa famille est venue après son décès et qu'elle l'a remerciée d'être une bonne infirmière. Elle a également confié à la police qu'après avoir administré la surdose à M. Silcox, « c'était comme si j'étais soulagée d'une pression, juste de façon générale... comme si une certaine pression s'était dissipée de mes émotions »<sup>2</sup>.

39. Vers 3h00, le matin du 12 août 2007, un(e) PSSP a vu que M. Silcox ne présentait plus de signes vitaux. En tant qu'infirmière surveillante, M<sup>me</sup> Wettlaufer s'est rendue dans la chambre pour confirmer qu'il ne présentait plus de signes vitaux et elle a ensuite contacté le médecin traitant ainsi que la famille de M. Silcox.

40. Son décès a été prononcé avec, comme motif du décès, des complications consécutives à son opération de la hanche.

<sup>1</sup> 29 septembre 2016, déclaration au Service de police métropolitaine de Toronto.

<sup>2</sup> 29 septembre 2016, déclaration au Service de police métropolitaine de Toronto.

**Chef d'accusation n°4 – Maurice Granat**

41. M<sup>me</sup> Wettlaufer avoue avoir injecté de l'insuline en dose létale à Maurice Granat en décembre 2007. Elle avoue avoir réalisé ces injections illégalement, avec l'intention de mettre un terme à sa vie, après avoir réfléchi aux conséquences du fait de pratiquer ces injections et après avoir pesé les avantages et les inconvénients du fait de pratiquer ces injections.

42. Maurice Granat est né le 7 février 1923 et a passé la majeure partie de sa vie dans la ville de Tillsonburg. Ferblantier de métier, il a dirigé une petite boutique à Tillsonburg, où il proposait des services de réparation d'appareils. Il avait beaucoup de proches et d'amis dans la région de Tillsonburg.

43. Le 4 décembre 2006, M. Granat a été admis au foyer de soins infirmiers Caressant Care. Pendant son séjour dans ce foyer, il luttait contre un cancer et souffrait de diverses autres affections physiques, et fin 2007, il est devenu très frêle. Fin 2007, il s'alimentait très irrégulièrement et n'était pas particulièrement dynamique, préférant certains jours rester au lit. Néanmoins, il n'était pas diabétique et n'avait pas médicalement besoin d'insuline synthétique. Même s'il a été remarqué qu'il a quelques fois présenté un état de confusion, aucune démence ni aucune autre maladie similaire ne lui avait été diagnostiquée.

44. Le 22 décembre 2007, M<sup>me</sup> Wettlaufer a travaillé pendant le quart de nuit, de 23h00 jusqu'à 7h00 le matin suivant, dans le secteur où séjournait M. Granat. M<sup>me</sup> Wettlaufer était chargée de ses soins. Par exemple, à 2h05, M<sup>me</sup> Wettlaufer a noté qu'il s'était griffé et qu'elle lui a appliqué de la crème.

45. M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à la police que M. Granat l'avait un jour saisie par la poitrine et que lorsqu'elle lui avait ordonné d'arrêter, il avait retiré sa main en riant<sup>3</sup>. M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué à la police qu'une fois encore, le 23 décembre 2007, elle éprouvait un sentiment général de colère et de la pression et qu'elle a ressenti une forte pulsion la poussant à mettre fin à la vie de M. Granat afin de se libérer de ces émotions. Elle a expliqué qu'elle était « juste en colère de manière générale ... par rapport à mon travail ... à ma vie ... à mon compagnon/ma compagne ». Elle s'est rendue dans le local de stockage des fournitures médicales, elle a pris un stylo à insuline dans le tiroir dédié et de l'insuline dans le réfrigérateur des fournitures médicales avant d'aller dans la chambre de M. Granat.

46. M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué à M. Granat qu'elle devait lui faire une injection de vitamines et elle se souvient qu'elle a dû lui injecter l'insuline dans la jambe, car il avait très peu de masse grasseuse à cette époque. L'insuline est normalement injectée dans les tissus gras. M<sup>me</sup> Wettlaufer a injecté à M. Granat entre 40 et 60 unités d'insuline à action rapide, en sachant qu'il n'était pas diabétique. Cette injection d'insuline n'a pas été documentée.

47. À 3h55, un(e) PSSP a remarqué qu'il était devenu très confus. À 7h08, M<sup>me</sup> Wettlaufer a noté dans ses rapports : « À 05h00, le résident a été trouvé en hypersudation et en difficulté respiratoire. Pouls à 120, fréquence resp. à 16 et laborieuse. La famille a alors été appelée. Au moment où j'écris,



<sup>3</sup> Il est possible que cela soit vrai. Les notes de plusieurs membres du personnel médical (autres que M<sup>me</sup> Wettlaufer) font état d'attouchements inappropriés commis par M. Granat sur du personnel infirmier.

la famille est à son chevet. Le résident est inconscient, mais il réagit aux sons. Le résident semble confortable. » La police a confirmé que M<sup>me</sup> Wettlaufer a effectivement appelé deux amis proches de M. Granat, qui sont arrivés immédiatement.

48. M<sup>me</sup> Wettlaufer n'a fait aucune tentative pour sauver M. Granat; elle a terminé son service puis elle est rentrée chez elle. Peu de temps après, il a été noté que M. Granat était aréactif.

49. M. Granat est décédé à 11h45 ce jour-là.

#### **Chef d'accusation n°5 – Wayne Hedges**

50. Wayne Hedges est décédé en janvier 2009. M<sup>me</sup> Wettlaufer avoue avoir illégalement injecté à M. Hedges de l'insuline à l'automne 2008, dans l'intention de mettre fin à ses jours.

51. Wayne Douglas Hedges est né le 23 avril 1951. Ses parents, ses sœurs et sa famille étaient pour la plupart installés dans l'Ouest de l'Ontario. M. Hedges a vécu au foyer Caessant Care à partir de 2000. Il souffrait de diabète, de schizophrénie et d'un handicap mental. Le diabète de M. Hedges était normalement traité par des injections d'insuline.

52. M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à la police que M. Hedges « avait une déficience développementale, était diabétique et était pénible », en ajoutant qu'il pouvait parfois être « peu coopératif ».

53. M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à la police qu'elle a intentionnellement injecté une surdose d'insuline à M. Hedges en octobre 2008, en employant une « grosse surdose », car elle pensait que « son tour était venu de partir ». M<sup>me</sup> Wettlaufer en était arrivée à cette conclusion, car, selon ses dires, il disait parfois qu'il voulait mourir. D'après les notes d'autres membres du personnel infirmier, M. Hedges faisait part de ses volontés assez régulièrement, parfois assez vigoureusement, mais aucune note du personnel infirmier n'indique qu'il ait exprimé sa volonté de mourir. M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué à la police qu'une nuit en particulier, elle a ressenti un « élan » et lui a injecté une dose supplémentaire d'insuline; mais que, malgré tout, selon ses propres termes, « il n'est pas mort ». Les dossiers médicaux d'octobre 2008 confirment qu'il a connu un épisode hypoglycémique alors que M<sup>me</sup> Wettlaufer était chargée de ses soins. Les dossiers médicaux indiquent qu'après un épisode hypoglycémique de M. Hedges, M<sup>me</sup> Wettlaufer lui a administré un traitement pour rééquilibrer sa glycémie. Elle n'a pas le souvenir de l'avoir fait, ni de ce qui l'a poussée à le faire.



**Chef d'accusation n°6 – Michael Priddle**

54. Michael Priddle est décédé en janvier 2012. M<sup>me</sup> Wettlaufer avoue avoir illégalement injecté à M. Priddle de l'insuline en 2008 ou 2009, dans l'intention de mettre fin à ses jours.

55. Michael Stephen Priddle est né le 1<sup>er</sup> juin 1949. Il a grandi à Ingersoll, où il a rencontré son épouse. Mariés en 1971, ils ont eu un fils. Il était boucher et a travaillé jusqu'à ce qu'on lui diagnostique la maladie de Huntington (une maladie héréditaire du cerveau qui entraîne la mort de parties du cerveau). Il était fan inconditionnel de hockey. Après que la maladie d'Huntington lui a été diagnostiquée, il a eu besoin de la présence de personnel soignant 24 heures sur 24 et a été admis au foyer Caressant Care le 20 octobre 2006.



56. Compte tenu des affections dont il était atteint, M. Priddle n'était pas en mesure de dire quand il souffrait, mais il a bénéficié d'un plan de prise en charge de la douleur. Il présentait un risque élevé de chutes et de blessures, si bien que le personnel devait le surveiller toutes les demi-heures, même pendant la nuit. M. Priddle présentait également un risque constant d'étouffement, étant donné qu'il avait de grandes difficultés pour déglutir. Au près de la police, M<sup>me</sup> Wettlaufer a décrit la maladie de M. Priddle comme une maladie « qui vous vole votre corps alors que vous gardez toute votre tête ». Elle en a parlé comme d'une « maladie horrible ».

57. M<sup>me</sup> Wettlaufer a expliqué à la police qu'une nuit de 2009, elle a décidé d'administrer intentionnellement une surdose d'insuline à M. Priddle. Elle a expliqué que M. Priddle ne lui avait jamais porté préjudice. Il n'était pas diabétique et n'avait pas médicalement besoin d'insuline synthétique. Elle a décrit avoir ressenti un « élan » et avoir pensé « maintenant, ça doit être l'affaire de Dieu, car cet homme ne profite plus du tout de sa vie ». M<sup>me</sup> Wettlaufer se rappelle lui avoir administré ce qu'elle a considéré être une « grosse quantité d'insuline »; 90 unités au total, selon ses estimations.

58. Les dossiers médicaux confirment qu'en juillet 2008, M<sup>me</sup> Wettlaufer s'occupait de M. Priddle et qu'il a connu un incident qui semble être de nature hypoglycémique. M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué à la police que M. Priddle « a juste survécu » à la surdose, sans intervention du personnel ni traitement.



### **Chef d'accusation n°7 – Gladys Millard**

59. M<sup>me</sup> Wettlaufer avoue avoir injecté de l'insuline en dose létale à Gladys Millard en octobre 2011. Elle avoue avoir réalisé ces injections illégalement, avec l'intention de mettre un terme à la vie de M<sup>me</sup> Millard, après avoir réfléchi aux conséquences du fait de pratiquer ces injections et après avoir pesé les avantages et les inconvénients du fait de pratiquer ces injections.

60. Gladys Jean Millard est née le 11 octobre 1924 à New Glasgow, en Nouvelle-Écosse, puis elle s'est installée dans la ville de Woodstock avec son époux (décédé en 1997). Elle était mère de deux enfants et participait activement à la vie de sa paroisse, à des associations caritatives et à des cercles d'entraide.



61. Le 11 septembre 2006, M<sup>me</sup> Millard a été admise au foyer de soins infirmiers Caressant Care alors qu'elle souffrait de la maladie d'Alzheimer et d'autres affections. Elle n'était pas diabétique et n'avait pas médicalement besoin d'insuline synthétique.

62. À la police, M<sup>me</sup> Wettlaufer a décrit M<sup>me</sup> Millard comme une femme avec du cran et pleine d'entrain lorsqu'elle a commencé à s'occuper d'elle, mais plus tard, lorsque que sa démence s'est aggravée, elle est devenue têtue et difficile à gérer pour l'administration de ses médicaments. Les dossiers médicaux confirment que M<sup>me</sup> Millard a eu des problèmes de comportements agressifs pendant son séjour au foyer Caressant Care.

63. Le 13 octobre 2011, M<sup>me</sup> Wettlaufer a travaillé pendant le quart de nuit, de 23h00 jusqu'à 7h00 le matin suivant. Elle était chargée de superviser les soins de M<sup>me</sup> Millard pendant ce quart de travail. M<sup>me</sup> Wettlaufer a expliqué que l'entêtement de M<sup>me</sup> Millard a pu peser dans le choix de la cibler. M<sup>me</sup> Wettlaufer a expliqué qu'elle a ressenti « cet élan puissant indiquant que ça allait être elle » et que cet élan puissant était ce que M<sup>me</sup> Wettlaufer a identifié comme Dieu me disant que « c'est elle ». M<sup>me</sup> Wettlaufer a décidé que M<sup>me</sup> Millard était la prochaine à qui elle administrerait une surdose d'insuline dans l'intention de provoquer son décès.

64. Vers 5h00, M<sup>me</sup> Wettlaufer s'est rendue dans le local médical, où M<sup>me</sup> Wettlaufer a pris à la fois de l'insuline à action lente et de l'insuline à action rapide dans le réfrigérateur des fournitures médicales. Les estimations faites par M<sup>me</sup> Wettlaufer de la quantité d'insuline administrée ne sont pas cohérentes. Dans sa déclaration écrite, elle a dit avoir injecté à M<sup>me</sup> Millard 40 unités d'insuline à action lente et 60 unités d'insuline à action rapide. Dans sa déclaration à la police, elle a indiqué, après une certaine hésitation « je pense » que ça a été 80/60. M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué à la police que M<sup>me</sup> Millard « a un peu lutté », qu'elle « s'est débattue » face à M<sup>me</sup> Wettlaufer. M<sup>me</sup> Wettlaufer a trouvé un site d'injection qui lui a permis de pratiquer l'injection depuis un endroit où M<sup>me</sup> Millard ne pouvait pas l'atteindre ou la saisir.

65. Le 14 octobre 2011, à 7h00 environ (fin du quart de travail de M<sup>me</sup> Wettlaufer), les dossiers médicaux indiquent que M<sup>me</sup> Millard était aréactive et qu'elle était en hypersudation (en sueur).

66. À la fin de son quart de travail, M<sup>me</sup> Wettlaufer a écrit dans les notes concernant M<sup>me</sup> Millard « ... Gladys est restée éveillée toute la nuit, elle a crié et avait une expression très tendue sur son visage. Elle a fini par s'endormir et elle dort encore actuellement. Le personnel a eu pour consigne de la laisser dormir dans son lit... ».

67. Wettlaufer a dit à la police se souvenir avoir dû aider à transférer M<sup>me</sup> Millard dans la salle des soins palliatifs avec l'infirmier(ère) du quart de jour, à la fin de son quart de travail, car le personnel du quart de jour avait remarqué que M<sup>me</sup> Millard était rouge, en sueur et incohérente et que ses signes vitaux étaient faibles. M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à la police qu'elle était terrifiée à l'idée que quelqu'un puisse en conclure que la dégradation de l'état de M<sup>me</sup> Millard était due à quelque chose que M<sup>me</sup> Wettlaufer avait fait. Cette crainte ne s'est pas concrétisée.

68. À 9h45, M<sup>me</sup> Millard a été trouvée en hypersudation, froide, moite, avec de l'écume à la bouche, extrêmement pâle, et son corps et ses extrémités étaient agités de convulsions. Pendant la journée, plusieurs traitements ont été administrés pour tenter d'aider M<sup>me</sup> Millard. À 14h05, elle était décédée.

### **Chef d'accusation n°8 – Helen Matheson**

69. M<sup>me</sup> Wettlaufer avoue avoir injecté de l'insuline en dose létale à Helen Matheson en octobre 2011. Elle avoue avoir réalisé ces injections illégalement, avec l'intention de mettre un terme à la vie de M<sup>me</sup> Helen Matheson, après avoir réfléchi aux conséquences du fait de pratiquer ces injections et après avoir pesé les avantages et les inconvénients du fait de pratiquer ces injections.



70. Helen Muriel Matheson est née le 4 juin 1916 et s'est installée dans le village d'Innerkip. Son époux est décédé en 1998. Ils ont eu deux fils, des petits-enfants et des arrière-petits-enfants. Pendant de nombreuses années, elle a participé activement à la vie de sa paroisse.

71. Le 20 janvier 2010, Helen Matheson a été admise au foyer de soins infirmiers Caessant Care, par transfert depuis la maison de retraite Caessant Care attenante, à l'âge de 93 ans. Elle souffrait de démence, mais pas de diabète. Helen Matheson n'avait pas médicalement besoin d'insuline synthétique.

72. Le 25 octobre 2011, M<sup>me</sup> Wettlaufer a travaillé durant le quart d'après-midi, de 15h00 à 23h00. La chambre double d'Helen Matheson était située dans le secteur de M<sup>me</sup> Wettlaufer, près du bureau infirmier. M<sup>me</sup> Wettlaufer s'est rappelée « avoir eu quelques difficultés avec elle cette nuit-là », car elle était très lucide à ce moment-là. Elles ont discuté du faible qu'Helen Matheson avait pour les tartes aux myrtilles et les crèmes glacées et de la façon dont Helen Matheson avait l'habitude de préparer ces tartes.

73. Dans ses notes de soins, M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué qu'un « *membre du personnel est sorti pendant sa pause pour rapporter une tarte aux myrtilles à Helen* ». M<sup>me</sup> Wettlaufer est retournée dans la chambre d'Helen Matheson pour lui donner de la tarte et de la crème glacée. Dans ses notes, elle a écrit :

*Elle a mangé 4 bouchées avec de la glace, elle m'a souri puis elle m'a dit « Ça me suffit, ma chère. Mais la pâte est délicieuse ».*

74. M<sup>me</sup> Wettlaufer a expliqué à la police qu'elle a alors senti qu'Helen Matheson serait la prochaine personne à partir, que son heure était venue. M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à la police qu'Helen Matheson était « très calme, très déterminée et semblait juste attendre de mourir ».

75. Durant la soirée du 25 octobre 2011, M<sup>me</sup> Wettlaufer s'est à nouveau rendue dans le local des fournitures médicales et a pris une aiguille à insuline de rechange dans le tiroir dédié, ainsi que de l'insuline dans le réfrigérateur des fournitures médicales. M<sup>me</sup> Wettlaufer « a réglé » une dose d'environ 50 à 60 unités d'insuline à action rapide. M<sup>me</sup> Wettlaufer a injecté l'insuline à Helen Matheson. Elle ne s'est pas débattue et n'a opposé aucune résistance. Helen Matheson n'était pas diabétique. M<sup>me</sup> Wettlaufer a expliqué à la police qu'elle a ressenti quelque chose « au niveau de ma poitrine et après l'avoir fait, je me suis mise à rire », pendant qu'elle procédait à l'injection et après.

76. Le 26 octobre 2011, M<sup>me</sup> Wettlaufer travaillait encore pendant le quart d'après-midi dans le Secteur B, ce qui impliquait de surveiller l'état d'Helen Matheson, qui se dégradait. M<sup>me</sup> Wettlaufer se souvient qu'Helen Matheson a cessé de s'alimenter et de boire après qu'elle lui a administré l'injection d'insuline.

77. À 20h15, M<sup>me</sup> Wettlaufer a noté ceci dans les notes concernant Helen Matheson : « Helen est très pâle et apathique. Elle réagit de temps en temps à ce qu'on lui dit. L'intérieur de sa bouche paraît sec et pâteux, et sa peau garde le pli après pincement. À 20h00, elle semblait souffrir et on lui a administré 10 mg de morphine. Elle a été transférée dans la chambre 15 et son fils a été appelé ».

78. Helen Matheson a été transférée en soins palliatifs. Le 26 octobre 2011, à 23h28, M<sup>me</sup> Wettlaufer a rédigé ses dernières notes concernant Helen Matheson, dans lesquelles elle demandait qu'on lui administre de la morphine toutes les deux heures ou dès que nécessaire et elle indiquait ceci : « Helen semblait tressaillir de douleur et paraissait inconfortable, 10 mg lui ont donc été administrés. Elle semble désormais se reposer confortablement. »

79. Le 27 octobre 2011, à 1h00, le fils d'Helen Matheson, Jon, a averti le personnel que sa mère avait cessé de respirer alors qu'il était à son chevet.

80. En janvier 2017, le corps d'Helen Matheson a été exhumé, sur mandat, pour être autopsié. Les résultats scientifiques ont été non probants. Compte tenu de l'état de décomposition avancé, les anatomopathologistes n'ont pas été en mesure de confirmer ou d'infirmer la description des événements faite par M<sup>me</sup> Wettlaufer. Néanmoins, il ne fait aucun doute, au regard de l'ensemble des preuves (entre autres, les preuves scientifiques), que les actes de M<sup>me</sup> Wettlaufer ont constitué une cause contributive importante du décès d'Helen Matheson.

**Chef d'accusation n°9 – Mary Zurawinski**

81. M<sup>me</sup> Wettlaufer avoue avoir injecté de l'insuline en dose létale à Mary Zurawinski en novembre 2011. Elle avoue avoir réalisé ces injections illégalement, avec l'intention de mettre un terme à la vie de Mary Zurawinski, après avoir réfléchi aux conséquences du fait de pratiquer ces injections et après avoir pesé les avantages et les inconvénients du fait de pratiquer ces injections.

82. Mary Zurawinski est née le 7 avril 1915 et a passé la majeure partie de sa jeunesse à Sudbury. Elle a travaillé en tant que serveuse, elle s'est mariée et a eu quatre fils. Son époux et trois de ses fils sont décédés avant elle. Avant son admission au foyer Caressant Care, le 6 mai 2011, elle était décrite comme une femme très indépendante.

83. Mary Zurawinski souffrait de plusieurs maladies, notamment de démence, mais pas de diabète. Elle n'avait pas médicalement besoin d'insuline synthétique.

84. Le 6 novembre 2011, il était prévu que M<sup>me</sup> Wettlaufer travaille durant le quart d'après-midi, de 15h00 à 23h00. C'était le dernier quart de travail de M<sup>me</sup> Wettlaufer avant une période planifiée de congés.

85. M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à la police qu'alors qu'elle s'occupait de Mary Zurawinski, cette dernière lui a demandé de la mettre dans son « lit de mort », car Mary Zurawinski pensait qu'elle allait mourir. L'état de santé de Mary Zurawinski était déclinant et elle a affirmé à M<sup>me</sup> Wettlaufer qu'elle pensait qu'elle allait mourir et elle a demandé à ce qu'on la place dans une chambre de soins palliatifs.

86. M<sup>me</sup> Wettlaufer, avec l'aide d'un autre membre du personnel, a transféré Mary Zurawinski dans la chambre de soins palliatifs. M<sup>me</sup> Wettlaufer a décidé que Mary Zurawinski serait la prochaine qui devait mourir; néanmoins, selon M<sup>me</sup> Wettlaufer, il n'y avait aucun signe annonçant qu'elle allait décéder ce jour-là. M<sup>me</sup> Wettlaufer a une nouvelle fois opté pour une surdose d'insuline.

87. À 16h30 environ, M<sup>me</sup> Wettlaufer est allée chercher un stylo à insuline et de l'insuline dans le local des fournitures médicales, une fois encore de l'insuline à action rapide et de l'insuline à action lente. Cette fois encore, M<sup>me</sup> Wettlaufer éprouvait un sentiment de colère générale, pas particulièrement à l'encontre de Mary Zurawinski, même si M<sup>me</sup> Wettlaufer l'a décrite comme pétulante, s'exprimant sans détour, et « elle était amusante ».

88. M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à Mary Zurawinski qu'elle lui faisait des injections contre la douleur alors qu'elle injectait dans le bras de Mary Zurawinski 50 unités d'insuline à action rapide et 30 unités d'insuline à action lente. M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à la police qu'en faisant cela, elle a eu « ce sentiment à l'intérieur de moi et encore ce même rire ».

89. À 17h23, M<sup>me</sup> Wettlaufer a rédigé une « End of Life Care Note » (Note de soins au terme de la vie) dans le dossier médical de Mary Zurawinski. Cette note indique :

*Mary était assise à table, dans la salle à manger, à 16h55, et elle était très pâle. Elle a commencé à avoir des difficultés respiratoires, 30 gags par minute. Elle a alors demandé au personnel de la remettre au lit « pour que je puisse y mourir ». Elle a été*



*emmenée dans la chambre de soins palliatifs et on l'a mise au lit. Puis, elle a demandé à ce que quelqu'un prie avec elle. Le/la PSSP O.R. a récité « Je vous salue Marie » avec elle, et Mary s'est visiblement apaisée. Son fils a été appelé.*

90. Le 7 novembre 2011, à 2h15, le personnel a constaté que Mary Zurawinski ne présentait plus de signes vitaux, et la famille a été avertie.

#### **Chef d'accusation n°10 – Helen Young**

91. M<sup>me</sup> Wettlaufer avoue avoir injecté de l'insuline en dose létale à Helen Young en juillet 2013. Elle avoue avoir réalisé ces injections illégalement, avec l'intention de mettre un terme à la vie de M<sup>me</sup> Young, après avoir réfléchi aux conséquences du fait de pratiquer ces injections et après avoir pesé les avantages et les inconvénients du fait de pratiquer ces injections.

92. Helen Whitelaw Marshall Young est née le 29 juin 1923 à Édimbourg, en Écosse. Elle a servi durant la Seconde Guerre mondiale à plusieurs endroits, c'est ainsi qu'elle a rencontré son époux. Ils se sont installés ensemble au Canada en 1948 et ont emménagé dans la région de Woodstock en 1971. Son époux est décédé en 1988. Ils n'ont eu aucun enfant. S'exprimant toujours sans détour, elle adorait les animaux et les voyages.



93. Le 12 décembre 2009, Helen Young a été admise au foyer Caressant Care. Elle souffrait de plusieurs problèmes médicaux, notamment de démence, mais pas de diabète. Elle n'avait pas médicalement besoin d'insuline synthétique. [Dans sa déclaration à la police, M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué se souvenir qu'Helen avait un diabète de type 2. Les dossiers médicaux confirment que sur ce point, les souvenirs de M<sup>me</sup> Wettlaufer sont erronés.]

94. Les notes du personnel infirmier confirment qu'Helen Young a initialement éprouvé de l'aversion pour le foyer Caressant Care, mais qu'au fil du temps, elle a progressivement mieux accepté ses nouvelles conditions de vie. Face à la police, M<sup>me</sup> Wettlaufer a décrit Helen Young comme étant pétulante, s'exprimant sans détour, malheureuse et insatisfaite de sa vie. M<sup>me</sup> Wettlaufer était agacée par le fait qu'Helen Young criait constamment « aidez-moi, infirmière ». Du point de vue de M<sup>me</sup> Wettlaufer, elle était « très difficile à gérer ». M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à la police qu'elle déclarait régulièrement « Je veux mourir ». Les notes du personnel infirmier, pas uniquement celles rédigées par M<sup>me</sup> Wettlaufer, confirment que ce type de comportement s'était déjà produit.

95. Le 13 juillet 2013, M<sup>me</sup> Wettlaufer a travaillé durant le quart d'après-midi, de 15h00 à 23h00. Cette après-midi-là, après 15h00, M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué à la police que Young avait encore demandé de l'aide et qu'elle répétait qu'elle voulait mourir. M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué à la police que ça a été comme « un déclic à l'intérieur » et que cet « élan puissant » est revenu et qu'elle s'est dit à elle-même « Bon, tu vas mourir ».

96. Juste avant le dîner, M<sup>me</sup> Wettlaufer a préparé deux injections d'insuline et s'est rendue dans la chambre individuelle d'Helen Young. M<sup>me</sup> Wettlaufer a administré à Helen Young une injection de 60 unités d'insuline à action rapide. Juste après le dîner, M<sup>me</sup> Wettlaufer a injecté à Helen Young une

dose supplémentaire de 60 unités d'insuline à action lente. M<sup>me</sup> Wettlaufer a trompé Young en disant que les injections d'insuline étaient des injections contre la douleur.

97. À 19h27, M<sup>me</sup> Wettlaufer a noté ceci dans les notes de surveillance des signes vitaux de la patiente : « Helen était diaphorétique après le dîner et elle mangeait ses mots... ».

98. Les registres indiquent que vers 21h00, M<sup>me</sup> Wettlaufer a été appelée dans la chambre d'Helen Young par un(e) PSSP parce qu'Helen Young avait le visage rouge, que ses bras et ses jambes étaient enroulés vers l'intérieur, que ses yeux étaient exorbités et qu'elle poussait de forts gémissements. Helen Young avait visiblement des convulsions provoquées par l'insuline.

99. À la fin du quart de travail de M<sup>me</sup> Wettlaufer, elle a noté l'incident dans les notes du personnel infirmier, en ajoutant « Lorsque l'auteure de ce rapport lui a demandé si elle souffrait, elle a fait oui de la tête ».

100. Le matin suivant, à 8h40, Helen Young est décédée, et sa famille a été avertie. M<sup>me</sup> Wettlaufer ne travaillait pas à ce moment-là. M<sup>me</sup> Wettlaufer a néanmoins travaillé plus tard et était en service lorsque la nièce de M<sup>me</sup> Young est venue récupérer ses affaires personnelles. M<sup>me</sup> Wettlaufer a serré dans ses bras la nièce de M<sup>me</sup> Young alors qu'elle pleurait sur son épaule. M<sup>me</sup> Wettlaufer lui a dit combien elle était navrée de cette perte.

#### **Chef d'accusation n°11 – Maureen Pickering**

101. M<sup>me</sup> Wettlaufer avoue avoir injecté de l'insuline en dose létale à Maureen Pickering en mars 2014. Elle avoue avoir réalisé ces injections illégalement, avec l'intention de plonger M<sup>me</sup> Pickering dans le coma et de provoquer des lésions cérébrales irréversibles –des lésions corporelles qu'elle savait être tellement graves qu'il était vraisemblable qu'elles tuent Maureen Pickering– et elle a procédé à l'injection alors même qu'elle savait qu'il était vraisemblable que M<sup>me</sup> Pickering décède consécutivement à ces graves lésions corporelles. L'injection a été pratiquée uniquement après que M<sup>me</sup> Wettlaufer a réfléchi aux conséquences du fait de réaliser ces injections et après avoir pesé les avantages et les inconvénients du fait de réaliser ces injections.

102. Maureen (O'Neil) Pickering est née le 9 juin 1935 et a résidé dans la ville de Tillsonburg. Elle a habité avec son époux dans la région du Grand Toronto dans les années 1980 avant de déménager dans la région de Tillsonburg. Ils n'ont pas eu d'enfants. Après le décès de son époux, M<sup>me</sup> Pickering a régulièrement séjourné en Floride avant que sa santé ne décline.

103. Le 9 septembre 2013, M<sup>me</sup> Pickering a été admise au foyer Caressant Care depuis l'hôpital de Tillsonburg, où elle était hospitalisée depuis le 21 août 2013.

104. On lui avait diagnostiqué une démence et la maladie d'Alzheimer, mais pas de diabète. Elle n'avait pas médicalement besoin d'insuline synthétique. Les dossiers médicaux révèlent qu'au fil du temps, la santé cognitive de M<sup>me</sup> Pickering s'est encore détériorée, et elle devenait souvent confuse et agressive. Compte tenu de ces tendances agressives et



divagantes, M<sup>me</sup> Pickering nécessitait souvent une approche individualisée pour ses soins, ce qui n'était pas toujours possible, compte tenu du manque de personnel et des autres missions du personnel. C'est pourquoi un(e) préposé(e) aux services de soutien à la personne, payé(e) sur fonds privés, a été engagé(e) pour assister le personnel infirmier et pour tenir compagnie à M<sup>me</sup> Pickering. Lorsqu'aucun(e) PSSP n'était disponible, les soins de M<sup>me</sup> Pickering étaient réalisés par l'infirmier(ère) responsable –comme M<sup>me</sup> Wettlaufer– qui devait souvent accomplir d'autres tâches en parallèle. M<sup>me</sup> Wettlaufer a expliqué que M<sup>me</sup> Pickering pouvait « être pénible ».

105. Le 22 mars 2014, M<sup>me</sup> Wettlaufer a travaillé pendant le quart d'après-midi, de 15h00 à 23h00. À 15h32, peu de temps après la prise de service de M<sup>me</sup> Wettlaufer, elle a rédigé ceci, dans les notes concernant le comportement de M<sup>me</sup> Pickering : « J'ai trouvé Maureen dans un état d'extrême agitation. Elle faisait les cent pas dans sa chambre et faisait des allées et venues devant le bureau infirmier. Elle s'est également rendue dans la chambre 108 et a hurlé sur ce résident. Elle disait qu'elle allait rentrer chez elle et se plaignait de se sentir nerveuse et effrayée ».

106. Dans ses notes, M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué que le/la précédent(e) infirmier(ère) avait donné un Haldol à M<sup>me</sup> Pickering à 13h40; malgré tout, M<sup>me</sup> Wettlaufer a administré une injection supplémentaire de Haldol pour essayer de la calmer.

107. M<sup>me</sup> Wettlaufer a expliqué à la police qu'elle était agacée de devoir consacrer autant de temps à M<sup>me</sup> Pickering, alors qu'elle était également responsable des médicaments, des tâches administratives et des traitements de 32 autres résidents. M<sup>me</sup> Wettlaufer a décrit qu'elle se sentait frustrée et en colère de voir que M<sup>me</sup> Pickering continuait d'avoir ce comportement perturbateur.

108. M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué à la police qu'elle a de nouveau ressenti cette « pulsion », mais qu'elle s'est dit « Non, je ne veux pas qu'elle meure, mais si je pouvais d'une manière ou d'une autre lui donner une dose suffisante pour la plonger dans le coma, quelque chose qui modifierait ses ondes cérébrales, peut-être que ça la rendrait moins mobile et moins difficile à gérer ». Et qu'« elle a réellement souhaité s'assurer qu'elle et que son esprit changeraient un peu avant qu'elle ne revienne ». À 20h00 environ, M<sup>me</sup> Wettlaufer s'est rendue dans le local des fournitures médicales, où elle a pris un stylo à insuline et de l'insuline dans le réfrigérateur des fournitures médicales, puis elle a préparé deux injections d'insuline destinées à M<sup>me</sup> Pickering.

109. M<sup>me</sup> Wettlaufer a administré deux injections d'insuline à M<sup>me</sup> Pickering à environ 2 heures et demie d'intervalle – d'abord 80 unités d'insuline à action lente, puis 60 unités d'insuline à action rapide. M<sup>me</sup> Wettlaufer a clairement indiqué que c'était « beaucoup », car elle « voulait vraiment s'assurer qu'elle et que son esprit changeraient ». En premier lieu, M<sup>me</sup> Wettlaufer lui a donné un sédatif pour la calmer, avant de lui administrer la première injection d'insuline, qu'elle lui a présentée de façon faussée comme étant une injection de vitamines.

110. À 23h27, M<sup>me</sup> Wettlaufer a noté ceci :

*Maureen a commencé à se calmer à 16h30. Elle a arrêté de se plaindre et de se sentir nerveuse. Elle a demandé à aller au lit à 19h00, mais elle s'est relevée. Elle a aidé du personnel à plier des serviettes, puis elle s'est recouchée à 19h30 et était endormie à chaque fois qu'on est allé la voir. Maureen a crié « Au secours, Au secours », deux fois après 22h00, mais à chaque fois, elle était endormie.*

111. Le matin suivant, le 23 mars 2014, un(e) autre infirmier(ère) a remarqué que M<sup>me</sup> Pickering était somnolente et qu'elle ne voulait pas descendre pour le petit-déjeuner à 8h00. Ce(tte) infirmier(ère) est ensuite revenu(e) voir M<sup>me</sup> Pickering toutes les demi-heures.

112. À 10h50, M<sup>me</sup> Pickering a été trouvée aréactive, en hypersudation, froide et moite, elle émettait des râles respiratoires, avec une respiration encombrée par du mucus. Une ambulance a été immédiatement appelée, et M<sup>me</sup> Pickering a été conduite à l'hôpital général de Woodstock.

113. Le 23 mars 2014, M<sup>me</sup> Wettlaufer a encore travaillé durant le quart d'après-midi, de 15h00 à 23h00. À 17h00, M<sup>me</sup> Wettlaufer a reçu un appel téléphonique d'un médecin de l'hôpital général de Woodstock, qui a fait le point sur la situation de M<sup>me</sup> Pickering. M<sup>me</sup> Wettlaufer a pris des notes concernant cet appel. Elle a appris que M<sup>me</sup> Pickering avait eu un accident vasculaire cérébral, qu'elle était aréactive et qu'elle allait être reconduite au foyer Caressant Care en phase palliative.

114. Pendant les 24 premières heures suivant son retour au foyer, M<sup>me</sup> Pickering a été décrite, dans les notes du personnel infirmier, comme réagissant aux voix et au toucher, par des gémissements et par des mouvements d'yeux. Puis, pendant les quatre jours suivants, les notes la concernant indiquent qu'elle était complètement aréactive. Le 28 mars 2014, à 9h23, un(e) autre infirmier(ère) –autre que M<sup>me</sup> Wettlaufer– a constaté que M<sup>me</sup> Pickering était décédée. À cette date, M<sup>me</sup> Wettlaufer n'était plus au foyer Caressant Care. Elle avait été licenciée consécutivement à une erreur non criminelle d'administration de médicaments.

#### **Chef d'accusation n°12 – Arpad Horvath**

115. En avril 2014, M<sup>me</sup> Wettlaufer a été engagée en tant qu'IA dans le foyer de soins infirmiers Meadow Park, situé dans la ville de London. C'est dans le foyer Meadow Park qu'elle a eu des interactions avec Arpad Horvath.

116. M<sup>me</sup> Wettlaufer avoue avoir injecté de l'insuline en dose létale à Arpad Horvath en août 2014. Elle avoue avoir réalisé ces injections illégalement, avec l'intention de mettre un terme à la vie de M. Horvath, après avoir réfléchi aux conséquences du fait de pratiquer ces injections et après avoir pesé les avantages et les inconvénients du fait de pratiquer ces injections.

117. Arpad Alajos Horvath est né le 14 novembre 1938. Il a résidé durant la majeure partie de sa vie à Straffordville. Il s'est marié et a eu deux enfants et trois petits-enfants. Il était fêru de chasse, fier de ses origines hongroises et il a géré sa propre entreprise d'outillage-ajustage pendant 50 ans.

118. M. Horvath a été admis au foyer de soins infirmiers Meadow Park le 29 août 2013. Il souffrait de plusieurs maladies, notamment de démence et de diabète.

119. Les notes rédigées sur l'évolution des patients par plusieurs membres du personnel (pas uniquement par M<sup>me</sup> Wettlaufer) montrent que M. Horvath avait parfois des comportements inappropriés et explicites avec le personnel.

120. Le 21 août 2014, M<sup>me</sup> Wettlaufer a noté des observations selon lesquelles M. Horvath avait frappé le personnel et lui avait donné des coups de pieds. Le 23 août 2014, M<sup>me</sup> Wettlaufer a travaillé durant le quart d'après-midi. M. Horvath faisait partie des résidents dont elle était chargée des soins.





121. Durant son quart de travail, M<sup>me</sup> Wettlaufer a rédigé par deux fois des notes indiquant que M. Horvath avait hurlé, craché et agité son poing lorsqu'elle s'était approchée pour lui administrer les soins prescrits.

122. M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué à la police qu'elle se sentait en colère, frustrée et qu'elle avait envie de se venger. Elle s'est décidée, en se disant que « c'en était assez » avec M. Horvath. Elle s'est rendue dans le local de stockage des fournitures médicales du foyer Meadow Park, dans lequel elle avait accès à de l'insuline. M<sup>me</sup> Wettlaufer a préparé deux stylos d'insuline pour les utiliser sur M. Horvath.

123. À 20h00 environ, M<sup>me</sup> Wettlaufer s'est rendue dans la chambre de M. Horvath et lui a injecté 80 unités d'insuline à action rapide et 60 unités d'insuline à action lente. Il a tenté de lutter, en vain. Selon ce qu'elle a expliqué, « j'ai fini par la lui administrer ». Il n'y a pas eu d'effet immédiat. Lorsque M<sup>me</sup> Wettlaufer a terminé son quart de travail, M. Horvath allait bien, mais son état a évolué par la suite.

124. À peine 8 heures plus tard, un(e) PSSP a trouvé M. Horvath aréactif, en hypersudation, froid, moite et inconscient. Une ambulance a été appelée, et il a été transporté jusqu'au London Health Science Centre. Là-bas, lors de son admission, il a été déclaré en hypoglycémie. Aucun examen n'a été réalisé pour déterminer son taux d'insuline. M. Horvath a été traité à l'hôpital, mais il y est resté, car il était comateux et avait des convulsions. Durant le séjour de M. Horvath à l'hôpital London Health Sciences, M<sup>me</sup> Wettlaufer a contacté deux fois l'hôpital pour prendre des nouvelles de l'état de M. Horvath. Suite à quoi, M<sup>me</sup> Wettlaufer a pris des notes sur son état dans son dossier médical.

125. M. Horvath est décédé sept jours plus tard, le 31 août 2014. Aucune autopsie n'a été réalisée à ce moment-là.

126. En janvier 2017, le corps de M. Horvath a été exhumé, sur mandat, pour être autopsié. Les résultats scientifiques ne permettent pas de tirer de conclusions sur la cause du décès. Le dossier médical fait clairement apparaître que les problèmes de M. Horvath ont commencé avec une hypoglycémie. Les preuves de lésions tissulaires dans le cerveau suggèrent que le décès a été causé par une hypoglycémie, mais elles ne permettent pas de l'affirmer de façon certaine. Néanmoins, il ne fait aucun doute, au regard de l'ensemble des preuves obtenues (entre autres, les preuves scientifiques), que les actes de M<sup>me</sup> Wettlaufer ont constitué une cause contributive importante du décès d'Arpad Horvath.

#### **Chef d'accusation n°13 – Sandra Towler**

127. Le 1<sup>er</sup> octobre 2014, M<sup>me</sup> Wettlaufer a démissionné de son poste au sein du foyer Meadow Park pour se faire aider pour ses problèmes de dépendance aux médicaments/à l'alcool. Plus tard, M<sup>me</sup> Wettlaufer a avoué à la police qu'elle avait volé et pris des médicaments.

128. L'entreprise Life Guard Homecare à Brantford, Ontario, est une entreprise d'aide à la vie autonome, qui propose une assistance par du personnel infirmier et divers services au domicile des patients, ainsi que des services réalisés par des IA et des PSSP contractuel(le)s dans des centres et foyers situés dans la région de Brant, Oxford et Haldimond-Norfolk. Life Guard emploie entre 60 et 75 salariés à tout moment.

129. En janvier 2015, M<sup>me</sup> Wettlaufer a commencé à travailler pour Life Guard. Elle s'occupait de particuliers à leur domicile et se rendait également dans des centres de soins de longue durée,

notamment le Telfer Place Long Term Care Facility (foyer Telfer Place), situé dans la ville de Paris. C'est dans le foyer Telfer Place que M<sup>me</sup> Wettlaufer est entrée en contact avec Sandra Towler.

130. M<sup>me</sup> Wettlaufer avoue avoir illégalement injecté à Sandra Towler de l'insuline en septembre 2015 dans l'intention de mettre fin aux jours de Sandra Towler.

131. Sandra Towler est née le 6 avril 1939 et a habité dans le comté de Brant, où elle a élevé sa fille et son fils. Sandra Towler est toujours en vie. Elle souffre de démence.

132. Le 12 février 2014, Sandra Towler a été admise au foyer Telfer Place. À la date de son admission, plusieurs maladies lui avaient été diagnostiquées, notamment une « démence dans la maladie d'Alzheimer » et un diabète, qui était contrôlé par des traitements administrés par voie orale (qui n'étaient pas de l'insuline). Par conséquent, Sandra Towler ne recevait pas habituellement d'injections d'insuline et n'en avait pas médicalement besoin.

133. M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à la police qu'elle avait injecté de l'insuline à Sandra Towler vers le 6 septembre 2015. En effet, les registres confirment que le 6 septembre 2015, M<sup>me</sup> Wettlaufer a travaillé et qu'elle s'est occupée de M<sup>me</sup> Towler.

134. M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué à la police qu'à un moment donné durant ce quart de travail, elle s'est rendue dans la chambre de Sandra Towler, qu'elle partageait avec trois camarades de chambre. M<sup>me</sup> Wettlaufer a confié à la police qu'elle se sentait à nouveau frustrée par rapport à son travail et qu'elle « sentait » que Sandra Towler n'avait plus envie d'être là. C'est pourquoi, comme l'a expliqué M<sup>me</sup> Wettlaufer, elle a administré à Sandra Towler de l'insuline, sous la forme de 80 unités d'insuline à action lente et 60 unités d'insuline à action rapide, d'après ce dont se souvient M<sup>me</sup> Wettlaufer. Sandra Towler n'avait jamais connu d'épisode hypoglycémique avant cette date. Les dossiers médicaux confirment que M<sup>me</sup> Towler a présenté un état hypoglycémique juste après la fin du quart de travail de M<sup>me</sup> Wettlaufer. L'événement a été jugé suffisamment important pour faire sortir Sandra Towler du foyer Telfer Place afin de l'hospitaliser (et de la traiter correctement) par la suite. M<sup>me</sup> Wettlaufer a expliqué à la police que personne n'avait soulevé le moindre doute ni la moindre suspicion concernant les soins apportés à M<sup>me</sup> Towler par M<sup>me</sup> Wettlaufer.

#### **Chef d'accusation n°14 – Beverly Bertram**

135. Saint Elizabeth est le plus important prestataire de soins de santé de l'Ontario, avec un personnel de plus de 8 000 personnes qui réalise près de 5 millions de visites de soins de santé chaque année. Des IA et des IAA répondent aux besoins des clients à leur domicile, en intervenant seuls pour réaliser des soins infirmiers et divers services connexes à domicile.

136. Saint Elizabeth Health Care a proposé un emploi à M<sup>me</sup> Wettlaufer, qui a débuté en juillet 2016. Elle réalisait des soins infirmiers pour des patients, chez eux, dans le comté d'Oxford. Dans la cadre de ses activités professionnelles réalisées pour Saint Elizabeth, elle s'est occupée d'une femme appelée Beverly Bertram.

137. Beverly Bertram est toujours en vie. M<sup>me</sup> Wettlaufer avoue avoir illégalement injecté à Beverly Bertram de l'insuline en août 2016, dans l'intention de mettre fin aux jours de Beverly Bertram.

138. Beverly Bertram, âgée de 68 ans, habitait à Ingersoll. Beverly Bertram a plusieurs problèmes de santé et souffre de diabète, qui est contrôlé par de l'insuline injectable. Elle ne souffre pas de démence. Durant l'été 2016, Beverly Bertram a été opérée de la jambe gauche. Le 19 août 2016, Beverly Bertram est sortie de l'hôpital et est rentrée chez elle. Du personnel infirmier de St Elizabeth

Health Care venait alors la voir régulièrement pour l'aider à soigner une infection. Plus précisément, une partie de l'aide apportée par le personnel infirmier consistait à administrer à Beverly Bertram, à son domicile, des antibiotiques par voie intraveineuse, au moyen d'un tuyau introduit dans une veine, que l'on appelle « cathéter central inséré par voie périphérique ».

139. Le 20 août 2016, M<sup>me</sup> Wettlaufer s'est rendue au domicile de Beverly Bertram. Ce jour-là, M<sup>me</sup> Wettlaufer a administré par voie intraveineuse des antibiotiques à Beverly Bertram, en utilisant le cathéter de Beverly Bertram.

140. Plus tard le 20 août, M<sup>me</sup> Wettlaufer s'est rendue au domicile d'une autre patiente de Saint Elizabeth alors qu'elle n'y était pas invitée et qu'elle n'était pas attendue. Elle est entrée dans la résidence, sans s'annoncer, alors que la patiente était sous la douche. La patiente a entendu quelque chose et a appelé. Il n'y a pas eu de réponse. La patiente a terminé de prendre sa douche et a trouvé M<sup>me</sup> Wettlaufer en train de fouiller dans ses médicaments sur sa table. M<sup>me</sup> Wettlaufer a affirmé à la patiente qu'elle cherchait simplement un oxygénomètre qu'elle avait oublié auparavant. L'insuline de cette patiente était sur cette table avec sa morphine. M<sup>me</sup> Wettlaufer a confirmé à la police et au personnel du CAMH qu'elle était en train de voler de l'insuline de cette maison parce qu'elle avait l'intention de l'utiliser pour tuer M<sup>me</sup> Bertram le lendemain. M<sup>me</sup> Bertram était diabétique et avait sa propre insuline. Malgré cela, M<sup>me</sup> Wettlaufer a choisi de voler l'insuline d'une deuxième patiente pour une raison bien précise. En prenant l'insuline d'une autre patiente, si Beverly Bertram décédait comme prévu, un examen ultérieur de son approvisionnement en insuline ne donnerait pas l'impression que le stock était exceptionnellement réduit.

141. Le lendemain, le 21 août 2016, M<sup>me</sup> Wettlaufer s'est à nouveau rendue chez Beverly Bertram et elle a à nouveau administré des antibiotiques par voie intraveineuse à Beverly Bertram. Beverly Bertram se souvient que ce jour-là, M<sup>me</sup> Wettlaufer avait mis beaucoup de temps dans la cuisine pour aller chercher les antibiotiques dans le réfrigérateur. Beverly Bertram a indiqué qu'après avoir reçu ce qu'elle pensait être uniquement une injection d'antibiotiques, elle s'est sentie anormalement nauséuse et prise de vertiges. Préoccupée par cet état, Beverly Bertram a décidé de ne pas s'injecter elle-même son insuline ce jour-là et elle a pu retrouver un état normal par la suite, sans aucune aide médicale.

142. M<sup>me</sup> Wettlaufer a parlé de ce jour-là à la police. Elle s'est décrite comme se sentant frustrée et en colère par rapport à son travail et à toutes les personnes dont elle avait eu à s'occuper ce week-end-là. M<sup>me</sup> Wettlaufer a ressenti le même « élan »; un terme qui évoque sa pulsion à administrer des surdoses aux patients et qui indique que l'injection d'insuline à Beverly Bertram, réalisée avec l'intention de la tuer, a été planifiée. M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué avoir administré à Beverly Bertram « une énorme quantité » –180 unités– d'insuline au moyen du cathéter. M<sup>me</sup> Wettlaufer a également expliqué avoir administré trois doses individuelles de 60 unités au moyen de son cathéter.

143. Le 22 août 2016, M<sup>me</sup> Wettlaufer a indiqué avoir consulté les dossiers médicaux des patients de Saint Elizabeth Health Care, en utilisant la tablette qui lui avait été attribuée, afin de voir dans quel état se trouvait Beverly Bertram. M<sup>me</sup> Wettlaufer a alors remarqué que la patiente avait été vue par un(e) autre infirmier(ère) les jours d'après, et elle en a déduit qu'elle allait bien.

144. M<sup>me</sup> Wettlaufer n'est jamais retournée au domicile de Beverly Bertram.

---

<sup>4</sup> Elle a également avoué avoir volé d'autres médicaments pour elle-même, à savoir des « hydromorphones ».

### **Implication de la police**

145. Le 29 août 2016, M<sup>me</sup> Wettlaufer a démissionné de son poste au sein de Saint Elizabeth Health Care après qu'on lui a dit qu'elle allait être amenée à travailler avec des enfants diabétiques dans un établissement scolaire. M<sup>me</sup> Wettlaufer a alors paniqué. Elle a ultérieurement expliqué à la police qu'elle ne se faisait pas confiance, qu'elle n'était pas sûre de ne pas faire de mal aux enfants et que c'était pour cela qu'elle avait démissionné.

146. Le 16 septembre 2016, M<sup>me</sup> Wettlaufer a volontairement demandé à être admise au Centre de toxicomanie et de santé mentale/Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) situé sur la College Avenue, à Toronto, de crainte de faire du mal aux autres ou à elle-même. Elle a séjourné au CAMH pendant environ trois semaines, jusqu'au 5 octobre 2016. Même si elle s'est présentée d'elle-même au centre, M<sup>me</sup> Wettlaufer y a été légalement maintenue en tant que malade en cure obligatoire en vertu d'une Formule 1, en application de la *Loi sur la santé mentale*.

147. Au moment de son admission, aucune investigation criminelle n'avait été lancée en lien avec une victime ou en lien avec M<sup>me</sup> Wettlaufer. Une fois au CAMH, M<sup>me</sup> Wettlaufer a révélé qu'elle avait intentionnellement administré des surdoses à des patients et que cela avait entraîné la mort de huit patients. Si le CAMH a consulté un(e) avocat(e) et des organisations professionnelles pour déterminer quelles étaient ses obligations légales dans des circonstances aussi inhabituelles, le CAMH a dès le départ pris des mesures pour être juste vis-à-vis de M<sup>me</sup> Wettlaufer. À savoir que le CAMH a invité M<sup>me</sup> Wettlaufer à en parler à un avocat, avant de continuer à relater ses agissements. Elle a décliné cette proposition. Le CAMH lui a dit qu'il aurait probablement l'obligation légale de rendre compte de ce qu'elle disait à l'Ordre des infirmières et infirmiers et à la police. Cela lui était égal. Pendant 20 jours, elle a continué à avouer ses agissements au CAMH, à plusieurs reprises et de façon détaillée, même après que le CAMH lui a dit avoir contacté l'Ordre des infirmières et infirmiers ainsi que la police. Elle a insisté sur le fait qu'elle tenait à être prise au sérieux.

148. M<sup>me</sup> Wettlaufer était traitée par le psychiatre du service des femmes hospitalisées, le D<sup>r</sup> Allan KAHN, qui lui a suggéré d'organiser ses pensées et ses aveux *par écrit* à des fins thérapeutiques. Après avoir réfléchi plusieurs jours à cette proposition, les 24 et 25 septembre 2016, M<sup>me</sup> Wettlaufer a rédigé quatre pages de notes détaillées indiquant comment elle avait tué 8 patients dont elle était chargée des soins et comment elle avait administré de l'insuline à six autres patients sans provoquer leur mort. Elle a ultérieurement dit à la police que ces aveux écrits « c'était ma décision, je n'étais sous aucune contrainte lorsque je les ai rédigés » et qu'elle avait été « très très rigoureuse au moment de leur rédaction ». Cependant, elle a expliqué qu'elle les avait rédigés de mémoire, sans accéder à aucun dossier, et que certaines dates et doses d'insuline étaient des approximations. Une photocopie de ce document manuscrit est versée au dossier en tant qu'**Annexe A**. M<sup>me</sup> Wettlaufer a finalement consenti à ce que D<sup>r</sup> KAHN communique ses aveux manuscrits à la police et qu'il contribue plus avant à ce que la police l'entende. Ainsi en a-t-il été convenu.

149. Le 29 septembre 2016, le Service divisionnaire des investigations criminelles de la police de Woodstock a été informé de ces allégations, étant donné que la majorité des infractions se sont produites à Woodstock. Il a été convenu que des détectives, avec le Service de police de Toronto, procéderaient à un premier interrogatoire de M<sup>me</sup> Wettlaufer.

150. Avec son consentement, Elizabeth Wettlaufer a accepté de suivre des agents du Service de police de Toronto pour être interrogée le 29 septembre 2016. Elle a ainsi eu l'autorisation de sortir *temporairement* du CAMH à cette fin. Elle a décliné la proposition qui lui a été faite de parler à un avocat et elle a parlé volontairement pendant environ 40 minutes, avant d'expliquer qu'elle était

fatiguée et de demander de retourner au CAMH. Après quoi, la police a mis un terme à l'interrogatoire et l'a ramenée au CAMH. La police de Woodstock a été informée du contenu de cet interrogatoire.

151. Le 03 octobre 2016, la Police de Woodstock a commencé sa propre investigation, qui a débouché sur une investigation conjointe du Service de police de Woodstock, de la Police provinciale de l'Ontario et du Service de police de London, étant donné que les allégations impliquaient plusieurs juridictions de l'Ontario : Woodstock, London, Paris et Ingersoll.

152. Le deuxième interrogatoire, qui s'est tenu le 5 octobre 2016, a été plus détaillé que le premier<sup>5</sup> et sera diffusé devant la Cour. Après montage (pour supprimer les moments où il n'y a eu aucune discussion et certains détails personnels concernant d'autres personnes, etc.), cet interrogatoire, enregistré sur vidéo, dure environ 2 heures et demie, mais, en tout, elle est restée au poste de police de Woodstock pendant environ 3 heures et 40 minutes. Cet interrogatoire enregistré sur vidéo, après montage, et sa retranscription seront identifiés en tant qu'**Annexes B et C** dans le cadre du présent exposé conjoint des faits. Une partie de l'interrogatoire du 5 octobre 2016 nécessite une clarification. Dans cette partie, la police confronte M<sup>me</sup> Wettlaufer au fait que d'autres « décès suspects » datant de cette époque auraient été identifiés par la police. Mais cela n'est pas vrai. La police n'avait pas identifié d'autres décès suspects. Cela a été dit pour voir sa réaction. Elle a nié l'existence d'autres victimes.

153. Le 5 octobre 2016, M<sup>me</sup> Wettlaufer est sortie du CAMH et a accepté de partir avec la police à Woodstock pour un deuxième interrogatoire. À l'hôtel de police de Woodstock, M<sup>me</sup> Wettlaufer a fait une déclaration après mise en garde devant le gendarme-détective HERGOTT, dans laquelle elle a fait des aveux détaillés.

154. Le 6 octobre 2016, M<sup>me</sup> Wettlaufer a comparu devant un(e) juge; une comparution durant laquelle elle a accepté volontairement de se soumettre à un engagement 810.2 assorti de nombreuses conditions, le temps que la police procède à une investigation plus complète.

155. Le 24 octobre 2016, M<sup>me</sup> Wettlaufer s'est rendue, et la police l'a arrêtée et l'a officiellement inculpée pour huit chefs d'accusation de meurtre au premier degré. Le 13 janvier 2017, M<sup>me</sup> Wettlaufer a été à nouveau arrêtée et inculpée pour deux chefs d'accusation de voies de fait graves et quatre chefs d'accusation de tentative de meurtre.

### **Recherches informatisées**

156. Sur mandat de perquisition, la police a saisi et examiné l'ordinateur portable de M<sup>me</sup> Wettlaufer. Le 8 septembre 2016, c'est-à-dire une semaine avant de se présenter au CAMH, Elizabeth Wettlaufer a réalisé des recherches sur *Google* en saisissant les noms de cinq victimes (Beverly Bertram, Sandra Towler, James Silcox, Helen Matheson et Helen Young) et elle a consulté les notices nécrologiques des trois autres victimes (Gladys Millard, Maureen Pickering et Arpad Horvath). Le 14 septembre, c'est-à-dire la veille du jour où elle s'est présentée au CAMH, d'autres recherches informatisées ont été réalisées :

- Elle a effectué des recherches sur le site Internet « Yahoo answers » (Yahoo Questions/Réponses) pour poser les deux questions suivantes : « *How long and how painful is insulin over dose death?* [Au bout de combien de temps le décès par surdose

<sup>5</sup> Les détails substantiels qui apparaissent **uniquement** dans son premier entretien avec la police sont contenus dans ce document. Ils ont été intégrés dans la description individuelle des Infractions.

d'insuline intervient-il et à quel point est-ce douloureux ?] *What Happens to the person in this case?* » [Qu'arrive-t-il à la personne dans ce cas-là ?]

- Elle a consulté un article intitulé « *5 Killer Nurses Who Preyed on Their Helpless Patients* » [5 infirmier(ère)s meurtrier(ère)s qui s'en sont pris à des patients sans défense].
- Elle a consulté un autre article intitulé « *When Nurses Kill* » [Lorsque des infirmier(ère)s tuent], apparemment publié par Psychology Today.

### Dossiers du CAMH

157. La police a obtenu tous les dossiers psychiatriques de M<sup>me</sup> Wettlaufer, tant auprès du CAMH que d'autres sources<sup>6</sup>. Il n'y a pas de preuve indiquant qu'elle ait parlé à d'autres professionnels de santé mentale de préjudices portés à des patients. Les dossiers les plus détaillés et les plus révélateurs proviennent du CAMH. Le résumé des données de sortie du CAMH (9 pages) sera joint au présent exposé conjoint des faits en tant qu'**Annexe D**. L'exactitude de ce document n'est pas remise en question. En partie, les psychiatres ont déterminé qu'il n'y avait aucune preuve de psychose; qu'elle ne souffrait pas d'hallucinations; qu'elle avait une parfaite perception de ses propres actes et qu'elle était consciente des conséquences de ses propres actes. Son diagnostic a inclus un comportement antisocial de l'adulte, un trouble de la personnalité limite, des troubles légers de l'usage de l'alcool et des opiacés ainsi qu'un trouble dépressif majeur.

158. Responsabilité criminelle et intoxication. Aucun des troubles de santé mentale qui lui ont été diagnostiqués ne peut constituer un moyen de défense en vertu de l'article 16 du *Code criminel* (responsabilité criminelle non engagée en cas de troubles mentaux). De plus, même si M<sup>me</sup> Wettlaufer a occasionnellement consommé des médicaments soumis à ordonnance médicale alors qu'elle travaillait, elle nie toute intoxication alcoolique ou médicamenteuse au moment où elle a commis les crimes pour lesquels elle a plaidé coupable.

### Aveux auprès d'autres personnes

159. Dans sa déclaration filmée du 5 octobre 2016 (et auprès du CAMH), Elizabeth Wettlaufer a expliqué avoir révélé à d'autres personnes qu'elle avait porté préjudice à des patients. Après investigation, la police a pu confirmer la plupart de ses dires, mais aucun des aveux faits auprès de ces autres personnes n'ont été aussi détaillés que les propos qu'elle a tenus face à la police ou face au personnel du CAMH. Les propos tenus face à la police sont résumés ci-dessous. Sur plusieurs points, M<sup>me</sup> Wettlaufer se souvient de certaines spécificités de manière différente que les témoins, mais il est convenu que les paragraphes suivants constituent une présentation juste de ce qui s'est passé :

- a. **-Pasteur et son épouse.** Le 18 octobre 2013, M<sup>me</sup> Wettlaufer a rencontré le pasteur qui officiait alors dans sa paroisse et son épouse. Durant cette rencontre, elle leur a dit, entre autres choses, qu'elle avait tué certains de ses patients (sans les désigner par leur nom). L'épouse du pasteur se souvient que M<sup>me</sup> Wettlaufer avait mentionné l'usage d'un médicament, et elle pense que le médicament mentionné était l'insuline.

<sup>6</sup> Les dossiers psychiatriques ont été saisis sur ordonnances de communication et mis sous scellés dans l'attente d'une revendication de privilège ou d'un consentement à la levée des scellés et à la divulgation. M<sup>me</sup> Wettlaufer a été coopérante dans le cadre de cette investigation. Avec son consentement, le privilège sur ces dossiers n'a pas été revendiqué, et les registres ont été descellés et lui ont été divulgués.

Le couple a indiqué à la police qu'ils n'avaient pas compris ce qu'elle leur avait dit. Le pasteur a révélé à la police qu'il n'avait pas été sûr de pouvoir croire M<sup>me</sup> Wettlaufer. Son épouse a indiqué à la police qu'elle ne l'avait pas crue. Ce jour-là, M<sup>me</sup> Wettlaufer leur avait demandé de prier avec elle et c'est ce qu'ils avaient fait. Il n'y a pas eu de suite. Ils ont décidé de ne plus jamais en reparler avec M<sup>me</sup> Wettlaufer. Cet aveu n'a pas été signalé.

- b. **-Étudiante-aide-infirmière.** Entre 2009 et 2011, une jeune femme a travaillé en tant qu'aide-infirmière au foyer Caressant Care. Elle avait entre 16 et 18 ans à cette époque. Elle s'est liée d'amitié avec M<sup>me</sup> Wettlaufer, et pour son 16<sup>e</sup> ou 17<sup>e</sup> anniversaire, M<sup>me</sup> Wettlaufer l'a emmenée dîner à Toronto. Cette jeune femme a expliqué qu'elle et M<sup>me</sup> Wettlaufer en étaient venues à évoquer le fait que plusieurs personnes étaient décédées pendant les quarts de travail de M<sup>me</sup> Wettlaufer. Au cours de cette discussion, M<sup>me</sup> Wettlaufer avait avoué avoir porté préjudice à certains patients; qu'elle leur avait administré des surdoses d'insuline. La jeune femme a dit à la police que M<sup>me</sup> Wettlaufer lui avait semblé avoir des remords. Quelques jours plus tard, la jeune femme a dit à M<sup>me</sup> Wettlaufer qu'elle se sentait obligée de le signaler, soit au personnel, soit à la police. M<sup>me</sup> Wettlaufer lui a alors dit que personne ne la croirait parce qu'il n'y avait aucune preuve et que M<sup>me</sup> Wettlaufer nierait tout simplement les faits. M<sup>me</sup> Wettlaufer lui a également dit qu'elle avait trouvé Dieu et qu'il avait ordonné à Mme Wettlaufer de le faire et qu'il l'avait pardonnée. Cet aveu n'a pas été signalé.
- c. **-Ancienne marraine des Narcotiques Anonymes.** L'ancienne marraine de M<sup>me</sup> Wettlaufer dans le cadre du programme Narcotiques Anonymes a expliqué à la police qu'elle se souvient de discussions, en lien avec ces aveux, qu'elle a eues avec M<sup>me</sup> Wettlaufer à l'Étape 4 de leur travail. Elle a indiqué que ces conversations avaient dû se tenir vers 2014, mais elle n'a pas pu se souvenir avec certitude de l'année. M<sup>me</sup> Wettlaufer avait insinué, sans le dire réellement, qu'elle avait commis des meurtres, en dessinant des lettres « M » entourées d'un cercle. Elle avait indiqué que 8 personnes avaient subi des préjudices, sans indiquer aucun nom ni aucune précision. Même si cette ancienne marraine croyait que M<sup>me</sup> Wettlaufer était capable de tels actes, elle a indiqué à la police qu'elle avait néanmoins pensé que M<sup>me</sup> Wettlaufer était une menteuse pathologique et qu'elle était manipulatrice. Elle ne l'a pas crue. Au cours de plusieurs réunions, M<sup>me</sup> Wettlaufer parlait de puissance, de contrôle, d'obsession et de montées d'émotions lorsqu'elle évoquait ses sentiments, et elle avait même avoué avoir des idées de meurtres. Ces aveux n'ont pas été signalés.
- d. **-Ancien petit ami.** M<sup>me</sup> Wettlaufer a eu des contacts sporadiques sur les médias sociaux avec un ami de son collège biblique. Au cours de l'année 2015, elle lui a avoué avoir tué deux de ses patient(e)s en utilisant de l'insuline et elle lui a dit qu'à sa connaissance, il n'existait aucune preuve. Cette personne n'a pas rapporté cet aveu à la police. Il a expliqué à la police qu'il ne connaissait pas la chronologie des événements et qu'il avait pensé que cet aveu était attribuable à un événement psychiatrique qu'aurait pu traverser à ce moment-là M<sup>me</sup> Wettlaufer. Le 26 août 2016, elle lui a envoyé un message texte indiquant que le dimanche précédent (21 août), elle avait tenté de tuer l'une de ses patientes. [Nous savons à présent qu'il s'agissait de Beverly Bertram, mais aucun nom n'avait été précisé.] Cet aveu n'a pas été signalé.

Son dernier message électronique (message texte) indiquait qu'elle se trouvait à l'arrière d'une voiture de police qui rentrait à Woodstock.

e. - **Ancienne colocataire.** Durant l'automne 2014, M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à sa colocataire / sa petite amie qu'elle avait volé des médicaments à son employeur et qu'elle allait se faire aider pour traiter ses problèmes de consommation de médicaments. Elle a également dit que pendant qu'elle était au travail, « elle avait toujours eu des idées suicidaires au fil des années et que parfois, elle avait l'impression de vouloir tuer quelqu'un » dans les foyers de soins infirmiers. À cette époque, M<sup>me</sup> Wettlaufer avait arrêté de travailler au foyer Caressant Care, si bien que sa colocataire a « flippé », mais « ne s'est pas sentie trop concernée », partant du fait qu'elle allait se faire aider. La colocataire n'a parlé à personne de cette conversation, jusqu'à ce que la police la contacte en octobre 2016.

f. - **Cousine.** En septembre 2016, juste avant de se présenter au CAMH, M<sup>me</sup> Wettlaufer a contacté une cousine. Elle a dit à cette cousine qu'elle se rendait dans un établissement psychiatrique. Elle lui a dit qu'il y avait un grave problème et qu'il était possible qu'elle soit responsable du décès de plusieurs patients au travail. À la question de savoir si ces personnes ne pouvaient pas être tout simplement décédées pendant son quart de travail, M<sup>me</sup> Wettlaufer a répondu par message texte qu'elle avait l'impression de leur avoir administré trop d'insuline et qu'elle était responsable. Ces aveux à sa cousine n'ont pas été signalés.

g. - **Amie des AA.** M<sup>me</sup> Wettlaufer et une ancienne amie des AA sont restées en contact au fil des années. Début septembre 2016, soit environ une semaine avant de se présenter au CAMH, M<sup>me</sup> Wettlaufer a dit à cette personne qu'elle avait administré des surdoses d'insuline à des patients à partir de 2007 et que certains patients en étaient morts. Elle lui a aussi indiqué qu'elle quittait son travail, car on lui avait demandé de travailler avec des enfants diabétiques. Cette personne a alors dit à M<sup>me</sup> Wettlaufer qu'elle était prête à appeler la police si M<sup>me</sup> Wettlaufer n'allait pas au bout de sa démarche. Cette personne a par la suite vérifié que M<sup>me</sup> Wettlaufer s'était présentée au CAMH et qu'elle avait parlé à la police. Elles sont restées en contact par messages textes lorsque M<sup>me</sup> Wettlaufer est allée au CAMH. Une fois là-bas, M<sup>me</sup> Wettlaufer a identifié cette amie.

h. - **Connaissance des NA.** La nuit précédant sa venue au CAMH, M<sup>me</sup> Wettlaufer a contacté une connaissance des Narcotiques Anonymes. Elle a envoyé un message texte à cette personne, qui indiquait qu'elle avait administré des surdoses à des patients, qu'elle allait être chargée de travailler avec des enfants et qu'elle ne pouvait pas le faire. M<sup>me</sup> Wettlaufer lui a dit qu'elle allait se présenter volontairement au CAMH pour y être admise et elle est restée en contact avec cette personne pendant son séjour au CAMH. Cette personne a expliqué qu'elle était prête à contacter la police si M<sup>me</sup> Wettlaufer n'avait pas cherché à se faire aider et si elle n'avait pas expliqué ce qu'elle avait fait au CAMH et à la police.

i. - **Connaissance d'un programme de counselling à l'intention des toxicomanes.** En 2016, alors qu'elle était au CAMH, M<sup>me</sup> Wettlaufer a contacté par messages textes une ancienne connaissance qu'elle avait rencontrée quelques années auparavant dans le cadre d'un programme de counselling à l'intention des toxicomanes. Dans cette conversation par messages textes, M<sup>me</sup> Wettlaufer a posé des questions sur la prison.



Elle en est venue à expliquer qu'elle pourrait aller en prison dès le week-end suivant. Quand cette personne lui a demandé pourquoi, elle a avoué que cela avait un lien avec des décès dont elle était responsable, survenus entre 2007 et 2016, et que « Oui, je suis coupable ». Dans son dernier message texte, M<sup>me</sup> Wettlaufer indiquait qu'elle était dans une voiture de police qui rentrait à Woodstock.

- j. - **Ami Facebook.** Fin septembre 2016, alors qu'elle était au CAMH, M<sup>me</sup> Wettlaufer s'est connectée sur Facebook Messenger. Un ancien ami s'est adressé à elle pour lui demander comment elle allait, car il savait qu'elle était au CAMH. Elle s'est alors confiée à lui, en lui disant qu'elle était responsable du décès de plusieurs personnes dans le cadre de l'exercice de ses activités professionnelles. Elle lui a dit que ces décès n'avaient pas été accidentels, qu'elle avait délibérément administré des surdoses d'insuline à ces personnes. Elle a avoué qu'elle était désormais en cure obligatoire au CAMH et qu'elle s'attendait à être arrêtée dès qu'elle en sortirait. Cette personne a appelé la police.
- k. - **Ordre des infirmières et infirmiers.** Le 30 septembre 2016, alors qu'elle était au CAMH, M<sup>me</sup> Wettlaufer a envoyé un courriel à l'Ordre des infirmières et infirmiers, depuis le CAMH. Ce courriel disait ceci : « Moi, Elizabeth T. Wettlaufer, ne suis plus apte à exercer en tant qu'infirmière. J'ai délibérément porté préjudice à des patients lors de mes activités de soins et je fais actuellement l'objet d'une investigation par la police pour ces faits ». Le même jour, elle a également téléphoné à une enquêteuse de l'Ordre des infirmières et infirmiers, depuis le CAMH. Lors de cet appel téléphonique, M<sup>me</sup> Wettlaufer a expliqué qu'elle avait administré des surdoses d'insuline entre 2007 et 2016, en précisant qu'elle l'avait fait environ 14 fois au total. Elle a également décrit les différents lieux où ces événements s'étaient déroulés – c'est fondamentalement ce qu'elle a dit à la police, mais sous forme résumée. Durant cet appel, elle a dit à l'Ordre des infirmières et infirmiers qu'elle ferait faxer par le CAMH les aveux de quatre pages qu'elle avait rédigés [Annexe A]. Le CAMH a communiqué ces aveux à l'Ordre des infirmières et infirmiers, ainsi que nombre de ses autres dossiers.
- l. - **Ami(e) du collège biblique.** Le 10 octobre 2016, peu après être sortie du CAMH, M<sup>me</sup> Wettlaufer a contacté un(e) ancien(ne) ami(e) du collège biblique avec qui elle était restée en contact. Pendant la conversation, elle a avoué avoir administré des surdoses d'insuline à des patients qui n'avaient pas besoin d'insuline. Aucune information détaillée n'a été communiquée. Elle a également expliqué que la police constituait un dossier contre elle et elle a demandé à cet(te) ami(e) si la police l'avait contacté(e). Plus tard, cet(te) ami(e) a dit à la police qu'il/elle avait été bouleversé(e) à l'idée que M<sup>me</sup> Wettlaufer ait été capable de faire ça et qu'il/elle ne pouvait pas imaginer qu'elle avait inventé tout cela.
- m. **Avocate.** Dans sa déclaration à la police et au CAMH, Elizabeth Wettlaufer a indiqué avoir consulté une avocate (autre que M<sup>e</sup> Burgess) des années auparavant. M<sup>me</sup> Wettlaufer leur a dit que l'avocate lui avait expliqué qu'il était dans son intérêt de garder le silence. Au CAMH, M<sup>me</sup> Wettlaufer a également expliqué que cette avocate

### **AVEU DE RESPONSABILITÉ ET SIGNIFICATION DE CE DOCUMENT**

160. Elizabeth Wettlaufer est en détention sous garde depuis qu'elle s'est dénoncée pour se faire arrêter le 24 octobre 2016. Elle n'a jamais demandé de libération sous caution. Elle n'a pas d'antécédents de culpabilité ou de condamnation. Elle ne fait l'objet d'aucune autre accusation, en dehors de celles portées à l'attention de cette cour. Elle n'a actuellement plus le droit d'exercer en tant qu'infirmière et a démissionné le 30 septembre 2016. L'Ordre des infirmières et infirmiers enquête actuellement sur cette affaire, et une audience disciplinaire se tiendra en temps utile. Même si les parties ne parlent pas pour le compte de l'Ordre des infirmières et infirmiers, il est raisonnable de penser que ce plaidoyer de culpabilité aboutira effectivement à la perte définitive de son statut d'infirmière.

161. Elizabeth Wettlaufer avoue avoir commis un meurtre au premier degré sur huit personnes – James Silcox, Maurice Granat, Gladys Millard, Helen Matheson, Mary Zurawinski, Helen Young, Maureen Pickering et Arpad Horvath. Plus spécifiquement, elle comprend et reconnaît ce qui suit :

- a. -Au cours des périodes alléguées, elle a intentionnellement fait usage de la force à leur rencontre afin d'injecter de l'insuline à chacune de ces personnes.
- b. -Lorsqu'elle a injecté de l'insuline à chacune de ces personnes, elle savait qu'elle ne le faisait pas pour une finalité médicale réelle ou perçue, ni conformément à une ordonnance médicale, ni sur l'ordre d'un médecin.
- c. -Lorsqu'elle a injecté de l'insuline à chacune de ces personnes, elle savait qu'elle n'avait pas obtenu leur consentement, pas même au titre d'une procuration.
- d. Elle a tenté d'assassiner chacune de ces personnes. Plus spécifiquement,
  - i. - Concernant James Silcox, Maurice Granat, Gladys Millard, Helen Matheson, Mary Zurawinski, Helen Young et Arpad Horvath, Elizabeth Wettlaufer a eu l'intention d'assassiner chacune de ces personnes, et
  - ii. -Concernant Maureen Pickering, Elizabeth Wettlaufer a eu l'intention de provoquer des lésions corporelles qu'elle savait tellement graves qu'elles allaient vraisemblablement entraîner le décès de Maureen Pickering et elle a injecté de l'insuline à Maureen Pickering même si elle savait que Maureen Pickering allait très vraisemblablement décéder des suites des lésions corporelles qu'elle avait l'intention de lui causer.
- e. -Les injections d'insuline ont été des causes contributives importantes de chacun de ces décès;
- f. - Avant d'administrer les injections à chacune de ces personnes, elle a réfléchi aux conséquences de ces injections. De plus, avant de procéder à ces injections, pour chacune de ces personnes, elle a élaboré un schéma ou un plan, après avoir pesé les avantages et les inconvénients de pratiquer ces injections. Une fois le schéma ou le plan élaboré, elle a immédiatement exécuté chaque schéma ou plan.

162. Elizabeth Wettlaufer avoue être coupable de quatre chefs d'accusation de tentative de meurtre, sur quatre personnes – Wayne Hedges, Michael Priddle Sandra Towler et Beverly Bertram. Plus spécifiquement, elle comprend et reconnaît ce qui suit :

- a. -Au cours des périodes alléguées, elle a intentionnellement fait usage de la force à l'encontre de chacune de ces personnes afin d'injecter à chacune d'entre elles de l'insuline.
- b. -Lorsqu'elle a injecté de l'insuline à chacune de ces personnes, elle savait qu'elle ne le faisait pas pour une finalité médicale réelle ou perçue, ni conformément à une ordonnance médicale, ni sur l'ordre d'un médecin.
- c. -Lorsqu'elle a injecté de l'insuline à chacune de ces personnes, elle savait qu'elle n'avait pas obtenu leur consentement, pas même au titre d'une procuration.
- d. Lorsqu'elle a procédé à ces injections, elle a eu l'intention de tuer chacune de ces personnes.

163. Elizabeth Wettlaufer avoue être coupable de deux chefs d'accusation de voies de fait graves. Plus spécifiquement, elle comprend et reconnaît ce qui suit :

- a. -Au cours des périodes alléguées, elle a intentionnellement fait usage de la force à l'encontre de Clotilde Adriano et d'Albina DeMedeiros, en injectant à chacune d'entre elles de l'insuline.
- b. -Lorsqu'elle a injecté de l'insuline à Clotilde Adriano et à Albina DeMedeiros, elle savait qu'elle ne le faisait pas pour une finalité médicale réelle ou perçue, ni conformément à une ordonnance médicale, ni sur l'ordre d'un médecin.
- c. -Lorsqu'elle a injecté de l'insuline à Clotilde Adriano et à Albina DeMedeiros, elle savait qu'elle n'avait pas obtenu leur consentement, pas même au titre d'une procuration.
- d. Lorsqu'elle a injecté de l'insuline à Clotilde Adriano et à Albina DeMedeiros, elle savait qu'une surdose d'insuline pouvait être mortelle.
- e. -En injectant de l'insuline à Clotilde Adriano et à Albina DeMedeiros, elle a mis leur vie en danger.

164. Elizabeth Tracy May Wettlaufer confirme avoir reçu des conseils juridiques indépendants sur son dossier, sur les moyens disponibles pour sa défense et sur les répercussions et la portée de l'inscription d'un plaidoyer de culpabilité et de la signature de ce document. En inscrivant un plaidoyer de culpabilité et en signant ce document, Elizabeth Wettlaufer confirme qu'elle comprend qu'elle renonce à son droit à un procès dans lequel la Couronne serait obligée de prouver devant la Cour, hors de tout doute raisonnable, tous les éléments essentiels des accusations portées à son encontre.

165. Elizabeth Wettlaufer comprend qu'un meurtre au premier degré implique une peine minimale d'emprisonnement à perpétuité, sans admissibilité à la libération conditionnelle pendant 25 ans et que l'article 745.6(2) du *Code criminel* interdit toute demande de réduction du délai préalable à la libération conditionnelle. La Couronne reconnaît que, conformément à l'article 746 du *Code criminel*, la date d'admissibilité à la libération conditionnelle doit être calculée à partir de la date d'arrestation, le 24 octobre 2016. Par ailleurs, Elizabeth Wettlaufer reconnaît qu'elle comprend que la Couronne et son avocat proposeront conjointement une peine, définie comme suit :

- a. -Pour tous les chefs d'accusation de meurtre au premier degré (chefs d'accusation 3, 4 et 7 à 12 compris), emprisonnement à perpétuité sans admissibilité à la libération conditionnelle pendant 25 ans; toutes ces peines devant être purgées concurremment.

- b. -Pour tous les chefs d'accusation de tentative de meurtre (chefs d'accusation 5, 6, 13 et 14), 10 ans à purger simultanément et concurremment avec toutes les autres peines.
- c. -Pour tous les chefs d'accusation de voies de fait graves (chefs d'accusation 1 et 2), 7 ans à purger simultanément et concurremment avec toutes les autres peines.

166. Elizabeth Wettlaufer et la Couronne conviennent qu'aucune disposition du présent document n'interdit de faire appel de la peine prononcée.

167. La Couronne et Elizabeth Wettlaufer confirment que nonobstant toute proposition faite concernant la durée de la peine à prononcer pour les Infractions non mortelles, la décision finale concernant la peine appartient à la Cour.

168. Il est convenu que la Cour a l'obligation de rendre deux ordonnances accessoires obligatoires dans le cadre de la peine prononcée<sup>7</sup> :

- (a) ordonnance de prélèvement d'ADN, rédigée selon la Formule 5.03
- (b) interdiction perpétuelle de possession d'armes visée à l'article 109

169. Elizabeth Wettlaufer confirme également qu'elle comprend que, si ce plaidoyer de culpabilité est bloqué ou infirmé ultérieurement dans le cadre d'un appel, la Couronne pourra chercher à utiliser ce document en tant qu'aveu volontaire dans le cadre de toutes les procédures qui pourraient en résulter.

170. Elizabeth Wettlaufer confirme qu'elle sait parler et lire l'anglais, qu'elle a lu ce document et que tous les faits rapportés dans ce document sont vrais et corrects.

**AINSI EN EST-IL CONVENU,**

SIGNÉ par Elizabeth Tracy Mae Wettlaufer et Brad Burgess, à Woodstock, Ontario, le 1<sup>er</sup> juillet 2017. -  
[Signature] [Signature] -  
Elizabeth Tracy Mae Wettlaufer Brad Burgess -  
Avocat de M<sup>me</sup> Wettlaufer

SIGNÉ pour le compte du ministère du Procureur général, Province de l'Ontario, à Woodstock, Ontario, le 1<sup>er</sup> JUIN 2017. -  
[Signature] [Signature] -  
Fraser M. Kelly Andre Rajna -  
Avocat général de la Couronne Procureur de la Couronne -

<sup>7</sup> Les infractions de meurtre, tentative de meurtre et voies de fait graves sont toutes des *infractions primaires* en vertu de l'article 487.04 du *Code criminel* et l'ordonnance de prélèvement d'ADN est par conséquent obligatoire en vertu de l'article 487.051(1). Une interdiction de possession d'armes de dix ans est obligatoire en vertu de l'article 109(3).

## Annexe A de l'exposé conjoint des faits – Aveux manuscrits

### Aveux manuscrits

Rédigés le 24 sept. –  
Elizabeth Wettlaufer  
Page 1 sur 4

Sept 2007 Pas diabétique, était atteint de démence

#### Caressant Care

1) James Silcox – Je travaillais en double quart. 15h – 7h. Il était connu que James se livrait à des attouchements inappropriés sur le personnel. [partie noircie]. James n'était pas diabétique. Ce soir-là, j'ai ressenti une pulsion pour surdoser James. J'étais en colère à cause de son comportement si inapproprié. Vers 21h30, j'ai décidé de lui administrer une surdose d'insuline, en espérant qu'il en décèderait. J'avais le sentiment qu'il était temps qu'il parte, à cause de la manière dont il agissait. Je me souviens avoir ressenti de la colère contre lui.

Je suis allée dans le local des fournitures médicales et j'ai utilisé une aiguille à insuline de rechange pour préparer une dose de 50 unités d'insuline à action brève. Je la lui ai administrée à environ 22h30.

Pendant toute la nuit, après cette surdose, James a crié « Je suis désolé » et « Je vous aime ». À 3h00 environ, le/la PSSP a constaté que James n'avait plus de signes vitaux décelables. J'ai appelé le/la médecin traitant(e) et la famille de James pour les informer du décès de James. Le/la médecin(e) a décrété qu'une embolie post-opératoire était la cause du décès.

Sept ou Oct 2007

#### Caressant Care

2) Maurice Granat : Pas diabétique, patient cancéreux

L'une des infirmières m'avait dit que Maurice avait la fâcheuse habitude d'empoigner les seins et les fesses du personnel. Une après-midi, alors que je travaillais, j'ai ressenti de la colère. J'ai administré à Maurice environ 40 unités d'insuline à action

Maurice Granat (suite)

Page 2 sur 4

brève vers 20h00. Le lendemain matin, il était dans le coma. Il est décédé durant cette après-midi.

Octobre 2011

Helen Matheson Pas diabétique. Caressant Care. Démence

Helen était très douce et réservée. Une après-midi, je lui ai donné une surdose d'insuline.

Environ 50 unités d'insuline à action brève. Je ne suis pas sûre de la raison pour laquelle je l'ai choisie elle. Je me sentais en colère et frustrée par rapport à mon travail. Le lendemain de la surdose, elle a arrêté de parler et de s'alimenter. Le Médecin a décidé de la faire passer en soins palliatifs. Elle est décédée 2 jours après.

04 Novembre 2011

Mary Zerwinski - Pas diabétique, Caressant Care, démence

Mary était une femme qui avait du cran, elle était mince et s'exprimait sans détour. Une après-midi, vers 16h00, je lui administré 50 unités d'insuline à action brève et 30 unités d'insuline à action prolongée. Elle me tapait sur les nerfs, car elle s'exprimait sans aucun ménagement et était récalcitrante lors des soins. Je me sentais très en colère, de manière générale. Elle est décédée l'après-midi suivante.

Novembre 2011.

Gladys Millard – diabète de type 2, Carressant Care, démence

Gladys souffrait de démence sévère et elle ne parlait plus. Elle était très têtue et il était horriblement difficile de lui faire prendre ses pilules.

Je travaillais de 7h à 15h 23h à 7h. Vers 5h00, je lui administré 40 unités d'insuline à action prolongée et 60 unités d'insuline à action brève. À 7h00 environ, elle était aréactive et en hypersudation. Elle est décédée dans la soirée.

Elizabeth Wettlaufer

Octobre 2013

Page 3 sur 4

Helen Young – Caessant Care – diabète de type 2 – démence

Helen était pétulante et s'exprimait sans détour. Elle disait sans arrêt « aidez-moi, infirmière ». Elle criait souvent « Je veux mourir ». Une après-midi, j'ai senti comme un déclic en moi. Elle n'arrêtait pas de crier qu'elle voulait mourir. Pleine de colère, j'ai pensé « Très bien, je vais t'aider à mourir ». Je lui ai donné 60 unités de<sup>BW</sup> d'insuline à action brève juste avant le dîner. Après le dîner, je lui ai donné 60 unités d'insuline à action prolongée. À 20h00 environ, le/la PSSP m'a appelée dans la chambre. Helen était en train de convulser. Elle n'était pas épileptique. J'ai relevé tous ses paramètres vitaux et j'ai fait semblant de mesurer sa glycémie. Elle est décédée 2 jours après.

Mars 2014<sup>BW</sup> Mars 2014

Maureen Pickering – Caessant Care – démence, pas diabétique

Maureen avait beaucoup de mauvais comportements. Elle frappait régulièrement les autres résidents ou leur tirait les cheveux. On devait s'occuper d'elle de manière individualisée. Nous n'avions pas toujours un personnel suffisant pour le faire. Parfois, je devais m'occuper individuellement d'elle, mais aussi donner les pilules à 32 autres personnes, faire les tâches administratives et préparer les traitements. Lors d'un quart de travail d'après-midi, nous n'étions pas suffisamment nombreux pour nous occuper d'elle individuellement. J'étais en colère, frustrée et agacée. Elle n'arrêtait pas de crier des choses incohérentes[lettre raturée]<sup>BW</sup>. Après le dîner<sup>BW</sup>, je lui ai fait une injection de Haldol pour la calmer. Puis, j'ai eu cette idée : si je pouvais provoquer des lésions cérébrales chez elle, elle ne serait plus aussi pénible. À 20h00 environ, je lui ai donné 80 unités d'insuline à action prolongée. Cette nuit-là, elle est devenue<sup>BW</sup> a eu un accident vasculaire cérébral.

Elizabeth Wettlaufer

Mars 2014<sup>BW</sup> Mars 2010<sup>BW</sup>

Page 4 sur 4 -

Maureen Pickering (suite) -

Elle a été transférée à l'hôpital, où elle est devenue comateuse. Elle est décédée environ 5 jours plus tard. -

Août 2014<sup>BW</sup> Foyer de soins infirmiers Meadow Park -Arpad « Art » Horvath Démence, Pas diabétique -

Art maltraitait physiquement le personnel. Il pinçait et frappait régulièrement. Un soir, j'ai décidé que c'en était assez. Je me sentais en colère, frustrée, j'avais envie de me venger, j'étais remontée. J'ai administré à Art 80 u d'insuline à action brève et 60 u d'insuline à action prolongée à 20h00 environ. Pendant la nuit, il a eu un accident vasculaire cérébral. et<sup>BW</sup> Il est décédé 4-5 jours plus tard.

Personnes qui ne sont pas décédées

Clotilde Adriano – démence – diabétique – Caessant Care

Septembre 2007

Albina Demiederos – diabétique – Caessant Care

Octobre 2007

Wayne – démence – diabétique – Caessant Care

Octobre 2008

Mike – maladie de Huntington

2009

Sandra Towler

Telfer Place Hiver 2016

Paris

Je lui ai donné 80 u d'insuline à action prolongée, 60 u à action brève a survécu.

Beverly [symbole rayé]<sup>BW</sup> (?) diabétique

Août 2016 Saint Elizabeth, Ingersoll, soins à domicile

Ai donné 180 u d'insuline à action prolongée au moyen d'un cathéter a survécu.

Elizabeth Wettlaufer



## **Annexe C à l'exposé conjoint des faits – Transcription de la déclaration à la police faite par Elizabeth Wettlaufer**

**Annexe C à l'exposé conjoint des faits**

**Transcription de la déclaration à la police faite par Elizabeth Wettlaufer**

**Date : 5 octobre 2016**



## TRANSCRIPTION D'INTERROGATOIRE ENREGISTRÉ

Numéro de dossier RMS : 955-10-2016-110

Enregistrement audio de l'interrogatoire :

Enregistrement vidéo de l'interrogatoire :

Nom : Elizabeth WETTLAUFER

Domicile :

Date de naissance :

Téléphone : *Domicile*  
*Professionnel*  
*Cellulaire*

Date de l'interrogatoire : 5 octobre 2016

Lieu de l'interrogatoire : Service de police de Woodstock

Interrogatoire : Gendarme-détective Nathan HERGOTT

Heure de début de l'interrogatoire : 17h14

Heure de fin de l'interrogatoire : 19h23

Autres personnes présentes : Gendarme-détective Karen OVERBAUGH

Transcription effectuée par : U/I de sexe masculin  
J.P. #399935 [de 0:00:00 à 01:59:59]  
L.K. #335196 [de 02:00:00 à 03:48:23]

Révision effectuée par : M.R. #449963  
Nathan HERGOTT #704

[ph] : graphie phonétique



*[Le 5 octobre 2016, la police de Woodstock s'est rendue au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) de Toronto. M<sup>me</sup> Wettlaufer est sortie du CAMH ce jour-là mais a accepté de partir avec la police pour être entendue. De la nourriture à emporter a été achetée sur le chemin de Woodstock. M<sup>me</sup> Wettlaufer a ensuite été conduite dans une salle d'interrogatoire où on l'a laissée manger seule. Plus tard, l'interrogatoire commence...]*

*[Les informations personnelles relatives aux tiers ont été supprimées]*

[Le gendarme-détective HERGOTT entre dans la pièce à 00:32:15]

HERGOTT : Voilà.

WETTLAUFER : Merci.

HERGOTT : J'ai besoin d'un petit moment supplémentaire, D'accord.?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord, merci Beth.

[Le gendarme-détective HERGOTT sort de la pièce à 00:32:20; aucune conversation n'est entendue de 00:32:20 à 00:34:30]

[Le gendarme-détective HERGOTT entre dans la pièce à 00:34:30]

HERGOTT : Désolé.

**\*\*\*LA VIDÉO DÉMARRE ICI\*\*\***

WETTLAUFER : Pas de problème.



HERGOTT : Trop de passage et de personnes qui s'activent ici, et il est difficile de...  
WETTLAUFER : [Rit]  
HERGOTT : ... suivre qui fait quoi donc um... Oui, comme je l'ai dit, euh... Avant toute chose je vais juste m'assurer que tout dans cette pièce est enregistré en audio et en vidéo.

WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : Vous êtes D'accord?  
WETTLAUFER : D'accord. Ouais.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Bien sûr.  
HERGOTT : Alors je voudrais juste effectuer, comme je le disais, quelques formalités, terminer quelques points que je dois régler de mon côté, que je... j'ai à faire

WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : Et euh... des choses que je dois vous dire pour m'assurer que nous sommes sur la même longueur d'onde avant que euh... nous commencions.

WETTLAUFER : D'accord.

[00:35:00 dur]

HERGOTT : Bien, alors tout d'abord, nous sommes aujourd'hui le mercredi 5 octobre 2016 et mon téléphone indique à cet instant précis cinq heures quatorze [5:14], que je note comme heure de référence.

WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : Donc dix-sept heures quatorze [17:14], comme heure de début de notre conversation aujourd'hui en ce lieu. Une fois encore, je m'appelle Nathan HERGOTT, du Service de police de Woodstock.

WETTLAUFER : Mm hmm.  
HERGOTT : Je travaille actuellement dans notre unité des enquêtes criminelles.  
WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : Et euh... nous nous sommes rencontrés il y a peu dans le centre de Toronto, exact?

WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : Bien.  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : Donc, um... nous nous sommes rendus dans un établissement où vous avez passé les dernières semaines, d'après ce que j'ai compris.

WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : Et euh... nous avons rencontré le Docteur KAHN et...  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : ... son équipe de collaborateurs et...

17:14:04



WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : ... euh... je crois qu'il vous a prise en charge ces derniers temps, exact?  
 WETTLAUFER : Ouais, ces trois [3] dernières semaines.  
 HERGOTT : D'accord. Et euh... en gros, nous nous retrouvons ici parce que nous vous avons en quelque sorte proposé de vous raccompagner pour pouvoir avoir cette conversation, et... et vous avez eu l'amabilité d'accepter et euh... nous avons pris l'autoroute 401... ou l'autoroute Gardiner, la Queen Elizabeth...  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : ... et la 403 et... et...  
 WETTLAUFER : Oui, la 403.  
 HERGOTT : ... et voilà, c'est ça.  
 WETTLAUFER : Mm hmm.  
 HERGOTT : Um... c'est simplement pour que tout public futur comprenne clairement que um... nous ne vous avons pas contrainte à venir avec nous, et nous vous avons pas, euh... vous voyez... fait entrer de force dans la voiture ni rien de tel.  
 WETTLAUFER : Non.  
 HERGOTT : Vous l'avez fait de votre propre gré et y avez consenti de vous-même, euh... de votre propre volonté.  
 WETTLAUFER : Ouais, non.  
 HERGOTT : Est-ce bien correct?  
 WETTLAUFER : Ouais, j'en avais assez et vous m'avez même laissé essayer de donner de l'argent à des sans-abri, alors...  
 HERGOTT : Absolument, je me souviens de tout cela.  
 WETTLAUFER : [Inintelligible]  
 HERGOTT : Je me souviens de tout cela donc je... je le sais. Je vous ai lu quelques choses avant que... umm... pendant que nous roulions vers Spadina et... je sais que cela vous a été lu de nombreuses fois, mais ce sont juste des choses que nous devons répéter pour nous assurer que vous comprenez clairement et que vous acceptez...  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : ... d'avoir cette conversation aujourd'hui.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : D'accord. Umm... Comme je l'ai déjà dit, il se pourrait que notre enquête nous conduise...  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : ... à conclure à de très lourdes charges, D'accord.?  
 WETTLAUFER : Ouais.

17:15:14



HERGOTT : Cela étant dit, si... si vous souhaitez consulter un avocat à tout moment...

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : ... je ne veux pas que vous hésitez, et euh... nous vous le permettrons dès que vous le souhaitez.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : Que cela soit maintenant, dans cinq [5] minutes, dans une heure ou dans trois [3] jours, pour quelque raison que ce soit, faites-le-nous simplement...

WETTLAUFER : L'interrogatoire ne va pas durer trois [3] jours, si?

HERGOTT : Non, j'espère que non.

WETTLAUFER : [Rit] D'accord.

HERGOTT : Ce que je dis, c'est juste que si vous voulez à tout moment consulter un avocat de votre choix pendant que vous êtes ici, ou quelle que soit la raison, dites-le nous et nous prendrons les dispositions nécessaires.

WETTLAUFER : D'accord, d'accord.

HERGOTT : C'est compris?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord. Parce qu'en qualité de citoyenne canadienne, vous êtes en droit de bénéficier des conseils juridiques gratuits de l'aide juridique.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : Un avocat de service, un avocat de votre choix, comme vous préférez.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : Entendu?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord. Um... et... et comme je vous l'ai dit, car il se pourrait que vous soyez inculpée à l'issue de... de... notre enquête.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : D'accord. Um... et aussi, je sais que cela vous a déjà été lu de nombreuses fois, mais il se peut que vous soyez accusée de nombreuses infractions pénales et umm... vous n'êtes pas tenue de déclarer quoi que ce soit en réponse aux accusations portées contre vous. Mais si vous souhaitez le faire, nous allons le faire aujourd'hui. Et tout ce que vous direz pourra être retenu par un... un tribunal, et je sais que nous avons déjà eu cette conversation dans la voiture en rentrant, euh...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : ... à Woodstock.

17:16:32



WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : Et je vous ai demandé de le répéter avec vos propres mots, et vous nous avez, disons... fourni quelques euh... quelques [inintelligible] pour décrire cela dans votre propre vocabulaire, quelque chose comme « pas comme à Las Vegas, ce qui se passe dans la voiture sur le retour ne reste pas forcément dans la voiture », exact?

WETTLAUFER : Oui, non.  
HERGOTT : Il en va de même dans cette pièce : tout ce que vous direz ici...  
WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : ... et tout ce dont nous pourrions discuter pourra servir de preuve...  
WETTLAUFER : Pourra ressortir.  
HERGOTT : ... au tribunal.  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : Donc en quelque sorte, pour le dire simplement, la même règle s'applique.  
WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : D'accord. Um... et si vous avez parlé à d'autres policiers, et je sais que vous avez été en contact avec des policiers de Toronto.  
WETTLAUFER : Toronto, Oui.  
HERGOTT : Euh... deux policiers étaient présents dans la voiture qui nous a conduits ici, um... si quelqu'un vous a persuadée ou a essayé de vous inciter à faire une déclaration, quoi qu'il vous ait été dit, je ne veux pas que cela vous influence...  
WETTLAUFER : Non.  
HERGOTT : ... en aucune manière, D'accord?  
WETTLAUFER : Non, ce que je suis sur le point de dire...  
HERGOTT : Je veux que vous...  
WETTLAUFER : ... hMm hmm, je le fais de mon plein gré.  
HERGOTT : D'accord, entendu, et je vous en suis reconnaissant, um... Et nous avancerons avec d'autres petites choses et je sais que parce que cela s'est passé dans la voiture, vous n'êtes pas actuellement en état d'arrestation.  
WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : D'accord, je veux que cela soit bien clair pour vous.  
WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : D'accord. Vous n'êtes pas en état d'arrestation, la porte n'est pas verrouillée, D'accord? Je ne vous empêche pas d'accéder à la porte si vous souhaitez sortir

17:17:40



à tout moment, si vous souhaitez cesser de me parler à tout moment, vous n'avez qu'à me le dire et euh...

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : ... et nous reprendrons à partir de là.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : D'accord, mais vous n'êtes pas détenue ici contre votre volonté, hein?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Nous ne vous obligeons pas à nous parler et nous avons simplement quelques... quelques questions... de suivi dans le cadre de notre enquête qui, disons...

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : ... a démarré pendant que vous étiez à Toronto.

WETTLAUFER : Ouais, c'est difficile d'être interrogée car c'est très long...

HERGOTT : C'est vrai.

WETTLAUFER : ... um... alors je ferai de mon mieux, par exemple si, comme je vous l'ai dit, je dois me lever et faire quelques pas ou autre chose.

HERGOTT : Si vous souhaitez faire une pause à tout moment, il vous suffit de nous le dire, si vous voulez vous lever et faire quelques pas, je patienterai simplement ici et...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : ... et nous poursuivrons la conversation tant que euh... tant que vous le pourrez.

WETTLAUFER : Je... je tiendrai aussi longtemps que possible.

HERGOTT : D'accord, entendu, cela me semble bien. Um... c'est à peu près tout en ce qui concerne les formalités mais, comme je l'ai dit, euh... c'était les... les choses que je souhaitais simplement éclaircir avec vous et si vous avez des questions avant que nous commencions...

[00:40:02 dur]

WETTLAUFER : [Se racle la gorge]

HERGOTT : Je vous laisse la parole s'il y a quoi que ce soit.

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Ou pour toute préoccupation que vous auriez.

WETTLAUFER : Non, je souhaite juste en finir avec ça et savoir comment vont ma maman et mon papa car je sais qu'ils sont affectés et que quelqu'un est allé les voir aujourd'hui.

HERGOTT : D'accord, et...

WETTLAUFER : On leur a rendu visite aujourd'hui et ils ont dit... vous voyez... « nous sommes inquiets, que se passe-t-il? ».

HERGOTT : Oh ouais, ouais, je l'imagine bien et je... honnêtement je ne sais pas quoi vous répondre.

17:18:50





WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Mais je peux obtenir ces informations pour vous.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Jusqu'à présent, mon rôle dans le cadre de cette enquête n'est pas aussi précis que celui de certains autres agents, umm... mais...  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : ... ma... ma mission aujourd'hui a évidemment consisté à me rendre à Toronto pour vous rencontrer ainsi que mes collègues...  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : ... et euh... à revenir ici et avoir une conversation; c'est à peu près là où j'en suis à ce moment précis mais je peux assurément faire obtenir ces réponses pour vous.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Et... et je ne souhaite pas inquiéter les gens plus que nécessaire, euh... en particulier, votre maman et votre papa.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Et vous auriez dû acheter des places pour aller voir les Blue Jays pendant que vous étiez là-bas.  
 HERGOTT : Vous savez, si je pouvais me permettre d'aller les voir pendant les séries éliminatoires, je l'aurais probablement fait, ouais, je... c'était intéressant, la nuit dernière, um... Donc juste... juste pour que tout soit clair, euh... et je sais que vous préférez être appelée Beth, c'est ce que vous nous avez dit.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : C'est bien ça?  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Pouvez-vous me donner votre nom complet?  
 WETTLAUFER : Elizabeth Tracy Mae Wettlaufer.  
 HERGOTT : Euh... Tracy Mae.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : D'accord. Et pouvez-vous épeler votre nom pour que tout soit clair?  
 WETTLAUFER : W E T T L A U F E R.  
 HERGOTT : D'accord, parfait. Um... Beth, la raison pour laquelle nous sommes ici aujourd'hui est que nous avons reçu des informations euh... en fin de la semaine dernière, um... concernant euh... des informations qui nous ont été fournies au service de police de Toronto.  
 WETTLAUFER : Mm hmm.  
 HERGOTT : Um... et qui nous ont donné pas mal de travail et nous conduisent à vous parler aujourd'hui à propos de, euh, la manière dont tout cela a commencé et... et a continué.

17:20:11



WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Mais en résumé, um... j'ai consulté la déclaration que vous avez fournie à la police de Toronto.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : D'accord. Et ce document, euh... qui nous a été communiqué, le reconnaissez-vous?  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : [Inintelligible]  
 HERGOTT : Bien. Et d'après ce que je vois, il comprend quatre [4] pages hmm... manuscrites. Est-ce votre écriture?  
 WETTLAUFER : Oui, c'est la mienne.  
 HERGOTT : D'accord. Et simplement, disons... il présente um... certaines personnes que vous avez croisées durant votre carrière, euh... entre 2007 et...  
 WETTLAUFER : 2016.  
 HERGOTT : ... 2016 août.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Euh... août 2016, D'accord. Donc c'est... disons... c'est ce sur quoi porte notre enquête actuelle.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : S'agit-il des informations que vous avez livrées sur ces quatre [4] feuilles de papier?  
 WETTLAUFER : Oui.  
 HERGOTT : D'accord, um... Mais... mais avant que nous abordions cela, je souhaiterais avoir, disons, un aperçu de votre carrière et, euh... des lieux où vous avez travaillé dans votre carrière.  
 WETTLAUFER : Um...  
 HERGOTT : ... et, disons, comment vous en êtes arrivée là...  
 WETTLAUFER : Infirmière autorisée. J'ai d'abord étudié au co..., à Wood... à l'école secondaire Huron Park. J'ai um... [se racle la gorge].  
 HERGOTT : Je vous fais de la place.  
 WETTLAUFER : J'ai eu mon diplôme de treizième [13<sup>e</sup>] année puis j'ai fait un an d'école de droit... non, pas de droit, pardon, d'école de journalisme  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Puis euh... ensuite je suis allée au Bible College.  
 HERGOTT : Ouais.

17:21:30



- WETTLAUFER : Au London Baptist Bible College, à London, j'ai obtenu un diplôme en, euh... counselling, juste un baccalauréat en counselling.
- HERGOTT : Mm hmm.
- WETTLAUFER : Puis je me suis rendu compte que ça n'allait... ça ne me mènerait pas bien loin niveau travail et niveau carrière, et alors je suis retournée à euh... l'école supérieure Huron Park pour un an, j'ai fait une année de maths et de sciences, puis j'ai continué au Conestoga College, non pas au campus de Kitchener mais celui de Stratford, et j'y ai passé trois [3] ans.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : Et ensuite, une fois diplômée, j'ai travaillé dans une localité appelée Geraldton...
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : ... qui se situe à seize [16] heures à l'ouest de euh... Toronto.
- HERGOTT : J'aurais dit que c'était plutôt au nord, non?
- WETTLAUFER : Trois [3] heures de Thunder Bay vers le nord.
- HERGOTT : Oui, c'est bien au nord.
- WETTLAUFER : Ouais, je travaillais là-bas, je ne supportais pas l'isolement, je suis revenue et j'ai travaillé pour une organisation appelée euh... Christian Horizons, ici, en ville, dans l'un des foyers de leur groupe, jusqu'en 2007, um... quand mon mariage s'est effondré, en février 2007, et euh... j'ai rencontré une femme en ligne.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : Et elle a décidé de déménager pour être avec moi.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : Donc j'ai fini par quitter le poste que j'occupais et par intégrer Caressant Care pour gagner un petit peu plus d'argent car j'étais la seule à rapporter de quoi faire bouillir la marmite.
- HERGOTT : Mm hmm.
- WETTLAUFER : Alors j'ai commencé à travailler à Caressant Care, um... je crois que c'était en juin 2007.
- HERGOTT : D'accord. Et combien de temps y avez-vous travaillé?
- WETTLAUFER : Jusqu'en... 2014.
- HERGOTT : D'accord.

[00:45:00 dur]

- WETTLAUFER : Ouais, jusqu'à peu près euh... mars 2014, je crois.
- HERGOTT : Et avez-vous toujours occupé le même poste, ou...?
- WETTLAUFER : Comme... comme infirmière autorisée.
- HERGOTT : Avez-vous occupé différentes fonctions au sein de Caressant Care, ou...?

17:23:36



WETTLAUFER : Infirmière autorisée.  
 HERGOTT : Ouais.  
 WETTLAUFER : Le travail d'infirmière autorisée est toujours le même.  
 HERGOTT : Ouais.  
 WETTLAUFER : Mais j'ai travaillé dans différents services de l'établissement.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Il y a cinq [5] services à Caressant Care, donc j'ai travaillé dans différents services.  
 HERGOTT : Bien, d'accord. Durant les sept [7] années, à peu près, que vous avez passées là-bas?  
 WETTLAUFER : Oui.  
 HERGOTT : D'accord. et à ce moment-là, aviez-vous différents superviseurs selon le service, ou euh...  
 WETTLAUFER : Non, il y avait...  
 HERGOTT : ... étiez-vous toujours sous la responsabilité de la même personne, ou...?  
 WETTLAUFER : Il n'y avait qu'une superviseure, Helen Crombez, l'infirmière en chef.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Ensuite, il devait y avoir deux [2] personnes en dessous d'elle, um... Shelly et Jeannette, euh... et je ne me souviens pas des autres personnes.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Mais il devait y avoir comme une euh... directrice administrative, je pense, durant presque toute cette période : c'était Brenda.  
 HERGOTT : Bien, d'accord, um... et après Caressant Care, je sais que vous avez eu... vous avez eu quelques autres employeurs.  
 WETTLAUFER : Ouais, je suis partie de Caressant Care, j'ai été licenciée de Caressant Care.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Pour une aire de médicaments...  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Erreur, erreur.  
 HERGOTT : Ouais.  
 WETTLAUFER : Puis j'ai intégré le foyer de soins infirmiers Meadow Park...  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : ... euh... que j'ai quitté pour traiter un problème d'addiction...  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : ... en espérant y trouver de l'aide pour ça aussi.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Puis je suis revenue et j'ai recommencé à travailler en janvier, et j'ai quitté Meadow Park en euh... septembre

17:25:04



2014 et j'ai commencé à travailler pour une agence d'infirmiers appelée Life Guard en 2015. J'ai travaillé avec eux durant un an et en juillet 2016 j'ai commencé à travailler pour le centre de soins Saint Elizabeth.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et je continuais aussi à travailler pour Life Guard.

HERGOTT : Ah, d'accord. Et comment cela se passait? Partagiez-vous votre temps entre les deux [2]?

WETTLAUFER : Um...

HERGOTT : Ou s'agissait-il, comment dire, d'un emploi à temps partiel au sein de chacun des deux établissements?

WETTLAUFER : Elizabeth... Saint Elizabeth était ma priorité.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Donc... et chez Life Guard, c'est plutôt vous qui choisissez les missions qui se présentent. Très peu de quarts sont planifiés donc...

HERGOTT : Je comprends.

WETTLAUFER : Je pouvais leur dire Oui ou non, et... et m'organiser en fonction de Saint Elizabeth.

HERGOTT : D'accord. Et est-ce que ces missions étaient similaires à celles que vous aviez dans les différents foyers?

WETTLAUFER : Um... Life Guard est une agence donc vous allez dans les foyers de soins infirmiers, vous vous rendez au domicile des personnes, vous allez dans um... vous allez dans euh... comme des maisons de retraite, vous faisiez de nombreuses choses différentes, et beaucoup de soins individualisés auprès des personnes.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : À leur domicile, par exemple.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Des quarts de douze [12] heures, des quarts de huit [8] heures.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : De la présence à leur côté.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Une grande partie de ce que je faisais consistait à accompagner les patients en soins palliatifs.

HERGOTT : Oui, d'accord. Cela devait être dur.

WETTLAUFER : Ça... ça allait.

HERGOTT : Ouais.

WETTLAUFER : Car je savais qu'ils étaient mourants.

HERGOTT : Ouais.

WETTLAUFER : Et c'était simplement une occasion de permettre aux familles de se reposer.

HERGOTT : Ouais, absolument.

WETTLAUFER : Voilà...

17:26:42



HERGOTT : Ouais, c'est un rôle important, bon nombre de personnes ne le voient pas forcément sous cet angle, ou ne remarqueraient même pas ce que les personnes comme vous apportent aux patients, um...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Donc donner un peu de répit aux familles et... et prendre en charge ce rôle est... est important, alors.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Beaucoup de personnes n'en ont pas conscience.

WETTLAUFER : Parce que quand quelqu'un est mourant dans la maison...

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Les familles veulent qu'au moins une personne veille et cela peut être très difficile.

HERGOTT : C'est vrai.

WETTLAUFER : Si vous n'êtes pas en mesure de le faire.

HERGOTT : C'est vrai.

WETTLAUFER : Mais si vous avez une infirmière qui est là pour dire « non, ça va, je m'en occupe, je connais son traitement, ça va aller. »

HERGOTT : En quelque sorte, « ayez l'esprit tranquille. »

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Ouais, d'accord. Revenons à Meadow Park : de quelle addiction souffriez-vous?

WETTLAUFER : Euh... à l'hydromorph...

HERGOTT : D'accord, bien.

WETTLAUFER : ... hydromorphe.

HERGOTT : D'accord. Et quelles quantités en consommiez-vous?

WETTLAUFER : J'avais des épisodes de consommation importante.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Je consommais ce sur quoi je pouvais mettre la main ...

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : ... en le volant aux patients

HERGOTT : D'accord. Et comment faisiez-vous? S'agissait-il... se trouvait-elle simplement parmi leurs... les médicaments qui leur étaient alloués, ou aviez-vous accès à un chariot, ou...?

WETTLAUFER : Euh...

HERGOTT : [Inintelligible] ou...

WETTLAUFER : Il y a... [inintelligible] [se racle la gorge] Il y en a dans les médicaments qui leur étaient alloués. Certains patients étaient désorientés donc ne faisaient pas la différence entre les cachets que vous leur donniez. Je pouvais leur donner un laxatif au lieu de leur hydromorphe.

17:28:00



HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Um... Nombre d'entre eux en prenaient selon leurs besoins donc cela se trouvait dans un grand carton.

HERGOTT : Mm hmm.  
WETTLAUFER : Alors il suffisait qu'ils me le disent pour que je pioche dedans : « oh... il en fallait deux [2] de ceux-là pour Barney aujourd'hui, trois [3] aujourd'hui pour Billy », alors que ce n'était pas le cas.

HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Et c'est comme ça que je m'en procurais.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Régulièrement, il y avait un... bac de médicaments, un grand contenant, comme un coffre, dans lequel nous mettions les médicaments.  
[00:50:05 dur]

HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Par exemple, si un patient mourait...  
HERGOTT : Ouais.  
WETTLAUFER : ... et qu'il restait, admettons, 23 cachets d'hydromorphone, [inintelligible] le carton complet dans le conteneur de médicaments...  
HERGOTT : Hm hmm.  
WETTLAUFER : ... eh bien si vous le preniez et le renversiez et le secouant, vous vidiez les médicaments.

HERGOTT : D'accord, bien.  
WETTLAUFER : Um.  
HERGOTT : Donc il y avait des combines.  
WETTLAUFER : Oui.  
HERGOTT : D'accord. Et... et cela posait-il un... problème avec le personnel, avez-vous déjà eu des difficultés, ou...  
WETTLAUFER : Oui, c'est arrivé.  
HERGOTT : ... est-ce que cela passait totalement inaperçu pendant que vous travailliez là-bas?  
WETTLAUFER : À une époque, l'hydromorphone était livrée au foyer et rangée directement...  
WETTLAUFER : Oui.  
HERGOTT : ... par la personne qui devait...  
HERGOTT : Mm hmm.  
WETTLAUFER : ... donc je prenais l'hydromorphone...  
HERGOTT : Mm hmm.  
WETTLAUFER : ... et je la mettais dans mon sac et l'emportais chez moi.  
HERGOTT : Mm hmm.  
WETTLAUFER : Et c'est passé inaperçu pendant des mois.

17:29:17



HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Et euh... alors je faisais simplement l'innocente.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Quand la police a appelé à ce propos, j'ai fait l'innocente.  
HERGOTT : Ouais, et c'est tout.  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : Bien, d'accord. Donc ces épisodes de consommation importante, quelle quantité... quelle quantité en prenez-vous? Je veux dire : vous ne deviez pas en consommer tous les jours si vous vous en gaviez, mais...  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : Combien de temps votre addiction a-t-elle duré?  
WETTLAUFER : Oh, mon addiction a duré, je pense... cela a commencé en 2008.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Jusqu'en 2014, donc, lorsque je suis partie et que j'ai commencé un traitement dans un centre de soins.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Mais ensuite, euh... j'ai recommencé à en consommer, peut-être vers janvier 2015, j'ai recommencé à en prendre.  
HERGOTT : D'accord. Et continuez-vous à en prendre lorsque vous en trouvez, ou...?  
WETTLAUFER : Non.  
HERGOTT : Non.  
WETTLAUFER : Non, je n'en prends plus, je vais... J'ai aussi arrêté l'alcool, je vais aux... j'ai des amis aux AA et je suis... j'ai un programme très clair à suivre si je peux aller et venir librement et...  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Je suis un plan bien établi.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Et je sais aussi, si je ne peux pas aller et venir librement, que les AA et les Narcotiques anonymes disposent de programmes pouvant être suivis en prison.  
HERGOTT : Absolument.  
WETTLAUFER : Alors...  
HERGOTT : Ouais.  
WETTLAUFER : C'est mon plan.  
HERGOTT : Eh bien... c'est bien que vous ayez un plan. Umm... Selon vous, pour quelles raisons êtes-vous retombée dans l'addiction en 2008?  
WETTLAUFER : Um...

17:30:37





HERGOTT : Pensez-vous que ce soit uniquement dû au stress professionnel auquel vous étiez soumise ou...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : ... exposée?

WETTLAUFER : Ouais, uniquement.

HERGOTT : Et dans votre vie personnelle aussi?

WETTLAUFER : Simplement le fait de penser constamment devoir donner le meilleur de moi-même dans un travail très, très stressant, donner des médicaments à trente-deux [32] personnes en veillant à ce que ces trente-deux [32] personnes reçoivent leur traitement.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Assurer la planification pour trente-deux [32] personnes, superviser quatre [4] PSSP qui ne s'entendaient pas toujours bien et, parfois, toujours, qui ne s'entendaient pas toujours bien avec moi.

HERGOTT : Ouais.

WETTLAUFER : C'est un travail difficile, tout infirmier vous le dira.

HERGOTT : Je le crois.

WETTLAUFER : C'est un travail difficile.

HERGOTT : Je vous crois à cent pour cent.

WETTLAUFER : Et euh... il y avait souvent différentes tâches supplémentaires à accomplir, comme... oh, vous devez faire ça et dire ça, et qui se retrouve à compter les médicaments à la fin du quart, c'est un travail difficile et je...

HERGOTT : Et je comprends.

WETTLAUFER : ... je me mettais toujours la pression pour être vraiment une bonne infirmière et pour tout faire parfaitement.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et de temps en temps, quand je pouvais mettre la main sur un peu d'hydromorphe ici ou là, j'en prenais et la pression redescendait.

HERGOTT : Bien, bien, d'accord. Et um... et le traitement que vous êtes partie suivre, où était-ce?

WETTLAUFER : [Soupire] Je n'arrive pas à m'en souvenir.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : J'ai essayé de m'en souvenir.

HERGOTT : Ouais.

WETTLAUFER : Um...

HERGOTT : Était-ce dans les environs ou en dehors de la ville?

WETTLAUFER : Non, c'était à... c'était ailleurs, à quelque chose comme deux [2] bonnes heures de voiture.

HERGOTT : D'accord.

17:31:59



WETTLAUFER : Vous savez où se trouvent les écluses?  
 HERGOTT : Ouais.  
 WETTLAUFER : Près de Niagara Falls.  
 HERGOTT : Welland?  
 WETTLAUFER : Welland.  
 HERGOTT : Ouais.  
 WETTLAUFER : C'est une petite ville près de Welland.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Et là-bas, c'est... ils proposent un traitement de dix-huit [18] jours et j'ai réussi à le suivre entièrement.  
 HERGOTT : Bien, donc les dix-huit [18] jours.  
 WETTLAUFER : Oui.  
 HERGOTT : Et cela vous a aidée?  
 WETTLAUFER : Oui, ouais.  
 HERGOTT : D'accord, bien, bien, et qu'en est-il de votre famille, vous êtes née et avez grandi à Woodstock?  
 WETTLAUFER : Oui, je suis née et j'ai grandi à Woodstock, um... mariée de 2000 et... euh... de 97 à 2007.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Nous nous sommes séparés en février 2007, sans enfants. J'en voulais, lui n'en a jamais voulu.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Ma maman et mon papa sont septuagénaires [70].  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Soixante-quinze [75] et soixante-seize [76] ans, et ils vivent à [passage masqué].  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : J'ai des cousins un peu partout dans le coin.  
 HERGOTT : Ah oui?  
 WETTLAUFER : Umm... et mon frère et sa femme, qui ont quatre [4] enfants, vivent à... [passage masqué].  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Et um... leurs... ils sont assez actifs, le plus vieux a vingt-six [26] ans et il a une femme et deux [2] enfants.  
 HERGOTT : [Inintelligible]  
 WETTLAUFER : Il vit avec ses parents, ils vivent tous avec les parents, sauf mon neveu [passage masqué].  
 HERGOTT : Ah, vraiment?  
 WETTLAUFER : Oui, dans une seule grande maison [inintelligible].

17:33:14



HERGOTT : Ouais  
WETTLAUFER : C'est fou.  
HERGOTT : Une grande famille heureuse, pourrait-on dire, non? Êtes-vous allée leur rendre visite ou les voir dans l'est ou...?  
WETTLAUFER : Um... je suis allée les voir chez eux une fois.  
HERGOTT : Ouais.  
WETTLAUFER : Ils sont venus ici quelquefois.  
HERGOTT : Bien.

[00:55:00 dur]

WETTLAUFER : Ils sont venus en 2013 pour euh... le cinquantième [50<sup>e</sup>] anniversaire de mariage de mes parents.  
HERGOTT : Chouette.  
WETTLAUFER : Et um... mon neveu et sa femme sont restés et ont vécu avec mes parents durant quelques mois pendant que mon neveu essayait d'aller au Bible College.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Mais ça n'a pas marché pour lui alors...  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : ... ils sont repartis.  
HERGOTT : D'accord. Donc votre frère est plus jeune ou plus âgé que vous?  
WETTLAUFER : Plus âgé.  
HERGOTT : Plus âgé.  
WETTLAUFER : Il a trois [3] ans de plus que moi.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Donc il a cinquante [50]... cinquante-deux [52] ans.  
HERGOTT : D'accord, bien, bien. Donc, concernant votre dernier poste à Saint-Elizabeth...  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : Vous y exerciez en tant qu'IA?  
WETTLAUFER : Oui, c'est ça.  
HERGOTT : C'est exact, d'accord, et vous avez déclaré avoir démissionné.  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : D'accord. Et qu'est-ce qui vous a conduit à ça?  
WETTLAUFER : [Soupire] C'est à ce moment-là que les choses ont un peu dégénéré.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : C'est un point dont je n'ai pas fait part aux médecins.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Car ça semble tellement bête maintenant.  
HERGOTT : D'accord.

17:34:30



WETTLAUFER : Quand mon ex et moi avons rompu en 2007, je prenais déjà mes médicaments pour mon trouble de la personnalité limite.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et j'étais tellement en colère, c'était comme si une voix en moi disait « je vais t'utiliser, ne t'en fais pas », et les différentes fois où j'ai causé la mort de personnes ou leur ai causé une gêne, sous um... sous l'influence

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Je crois que c'était l'influence de cette voix. Ce n'était pas une voix dans la tête, c'était une voix ici.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et quand je passais à l'acte, après coup, j'entendais comme un rire dans mon ventre.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Donc j'ai commencé à travailler pour Saint-Elizabeth et je m'en sortais bien mais il y avait beaucoup de pression.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et j'ai aidé, vous le savez... des personnes à... à mourir, euh... avec de l'insuline, et... après ma première... mon évaluation à trente [30] jours, mon superviseur est venu me voir et m'a dit « tu sais, je suis vraiment désolé, nous te voulions à Woodstock mais nous avons tellement d'enfants dans les écoles d'Ingersoll...

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : ... qui ont besoin d'aide avec leurs pompes à insuline, donc tu vas commencer à travailler à Ingersoll. »

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et j'ai paniqué, j'ai paniqué, je ne voulais pas faire ça.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Parce que j'ai pensé que, vous savez... « qu'arrivera-t-il à ces enfants si...? ». C'est à peu près une semaine plus tard que j'ai démissionné.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Ouais, et j'ai chargé mes affaires dans la voiture.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et j'ai roulé deux [2] jours vers euh... jusqu'au Québec.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : En pensant que je pourrais simplement finir, ce genre de choses.

HERGOTT : Mm hmm.

17:36:24



- WETTLAUFER : Et ensuite j'ai pensé « non, c'est tout bonnement idiot. ». Je suis rentrée et euh... mais je ne pouvais pas raconter à mes parents ce qui se passait, mais ils recevaient des visiteurs d'Écosse.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : Donc je ne le leur ai pas dit, j'ai juste [rit]... je suis désolée...
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : ... passé deux [2] semaines à faire semblant d'aller travailler.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : [Rit] [inintelligible]
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : Les visiteurs écossais étaient là.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : C'est à la fois drôle et pas drôle [rit]. Et ensuite, um... une fois qu'ils sont partis, j'ai dé... décidé que je ne voulais plus exercer comme infirmière, je ne voulais plus nuire à qui que ce soit, donc j'ai aussi démissionné de mon autre travail puis j'ai décidé de um... bref, c'était vendredi...
- HERGOTT : Mm hmm.
- WETTLAUFER : ... j'ai vraiment cherché comment obtenir de l'aide parce que je me suis rendu compte que j'avais besoin d'être aidée d'une manière ou d'une autre.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : Parce qu'une partie de moi avait commencé à croire que c'était le diable...
- HERGOTT : Mm hmm.
- WETTLAUFER : ... tandis qu'une autre partie de moi me disait que c'était Dieu qui [inintelligible] mission par l'intermédiaire de ma vie.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : Et euh... je sais, le médecin m'a posé ces questions mais je ne lui ai pas répondu parce que j'avais terriblement honte, mais j'ai juste euh... je ne voulais pas que cela continue donc j'ai quitté mes deux emplois et cherché où obtenir de l'aide. Le Docteur Fernando est mon euh... psychiatre et ce n'est pas un homme très sympathique.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : Donc j'ai consulté un groupe de soutien sur Internet où j'ai discuté avec des personnes, qui m'ont dit, vous savez... « fais-toi aider », donc j'ai commencé à chercher des associations de psys ou dans le même genre, et j'ai trouvé le CAMH.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : C'est le seul um... établissement de santé mentale en Ontario qui dispose d'un service d'urgence.
- HERGOTT : D'accord.

17:38:12



WETTLAUFER : Donc j'ai pris une décision et je suis... j'y suis allée vendredi matin, j'ai pris le train et j'y suis allée.

HERGOTT : D'accord. Et que...

WETTLAUFER : Et avant de partir, j'avais dit um... à deux [2]... j'avais dit à trois [3] personnes ce qui se passait : mon... ma cousine [passage masqué], mon amie des AA...

[01:00:03 dur]

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : ... et hmm... mon euh... amie euh... [passage masqué], je leur ai dit tout ce qui se passait, ils ont dit « Oui, vas-y et fais-toi aider », et mon amie [passage masqué] m'a même conduite à la gare.

HERGOTT : D'accord. Et... et quand vous dites que vous leur avez dit tout ce qui se passait, avez-vous expliqué vos raisons en détail?

WETTLAUFER : Je leur ai dit que...

HERGOTT : ... vous alliez demander de l'aide ou...?

WETTLAUFER : Je leur ai dit que j'avais tué des personnes par surdose d'insuline.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et ils ont tous dit « Oui, tu devrais te faire aider », alors je suis partie.

HERGOTT : D'accord. Et qui est [passage masqué]?

WETTLAUFER : C'est une amie que j'ai connue lorsque je travaillais à [passage masqué].

HERGOTT : Bien, D'accord. Quel... Connaissez-vous son nom de famille?

WETTLAUFER : Um... le umm... [passage masqué].

HERGOTT : [Passage masqué] D'accord. Et elle vous a conduite à la gare le euh...

WETTLAUFER : Vendredi.

HERGOTT : ... vendredi matin.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Euh... la gare de Woodstock?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord, um... Et alors, votre autre amie, c'était la [passage masqué] que vous avez mentionnée?

WETTLAUFER : [Passage masqué], c'est ma cousine.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : [Passage masqué]

HERGOTT : D'accord. Et c'est votre cousine?

WETTLAUFER : Ouais, elle vit en CB.

HERGOTT : D'accord. Et... et... je... et... et... Et si vous ne voulez pas me dire, euh... il n'y a pas de problème, puisque cette personne peut être ou ne pas être une amie, mais votre amie des AA.

17:39:41



WETTLAUFER : Mon amie des AA, ouais.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : C'est elle... elle... Je peux vous dire son prénom, [passage masqué], mais...  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : ... le reste est confidentiel.  
 HERGOTT : Et euh... Je ne veux pas entrer dans les détails maintenant, ce n'est pas un problème du tout, um... Avez-vous divulgué la même chose à ces trois [3] personnes?  
 WETTLAUFER : Que j'avais administré des surdoses d'insuline? Je ne l'ai pas dit parce qu'à ce moment-là je me sentais trop stupide.  
 HERGOTT : Ouais.  
 WETTLAUFER : Euh... Je me sentais tellement stupide...  
 HERGOTT : D'accord, ouais, et... Et Beth, pour être honnête avec vous, j'admire votre... la manière dont vous vous conduisez et... et nous racontez cela et avez cette conversation avec moi, je vous remercie pour cela, um... et je ne suis en aucun cas là pour juger.  
 WETTLAUFER : Je sais.  
 HERGOTT : Donc je... veux que vous le sachiez et...  
 WETTLAUFER : [Inintelligible]  
 HERGOTT : ... et je ne suis pas médecin. Je sais que vous avez passé beaucoup de temps au CAMH, ces trois [3] dernières semaines, exact?  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Um... et je ne suis pas médecin du tout, euh... mais j'apprécie vraiment que vous... vous me disiez euh... la vérité et... et me racontiez euh... la manière dont ces choses se sont produites et déroulées.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Et euh... je vous admire pour cela.  
 WETTLAUFER : Et c'est... Vous savez que cela faisait un moment, parce que je n'en pouvais plus [soupirer]... Dois-je donner le nom des personnes...  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : ... que j'ai tuées?  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Parce qu'il y a huit familles qui pensent que l'un des leurs est mort en paix...  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : ... et normalement.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et elles n'ont pas... et... Ce que cela va faire à ces familles!  
 HERGOTT : D'accord.

17:41:02



WETTLAUFER : Et c'est même en allant euh... en allant à l'hôpital que j'ai décidé que j'allais simplement donner les prénoms et um... ma cousine [passage masqué] m'a dit « écoute, ils savent durant quelles années tu as travaillé là-bas, si tu ne leur donnes pas les noms exacts... »

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : ... ils iront là-bas et ils consulteront chaque dossier...

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : ... et alors ce sera encore pire pour les familles. »

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Donc c'est elle qui m'a donné ce conseil de donner les noms.

HERGOTT : D'accord. Et à votre connaissance, est-ce que ces personnes ont pris contact avec les services de police de leur lieu de résidence pour les informer que vous leur aviez raconté cela ou...?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Le leur avez-vous raconté comme... comme une sorte de confiance et dit... dit...?

[Ils parlent simultanément]

WETTLAUFER : Je le leur ai raconté à titre euh... confidentiel et elles ont dit...

HERGOTT : Qu'elles garderaient cela pour elles?

WETTLAUFER : Elles ont promis de ne le dire à personne.

HERGOTT : D'accord, mais...

WETTLAUFER : Mais en résumé, cela sup... cela supposait que si je ne demandais pas d'aide...

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : ... elles téléphoneraient le lendemain.

HERGOTT : D'accord, je comprends. Donc en gros, vous le leur avez dit le...

WETTLAUFER : Je leur ai dit...

HERGOTT : ... le jeudi.

WETTLAUFER : Je le leur ai dit la nuit qui a précédé mon départ.

HERGOTT : D'accord, alors.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Jeudi soir

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Et vous êtes partie vendredi matin.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord, d'accord.

WETTLAUFER : Mais, en résumé, ce qu'elles ont dit, c'est... « si tu n'as pas demandé d'aide vendredi, nous appellerons la police, on t'aime mais on appellera la police. »

HERGOTT : D'accord, elles ont probablement pensé qu'elles en avaient l'obligation, non ?

WETTLAUFER : Ouais, ouais.

17:42:14





HERGOTT : Peut-être une obligation morale, ou en tout cas, ce qu'elles considéraient juste.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Quels médicaments prenez-vous actuellement?

WETTLAUFER : Je prends de la fluvoxamine, ça s'appelle Luvox deux cents [200] milligrammes, contre les troubles obsessionnels et la dépression.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Je prends trois-cents [300] milligrammes de Seroquel, qui est... un antipsychotique.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et ils ont ajouté cela quand j'étais au CAMH.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Ce qui m'a vraiment aidée à y voir plus clair.

HERGOTT : Tant mieux.

WETTLAUFER : Et je prends également quelques médicaments pour la pression artérielle, et j'ai aussi des [inintelligible] pour mes moments de grande agitation.

HERGOTT : D'accord. Et quand nous avons quitté l'hôpital vous aviez pris, je crois, de l'Ativan, est-ce exact?

WETTLAUFER : J'ai pris deux [2] milligrammes d'Ativan quand nous avons quitté l'hôpital.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : C'est votre équipe qui a noté l'heure, une heure quarante [1:40].

HERGOTT : Ouais.

WETTLAUFER : Ou quelque chose comme ça.

HERGOTT : C'est à peu près ça, ouais.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Exactement [inintelligible].

WETTLAUFER : Et je n'ai rien pris depuis.

HERGOTT : Ouais, d'accord. Et je sais que le Docteur... Docteur Kahn vous a fourni une ordonnance qui [inintelligible].

WETTLAUFER : Oui, et il m'a aussi donné deux [2] Loxapine.

HERGOTT : Ouais.

WETTLAUFER : Et il a été très strict : je ne dois pas les prendre avant que ces interrogatoires soient tous terminés.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Parce que cela perturbera ma réflexion.

HERGOTT : D'accord.

[01:05:00 dur]

WETTLAUFER : Et ensuite, nous [inintelligible].

17:43:29



HERGOTT : Ouais exactement, et pensez-vous que votre esprit est clair et lucide en ce moment même?

WETTLAUFER : Oui, je le pense.

HERGOTT : Durant cette discussion avec moi dans cette pièce?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : [Inintelligible]

HERGOTT : Et... et tout ce que vous me dites est la vérité et correspond à tout ce dont vous vous souvenez?

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord. Um... J'apprécierais... j'apprécierais que vous reveniez le plus possible sur le travail que vous faisiez um... Bien entendu, je n'ai jamais été infirmier et je n'ai jamais travaillé dans... dans votre milieu professionnel mais je peux imaginer à quel point c'est pesant.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Um... avoir de lourdes responsabilités, um... peut-être ne pas avoir tout le soutien de... de l'administration ou... ou de vos superviseurs, vous savez, juste chercher à faire les choses correctement...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Et euh... Cela pouvait... J'ai pu voir à quel point cela pouvait être stressant et j'ai pu voir comment cela peut vous plonger, peut-être, dans votre addiction et dans d'autres choses mais um... Je voudrais juste examiner ce document si vous êtes d'accord.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : Avec vous.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord. Seriez-vous disposée à le faire avec moi?

WETTLAUFER : Ouais, ouais.

HERGOTT : D'accord, et vous... vous...

WETTLAUFER : Donnez-le-moi.

HERGOTT : Et mettez-vous à l'aise.

WETTLAUFER : Désolée.

HERGOTT : Non, non, il n'y a absolument pas de quoi être vous excuser.

WETTLAUFER : C'est assez...

HERGOTT : Ouais.

WETTLAUFER : ... assez gra... grave, j'avais seulement eu des amendes de stationnement auparavant, je n'avais jamais été arrêtée pour quoi que ce soit.

HERGOTT : Bien... Comme je vous l'ai dit, vous n'êtes actuellement pas en état d'arrestation.

17:44:41



WETTLAUFER : Oh, je sais.  
 HERGOTT : Mais c'est euh... Vous faites l'objet d'une enquête très poussée.  
 WETTLAUFER : Je comprends.  
 HERGOTT : D'accord. Et comme je l'ai dit précédemment, Beth, j'apprécie vraiment que vous euh... parliez avec nous et j'imagine bien que cela... Est-ce que cela vous libère d'un poids?

WETTLAUFER : Oui.  
 HERGOTT : Vraiment?  
 WETTLAUFER : Oui et non.  
 HERGOTT : Vous portez ce fardeau depuis un certain temps.  
 WETTLAUFER : Et j'ai cherché à obtenir de l'aide un certain nombre de fois.  
 HERGOTT : Ouais, ouais, eh bien... il faut parfois plusieurs tentatives pour finalement parvenir à... le...

WETTLAUFER : Ouais, j'avais un pasteur à qui j'ai parlé et il a prié pour moi et m'a dit que ça irait pour moi et que c'était la grâce de Dieu et alors...  
 HERGOTT : Quand était-ce?  
 WETTLAUFER : Halloween 2013  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Et vous lui aviez plus ou moins divulgué ce qui vous... vous était arrivé, euh, à ce moment de votre vie avec...  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : ... avec toutes ces personnes?  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : D'accord. Et où était-ce?  
 WETTLAUFER : C'était ici, en ville.  
 HERGOTT : Ça s'est bien passé?  
 WETTLAUFER : Voulez-vous son nom?  
 HERGOTT : [Inintelligible] Est-ce que vous souhaitez me le dire? C'est comme vous voulez.  
 WETTLAUFER : [Passage masqué]  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Il est avec le [passage masqué].  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : C'était... oh, non, pardon, ce n'était pas... je viens de dire 2014?  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : C'était 2013  
 HERGOTT : Ça s'est bien passé?  
 WETTLAUFER : Oui, bien.  
 HERGOTT : Donc... donc a... avant que nous abordions ce point, um... je sais qu'il y a une déclaration que nous avons et que j'ai regardée, quand vous vous êtes présentée au poste de police à Toronto.

17:46:07



WETTLAUFER : Oui.  
 HERGOTT : Euh... La Division cinquante-deux [52], est-ce correct?  
 WETTLAUFER : Ouais, c'est correct.  
 HERGOTT : D'accord. Je... honnêt... je crois... Je pense que c'était le détective Hamilton et honnêtement, je ne parviens à me souvenir du nom d'aucun autre détective et je sais que cela commençait par un A, um... et vous les avez vus durant euh...  
 WETTLAUFER : Une heure et demie.  
 HERGOTT : Je... j'allais dire environ une heure et demie.  
 WETTLAUFER : C'était dingue [rit].  
 HERGOTT : Ouais et à ce moment-là, vous aviez en votre possession um... une photocopie de ce document.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Et vous l'avez feuilletée et lue à voix haute.  
 WETTLAUFER : Oui.  
 HERGOTT : D'accord. Et ensuite, ils ont commencé euh... par le premier nom de la liste et ils voulaient juste essayer d'obtenir un peu plus de détails concernant...  
 WETTLAUFER : Oui.  
 HERGOTT : ... concernant... concernant votre implication dans chaque circonstance...  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : ... de chacun des décès.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : C'est ce que je voudrais faire aujourd'hui, simplement obtenir des détails supplémentaires.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : D'accord, alors.  
 WETTLAUFER : La liste est longue.  
 HERGOTT : Oui, elle l'est, mais je pense que vous et moi... je pense que nous pouvons y arriver ensemble.  
 WETTLAUFER : Oui, j'en suis sûre.  
 HERGOTT : Et... et...  
 WETTLAUFER : Si vous êtes patient avec moi.  
 HERGOTT : Je le suis, j'ai absolument tout le temps nécessaire.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Je ne pars nulle part.  
 WETTLAUFER : Parce que physiquement je suis à mon aise, cette chaise est bien, mais...  
 HERGOTT : Ouais mais à...  
 WETTLAUFER : [Inintelligible]

17:47:07



HERGOTT : ... tout moment, si vous devez vous lever et faire quelques pas, si vous le souhaitez... comme je vous l'ai dit, si vous voulez faire une pause et euh... que je sorte, et vous dégourdir les jambes, par exemple, ou pour quoi que ce soit, faites.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : Et si vous voulez utiliser les toilettes à tout moment, vous n'avez qu'à me le dire.

WETTLAUFER : Bien.

HERGOTT : Car comme je vous l'ai dit, je suis... je suis à votre disposition aussi longtemps que cela sera nécessaire.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : D'accord. Et je ne vous force pas à rester ici plus longtemps que vous le souhaitez mais je pense que... euh... je pense que si nous nous asseyons simplement et poursuivons ainsi, comme je l'ai dit, nous allons y arriver tous les deux.

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : Je suis hmm... je suis quelqu'un de très patient et je suis ici uniquement pour écouter ce que vous avez à me dire, d'accord.?

WETTLAUFER : D'accord.

donc D'accord. Comme je vous l'ai dit, je vous remercie, hein, donc um... que pensez-vous de le faire simplement ensemble, je le mets ici, D'accord.?

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : Vous êtes d'accord.?

WETTLAUFER : Bien sûr.

HERGOTT : Bien. Bon je... je ne vais pas vous faire lire l'intégralité de ce document

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : Parce que je vous l'ai déjà fai... vous l'avez déjà fait, n'est-ce pas?

WETTLAUFER : Je l'ai écrit, je l'ai lu et je... vous savez, je l'ai vécu, donc...

HERGOTT : Oui, absolument, donc Monsieur SILCOX.

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : D'accord, septembre 2007.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Il est le premier à être mort à la suite de mes agissements.

HERGOTT : D'accord. Et... et avant que vous commenciez, euh... vous avez signé et numéroté, tout ça, ces documents.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Donc nous allons simplement suivre l'ordre selon lequel vous avez écrit, d'accord. ? Et je sais que les enquêteurs à euh... Toronto, l'avaient

17:48:21



en leur possession et vous ont juste demandé de rappeler certaines choses.

WETTLAUFER :

Ouais.

HERGOTT :

Um... Je vais... je vais juste le garder ici parce que... je veux dire... vous l'avez déjà rédigé.

[01:10:02 dur]

WETTLAUFER :

Ouais.

HERGOTT :

Donc ce document dit que... Nous savons déjà que... J'ai juste quelques questions de suivi, juste...

WETTLAUFER :

D'accord.

HERGOTT :

... juste concernant chacune des circonstances, donc Monsieur SILCOX, um... il est écrit que vous travailliez en double quart, euh... de trois [3] heures à sept [7] heures, exact?

WETTLAUFER :

De trois [3] heures de l'après-midi à sept [7] heures du matin.

HERGOTT :

Bien, d'accord, et c'était à Caressant Care.

WETTLAUFER :

Oui.

HERGOTT :

D'accord, à Woodstock.

WETTLAUFER :

Oui.

HERGOTT :

D'accord, et parlez-moi de ce que vous... vous saviez de... de James, et... et de vos interactions quotidiennes avec lui lors d'un quart.

WETTLAUFER :

Um... Je ne le voyais pas à chaque fois, il n'était pas toujours mon patient, je savais juste de lui ce que... Je savais seulement, j'avais entendu dire, qu'il avait l'habitude d'empoigner les seins et les... les fesses des infirmières, et à tenir des propos horriblement déplacés concernant sa femme, et que maintenant il était là et vous voyez...

HERGOTT :

Mm hmm.

WETTLAUFER :

[Passage masqué] et il tenait des propos déplacés et m'a touchée de manière inappropriée une fois.

HERGOTT :

D'accord. Et quelle partie de votre corps?

WETTLAUFER :

Mes seins.

HERGOTT :

Vos seins, d'accord, et étiez-vous seuls dans la chambre à ce moment-là, ou...?

WETTLAUFER :

Ouais.

HERGOTT :

D'accord. Et avait-il un voisin de chambre?

WETTLAUFER :

Je...

HERGOTT :

Jim avait-il un voisin de chambre?

WETTLAUFER :

Je... Il devait... Il n'était pas dans une chambre simple.

HERGOTT :

D'accord.

WETTLAUFER :

Donc il occupait une chambre double ou quadruple.

17:49:36



HERGOTT : D'accord. Vous souvenez-vous d'autres résidents qui occupaient la même chambre que lui à ce moment-là, ou...?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Non, D'accord.

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Entendu, um... Dans quelle partie du foyer James se trouvait-il à cette époque?

WETTLAUFER : Il était au... alors... Il y a une aile est, une aile sud, une aile nord; et il était dans l'aile nord.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Au milieu, et il occupait soit une chambre à deux lits ou à quatre lits.

HERGOTT : Bien, d'accord. Et um... le... le diagnostic concernant s... sa santé au... au moment où vous vous occupiez de lui, vous en souvenez-vous?

WETTLAUFER : Il venait de subir une intervention chirurgicale à la hanche et il souffrait de démence.

HERGOTT : Bien, 'accord. Et vous souvenez-vous de son âge, approximativement?

WETTLAUFER : Non, je ne... je... [inintelligible].

HERGOTT : C'était un octogénaire [80] avancé.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord. Et excusez-moi, il n'était pas diabétique?

WETTLAUFER : Pas diabétique.

HERGOTT : Et pardon, vous avez dit qu'il souffrait de démence?

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : D'accord, ce que vous avez également noté ici, aussi, exact?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord. Donc parlez-moi de la nuit, euh... Est-ce c'était la première personne à qui vous avez fait cela?

WETTLAUFER : Que... que j'ai essayé de... Eh bien, j'ai l'ai fait sur d'autres personnes qui ne sont pas mortes.

HERGOTT : Avant James?

WETTLAUFER : Avant James.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : C'est le premier.

HERGOTT : Et ces personnes figurent-elles dans ce document?

WETTLAUFER : C'est le premier qui est mort.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Là-bas.

HERGOTT : Mais il y en a d'autres.

WETTLAUFER : Des personnes qui ne sont pas mortes.

HERGOTT : D'accord. Alors je n'arrive pas à lire ce premier nom [inintelligible].

17:50:52



- [Ils parlent simultanément]
- WETTLAUFER : Clotilda ADRIANO.
- HERGOTT : D'accord. Donc c'était... euh... Tous les deux, c'était en septembre 2007?
- WETTLAUFER : [Inintelligible] Ouais.
- HERGOTT : Mais c'était avant James.
- WETTLAUFER : Ouais.
- HERGOTT : D'accord. Donc est-ce à cette personne que vous avez essayé d'administrer une surdose d'insuline pour la première fois?
- WETTLAUFER : Oui, Clotilda est la première.
- HERGOTT : Qui est Clotilda?
- WETTLAUFER : Et je ne voulais pas réellement qu'elle meure, c'est juste que... je ne sais pas... j'étais juste en colère et hmm... j'avais en moi ce sentiment selon lequel elle pouvait être une personne que Dieu voulait rappeler.
- HERGOTT : Mm hmm. Et est-ce le sentiment dont vous parlez quand vous mentionnez ce que vous ressentiez dans votre estomac parfois?
- WETTLAUFER : Ouais, ouais.
- HERGOTT : D'accord, est-ce que... je déteste m'éloigner... m'éloigner du sujet, mais c'était à ce moment que vous aviez ces sensations dans votre estomac, et presque ce rire après tout ça?
- WETTLAUFER : Ouais.
- HERGOTT : Est-ce de cela que vous n'avez pas parlé au Docteur KAHN?
- WETTLAUFER : Oui.
- HERGOTT : D'accord, d'accord, je voulais juste clarifier ce point.
- WETTLAUFER : Je lui ai parlé du rire dans mon estomac mais pas du sentiment selon lequel cette personne pouvait être la personne que Dieu voulait...
- HERGOTT : D'accord, D'accord.
- WETTLAUFER : Mais le... c'est simplement que je [inintelligible].
- HERGOTT : Ce sont vos sentiments, d'accord.
- WETTLAUFER : Mm hmm... Honnêtement, je ressentais que Dieu voulait m'utiliser et qu'il demandait... Le Docteur KAHN n'arrêtait pas de me demander « Croyez-vous que Dieu vous a choisie pour une mission spéciale? », et je répondais toujours que non parce que cette personne ne semblait pas spéciale, vous voyez...
- HERGOTT : Ouais.
- WETTLAUFER : Donc... mais Oui... J'ai simplement eu l'impression, après l'éclatement de mon mariage, que Dieu allait me réutiliser pour quelque chose et ensuite, après un moment, j'ai commencé à vraiment me demander après certains meurtres...
- HERGOTT : Mm hmm.
- WETTLAUFER : ... si c'était Dieu ou si c'était le diable qui me jouait des tours.
- HERGOTT : Mm hmm. Pensiez-vous faire le bien pour ces personnes?

17:52:19





WETTLAUFER : Non.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Non.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : J'avais l'impression de faire ce que j'étais supposée faire, mais ce n'était pas ce qui était bien pour ces personnes.  
 HERGOTT : D'accord, d'accord. um... Donc James, alors, um... C'est un soir que cela s'est produit pour lui, exact?  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Um... Le document dit à peu près vingt-et-une heures trente [21:30].  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Racontez-moi les événements.  
 WETTLAUFER : Euh... À vingt-et-une heures trente [21:30] environ, je lui ai donné une dose de... euh... cinquante [50] milligrammes d'insuline. Il n'est pas diabétique donc je suis allée dans... J'ai utilisé un stylo à insuline que j'avais emprunté, de l'insuline que j'avais empruntée, je lui ai fait une injection d'insuline et à trois heures trente [3:30], le PSSP... eh bien... toute la nuit il a hurlé « je vous aime » et « je suis désolé » et... Il ne le disait pas à moi mais vous pouviez l'entendre appeler depuis sa chambre et c'est ce qu'il disait.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Puis à trois heures trente [3:30], le PSSP est venu me voir pour me dire qu'il était parti.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Donc j'ai fait ce que nous sommes supposés faire, je suis allée écouter son cœur et sa poitrine.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : J'ai appelé le médecin, j'ai appelé la famille parce que c'est ce qu'ils voulaient, la famille est venue pour rester avec lui un moment.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : [01:15:00 dur]  
 Le médecin est venu et hmm... a affirmé que la cause du décès était hmm... une embolie due à son hmm... suite à sa hanche... Il avait subi une...  
 HERGOTT : Opération de la hanche.  
 WETTLAUFER : Il avait subi une opération de la hanche.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Le médecin est venu et a conclu à une embolie suite à l'opération de la hanche.  
 HERGOTT : D'accord, bien, um... À qui pensez-vous qu'il s'adressait quand il hurlait « je vous aime »?  
 WETTLAUFER : J'ai pensé que cela devait être à sa famille.  
 HERGOTT : D'accord.

17:53:52



WETTLAUFER : Je le pensais vraiment et quand ils sont venus et m'ont parlé, ils ont voulu savoir s'il avait dit quelque chose.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Alors je le leur ai dit et j'avais terriblement honte.

HERGOTT : Ouais.

WETTLAUFER : J'avais terriblement honte et...

HERGOTT : Quand vous parliez à sa famille?

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : D'accord. Et est-ce que... la famille vous a... comme... félicitée pour le travail que vous aviez effectué et vous a... disons... remerciée pour...? [Ils parlent simultanément]

WETTLAUFER : Oui, et que j'avais été là pour lui et... Ouais.

HERGOTT : Comment vous êtes-vous sentie?

WETTLAUFER : Horrible.

HERGOTT : Ouais.

WETTLAUFER : Vraiment horrible.

HERGOTT : Comment avez-vous géré cela?

WETTLAUFER : Um... Je suis juste rentrée à la maison me coucher, vous savez, je me sentais très mal, je me suis peut-être disputée avec ma petite amie.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : J'ai fait quelques exercices physiques, vous savez...

HERGOTT : Ouais.

WETTLAUFER : J'ai joué à des jeux sur l'ordinateur et j'ai juste essayé d'oublier ça

HERGOTT : D'accord, avez-vous eu du euh... du mal à dormir cette nuit-là ou quelque chose comme cela?

WETTLAUFER : Um.

HERGOTT : Ou avez-vous...?

WETTLAUFER : Eh bien... Je travaillais de nuit donc j'étais euh...

HERGOTT : Pendant la journée, alors...

WETTLAUFER : Um... Je dirais que je me retournais un peu dans mon lit... Ouais.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Je me sentais très mal et je ne voulais pas revoir la famille donc j'ai essayé de m'assurer que je ne travaillais pas quand ils reviendraient récupérer ses affaires et...

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Je ne travaillais pas.

HERGOTT : Et quelle chambre? Vous souvenez-vous, par exemple, d'un numéro de chambre? Ou comme vous l'avez dit...?

WETTLAUFER : Non, c'était au bout de l'aile nord.

17:55:02



HERGOTT : L'aile... Ouais, d'accord. Quand vous... Et où vous êtes-vous procuré l'insuline pour James, pour Monsieur SILCOX...? Vous avez dit avoir pris des stylos à insuline.

WETTLAUFER : Um... c'était...

HERGOTT : Où avez-vous pris ces...?

WETTLAUFER : L'insuline était conservée dans un réfrigérateur dans le local à médicaments.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Nous avons deux [2] locaux à médicaments.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : L'insuline était conservée dans un réfrigérateur dans le local à médicaments et euh... des stylos de réserve étaient conservés dans le tiroir, si bien qu'il vous suffisait de dire que quelqu'un avait été admis et que vous aviez besoin d'un stylo en urgence.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Donc vous n'avez qu'à introduire l'insuline dans le stylo et... fixer l'aiguille dessus, et régler la dose, et...

HERGOTT : Et comment cela était-il été consigné... de... de sorte que Caressant Care sache que vous preniez cette insuline?

WETTLAUFER : Il n'y avait pas de traçabilité pour l'insuline.

HERGOTT : D'accord. donc c'était juste euh... quelque chose qui était à la disposition des infirmiers quand ils savaient que certains patients en avaient besoin?

WETTLAUFER : Oui, maintenant chaque patient à sa propre insuline.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et quelqu'un a peut-être remarqué... Quelqu'un aurait pu remarquer qu'il manquait beaucoup d'insuline si une grande quantité était utilisée mais je faisais toujours attention à utiliser différentes personnes.

HERGOTT : D'accord, d'accord, l'insuline de personnes différentes.

WETTLAUFER : L'insuline, Oui.

HERGOTT : Bien, d'accord. Et Monsieur SILCOX... Dans, dans quelle partie du corps lui avez-vous injecté l'insuline?

WETTLAUFER : Je n'en suis pas tout à fait sûre, je dirais son bras ou son... torse.

HERGOTT : D'accord. Et savait-il ce qui se passait à ce moment-là?

WETTLAUFER : Pas vraiment.

HERGOTT : Était-il euh... était-il... ce patient s'exprimait-il verbalement, pouvait-il discuter avec vous?

WETTLAUFER : Oh ouais, il... il...

HERGOTT : Communiquer?

WETTLAUFER : Il ne discutait pas véritablement... Il criait beaucoup... Je ne me rappelle pas vraiment qu'il ait réagi quand je lui ai fait l'injection.

17:56:32



HERGOTT : Donc il... il n'a pas réagi.  
WETTLAUFER : Je... je ne me souviens pas qu'il ait réagi, non.  
HERGOTT : D'accord, peut-être pensait-il simplement qu'il s'agissait de l'une de ses doses quotidiennes régulières...  
WETTLAUFER : Probablement.  
HERGOTT : ... euh... et qu'il recevait le traitement médicamenteux dont il... il avait besoin.  
WETTLAUFER : Probablement, parce qu'il souffrait de démence.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : D'accord, bien. Vous souvenez-vous d'autre chose à propos de Monsieur SILCOX?  
WETTLAUFER : Um... sa femme et sa fille l'aimaient beaucoup.  
HERGOTT : Mm hmm. Et comment cela vous a-t-il fait vous sentir?  
WETTLAUFER : Minable  
HERGOTT : Ouais.  
WETTLAUFER : Horrible.  
HERGOTT : Ouais.  
WETTLAUFER : Um... [souple] Ouais, comme je l'ai dit, il pouvait être un peu pénible, mais vous savez... il mangeait et buvait normalement, il prenait ses cachets quand vous le lui disiez.  
HERGOTT : Mm hmm.  
WETTLAUFER : Donc il n'y a rien d'autre dont je me souviens vraiment à propos de lui.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Mais cela remonte... vous savez... à neuf [9] ans donc...  
HERGOTT : Ça fait un moment.  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : D'accord. Donc après combien de temps... pardon... Quand avez-vous rompu avec votre... votre mari, était-ce...?  
WETTLAUFER : J'ai rompu avec lui...  
HERGOTT : Était-ce le 22 août 2007?  
WETTLAUFER : Oh non, non, nous nous sommes séparés en euh... fin janvier, début février 2007.  
HERGOTT : D'accord, d'accord. Donc il s'est écoulé un certain temps jusqu'à septembre, jusqu'à ce que vous...  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : D'accord, je vois.  
WETTLAUFER : À cette époque, j'entretenais une nouvelle relation avec une femme.  
HERGOTT : D'accord, qui était-elle?  
WETTLAUFER : Elle s'appelait Maureen.  
HERGOTT : Maureen, d'accord, um... Lui avez-vous raconté ce que vous faisiez?

17:58:00



WETTLAUFER : Non, jamais.  
 HERGOTT : Donc vous avez juste fait ça à Monsieur SILCOX.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Euh... Vous êtes rentrée à la maison ce jour-là, vous avez fait quelques exercices, des jeux sur l'ordinateur, vous êtes allée dormir. Êtes-vous retournée travailler le jour suivant?

WETTLAUFER : Je ne m'en souviens pas.  
 HERGOTT : Vous ne vous souvenez pas. Vous rappelez-vous avec qui vous auriez travaillé dans ce cas, ou...?

WETTLAUFER : Non.  
 HERGOTT : Non.  
 WETTLAUFER : Non, je suis désolée.  
 HERGOTT : D'accord, est-ce que vous vous sentez bien?  
 WETTLAUFER : Ouais, oh, ouais.  
 HERGOTT : Voulez-vous vous lever et vous étirer?

[01:20:00 dur]

WETTLAUFER : Je remue juste un peu.  
 HERGOTT : D'accord, d'accord, hein, vous ne me dérangez pas, je veux juste m'assurer que vous êtes à l'aise.

WETTLAUFER : Ouais, ça va.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Si j'ai besoin de quelque chose je le ferai, simplement.  
 HERGOTT : D'accord, compris. Vous rappelez-vous qui était votre superviseur à cette époque?

WETTLAUFER : Cela devait être Helen Crombez.  
 HERGOTT : C'était l'infirmière en chef.  
 WETTLAUFER : Ouais, elle disait toujours... l'infirmière de service était l'infirmière responsable.

HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Donc j'étais l'infirmière responsable.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et la nuit, j'étais l'infirmière responsable de trois [3] heures à onze [11] heures, j'avais sous ma responsabilité euh... un [1], deux [2], trois [3], quatre [4], cinq [5], six [6], sept [7], huit [8] PSSP.

HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et j'étais... Ouais... Et ensuite il y avait deux [2] autres ailes donc, la nuit, en tant qu'infirmière responsable, j'étais chargée d'encadrer la um... l'IAA de l'autre côté, en étant comme... sa référente.

HERGOTT : D'accord.

17:59:26



WETTLAUFER : Il y avait quatre [4] PSSP de ce côté-là et quatre [4] PSSP du mien, donc cela faisait neuf [9] personnes.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : En plus de M<sup>me</sup> CROMBEZ [ph], bien sûr, qui n'était pas là la nuit.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Mais...

HERGOTT : Elle travaillait seulement en journée.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Ouais.

WETTLAUFER : Mais c'est à elle que nous rendions compte.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : À elle et à la directrice opérationnelle, Brenda, dont je ne me rappelle pas le nom de famille.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Désolée, je vais probablement avoir des gaz.

HERGOTT : Pas de souci, ne vous en faites pas. Concernant Monsieur SILCOX, en plus de ce que vous ressentiez dans votre estomac, d'accord, en plus de cela, vous pensiez que c'était une mission qui vous était confiée, pendant votre relation ou après avoir rompu avec votre mari, exact?

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : Dont vous... vous avez précisé qu'il n'était pas un homme très gentil.

WETTLAUFER : Non, il ne l'était pas.

HERGOTT : Juste... cela a-t-il contribué à...

WETTLAUFER : Um...

HERGOTT : ... ce qui s'est passé?

WETTLAUFER : Je ne sais pas

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Je me suis demandé si cela avait contribué à ce que je le choisisse lui.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et après coup, j'ai effectivement ressenti une libération et un soulagement.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Comme un relâchement de pression.

HERGOTT : D'accord. Parce que tout au long de ce document et... et au fil de ce document, un grand nombre de ces personnes... vous les décrivez comme n'étant pas très gentilles.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Ouais.

18:00:41



HERGOTT : Donc je ne suis pas sûr de si c'est euh... une tendance ou d'un... un schéma que nous observons car... Est-ce la raison pour laquelle vous avez choisi ces personnes?

WETTLAUFER : Ouais... Je ne suis pas... Ça se pourrait mais je sais aussi que je ressentais simplement que c'était les bonnes personnes.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : J'avais en moi la sensation que c'était elles.

HERGOTT : D'accord. Avant... avant que vous injectiez de l'insuline à Monsieur SILCOX, avez-vous ressenti un élan pour la chose sur le moment, y aviez-vous pensé euh... quand vous vous êtes rendue au travail à trois [3] heures de l'après-midi?

WETTLAUFER : Um... j'ai commencé à y penser vers six [6] heures du soir, je crois.

HERGOTT : D'accord, d'accord. Et vous rappelez-vous quel médecin a constaté le décès?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Comment... comment cette procédure s'est-elle déroulée?

WETTLAUFER : Cette procédure, la manière dont elle s'est déroulée, euh... La personne est retrouvée sans signes vitaux.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : L'infirmière se rend auprès d'elle avec un stéthoscope...

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : ... l'écoute durant une [1] minute.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : En l'absence de battements cardiaques, pas de euh... bruit respiratoire, l'infirmière appelle le médecin de permanence.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Um... Il y avait une fiche de procédure que nous devons remplir si nous pensions qu'il s'agissait d'un cas de coroner.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : En l'occurrence, je ne crois pas que nous ayons pensé que c'était le cas et ensuite um... la famille est appelée.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et le médecin peut attendre pour venir, euh... constater le décès le lendemain matin.

HERGOTT : Oh, D'accord.

WETTLAUFER : La famille peut arriver et voir le corps à tout moment.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Donc ensuite, les PSSP doivent préparer le corps.

HERGOTT : D'accord. Alors avant que le médecin constate le décès le matin, la famille peut arriver et...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : ... et rester un moment.

18:02:07



WETTLAUFER : Ouais, donc les PSSP doivent le laver, lui passer euh... vous savez... des habits propres et...

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : ... nettoyer le lit, ces choses-là.

HERGOTT : D'accord. Donc vous avez dit... vous avez dit que Monsieur SILCOX... Vous avez dit ne pas avoir pensé « qu'il s'agissait d'un cas de coroner »... Qui... qui... qui a dit...?

WETTLAUFER : Oh.

HERGOTT : [Inintelligible], de qui s'agissait-il?

WETTLAUFER : J'imagine que j'utilise le nous de majesté.

HERGOTT : D'accord, je comprends.

WETTLAUFER : [Rit]

HERGOTT : D'accord. Donc c'était juste une décision que vous étiez chargée de prendre?

WETTLAUFER : Um... Non, il y a un... il y a un formulaire...

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : ... sur l'ordinateur, vous le remplissez, et s'il dit... si vous cochez n'importe quelle réponse affirmative, vous devez avertir le coroner.

HERGOTT : D'accord, bien. Mais vous avez décoché ces cases vous-même?

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : D'accord. Donc évidemment, sachant que vous aviez fait cela à Monsieur SILCOX, avez-vous pensé que vous ne deviez pas cliquer sur Oui, de manière à ne pas attirer l'attention sur vous?

WETTLAUFER : Vous savez, honnêtement, je ne parviens pas à me rappeler s'il relevait d'un cas de coroner ou pas.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Cela aurait pu être le cas.

HERGOTT : Maintenant, l'insuline...

WETTLAUFER : J'aurais... euh... Même si j'ai fait ça à ces personnes, quand je le leur ai fait, mais c'est... La formulation ressemble à ça : « Quelqu'un a-t-il des raisons de penser que cette mort n'est pas naturelle? »

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Donc ouais, je cliquais... Je ne cliquais pas sur cette case si je lui avais donné de l'insuline.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Ouais, vous avez raison.

HERGOTT : D'accord, d'accord, bien, et... Je voulais juste clarifier ce point, juste...

WETTLAUFER : Ouais, ouais.

HERGOTT : C'était une simple question, d'accord... um... Y a-t-il autre chose à laquelle vous pourriez penser à propos de Monsieur SILCOX?

18:03:30





[01:25:02 dur]

WETTLAUFER : Non.  
 HERGOTT : D'accord. Maurice... Comment avez-vous prononcé le nom de famille de Maurice?  
 WETTLAUFER : GRANAT.  
 HERGOTT : Est-ce GRANAT? D'accord. Parlez-moi un peu de Maurice. Il est indiqué que cela s'est passé en septembre ou... ou en octobre deux mille... [20...]...  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Euh... pardon, 2007.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Et c'était à Caressant Care?  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : D'accord, parlez-moi un peu de...  
 [Ils parlent simultanément]  
 WETTLAUFER : [Inintelligible]  
 HERGOTT : ... vos interactions avec Maurice.  
 WETTLAUFER : Encore un qui aimait peloter les seins et les fesses.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : C'était parfois un... un de mes patients, vous voyez... À cette époque, je n'étais pas... je ne travaillais pas à un étage particulier auquel j'étais affectée, je travaillais à tous les étages comme infirmière de renfort.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Donc euh... il était... [souponne] Un après-midi, je travaillais auprès de lui et il m'a attrapée.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et euh... Cette fois encore, j'ai eu ce sentiment intérieur, que son heure était venue.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Donc je lui ai donné une surdose d'insuline après le dîner.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Et euh... Je crois qu'il est mort le lendemain.  
 HERGOTT : D'accord. Et quel était votre quart de travail, vous souvenez-vous du quart de travail qui était le vôtre à ce moment-là?  
 WETTLAUFER : C'était de trois [3] heures à onze [11] heures.  
 HERGOTT : Trois [3] heures de l'après-midi?  
 WETTLAUFER : Oui, jusqu'à [11] heures du soir.  
 HERGOTT : Jusqu'à onze [11] heures du soir, donc un quart d'après-midi.  
 WETTLAUFER : Donc il est mort... il est mort alors que je n'étais pas là.  
 HERGOTT : D'accord, et était-il connu pour peloter les seins et les fesses du personnel?

18:04:43



WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : D'accord, et vous rappelez-vous avec qui vous travaillez à ce moment-là?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : D'accord. Vous rappelez-vous um... où Maurice se trouvait à Caressant Care?

WETTLAUFER : Ouais, il se trouvait au bout de l'aile nord, je pense qu'il occupait une chambre double sur la droite.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Et vous rappelez-vous qui...

WETTLAUFER : Et alors...

HERGOTT : ... étaient ses voisins de chambre?

WETTLAUFER : Non, je ne m'en souviens pas mais je me rappelle que quand il a commencé à se dégrader après la surdose d'insuline, il a été transféré en soins palliatifs, juste à côté du bureau infirmier.

HERGOTT : D'accord. Et à quel moment de la journée pensez-vous que vous... désolé, vous l'avez déjà dit mais c'est juste pour le confirmer... Quel moment de la journée pensez-vous qu'il était quand vous lui avez injecté...?

WETTLAUFER : Quand je lui ai fait l'injection, hmm... c'était l'après-midi... je réfléchis... quatre heures et demie [4:30], cinq heures et demie [5:30].

HERGOTT : Bien, d'accord, um... Et quelle a été sa réaction lorsqu'il a reçu l'insuline?

WETTLAUFER : Encore une fois, c'était comme... bien, j'ai juste dit « le médecin veut que vous preniez une dose de vitamines. »

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : C'est ce que je disais habituellement.

HERGOTT : D'accord. Et était-il capable de communiquer, s'exprimait-il verbalement? Qu'est-ce... [Inintelligible]?

WETTLAUFER : Il s'exprimait... il s'exprimait verbalement.

HERGOTT : Il pouvait discuter...

WETTLAUFER : Pas totalement, mais il pouvait dire des choses, Oui.

HERGOTT : Bien, d'accord. Et est-ce qu'il a posé une question à propos de sa dose de vitamines.

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : D'accord, um... Et il a succombé le lendemain.

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : D'accord. Donc sachant que vous n'étiez plus là quand il est décédé, ce n'est pas vous qui avez coché les cases.

WETTLAUFER : C'est exact.

18:06:15



HERGOTT : À tout hasard, savez-vous quelle infirmière était responsable de Monsieur GRANAT?

WETTLAUFER : Um... Non, je ne sais pas.

HERGOTT : Non.

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : D'accord. Avez-vous, à un moment, craint qu'il ne soit pas décédé pendant que vous travailliez, et que des soupçons s'éveillent?

WETTLAUFER : Non, je... non, je... n'avais... enfin... Oui, un peu, je me demandais toujours s'ils trouveraient le site où je lui ai fait l'injection, s'il y aurait une enquête, je me suis toujours demandé ça.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Mais autrement, non.

HERGOTT : Et même si cela... cela... cela vous traversait l'esprit, est-ce que vous... [inintelligible]

WETTLAUFER : [inintelligible]

HERGOTT : ... poursuiviez vos tâches?

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : D'accord. et vous rappelez-vous à quel endroit du corps vous lui avez fait l'injection?

WETTLAUFER : Euh... Probablement la jambe, parce qu'à cet endroit il n'avait pas beaucoup de masse grasseuse donc...

HERGOTT : Maurice n'avait pas...

WETTLAUFER : Non, il n'en avait pas, et quand vous administrez une injection sous-cutanée, elle va dans la masse grasseuse.

HERGOTT : D'accord. Et vous avez rapporté que ce patient avait un cancer.

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : D'accord, vous souvenez-vous du type de cancer qu'il avait?

WETTLAUFER : Je pense que c'était de la prostate.

HERGOTT : La prostate.

WETTLAUFER : La prostate, ouais.

HERGOTT : D'accord. Et quelle était... quelle était l'issue pronostiquée euh... concernant son cancer?

WETTLAUFER : Il était mourant.

HERGOTT : Avait-il... Quel âge pensez-vous que Maurice avait?

WETTLAUFER : Soixante-quinze [75], soixante-seize [76] ans.

HERGOTT : D'accord. Et... désolé... Il occupait une chambre double?

WETTLAUFER : Ouais, je crois que c'était une chambre double, Oui.

HERGOTT : D'accord. Vous rappelez-vous avec qui vous travailliez ce jour-là?

18:07:45



WETTLAUFER : Non.  
 HERGOTT : La même superviseuse ou la [inintelligible] responsable ou l'infirmière en chef?  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Désolée, je suis...  
 HERGOTT : Pas de problème.  
 WETTLAUFER : Ça remonte à longtemps.  
 HERGOTT : Ce... cela fait longtemps.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Je veux dire... Évidemment, c'est un évènement important dans votre vie.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Mais cela fait longtemps.  
 WETTLAUFER : Oui.  
 HERGOTT : Donc je... je ne... je ne suis... je ne... Ce n'est pas un problème si vous ne pouvez pas répondre à toutes les questions que je vous pose parce que vous... si vous pouvez juste faire de votre mieux, c'est tout ce que je demande.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : D'accord, um... Vous rappelez-vous autre chose à propos de... euh... Maurice?  
 WETTLAUFER : Non, vraiment pas.  
 HERGOTT : Non, d'accord. Savez-vous si...  
 [Ils parlent simultanément]  
 WETTLAUFER : [Inintelligible] Il y avait des personnes qui l'aimaient.  
 HERGOTT : Savez-vous si cela relevait d'un cas de coroner?  
 WETTLAUFER : Il y avait des personnes qui l'aimaient dont, dont je me souviens... Je ne sais pas s'il relevait d'un cas de coroner.  
 HERGOTT : Qui aimait Maurice? Qui venait lui rendre visite?  
 [01:30:01 dur]  
 WETTLAUFER : Il avait... il avait des amis qui venaient lui rendre visite, qui étaient comme sa famille pour lui.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Un homme et une femme, c'est tout ce dont je me souviens.  
 HERGOTT : D'accord. Et dans quel état d'esprit le décès de Maurice vous a-t-il mise?  
 WETTLAUFER : Pas bon.  
 HERGOTT : Et que s'est-il passé ensuite? Vous avez juste...  
 WETTLAUFER : J'ai juste euh... je n'étais pas là quand il est décédé, je... je... je ne travaillais pas ce jour-là.  
 HERGOTT : Vous rappelez-vous si vous travailliez le lendemain?

18:08:53



WETTLAUFER : Peut-être... Je sais que quand j'ai appris qu'il était mort, j'ai cherché à savoir combien de temps cela avait pris et... J'ai lu les notes et d'autres choses pour voir ce qui s'est passé.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Je sors juste une pièce pour me détendre.

HERGOTT : Ouais, pas de problème, faites à votre guise. Um... Après avoir appris qu'il était décédé, vous avez lu les documents et...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Vous rappelez-vous avoir vu des passages un peu... qui vous auraient fait vous dire « oh, oh »... vous voyez...

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : « Ce n'est pas bon pour moi »?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : D'accord, alors...

WETTLAUFER : Et même si cela avait été le cas, je n'aurais pas pu les modifier.

HERGOTT : Vous n'auriez pas pu, ou auriez pu?

WETTLAUFER : Je n'aurais pas pu.

HERGOTT : D'accord. Um... La personne suivante de votre liste est Helen MATHESON.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord. Donc vous passez de septembre ou octobre 2007...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Et ensuite, Helen, c'était en 2011.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Et que s'est-il passé durant toutes ces années?

WETTLAUFER : Je pense um... vous verrez, le principal.

HERGOTT : Y a-t-il eu des tentatives?

WETTLAUFER : Des tentatives, um...

HERGOTT : D'accord, en 2008 et 2009.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord, d'accord, nous y viendrons.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Helen, je ne me rappelle pas grand-chose d'elle... Elle était très calme, très déterminée, um... elle semblait juste attendre de mourir.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Là encore, j'ai eu ce sentiment, vous savez, que c'était elle.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et hmm... j'ai eu quelques difficultés avec elle cette nuit-là, parce qu'elle était très lucide.

18:10:11



HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et nous avons évoqué à quel point elle aimait la tarte aux myrtilles et la crème glacée.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Donc à ma pause, je suis allée chez... euh... Walmart et je lui ai pris une petite tarte à la myrtille et de la crème glacée.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et je les lui ai apportées, et elle en a pris trois [3] ou quatre [4] bouchées.

HERGOTT : Sympa.

WETTLAUFER : Et cette nuit-là, je lui ai administré une surdose.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Parce que comme je disais, j'avais cette sensation que l'heure était venue pour elle de partir et...

HERGOTT : Qu'entendez-vous par là? Pensez-vous qu'elle arrivait à la fin de sa vie à ce moment-là, ou...?

WETTLAUFER : Non, qu'elle était la prochaine personne.

HERGOTT : D'accord. Et c'était dans votre tête, dans votre estomac?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Où ressentiez-vous cela?

WETTLAUFER : Dans ma poitrine et...

HERGOTT : Dans votre poitrine.

WETTLAUFER : Après l'avoir fait, j'ai eu ce rire.

HERGOTT : D'accord. Quand avez-vous senti ce rire, l'avez-vous senti juste après avoir fait l'injection ou une fois la personne décédée?

WETTLAUFER : Um... les deux.

HERGOTT : Ouais.

WETTLAUFER : Les deux.

HERGOTT : D'accord, ouais, d'accord. Et Helen n'était pas euh... Vous déclarez ici qu'Helen n'était pas diabétique.

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : D'accord. Juste par curiosité, quelle quantité d'insuline faut-il pour tuer quelqu'un...

WETTLAUFER : Eh bien, je ne sais pas.

HERGOTT : ... qui n'est pas diabétique ou...?

WETTLAUFER : Je ne sais pas.

HERGOTT : Vous ne le savez pas.

WETTLAUFER : Non, c'était un peu au hasard.

HERGOTT : En tant qu'infirmière, vous ne connaissiez pas la quantité ou...?

WETTLAUFER : Non, il n'y a pas de quantité prédéfinie.

HERGOTT : D'accord. et... je suis juste... je... je... juste...

18:11:19



WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : C'est juste que vous ne connaissez pas la réponse [inintelligible]?  
 WETTLAUFER : Non, il n'y a pas de quantité prédéfinie.  
 HERGOTT : Bien, d'accord. Donc différentes personnes réagissent différemment à différentes quantités, est-ce qu'on peut dire ça?

WETTLAUFER : Oui.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Et... et évidemment, le fait qu'elles soient diabétiques ou non fait une différence.

WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Bien.  
 WETTLAUFER : Je crois qu'elle est morte le lendemain.  
 HERGOTT : D'accord. Et il est écrit, euh... dans votre note, ici, que le médecin l'a fait passer en soins palliatifs et qu'elle est morte deux [2] jours plus tard.

WETTLAUFER : Deux [2] jours plus tard, d'accord.  
 HERGOTT : Et vous rappelez-vous quelle quantité d'insuline vous aviez donné à Helen?

WETTLAUFER : Soixante [60], je ne sais pas.  
 HERGOTT : D'accord. Et où vous l'êtes-vous procurée?  
 WETTLAUFER : Au... au même...  
 HERGOTT : Au même...  
 WETTLAUFER : ... endroit que d'habitude.  
 HERGOTT : D'accord. Vous rappelez-vous où Helen se trouvait à Caressant Care?  
 WETTLAUFER : Oui, elle se trouvait dans l'aile sud, probablement à quatre [4] portes du bureau infirmier, dans une chambre double, sur la droite quand vous regardez vers le fond. Elle était du côté droit.

HERGOTT : Um... avez-vous... Vous ne dites pas grand-chose de négatif à propos d'Helen ici. Est-ce que vous... Est-ce que vous vous entendiez bien avec elle? A-t-elle déjà fait quelque chose de nature à...

WETTLAUFER : Elle...  
 HERGOTT : ... vous faire du tort, ou...?  
 WETTLAUFER : Non, non, elle était très calme. C'est juste que j'avais cette sensation que... ouais, « c'est la suivante, son heure est venue. »

HERGOTT : D'accord. Et euh... Quel était son état de santé à ce moment-là, son diagnostic?

18:12:44



WETTLAUFER : Elle était... um... Je ne saurais pas vous dire quel était son diagnostic, juste qu'elle était... elle ne se levait pas souvent de son lit et on devait la faire manger et lui donner ses cachets.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Donc elle était... elle approchait de la fin de sa vie.

HERGOTT : Quel âge pensez-vous qu'avait Helen quand c'est arrivé?

WETTLAUFER : Je dirais quatre-vingt-cinq [85] ou quatre-vingt-six [86] ans.

HERGOTT : D'accord, d'accord. Et vous rappelez-vous quel médecin a... Étiez-vous présente quand elle est décédée deux [2] jours plus tard?

WETTLAUFER : Je ne crois pas.

HERGOTT : Vous ne croyez pas donc... donc vous ne pourrez... vous ne pourriez pas savoir quel médecin a constaté le décès.

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Vous n'êtes pas très sûre?

WETTLAUFER : Après l'administration de la surdose d'insuline, sauf si j'étais là pour la durée du quart, les patients mourraient et je... je me faisais discrète et je ne... ouais, je n'avais plus rien à voir avec eux.

[01:35:00 dur]

HERGOTT : Donc... Donc si vous faisiez une injection d'insuline à quelqu'un... Par exemple Helen, vous rappelez-vous où vous lui avez fait l'injection?

WETTLAUFER : Probablement le bras.

HERGOTT : D'accord, um... Vous souvenez-vous d'une éventuelle réaction de sa part?

WETTLAUFER : Une réaction [inintelligible].

HERGOTT : Savez-vous si elle s'est opposée à ce que vous étiez en train de faire? Était-elle capable de...?

WETTLAUFER : Il se pourrait qu'elle ait dit « aïe ».

HERGOTT : Avait-elle l'habitude de prendre de l'insuline ou de recevoir des piqûres, ou...

WETTLAUFER : Je ne le sais pas.

HERGOTT : Bien, D'accord, um... Elle n'était pas agressive, ou...

WETTLAUFER : Mm hmm.

HERGOTT : ... elle ne s'est pas opposée ou ne vous a pas demandé ce que vous faisiez?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Bien, D'accord. Et... et vous avez dit... après l'administration de l'insuline...

WETTLAUFER : Vous... juste... J'essayais de me tenir à l'écart, parfois j'étais très curieuse de voir ce qui se passait.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : En général, j'essayais de me tenir à l'écart.

18:14:17





HERGOTT : D'accord. Vous arrivait-il de revenir dans leur chambre si... pendant qu'ils étaient encore vivants, pour voir leur évolution pendant...?

WETTLAUFER : S'ils étaient... s'ils étaient... mon... Si j'en avais la euh... responsabilité, Oui, je devais le faire.

HERGOTT : D'accord, même si vous aviez essayé de leur ôter la vie?

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : D'accord. Et vous... Quel type de symptômes présentaient-ils, est-ce qu'ils sont différents d'un patient à l'autre, ou...?

WETTLAUFER : Um... habituellement, ils devenaient très rouges et étaient en hypersudation, um... et ils perdaient conscience, ils tremblaient...

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Certaines personnes um... une [1] personne a eu des convulsions, je crois que c'était une [1] personne seulement.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Deux [2] personnes ont fait un AVC directement.

HERGOTT : Juste après avoir reçu la...?

WETTLAUFER : Pas juste après, mais elles ont fait un AVC.

HERGOTT : Après un moment, d'accord.

WETTLAUFER : Et... et... en fait, trois [3] personnes, car ils ont pensé que James aussi avait fait un AVC.

HERGOTT : Monsieur SILCOX?

WETTLAUFER : Monsieur SILCOX, ouais.

HERGOTT : D'accord, D'accord, en novembre um... 2011.

WETTLAUFER : Mm hmm.

HERGOTT : Mary ZERWINSKI, c'est bien...

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : ... comme ça que l'on prononce euh... son nom de famille?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Et c'était à Caressant Care?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord, et vous avez dit qu'elle n'était pas diabétique mais qu'elle souffrait de démence.

WETTLAUFER : C'est correct.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Mais elle pouvait parler et communiquer beaucoup.

HERGOTT : Mary en était capable.

WETTLAUFER : Oui, elle avait... elle était euh... pétulante.

HERGOTT : Ah Oui?

WETTLAUFER : Ouais.

18:15:45



HERGOTT : Hmm.  
WETTLAUFER : Elle ne faisait pas de mal aux infirmiers ni rien, c'est juste qu'elle s'exprimait sans détour et qu'elle était pétulante.

HERGOTT : Mm hmm.  
WETTLAUFER : Une [1] nuit, elle m'a dit : « vous savez, je vais mourir ce soir. »  
HERGOTT : Mary a dit cela?  
WETTLAUFER : Oui, et j'ai dit « Oh », elle a dit « Ouais, pourquoi ne me mettez-vous pas dans... pourquoi ne me mettez-vous pas dans mon lit de mort, pour que je puisse mourir? », j'ai dit « Vous êtes sûre? », elle a dit « Ouais, mettez-moi dans le lit, je vais mourir », alors j'ai dit « D'accord. » et je suis allée voir l'autre infirmière qui travaillait avec moi et euh... elle a dit « Bon, d'accord, mettons-la en soins palliatifs si c'est ce qu'elle veut », donc nous l'avons fait, et alors j'ai pensé « Bien, elle doit être la suivante ».

HERGOTT : Mm hmm.  
WETTLAUFER : J'avais en moi le sentiment qu'elle devait être la suivante.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Parce qu'elle disait qu'elle allait mourir mais il n'y avait aucun signe qu'elle allait mourir, alors je lui ai donné une surdose d'insuline.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Elle est entrée en soins palliatifs et elle est morte, je crois, en quelques jours.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Je pense.  
HERGOTT : Ouais, il est écrit qu'elle est morte le lendemain après-midi, c'est ce que vous... [inintelligible] avez écrit ici à ce propos, um...

[On frappe à la porte]  
HERGOTT : Oh.  
U/I HOMME : [Inintelligible]  
HERGOTT : Oh, parfait.  
U/I HOMME : De l'eau.  
HERGOTT : [Inintelligible]  
WETTLAUFER : Merci.  
U/I HOMME : Voilà pour vous.  
WETTLAUFER : C'est laquelle avec de la vodka?  
HERGOTT : [Rit] Pas de réponse de sa part [passage masqué].  
WETTLAUFER : [Passage masqué]  
HERGOTT : [Passage masqué]

18:16:52



WETTLAUFER : [passage masqué]  
 HERGOTT : [passage masqué]  
 WETTLAUFER : [passage masqué]  
 HERGOTT : [passage masqué]  
 WETTLAUFER : [passage masqué]  
 HERGOTT : [passage masqué]  
 WETTLAUFER : [passage masqué]  
 HERGOTT : [passage masqué]  
 WETTLAUFER : [passage masqué]  
 HERGOTT : D'accord, d'accord, um... Où... Cela avait-il un rapport avec l'endroit où elle se trouvait, où Mary se trouvait à Caressant Care?  
 WETTLAUFER : Elle se trouvait au bout de l'aile sud, à quelques chambres du... du bureau infirmier.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et euh... elle... ouais, donc elle... Nous l'avons mise dans un lit de soins palliatifs.  
 HERGOTT : D'accord. Et est-ce une décision que vous avez prise ou que quelqu'un d'autre a prise pour vous?  
 WETTLAUFER : Nous l'avons prise ensemble.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Ouais [passage masqué] et moi l'avons prise ensemble.  
 HERGOTT : Mais un superviseur ne devait-il pas... dire « D'accord, allez-y » et...?  
 WETTLAUFER : Non, non, nous avons... Nous avons assez d'autonomie pour... si nous pensions qu'une personne nécessitait des soins palliatifs, nous pouvions appeler le médecin et lui dire ce qui se passait.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et placer, euh... placer la personne dans un lit de soins palliatifs.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et obtenir des consignes de soins palliatifs.  
 HERGOTT : D'accord, d'accord. Et vous rappelez-vous quelle quantité d'insuline vous avez donnée à Mary?  
 WETTLAUFER : Je crois que c'est peut-être la première personne à qui j'ai donné à la fois de l'insuline à action prolongée et de l'insuline à action brève.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Je pense.  
 HERGOTT : Et pouvez-vous juste... euh... au-delà du, euh ... nom du... médicament lui-même, insuline à action prolongée ou à insuline à action brève...

18:18:34



... quelle est la différence essentielle entre les deux [2]?

[01:40:10 dur]

- WETTLAUFER : L'une [1] l'une [1] fait chuter votre glycémie brusquement, tandis que l'autre um... commence à agir dans votre corps en la faisant baisser progressivement sur une longue durée, mais continue à la faire baisser.
- HERGOTT : D'accord, et quel est l'effet produit par la combinaison des deux?
- WETTLAUFER : Euh... je dirais un effet excessif.
- HERGOTT : Le saviez-vous ou...?
- WETTLAUFER : Je ne le savais pas avec certitude mais je supposais que cela serait bien plus puissant que l'insuline à action prolongée toute seule.
- HERGOTT : Oui, D'accord, cela semble logique.
- WETTLAUFER : Ouais.
- HERGOTT : Je pense que vous devez en savoir plus que moi mais euh... Vous rappelez-vous où vous avez fait l'injection à Mary?
- WETTLAUFER : Euh... probablement dans le bras.
- HERGOTT : Dans son bras.
- WETTLAUFER : Je lui ai dit... je lui ai dit que c'était contre sa douleur.
- HERGOTT : Et savez-vous si elle occupait une chambre simple ou une chambre double?
- WETTLAUFER : Eh bien... Nous l'avions déplacée de la chambre double à la euh... en soins palliatifs.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : Juste en face du bureau infirmier.
- HERGOTT : D'accord, donc où lui avez-vous fait l'injection? Dans le lit de soins palliatifs ou dans son...?
- WETTLAUFER : Dans son lit de soins palliatifs.
- HERGOTT : D'accord, et elle vous avait confié qu'elle pensait qu'elle allait mourir cette nuit-là?
- WETTLAUFER : Ouais, donc j'ai dit « D'accord, c'est son tour » quand je lui ai donné l'insuline, j'avais ce...
- HERGOTT : Mm hmm.
- WETTLAUFER : ... ce sentiment en moi et le rire.
- HERGOTT : Mm hmm. Et avait-t-elle exprimé quelque chose comme... Vous a-t-elle déjà dit quelque chose concernant son souhait de mourir?
- WETTLAUFER : Hmm... Non, pas comme ça, non... Elle disait « je veux mourir, je veux mourir, je veux mourir cette nuit, mettez-moi au lit, je vais mourir. »
- HERGOTT : Et c'était nouveau pour vous?
- WETTLAUFER : Oui.
- HERGOTT : Et vous rappelez-vous de vos horaires de travail?

18:19:57



WETTLAUFER : L'après-midi, de quinze [15] heures à vingt-trois [23] heures.  
 HERGOTT : D'accord. Et à quelle heure à peu près pensez-vous l'avoir mise dans son lit de soins palliatifs et lui avoir fait son injection?  
 WETTLAUFER : Um... probablement après le dîner, donc vers dix-neuf [19] heures.  
 HERGOTT : D'accord. Et est-ce que Mary... a déjà agi de manière à vous faire du tort ou...?  
 WETTLAUFER : Non.  
 HERGOTT : Elle ne vous a contrariée en aucune manière?  
 WETTLAUFER : Non, non, elle était amusante.  
 HERGOTT : D'accord. Elle était euh... elle avait du cran, et... elle s'exprimait sans détour.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : D'accord. Et vous rappelez-vous avoir été présente quand elle est morte?  
 WETTLAUFER : Je crois que non.  
 HERGOTT : D'accord, d'accord. Donc vous n'avez probablement pas coché les cases.  
 WETTLAUFER : Non, je n'ai pas rempli le formulaire pour elle.  
 HERGOTT : D'accord. Qui était là pour voir Mary de manière régulière, qui venait rendre visite à Mary?  
 WETTLAUFER : Je ne sais pas.  
 HERGOTT : Non?  
 WETTLAUFER : Je ne sais pas.  
 HERGOTT : Savez-vous si elle avait de la famille?  
 WETTLAUFER : Um... peut-être un fils, mais je ne sais pas.  
 HERGOTT : D'accord, et... Et Mary... Nous la mentionnerons comme étant votre quatrième [4<sup>e</sup>] victime.  
 WETTLAUFER : Oui.  
 HERGOTT : Euh... la quatrième [4<sup>e</sup>] personne que euh... avec laquelle vous êtes parvenue à vos fins avec euh... de l'insuline. Quelles émotions vous êtes-vous mise à ressentir?  
 WETTLAUFER : Um...  
 HERGOTT : Et... et ont-elles perduré?  
 WETTLAUFER : [Soupire] J'ai continué à ressentir une grande culpabilité, une grande culpabilité, euh... Mary... eh bien comme vous le verrez, après Mary il y a eu Gladys, et après Gladys il y a eu une période de deux [2] ans durant laquelle je ne l'ai pas fait.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Trois [3] ans durant lesquels je ne l'ai pas fait.  
 HERGOTT : Mm hmm. Que se passait-il dans votre vie à cette époque?  
 WETTLAUFER : Je me donnais beaucoup de peine pour me rapprocher de Dieu pour être sûre que ce n'était pas lui, et juste de vivre ma vie, lire la Bible, aller à l'église.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et ne plus faire cela parce que je ne voulais plus le faire.

18:22:03



HERGOTT : Mm hmm.  
WETTLAUFER : Donc je me donnais beaucoup de peine, je consommais encore un peu...  
HERGOTT : ... d'hydromorphe...  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : ... et d'alcool...  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : D'accord. Quelle était votre boisson de prédilection?  
WETTLAUFER : Le rye.  
HERGOTT : Ouais.  
WETTLAUFER : [Rit] Je ne devrais pas le dire comme ça.  
HERGOTT : Bah...  
WETTLAUFER : Mais je le dis comme c'est... ouais, c'est le rye.  
HERGOTT : Ah Oui?  
WETTLAUFER : Le rye et le Bailey's.  
HERGOTT : Ouais.  
WETTLAUFER : Ouais, vous versez du rye et un peu d'eau.  
HERGOTT : Ouais.  
WETTLAUFER : Ouais, rye et eau.  
HERGOTT : D'accord, et euh... En général, quelle quantité buviez... buviez-vous par semaine?  
WETTLAUFER : Par semaine, probablement huit [8] ou neuf [9].  
HERGOTT : Ouais.  
WETTLAUFER : Ouais [inintelligible].  
HERGOTT : Des doses de rye, ou...?  
WETTLAUFER : Euh... des verres, je ne sais pas.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Combien de doses?  
HERGOTT : Oui, D'accord.  
WETTLAUFER : Si vous comptez en doses, je ne sais pas... trois [3] par verre, donc disons... trois [3] multiplié par neuf [9]...  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Vingt-sept [27].  
HERGOTT : D'accord. donc vous buviez des triples doses.  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : Bien, D'accord, et dans quel état cela vous mettait-il, combiné à l'hydromorphe?  
WETTLAUFER : Je ne mélangeais jamais à l'hydromorphe.  
HERGOTT : Non?  
WETTLAUFER : Non.  
HERGOTT : C'était soit l'un, soit l'autre?  
WETTLAUFER : C'était soit l'un, soit l'autre.

18:23:04



HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Parce que c'était plus pour quand je n'avais pas...

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : ... d'hydromorphe...

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : ... et si je sortais, mais je ne sortais jamais avec personne, je sortais presque toujours seule, et je prenais des jeux de loterie à gratter, et j'achetais de l'alcool et...

HERGOTT : Seulement, ouais...

WETTLAUFER : ... je buvais et grattais mes jeux de loterie.

HERGOTT : D'accord, Oui, et um... Aussi important et dérangeant que cela puisse être pour les personnes qui vont entendre cela, et... [Inintelligible] bien entendu, il y a beaucoup de familles euh... que nous allons contacter... [01:45:14 dur]

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : ... et... et à qui nous allons parler, même si ce n'était pas... et je déteste classer cela en différentes catégories mais il ne s'agissait pas forcément de morts, disons, violentes... Pensiez-vous que ces personnes sont mortes de façon paisible, est-ce qu'elles se débattaient?

WETTLAUFER : Um... Toutes les personnes dont vous avez parlé jusqu'à présent sont mortes de façon paisible, selon moi.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et je suis désolée... je suis désolée pour ce que les familles ont enduré à cette époque.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et je suis vraiment désolée pour ce qu'elles vont endurer, je... C'est horrible.

HERGOTT : Si vous pouviez leur dire quelque chose, que leur diriez-vous?

WETTLAUFER : Que pourriez-vous leur dire qui aurait de l'importance? Um... « je suis désolée » ne suffit pas, j'aurais dû demander de l'aide plus tôt, um... Je vous ai pris quelque chose qui était précieux et vous l'ai pris trop tôt, um... Je croyais sincèrement à ce moment-là que Dieu voulait que je le fasse mais je sais maintenant que ce n'est pas vrai et euh... si je pouvais revenir en arrière, je demanderais de l'aide plus tôt, je l'aurais fait, et je suis désolée.

HERGOTT : Comme je vous l'ai dit, euh... j'admire votre [inintelligible]. Que cela ait pris un [1] an, deux [2] ans, dix [10] ans, quoi qu'il en soit, vous avez finalement demandé de l'aide, c'est... c'est un grand pas.

WETTLAUFER : Oh, merci.

18:25:07



HERGOTT : Bien, je veux dire, euh... Vous auriez pu être dans cette situation et... et avoir emporté ce secret dans votre tombe.

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : Et alors, qui aurait su, n'est-ce pas?

WETTLAUFER : C'est ce qu'une avocate m'a dit de faire.

HERGOTT : Comment ça?

WETTLAUFER : D'emporter ce secret dans ma tombe et de ne le dire à personne.

HERGOTT : Donc vous vous êtes aussi confiée à une avocate à ce propos?

WETTLAUFER : Il y a longtemps, ouais.

HERGOTT : Était-ce après toutes ces personnes que...?

WETTLAUFER : C'était en 2014, avant que je euh...

HERGOTT : Avant que vous alliez à Welland ou...?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Pardon, au

WETTLAUFER : Welland [inintelligible].

HERGOTT : ... centre de désintoxication.

WETTLAUFER : Ouais, le centre de désintoxication.

HERGOTT : Donc vous avez parlé à une avocate?

WETTLAUFER : J'ai parlé à une avocate et c'est elle qui m'a dit de demander de l'aide. Um... J'ai besoin d'aller aux toilettes.

HERGOTT : Pas de problème [inintelligible]. Pour le procès-verbal, et euh... Pour que cela soit consigné, il est dix-huit heures vingt-six [18:26].

WETTLAUFER : Wow!

HERGOTT : Nous allons faire une pause, d'accord.?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Vous vous rappelez où aller?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord.

[Aucune conversation entendue de 01:47:36 à 01:51:40 dur]

HERGOTT : Vous y êtes?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Avez-vous besoin de quoi que ce soit d'autre?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Vous en êtes sûre?

WETTLAUFER : Non, j'ai mangé un caramel.

HERGOTT : Ah, Oui? Parfait. Hmm... Pour le procès-verbal, il est...

WETTLAUFER : [Tousse]

HERGOTT : ... dix-huit heures trente [18:30] et nous reprenons là où nous en étions, D'accord, d'accord.... C'est bon pour vous?

18:30:26





WETTLAUFER : Ouais  
 HERGOTT : D'accord, voulez-vous poursuivre?  
 WETTLAUFER : Ouais, c'est bon.  
 HERGOTT : [Inintelligible] Donc Gladys, oh... donc cela remonte à novembre 2011.  
 WETTLAUFER : Mm hmm.  
 HERGOTT : À Caressant Care, um... ce document dit que Gladys était une patiente diabétique de type deux [2], um... et souffrait de démence.  
 WETTLAUFER : De démence sévère.  
 HERGOTT : Est-ce qu'elle... Ouais... Quel âge pensez-vous que Gladys avait?  
 WETTLAUFER : Quatre-vingt-dix [90], quatre-vingt-douze [92].  
 HERGOTT : Quatre-vingt-douze [92] ans, d'accord. Et où Gladys se trouvait-elle à Caressant Care?  
 WETTLAUFER : Aile est, trois [3] portes à partir du bureau principal, dans une chambre double.  
 HERGOTT : D'accord. Vous souvenez-vous de ses voisins de chambre ?  
 WETTLAUFER : Non.  
 HERGOTT : Non, D'accord.... um... Évidemment, ces questions se répètent et...  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Vous vous vous souviendrez peut-être de certains des voisins plus tard, euh... au cours de l'interrogatoire ici, c'est pourquoi je pose toujours les mêmes questions, euh... Parlez-moi un peu de Gladys, comment était-ell... Quel genre de personne était-elle quand vous vous occupiez d'elle?  
 WETTLAUFER : Um... eh bien, quand j'ai commencé à m'occuper d'elle, elle marchait, elle parlait, et elle avait ses facultés mentales, euh... Elle... ouah [rit]... une fois, elle a donné un coup de poing à un homme.  
 HERGOTT : Oh!  
 WETTLAUFER : Parce que... euh... Elle avait entendu les infirmiers dire à l'un des hommes « non, vous ne pouvez pas bousculer votre femme, vous devez venir avec nous » et elle s'est retournée et a dit : « vous ne pouvez pas traiter une femme ainsi », et boum!  
 HERGOTT : Et elle a frappé l'homme?  
 WETTLAUFER : Et elle a frappé l'homme.  
 HERGOTT : [Rit]  
 WETTLAUFER : Alors nous nous mettons tous à essayer de les empêcher de se battre entre eux et de les empêcher de nous blesser.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Oui, elle était très...  
 HERGOTT : [Éternue]

18:32:04



WETTLAUFER : ... audacieuse.  
 HERGOTT : Excusez-moi.  
 WETTLAUFER : Mais son état s'est détérioré rapidement.  
 HERGOTT : Ah Oui?  
 WETTLAUFER : En fait, um... elle était juste, euh, la démente... Elle ne prenait pas ses cachets comme il le fallait, elle ne mangeait pas bien... Une femme très têtue.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et euh... Comme d'habitude, j'ai eu cet élan puissant un soir, selon lequel cela devait être elle.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et je lui ai donné une surdose d'insuline.  
 HERGOTT : Avez-vous déjà eu ce sentiment en dehors du travail?  
 WETTLAUFER : Non, jamais.  
 HERGOTT : Non. Et avez-vous déjà eu ce sentiment en allant au travail en sachant que... que quelque chose allait se passer durant ce quart?  
 WETTLAUFER : Non, cela se passait toujours au travail.  
 HERGOTT : D'accord. Donc si je devais utiliser l'expression « impulsion sur le moment », serait-ce quelque chose...  
 WETTLAUFER : [Soupire]  
 HERGOTT : ... que vous sentiez simplement arriver, ou...  
 WETTLAUFER : Oui, je pense que vous pourriez dire que c'était euh...  
 HERGOTT : ... que cela s'accumulait?  
 WETTLAUFER : ... une impulsion sur le moment, mais cela... cela commençait habituellement, vous savez, sur un patient donné, puis je ressentais cet élan puissant, ce qui me faisait penser que c'était Dieu.  
 HERGOTT : D'accord, d'accord.  
 WETTLAUFER : Je suis si embarrassée.  
 HERGOTT : Eh bien, comme je l'ai dit, je ne suis pas là pour vous juger, hein...  
 WETTLAUFER : Je sais.  
 HERGOTT : D'accord, um... . Vous dites... vous... vous avez expliqué qu'il était difficile, vers la fin, de lui donner ses cachets, um... Vous rappelez-vous durant quel quart... vous travailliez quand vous avez fait l'injection à Gladys?  
 WETTLAUFER : Je crois que je travaillais... indifféremment le jour ou la nuit.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Parce que je sais que c'était vers la fin de mon quart...  
 [01:55:01 dur]

HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : ... que je l'ai fait, et la personne qui est venue pour le quart suivant... je crois que c'était la nuit, car cette personne qui est venue pour le quart suivant

18:33:32



l'a examinée entièrement, a appelé le médecin et l'a fait admettre en soins palliatifs, et...

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : ... lui a fait démarrer un plan pour la, pour la douleur, et...

HERGOTT : D'accord. Et vous rappelez-vous quelle quantité d'insuline vous lui avez donnée?

WETTLAUFER : Non, je ne m'en souviens pas.

HERGOTT : Vous rappelez-vous si c'était à action prolongée, à action brève, ou un mélange?

WETTLAUFER : Je... je crois qu'à cette époque, j'administrerais un mélange à tout le monde.

HERGOTT : D'accord. donc une fois... une fois... Mary était la première personne à qui vous avez donné, vous avez dit...

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : ... celle... celles à action prolongée et à action brève.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Et par la suite, c'était...

WETTLAUFER : À tout le monde.

HERGOTT : ... à peu près tout le monde à partir de là.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord, um... Et c'était également à Caressant Care?

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : Cette insuline provenait-elle du même endroit que...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : ... que d'habitude?

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : D'accord. Y a-t-il des caméras dans... dans les...

WETTLAUFER : Salles des médicaments?

HERGOTT : Salles des médicaments.

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Non?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Absolument rien?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : D'accord, donc vous pouvez accéder à ce que vous vouliez et...

WETTLAUFER : Eh bien... pas à tout ce que vous vouliez mais... ouais, dans la limite du raisonnable.

HERGOTT : Mais l'insuline... parce que vous avez dit...

WETTLAUFER : L'insuline.

HERGOTT : Il n'y avait même pas de traçabilité.

WETTLAUFER : Um... l'insuline, euh... ouais, l'insuline, hmm... nous pouvions prendre du valium, nous pouvions prendre du valium à injecter.

HERGOTT : Mm hmm.

18:34:31



WETTLAUFER : Um... Ouais, c'était assez facile d'y prendre les médicaments.  
 HERGOTT : D'accord, d'accord, um... et... Nous y reviendrons, désolé. J'allais vous poser une question à propos [inintelligible] euh... plus tard. Euh... savez-vous combien de temps s'est écoulé avant que Gladys décède?

WETTLAUFER : Je crois qu'elle est morte l'après-midi qui a suivi, ou cet après-midi-là.  
 HERGOTT : D'accord. Et savez-vous si vous étiez présente à ce moment-là?  
 WETTLAUFER : Non, je n'étais pas présente.  
 HERGOTT : Donc vous n'avez pas participé à la procédure de... de déclaration du décès et de remplissage du formulaire?

WETTLAUFER : Non, non.  
 HERGOTT : Um.  
 WETTLAUFER : Quand quelqu'un meurt, les choses semblent durer plus longtemps qu'en réalité.

HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Quand vous êtes là, si vous voyez ce que veut dire.  
 HERGOTT : Mm hmm. Oui, je vois.  
 WETTLAUFER : Ouais alors...  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Eh bien... désolée que vous connaissiez ça.  
 HERGOTT : Merci. Um... Concernant Gladys, vous rappelez-vous si vous avez travaillé le jour suivant, pour... pour apprendre son décès, ou...?

WETTLAUFER : Um... Je pense que j'ai travaillé deux [2] jours plus tard.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Je pense que j'ai travaillé le lendemain de sa mort, quel que soit le jour.  
 HERGOTT : D'accord. Qu'aviez-vous en tête durant... durant les jours qui suivaient une injection? Gladys, par exemple : vous lui avez injecté... euh... vous travailliez de nuit, c'est écrit ici, donc...

WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : De vingt-trois [23] heures à sept [7] heures, vous l'avez fait à cinq [5] heures, et vous rentrez chez vous et vous continuez votre vie, si vous avez un [1], deux [2], trois [3] jours de congé, peu importe?

WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : C'est-à-dire, quelles étaient vos pensées durant ces jours de congé?  
 WETTLAUFER : Je suis...  
 HERGOTT : Est-ce que vous vous demandiez quand...  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : ... quand Gladys allait mourir?

18:35:56



WETTLAUFER : Je me demandais si elle était morte; je me demandais, vous savez... si j'allais me faire prendre cette fois-là.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Vous savez, j'allais... chaque fois... chaque fois que j'arrivais, après le décès de quelqu'un, je me demandais toujours si cette fois j'allais me faire prendre.

HERGOTT : Mm hmm. Quelles conséquences envisagiez-vous si vous euh... vous voyez... « Mince, je vais être découverte », quelles conséquences pensiez-vous...

WETTLAUFER : La prison.

HERGOTT : ... risquer si... si cela devait arriver?

WETTLAUFER : Être renvoyée.

HERGOTT : À l'époque en 2011.

WETTLAUFER : Un licenciement, la prison, um... perdre le droit d'exercer.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : C'est exactement ce que je regarde maintenant.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Bien que je sois partie de moi-même au lieu d'être renvoyée, mais...

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : La prison, et ne plus être autorisée à exercer comme infirmière.

HERGOTT : Et en 2011, quand vous aviez ces sensations, de... Quand avez-vous commencé à penser, euh... dans votre esprit, à vous demander si cette fois vous vous feriez prendre?

[Ils parlent simultanément]

WETTLAUFER : Probablement.

HERGOTT : Est-ce arrivé avec Monsieur SILCOX?

WETTLAUFER : Probablement à chaque fois.

HERGOTT : Ou...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Ouais.

WETTLAUFER : Probablement à chaque fois.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord, um... Et Gladys... Pensez-vous, euh... qu'elle ait eu une réaction lorsque vous lui avez fait l'injection?

WETTLAUFER : Elle s'est un peu débattue.

HERGOTT : Ah Oui?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Qu'entendez-vous par là?

18:37:46



WETTLAUFER : Comme elle se débattait en s'agitant, donc j'ai trouvé un endroit sur elle, comme je l'ai dit, où je pouvais, où elle ne pouvait pas m'atteindre et me pincer.

HERGOTT : D'accord. Est-ce que c'était habituel qu'elle vous pince lorsque vous lui administriez ses médicaments?

WETTLAUFER : Oui, pincer, griffer, refuser d'ouvrir la bouche.

HERGOTT : Est-ce courant, chez les patients?

WETTLAUFER : Euh, ouais.

HERGOTT : Ouais, ouais, d'accord.

WETTLAUFER : Et, um, même avec les, les PSSP qui devaient changer son, euh, produit.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Parfois elle se débattait, elle les griffait et les pinçait et leur tirait les cheveux et, ouais.

HERGOTT : Pensez-vous que cela a pesé d'une quelconque façon sur vos actes envers Gladys?

WETTLAUFER : Um.

HERGOTT : Spécifiquement envers Gladys.

WETTLAUFER : Je ne sais pas, je pense qu'en partie, um, je pense qu'en partie oui, vous savez, son entêtement et tout, et...

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Ouais, ça a en quelque sorte pesé... « ben, d'accord, c'est toi la prochaine qui va partir ».

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Mais là encore, il y a toujours eu cet élan puissant, que j'ai identifié comme Dieu me disant que « c'est elle ».

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Ouais, « c'est comme ça que tu travailles pour moi ».

HERGOTT : D'accord. Avez-vous déjà tenté de lutter contre cette sensation?

WETTLAUFER : Plus tard, comme vous verrez.

HERGOTT : Mm hmm. D'accord. Mais quand vous sentiez cette émotion dans votre poitrine et, et votre ventre, est-ce que vous alliez directement chercher l'insuline?

WETTLAUFER : Um. Quasiment, oui. Dès que le reste de mon travail me laissait du temps.

HERGOTT : Mm hmm. De combien de patients vous occupiez-vous durant...

WETTLAUFER : Trente-deux [32].

HERGOTT : ...durant un [1] quart de travail?

WETTLAUFER : Trente-deux [32].

HERGOTT : Vous étiez responsable de toutes ces trente-deux [32] personnes?

[02:00:00 dur] 18:38:28



WETTLAUFER : Ouais, trente-deux [32].  
 HERGOTT : Donc, chaque infirmier en avait trente-deux [32]?  
 WETTLAUFER : Ouais, chaque infirmier, euh, enfin, chaque infirmier auxiliaire autorisé, chaque infirmier auxiliaire autorisé.  
 HERGOTT : D'accord. C'est une journée chargée...  
 WETTLAUFER : Mm hmm.  
 HERGOTT : Et, je sais que nous en avons parlé tout à l'heure, mais encore une fois, juste pour revenir sur le fait que vous, vous pensez que cela a joué un rôle dans tout ça.  
 WETTLAUFER : Je pense que oui.  
 HERGOTT : Le stress au travail...  
 WETTLAUFER : Je, oh, ouais, je le pense assurément.  
 HERGOTT : Parce qu'il se passait beaucoup de choses dans votre vie...  
 WETTLAUFER : Ouais, je pense assurément que le stress a joué un rôle, ça m'a peut-être rendue, ça a peut-être rendu mon esprit plus enclin à...  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : ... à tout ça.  
 HERGOTT : Hmm. Êtes-vous déjà allée au travail, um, sous l'emprise de l'alcool ou de médicaments?  
 WETTLAUFER : Um. Non.  
 HERGOTT : En avez-vous déjà consommé au travail?  
 WETTLAUFER : Oui.  
 HERGOTT : Des hydromorphes?  
 WETTLAUFER : Oui.  
 HERGOTT : D'accord. Souvent?  
 WETTLAUFER : [Elle souffle] Probablement une ou deux fois par semaine.  
 HERGOTT : Ouais?  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : D'accord. Et lorsque vous étiez à Carressant Care, où trouviez-vous vos hydromorphes?  
 WETTLAUFER : Oh, il y a plusieurs façons d'en obtenir.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Vous pouvez noter que quelqu'un a eu, noter que quelqu'un, pour qui c'était prescrit selon le besoin, en voulait.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et le prendre à sa place.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Vous pouvez, euh, leur prendre leur traitement habituel et s'ils ne sont pas en mesure de le remarquer...  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : ... le prendre à leur place.

18:39:38



HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Vous pouvez prendre leurs médicaments habituels, présentés en gélules, et s'ils sont en mesure de les identifier, ouvrir une gélule, en sortir le contenu...

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : ... refermer la gélule et leur donner la [inintelligible] gélule.

[Ils parlent simultanément]

HERGOTT : [Inintelligible]

WETTLAUFER : À prendre vous-même.

HERGOTT : Et habituellement, comment ingérez-vous l'hydromorphe?

WETTLAUFER : Je l'avalais simplement, je ne me l'injectais jamais, je ne la sniffais jamais.

HERGOTT : Ouais, d'accord. Et vous rappelez-vous quelle quantité vous avez donnée à Gladys?

WETTLAUFER : D'insuline?

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Je pense lui avoir donné quatre-vingts [80] ou soixante [60].

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Je pense.

HERGOTT : D'accord. Et sa réaction après... après, elle vous a pincée et s'est un peu débattue?

WETTLAUFER : Elle s'est calmée, puis um... plus tard l'infirmière suivante est venue, elle était rouge et transpirait, elle était incohérente, elle... ses signes sanguins... ses signes vitaux étaient tous au plus bas.

HERGOTT : Et comment savez-vous cela?

WETTLAUFER : Parce que j'étais en train de partir quand l'infirmière suivante est venue et elle... les PSSP sont venus la voir pour lui dire qu'il se passait quelque chose avec Gladys, et elle a dit « venez avec moi, il faut examiner Gladys. »

HERGOTT : Et avez-vous...?

WETTLAUFER : Um... effectivement, j'ai aidé à déplacer Gladys en soins palliatifs.

HERGOTT : D'accord. et vous souvenez-vous...?

WETTLAUFER : J'étais littéralement effrayée durant tout ce moment-là à l'idée qu'elle puisse dire que c'était quelque chose que j'avais fait.

HERGOTT : D'accord. Était-elle encore en mesure de communiquer à ce moment-là?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Vous rappelez-vous qui était l'infirmière qui vous a... pour la déplacer?

[Inintelligible]

18:40:57





WETTLAUFER : Karen, je ne me rappelle plus son nom de famille.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Si je m'arrête une minute, si je réfléchis une minute, je peux probablement m'en souvenir.  
 HERGOTT : D'accord. alors si cela vous revient...  
 WETTLAUFER : Um.  
 HERGOTT : C'est le genre de choses qui peuvent vous revenir en un instant, non?  
 WETTLAUFER : Ouais, RUTLEDGE.  
 HERGOTT : Karen RUTLEDGE.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Savez-vous si elle est encore là-bas?  
 WETTLAUFER : À ma connaissance, ouais.  
 HERGOTT : D'accord. Alors M<sup>me</sup> Helen YOUNG, c'est là que vous avez eu une sorte de période d'arrêt à nouveau...  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : De 2011 à 2013, en ce qui concerne les injections mortelles.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Mais il y a eu... et il n'y a même pas eu de tentatives?  
 WETTLAUFER : Non, pas à partir de novembre 2011, je rentrais de euh... croisière dans les Caraïbes.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et je me sentais coupable.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Je me sentais damnée, je me sentais désorientée, je ressentais que je ne voulais simplement plus le faire, je sentais que si je pouvais d'une manière ou d'une autre me connecter à Dieu suffisamment fort pour ne plus jamais le refaire...  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et j'ai donc passé beaucoup de temps à lire ma Bible et à prier, et à décider que je n'allais simplement plus le faire, donc j'ai eu cette pulsion étrange de le faire mais j'ai résisté en allant à l'église, en lisant ma Bible, en priant et en disant à Dieu que je ne croyais pas qu'il voulait que je recommence.  
 HERGOTT : Mm hmm. Quelle église fréquentiez-vous à cette époque?  
 WETTLAUFER : Um [passage masqué].  
 HERGOTT : Où cela se trouve-t-il?  
 WETTLAUFER : [Passage masqué]  
 HERGOTT : Oh, D'accord, ouais.  
 WETTLAUFER : [Passage masqué]

18:42:42



HERGOTT : [Passage masqué]  
 WETTLAUFER : C'est juste en face de [passage masqué].  
 HERGOTT : Ouais.  
 WETTLAUFER : [Passage masqué]  
 HERGOTT : [Passage masqué] Donc, concernant votre combat contre cela, ressentiez-vous encore cette sensation, disons... ce sentiment ardent?  
 WETTLAUFER : Parfois.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Mais je priais beaucoup pour cela et je... j'ai simplement prié beaucoup et lu ma Bible, je me suis beaucoup consacrée à ma foi et je me suis beaucoup consacrée à mon église.  
 HERGOTT : D'accord, bien. Et... et... manifestement, pour ce que vous nous avez raconté jusqu'à maintenant, cela a fonctionné.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Pour ce que vous avez indiqué par écrit.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Y a-t-il autre chose que nous devons savoir, qui se serait passé entre ces deux dates?

[02:05:01 dur]

WETTLAUFER : Non.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Non.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Je n'ai rien dit à personne, ni rien de ce genre.  
 HERGOTT : D'accord, sauf à [passage masqué], c'est le pasteur, désolé, quand avez-vous...?  
 WETTLAUFER : C'était... je le lui ai dit après Helen YOUNG.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : C'était après Helen YOUNG.  
 HERGOTT : Je vais simplement éteindre cela si ça continue à vibrer. Veuillez m'excuser pour ça.  
 WETTLAUFER : Pas de problème, il se peut que j'aie des gaz et que je doive m'en excuser.  
 HERGOTT : Alors... on reprend, hmm... Donc c'était après Helen?  
 WETTLAUFER : Que j'en ai parlé à [passage masqué], ouais.  
 HERGOTT : Bien, d'accord. Donc Helen était à Caressant Care. Où se trouvait, euh... Où se trouvait la chambre d'Helen?  
 WETTLAUFER : C'était la A5, j'avais été transférée du côté A, qui est la nouvelle unité, disons... relativement récente, de 10-12 ans d'ancienneté, j'étais au premier étage, j'étais l'infirmière responsable

18:44:16



du premier étage et elle était dans la chambre la plus proche du bureau infirmier.

HERGOTT : D'accord. Où... alors où le A était-il, où était-ce? Au cas où je devrais y aller.

WETTLAUFER : Umm.

HERGOTT : Dans Caressant care, serait-ce plus près de Fyfe ou plus près de Norwich Ave, quel côté, ou...?

WETTLAUFER : Alors il y a la maison de retraite.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Il y a la [inintelligible] maison de retraite.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : En allant vers le foyer de soins, il y a l'aile nord, l'aile sud, puis au bout du couloir de l'aile est il y a euh... l'unité une [1] et l'unité deux [2] dans un bâtiment, l'une au-dessus de l'autre, sur deux étages.

HERGOTT : Et quelle est la fonction de cette zone au sein de Caressant Care?

WETTLAUFER : Oh, c'était... c'était des chambres simples uniquement.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Donc Helen occupait sa propre chambre.

WETTLAUFER : Helen occupait sa propre chambre, ouais, il n'y avait que des chambres simples dans cette partie.

HERGOTT : D'accord, hmm... Et Helen était une patiente diabétique de type 2 et souffrait de démence?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord. Dites-m'en un peu plus à propos d'Helen.

WETTLAUFER : Euh... Helen faisait peine à voir, elle hurlait fréquemment à l'aide aux infirmiers, elle hurlait souvent qu'elle voulait mourir, sa vie la rendait malheureuse, elle ne faisait que rouler, rouler ici et là dans son fauteuil roulant, en disant « infirmier, aidez-moi », et quand vous alliez l'aider, « que voulez-vous? », « je n'ai pas besoin d'aide, allez-vous-en ». Et quand vous repartiez, « aidez-moi, infirmière, à l'aide ». Elle ne voulait pas manger, elle ne voulait pas boire, elle était très difficile à gérer.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Um... nous devons nous occuper d'elle en permanence et... ou nous disions « en quoi pouvons-nous vous être utiles? », « je veux mourir, pourquoi ne pouvez-vous pas m'aider à mourir? Je veux mourir. » Cela a fait comme un déclic à l'intérieur.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et cet élan puissant est réapparu et j'ai pensé « Bon, tu vas mourir. »

18:46:16



HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Donc euh... je lui ai administré une injection. Je suis allée la voir et lui ai dit « c'est contre votre douleur », je lui ai fait une injection d'insuline à action brève ou à action prolongée, et elle a commencé à se calmer, et euh... plus tard, nous l'avons mise au lit et je lui ai encore... encore donné de l'insuline, je crois que c'était de l'insuline à action prolongée.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Elle a eu des convulsions, elle est devenue rouge, elle était en hypersudation, les PSSP m'ont appelée à ses côtés, um... J'ai mesuré tous ses signes vitaux et j'ai fait semblant de mesurer sa glycémie, et j'ai dit...

HERGOTT : D'accord. Ouais.

WETTLAUFER : ... et j'ai dit « Oh, c'est normal, ne vous inquiétez pas. »

HERGOTT : Comment avez-vous fait avec ces personnes à côté?

WETTLAUFER : Parce que ce sont des PSSP.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : [Rit] Ne... non, ne laissez personne voir cette partie du...

HERGOTT : Ce n'est pas contre les PSSP.

WETTLAUFER : Non, mais ce que je veux dire, c'est que quand vous [inintelligible], c'est que les PSSP, euh... les infirmiers passent... les infirmiers s'occupent des médicaments.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et du traitement.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Les PSSP se consacrent à... ils étaient occupés, ils étaient occupés à faire sa toilette.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Occupés à la changer.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Ils s'occupaient de sa diarrhée et ils ne faisaient pas la partie du travail que j'étais en train de faire.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Donc ils ne pouvaient pas s'en apercevoir.

[La porte s'ouvre]

HOMME INCONNU : Désolé.

[La porte se referme]

WETTLAUFER : Où est mon hamburger?

HERGOTT : [Inintelligible]

WETTLAUFER : Donc ils ne pouvaient pas s'apercevoir um... que je ne mesurais pas sa glycémie parce que je prenais son pouls.

HERGOTT : D'accord.

18:47:42



- WETTLAUFER : J'ai tout fait par ailleurs pour qui ils ne remarquent pas que je ne l'avais pas fait parce qu'ils s'occupaient de tout le reste.
- HERGOTT : D'accord, et vous avez juste [inintelligible] normale.
- WETTLAUFER : J'ai dit « non, la glycémie est bonne, le taux est à cinq virgule six (5,6), elle est bonne.
- HERGOTT : Ce qui est... est une... une valeur qui, selon vous, était dans la moyenne et n'était pas préoccupante, cinq virgule six (5,6)?
- WETTLAUFER : Ouais.
- HERGOTT : Ouais.
- WETTLAUFER : Ouais.
- HERGOTT : Ou quoi que vous ayez dit.
- WETTLAUFER : Ouais.
- HERGOTT : D'accord, d'accord, um... Vous rappelez-vous les horaires de votre quart de travail cette fois-là?
- WETTLAUFER : L'après-midi, euh... de quinze [15] heures à vingt-trois [23] heures sans interruption à cette époque, et de quinze [15] heures à vingt-trois [23] heures sans interruption dans ce service.
- HERGOTT : Oh, d'accord.
- WETTLAUFER : Et cela a commencé légèrement en avance.
- HERGOTT : Ouais, d'accord. Et c'était une chambre individuelle, vous avez dit.
- WETTLAUFER : Ouais.
- HERGOTT : D'accord. Et vous ne vous rappelez pas hmm... quand M<sup>me</sup> YOUNG est morte?
- WETTLAUFER : Euh... un [1] ou deux [2] jours plus tard.
- [02:10:00 dur]
- HERGOTT : D'accord. Et savez-vous si vous étiez présente à ce moment-là?
- WETTLAUFER : Non, je n'étais pas là.
- HERGOTT : Y avait-il une procédure différente quand les patients décédaient dans cette aile, par rapport à celle où vous étiez auparavant?
- WETTLAUFER : Non, c'était exactement la même dans tout le foyer de soins, c'était exactement les mêmes règles.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : C'est juste que ce foyer de soins... cette aile du foyer de soins a été construite à la suite de um... la reprise de Nor Villa par le propriétaire.
- HERGOTT : Oh d'accord.
- WETTLAUFER : À Norwich.
- HERGOTT : D'accord.

18:48:54



WETTLAUFER : Donc tous les pensionnaires de Nor Villa ont été transférés dans la nouvelle partie du foyer de soins.

HERGOTT : D'accord, je comprends, d'accord.

WETTLAUFER : Donc c'est la seule raison, puis tous les résidents ont fini par être mélangés.

HERGOTT : Bien, d'accord. Donc sachant que cela faisait... cela faisait déjà quelques années, um... quand vous avez fait l'injection à euh... M<sup>me</sup> YOUNG et que vous avez réussi à lui donner la mort, qu'avez-vous senti, après ces quelques années, quand ces pulsions et ces sensations sont revenues?

WETTLAUFER : Je me sentais horriblement mal, j'étais en colère contre moi-même, je le vivais comme un échec personnel et comme si Dieu m'avait abandonnée.

HERGOTT : Mm hmm. Est-ce que vous continuiez à fréquenter l'église?

WETTLAUFER : Je continuais à aller à l'église, ouais.

HERGOTT : Et étiez-vous aussi croyante qu'auparavant?

WETTLAUFER : Umm... Je l'étais mais je devenais très désorientée, alors c'est peu de temps après que je suis allée voir le pasteur pour lui dire ce qui s'était passé.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et euh... il a prié pour moi et... parce qu'il a dit que c'était la dernière chose qu'il aurait pu imaginer de moi.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et sa femme était là aussi, et ils ont prié pour moi.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et ils m'ont dit « c'est la grâce de Dieu... »

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : ... mais si... si tu recommences, nous devons te dénoncer à la police. »

HERGOTT : Et où ces... où cette conversation a-t-elle eu lieu, à l'église?

WETTLAUFER : Dans... Non, chez eux, à table, dans la cuisine.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et j'ai continué à aller à leur église.

HERGOTT : Et avez... Quels détails avez-vous donnés lors de cette conversation avec [passage masqué]?

WETTLAUFER : Oh, je lui avais dit... Je lui ai dit que je donnais la mort à des personnes en leur administrant des surdoses.

HERGOTT : Que... Avez-vous des noms précis, ou les quantités d'insuline que vous donniez?

WETTLAUFER : Non, non.

HERGOTT : Le nombre de personnes?

18:50:35



WETTLAUFER : Je ne sais pas si je lui ai dit combien de personnes... juste que je le faisais et pendant combien de temps [inintelligible].

HERGOTT : D'accord. Et sa réponse a été de prier pour vous et de prier avec vous.

WETTLAUFER : Il a posé ses mains sur moi et j'ai mis ses mains sur moi, et on a prié.

HERGOTT : D'accord. Quelle euh... quelle religion cette église pratique-t-elle?

WETTLAUFER : [Passage masqué]

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Bien, D'accord. Um... Helen avait-elle de la famille dont vous vous souvenez, qui venait lui rendre visite?

WETTLAUFER : Oui, elle avait une nièce qui l'aimait vraiment beaucoup et qui venait au moins deux fois par semaine.

HERGOTT : Discutiez-vous avec elle parfois?

WETTLAUFER : Avant... avant qu'elle meure, ouais.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord. Quel âge a-t-elle?

WETTLAUFER : Elle, fin de cinquantaine [50], début de soixantaine [60].

HERGOTT : La nièce?

WETTLAUFER : La nièce, ouais.

HERGOTT : Et Helen, alors?

WETTLAUFER : Quatre-vingt-dix [90].

HERGOTT : Lui avez-vous parlé après la mort d'Helen, à sa nièce?

WETTLAUFER : Une fois.

HERGOTT : D'accord. Et quand ça?

WETTLAUFER : [Elle souffle] Je pense que c'était un jour ou deux [2] après, alors qu'elle rassemblait ses affaires, et elle a pleuré sur mon épaule et m'a remerciée d'avoir été gentille avec elle.

HERGOTT : Et encore une fois, quels étaient vos sentiments à ce moment-là?

WETTLAUFER : Oh, la culpabilité, la honte, la colère, la trahison, dans le sens où je l'avais trahie et non pas que j'avais été trahie.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Que je l'avais trahie.

HERGOTT : Et lui avez-vous exprimé une quelconque émotion à ce moment-là?

WETTLAUFER : Um... j'ai juste... vous voyez... Je l'ai serrée dans mes bras en retour et je lui ai dit à quel point j'étais navrée.

HERGOTT : Ouais.

WETTLAUFER : Mais à ce moment-là j'étais dans une grande confusion, sans savoir si c'était Dieu ou pas.

18:52:07



HERGOTT : Et quand vous avez recommencé à faire cela, aviez-vous... en plus des sentiments religieux que vous aviez... d'autres euh... sentiments hmm... personnels à l'esprit, comme reconnaître à nouveau la différence entre le bien et le mal?

WETTLAUFER : Oui, Oui, je connaissais la différence entre le bien et le mal mais je pensais que c'était quelque chose que Dieu, ou qui que ce soit d'autre, voulait que je fasse.

HERGOTT : Donc quand vous étiez...

[Ils parlent simultanément]

WETTLAUFER : À ce moment-là, j'ai commencé à... à douter que ce soit Dieu.

HERGOTT : D'accord. Quand vous avez recommencé à le faire?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord, bien, d'accord. Vous souvenez-vous d'une autre personne qui travaillait avec vous ce jour-là?

WETTLAUFER : Um... Des PSSP, mais je ne me rappelle pas leur nom.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et...

HERGOTT : Combien étaient-ils?

WETTLAUFER : Trois [3].

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Il devait y avoir un étudiant aussi, je pense.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Mais je ne m'en souviens pas.

HERGOTT : Et il y avait trente-deux [32] patients dans cette aile aussi.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Dont vous étiez responsable, d'accord. Depuis um... mars 2014.

M<sup>me</sup> Maureen PICKERING, à Caressant Care...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Parlez-moi de Maureen.

WETTLAUFER : Hmm... Maureen était pénible.

HERGOTT : Mm hmm.

[02:15:00 dur]

WETTLAUFER : Um... Elle agressait tous les patients, elle leur tirait les cheveux, elle les frappait, elle les pinçait, même, um... Il a été décidé qu'elle nécessitait une attention individualisée donc parfois, ils [inintelligible], des PSSP restaient avec elle, et parfois quelqu'un venait de l'extérieur pour être avec elle.

18:53:47





HERGOTT : Mm hmm.  
WETTLAUFER : Mais quand il n'y avait pas une [1] seule personne de disponible, c'était le rôle de l'infirmier responsable.

HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Et c'était dingue.  
HERGOTT : Ouais.  
WETTLAUFER : Désolée.  
HERGOTT : Ouais.  
WETTLAUFER : C'était complètement dingue.  
HERGOTT : Mm hmm.  
WETTLAUFER : Donc um... il est simplement devenu de plus en plus difficile de s'occuper d'elle et une [1] nuit, alors que je l'avais... que je l'avais sous ma garde, j'ai eu cette idée, vous voyez... [souponner]. J'ai commencé à avoir ce sentiment, cette pulsion, de nouveau. J'ai pensé « non, je ne veux pas qu'elle meure, mais si je pouvais d'une manière ou d'une autre lui donner une dose suffisante pour la plonger dans le coma...

HERGOTT : Mm hmm.  
WETTLAUFER : ... quelque chose qui modifierait ses ondes cérébrales, peut-être que ça la rendrait moins mobile et moins difficile à gérer ».

HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Alors... Ouais, je lui ai administré une surdose.  
HERGOTT : D'accord. Et c'était dans la même aile?  
WETTLAUFER : Oui, elle se trouvait juste en face, elle avait été placée dans la chambre qu'Helen avait occupée.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Ouais, elle était juste en face du bureau infirmier.  
HERGOTT : D'accord. Donc bien sûr, une chambre simple, à cette époque.  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : [Inintelligible]  
WETTLAUFER : Cette nuit-là, elle a fait un AVC et durant son AVC elle est allée à l'hôpital, et quand elle est sortie, elle est restée quelques jours là-bas à [inintelligible], maison de retraite pendant quelques jours, puis elle est morte, alors ils ont forcé [inintelligible] de l'hôpital et j'ai été renvoyée de Caressant Care.

HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Pour des erreurs de médicaments qui n'avaient rien à voir avec ça.  
HERGOTT : D'accord. Quand vous... quand vous avez été transférée dans l'aile A, est-ce que vous continuiez à vous procurer les médicaments de la même manière? Les gèrent-ils de la même manière?

WETTLAUFER : Ouais, parce qu'il y a [inintelligible].

18:55:22



HERGOTT : D'accord, d'accord, et donc, désolé... Maureen, euh, M<sup>me</sup> PICKERING a été transférée de Caessant Care à l'hôpital.

[Ils parlent en même temps]

WETTLAUFER : Puis elle est revenue.

HERGOTT : Puis elle est revenue.

WETTLAUFER : Ouais [inintelligible]

HERGOTT : [inintelligible] Est-ce que vous vous souvenez au bout de combien de temps?

WETTLAUFER : Deux [2] jours, je pense.

HERGOTT : Et...

WETTLAUFER : Mais ils savaient qu'elle était dans un état complètement végétatif à son retour.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Parce qu'elle était...

HERGOTT : Donc, en gros, elle est revenue pour décéder?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : À Caessant Care?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : A-t-elle été placée en soins palliatifs à son retour?

WETTLAUFER : Non, elle avait sa propre chambre.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : La chambre des soins palliatifs était réservée aux personnes qui n'avaient pas leur propre chambre.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Pour que les familles puissent venir et rester avec elles.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et pour, vous savez, ne pas être forcément dans la résidence et ne pas être dérangés par les autres résidents.

HERGOTT : D'accord, bien. Est-ce que vous vous rappelez quelle quantité d'insuline vous avez donnée à M<sup>me</sup> PICKERING?

WETTLAUFER : [Elle souffle] C'était beaucoup, c'était beaucoup, euh, je dirais quatre-vingts [80] à action prolongée et soixante [60] à action brève, quelque chose comme ça, c'était beaucoup d'insuline.

HERGOTT : Pourquoi autant, pour elle?

WETTLAUFER : Je n'étais pas sûre de si elle allait mourir ou pas, et je souhaitais réellement m'assurer qu'elle, euh, que son esprit changerait un peu avant qu'elle ne revienne.

HERGOTT : Donc l'insuline lui a provoqué...

WETTLAUFER : Un accident vasculaire cérébral.

HERGOTT : ... un accident vasculaire cérébral, d'où la... la raison de son transfert à l'hôpital.

18:56:43



WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Um. Est-ce que vous vous souvenez si elle a eu une réaction pendant que vous lui faisiez les injections?

WETTLAUFER : Non, absolument aucune.  
 HERGOTT : Est-ce que vous vous rappelez quel type de, pardon, désolé... Dans quelle partie du corps lui avez-vous fait les injections?

WETTLAUFER : Son bras.  
 HERGOTT : Gauche? Droit?  
 WETTLAUFER : Um. Gauche, le bras gauche.  
 HERGOTT : Et aucune réaction, elle n'a pas?...

WETTLAUFER : Um  
 [Ils parlent en même temps]

HERGOTT : [inintelligible]  
 WETTLAUFER : Oh, ouais, à la première injection, elle a dit « hey, c'était pour quoi, ça? » et je lui ai répondu « c'est votre, c'est votre injection de vitamines ».

HERGOTT : C'est –comme vous l'avez dit– ce que vous disiez habituellement aux personnes.

WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : D'accord. Au bout de combien de temps lui avez-vous administré la dose suivante?

WETTLAUFER : Probablement une heure et demie, deux [2] heures.  
 HERGOTT : D'accord. Et c'était vers quelle heure, vous disiez? Désolé...  
 WETTLAUFER : Oh, je ne sais pas.  
 HERGOTT : Vous étiez encore...  
 WETTLAUFER : Huit [8] heures.  
 HERGOTT : ...en service d'après-midi, n'est-ce pas?  
 WETTLAUFER : Ouais, huit [8] ou neuf [9] heures du soir.  
 HERGOTT : D'accord, d'accord. Ouais, je lis ici qu'à huit [8] heures, vous lui avez donné quatre-vingts [80] unités d'insuline à action prolongée.

WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : D'accord, est-ce que, euh, M<sup>me</sup> PICKERING... Est-ce que vous vous rappelez si elle avait de la famille?

WETTLAUFER : Elle avait deux [2] amis qui venaient la voir souvent et elle avait un compagnon qui venait la voir.  
 HERGOTT : D'accord. Quel âge avait-elle?  
 WETTLAUFER : Quatre-vingt-deux [82] ans.  
 HERGOTT : Quel âge avait son compagnon?  
 WETTLAUFER : Oh, je n'en ai aucune idée.  
 HERGOTT : Non?  
 WETTLAUFER : Non.

18:58:02



- HERGOTT : Mais il venait régulièrement lui rendre visite?  
[inintelligible]
- WETTLAUFER : Il venait lui rendre visite. Ouais.
- HERGOTT : Ouais [inintelligible]. Y avait-il des restrictions concernant les visites, certains horaires?
- WETTLAUFER : Um, pas vraiment. S'ils souhaitent venir tard le soir, ils devaient nous en informer.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : Comme ça, on pouvait les laisser entrer et sortir.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : Si besoin. Et... et c'était plutôt pour les personnes en soins palliatifs.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : Mais non, il n'y avait pas de réelles restrictions, je veux dire, il y avait des cas particuliers de patients pour qui des restrictions s'appliquaient, comme l'interdiction de sortir du bâtiment avec telle ou telle personne, ou autre, et si jamais ces personnes se présentaient, il fallait appeler la police, ce genre de choses.
- [02:20:10 dur]
- HERGOTT : D'accord. Est-ce que... est-ce que vous vous rappelez si vous étiez présente lorsqu'elle est décédée?
- WETTLAUFER : Je n'étais pas là.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : J'avais déjà été licenciée.
- HERGOTT : D'accord. Donc, désolé, entre le moment où elle... Quand avez-vous été licenciée?
- WETTLAUFER : Um, fin mars, début avril.
- HERGOTT : Est-ce que c'était pendant qu'elle était à l'hôpital ou est-ce qu'elle était revenue et ensuite...
- WETTLAUFER : Elle était revenue, j'ai été licenciée après.
- HERGOTT : ... t ensuite, elle a vécu quelques jours de plus.
- WETTLAUFER : Ouais.
- HERGOTT : Vous avez été licenciée pendant cette période...
- WETTLAUFER : Ouais.
- HERGOTT : ... t ensuite, elle est décédée.
- WETTLAUFER : Pour des actes qui n'ont rien à voir avec elle, mais je peux me tromper dans la chronologie.
- HERGOTT : Mm hmm.
- WETTLAUFER : ... ça a pu être en février.
- HERGOTT : Mm hmm.

18:59:15



WETTLAUFER : Parce que je sais que, je sais qu'à la mi-avril, je travaillais à nouveau, au um, au foyer de soins infirmiers Meadow Park.

HERGOTT : Et c'est à London?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Quelle a été la, le motif de votre, votre licenciement à cette époque?... Désolé. C'est à cause d'une erreur de médicaments à Caressant Care?

WETTLAUFER : J'ai fait, fait plusieurs erreurs de médicaments et, assez bizarrement, involontairement, l'une [1] de nos résidentes n'avait pas eu la dose d'insuline à action prolongée qu'elle avait généralement au dîner.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et ça venait de la pharmacie, mais je voulais m'assurer qu'elle aurait bien son insuline.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Mais j'ai pris l'insuline d'une autre personne, et je pensais que c'était la même insuline, alors qu'elle était à action brève.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et ça lui a provoqué des convulsions, car elle n'y était pas habituée et ça s'est, ça s'est bien passé; nous, nous l'avons aidée et elle a fini par aller mieux.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Mais lorsqu'ils s'en sont rendu compte, j'ai été licenciée parce que j'avais, j'avais fait d'autres erreurs de médicaments avec [inintelligible].

[02:21:47 le son saute pendant une seconde, et le gendarme-détective HERGOTT pose une question que l'on n'entend pas]

WETTLAUFER : Non, non, des choses différentes, des gouttes ophtalmiques, euh, beaucoup de choses différentes.

HERGOTT : Et à quoi pensez-vous que cela était dû?

WETTLAUFER : Quoi, les erreurs de médicaments?

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : La charge de travail, ouais.

HERGOTT : Est-ce que cela avait un lien quelconque avec... En consommiez-vous encore à ce moment-là?

WETTLAUFER : Um, vous savez, je n'en ai jamais fait, je n'en ai jamais fait, au travail là-bas, je n'ai jamais fait une erreur de médicaments à mon travail, jamais.

HERGOTT : Hors de votre vigilance?...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Avez-vous provoqué l'un de ces décès alors que vous en consommiez?

WETTLAUFER : Non, aucun.

HERGOTT : Donc aucune erreur de médicaments, aucun décès...

WETTLAUFER : ...quand j'en consommais.

19:00:56



HERGOTT : En respirant, est-ce que toute la charge d'émotion au niveau de votre poitrine, de votre ventre [inintelligible]?

WETTLAUFER : Ouais, un élan et puis ce, ouais, et puis ce rire ensuite, qui était vraiment comme un ricanement venu des profondeurs de l'enfer, si cela veut dire quelque chose.

HERGOTT : Mm hmm. Est-ce que ce ricanement est revenu, euh, lorsque M<sup>me</sup> YOUNG a reçu des injections d'insuline?

WETTLAUFER : Um.

HERGOTT : Après, après, cette pause de deux [2] ans?

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : Ouais?

WETTLAUFER : Oui, c'est revenu, c'est devenu un ricanement.

[Ils parlent en même temps]

HERGOTT : Mêmes émotions, même ricanement?

WETTLAUFER : Mêmes émotions, même ricanement.

HERGOTT : Bien, ensuite, vous... Avez-vous travaillé ailleurs entre Caressant Care et Meadow Park?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : D'accord. Est-ce que vous êtes passée directement de l'un à l'autre?

WETTLAUFER : Quasiment. En moins d'un mois.

HERGOTT : Et, et ces erreurs de médicaments ont-elles été consignées dans une lettre de référence ou...?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Avez-vous été informée d'une chose de ce genre, comme quoi, à Meadow Park, euh, on savait la raison pour laquelle pour étiez...?

WETTLAUFER : Umm.

HERGOTT : ... partie de Caressant Care?

WETTLAUFER : Je l'ai dit à la personne, à la personne qui m'a embauchée à Meadow Park. Elle m'a dit qu'elle avait trouvé mon CV quelque part.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Mais je n'ai jamais postulé à Meadow Park.

HERGOTT : Oh, vraiment?

WETTLAUFER : Elle avait trouvé mon CV quelque part et elle m'avait appelée parce qu'ils avaient besoin d'une infirmière.

HERGOTT : Ah, d'accord.

WETTLAUFER : Donc, lorsque nous avons eu notre entretien, elle s'appelait Heather, mais je ne me souviens pas de son nom de famille, elle n'y travaille plus maintenant, um, lorsque nous avons eu notre entretien, elle m'a demandé « pourquoi êtes-vous partie » et je lui ai répondu, j'ai dit « je vais être entièrement honnête avec vous, j'ai

19:02:19



été licenciée pour des erreurs de médicaments, et elle m'a dit « eh bien, racontez-moi ce qui s'est passé », et je lui ai raconté.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et elle m'a dit « d'accord, eh bien, moi, je crois aux deuxièmes chances, donc vous êtes engagée, en temps plein, les après-midis », et c'était un contrat d'un [1] an.

HERGOTT : D'accord, et combien de temps étiez-vous restée sans emploi à l'époque?

WETTLAUFER : Un mois.

HERGOTT : Juste un mois?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord et vous faisiez les allers-retours pour aller travailler, vous viviez toujours à Woodstock à cette époque?

WETTLAUFER : Je vivais encore à Woodstock et je faisais la navette.

HERGOTT : Tous les après-midi?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Qu'est-ce que c'était, quels étaient les horaires pour vos après-midis de travail?

WETTLAUFER : Euh, soit de six heures trente [6:30], non, pardon, soit de quatorze heures trente [14:30] à vingt-deux heures trente [22:30], soit de trois heures [3] à vingt-trois heures [23].

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Je n'en suis plus sûre.

HERGOTT : Donc, quand vous êtes arrivée à Meadow Park, quelle a été la différence par rapport à la charge de travail, les patients dont vous vous occupiez [inintelligible]?

WETTLAUFER : Aucune différence. [Elle rit]

HERGOTT : Trente-deux [32] patients?

WETTLAUFER : Extrêmement similaire, la seule différence, c'était que, um, les IAA faisaient le, euh, s'il y avait des pansements à faire pendant la nuit, les IAA faisaient les pansements aux patients pendant la nuit, même si c'était mes patients.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Mais en dehors, en dehors de ça...

HERGOTT : C'était la même chose?...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord. Et, um, votre super... [inintelligible] superviseure, à ce moment-là, à Meadow Park, c'était la même personne que celle qui vous avait embauchée?

[00:25:04 dur]

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : C'était elle l'infirmière surveillante.

19:03:40



HERGOTT : C'était donc votre superviseuse directe?  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : D'accord, um. Donc, Arpad ou Art HORVATH.  
WETTLAUFER : Oui?  
HERGOTT : Parlez-moi un peu de lui.  
WETTLAUFER : Um. Il était méchant, il essayait d'agripper les infirmiers et les, et les PSSP à chaque fois qu'ils essayaient de faire quelque chose pour lui, il les agrippait, leur tordait les bras, il leur donnait des coups de poing, c'était très difficile de lui faire, euh, ses soins et, euh, une [1] nuit, j'ai juste ressenti cet élan et j'ai pensé « tu dois partir ».

HERGOTT : Avait-il fait quelque chose cette nuit-là?  
WETTLAUFER : Non, pas vraiment, il avait juste eu son comportement habituel, et il a lutté, il a lutté face à la première aiguille.  
HERGOTT : Mm hmm.  
WETTLAUFER : Puis, um, la deuxième aiguille, je lui ai administrée. Et j'ai oublié quelque chose concernant Maureen...  
HERGOTT : Mm hmm.  
WETTLAUFER : Je lui avais donné une dose de ce produit que nous lui avons donné pour la calmer, avant même de lui administrer la première dose d'insuline, j'avais oublié ça [inintelligible].

[Ils parlent en même temps]

HERGOTT : D'accord, donc vous lui avez donné [inintelligible]?  
WETTLAUFER : C'est marqué là-dedans?  
HERGOTT : À propos de Maureen?  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : Je ne crois pas.  
WETTLAUFER : Je lui avais donné un sédatif avant même de lui administrer la première dose d'insuline.  
HERGOTT : Non, vous avez dit que vous lui aviez donné du Haldol.  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : Ouais. Et vous vous rappelez l'avoir fait?  
WETTLAUFER : Oui, je m'en souviens.  
HERGOTT : Et ensuite, les deux [2] injections d'insuline, est-ce que ça l'a calmée, est-ce que le Haldol l'a calmée, est-ce que vous vous en souvenez?  
WETTLAUFER : Non, non, ça ne l'a pas calmée. Donc Art, je lui ai donné une grosse quantité d'insuline à action brève et une grosse quantité à action prolongée entre chaque injection.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Et ensuite, quand je suis partie pour la nuit, il allait encore bien. Quand je suis revenue le lendemain pour travailler, on m'a dit qu'il avait eu un accident vasculaire cérébral, un grave accident vasculaire cérébral et qu'il était parti à l'hôpital et...

19:05:27





...l'infirmière à qui j'ai parlé, qui avait travaillé la nuit précédente, elle m'a demandé « tu sais à quel point sa glycémie était basse? », je lui ai répondu « à quel point? », et elle a dit « oh, autour de un virgule [1,] quelque chose », puis, puis, elle m'a dit « mais tu sais quoi, je suis rentrée chez moi et j'ai fait des recherches...

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : ...et parfois, le fait d'avoir un accident vasculaire cérébral peut faire chuter la glycémie ».

HERGOTT : Vraiment?

WETTLAUFER : Ouais. [Elle rit] C'est ça qu'elle m'a dit.

HERGOTT : Ça a dû vous paraître étrange?...

WETTLAUFER : Ouais, c'était étrange, mais ouais. Donc, il est resté en vie encore quelques jours, puis il est décédé.

HERGOTT : Est-ce que vous vous rappelez qui était cette infirmière?...

WETTLAUFER : Umm.

HERGOTT : ...avec qui vous avez parlé?

WETTLAUFER : C'était l'infirmière de nuit, euh, une petite femme originaire des Philippines, c'est tout ce dont je me souviens.

HERGOTT : D'accord, d'accord. Um. Et, est-ce que vous vous souvenez à quelle heure de la nuit vous avez fait les injections à Art?

WETTLAUFER : Um, je dirais à dix-neuf heures trente [19:30] puis à vingt-et-une heures trente [21:30].

HERGOTT : D'accord. Et um, ses réactions?

WETTLAUFER : Il s'est débattu.

HERGOTT : C'est vrai?

WETTLAUFER : Ouais, il se débattait pour tout.

HERGOTT : Est-ce qu'il... Lorsque vous faisiez ça, est-ce que vous parliez à ces personnes, lorsque vous leur faisiez les injections?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Vous ne leur disiez jamais rien?

WETTLAUFER : Non, sauf s'ils me demandaient ce que j'étais en train de faire, alors je leur disais juste que c'était leur injection de vitamines.

HERGOTT : D'accord, mais en ayant ce, et je sais que c'est indiqué ici, plusieurs fois, en ayant ce sentiment de colère et, et de frustration, est-ce qu'il vous arrivait de...

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : ... vous ne disiez jamais rien pour verbaliser votre, votre colère envers telle ou telle personne, pendant que vous lui faisiez une injection?

WETTLAUFER : Non, jamais.

HERGOTT : Et Art, alors... Um. Où lui avez-vous fait les injections?

19:07:00



WETTLAUFER : [Elle soupire] Son bras.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et sa cuisse.  
 HERGOTT : D'accord. Et que lui avez-vous dit à ce moment-là, concernant ce que vous étiez en train de lui donner? L'a-t-il demandé?  
 WETTLAUFER : Um, en quelque sorte, en quelque sorte. Mais ensuite j'ai [inintelligible] avoir votre médicament, j'ai fini par la lui administrer.  
 HERGOTT : D'accord, d'accord. Et est-ce qu'il y a eu une réaction immédiate sur lui, ou pas? Est-ce qu'il a, est-ce qu'il a eu tout de suite un accident vasculaire cérébral?  
 WETTLAUFER : Non, pas avant que je parte.  
 HERGOTT : D'accord. Et ensuite, c'est quand vous êtes revenue le lendemain et que vous avez eu cette conversation avec cette...  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : ... petite infirmière originaire des Philippines.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Je ne me souviens pas de son nom.  
 HERGOTT : Ce n'est pas grave. Um, les quatre [4] ou cinq [5] jours suivants, quand il est décédé... Est-ce que vous vous souvenez si ça s'est passé après son retour à Meadow Park ou pendant qu'il était à l'hôpital?  
 WETTLAUFER : Ouais, ça s'est passé à l'hôpital, ça a dû être...  
 HERGOTT : D'accord. Il n'est jamais revenu?  
 WETTLAUFER : ... ça a dû être juste deux [2] ou trois [3] jours, ça m'a paru être quelque chose comme quatre [4] ou cinq [5] jours...  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et sa famille était dévastée, absolument dévastée.  
 HERGOTT : Comment était son, euh, état de santé à ce moment-là, avant que vous ne lui fassiez les injections?

[Ils parlent en même temps]

WETTLAUFER : En dehors de, en dehors de sa démence?  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Il était plutôt solide.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Il était en fauteuil roulant, mais il avait bon appétit et il était solide et...  
 HERGOTT : Quel âge avait-il?  
 WETTLAUFER : Je dirais, peut-être soixante-dix-huit [78] ans.  
 HERGOTT : D'accord, et qui étaient les membres de sa famille?  
 WETTLAUFER : Il avait un fil, prénommé Art.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Qui, euh, faisait, um, des spectacles de monologues comiques.

19:08:21



HERGOTT : Oh, ah bon? D'accord.  
WETTLAUFER : Ouais. Mais je pense que c'était juste dans des soirées de type Scène ouverte.  
HERGOTT : D'accord. [02:30:00 dur]  
WETTLAUFER : Ensuite sa, sa femme.  
HERGOTT : D'accord, très bien.  
WETTLAUFER : C'est tout ce dont je me souviens, je sais qu'il y en avait d'autres, mais ce sont les seuls que je connais.  
HERGOTT : Est-ce que vous vous souvenez s'il avait d'autres fils ou filles, ou simplement d'autres membres de sa famille dont vous pourriez vous souvenir?  
WETTLAUFER : Il y avait d'autres membres de sa famille impliqués, mais je ne me souviens pas.  
HERGOTT : D'accord, d'accord. Um. Avez-vous eu des interactions avec sa famille? Vous avez dit qu'ils étaient dévastés. Quand avez-vous appris cela et comment l'avez-vous appris?  
WETTLAUFER : Oh, c'est qu'ils sont venus pour récupérer ses affaires dans sa chambre.  
HERGOTT : Après son décès?  
WETTLAUFER : Pendant qu'il était encore à l'hôpital.  
HERGOTT : D'accord.  
WETTLAUFER : Ils sont venus pour vider [inintelligible] affaires et, après son décès, ils sont revenus pour prendre le reste.  
HERGOTT : D'accord. Qu'avez-vous ressenti lors de votre conversation avec eux?  
WETTLAUFER : Horrible! Um. Encore une fois, comme si je les avais trahis.  
HERGOTT : Mm hmm. Comment vous sentez-vous, là, maintenant?  
WETTLAUFER : Est-ce que je peux retourner aux toilettes?  
HERGOTT : Ouais ouais.  
WETTLAUFER : Je sais que nous avons bientôt fini.  
HERGOTT : Effectivement. Je vois qu'il est dix-neuf heures dix [19:10].  
WETTLAUFER : Bien.

[WETTLAUFER quitte la pièce à 02:31:13 et le gendarme-détective HERGOTT quitte la pièce à 02:31:18]

[IAucune conversation audible entre 02:31:18 et 02:34:49]

HERGOTT : [inintelligible]  
WETTLAUFER : Non merci.  
HERGOTT : [inintelligible]  
WETTLAUFER : D'accord.

[WETTLAUFER et le gendarme-détective HERGOTT entrent dans la pièce à 02:34:57]

19:13:30



[02:35:00 dur]

HERGOTT : Bon, nous revoici. Je vois qu'il est dix-neuf heures quatorze [19:14].

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : Reprenons... Um. Nous en étions à Art.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Monsieur HORVATH, au, euh, foyer de soins infirmiers Meadow Park et, et, je ne, terminons cela, Meadow Park, c'est à London, n'est-ce pas?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Nous avons déjà parlé de vos allers-retours pour vous rendre au travail. Bien, d'accord. Y a-t-il quelque chose dont vous vous souvenez à propos de Art?

WETTLAUFER : Pas vraiment... Eh bien, c'était un chasseur de gros gibier.

HERGOTT : Ah oui?

WETTLAUFER : Et il avait des photos de ça partout [inintelligible].

HERGOTT : Ouais. Avez-vous eu des conversations avec ces personnes, sur ce qu'ils faisaient comme travail, sur ce type de choses... Est-ce que vous vous souvenez de détails de ce genre, comme pour Art par exemple?

WETTLAUFER : Eh bien, Art était un chasseur de gros gibier, Maurice, je ne sais pas, James, je ne sais pas. Non, en fait, je crois que je ne l'ai jamais vraiment fait.

HERGOTT : Ouais, d'accord, très bien. Et à Meadow Park, où preniez-vous l'insuline?

WETTLAUFER : Là aussi dans le, dans le réfrigérateur des fournitures médicales.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et [inintelligible]

HERGOTT : Et là non plus, elle ne faisait l'objet d'aucune traçabilité ?

WETTLAUFER : Mm hmm.

HERGOTT : D'accord, et pourquoi ça?

WETTLAUFER : Je ne sais pas, l'insuline n'est pas un produit qui fait généralement l'objet d'une traçabilité.

HERGOTT : D'accord, simplement parce que ce n'est pas un sujet de préoccupation pour le foyer?

WETTLAUFER : Ouais. En fait, je pense que c'est le cas désormais, et que certains foyers assurent une traçabilité maintenant.

HERGOTT : Mm hmm, d'accord. C'était juste une question par curiosité. C'est ma méconnaissance de , de tout ça, c'est tout.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord, très bien. Um. Vous avez un passage dans vos, à la page, à la quatrième [4<sup>e</sup>] page de ce document que vous avez rédigé et avant que, euh... Quand avez-vous écrit cela, je sais que c'est daté du vingt-quatre [24] septembre...

WETTLAUFER : Oui, c'est à cette date que je l'ai écrit.

19:15:23



HERGOTT : Vous avez écrit tout ce document à ce moment-là?

WETTLAUFER : Les vingt-quatre [24] et vingt-cinq [25].

HERGOTT : Où étiez-vous, à ce moment-là?

WETTLAUFER : J'étais au foyer, au, euh, CAMH.

HERGOTT : Et qu'est-ce qui vous a poussée à rédiger ce document?

WETTLAUFER : Le médecin m'a conseillé de le faire.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Pas, pas pour le donner à la police, mais il a dit que si je le mettais par écrit, cela serait bon dans le cadre de ma thérapie.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Donc...

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et ça m'a enlevé beaucoup de pression et ça m'a aidé à vraiment éclaircir le fait que : non, ce n'était pas Dieu, c'était un problème psychologique chez moi qui me faisait croire que c'était Dieu.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Ça m'a vraiment aidé à éclaircir ce point.

HERGOTT : Bien, et l'original de ce document?...

WETTLAUFER : Il est dans mon sac, à l'arrière de votre voiture.

HERGOTT : Et nous allons, nous, nous en reparlerons plus tard, mais est-ce que vous accepteriez de nous fournir ce document original?

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : Et nous allons y venir. Um.

WETTLAUFER : Avez-vous un cachet que vous pourriez y apposer pour indiquer que c'est l'original?

HERGOTT : Um, je ne pense même pas que nous aurons à le faire.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : Nous vous ferons signer un formulaire de consentement, mais nous, nous...

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : En reparlerons.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : Um, seulement si vous le souhaitez, bien entendu, um... Il y a un passage, sur la quatrième page, ici, intitulé : « Personnes qui ne sont pas décédées »...

WETTLAUFER : Mm hmm.

HERGOTT : Que pouvez-vous me dire à ce sujet?

WETTLAUFER : D'accord, Clotilda ADRIANO.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : C'est la toute première personne à qui j'ai donné de l'insuline supplémentaire.

HERGOTT : D'accord.

19:16:49



WETTLAUFER : Je pense que je lui ai donné quarante [40] unités, j'ai juste... Là encore, j'ai ressenti cet élan, mais ce n'était pas tant que j'avais envie qu'elle meure, c'était plutôt « voyons ce qui va se passer ». Et je lui ai donné de l'insuline plus d'une [1] fois.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Uh. Albino

HERGOTT : Et... Désolé, mais c'était avant Monsieur SILCOX, n'est-ce pas?

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : Donc ça a été la première personne...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : ... à qui vous avez injecté de l'insuline?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Où ça?... À Caressant Care?

WETTLAUFER : À Caressant Care.

HERGOTT : Et où était sa chambre?

WETTLAUFER : Sa chambre était dans l'aile est, deuxième [2<sup>e</sup>] porte à gauche.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et dans l'aile est, la première [1<sup>re</sup>] porte à gauche, c'était sa sœur, Albina, elle était diabétique.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Um. Elle, c'était, octobre 2007.

HERGOTT : Désolé, c'était sa sœur?

WETTLAUFER : Clotilda et Albina étaient sœurs, oui.

HERGOTT : Oh, d'accord.

WETTLAUFER : Um, ensuite, il y a eu Wayne. Il était dans l'aile nord, il avait, il souffrait de démence, il était diabétique, um, il pouvait être peu coopératif et, euh, je lui ai donné une grosse surdose, um, parce j'ai pensé que son tour était venu de partir.

HERGOTT : Ça, c'était Wayne?

WETTLAUFER : C'était Wayne [inintelligible].

HERGOTT : Et, désolé, mais quel âge avait... Désolé, je déteste revenir en arrière, mais j'ai quelques questions supplémentaires, quel âge avait Clotilda?

WETTLAUFER : Clotilda avait quatre-vingt-dix [90] ans environ.

HERGOTT : D'accord. Et sa sœur?

WETTLAUFER : Albina devait probablement avoir quatre-vingts [80], quatre-vingt-deux [82] ans.

HERGOTT : D'accord. Et avaient-elles de la famille qui venait leur rendre visite?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Bien.

19:18:13



WETTLAUFER : Oui, beaucoup.

HERGOTT : Qui étaient ces personnes qui venaient leur rendre visite?

WETTLAUFER : Clotilda, je pense que c'était ses filles. Et Albina, c'était son époux.

HERGOTT : D'accord. Et, action prolongée, action brève?

WETTLAUFER : Action brève à ce, à ce moment-là.

HERGOTT : En 2007, vous étiez encore active.

WETTLAUFER : Ouais.

[02:40:00 dur]

HERGOTT : D'accord. Et est-ce que vous vous souvenez de la dose que vous avez administrée?

WETTLAUFER : Oh, attendez un instant... Ce qu'elles prenaient la nuit, c'était de l'action prolongée, car c'était ce qu'elles prenaient la nuit. Et avec ces deux-là, c'était leur propre insuline, juste en dose supplémentaire, donc...

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Probablement entre vingt [20] et trente [30], quarante [40], entre trente [30] et quarante [40]...

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : ... supplémentaires.

HERGOTT : D'accord. Et ensuite, Wayne. Quel âge avait Wayne? Désolé...

WETTLAUFER : Je dirais soixante [60] ans.

HERGOTT : D'accord. Oh, donc il était plus jeune...

WETTLAUFER : Il, ouais. Il avait des déficiences développementales et une démence, il était aussi diabétique, um, et il était pénible, um et euh, il voulait mourir, donc, encore une fois, une nuit, j'ai juste senti cet élan et, mais, il n'est pas mort [inintelligible].

HERGOTT : Comment saviez-vous qu'il voulait mourir?

WETTLAUFER : Il le disait parfois, qu'il voulait juste partir.

HERGOTT : Mm hmm. Où était Wayne, à Caressant Care?

WETTLAUFER : Il était dans la chambre 8, dans le service des hommes, au bout du service.

HERGOTT : Désolé, « 8 » ou « A »?

WETTLAUFER : 8, 8.

HERGOTT : Le numéro?

WETTLAUFER : 8 nord, 8 nord.

HERGOTT : D'accord. Et est-ce que certains patients partageaient des chambres à plusieurs, dans ce service?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord. Est-ce que vous vous souvenez avec qui il partageait sa chambre?

19:19:37



WETTLAUFER : Mm. Non, pas du tout.

HERGOTT : Bien. Et Mike, atteint de la maladie de Huntington...

WETTLAUFER : C'était en 2009.

HERGOTT : ... quelle est, quelle est cette maladie?

WETTLAUFER : Elle vous vole votre corps alors que vous gardez toute votre tête, vous devenez progressivement de plus en plus agité, progressivement de plus en plus psychotique et vous êtes en fauteuil roulant, et vous avez tous ces mouvements que vous ne pouvez pas contrôler. C'est une maladie horrible.

HERGOTT : Et quel âge avait Mike?

WETTLAUFER : Il avait cinquante-quatre [54] ans.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et, euh, là encore, une nuit, j'ai juste ressenti cet élan et j'ai pensé : maintenant, ça doit être l'affaire de Dieu, car cet homme ne profite plus du tout de sa vie.

HERGOTT : Hmm.

WETTLAUFER : Je lui ai donné une grosse quantité d'insuline. Je pense que je lui ai donné quatre-vingt-dix [90] au total.

HERGOTT : Avait-il déjà fait quelque chose pour vous porter préjudice?

WETTLAUFER : Non, jamais.

HERGOTT : D'accord. Et Wayne?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Albina?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Clotilda?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : D'accord. Très bien. Um. Cela nous conduit maintenant à un autre endroit, à Telfer Place, à Paris. Bien entendu, il s'agit de Paris dans l'Ontario, c'est bien ça?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : À l'extérieur du secteur de Brandford Woodstock.

WETTLAUFER : 2016, hiver.

HERGOTT : D'accord. Et là, il y a eu Sandra.

WETTLAUFER : Ouais, et j'étais...

HERGOTT : Et quel âge avait Sandra?

WETTLAUFER : Sandra, je pense qu'elle avait environ soixante-dix [70] ans.

HERGOTT : D'accord. Et Telfer Place, comment étaient, comment étaient réparties les chambres, là-bas? Où était localisée sa chambre au sein de Telfer Place?

WETTLAUFER : Um, elle était, elle était au bout de cette aile du bâtiment, juste après le, um, bureau infirmier, à peu près à deux [2] portes, à gauche.

19:21:08





HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et elle avait trois [3] camarades de chambre.

HERGOTT : Mm hmm. Et elle... Décrivez-moi sa personnalité et son état de santé.

WETTLAUFER : Um. Grande. Um, pas en très bonne santé, elle ne marchait plus. Elle avait un bon sens de l'humour. Um. Elle disait souvent qu'elle ne voulait pas être là.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et donc une nuit, je lui ai donné [inintelligible] une surdose d'insuline.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Mais elle a survécu parce que l'infirmière qui est venue après, um, elle est venue pour la voir et faire autre chose, et elle s'est rendu compte qu'elle était en sueur.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Elle a vérifié sa glycémie et lui a sauvé la vie.

HERGOTT : Hmm, d'accord. Et comment ces autres personnes ont-elles survécu?

WETTLAUFER : Um. Elles n'ont pas survécu... Oh, Clotilda et Albina?

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Quelqu'un s'est rendu compte qu'elles avaient une faible, qu'elles avaient une faible glycémie et on leur a donné des trucs pour la faire remonter. Et Wayne et Mike, ils ont juste survécu.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Ça n'a jamais été découvert.

HERGOTT : Est-ce qu'il y avait un rapport entre le fait d'être un homme ou une femme? Est-ce que ça avait une influence sur l'effet produit, ou est-ce que c'était juste...

WETTLAUFER : Pas que je sache.

HERGOTT : Là encore, ça dépendait juste de leur constitution corporelle et de leur état de santé?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Et [inintelligible]

WETTLAUFER : Ouais, pas que je sache [inintelligible] d'être un homme ou une femme.

HERGOTT : Bien. Um. L'infirmière qui a sauvé Sandra...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : ...y a-t-il eu des conséquences pour vous?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Des conséquences en termes de sanction?

WETTLAUFER : Non, elle ne s'est jamais rendu compte que je savais que...

HERGOTT : D'accord [inintelligible]

WETTLAUFER : Elle m'a même interrogée là-dessus et m'a demandé si je pensais qu'elle avait fait ce qu'il fallait.

19:22:44



- HERGOTT : Qui était-elle? Est-ce que vous vous souvenez de son nom?
- WETTLAUFER : Diane. Je ne me souviens plus de son nom de famille.
- HERGOTT : D'accord et sur, quels étaient vos horaires de travail à cette époque, sur quels quarts de travail travailliez-vous à Telfer Place?
- WETTLAUFER : À chaque fois qu'on m'appelait.
- HERGOTT : D'accord.
- WETTLAUFER : En fait, je travaillais pour une agence de soins infirmiers à cette époque, qui s'appelait l'agence Life Guard.
- HERGOTT : Mm hmm.
- WETTLAUFER : Et j'étais envoyée à Telfer par l'intermédiaire de Life Guard.
- HERGOTT : Je vois. Donc, vous n'avez jamais été employée par Telfer Place?
- WETTLAUFER : Non.
- HERGOTT : Oh.
- WETTLAUFER : Non. J'étais employée par Life Guard et j'allais à Telfer et à deux [2] autres endroits aussi.
- HERGOTT : Mm hmm. D'accord. Et c'est à ce moment-là que vous avez commencé à travailler pour Saint Elizabeth aussi, n'est-ce pas? ...Pendant que vous travailliez avec Life Guard?
- WETTLAUFER : Ouais, um, ouais. J'ai travaillé pour Saint Elizabeth seulement environ un mois et demi avant de démissionner.
- HERGOTT : D'accord, d'accord. Août 2016, ce qui est relativement récent, um, vous étiez employée auprès de Saint Elizabeth, c'est indiqué ici...
- [02:45:06 dur]
- WETTLAUFER : Ouais, j'étais frustrée par rapport à mon travail, j'étais, j'avais une énorme, um, énorme charge de travail, j'avais à apprendre beaucoup de nouvelles choses, juste beaucoup de frustration. Um. La fin de semaine où c'est arrivé là-bas, je devais m'occuper de toutes, toutes ces personnes, la plupart étaient à Ingersoll et maintenant, je [inintelligible] et, euh, le samedi, j'y suis allée et je faisais mes soins et, euh, c'est vraiment la seule fois où ça a été planifié à l'avance, parce que le samedi, j'y suis allée et je faisais des soins à Berverly et j'ai remarqué qu'elle avait un cathéter. C'est un tuyau qui envoie les médicaments directement au cœur.
- HERGOTT : Mm hmm.
- WETTLAUFER : Et elle était diabétique et donc, le lendemain, quand j'y suis allée, j'étais vraiment frustrée et j'ai juste tellement ressenti cet élan et ce rire, et je lui ai donné une énorme quantité. Je lui ai donné, je crois que c'était cent-quatre-vingts [180]; trois [3], trois [3] doses de soixante [60].

19:24:29



HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Via le cathéter.

HERGOTT : A-t-elle posé des questions ou pas du tout?

WETTLAUFER : Non, parce que j'en utilisais une [1] pour rincer le cathéter, une [1] pour lui administrer ses antibiotiques et une [1] pour rincer à nouveau le cathéter.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et, euh, elle a survécu. Elle allait bien le lendemain.

HERGOTT : Vous êtes allée la voir le lendemain?

WETTLAUFER : Non, mais j'ai pu vérifier sur mon ordinateur, car elle était vue par une infirmière tous les jours.

HERGOTT : Oh, d'accord.

WETTLAUFER : J'ai pu consulter [inintelligible] et elle, comment elle allait.

HERGOTT : D'accord. Et c'était juste un programme informatique utilisé par Saint Elizabeth?

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : Je vois.

WETTLAUFER : Sur leurs propres tablettes.

HERGOTT : D'accord. Et ces autres personnes, où leur avez-vous fait les injections?

WETTLAUFER : Um. Leur bras.

HERGOTT : Pour toutes?

WETTLAUFER : Pour toutes, ouais.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Sandy, c'était probablement sa jambe, car...

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : ... elle était un peu plus difficile.

HERGOTT : Mm hmm. En août 2016, avec Beverly, vous ne vous souvenez pas du nom de famille de Beverly?

WETTLAUFER : Non, je ne m'en souviens pas.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : D'ailleurs, je ne me souvenais même pas que c'était Beverly son prénom.

HERGOTT : Oh, d'accord.

WETTLAUFER : Je pourrais probablement, oh, je ne sais pas si je peux même vous dire quelle fin de semaine c'était ou pas...

HERGOTT : Mais elle vivait à Ingersoll?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Vivait-elle dans une maison ou?...

WETTLAUFER : Euh. Ouais, dans une sorte de maison.

HERGOTT : Dans son propre domicile, je veux dire, ou?...

WETTLAUFER : [passage masqué]

19:25:37



HERGOTT : [passage masqué]  
 WETTLAUFER : [passage masqué]  
 HERGOTT : [passage masqué]  
 WETTLAUFER : [passage masqué]  
 HERGOTT : [passage masqué]  
 WETTLAUFER : [passage masqué]  
 HERGOTT : Vous vous souvenez d'où c'était à Ingersoll?  
 WETTLAUFER : Non, je ne m'en souviens pas.  
 HERGOTT : Non? D'accord. Um. Comment pouvez-vous dire le prénom Beverly mais sans être sûre de son prénom?  
 WETTLAUFER : Parce que je ne suis pas sûre de si c'était Bev ou Bea, ou...  
 HERGOTT : Je comprends, d'accord, d'accord. Et c'est la seule personne à qui vous en avez donné en utilisant le cathéter?  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Saviez-vous quel serait le résultat, par rapport à une injection directe dans le bras ou la jambe ou la cuisse?  
 WETTLAUFER : Je ne l'avais jamais fait auparavant.  
 HERGOTT : Par rapport à un cathéter?...  
 WETTLAUFER : Je ne m'étais jamais renseignée, je n'avais aucune idée.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Elle est allée, elle est allée se coucher assez rapidement.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et je suis partie.  
 HERGOTT : Mm.  
 WETTLAUFER : Mais lorsque j'ai vérifié, euh, le lendemain, pour voir comment elle allait, par l'intermédiaire de l'autre infirmière...  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : ...il n'y avait aucun changement.  
 HERGOTT : Quel âge avait-elle?  
 WETTLAUFER : Elle avait soixante-trois [63], soixante-quatre [64] ans.  
 HERGOTT : D'accord. Et quel était son diagnostic, concernant son état de santé?  
 WETTLAUFER : Elle était diabétique et elle avait de gros ulcères à la jambe.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Et elle avait également, um, une grave infection.  
 HERGOTT : D'accord. Quel sentiment cela vous donne, le fait de passer en revue tout cela?  
 WETTLAUFER : Horrible.  
 HERGOTT : Est-ce que vous sentez que cela vous enlève un poids des épaules?  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Ouais.  
 WETTLAUFER : J'ai fait ce qu'il fallait.

19:27:11



- HERGOTT : Ressentez-vous un soulagement?
- WETTLAUFER : Oui. Et maintenant, je sais que ce n'était pas Dieu et j'ai honte de moi.
- HERGOTT : Mm hmm.
- WETTLAUFER : Ça, ça s'est passé, mais je pense aussi que c'était la santé mentale, vous savez, je pense que c'était... je n'avais pas l'esprit clair ou alors j'aurais été capable de dire, je veux dire, qui... j'ai été élevée pour croire en Dieu, j'ai été élevée en allant au catéchisme depuis bébé, donc, comment ai-je pu avoir un sentiment aussi fort...
- HERGOTT : Mm hmm.
- WETTLAUFER : ...que c'était ce que Dieu voulait, si ce n'est parce que quelque chose n'allait pas bien dans ma tête!
- HERGOTT : Mm. Et il était toujours question de ce que vous disiez aux familles et cætera, et cætera, mais, um, encore une fois, je, je, je me sens très mal pour les, pour les personnes qui vont découvrir, au cours des prochains jours et des prochaines semaines, ce qui est réellement arrivé...
- WETTLAUFER : Ouais.
- HERGOTT : ...à leurs êtres chers.
- WETTLAUFER : C'est...
- HERGOTT : Um.
- WETTLAUFER : Je me sens horrible!
- HERGOTT : Um.
- WETTLAUFER : Si je pouvais faire quoi que ce soit afin que personne ne fasse ça à nouveau, je le ferais.
- HERGOTT : D'accord. Encore quelques petites choses pour terminer et...
- WETTLAUFER : D'accord.
- HERGOTT : ...um, ces choses que certaines de ces personnes vous faisaient –frapper, pincer, vous empoigner les seins–, l'avez-vous déjà signalé?
- [02:50:04 dur]
- WETTLAUFER : Ouais. Oh, ouais. C'était toujours consigné dans les dossiers [inintelligible].
- HERGOTT : Et c'est indiqué dans leurs dossiers?...
- WETTLAUFER : Ouais.
- HERGOTT : D'accord. Et y a-t-il eu une quelconque, bien évidemment jamais et ça paraît évident, mais y a-t-il déjà eu une procédure d'accusation ou une procédure criminelle qui en a découlé?

19:28:43



WETTLAUFER : Non. Ça fait partie du travail dans un foyer de soins infirmiers. C'est ce qu'ils font, « c'est peut-être même de votre faute, ma chère ».

HERGOTT : Qui disait ça?

WETTLAUFER : Madame CROMBEZ.

HERGOTT : Ouais, d'accord. Pensez-vous que cela a pu jouer un rôle dans, dans vos actes?

WETTLAUFER : Non. Non.

HERGOTT : D'accord. Um. Maureen, votre ex. Quel était le nom de famille de Maureen?

WETTLAUFER : [passage masqué]

HERGOTT : [passage masqué]

WETTLAUFER : [passage masqué]

HERGOTT : [passage masqué]

WETTLAUFER : [passage masqué]

HERGOTT : Ouais. Où est-elle désormais?

WETTLAUFER : [passage masqué]

HERGOTT : Quand lui avez-vous parlé pour la dernière fois?

WETTLAUFER : Je pense que ça a dû être il y a quatre [4] ans, quand elle voulait de l'argent pour réemménager.

HERGOTT : Oh.

WETTLAUFER : Nous sommes restées ensemble pendant un an uniquement.

HERGOTT : D'accord. Donc elle est venue ici, en provenance de [passage masqué].

WETTLAUFER : Ouais. Et elle a emmené ses deux [2] enfants.

HERGOTT : D'accord. Les adolescents?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Je pense que vous l'avez mentionné dans votre déclaration faite à Toronto.

WETTLAUFER : Ouais, nous avons commencé à être [inintelligible] par la CAS, avec eux.

HERGOTT : Mm hmm. Lorsqu'ils étaient là?

WETTLAUFER : Mm hmm.

HERGOTT : Avez-vous... Ce document, que vous avez préparé... Et je sais que vous avez indiqué la raison qui vous a poussée –je suppose que vous la qualifieriez de point de bascule– la raison qui vous a poussée à arrêter... Ouais.

WETTLAUFER : ...a été l'éventualité que vous ayez à vous occuper d'enfants?

HERGOTT : Oui. C'est vrai.

WETTLAUFER : D'accord.

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : Est-ce qu'il y a quelqu'un d'autre, dans le cadre de votre parcours professionnel, qui n'est pas listé sur ces quatre [4] documents ou sur ces quatre [4] pages et dont vous seriez responsable de la mort?

WETTLAUFER : Non, absolument pas.

19:30:24



HERGOTT : Et si nous vous disions que nous avons trouvé des éléments assez importants, disons, euh, des décès suspects dans vos foyers de soins infirmiers...

WETTLAUFER : Où j'ai été?

HERGOTT : Oui. Qu'auriez-vous à dire à cela?

WETTLAUFER : Je dirais que ce n'était pas moi.

HERGOTT : D'accord. Donc, il n'y a personne d'autre concerné?...

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : ...um, qui aurait été victime de vos actes?

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : D'accord. Um. Pouvez-vous juste, juste me répéter encore une fois : qui sont les personnes à qui vous en avez parlé, en dehors de moi, ce soir?

WETTLAUFER : D'accord. Um. La toute première personne à qui j'en ai parlé était une, um, autre petite amie de l'époque. Elle s'appelait [passage masqué]. C'était après avoir tué plusieurs personnes déjà et, euh, elle m'a dit de ne plus le refaire, sinon, elle irait me dénoncer à la police.

HERGOTT : Mm hmm. Quand était-ce?

WETTLAUFER : Um. Ça? Oh, je ne saurais dire, en 2008, je pense.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Um. Et puis, euh, en 2011.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Lorsque j'ai décidé d'arrêter de tuer, mon amie [passage masqué], je lui ai dit ce que j'avais fait et que j'avais arrêté. Et ensuite, um, je l'ai dit à mon pasteur.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Puis, après ça, je l'ai dit en 2014, après le décès d'Art. Je, euh, suis partie en vacances et, euh, c'est à ce moment-là que j'ai réellement décidé que cela devait cesser.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et donc, um, je l'ai dit, um, à un ami, [passage masqué]. Il habite en Colombie Britannique. Um, ensuite, euh, j'en ai parlé à mon retour, j'ai pris une bonne avocate criminaliste [passage masqué].

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et ensuite, quand j'étais à Toronto, quand j'étais au CAMH, eh bien, je l'ai dit à mon ami, avant d'y aller, j'en ai parlé à ma cousine.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Je l'ai dit à mon ami [passage masqué] et je l'ai dit à mon ami [passage masqué].

HERGOTT : Mm hmm.

19:32:29



WETTLAUFER : Ensuite, quand j'étais au CAMH, j'en ai parlé à quelqu'un que je croyais être un ami [passage masqué].

HERGOTT : Hmm.

WETTLAUFER : Qui m'a trahie et a appelé la police pour s'assurer qu'elle était bien au courant.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et... Je comprends qu'il pensait faire ce qu'il fallait, je comprends ça, mais il m'a dit « oh, je n'en parlerai à personne ». Je le voyais comme une source de soutien, et il m'a trahie, et...

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : ...alors que j'étais, alors que j'avais déjà, vous savez, j'avais déjà divulgué tout ça, donc pourquoi avoir appelé la police?

HERGOTT : Donc pourquoi pensez-vous qu'aucune de ces personnes n'est allée en parler à la police?

WETTLAUFER : Ils ne m'ont peut-être pas crue, je ne sais pas. Peut-être qu'ils ont juste pensé, peut-être qu'ils ont juste pensé que faisais plus [inintelligible] patient souhaitait que cela soit fait.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Vous voyez?

HERGOTT : Et en ce qui concerne le fait de vous croire... Est-ce qu'avec ces personnes proches de vous, vous avez partagé d'autres sombres secrets, au fil du temps, qui...

WETTLAUFER : J'ai, je ne dirais pas « sombres secrets », mais beaucoup de choses, ouais.

HERGOTT : Parce que c'est quand même une histoire assez sérieuse.

WETTLAUFER : Oui, c'est, c'est horrible!

HERGOTT : Je sais bien.

WETTLAUFER : C'est la pire chose!

[02:55:01 dur]

HERGOTT : Et après en avoir parlé à ces personnes, j'ai juste du mal à croire qu'aucune d'entre elles ne se soit présentée avant [passage masqué]; ce qui fait cinq [5], six [6] personnes plus tard, n'est-ce pas?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Après, après que vous leur en avez parlé...

WETTLAUFER : Ouais, je comprends, ouais, ouais.

HERGOTT : ...et et tout ce que vous nous dites, c'est la vérité?

WETTLAUFER : Oui, c'est la vérité. Oui, Monsieur.

HERGOTT : Il n'y a rien qui a été inventé?

WETTLAUFER : Non Monsieur, non.

19:33:52





HERGOTT : Et vous êtes sûre de ça?

WETTLAUFER : Je le sais.

HERGOTT : Que pourrions-nous trouver chez vous? Avez-vous déjà noté l'une de ces activités?

WETTLAUFER : Um. De temps en temps, j'ér, je tenais un journal intime à ce sujet, et il est possible, il est possible que vous en retrouviez quelques-uns chez moi, mais je ne sais pas.

HERGOTT : Et où pourraient-ils être?

WETTLAUFER : Je pense que je les ai jetés... Dans mes... Si, s'ils sont encore là, ce sont des sortes de cahiers à spirales, dans, um, soit mon bureau, mon autre bureau ou mon, um, doss, mon, um, comment ça s'appelle?... Vous savez, vous mettez des chemises de classement dedans...

HERGOTT : Comme un meuble-classeur?

WETTLAUFER : Oui, voilà, un meuble-classeur, merci.

HERGOTT : Il n'y a pas de quoi.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Et est-ce que vous vivez, heu, euh, seule?

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : À Woodstock?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Souhaitez-vous que quelqu'un m'accompagne pour aller voir chez moi?

HERGOTT : Eh bien, pour être honnête avec vous, à ce stade de l'enquête, là, il y a déjà eu un mandat de perquisition exécuté à votre domicile.

WETTLAUFER : Oh. Donc la perquisition a déjà, a déjà, il y a déjà eu une perquisition chez moi?

HERGOTT : Je ne sais pas où cela en est maintenant, car ça fait déjà un bon moment que nous discutons ensemble.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : C'est probablement presque fini.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : Mais je vous le demande, juste parce que vous avez été tellement coopérative...

WETTLAUFER : Ouais

HERGOTT : ...et, encore une fois, sachez que j'apprécie cela.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : J'apprécie vraiment. Um. Cela rend juste les choses bien plus faciles, n'est-ce pas? Um. Si je sais où peuvent se trouver certaines choses... Et vous avez dit qu'il se peut que vous les ayez jetés.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Mais peut-être que non?

WETTLAUFER : Il se peut que je ne les aie pas gardés.

19:35:14



HERGOTT : Bien.

WETTLAUFER : Et puis, à l'extrémité de ma table basse, il y a une boîte, avec des photographies dedans, et, euh, un album photo dedans. Il ya peut-être quelque chose dedans aussi.

HERGOTT : Qu'est-ce qu'il pourrait y avoir dedans?

WETTLAUFER : Euh, un [inintelligible], um [soupir] un bloc, un bloc-correspondance.

HERGOTT : D'accord. Et quels genres de choses, quels genres de choses, est-ce que vous, vous notiez?

WETTLAUFER : Juste ce que j'ai fait, à quel point je me sentais mal lorsque cela arrivait. J'essayais juste de comprendre ce qui se passait dans ma tête.

HERGOTT : Mm hmm. Mm hmm.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Je cherchais des réponses.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Mais vous n'êtes pas sûre de vous en être débarrassée ou pas?

WETTLAUFER : Je pensais les avoir tous jetés, mais je ne sais pas si je l'ai vraiment fait ou pas.

HERGOTT : D'accord, d'accord. Est-ce qu'il se peut qu'il y ait d'autres choses, concernant des documents informatiques ou quelque chose de ce type?

WETTLAUFER : Um. Il devrait y avoir... J'ai eu accès à un groupe de soutien sur Internet, pour mon trouble de la personnalité limite.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Ça devrait être sur ce, ça devrait être sur ce site Internet.

HERGOTT : Oh. C'est un forum libre auquel vous pouviez participer?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Et poster des commentaires, et?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Quel site était-ce?

WETTLAUFER : Je ne pourrais pas vous dire... Mais je pourrais le retrouver sur mon ordinateur.

HERGOTT : D'accord. Et est-ce que vous seriez d'accord pour nous le montrer?

WETTLAUFER : Bien sûr.

HERGOTT : Et nous donner du temps pour...

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : ...imprimer ces documents, le site Internet et les autres trucs de ce genre?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord. Que signifie votre tatouage?

WETTLAUFER : Les espoirs et les rêves.

HERGOTT : Qu'est-ce que cela signifie pour vous?

WETTLAUFER : Je... Que, j'avais des espoirs pour l'avenir et des rêves pour l'avenir.

19:36:40



- HERGOTT : Ouais. Et quels sont vos espoirs pour l'avenir maintenant, après...  
 WETTLAUFER : [Elle soupire]  
 HERGOTT : ...le début de ces dernières heures?  
 WETTLAUFER : Que, d'une manière ou d'une autre, je peux aider quelqu'un... Il doit bien y avoir quelqu'un qui a —où que j'aille en prison, en établissement carcéral—, il doit bien y avoir quelqu'un que je pourrais aider, peut-être quelqu'un qui ne sait pas lire, peut-être quelqu'un qui ne sait pas écrire.
- HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Peut-être quelqu'un qui a fait pire que moi et qui pense qu'on ne lui pardonnera jamais.
- HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Peut-être quelqu'un qui en a fait moins et pense qu'on ne lui pardonnera jamais. Il doit bien y avoir quelque chose qui peut découler de ça. Peut-être que quelqu'un peut étudier mon cas et trouver des réponses et de nouveaux médicaments pour que ça n'arrive plus.
- HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Ce sont mes espoirs et mes rêves, aujourd'hui.  
 HERGOTT : Existe-t-il quelque chose de pire que d'enlever la vie à quelqu'un?  
 WETTLAUFER : Euh, ouais.  
 HERGOTT : Quoi donc?  
 WETTLAUFER : Les ag, agressions sexuelles sur les enfants.  
 HERGOTT : Avez-vous pensé que vous pourriez porter préjudice à des enfants à Ingersoll si vous aviez été amenée à travailler avec des enfants?  
 WETTLAUFER : J'avais peur que je, que je puisse ressentir cet élan, qui m'aurait poussée à leur donner des surdoses d'insuline, surtout parce qu'ils étaient dia, diabétiques, et j'ai juste, j'ai paniqué, il en était hors de question, je n'étais pas absolument pas ouverte à cela.
- HERGOTT : Mm hmm.
- HERGOTT : Y a-t-il d'autres choses auxquelles vous pensez maintenant?  
 HERGOTT : Non?  
 WETTLAUFER : Non, je pense que je m'en suis plutôt bien sortie.  
 HERGOTT : Je le pense aussi. Je vais juste...  
 WETTLAUFER : Qu'est-ce qui va se passer maintenant?  
 HERGOTT : Je vais juste vous faire patienter, euh, puis, nous allons organiser, euh, voir quelles seront les prochaines étapes.  
 WETTLAUFER : Oh, d'accord. Il se peut que je ne rentre pas à la maison, alors?  
 HERGOTT : Je reviens vers vous pour en parler.

19:38:16



WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Um. Nous avons parlé de, um, l'original du document qui est dans votre sac à dos...

WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Si je vous prépare un formulaire, qui est un consentement pour se laisser fouiller ou un formulaire de consentement pour nous fournir ces documents, est-ce que vous accepteriez de le signer?

[03:00:03 dur]

WETTLAUFER : Ouais, bien sûr.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Il y a des choses dedans aussi, que j'ai [inintelligible] infirmière.  
 HERGOTT : Hmm. Dans votre sac à dos?  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : D'accord. De quel genre de choses s'agit-il?  
 WETTLAUFER : Comme, c'est comme un truc en chaîne, vous commencez par ce que vous avez fait et vous remontez jusqu'à vos émotions, ce que vous auriez pu faire différemment et tout ça.

HERGOTT : D'accord. Pensez-vous que le temps que vous avez passé au CAMH vous a aidée?

WETTLAUFER : Ouais. Énormément.  
 HERGOTT : Ouais. Vous avez reçu les soins dont vous aviez sûrement besoin.  
 WETTLAUFER : Ouais et une augmentation de mes médicaments, et je pense que j'en avais besoin.

HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Bien. Veuillez patienter un instant.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Je reviens vers vous très vite. Bien, sur mon, euh, téléphone, je vois qu'il est dix-neuf heures trente-neuf [19:39]...

WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : ... et, euh, je reviens vous donner quelques réponses, et...  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : ... et vous dire ce que nous voulons à partir de maintenant.  
 WETTLAUFER : J'aimerais rentrer chez moi.  
 HERGOTT : D'accord. Eh bien, patientez un instant, et nous verrons, nous verrons ce qui va se passer.

WETTLAUFER : Même si je dois porter un bracelet de cheville, j'aimerais rentrer chez moi.  
 HERGOTT : D'accord. Très bien. Merci Beth.

19:39:32



WETTLAUFER : Merci.  
 HERGOTT : J'apprécie.  
 WETTLAUFER : Merci.  
 HERGOTT : Merci.  
 WETTLAUFER : Est-ce que quelqu'un peut me couper ça, maintenant?  
 HERGOTT : Ouais. Nous allons vous envoyer quelqu'un pour vous enlever tout ça.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Ouais. Et je reviens tout de suite.

[Le gendarme-détective HERGOTT sort de la pièce à 03:01:14]

WETTLAUFER : D'accord.

[Aucune conversation entre 03:01:14 et 03:23:01]

[Le gendarme-détective HERGOTT entre dans la pièce à 03:23:01]

HERGOTT : Désolé, Beth.  
 WETTLAUFER : Ce n'est pas grave.  
 HERGOTT : Comme vous pouvez l'imaginer, euh, les choses de ce type prennent un certain temps.  
 WETTLAUFER : Ouais, je comprends.  
 HERGOTT : Et j'apprécie votre patience avec moi.  
 WETTLAUFER : Je comprends.  
 HERGOTT : Merci. Bien, il est vingt heures et deux minutes [20:02], je dois juste, nous voilà dans la dernière ligne droite.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Bien, et je vais vous expliquer tout ce qui va se passer.  
 WETTLAUFER : D'accord, d'accord.  
 HERGOTT : Très bien.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Bien, bien, donc, um, d'abord, quelques petites choses que... Et vous vous souvenez de l'homme qui vous a reconduite depuis Toronto et, euh, aussi de Karen?  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Mes coéquipiers, ils ont tout écouté, et...  
 WETTLAUFER : D'accord, d'accord.  
 HERGOTT : ... et ils ont pris des notes et tout ça, mais juste... Il y a certaines choses qui nous préoccupent et que nous devons juste finaliser.  
 WETTLAUFER : D'accord.

20:02:18



HERGOTT : Donc, tout d'abord, et comme je l'ai déjà dit, il y a eu un mandat de perquisition qui a été exécuté à votre domicile.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : Et on a trouvé des papiers, euh, concernant un fusil Remington, une sorte de fusil de chasse.

WETTLAUFER : Oh.

HERGOTT : C'était, c'était pour faire quoi?

WETTLAUFER : Juste pour voir, je crois, j'aime bien les armes à feu.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Très bien, est-ce que vous en avez chez vous?

WETTLAUFER : Non, non. J'en ai eu avant.

HERGOTT : Vraiment?

WETTLAUFER : J'en ai eu.

HERGOTT : Où sont-elles?

WETTLAUFER : J'ai eu un, euh, 22.

HERGOTT : Ouais.

WETTLAUFER : Um.

HERGOTT : Est-ce que par hasard c'était un Remington?

WETTLAUFER : Pas que je sache.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Mais, um, mon époux a un fusil que son père m'avait donné.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Et nous tirions avec mais, euh, euh, au, um [inintelligible] au, au, euh, club de tir, pour tirer.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et quand nous, euh, nous nous sommes séparés, j'ai fait les papiers pour le lui rendre.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Ça doit être...

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : ...ça, qu'ils ont trouvé.

HERGOTT : D'accord, bien.

[Ils parlent en même temps]

WETTLAUFER : Mais je n'en ai aucune.

HERGOTT : Mais il n'y a, il n'y a plus d'armes à feu à votre domicile actuellement?

WETTLAUFER : Non Monsieur.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Non. Il n'y en aura jamais.

20:03:17



HERGOTT : D'accord, bien, um, le nom d'utilisateur que vous aviez l'habitude, votre nom d'utilisateur sur ce blog que vous, euh, écriviez, dans ce groupe de soutien.

[03:25:02 dur]

WETTLAUFER : Ohh, je, en fait, il faudrait que j'aïlle voir.

HERGOTT : Ouais?

WETTLAUFER : Honnêtement.

HERGOTT : Ce n'est pas du style : votre nom et une série de chiffres ou...

WETTLAUFER : Non.

HERGOTT : Un surnom ou quelque chose comme ça?

WETTLAUFER : Non, il faudrait que je m'assoie devant l'ordinateur pour m'en souvenir et même pour retrouver le groupe de soutien.

HERGOTT : D'accord, um, j'aurais une série de questions, toutes posées ensemble comme ça, um, l'insuline que vous utilisez, à action brève, à action prolongée, y avait-il une marque ou un nom spécifique pour l'insuline que vous utilisez?

WETTLAUFER : Um. Ça pouvait être Novulin.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Ça pouvait être Lenovo... Um, je n'arrive pas à me souvenir du nom de l'autre.

HERGOTT : D'accord d'accord, um, lorsque vous avez travaillé pour Life Guard

WETTLAUFER : Ouais?

HERGOTT : Um, je sais que vous avez dit qu'ils vous envoyaient à certains endroits et à certains domiciles.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Quels, quels ont été les... Il y avait Telfer Place et il y en avait deux [2] autres?

WETTLAUFER : D'accord. Il y avait, il y avait...

HERGOTT : Est-ce qu'il y en avait un à Port Dover?

WETTLAUFER : Et même plus. Il y avait Telfer Place.

HERGOTT : Ouais?

WETTLAUFER : Um, c'était le tout premier. Il y a eu, um, euh, je vais [inintelligible] Telfer Place, Port Dover, Dover Cliffs.

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : C'est comme ça que ça s'appelait.

HERGOTT : Mm.

WETTLAUFER : Um. J'ai fait une [1] mission de PSSP dans un endroit à New Hamburg.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Mais je ne pourrais pas vous dire le nom.

20:04:53



HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : Et aussi, j'ai travaillé à, um, euh... Telfer Place et Dover Cliffs appartiennent aux même personnes et elles ont un autre foyer de soins infirmiers à Brantford... Um, mais je ne me souviens plus de son nom.

HERGOTT : Ce n'est pas grave, nous allons pouvoir le retrouver.

WETTLAUFER : Et puis, et puis, Park Lane Terrace à Strat, à, euh, Paris et Hardy Terrace, je pense que c'est à l'extérieur de Paris. Oh, et, um... Comment s'appelle cet autre?... Um, oh, mon Dieu... C'est très loin de la ville, c'est à environ une heure et demie de route... Mon père a grandi dans cette région... Um, c'est dans le secteur de Jarvis, le secteur de Jarvis-Simcoe, c'est tout ce que je peux vous dire, je suis désolée, je n'ai plus de cervelle ce soir.

HERGOTT : Ce n'est pas grave, ce n'est pas grave. Il suffit de dire tout ce dont vous pouvez vous souvenir.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Est-ce que ma maison va être sens dessus dessous à mon retour?

HERGOTT : Non.

WETTLAUFER : Oh, d'accord.

HERGOTT : Je ne pense pas, non, non.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : Ce n'est pas le genre... Ce n'est pas comme ce que vous voyez à la télévision et...

WETTLAUFER : Ouais [Elle fait des bruits non identifiés]

HERGOTT : Où les choses volent partout.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Um... Sur votre page Facebook, à un moment, il y a eu un commentaire ou je ne sais pas où il se trouve sur votre Timeline, à propos d'un infirmier pédiatrique, avez-vous déjà travaillé avec un infirmier pédiatrique?

WETTLAUFER : Oh. C'est parce que je devais travailler avec les enfants.

HERGOTT : C'est... C'est à ça que ça faisait allusion, à Ingersoll?

WETTLAUFER : À Ingersoll, oui.

HERGOTT : D'accord, j'ai compris. Bien bien. Um. Et je dois juste revenir sur les noms de certaines personnes ici... Donc nous avons [passage masqué], à qui vous en avez parlé, n'est-ce pas?

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : C'est votre cousine?

WETTLAUFER : C'est ma cousine.

HERGOTT : D'accord [passage masqué]

WETTLAUFER : [passage masqué]

HERGOTT : [passage masqué]

20:06:46





WETTLAUFER : Je ne vous donne pas son nom de famille.  
 HERGOTT : Ouais, c'est bon, [passage masqué]  
 WETTLAUFER : Ouais  
 HERGOTT : [passage masqué]  
 WETTLAUFER : Ouais [passage masqué]  
 HERGOTT : [passage masqué]  
 WETTLAUFER : [passage masqué]  
 HERGOTT : Ouais, qui d'autre?  
 WETTLAUFER : Um, l'avocate, dont je ne parviens pas à me rappeler le nom.  
 HERGOTT : Ce n'est pas grave. C'était une femme?  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : [passage masqué]  
 WETTLAUFER : [passage masqué]  
 HERGOTT : [passage masqué]  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : D'accord. Um.  
 WETTLAUFER : [passage masqué]  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : [passage masqué]  
 HERGOTT : [passage masqué]  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Qui est-ce?  
 WETTLAUFER : C'était une amie du foyer de soins infirmiers.  
 HERGOTT : Lequel?  
 WETTLAUFER : Du foyer, um, de, um, um, um, Caressant Care. Je lui ai raconté après ma rupture avec son fils, et elle a cessé d'être mon amie à cause de ça.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Et [passage masqué]. C'était, c'était une petite amie.  
 HERGOTT : Comment s'écrit son nom de famille?  
 WETTLAUFER : Oh, mon Dieu...  
 HERGOTT : [passage masqué]  
 WETTLAUFER : [passage masqué], je crois.  
 HERGOTT : D'accord, où travaille-t-elle?  
 WETTLAUFER : Elle ne travaille pas. Elle bénéficie du POSPH.  
 HERGOTT : A-t-elle travaillé dans un foyer de soins infirmiers en même temps que vous?  
 WETTLAUFER : Non.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Jamais.  
 HERGOTT : C'est juste une amie?



WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Savez-vous où elle habite?  
 WETTLAUFER : Elle habite à Toronto. [03:30:02 dur]

HERGOTT : D'accord, d'accord. Um, nous allons terminer, mais voilà ce qui va se passer maintenant.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Bien. Et une partie dépendra de vous. Um, quels sont vos projets à partir de maintenant? Si vous deviez...  
 WETTLAUFER : À partir de maintenant?  
 HERGOTT : Oui.  
 WETTLAUFER : Je veux rentrer chez moi.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Je veux avoir une bonne nuit de sommeil.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Je veux passer, euh, la fin de semaine du Jour d'action de grâce avec ma famille.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Et je veux être disponible pour la police à chaque moment où elle aura besoin de moi.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Et si je dois revenir pour un procès, je dois revenir pour un procès.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Je n'ai pas l'intention de m'enfuir, um, je peux rendre ma voiture si vous le souhaitez.  
 HERGOTT : Bien. Est-ce que vos parents... Êtes-vous proches de vos parents?  
 WETTLAUFER : Très.  
 HERGOTT : C'est-à-dire, quels types de rapports avez-vous avec eux?  
 WETTLAUFER : Très très proches. Je dois leur dire ce soir ce qui s'est passé.  
 HERGOTT : À votre mère et à votre père?  
 WETTLAUFER : Ouais. Ils savent que, um, ils savent que j'ai été à, ils savent que j'ai été à l'hôpital.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Mais je leur ai uniquement dit que c'était pour un traitement, mais ouais, mon projet, ce soir, c'est d'aller leur parler en tête à tête, en face à face, et pour leur dire [inintelligible].  
 HERGOTT : Comment pensez-vous qu'ils vont réagir?  
 WETTLAUFER : Ils vont être dévastés.  
 HERGOTT : Que pensez-vous?

20:09:41



WETTLAUFER : Je vais, je vais, je prévois de rester, de passer la nuit là-bas.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Comme ça, ils auront accès à moi.  
 HERGOTT : D'accord. Quel type de soutien pensez-vous obtenir d'eux?  
 WETTLAUFER : Enfin tout le soutien dont j'ai besoin.  
 HERGOTT : D'accord, bien.  
 WETTLAUFER : Je prévois aussi d'aller à mes réunions des AA. J'avais prévu d'aller à quatre-vingt-dix [90] réunions en quatre-vingt-dix [90] jours.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Et, euh, juste continuer comme je le prévois. Euh, vous savez, il y a quelque chose chez moi, c'est que je m'isole et que je commence à aller mal, c'est pour ça que je prévois de passer, euh, de passer le Jour d'action de grâce entouré de mes proches, de nettoyer, nettoyer mon appartement, de parler avec mes parents. C'est ça, mes projets. Je n'ai pas l'intention de quitter la ville.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : C'est ça, j'ai fait ça et je suis prête à l'affronter, mais j'aimerais rentrer chez moi pour une nuit.  
 HERGOTT : Ouais, je pense que c'est ce qui va se passer.  
 WETTLAUFER : [Elle soupire] Oh, merci mille fois!  
 HERGOTT : Oui, je pense que c'est ce qui va se passer, comme je vous l'avais dit au tout tout début, je ne sais plus depuis combien de temps nous avons commencé, il y a plusieurs heures, euh, vous n'êtes pas en état d'arrestation pour le moment.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : D'accord. Mais, comme vous pouvez l'imaginer...

[Le téléphone de WETTLAUFER sonne. Elle répond.]

WETTLAUFER : Je te rappelle dans trente [30] minutes. C'était ma cousine.  
 HERGOTT : Je comprends. D'accord, um, comme je vous l'ai dit au début, vous n'êtes pas en état d'arrestation.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Mais, comme vous pouvez l'imaginer...  
 WETTLAUFER : Je vais l'être...  
 HERGOTT : Une enquête comme celle-ci, c'est...  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : C'est quelque chose que nous n'avons jamais été amenés à traiter.  
 WETTLAUFER : D'accord  
 HERGOTT : Ce n'est pas quelque chose qui arrive très souvent.  
 WETTLAUFER : D'accord.

20:11:16



HERGOTT : Quelque chose dont vous n'entendez pas souvent parler.  
WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : Bien. Je n'ai pas entendu parler de beaucoup de cas, mais vous n'êtes pas la première personne à avoir fait ça.  
WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : Bien, ceci dit, nous avons l'obligation de protéger la population.  
WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : Bien, vous comprenez où je veux en venir quand je dis ça...  
WETTLAUFER : Ouais.  
HERGOTT : D'accord.  
[Ils parlent en même temps]  
WETTLAUFER : Absolument, absolument.  
HERGOTT : Bien. Vous avez fait des, des choses à des personnes innocentes.  
WETTLAUFER : Absolument.  
HERGOTT : Ce n'est pas rien, ce que les gens...  
WETTLAUFER : Des choses horribles.  
HERGOTT : ...risquent de... L'avis qu'auront les gens sur vous.  
WETTLAUFER : Un monstre.  
HERGOTT : Et les gens vont avoir... Oui, exactement. Um, cela étant dit, il existe une disposition dans le Code criminel du Canada, et cela résulte généralement de l'inculpation d'une personne pour une infraction criminelle, à qui l'on impose ce qui s'appelle un engagement de ne pas troubler l'ordre public suivant l'article 810.  
WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : Bien. Et, en résumé, un engagement de ne pas troubler l'ordre public suivant l'article 810, c'est une sorte de promesse que vous faites ou votre parole que vous nous donnez, et c'est un document judiciaire qui est délivré par un juge, qui vous impose certaines conditions; certaines conditions qui vous empêchent de faire certaines choses, d'avoir certaines choses en votre possession, d'aller à certains endroits, et si vous enfreignez ces conditions...  
WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : ...alors vous seriez arrêtée et inculpée en plus...  
WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : ...pour violation de ce que l'on appelle l'engagement de ne pas troubler l'ordre public suivant l'article 810.  
WETTLAUFER : D'accord.  
HERGOTT : Donc, fondamentalement... Avez-vous déjà entendu parler d'une ordonnance restrictive?  
WETTLAUFER : Oui.  
HERGOTT : C'est similaire à ça.

20:12:37



- WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Bien. De nombreuses personnes appellent ça une ordonnance restrictive, mais en fait, au Canada, ça s'appelle un engagement de ne pas troubler l'ordre public suivant l'article 810.
- WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Et, comme je le disais, ça vous empêche juste de faire certaines choses, d'aller à certains endroits... Euh, ça peut être des choses comme, euh, continuer à obtenir de l'aide pour votre santé mentale, euh, votre consommation d'alcool et de médicaments.
- WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Rendre votre passeport, euh.  
 WETTLAUFER : Je n'ai pas de passeport.  
 HERGOTT : Ne pas exercer en tant qu'IA.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Ne pas vous rendre dans des foyers de soins infirmiers... Des choses de ce type.
- WETTLAUFER : Ouais, d'accord.  
 HERGOTT : Si jamais c'est une option envisageable qui, comme je l'ai dit, est généralement utilisée avec des personnes qui sont inculpées, des personnes qui sont reconnues coupables de certaines infractions.
- WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Ça fait partie de leur, de leur peine, généralement.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Accepteriez-vous de vous soumettre à un engagement de ne pas troubler l'ordre public suivant l'article 810 avant d'être accusée au pénal?
- WETTLAUFER : Absolument.  
 HERGOTT : D'accord. Et est-ce que vous comprenez ce que cela veut dire, un engagement de ne pas troubler l'ordre public suivant l'article 810?
- WETTLAUFER : Oui, cela veut dire que je dois le faire, sinon je reviens pour aller en prison, dans l'attente de tout le reste.
- [03:35:02 dur]
- HERGOTT : Bien. Je, je ne sais pas ce qui vous arriverait si vous veniez à enfreindre cet engagement, en ce qui concerne la prison et les conséquences.
- WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : La seule chose dont je veux m'assurer, c'est que c'est clair pour vous et, et je veux être sûr de bien me faire comprendre, que c'est, en fait, un document que vous allez jurer de signer et euh, et euh, que vous acceptez...
- WETTLAUFER : Ouais.

20:13:47



HERGOTT : ...de ne pas faire certaines choses, de ne pas avoir certaines choses en votre possession, et je ne suis pas, je ne suis pas en train de dire que cela va arriver tout de suite.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : Parce que ça doit passer devant un juge.

WETTLAUFER : Oh, d'accord.

HERGOTT : Bien. C'est juste une option que nous envisageons car, comme je vous l'ai dit, nous avons la responsabilité de protéger la population.

WETTLAUFER : Oui, absolument.

HERGOTT : D'accord. C'est pourquoi je veux savoir quels sont vos projets.

WETTLAUFER : Oui.

HERGOTT : Je veux savoir que vous allez rentrer chez vous et être aidée par votre famille.

WETTLAUFER : Ouais.

HERGOTT : Je veux savoir que vous allez...

[Ils parlent en même temps]

WETTLAUFER : J'aurai en permanence mon téléphone cellulaire chargé et sur moi, si vous avez besoin de moi.

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Je serai là à chaque, si vous avez besoin que je vienne ici, je viendrai ici. Si vous voulez que j'attende que vous veniez me chercher, je le ferai. Je suis pleinement déterminée.

HERGOTT : D'accord, bien. Je pense que nous avons... Est-ce que nous avons votre numéro de téléphone cellulaire?

WETTLAUFER : 519

HERGOTT : Ouais...

WETTLAUFER : 532

HERGOTT : Mm hmm.

WETTLAUFER : 6471

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Le numéro de téléphone de chez moi, c'est le 519 290.

HERGOTT : Ouais...

WETTLAUFER : 0724

HERGOTT : D'accord.

WETTLAUFER : Le numéro de téléphone de mes parents...

HERGOTT : Ne vous inquiétez pas pour ça, j'en prendrai un quand nous, quand j'aurai vos parents, quand nous partirons.

WETTLAUFER : D'accord.

HERGOTT : Euh, bien. Vous comprenez ce dont je, ce dont nous venons de parler?

WETTLAUFER : Oh, ouais. Absolument.

HERGOTT : Parce que c'est une situation vraiment unique, n'est-ce pas?

20:14:56



WETTLAUFER : Ouais, je vous suis très reconnaissante.  
 HERGOTT : Vous avez avoué certaines choses.  
 WETTLAUFER : Ouais.  
 HERGOTT : Et nous avons pas mal de démarches à faire, comme vous pouvez l'imaginer.  
 WETTLAUFER : Oui.  
 HERGOTT : Pour, um, reconstituer cette enquête et voir où nous allons, à partir de maintenant.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Euh, nous allons consulter beaucoup de personnes et déterminer la réponse finale, euh, concernant le sort qui vous attend.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : D'accord.  
 WETTLAUFER : Bien.  
 HERGOTT : Um, mais j'ai, je sais que vous êtes consciente de l'étendue de vos actes.  
 WETTLAUFER : Oui.  
 HERGOTT : Je sais que vous verbalisez et, et que vous avez parlé de ce que vous ressentez et que, bien entendu, vous ne pouvez pas faire machine arrière, mais vous le savez.  
 WETTLAUFER : Je suis soulagée d'avoir avoué.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Je suis désolée pour les personnes qui vont découvrir tout ça maintenant.  
 HERGOTT : Mm hmm.  
 WETTLAUFER : Désolée de dire ça.  
 HERGOTT : Ouais.  
 WETTLAUFER : Ça risque, ils risquent [inintelligible] difficile [inintelligible].  
 HERGOTT : Ouais.  
 WETTLAUFER : Comme [inintelligible].  
 HERGOTT : Ouais, quelque chose comme ça [inintelligible].  
 WETTLAUFER : J'ai vraiment besoin de faire pipi, je suis désolée.  
 HERGOTT : Pas de problème, il est vingt heures seize [20:16] et je pense que nous allons probablement en terminer là.  
 WETTLAUFER : D'accord.  
 HERGOTT : Je vous laisse utiliser les toilettes et partir d'ici.

*[WETTLAUFER et le gendarme-détective HERGOTT sortent de la pièce. Ils y entrent à nouveau 3 minutes plus tard. L'interrogatoire continue alors pendant 6 minutes. Durant ces 6 minutes, M<sup>me</sup> Wettlaufer accepte que ses aveux manuscrits soient saisis, elle dit à la police qu'elle a aussi récemment révélé ses actes à l'Ordre des infirmières et infirmiers, et des dispositions ont été prises pour la reconduire au domicile de ses parents.]*

20:15:54

## **Annexe D de l'exposé conjoint des faits – Centre de toxicomanie et de santé mentale/Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) Données de sortie**

### **Annexe D de l'exposé conjoint des faits**

**Centre de toxicomanie et de santé mentale/Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)**

**Données de sortie**



**camh**

Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Client(e)/Patient(e) : WETTLAUFER, ELIZABETH TRACY MAE

Réf. dossier médical : 806240

N° entretien : 00020149910

Date de naissance : 10/06/1967

Âge : 49 ans

**Données de sortie**

Type de document :	Notes de sortie
Date/heure service :	05/10/2016 16h00
Statut résultat :	Auth. (Vérfié)
Auteur informations :	Alan Kahn, MD, FRCPC (13/10/2016 00h05)
Signature informations :	Alan Kahn, MD, FRCPC (16/10/2016 00h15)

**Visite (entretien)****Heure de l'échange**

1310-1500

**Diagnostic à la sortie**

Trouble dépressif caractérisé – récurrent, pas de preuve d'épisode dépressif caractérisé clinique pendant le séjour

Trouble de l'usage de l'alcool – de type hyperalcoolisation rapide, gravité légère

Trouble de l'usage des opiacés – gravité légère (du point de vue de la fréquence et de la quantité)

Trouble de la personnalité limite

Comportement antisocial de l'adulte – nombreux symptômes mais pas de critères clairement réunis de trouble du comportement avant l'âge de 15 ans

Hyperphagie boulimique exclue

**Rempli par (si autre que MRHCP)**

Alan Kahn, MD, FRCPC

**Décision à la sortie**

Annulation Formule 3 – passage au statut de patiente volontaire

Sortie pour domicile – Des détectives de Woodstock la reconduisent à Woodstock; ils vont l'interroger puis elle sera libérée, dans l'attente des suites de l'investigation menée sur ses allégations

Suivi par médecin généraliste et psychiatre si nécessaire

Ordonnances fournies pour traitement – valables 4 jours, à renouveler 3 fois

**Indicateurs d'alerte****Allergies**

Abilify

Haldol

**Évolution pendant l'hospitalisation****Problème(s) présenté(s)**

motif de consultation : tendance suicidaire et dépression

Légendes : @-Anormal, C-critique, F-Faible, E-Élevé

**CE DOCUMENT EST UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL LÉGAL DU CAMH**

Date/heure d'impression : 25/10/2016 09h40

Imprimé par : Gabie Amaral

Réf. de la demande de rapport : 2457703

Page 486 sur 518

**camh**Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Client(e)/Patient(e) : WETTLAUFER, ELIZABETH TRACY MAE

Réf. dossier médical : 806240

N° entretien : 00020149910

Date de naissance : 10/06/1967

Âge : 49 ans

**Données de sortie**

Il existe une abondante documentation concernant la présentation d'Elizabeth, son auto-évaluation et l'étude de ses symptômes psychiatriques au fil de son séjour de 3 semaines dans le Service des femmes hospitalisées du CAMH, ainsi que dans les notes à l'admission et dans les notes d'évolution. Voici un bref récapitulatif de son séjour.

Elizabeth est une femme de 49 ans, divorcée, sans enfant, de Woodstock, qui a travaillé en tant qu'infirmière autorisée pendant plus de 20 ans, même si elle a aussi ponctuellement exercé en tant que préposée aux services de soutien à la personne, en l'absence de poste d'infirmière vacant, mais également suite à une restriction de son permis d'exercer, en début de carrière, consécutive à une surdose de médicaments hospitaliers pendant qu'elle était au travail. Elizabeth s'est présentée volontairement au Service des urgences du CAMH, car cela faisait plusieurs mois qu'elle luttait contre un état dépressif croissant et des tendances suicidaires grandissantes, dans un contexte où elle continuait de consommer de l'ETOH et des hydromorphones et éprouvait de la culpabilité pour les actes qu'elle avait commis en tant qu'infirmière. En particulier, elle a dit, tant à l'intervenant social qu'au psychiatre D' Sokolov du Service des urgences, qu'elle avait intentionnellement administré des surdoses à de nombreux patients au cours des 10 dernières années et même qu'elle pensait que ces surdoses avaient causé huit décès. Elle a avoué avoir administré deux surdoses en 2016, une en février et une autre vers la fin du mois d'août. La surdose d'insuline la plus récente n'a pas entraîné le décès de la patiente. Elle s'est rendu compte que, au vu de son incapacité à maîtriser ses pulsions qui la poussent à administrer des surdoses d'insuline à ses patients lorsqu'elle est en proie à la détresse, elle ne pouvait plus travailler en tant qu'infirmière après que son employeur lui a indiqué qu'elle allait travailler avec des enfants/adolescents diabétiques à Woodstock. Elle a d'abord décidé de partir au Québec en voiture avec l'intention de fuir sa vie, mais elle a décidé de faire demi-tour et de faire face à ses actes. Elle est venue au CAMH, à Toronto, pour demander de l'aide, après s'être renseignée via Internet sur les services proposés et après avoir appris notamment que le CAMH disposait d'un Service de psychiatrie légale.

Elizabeth a été admise dans le Service des femmes hospitalisées en vertu d'une Formule 1, car elle avait indiqué avoir des idées suicidaires mais aussi compte tenu de la nature très préoccupante de ses allégations concernant l'administration de surdoses létales à plusieurs patients dans l'exercice de ses fonctions d'infirmière.

**Récapitulatif des principaux résultats**

Elizabeth a été traitée par le psychiatre Alan Kahn pendant toute la durée de son séjour dans le Service des femmes hospitalisées. Elle a ensuite fait l'objet d'une Formule 3, après la première évaluation par le D' Kahn, afin de s'assurer qu'elle resterait dans le service, compte tenu des risques auxquels elle s'était elle-même récemment exposée et auxquels elle avait récemment exposé ses patients dans le cadre de ses fonctions d'infirmière. Elle a été favorable à l'idée de rester à l'hôpital, elle a compris le raisonnement justifiant le statut de patiente en cure obligatoire de la Formule 3 et elle ne s'est pas opposée à l'établissement de cette Formule. Avant l'expiration des 14 jours prévus par la Formule 3, le D' Kahn a prolongé la durée de sa cure involontaire au sein du Service des femmes hospitalisées en établissant une Formule 4, le 30 septembre, afin de garantir qu'elle ne quitterait pas l'hôpital avant que l'équipe ne considère qu'il n'y a aucun risque de lui accorder le statut de patiente volontaire et à la laisser sortir du centre.

Elle a été traitée par le médecin hospitaliste Dale Ryan pour ses problèmes médicaux, notamment pour son hypertension, qui était mal contrôlée depuis qu'elle avait arrêté de prendre son traitement antihypertenseur près de 5 mois avant son admission. Elle a également été brièvement vue par 3-4 autres psychiatres pendant la fin de semaine et une fois pendant une absence de deux jours du D' Kahn, vers la fin de son séjour. Le D' Kahn voyait

Légendes : @-Anormal, C-critique, F-Faible, E-Élevé

**CE DOCUMENT EST UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL LÉGAL DU CAMH**

Date/heure d'impression : 25/10/20106 09h40 Imprimé par : Gabie Amaral

Réf. de la demande de rapport : 2457703

Page 487 sur 518

**camh**Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Client(e)/Patient(e) : WETTLAUFER, ELIZABETH TRACY MAE

Réf. dossier médical : 806240

N° entretien : 00020149910

Date de naissance : 10/06/1967

Âge : 49 ans

**Données de sortie**

habituellement Elizabeth avec son infirmière attitrée, l'infirmière autorisée Michelle Desanti. Le Dr Kahn et l'IA Michelle Desanti prenaient chacun des notes indépendantes pendant ces séances. L'infirmière M. Desanti a également passé du temps avec Elizabeth pendant les fins de semaine et à d'autres moments, dans le cadre d'un travail d'analyse en chaîne (pour mieux comprendre la séquence d'événements, de pensées, de sensations et de comportements qui conduisaient Elizabeth à administrer intentionnellement des surdoses d'insuline aux patients) et dans le cadre de l'élaboration d'un Plan Bien-être (et Sécurité) (dans l'optique d'identifier les symptômes liés à l'évolution de son niveau de détresse ainsi que les compétences qu'elle peut employer pour mieux gérer ce stress).

Pour résumer, Elizabeth a parlé en détail de son histoire, notamment de ses antécédents psychiatriques, de ses antécédents de consommation d'alcool et de médicaments, de son histoire personnelle et de son parcours professionnel. À partir de l'évaluation du D' Kahn, il semble qu'Elizabeth a récemment eu des symptômes compatibles avec un Épisode dépressif caractérisé –modéré à grave– même si elle n'a pas présenté l'ensemble de ces symptômes au cours des 2,5 semaines de son séjour dans le service. Elle a indiqué qu'elle trouvait que la fluvoxamine 200 mg prise tous les matins et la quétiapine 200 mg prise tous les jours au coucher lui étaient utiles pour son humeur, sa colère, son anxiété et son sommeil. Elle n'a pas voulu changer de traitement et la seule modification à laquelle elle a consenti a été d'augmenter la Quetipaine à 300 mg tous les soirs au coucher afin d'améliorer son sommeil et mieux combattre son anxiété. Pendant le [...] devenue excessivement stressée par moments par rapport à son travail et ses relations, et elle est aussi devenue très critique envers elle-même concernant la qualité de son travail. Néanmoins, elle n'a pas clairement rempli les critères d'un quelconque trouble d'Anxiété primaire spécifique. Elizabeth a parlé ouvertement de son combat de longue date contre l'alcool et les opiacés, et elle a eu des périodes de sobriété à divers moments. Elle a également reconnu avoir souvent volé des hypromorphones dans les stocks de médicaments de ses patients lorsque l'occasion se présentait d'elle-même, parfois aussi régulièrement que plusieurs fois par mois. Elle a nié avoir consommé plus de quelques pilules à chaque fois. Il semblerait que la plupart de ces comportements se soient aggravés depuis que son époux l'a quittée il y a 10 ans; mais ces comportements existaient déjà avant leur mariage.

Concernant sa personnalité, Elizabeth a présenté des symptômes révélateurs d'un Trouble de la personnalité limite, notamment une instabilité d'humeur marquée, de l'impulsivité, une peur de l'abandon, des relations instables et de la colère. Par ailleurs, elle a présenté de nombreux symptômes compatibles avec

Légendes : @-Anormal, C-critique, F-Faible, E-Élevé

**CE DOCUMENT EST UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL LÉGAL DU CAMH**

Date/heure d'impression : 25/10/20106 09h40

Imprimé par : Gabie Amaral

Réf. de la demande de rapport : 2457703

Page 488 sur 518

**camh**Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Client(e)/Patient(e) : WETTLAUFER, ELIZABETH TRACY MAE

Réf. dossier médical : 806240 N° entretien : 00020149910

Date de naissance : 10/06/1967 Âge : 49 ans

**Données de sortie**

un Trouble de la personnalité antisociale, comme cela est documenté dans les notes. Néanmoins, concernant son enfance et son adolescence, il n'a pas été possible de déterminer clairement si elle réunissait entièrement les critères d'un trouble du comportement, notamment avant l'âge de 15 ans, même si elle a connu plusieurs épisodes de comportements oppositionnels, notamment lorsqu'elle a fugué d'une colonie de vacances pendant une journée et lorsqu'elle a intentionnellement déclenché l'alarme de son établissement scolaire pour rendre encore plus difficile la situation d'un adolescent qu'elle n'appréciait pas.

Elizabeth a parlé en détail de ses relations avec ses parents et des difficultés d'avoir été élevée dans un environnement familial baptiste contrôlé. Elle a également parlé en détail de son mariage fluctuant de 10 ans, notamment de ses insatisfactions concernant cette relation, de ses frustrations sexuelles et de sa déception lorsque son époux l'a quittée car il pensait qu'elle était en contact par ordinateur avec une autre femme. Comme cela apparaît dans les notes d'évolution, l'hospitalisation d'Elizabeth à Woodstock et plusieurs comportements suicidaires se sont produits dans le contexte de ses difficultés de couple et dans un contexte de dépression. Elizabeth a également parlé de sa bisexualité et de ses relations tumultueuses après son divorce.

Au cours de plusieurs séances, elle a parlé en détail de ses actes au cours desquels elle administrait intentionnellement des surdoses létales d'insuline à ses patients pendant son travail. Elizabeth savait qu'elle n'avait pas l'obligation de parler de ces actes, mais elle a choisi d'en parler en détail, même si elle savait qu'il existe certaines limites au secret professionnel des médecins. Elle a été informée du fait que ses déclarations seraient consignées par écrit et qu'elles pourraient donc être consultées par la police, les organismes professionnels (comme l'Ordre des infirmières et infirmiers) et d'autres enquêteurs éventuels. À maintes reprises, Elizabeth a été très claire sur le fait qu'elle était venue à l'hôpital pour parler de ses actes, pour obtenir de l'aide et pour finalement parler de ses actes à la police. Elle a indiqué qu'elle ne pensait pas qu'il lui aurait été bénéfique de poursuivre sa prise en charge psychiatrique à Woodstock, en soulignant à quel point elle avait été mécontente de son séjour dans le service psychiatrique hospitalier de Woodstock, il y a plus de 10 ans, et de son insatisfaction vis-à-vis de son psychiatre habituel. Par ailleurs, elle ne se sentait pas suffisamment confiante pour parler toute seule de ses actes à la police, car elle craignait de ne pas être crue ou de ne pas pouvoir bénéficier du soutien dont elle avait besoin, notamment de ses médicaments si jamais elle devait aller en prison. Elizabeth a clairement dit qu'elle avait parlé de ses actes à différents contacts au cours des dernières années, mais qu'elle n'avait pas été capable d'arrêter après leur en avoir parlé (notamment avec une avocate, un prêtre et une marraine des Alcooliques Anonymes ou des Narcotiques Anonymes). Elizabeth a indiqué qu'elle s'était présentée au CAMH pour parler ouvertement de ses actes, pour obtenir l'aide dont elle avait besoin et pour se préparer à raconter, par la suite, ses actes à la police et à l'Ordre des infirmières et infirmiers. Elle a indiqué qu'elle voulait que cela se fasse et elle a demandé au D<sup>r</sup> Kahn de l'aide pour le faire.

Pendant tout son séjour, elle a été considérée comme capable de donner son consentement à la divulgation des informations médicales la concernant et capable également de donner son consentement à son traitement et de gérer ses finances. Le D<sup>r</sup> Kahn a également recommandé à Elizabeth de faire appel à un avocat pour l'aider dans ses aveux. Elizabeth a répondu qu'elle prendrait un avocat lorsque cela serait nécessaire, mais qu'elle estimait qu'un avocat lui dirait juste de ne rien raconter de plus sur ce qu'elle avait fait. Elizabeth a constamment réaffirmé qu'elle était venue à l'hôpital pour dire la vérité sur ses actes et pour en affronter les conséquences. Elle a aussi souhaité que le D<sup>r</sup> Kahn et son équipe contactent la police et l'Ordre des infirmières et infirmiers. Elizabeth a volontairement

Légendes : @-Anormal, C-critique, F-Faible, E-Élevé

**CE DOCUMENT EST UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL LÉGAL DU CAMH**

Date/heure d'impression : 25/10/2010 09h40 Imprimé par : Gabie Amaral

Réf. de la demande de rapport : 2457703

Page 489 sur 518

**camh**Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Client(e)/Patient(e) : WETTLAUFER, ELIZABETH TRACY MAE

Réf. dossier médical : 806240

N° entretien : 00020149910

Date de naissance : 10/06/1967

Âge : 49 ans

**Données de sortie**

signé les formulaires de consentement à la divulgation d'informations, autorisant ainsi le D' Kahn et le CAMH à communiquer l'intégralité des informations qu'elle leur avait divulguées aux différents services de police ainsi qu'à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Elle a également autorisé l'obtention de son dossier médical auprès du D' Fernando/hôpital de Woodstock et du London Health Sciences Center (London, ON), où elle avait été brièvement hospitalisée au cours des 10 dernières années.

Tout au long de ses récits successifs, l'histoire relatée par Elizabeth a été cohérente du point de vue des détails fournis, de la chronologie et des explications de ses actes. De manière générale, Elizabeth a expliqué qu'elle avait des difficultés à gérer son anxiété, son irritabilité et ses frustrations, tant dans sa vie personnelle que professionnelle. Même si l'alcool et les opioïdes lui permettaient parfois de soulager en partie son stress, il était fréquent qu'elle n'arrive pas à trouver une méthode adéquate pour gérer la pression qui s'accumulait. Elle explique qu'elle a commencé à administrer intentionnellement des surdoses aux patients auprès desquels elle travaillait afin d'évacuer ce stress. En administrant à des personnes vulnérables des doses d'insuline potentiellement mortelles, elle se sentait plus puissante et ressentait un allègement de cette pression. Parfois elle était en colère contre un patient en particulier et souhaitait sa mort. D'autres fois encore, elle a reconnu qu'elle était plus indifférente, mais qu'elle voyait cette personne comme quelqu'un à qui elle pouvait administrer une surdose sans éveiller de soupçons. Elle reconnaît avoir eu parfois des regrets après l'administration d'une surdose et avoir souhaité que le patient en question ne décède pas. Malgré cela, elle n'est jamais intervenue pour empêcher les décès par hypoglycémie. Elle a reconnu qu'elle ne voulait pas se faire prendre et qu'elle était donc très prudente quant au choix de ses victimes et au moment où elle administrait les surdoses. Elle a indiqué qu'au fil du temps, elle éprouvait moins de satisfaction à administrer les surdoses. Elle était désemparée face au constat qu'elle continuait à le faire, particulièrement en 2016, alors que, selon ses dires, elle ne l'avait pas fait depuis près d'un an et demi. Elle a été à nouveau très claire sur le fait que, tant qu'elle travaillerait en tant qu'infirmière, elle serait incapable de cesser ces actes et elle a donc estimé qu'elle devait non seulement arrêter d'exercer le métier d'infirmière, mais aussi qu'elle devait avouer ses actes. Au fil des descriptions de ses actes, elle a avoué se sentir « plus légère » et être soulagée d'enfin faire ce qu'il fallait. Vers la fin de son séjour, elle est restée ferme dans sa détermination à aller jusqu'au bout dans ses aveux et elle a dit ressentir du respect pour elle-même pour la première fois depuis 10 ans. Elle a indiqué qu'elle avait l'impression

Légendes : @-Anormal, C-critique, F-Faible, E-Élevé

**CE DOCUMENT EST UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL LÉGAL DU CAMH**

Date/heure d'impression : 25/10/20106 09h40

Imprimé par : Gabie Amaral

Réf. de la demande de rapport : 2457703

Page 490 sur 518

**camh**Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Client(e)/Patient(e) : WETTLAUFER, ELIZABETH TRACY MAE

Réf. dossier médical : 806240

N° entretien : 00020149910

Date de naissance : 10/06/1967

Âge : 49 ans

**Données de sortie**

de revenir vers Dieu et de redevenir un enfant de Dieu. Pour plus de détails sur ses déclarations, voir les notes d'évolution.

Au cours des discussions et des rencontres avec la haute direction du CAMH, il a été décidé que le D<sup>r</sup> Kahn contacte l'Association canadienne de protection médicale pour déterminer ce qu'il avait légalement le droit de faire et quelles étaient ses obligations légales de signalement dans ce scénario. L'avocat avec qui le D<sup>r</sup> Kahn a été mis en rapport l'a vivement mis en garde en indiquant que, dans ce cas, il serait attendu de lui qu'il contacte à la fois la police et l'Ordre des infirmières et infirmiers compte tenu de la gravité des allégations d'homicide d'Elizabeth et du risque qu'elle continuerait à poser si elle venait à sortir de l'hôpital, en tant qu'infirmière en exercice susceptible d'être en contact avec le même type de patients vulnérables. La haute direction et le D<sup>r</sup> Kahn ont conjointement décidé qu'il serait opportun que le D<sup>r</sup> Kahn avertisse la police et l'Ordre des infirmières et des infirmiers de l'Ontario. Elizabeth a été informée de cette décision et l'a acceptée, en signant pour cela les formulaires de consentement à la divulgation d'informations médicales. Le D<sup>r</sup> Kahn a parlé avec une enquêtrice de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Vicky Wolf, et a oralement décrit le cas d'Elizabeth, ses allégations et nos inquiétudes. J'ai informé Vicky Wolf du fait qu'il était possible qu'Elizabeth souhaite également l'appeler, ce qu'Elizabeth a fait volontairement. Elizabeth avait également préparé un résumé de quatre pages décrivant les huit patients décédés à cause des surdoses d'insuline qu'elle leur avait administrées et détaillant les 4 à 6 autres patients qui avaient reçu des surdoses mais qui n'en étaient pas mortes. Elizabeth a été en mesure de fournir les noms complets des patients décédés, le lieu, l'année et le mois, ainsi que certains détails relatifs aux surdoses. Elizabeth a préparé ce document sur suggestion du D<sup>r</sup> Kahn, pour l'aider dans ses conversations avec la police et avec l'Ordre des infirmières et infirmiers. Elle l'a fait de bon gré et elle a trouvé utile de tout mettre à l'écrit et d'en parler. Elizabeth a fourni un exemplaire au D<sup>r</sup> Kahn/CAMH, et nous avons brièvement examiné ce document. Elle a également demandé que ce document soit faxé à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et elle a donné au D<sup>r</sup> Kahn le numéro de fax qu'elle avait obtenu de Vicky Wolf suite à l'appel téléphonique qu'Elizabeth avait volontairement passé à l'OIIO pour indiquer son intention de renoncer à son permis d'exercer en tant qu'infirmière et les raisons de cette décision.

Comme cela est indiqué dans le dossier, le D<sup>r</sup> Kahn a également parlé de l'affaire avec la sergente-détective Heather Nicols de la Division 52. Le même jour, les détectives K. Hamilton et P. Alberga sont arrivés de la Division 52 et ont enregistré une déclaration audio du D<sup>r</sup> Kahn sur cette affaire. Ils savaient qu'Elizabeth avait rédigé un document de 4 pages relatant les décès de ses patients, mais ils n'ont à ce moment-là pas demandé à voir ce document, et ce document ne leur a pas été communiqué. Le lendemain, Elizabeth s'est rendue volontairement et de bon gré à la Division 52 avec la police pour faire une déclaration enregistrée sur vidéo évoquant ses actes. Elle a également fourni à la police le document écrit de 4 pages. Elle a indiqué avoir été anxieuse au moment de faire sa déclaration, mais elle a précisé qu'elle avait été bien traitée et qu'elle s'était sentie respectée.

Pendant toute cette période, elle avait une anxiété fluctuante. Elle a été encouragée à parler à des infirmiers et à utiliser son plan Bien-Être/Sécurité, et elle ne prenait des médicaments qu'en dernier recours. Elle a évité autant que possible le lorazepam, compte tenu des risques d'intolérance et de dépendance, en privilégiant la loxapine 25 mg au besoin lorsqu'elle était plus agitée ou anxieuse.

Légendes : @-Anormal, C-critique, F-Faible, E-Élevé

**CE DOCUMENT EST UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL LÉGAL DU CAMH**Date/heure d'impression : 25/10/2010 09h40 Imprimé par : Gabie Amaral  
Réf. de la demande de rapport : 2457703

Page 491 sur 518

**camh**Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Client(e)/Patient(e) : WETTLAUFER, ELIZABETH TRACY MAE

Réf. dossier médical : 806240

N° entretien : 00020149910

Date de naissance : 10/06/1967

Âge : 49 ans

**Données de sortie**

Elizabeth s'est généralement bien comportée dans le service. Elle y est restée en tant que patiente en cure obligatoire pendant ses 2,5 semaines de séjour, de manière à s'assurer qu'elle soit gardée en sécurité et hospitalisée pendant son séjour. Une fois, au début de son séjour, elle a menti à un infirmier de l'équipe de nuit en disant que le D<sup>r</sup> Kahn lui avait accordé l'autorisation de sortir du service non accompagnée pendant 15 minutes. Ce n'était pas le cas et l'infirmier le savait. Le lendemain, Elizabeth a avoué ne pas avoir dit la vérité, mais elle a expliqué qu'elle voulait juste prendre l'air et aller se chercher un café. Quelques jours après, un infirmier a indiqué qu'Elizabeth avait dit, sur le ton de la plaisanterie, qu'elle avait envisagé de changer les étiquettes d'identification des patients sur les casiers à médicaments des chariots du personnel infirmier pour faire une farce aux infirmiers. Elle ne l'a pas fait, mais cela n'a pas été considéré comme une plaisanterie amusante. Un autre problème s'est posé lorsqu'Elizabeth a dit à plusieurs patientes, en privé, qu'elle craignait de quitter le centre car elle risquait d'aller en prison. Comme cette information avait été lancée dans une discussion privée d'ordre général sur les angoisses liées à la sortie du centre et qu'Elizabeth n'avait pas précisé pourquoi elle risquait d'aller en prison, cette information a suscité de l'angoisse vis-à-vis d'Elizabeth chez plusieurs patientes. Le dernier problème survenu dans le service concernait les disputes fréquentes entre Elizabeth et une autre patiente du service vers la fin de son séjour. Même s'il n'y avait pas de violences physiques ou de menaces excessives, il était clair qu'Elizabeth et cette autre femme avaient fréquemment des altercations verbales et il est apparu qu'Elizabeth l'avait effectivement provoquée intentionnellement à plusieurs reprises. L'équipe a dû aborder plusieurs fois ce problème avec Elizabeth.

Le dernier jour de son séjour, il avait été convenu que des détectives du service de police de Woodstock viendraient à Toronto pour parler avec Elizabeth, après avoir été en contact avec les détectives de la Division 52 de Toronto. Ils avaient été clairs sur le fait qu'ils n'arrêteraient pas Elizabeth et ne la placeraient pas sous garde à ce moment-là, mais qu'ils lui proposaient de la raccompagner à Woodstock pour avoir l'occasion de parler avec elle avant qu'elle ne rentre chez elle. Le D<sup>r</sup> Kahn et la haute direction du CAMH ont été favorables à ce plan de sortie de la patiente. Le D<sup>r</sup> Kahn a parlé avec Elizabeth de ce plan de sortie du centre et elle aussi y a été favorable. Elle a dit qu'elle était anxieuse, mais que, globalement, elle était optimiste et qu'elle se sentait bien concernant ce qu'elle avait fait dans le Service des femmes hospitalisées. Elle se sentait mieux et pensait qu'elle était sur le bon chemin. Elle pensait à l'avenir et a nié toute idée suicidaire ou homicide. Elle a été claire sur le fait qu'elle n'exercerait plus le métier d'infirmière et elle s'attendait à être arrêtée à un moment ou à un autre. Elle a exprimé à nouveau sa principale anxiété et ses remords concernant les répercussions que la publicité de ses actes aurait sur

Légendes : @-Anormal, C-critique, F-Faible, E-Élevé

**CE DOCUMENT EST UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL LÉGAL DU CAMH**

Date/heure d'impression : 25/10/2010 09h40

Imprimé par : Gabie Amaral

Réf. de la demande de rapport : 2457703

Page 492 sur 518

**camh**Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Client(e)/Patient(e) : WETTLAUFER, ELIZABETH TRACY MAE

Réf. dossier médical : 806240

N° entretien : 00020149910

Date de naissance : 10/06/1967

Âge : 49 ans

**Données de sortie**

sa famille et sur la famille des patients décédés à cause de ses actes.

Elizabeth est partie avec des médicaments pour une journée et une ordonnance pour ses médicaments réguliers, prévue pour 4 jours, à renouveler 3 fois. On ne lui a pas prescrit de lorazépam. De la Loxapine 25 mg à prendre selon le besoin lui a été prescrite pour son anxiété x 8 comprimés, à renouveler deux fois. La Formule 5 a été validée et la Formule 4 a été annulée, la faisant passer ainsi au statut de malade en cure facultative. Elizabeth est sortie du service et est partie volontairement avec les détectives, qui devaient la ramener à Woodstock avec l'intention de l'interroger sur ses allégations.

**Résultats d'analyse**

Mois dernier

<b>Bilan métabolique :</b>	<b>Bilan électrolytique :</b>
Cholestérol, Total : -----	Sodium : 140 mmol/L (29/09/16)
Triglycérides : -----	Potassium : 3,9 mmol/L (29/09/16)
Cholestérol HDL : -----	Chlorure : 100 mmol/L (29/09/16)
Cholestérol LDL : -----	Azote uréique sanguin : 5,8 mmol/L (29/09/16)
Chol/HDL : -----	Créatinine : 56,1 µmol/L (29/09/16)
Glycémie à jeun : 6,1 mmol/L (20/09/16)	DFGe : -----
Hb A1c (Hb glyquée) : -----	Calcium, Total : 2,35 mmol/L (20/09/16)
Glycémie aléatoire : -----	Magnésium : 0,95 mmol/L (20/09/16)
Glycémie post prandiale : -----	Phosphate : 1,48 mmol/L (20/09/16)
Insuline : -----	
Créatininurie : -----	
Microalbuminurie -----	
Rapport albuminurie/créatininurie -----	

Hématologie + Coag :	
Leucocytes : 9,02 x 10 <sup>9</sup> /L (20/09/16)	Folates érythrocytaires : -----

Érythrocytes : 4,24 x 10 <sup>12</sup> /L (20/09/16)	Vitamine B12 : 313 pmol/L
--	---------------------------

Légendes : @-Anormal, C-critique, F-Faible, E-Élevé

**CE DOCUMENT EST UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL LÉGAL DU CAMH**

Date/heure d'impression : 25/10/20106 09h40

Imprimé par : Gabie Amaral

Réf. de la demande de rapport : 2457703

Page 493 sur 518



**camh**Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Client(e)/Patient(e) : WETTLAUFER, ELIZABETH TRACY MAE

Réf. dossier médical : 806240

N° entretien : 00020149910

Date de naissance : 10/06/1967

Âge : 49 ans

**Données de sortie**

	(20/09/2016)
Hémoglobine : 123 g/L (20/09/16)	Ferritine : -----
Hématocrite : 0,379 L/L (20/09/16)	Fer : -----
Plaquettes : 237 x 10 <sup>9</sup> /L (20/09/16)	Sat. Fer : -----
Réticulocytes, Valeur absolue : -----	Capacité totale de fixation du fer : -----
Réticulocytes, % -----	Transferrine : -----
Fraction de réticulocytes immatures : -----	INR : -----
Neutrophiles : 5,77 x 10 <sup>9</sup> /L (20/09/16)	Taux de prothrombine : -----
Lymphocytes : 2,55 x 10 <sup>9</sup> /L (20/09/16)	Temps de céphaline activée : -----
Monocytes : 0,48 x 10 <sup>9</sup> /L (20/09/2016)	
Éosinophiles : 0,12 x 10 <sup>9</sup> /L (20/09/16)	
Basophiles : 0,06 x 10 <sup>9</sup> /L (20/09/16)	

Analyse des urines + Uroculture	
Uroculture : -----	Leucocyturie – Microscope : -----
Glycosurie – Échantillon aléatoire : -----	Hématurie – Microscope : -----
Cétonurie – Éch. aléatoire : -----	Présence cellules épithéliales : -----
Densité urinaire : -----	Bactériurie : -----
Présence sang – Éch. aléatoire : -----	Présence mucus : -----
pH – Éch. aléatoire : -----	
Protéinurie – Éch. aléatoire : -----	
Nitrites – Éch. aléatoire : -----	
Dosage leucocytes – Éch. aléatoire : -----	

Analyses chimiques (autres) :	
ALT : 31 unités/L (29/09/16)	Albumine : -----
AST : 15 unités/L (29/09/16)	Amylases : 27 (30/09/16)

Légendes : @-Anormal, C-critique, F-Faible, E-Élevé

CE DOCUMENT EST UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL LÉGAL DU CAMH

Date/heure d'impression : 25/10/20106 09h40

Imprimé par : Gabie Amaral

Réf. de la demande de rapport : 2457703

Page 494 sur 518

**camh**Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Client(e)/Patient(e) : WETTLAUFER, ELIZABETH TRACY MAE

Réf. dossier médical : 806240

N° entretien : 00020149910

Date de naissance : 10/06/1967

Âge : 49 ans

**Données de sortie**

Phosphatases alcalines : 99 unités/L (29/09/2016)	Troponine I : -----
GGT : -----	CRP : -----
Créatine kinase totale : -----	: ( )
TSH : 1,920 mUI/L (20/09/16)	: ( )
T4 libre : -----	: ( )
T3 libre : -----	: ( )
Protéines totales :	

**Résultats diagnostiques**

Pas de données pertinentes disponibles

**Interventions****Grille des objectifs de l'équipe d'hospitalisation - Équipe du CAMH**

Objectif	Intervention	Clinicien responsable	Statut
acquérir des compétences de coping	assister à des séances individuelles et en groupe	Personnel infirmier, Psychiatre, Intervenant social, Autre	
gestion des risques	observation toutes les 15 min.	Personnel infirmier	À revoir
questions juridiques	continuer le suivi	Psychiatre	À revoir

**Directives médicales anticipées :**

Pas de données pertinentes disponibles

**Évaluations****Examen de l'état mental**

Coopérative, correctement habillée, obèse, fait son âge; Humeur – nerveuse, mais humeur bonne; affect – euthymique, étendue normale; Processus mental – linéaire, orienté vers des buts; TC – nie toute IS (pas d'intention, de planification, de visée); ses facteurs protecteurs incluent sa religion, son optimisme pour l'avenir, sa famille; pas d'IH; pas de psychose; pas d'hallucinations; Lucidité – entière; Jugement – consciente des conséquences de ses actes

**Diagnostic**

Légendes : @-Anormal, C-critique, F-Faible, E-Élevé

**CE DOCUMENT EST UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL LÉGAL DU CAMH**

Date/heure d'impression : 25/10/2010 09h40

Imprimé par : Gabie Amaral

Réf. de la demande de rapport : 2457703

Page 495 sur 518

**camh**

Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Client(e)/Patient(e) : WETTLAUFER, ELIZABETH TRACY MAE

Réf. dossier médical : 806240

N° entretien : 00020149910

Date de naissance : 10/06/1967

Âge : 49 ans

**Données de sortie****Diagnostic**

Comportement antisocial de l'adulte

Trouble de l'usage de l'alcool, Léger

Trouble de la personnalité limite

Trouble dépressif caractérisé, Épisodes récurrents, Sans spécification

– pas d'épisode dépressif caractérisé en cours

Trouble de l'usage des opiacés, Léger

Hyperphagie boulimique exclue

**Autres problèmes de santé ayant eu une incidence pour l'hospitalisation****Actuels**

Comportement antisocial de l'adulte

Trouble de l'usage de l'alcool, Léger

Trouble de la personnalité limite

Trouble dépressif caractérisé, Épisodes récurrents, Sans spécification

Trouble obsessionnel-compulsif

Trouble de l'usage des opiacés, Léger

**Antécédents**

Pas de données pertinentes

**Plan de sortie****Liste exhaustive des médicaments à la sortie**

Fluvoxamine 200 mg, tous les jours au coucher

Quétiapine 300 mg, tous les jours au coucher, Formulation : à libération immédiate

Loxapine 25 mg, selon le besoin, à intervalles de 4 h, pour son anxiété/agitation

HCTZ 25 mg, tous les matins

Ramipril 2,5 mg, tous les matins

Acétaminophène selon le besoin

Naproxène selon le besoin

**Consignes de suivi pour le client/patient**

comme indiqué plus haut – sortie du centre pour retour à Woodstock avec les détectives

– il se peut qu'elle soit arrêtée par la police à un moment ou à un autre

n'envisage pas de retourner au travail en tant qu'infirmière

suivi par médecin généraliste et le psychiatre D' Fernando à Woodstock

**Plan de suivi dont nous recommandons la mise en œuvre au prochain professionnel****Suivis externes :**

ConnexOntario -

Central Intake Shelter Line -

Légendes : @-Anormal, C-critique, F-Faible, E-Élevé

**CE DOCUMENT EST UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL LÉGAL DU CAMH**

Date/heure d'impression : 25/10/2010 09h40 Imprimé par : Gabie Amaral

Réf. de la demande de rapport : 2457703

Page 496 sur 518

**camh**Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Client(e)/Patient(e) : WETTLAUFER, ELIZABETH TRACY MAE

Réf. dossier médical : 806240

N° entretien : 00020149910

Date de naissance : 10/06/1967

Âge : 49 ans

**Données de sortie****211 Toronto –****Suivis internes :**

Pas de données pertinentes disponibles

Orientation vers des services spécifiques

néant

**Coordonnées des professionnels de santé (Médecin du CAMH : Merci de faire suivre au service chargé de l'examen/la communication des dossiers de santé pour diffusion externe)**Médecin de famille

Jonny Tam

[partie noircie]

Fernando, Manthrihewage Lakshman Dayasundara (n°53811)

[partie noircie]

Médecin orienteur

Pas d'information disponible

Signé électroniquement par

Alan Kahn, MD, FRCPC 16/10/16 00h15

Type de document :

Alan Kahn, MD, FRCPC (05/10/2016 13h28)

**Résumé d'hospitalisation/Résumé clinique après transfert des urgences****Résumé des données sur le client/patient****Centre de toxicomanie et de santé mentale/Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)**

Légendes : @-Anormal, C-critique, F-Faible, E-Élevé

**CE DOCUMENT EST UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL LÉGAL DU CAMH**

Date/heure d'impression : 25/10/2016 09h40

Imprimé par : Gabie Amaral

Réf. de la demande de rapport : 2457703

Page 497 sur 518

## Annexe D – Avis de décès de patient en établissement



Bureau du  
coroner en chef

### Avis de décès de patient en établissement

À utiliser par les foyers régis par la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée pour la déclaration obligatoire exigée lors du décès d'un patient en établissement ou à l'extérieur de celui-ci et sous les soins d'un membre du personnel d'un foyer de soins de longue durée.

La Loi sur les coroners exige que le décès d'une personne séjournant dans un foyer de soins de longue durée régi par la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée soit signalé immédiatement au Bureau du coroner en chef. Les responsables de ces établissements (ou les personnes qu'ils ou elles désignent) sont tenus de signaler ce type de décès de bénéficiaire au Bureau du coroner en chef en remplissant et en transmettant le présent Avis de façon électronique.

#### Directives:

1. Veuillez remplir cet avis immédiatement après le décès d'un patient à votre établissement.
2. Après avoir répondu aux 8 questions ci-dessous :
  - (a) Si toutes les réponses aux 8 questions ci-dessous sont « Non », soumettez le formulaire dûment rempli. Il n'est pas nécessaire d'appeler le bureau local du Service provincial d'affectation des coroners.
  - (b) Si au moins une des réponses est « Oui », veuillez appeler immédiatement le bureau local du Service provincial d'affectation des coroners pour signaler le décès, et inscrire le nom du coroner local dans le champ ci-dessous, puis transmettre le formulaire.

Pour toute question, veuillez communiquer avec : Bureau du coroner en chef : <a href="mailto:acc.inquiries@ontario.ca">acc.inquiries@ontario.ca</a>			Numéro de téléphone du Service provincial d'affectation des coroners 416-314-4100 (RGT) 1 855 299 4100 (Sans frais)		
Prénom de la personne décédée			Prénom de la personne décédée		
<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	Âge	Date du décès (aaaa/mm/jj)	Heure du décès (hh:mm)	
Nom de l'établissement					
Adresse de l'établissement					
Numéro de la rue		Numéro de la rue		Nom de la rue	
Ville			Province		Case postale
Code postal			Code postal		
1. Décès accidentel? (Un accident est un événement qui a causé des blessures involontaires qui ont déclenché le processus menant au décès. L'intervalle entre les blessures et le décès peut durer de quelques minutes à des années. Par exemple, une fracture de la hanche est une blessure courante qui démarre le processus menant au décès chez les personnes âgées. Si l'on peut établir un lien possible entre une fracture ou une blessure et les événements qui ont mené au décès, ce dernier doit être signalé au Service provincial d'affectation des coroners.)					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
2. Suicide? (Décès dû à un facteur externe initié par la personne décédée.)					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
3. Homicide? (Décès dû à un facteur externe initié par une autre personne que la personne décédée.)					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
*S'il est possible qu'il s'agisse d'un suicide ou d'un homicide, il faut téléphoner à la police et au Service provincial d'affectation des coroners, faire sortir les autres résidents et mettre la pièce sous scellé jusqu'à ce qu'ils arrivent.					
4. Cause indéterminée? (Les circonstances du décès ne sont pas claires. Il existe des raisons de croire que le décès peut ne pas être dû à des causes naturelles, mais il ne s'agit pas clairement d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.)					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
5. Le décès est-il soudain et inattendu? (c.-à-d., le décès n'était pas raisonnablement prévisible)					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
6. La famille ou l'un des prestataires de soins ont-ils exprimé des préoccupations au sujet des soins prodigués à la personne décédée?					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
7. A-t-on noté une augmentation récente du nombre de décès dans votre foyer de soins de longue durée?					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
8. A-t-on noté une augmentation récente du nombre des transferts à l'hôpital?					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Nom de la personne ayant rempli ce formulaire			Prénom de la personne ayant rempli ce formulaire		

## Annexe E – Protocole d’inspection – Médicaments



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d’inspection Médicaments

#### En lien avec le foyer – Obligatoire

Nom du foyer : \_\_\_\_\_ Numéro de l’inspection : \_\_\_\_\_ (copies imprimées seulement)  
Date : \_\_\_\_\_  
Numéro d’identification de l’inspecteur : \_\_\_\_\_

Définition/Description	
<b>Réaction indésirable à un médicament :</b>	Réaction nuisible et non intentionnelle d’un résident à un médicament ou à une combinaison de médicaments qui survient lorsque le médicament est utilisé selon les doses normales ou selon des doses expérimentales aux fins du diagnostic, du traitement ou de la prévention d’une maladie ou de la modification d’une fonction organique.
<b>Substance désignée :</b>	S’entend au sens de la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> (Canada).
<b>Médicament :</b>	S’entend d’une substance ou d’une préparation qui contient une substance visée aux alinéas a) à d) de la définition de médicament au paragraphe 1 (1) de la <i>Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies</i> , y compris d’une substance qui serait exclue de cette définition par l’effet de ses alinéas f) à i), à l’exclusion toutefois d’une substance visée à son alinéa e).
<b>Incident lié à un médicament :</b>	Événement évitable lié à la prescription, à la commande, à la préparation, à l’entreposage, à l’étiquetage, à l’administration ou à la distribution d’un médicament, ou encore à la transcription d’une ordonnance. S’entend notamment, selon le cas : <ul style="list-style-type: none"> <li>• d’un acte d’omission ou de commission, qu’il donne lieu ou non à un préjudice ou à des blessures chez un résident ou au décès de celui-ci;</li> <li>• d’un événement évité de justesse au cours duquel un incident ne touche pas un résident, mais qui, s’il l’avait touché, aurait donné lieu à un préjudice ou à des blessures chez lui ou à son décès.</li> </ul>
<b>Produit de santé naturel :</b>	Produit de santé naturel, au sens du <i>Règlement sur les produits de santé naturels</i> (Canada) pris en application de la <i>Loi sur les aliments et drogues</i> (Canada), autre qu’une substance qui a été identifiée dans les règlements pris en application de la <i>Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies</i> comme étant un médicament pour l’application de cette loi malgré l’alinéa f) de la définition de « médicament » au paragraphe 1 (1) de cette loi. (Cette définition ne s’applique qu’à l’art. 132 du <i>Règlement de l’Ontario 79/10</i> ).
<b>Pharmacien :</b>	Membre de l’Ordre des pharmaciens de l’Ontario qui est titulaire d’un certificat d’inscription à titre de pharmacien.



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

## Protocole d'inspection Médicaments

<b>Personne autorisée à prescrire des médicaments :</b>	Personne autorisée en vertu d'une loi sur une profession de la santé au sens de la <i>Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées</i> à prescrire un médicament au sens de cette loi.
<b>Ordonnance :</b>	Directive d'une personne autorisée à prescrire des médicaments autorisant la préparation d'un ou de plusieurs médicaments pour un résident.
<b>Médicament topique :</b>	Médicament sous forme de liquide, de crème, de gel, de lotion, d'onguent, d'aérosol ou de poudre appliqué sur la peau et destiné à n'affecter que la partie sur laquelle il est appliqué.

Usage	
Le protocole d'inspection obligatoire en lien avec le foyer sert à examiner l'administration et la gestion des médicaments dans le cadre de l'inspection de la qualité des services aux résidents du foyer de soins de longue durée.	
Le protocole d'inspection peut également servir à mener une inspection relative aux préoccupations touchant l'administration et la gestion des médicaments dans le cadre de tout type d'inspection.	
L'inspection est axée sur les obligations du titulaire de permis relatives au respect des exigences de la <i>Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée</i> (LFSLD) et du Règlement de l'Ontario 79/10 dans les domaines suivants :	
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8	Respect des politiques et dossiers
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114 à 118	Médicaments
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 119 à 121	Fournisseur de services pharmaceutiques
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 122 à 137	Obtention et conservation de médicaments

Procédure
Chaque section de ce protocole d'inspection comprend des énoncés offrant une orientation à l'inspecteur relativement à la collecte de renseignements dans le cadre d'une inspection et il se peut que ces énoncés ne s'appliquent pas à toutes les situations. Les renseignements recueillis serviront à déterminer si un foyer est conforme à la LFSLD.
Ce protocole d'inspection comprend trois (3) parties :
Partie A – Administration des médicaments, entreposage des médicaments et dossiers relatifs à la destruction des médicaments
Partie B – Administration des médicaments et processus relatifs aux médicaments
Partie C – Système de gestion des médicaments



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

## Protocole d'inspection Médicaments

### Pendant l'inspection de la qualité des services aux résidents

1. Un (1) inspecteur (ayant une formation en soins infirmiers) désigné doit répondre aux questions applicables de la partie A concernant les pratiques sécuritaires d'administration et d'entreposage des médicaments. L'inspecteur doit également répondre aux questions des parties B et C qui portent sur les processus du foyer de soins de longue durée relatifs à la gestion **des incidents liés à des médicaments et des réactions indésirables à des médicaments**.
2. L'inspecteur doit observer ce qui suit :
  - Un (1) endroit où sont entreposés les médicaments, plus particulièrement les narcotiques et les substances désignées.
  - L'administration des médicaments pour un résident. Le résident sélectionné peut résider dans n'importe quelle aire du foyer de soins de longue durée. Choisir un résident ayant une maladie et un régime médicamenteux à risque élevé. Par exemple : diabétique insulino-dépendant, gestion de la douleur, anticoagulothérapie. Le résident sélectionné ne doit pas obligatoirement faire partie de l'échantillon du recensement. L'inspecteur doit observer l'administration entière du régime médicamenteux ou du traitement pour le résident choisi.  
*Remarque : L'inspecteur doit augmenter l'échantillon observé au chapitre de l'administration des médicaments, pouvant ainsi sélectionner jusqu'à trois personnes, si des préoccupations sont relevées.*
3. Examiner les processus du foyer de soins de longue durée pour la gestion des incidents liés à des médicaments et des réactions indésirables à des médicaments, de même les dossiers relatifs à ces incidents et réactions.
4. Si un cas de non-respect est relevé, les constatations qui s'y rattachent seront communiquées dans le cadre des réunions d'équipe.
5. S'il relève un cas de non-respect se rapportant à la partie A et/ou B, l'inspecteur doit répondre aux questions applicables des parties B et/ou C.
6. L'inspecteur doit consigner les éléments de preuve à l'appui des cas de non-respect dans la section « Remarques » lorsqu'il répond « Non ».

### **PARTIE A : Administration et entreposage des médicaments**

#### **Entrevue auprès des résidents ou de leurs mandataires spéciaux**

Mener une entrevue auprès du résident ou de son mandataire spécial, s'il en a un, pour déterminer, là où il y a lieu :

- si le résident a été informé de son état de santé, ou si son mandataire spécial l'a été, et si l'un ou l'autre a participé à l'élaboration du régime médicamenteux;
- si le résident ou son mandataire spécial a été informé des risques et des avantages des médicaments, s'il comprend ces renseignements et si on lui permet d'exercer son droit de consentir au traitement ou de le refuser;
- si le personnel du foyer a fourni au résident ou à son mandataire spécial des renseignements sur les risques et les avantages des médicaments et s'il a offert d'autres approches pour remplacer les interventions refusées, le cas échéant;
- si le personnel administre les médicaments de façon appropriée;





Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

## Protocole d'inspection Médicaments

- si le personnel évalue et surveille le résident afin de vérifier l'efficacité des médicaments administrés.

### Collecte de renseignements

Remarques

### Entrevues auprès du personnel

Mener des entrevues auprès des membres du personnel infirmier autorisé de diverses parties du foyer et pendant différents quarts de travail, là où il y a lieu, pour déterminer la mesure dans laquelle ils connaissent les politiques et les protocoles du foyer relativement aux médicaments.

Si un membre du personnel ne faisant pas partie du personnel infirmier autorisé applique un médicament topique, vérifier si cette personne a reçu une formation en la matière.

### Collecte de renseignements

Remarques

### Observations

#### Administration des médicaments

Observer l'administration des médicaments pour :

- vérifier la conformité avec les principes de l'administration sécuritaire et en temps opportun des médicaments ainsi qu'avec les directives fournies par la personne autorisée à prescrire des médicaments;
- vérifier, lorsqu'un membre du personnel ne faisant pas partie du personnel infirmier autorisé applique un médicament topique, si cette personne a reçu une formation en la matière de la part d'un membre du personnel infirmier autorisé et si elle est supervisée par un membre de ce personnel;
- vérifier, lorsque l'on permet à un résident de s'administrer un médicament, si un médecin, un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée de la catégorie ou encore une autre personne qui est autorisée à prescrire des médicaments et qui traite ce résident a donné son autorisation et si cette pratique est conforme aux politiques établies du foyer;
- vérifier si les médicaments demeurent dans le contenant ou l'emballage étiqueté d'origine que fournit le fournisseur de services pharmaceutiques ou le gouvernement de l'Ontario.

#### Observations sur l'entreposage des médicaments

L'inspecteur (ayant une formation en soins infirmiers) devra faire des observations concernant l'entreposage des médicaments et des produits biologiques aux lieux d'entreposage consacrés aux narcotiques et aux substances désignées, et ce, pour vérifier :

- si les lieux sont sécurisés (verrouillage à double tour) et accessibles seulement au personnel désigné;



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

## Protocole d'inspection Médicaments

- si les stocks de narcotiques et de substances désignées correspondent à ce qui figure dans le registre des médicaments;
- si les lieux sont propres et hygiéniques;
- si les lieux sont protégés de la chaleur, de la lumière et de l'humidité dans la mesure qu'exigent les directives du fabricant;
- si l'on évite bel et bien de conserver, au foyer, une réserve de plus de trois mois (à l'exception de la réserve de médicaments en cas d'urgence);
- si les narcotiques et les substances désignées sont entreposés dans des espaces distincts verrouillés à double tour et si le personnel possède une clé distincte pour y accéder.

### Collecte de renseignements

Remarques

#### Administration des médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit?	r. 131 (1)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments?	r. 131 (2)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsqu'un résident prend un médicament ou un mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes, le titulaire de permis veille-t-il à ce que sa réaction ainsi que l'efficacité du médicament fassent l'objet d'une surveillance et soient documentées compte tenu du niveau de risque qu'il court en l'occurrence?	r. 134 a)
Remarques					



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Un membre du personnel infirmier autorisé permet-il à un membre du personnel auquel il n'est pas par ailleurs permis d'administrer un médicament à un résident d'appliquer un médicament topique que si les conditions suivantes sont réunies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) le membre du personnel a été formé en la matière par un membre du personnel infirmier autorisé;</li> <li>b) le membre du personnel infirmier autorisé qui permet l'application est convaincu que le membre du personnel peut appliquer le médicament topique en toute sécurité;</li> <li>c) le membre du personnel qui applique le médicament topique le fait sous la supervision du membre du personnel infirmier autorisé?</li> </ul>	r. 131 (4) a), b) et c)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce qu'aucun résident ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec le résident?	r. 131 (5)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Le titulaire de permis veille-t-il à ce qu'aucun résident à qui il est permis de s'administrer un médicament, ne garde le médicament sur lui ou dans sa chambre si ce n'est,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) d'une part, avec l'autorisation d'un médecin, d'une infirmière autorisée ou d'un infirmier autorisé de la catégorie supérieure ou d'une autre personne autorisée à prescrire des médicaments qui le traite;</li> <li>b) d'autre part, conformément aux conditions que lui impose le médecin, l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure ou l'autre personne autorisée à prescrire des médicaments?</li> </ul> <p><b>Remarque :</b> « dentiste » s'entend d'un membre de l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario; r. 131 (8).</p>	r. 131 (7) a) et b)
Remarques					



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

#### Réserve de médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que les médicaments obtenus pour utilisation au foyer, sauf ceux obtenus aux fins de la réserve de médicaments en cas d'urgence, soient obtenus en fonction de l'utilisation qu'en font les résidents et à ce qu'aucune réserve de plus de trois mois ne soit conservée au foyer à quelque moment que ce soit?	r. 124
Remarques					

#### Emballage des médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que les médicaments demeurent dans le contenant ou l'emballage étiqueté d'origine que fournit le fournisseur de services pharmaceutiques ou le gouvernement de l'Ontario jusqu'à ce qu'ils soient administrés à un résident ou détruits?	r. 126
Remarques					

#### Entreposage sécuritaire des médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes, <ul style="list-style-type: none"> <li>i. il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes;</li> <li>ii. il est sûr et verrouillé;</li> <li>iii. il protège les médicaments de la chaleur, de la lumière, de l'humidité ou d'autres conditions environnementales de façon à conserver leur efficacité;</li> <li>iv. il est conforme aux directives du fabricant relatives à l'entreposage des médicaments (p. ex. dates d'expiration, réfrigération et éclairage)?</li> </ul> <p><b>Remarque :</b> Le paragraphe ne s'applique pas à l'égard des médicaments qu'un résident est autorisé à garder sur lui ou dans sa chambre conformément au paragraphe 131 (7).</p>	r. 129 (1) a) (i), (ii), (iii) et (iv)
Remarques					



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que les substances désignées soient entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé?	r. 129 (1) b)
Remarques					

#### Sécurité de la réserve de médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que tous les endroits où sont entreposés des médicaments soient gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés?	r. 130 (1)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que tous les endroits où sont entreposés des médicaments soient restreints aux personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer, ainsi qu'à l'administrateur du foyer?	r. 130 (2)
Remarques					

#### Destruction des médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il, lorsque des médicaments devant être détruits sont des substances désignées, à ce que ces médicaments soient détruits par les membres d'une équipe agissant de concert, laquelle se compose des personnes suivantes : i. d'une part, un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels; ii. d'autre part, un médecin ou un pharmacien?	r. 136 (3) a) (i) et (ii)
Remarques					



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il, lorsque des médicaments devant être détruits ne sont pas des substances désignées, à ce que ces médicaments soient détruits par les membres d'une équipe agissant de concert, laquelle se compose des personnes suivantes : i. d'une part, un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels; ii. d'autre part, un autre membre du personnel nommé par le directeur des soins infirmiers?	r. 136 (3) b (i) et (ii)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que les médicaments, pour être considérés comme étant détruits, aient été modifiés ou dénaturés à tel point que leur consommation est devenue impossible ou improbable?	r. 136 (6)
Remarques					

#### PARTIE B : Administration des médicaments et processus relatifs aux médicaments

(Répondre aux questions applicables pour les tâches obligatoires des parties B et C, de même que si des cas de non-respect se rapportant à la partie A sont relevés.)

##### Examen des dossiers/Entrevues

Examiner les politiques et les protocoles relatifs à l'administration sécuritaire des médicaments pour vérifier :

- si des marches à suivre sont en place en ce qui touche l'administration sécuritaire des médicaments;
- si le système de posologie surveillé relatif à l'administration des médicaments est utilisé;
- si les médicaments demeurent dans le contenant ou l'emballage approprié;
- si les substances désignées et tous les autres médicaments sont entreposés de façon sécuritaire – par exemple, dans un chariot à médicaments qui est sécurisé et verrouillé;
- si l'on tient des dossiers concernant les médicaments commandés et reçus;
- si des politiques et des marches à suivre relatives aux incidents liés à des médicaments et aux réactions indésirables à des médicaments sont en place;
- si des politiques et des marches à suivre ont été mis en place relativement à la responsabilité du foyer de détruire et d'éliminer les médicaments.



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

## Protocole d'inspection Médicaments

### Gestion des incidents liés à des médicaments et des réactions indésirables à des médicaments

L'inspecteur doit examiner les processus établis du foyer de soins de longue durée relativement à la gestion des incidents liés à des médicaments et des réactions indésirables à des médicaments, et ce, pour vérifier :

- si des processus sont élaborés et mis en œuvre afin de veiller à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause un résident et chaque réaction indésirable à un médicament :
  - soit documenté, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident et prévenir toute récurrence étant également consignées dans un dossier;
  - soit rapporté :
    - o au résident;
    - o au mandataire spécial du résident, s'il en a un;
    - o au directeur des soins infirmiers et des soins personnels;
    - o au directeur médical;
    - o à la personne autorisée à prescrire le médicament;
    - o au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie traitant le résident;
    - o au fournisseur de services pharmaceutiques.
- si des dossiers sont tenus, plus particulièrement :
  - si tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables à des médicaments sont documentés, examinés et analysés sur une base trimestrielle afin d'en réduire le nombre ou d'empêcher toute récurrence;
  - si des mesures correctives sont prises, au besoin, en ce qui touche les résultats de l'examen et de l'analyse des incidents liés à des médicaments et des réactions indésirables à des médicaments afin de réduire les risques de récurrence ou d'empêcher toute récurrence;
  - si le tout est consigné au dossier, y compris l'examen.

#### **Examiner les dossiers du foyer de soins de longue durée :**

- concernant tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables à des médicaments visés par le dernier **examen trimestriel et effectuer une inspection pour seulement trois (3) incidents liés à des médicaments (ceux qui sont associés aux risques les plus élevés)**. Cela donnera un aperçu des processus du titulaire de permis s'appliquant aux incidents liés à des médicaments, de ses statistiques à cet égard et de l'analyse qu'il réalise lorsque surviennent de tels incidents.

**Mener une entrevue auprès du résident ou de son mandataire spécial**, s'il en a un, pour déterminer, là où il y a lieu :

- si le personnel a informé le résident ou son mandataire spécial de tout incident lié à un médicament ou de toute réaction indésirable à un médicament.

**Mener des entrevues auprès du personnel infirmier autorisé** pour déterminer :

- si des processus sont en place en ce qui touche les incidents liés à des médicaments et les réactions indésirables à des médicaments, y compris la documentation et les dossiers requis.

### Collecte de renseignements

Remarques



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

#### Directives et ordonnances médicales : médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que les directives et les ordonnances médicales autorisant l'administration d'un médicament à un résident soient réexaminées chaque fois que l'état du résident est évalué ou réévalué pour élaborer ou réviser son programme de soins?	r. 117 a)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce qu'aucune directive ou ordonnance médicale autorisant l'administration d'un médicament à un résident ne soit suivie, à moins qu'elle ne soit individualisée pour tenir compte de l'état et des besoins du résident?	r. 117 b)
Remarques					

#### Renseignements disponibles dans chaque section ou unité accessible aux résidents

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que les renseignements suivants soient disponibles au foyer dans chaque section ou unité accessible aux résidents : 1. des documents de référence récents et pertinents sur les médicaments; 2. les coordonnées du fournisseur de services pharmaceutiques; 3. les coordonnées d'au moins un centre antipoison ou d'un organisme semblable?	r. 118 (1), (2) et (3)
Remarques					

#### Fournisseur de services pharmaceutiques (partie B)

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis retient-il, pour le foyer, les services d'un fournisseur de services pharmaceutiques?	r. 119 (1)
Remarques					





Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

#### Responsabilités du fournisseur de services pharmaceutiques

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour chaque résident du foyer, le titulaire de permis veille-t-il à ce que le fournisseur de services pharmaceutiques participe aux activités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'élaboration d'évaluations des médicaments;</li> <li>• la constitution de dossiers sur l'administration des médicaments;</li> <li>• la constitution de dossiers sur la réévaluation des médicaments;</li> <li>• la tenue de profils pharmaceutiques?</li> </ul>	<b>r. 120 (1)</b>
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que le fournisseur de services pharmaceutiques participe à l'évaluation des résultats thérapeutiques des médicaments chez les résidents?	<b>r. 120 (2)</b>
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que le fournisseur de services pharmaceutiques participe à la gestion des risques et aux activités d'amélioration de la qualité, notamment l'examen des incidents liés à des médicaments, des réactions indésirables à des médicaments et de l'utilisation de médicaments?	<b>r. 120 (3)</b>
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que le fournisseur de services pharmaceutiques participe à l'élaboration de protocoles de vérification lui permettant d'évaluer le système de gestion des médicaments?	<b>r. 120 (4)</b>
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que le fournisseur de services pharmaceutiques participe à l'encadrement pédagogique du personnel du foyer en ce qui concerne les médicaments?	<b>r. 120 (5)</b>
Remarques					



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que le fournisseur de services pharmaceutiques participe à la destruction et à l'élimination des médicaments conformément à la politique du foyer?	r. 120 (6)
Remarques					

#### Système de notification du fournisseur de services pharmaceutiques

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce qu'un système soit mis en place pour aviser le fournisseur de services pharmaceutiques dans les 24 heures qui suivent l'admission, le départ pour une absence médicale ou une absence psychiatrique, la mise en congé et le décès d'un résident?	r. 121
Remarques					

#### Achat et manutention des médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce qu'aucun médicament ne soit acquis, reçu ou entreposé par le foyer ou au foyer ou gardé par un résident à moins que le médicament : a) d'une part, n'ait été prescrit à un résident ou obtenu aux fins de la réserve de médicaments en cas d'urgence; b) d'autre part, n'ait été fourni par le fournisseur de services pharmaceutiques ou par le gouvernement de l'Ontario ou selon une disposition prise par l'un ou l'autre?  <i>Remarque : Le paragraphe ne s'applique pas si, en raison de circonstances exceptionnelles, le médicament prescrit à un résident ne peut pas être fourni par le fournisseur de services pharmaceutiques ou selon une disposition qu'il a prise. R. 122 (2)</i>	r. 122 (1) a) et b)
Remarques					

#### Système de posologie surveillé

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce qu'un système de posologie surveillé soit utilisé au foyer pour l'administration des médicaments?	r. 125 (1)
Remarques					



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le système de posologie surveillé met-il l'accent sur la facilité et l'exactitude de l'administration de médicaments aux résidents et appuie-t-il les activités de surveillance et de vérification à leur égard?	r. 125 (2)
Remarques					

#### Administration des médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que nul autre qu'un médecin, un dentiste, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé n'administre un médicament à un résident au foyer?	r. 131 (3)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
31.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S'il est permis à un résident du foyer de s'administrer un médicament, le titulaire de permis veille-t-il à ce que des politiques écrites soient mises en place pour s'assurer que les résidents qui le font comprennent ce qui suit : a) l'utilisation du médicament; b) la nécessité du médicament; c) la nécessité de surveiller et de documenter l'utilisation du médicament; et d) la nécessité qu'ils mettent le médicament en sûreté s'il leur est permis de le garder sur eux ou dans leur chambre?	r. 131 (6) a), b), c) et d)
Remarques					

#### Dossier des médicaments commandés et reçus

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
32.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que soit établi, tenu et conservé au foyer pendant au moins deux ans un dossier des médicaments où sont consignés, à l'égard de chaque médicament commandé et reçu au foyer, les renseignements suivants : 1. la date de commande du médicament; 2. la signature de la personne qui passe la commande; 3. le nom, la concentration et la quantité du médicament; 4. le nom de l'endroit où la commande du médicament est passée;	r. 133 (1) à (9)



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

				<p>5. le nom du résident à qui le médicament est prescrit, le cas échéant;</p> <p>6. le numéro de l'ordonnance, le cas échéant;</p> <p>7. la date de réception du médicament au foyer;</p> <p>8. la signature de la personne qui accuse réception du médicament pour le compte du foyer;</p> <p>9. lorsqu'une substance désignée doit être détruite, les documents qu'exige le paragraphe 136 (4)?</p>	
Remarques					

#### Régimes médicamenteux des résidents

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
33.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que des mesures appropriées soient prises suite à tout incident lié à un médicament mettant en cause un résident et toute réaction indésirable à un médicament ou à un mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes?	<b>r. 134 b)</b>
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
34.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce qu'une réévaluation documentée du régime médicamenteux de chaque résident soit effectuée au moins une fois tous les trois mois?	<b>r. 134 c)</b>
Remarques					

#### Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
35.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Le titulaire de permis veille-t-il à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause un résident et chaque réaction indésirable à un médicament soit :</p> <p>a) d'une part, documenté, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier;</p> <p>b) d'autre part, rapporté au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident et au fournisseur de services pharmaceutiques?</p>	<b>r. 135 (1) a) et b)</b>
Remarques					



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
36.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que : a) tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables à des médicaments soient documentés, examinés et analysés; b) les mesures correctrices nécessaires soient prises; c) soit consigné dans un dossier tout ce qui est exigé aux alinéas a) et b)?	r. 135 (2) a), b) et c)
Remarques					

#### Maîtrise par l'administration d'un médicament : devoir de common law

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
37.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que chaque administration d'un médicament pour maîtriser un résident lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'il ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave, conformément au devoir de common law, soit documentée et veille-t-il aussi à ce que les renseignements suivants soient documentés : 1. les circonstances ayant entraîné l'administration du médicament; 2. l'auteur de l'ordre, le médicament qui a été administré, la posologie, le mode d'administration du médicament, le ou les moments où le médicament a été administré et la personne l'ayant administré; 3. la réaction du résident au médicament; 4. toute évaluation, réévaluation et surveillance du résident effectuée; 5. les discussions tenues avec le résident ou, si celui-ci est incapable, avec son mandataire spécial, suivant l'administration du médicament afin de lui expliquer les raisons pour lesquelles le médicament a été utilisé?	r. 137 (2) 1 à 5
Remarques					

#### PARTIE C : Système de gestion des médicaments

(Répondre aux questions applicables si des cas de non-respect se rapportant à la partie A sont relevés.)

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
38.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis a-t-il élaboré un système interdisciplinaire de gestion des médicaments qui prévoit une gestion sécuritaire des médicaments et qui maximise les résultats d'une pharmacothérapie efficace pour les résidents?	r. 114 (1)
Remarques					



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
39.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis a-t-il veillé à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de voir à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse?	r. 114 (2)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
40.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les politiques et protocoles écrits sont-ils élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques appropriées fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises?	r. 114 (3) a)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
41.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les politiques et protocoles écrits sont-ils examinés et approuvés par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, par le directeur médical?	r. 114 (3) b)
Remarques					

#### Respect des politiques

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
42.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que tout programme, tout plan, toute politique, tout protocole, toute marche à suivre, toute stratégie ou tout système établi ou mis en place se conforme à toutes les exigences applicables de la Loi et soit mis en œuvre conformément à celles-ci?	r. 8 (1) a)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
43.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que tout programme, tout plan, toute politique, tout protocole, toute marche à suivre, toute stratégie ou tout système établi ou mis en place soit respecté?	r. 8 (1) b)
Remarques On a formulé deux questions distinctes, soit l'une sur le contenu de l'alinéa a) et l'autre, sur le contenu de l'alinéa b).					



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

#### Évaluation trimestrielle

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
44.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, laquelle doit comprendre notamment le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent au moins une fois tous les <u>trois mois</u> pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à apporter pour l'améliorer?	r. 115 (1)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
45.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'évaluation trimestrielle du système de gestion des médicaments comprend-elle au minimum ce qui suit : a) un examen des tendances et caractéristiques de l'utilisation des médicaments au foyer, y compris l'utilisation de tout médicament ou mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes, susceptibles de mettre les résidents en danger; b) un examen des rapports sur tout incident lié à un médicament et sur toute réaction indésirable à un médicament visé aux paragraphes 135 (2) et (3) et sur tous les cas où des résidents ont été maîtrisés en leur administrant un médicament lorsqu'il était nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'ils ne subissent ou ne causent à autrui un préjudice physique grave, conformément au devoir de common law visé à l'article 36 de la Loi; c) l'identification des modifications à apporter pour améliorer le système, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises?	r. 115 (3) a), b) et c)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
46.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que les modifications identifiées lors de l'évaluation trimestrielle soient mises en œuvre?	r. 115 (4)
Remarques					



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
47.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que soient consignés dans un dossier les résultats de l'évaluation trimestrielle et les modifications qui ont été mises en œuvre?	r. 115 (5)
Remarques					

#### Évaluation annuelle

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
48.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, laquelle doit comprendre notamment le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, le fournisseur de services pharmaceutiques et un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer, se rencontrent <u>chaque année</u> pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à apporter pour l'améliorer?	r. 116 (1)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
49.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'évaluation annuelle du système de gestion des médicaments : a) comprend-elle un examen des évaluations trimestrielles effectuées l'année précédente comme le prévoit l'article 115; b) est-elle entreprise en ayant recours à un outil d'évaluation conçu expressément à cette fin; c) identifie-t-elle les modifications à apporter pour améliorer le système, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises?	r. 116 (3) a), b) et c)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
50.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que les modifications identifiées lors de l'évaluation annuelle soient mises en œuvre?	r. 116 (4)
Remarques					





Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
51.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que soient consignés dans un dossier les résultats de l'évaluation annuelle et les modifications qui ont été mises en œuvre?	r. 116 (5)
Remarques					

#### Fournisseur de services pharmaceutiques

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
52.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le fournisseur de services pharmaceutiques est-il titulaire d'un certificat d'agrément autorisant l'exploitation d'une pharmacie délivré en application de l'article 139 de la <i>Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies</i> ?	r. 119 (2)
Remarques					

#### Transition

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
53.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis et le fournisseur de services pharmaceutiques ont-ils conclu un contrat écrit qui énonce les responsabilités de ce dernier?	r. 119 (3)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Régl.
54.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le contrat écrit prévoit-il que le fournisseur de services pharmaceutiques : a) d'une part, fournit des médicaments au foyer 24 heures sur 24, sept jours par semaine, ou prend des dispositions pour qu'ils soient fournis par un autre titulaire d'un certificat d'agrément autorisant l'exploitation d'une pharmacie délivré en application de l'article 139 de la <i>Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies</i> ; b) d'autre part, assume toutes les autres responsabilités que lui attribue le présent règlement?	r. 119 (4) a) et b)
Remarques					



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

## Protocole d'inspection Médicaments

### Réserve de médicaments en cas d'urgence

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
55.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis qui garde une réserve de médicaments en cas d'urgence pour le foyer veille-t-il à ce que seuls soient gardés des médicaments approuvés à cette fin par le directeur médical en collaboration avec le fournisseur de services pharmaceutiques, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et l'administrateur du foyer?	r. 123 a)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
56.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis qui garde une réserve de médicaments en cas d'urgence pour le foyer veille-t-il à ce que soit adoptée une politique écrite régissant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'emplacement de la réserve;</li> <li>• les marches à suivre et l'échéancier à respecter pour le réapprovisionnement en médicaments;</li> <li>• l'accès à la réserve;</li> <li>• l'utilisation des médicaments de la réserve; et</li> <li>• le suivi ainsi que la documentation à l'égard des médicaments qui y sont gardés?</li> </ul>	r. 123 b)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
57.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis qui garde une réserve de médicaments en cas d'urgence pour le foyer veille-t-il à ce que le directeur médical, le fournisseur de services pharmaceutiques, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et l'administrateur du foyer effectuent, au moins une fois par année, une évaluation de l'utilisation qui se fait des médicaments gardés dans la réserve afin de déterminer les besoins en la matière?	r. 123 c)
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
58.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis qui garde une réserve de médicaments en cas d'urgence au foyer veille-t-il à ce que les modifications recommandées lors de l'évaluation soient mises en œuvre?	r. 123 d)
Remarques					



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

#### Modifications apportées au mode d'administration

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
59.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que soit élaborée et approuvée par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, le directeur médical, une politique qui régit les <u>modifications apportées à l'administration d'un médicament</u> en raison de modifications apportées au mode d'emploi par une personne autorisée à prescrire des médicaments, notamment une interruption temporaire?	r. 127
Remarques					

#### Pour faire suivre des médicaments avec un résident

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
60.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que soit élaborée et approuvée par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, le directeur médical, une politique <u>pour faire suivre avec lui un médicament</u> qui a été prescrit à un résident qui quitte le foyer temporairement ou qui reçoit son congé?	r. 128
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
61.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si un résident désire utiliser un médicament qui est un produit de santé naturel et qui n'a pas été prescrit, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille-t-il à ce que soient mis en place des politiques et protocoles écrits régissant l'utilisation, l'administration et l'entreposage du produit?	r. 132 (1)
Remarques					

#### Système de posologie surveillé

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
62.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que soit effectuée une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien des substances désignées afin de déceler tout écart et de prendre des mesures immédiates, le cas échéant?	r. 130 (3)
Remarques					



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

## Protocole d'inspection Médicaments

### Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
63.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Le titulaire de permis veille-t-il :</p> <p>a) à ce qu'un examen trimestriel soit entrepris à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament qui est survenu au foyer depuis le dernier examen afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence;</p> <p>b) à ce que les modifications et améliorations identifiées lors de l'examen soient mises en œuvre;</p> <p>c) soit consigné dans un dossier tout ce que prévoient les alinéas a) et b)?</p>	<b>r. 135 (3) a), b) et c)</b>
Remarques					

### Destruction et élimination des médicaments

(Répondre aux questions applicables si des cas de non-respect se rapportant à la partie A sont relevés.)

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
64.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Le titulaire de permis veille-t-il à ce que, dans le cadre du système de gestion des médicaments, soit élaborée au foyer une politique écrite qui prévoit l'identification, la destruction et l'élimination continues de ce qui suit :</p> <p>a) les médicaments périmés;</p> <p>b) les médicaments dont l'étiquette est illisible;</p> <p>c) les médicaments placés dans des contenants qui ne satisfont pas aux exigences applicables aux données devant figurer sur les contenants, que précise le paragraphe 156 (3) de la <i>Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies</i>;</p> <p>d) les médicaments d'un résident lorsque, selon le cas :</p> <p>i. la personne autorisée à prescrire des médicaments traitant le résident ordonne que cesse l'utilisation du médicament,</p> <p>ii. le résident décède, à condition d'obtenir l'approbation écrite du signataire du certificat médical de décès visé par la <i>Loi sur les statistiques de l'état civil</i> ou du médecin traitant du résident;</p> <p>iii. le résident obtient son congé et on n'a pas fait suivre avec lui les médicaments qui lui ont été prescrits?</p>	<b>r. 136 (1) a), b), c) et d)</b>
Remarques					



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
65.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La politique de destruction et d'élimination des médicaments du foyer prévoit-elle l'entreposage sûr et sécuritaire au foyer des médicaments devant être détruits et éliminés, dans un endroit distinct de celui où sont entreposés ceux destinés à être administrés aux résidents, jusqu'à ce qu'ils soient détruits et éliminés?	r. 136 (2) 1
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
66.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La politique de destruction et d'élimination des médicaments du foyer prévoit-elle l'entreposage des substances désignées devant être détruites et éliminées dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour au foyer distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux résidents, jusqu'à ce qu'elles soient détruites et éliminées?	r. 136 (2) 2
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
67.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La politique de destruction et d'élimination des médicaments du foyer prévoit-elle la destruction et l'élimination des médicaments d'une manière sûre et soucieuse de l'environnement, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises?	r. 136 (2) 3
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
68.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque des médicaments devant être détruits sont des substances désignées, le titulaire de permis veille-t-il à ce que la politique de destruction et d'élimination des médicaments prévoit que les membres de l'équipe concernée consignent les renseignements suivants dans le dossier des médicaments : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la date de retrait du médicament de l'endroit où sont entreposés les médicaments;</li> <li>2. le nom du résident à qui le médicament a été prescrit, le cas échéant;</li> <li>3. le numéro de l'ordonnance du médicament, le cas échéant;</li> <li>4. le nom, la concentration et la quantité du médicament;</li> <li>5. le motif de la destruction;</li> <li>6. la date à laquelle le médicament a été détruit;</li> </ol>	r. 136 (4) 1 à 8



Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

### Protocole d'inspection Médicaments

				7. le nom des membres de l'équipe qui ont détruit le médicament;	
				8. la façon dont a été détruit le médicament.	
Remarques					

N°	Oui	Non	S.O.	Question	Loi/Règl.
69.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le titulaire de permis veille-t-il à ce que : a) le système de destruction et d'élimination des médicaments soit vérifié au moins une fois par année afin de s'assurer que ses marches à suivre sont suivies et sont efficaces; b) les modifications identifiées lors de la vérification soient mises en œuvre; c) soit consigné dans un dossier tout ce que prévoient les alinéas a) et b)?	r. 136 (5) a), b) et c)
Remarques					

Selon les renseignements recueillis dans le cadre du processus d'inspection, l'inspecteur peut déterminer qu'il est nécessaire de sélectionner d'autres soins ou secteurs de services connexes devant faire l'objet d'une inspection plus approfondie. Dans ce cas, l'inspecteur consignera les motifs de l'inspection plus approfondie dans les remarques spéciales (Ad Hoc Notes), choisira et complètera; d'autres protocoles d'inspection pertinents relatifs aux médicaments, notamment ce qui suit :

- Admission et mise en congé
- Réponse aux incidents graves
- Dignité, choix et respect de la vie privée
- Prévention des chutes
- Douleur
- Services de soutien personnel
- Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles
- Amélioration de la qualité
- Rapports et plaintes
- Comportements réactifs
- Foyer sûr et sécuritaire
- Soins de la peau et des plaies
- Dotation suffisante en personnel
- Formation et orientation

## Annexe F – Lettre et rapport de congédiement

[Logo] **Caessant Care Nursing  
and Retirement  
Homes Limited**

**Woodstock Nursing Home**

REÇU LE 1<sup>er</sup> mai 2019

SERVICE PC

17 avril 2014

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario  
101, chemin Davenport  
Toronto (Ontario) M4R 3P1

À qui de droit :

Objet : Elizabeth Wettlaufer  
N° inscription : 9581737

Vous trouverez ci-joint le formulaire de rapport destiné aux exploitants d'établissements et aux employeurs. Nous signalons à l'Ordre des infirmières et infirmiers la cessation des fonctions de la personne nommée ci-dessus. Elle a été congédiée en raison d'une erreur de médicament qui a mis un résident en danger.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec moi ou avec Helen Crombez, directrice des soins infirmiers chez Caessant Care Woodstock, au numéro indiqué ci-dessous.

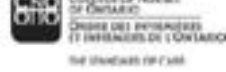
Meilleures salutations,

[Signature]

Brenda Van Quaethem  
Administratrice

## Formulaire de rapport pour des exploitants et des employés

[Timbre :]  
REÇU  
01 mai 2014  
PC Dept.



Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario  
101, ch. Davenport, Toronto (Ontario) M5R 3P1  
www.cno.org

Tél. : 416 928-0900  
Sans frais (au Canada) : 1 800 387-5526  
Télééc. : 416 928-1914

À l'attention de la directrice générale

Date du rapport: 31 mars 2014

Veuillez cocher toutes les cases pertinentes :

**Aux termes de l'article 85.2 de la LPSR, l'exploitant d'un établissement est tenu de déposer un rapport si un professionnel de la santé :**

- a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à un client
- est :
- incompetent
  - inapte

**Aux termes de l'article 85.5 de la LPSR, l'employeur est tenu de déposer un rapport :**

- En cas de congédiement ou de démission tenant lieu de congédiement, pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'inaptitude

### RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTEUR DU RAPPORT

CAESSANT CARE NURSING HOME

Nom de l'établissement, de l'agence ou de l'employeur

81 FYFE AVENUE

Adresse municipale

WOODSTOCK, ON

Ville

N4S 8Y2

Code Postal

N4S 86W

**Personne ressource:**

HELEN CROMBEZ

Nom

DIRECTRICE DES SOINS INFIRMIERS

Poste

519 539-6461

N° de téléphone

519 539-7467

N° de télécopieur

hcrombez@caessantcare.com

Adresse courriel

Veuillez lire la Politique de confidentialité de l'Ordre dans « L'obligation de déposer un rapport : Guide à l'intention des employeurs, exploitants et infirmières » pour comprendre l'usage que l'Ordre fera de vos renseignements personnels. ([http://www.cno.org/globalassets/docs/h/52006\\_mandreportguide.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/h/52006_mandreportguide.pdf))



[Timbre :]  
REÇU  
01 mai 2014  
PC Dept.

**RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTEUR DU RAPPORT (suite)****Type d'établissement (sélectionner une seule réponse) :**

- Soins actifs  
 Maison de retraite  
 Soins prolongés  
 Soins à domicile  
 Établissement correctionnel  
 Soins palliatifs  
 Santé mentale  
 Santé au travail  
 Autre :

**Nature du rapport :**

- Exercice  
 Conduite professionnelle  
 Inaptitude

**RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE**

Nom du membre

ELIZABETH WETTLAUFER

N° d'inscription

9581737

Date d'embauche

27 JUIN 2005

Date de congédiement ou de démission

31 MARS 2014

Adresse (si connue)

857 James Street, Apt. 2504  
WOODSTOCK, ON N4S 8H6

Quart de travail (jour/nuit/ fin de semaine): SOIR  
Service/clinique où travaillait l'infirmière : Niveau 1  
Rapport infirmière/clients : 32:1

<b>Situation d'emploi:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Occasionnel	<b>Rôle du membre :</b> <input checked="" type="checkbox"/> infirmière de chevet <input checked="" type="checkbox"/> infirmière responsable <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Autre :
---	---

[Timbre :]  
REÇU  
01 mai 2014  
PC Dept.

Décrivez le ou les événements ayant donné lieu à ce rapport (qui, quoi, où, quand et pourquoi). Veuillez énoncer les événements séparément et en ordre chronologique.

Date	Incident/événement	Conséquences pour le client/autres	Réponse/explication du membre	Mesure prise par l'employeur
20 mars 2014	<p>A administré de l'insuline à un résident alors que l'insuline appartenait à un autre résident. Il ne s'agissait pas de la même insuline. Bethe est arrivée à 15 h pour travailler de 15 h à 23 h. Lors du changement de quart, l'infirmière de jour avait signalé à Bethe que l'insuline avait été commandée et qu'elle arriverait lorsque les médicaments seraient livrés entre 17 h et 18 h. Bethe a dit qu'elle ne se souvenait pas d'avoir entendu cela. Elle a dit qu'elle a ouvert le réfrigérateur et qu'elle a remplacé l'insuline par celle d'un autre résident, car c'était la même insuline. Ce n'était pas le cas.</p> <p>L'infirmière de jour a laissé le stylo injecteur ouvert sur le chariot à médicaments pour rappeler à Bethe qu'il fallait le recharger. Dans son rapport, l'infirmière de jour a déclaré qu'elle avait passé cela en revue à quelques reprises avec Bethe lorsqu'elle lui avait fait son rapport au moment du changement de quart de travail.</p>	- Le résident a eu un épisode d'hypoglycémie	- Bethe était contrariée lorsqu'elle a entendu parler de cela et elle a dit qu'elle pensait avoir chargé la cartouche avec la même insuline. Bethe a admis avoir pris l'insuline d'un autre résident alors qu'elle savait qu'elle ne devait pas l'emprunter.	<p>Cessation des fonctions</p> <p>[Timbre :] REÇU 01 mai 2014 PC Dept.</p>

LTCI0003684-4

28 janvier 2014	<p>Rendement au travail : A parlé à un résident de manière inappropriée. Cela a eu pour effet de perturber le résident. Bethe n'a pas documenté les interventions qu'elle a dit avoir tentées pour calmer le résident. Afin de calmer le résident, elle lui a ensuite donné des médicaments en dehors du délai imparti. Elle a donné le Trazadone plus tôt avec du Tylenol et du Risperdal.</p> <p>Dans ce foyer, l'accent était mis sur la thérapie par empathie et non sur l'orientation vers la réalité.</p>	<p>- Le résident était bouleversé par les interactions verbales de Bethe et a dit : « Je ne suis pas malade, je n'ai pas la maladie d'Alzheimer. Je n'oublie pas. »</p>	<p>- La réponse de Bethe a été qu'elle avait utilisé cette méthode auparavant avec d'autres résidents.</p> <p>- En ce qui a trait au fait d'avoir donné le médicament tôt, Bethe estimait que c'était justifié.</p>	<p>Bethe a été suspendue pendant cinq (5) jours.</p> <p>[Timbre :] REÇU 01 mai 2014 PC Dept.</p> <p>LTCI0003684-5</p>
-----------------	---	---	---	---

22 janvier 2014	<p>Traitement incorrect d'un épisode d'hypoglycémie. Glycémie (inférieure à 4). N'a pas suivi la politique et la procédure appropriées en ne donnant pas la quantité de nourriture et de boissons adéquate précisée dans la procédure.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consignation incomplète/pas dans les temps : n'a pas consigné l'heure à laquelle l'épisode s'est produit (consignation tardive)</li> <li>- Pas de communication avec le médecin ou le diététiste (orientations)</li> </ul>	- Le résident était stable.	- Bethé pensait avoir agi correctement, elle a dit que c'était une nuit occupée.	<p>Counselling</p> <p style="text-align: right;">[Timbre :] REÇU 01 mai 2014 PC Dept.</p> <p style="text-align: right;"><b>LTCI0003684-6</b></p>
-----------------	--	-----------------------------	--	--

19 décembre 2013	A administré les gouttes oculaires de manière incorrecte... a donné 2 types de gouttes oculaires en même temps. Un membre de la famille lui a dit que c'était incorrect et Bethe a répondu « Je sais ».	- Effets secondaires possibles sur la vue au fil du temps.	- Bethe a dit que c'était une nuit occupée, qu'elle était en retard et qu'elle avait donné les deux gouttes en même temps, qu'elle n'aurait pas dû faire cela.	Bethe a reçu une lettre d'avertissement sur son mauvais rendement au travail, lui précisant que de nouveaux incidents entraîneraient des mesures disciplinaires pouvant aller jusqu'au licenciement.  [Timbre :] REÇU 01 mai 2014 PC Dept.
------------------	---	--	--	---

25 novembre 2013	Un échantillon d'urine a été prélevé sur un résident difficile avec l'aide de sa femme. Il a été donné à un préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) qui l'a remis à Bethe. C'était la responsabilité de Bethe de l'analyser à l'aide d'une bandelette. Cela n'a pas été fait et l'échantillon d'urine a dû être jeté, car il était périmé.	- Identification tardive possible d'une infection urinaire.	Bethe a dit qu'elle était occupée, le résident ne présentait aucun signe d'infection urinaire, c'était un PSSP qui avait eu l'idée de prélever un échantillon d'urine et Bethe a dit qu'elle ne pensait pas que les médecins feraient quoi que ce soit à ce propos.	Lettre indiquant que son rendement au travail était insatisfaisant dans ce domaine et dans d'autres, et l'avertissant que de nouveaux incidents entraîneraient d'autres mesures disciplinaires plus graves pouvant aller jusqu'au congédiement. Exemples de rendement au travail non conforme aux normes : n'a pas effectué d'évaluations, n'a pas traité ni suivi les directives des médecins, n'a pas effectué d'autres travaux requis du personnel inscrit.  [Timbre :] REÇU 01 mai 2014 PC Dept.
<b>LTCI0003684-8</b>				

8 avril 2013	<p>A indiqué au dossier avoir donné un médicament, mais ne l'a pas fait. Au total, 4 médicaments n'ont pas été donnés à un résident.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 3 médicaments à 16 h.</li><li>- un autre médicament à 20 h.</li></ul> <p>Ce résident a été négligé à deux reprises lors de la distribution des médicaments et cela n'aurait pas été possible si Bethe avait suivi les bonnes pratiques relatives au registre d'administration des médicaments électronique (RAME).</p>	- Pas d'effet pour le résident.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bethe pensait qu'elle les lui avait donnés.</li><li>- Bethe a déclaré qu'elle n'avait pas besoin de réviser les instructions sur la façon adéquate d'administrer les médicaments.</li></ul>	<p>- Suspension de cinq jours</p> <p>[Timbre :] REÇU 01 mai 2014 PC Dept.</p>
--------------	---	---------------------------------	---	---



14 mars 2013	<p>- Narcotique donné sans avoir signé le registre. Au moment du dénombrement des médicaments, le narcotique avait disparu. Après enquête, Bethe s'est souvenue d'avoir donné le narcotique avec un Tylenol. Elle n'a pas consigné l'information dans le dossier AM ni sur Le registre individuel des stupéfiants.</p> <p>- Elle a aussi donné des médicaments tôt.</p>	- Pas d'effet pour le résident.	<p>- Elle s'est rendu compte qu'elle a fait trois choses incorrectes.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ne pas avoir signé le dossier AM.</li><li>2. Ne pas avoir signé le registre individuel des stupéfiants.</li><li>3. Avoir donné des médicaments tôt.</li></ol>	<p>Suspension d'une journée. Elle a reçu une formation sur l'administration adéquate des médicaments.</p> <p>[Timbre :] REÇU 01 mai 2014 PC Dept.</p>
-----------------	---	---------------------------------	--	---



<p>3 septembre 2012</p>	<p>N'a pas vérifié la température du réfrigérateur où sont entreposés les médicaments (le 31 août 2012) N'a pas vérifié la température du réfrigérateur où sont entreposés les vaccins (les 27 et 29 août 2012). - Les stupéfiants n'ont pas été adéquatement comptés avec l'infirmier du quart suivant (3 septembre 2012).</p>	<p>- Aucun effet pour les résidents.</p>	<p>- Bethe n'a pas pensé à compter les médicaments avec l'infirmier du quart suivant. Elle a dit qu'elle était au courant de la note de service sur la procédure à suivre pour le dénombrement des stupéfiants, mais n'a pas pensé à le faire. -Elle a oublié de vérifier la température du réfrigérateur.</p>	<p>Bethe a reçu un avertissement écrit et a dû réviser la procédure appropriée de calcul des narcotiques et a été sensibilisée à l'importance des températures pour le l'entreposage adéquat des médicaments et des vaccins, comme indiqué par Santé publique Ontario.</p> <p style="text-align: right;">[Timbre :] REÇU 01 mai 2014 PC Dept.</p>
LTCI0003684-12				

29 août 2012	- N'a pas évalué une résidente lorsque requis; il avait été signalé à Bethe qu'une résidente n'allait pas bien.	- La résidente n'allait pas bien à ce moment-là, aucun événement indésirable.	- Bethe a déclaré qu'elle ne se sentait pas bien elle-même. - Bethe a déclaré qu'elle suivait un module sur le professionnalisme sur le site Web de l'OIIO. C'était sa propre initiative.	Avertissement écrit
				[Timbre :] REÇU 01 mai 2014 PC Dept.
				Page 4 de 5 1012-12 LTCI0003684-13

Autres commentaires :

D'autres rapports rédigés par des employés n'ont pas entraîné de mesures disciplinaires, mais ont été pris en compte au moment de la cessation des fonctions. Ces rapports concernaient la présence et le comportement professionnel.

[Timbre :]  
REÇU  
01 mai 2014  
PC Dept.

Page 5 de 5

1012-12

LTCI0003684-14

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

[longtermcareinquiry.ca/fr](https://longtermcareinquiry.ca/fr)

