



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

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 978-1-4868-3593-5 (PDF)

ISBN 978-1-4868-3589-8 (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

VOLUME 3 : Une stratégie pour la sécurité

Dédicace.....	iv
Acronymes et sigles.....	v
Chapitre 15 : Renforcement des capacités et de l'excellence dans le système de soins de longue durée.....	1
Chapitre 16 : La sensibilisation au phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé.....	27
Chapitre 17 : La dissuasion par une meilleure gestion des médicaments.....	79
Chapitre 18 : La détection des décès de résidents causés intentionnellement.....	149
Chapitre 19 : Propositions sans suivi.....	195
Annexes.....	205
Annexe G – Guide de culture juste.....	206

VOLUME 4 : Le processus d'enquête



Dédicace

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

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

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

I.	Introduction	2
II.	Les problèmes systémiques exigent une réponse systémique ..	3
III.	Le système actuel – Une base solide sur laquelle construire ...	6
	A. La LFSLD et le Règlement	6
	B. Les personnes et les organisations à l'intérieur du système de SLD	8
	1. Les initiatives proactives des parties prenantes.....	9
	2. L'innovation continue dirigée par les parties prenantes	12
IV.	Renforcer les capacités et promouvoir l'excellence dans le système de SLD	15
	A. La prévention – l'impulsion du changement	15
	B. Un rôle élargi pour le Ministère	15
	1. Le soutien aux foyers de SLD dans la mise en conformité réglementaire.....	17
	2. Étendre les pratiques exemplaires à l'ensemble du système de SLD ..	19
	3. Le financement des programmes de transition et de formation d'appoint dans les foyers de SLD.....	20
	4. Encourager l'innovation et l'utilisation des nouvelles technologies ..	21
V.	Conclusion	22
	RECOMMANDATIONS	23

I. Introduction

D'après les preuves que j'ai entendues lors des audiences publiques, j'estime que des défaillances systémiques dans le système de soins de longue durée (SLD) – et non des défaillances individuelles – ont créé les circonstances qui ont permis à Wettlaufer de commettre les Infractions. Dans le présent volume du Rapport, je décris les vulnérabilités systémiques décelées au cours des processus de l'Enquête et je propose des mesures systémiques à prendre pour éviter des tragédies similaires à l'avenir. Ces mesures sont conçues pour prévenir et détecter les actes répréhensibles du type de ceux commis par Wettlaufer, une tueuse en série en milieu de soins de santé (TSMS), et dissuader les malfaiteurs d'en commettre. Le présent chapitre est consacré aux stratégies dont le but est la prévention. D'autres chapitres de ce volume aborderont les stratégies de dissuasion et de détection.

Je commence ce chapitre en examinant pourquoi les problèmes systémiques exigent une réponse systémique. Dans la section suivante, j'explique que, bien que le système de SLD se heurte à de graves problèmes, il est loin d'être cassé. Dans la section qui suit, je demande au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) de jouer un rôle de leadership élargi. Ainsi, le Ministère consolidera le système de foyers de SLD grâce au renforcement des capacités et au partage de l'excellence. Je demande la création d'une nouvelle unité au sein de la Division des foyers de soins de longue durée afin d'aider les foyers de SLD à se conformer à la réglementation et à étendre les pratiques exemplaires à l'ensemble du secteur. Je recommande également que le Ministère finance des programmes de transition et de formation d'appoint dans les foyers de SLD et qu'il joue un rôle accru en encourageant l'innovation et l'utilisation des nouvelles technologies dans le système de SLD. Le renforcement du système de SLD constitue la meilleure forme de prévention.

Dans le chapitre 16, j'expose les résultats de la preuve d'expert et des recherches effectuées par l'Enquête sur le phénomène des TSMS. Bien que rare, il s'agit d'un phénomène de longue date et de portée mondiale. Comme je l'explique, la première étape essentielle dans la lutte contre les TSMS consiste à sensibiliser l'ensemble du système de soins de santé à la possibilité que les fournisseurs de soins de santé portent intentionnellement préjudice aux personnes dont ils s'occupent. Les recommandations du chapitre 16 établissent un plan sur la manière de favoriser, de développer et de maintenir cette sensibilisation.

Wettlaufer a commis les Infractions en utilisant de l'insuline qu'elle avait détournée dans les lieux où elle travaillait. Le chapitre 17 porte sur le système de gestion des médicaments dans les foyers de SLD et sur les moyens de

limiter le détournement. Je préconise une approche à la dissuasion en trois volets : renforcer le système de gestion des médicaments dans les foyers de SLD; améliorer l'analyse des incidents liés à des médicaments des foyers; augmenter le nombre d'employés autorisés dans les foyers.

Au chapitre 18, je traite du système d'investigation sur les décès de l'Ontario et de ses lacunes actuelles en ce qui concerne les décès de résidents dans des foyers de SLD. Je propose deux stratégies clés pour remédier à cette situation : un Avis de décès de patient en établissement modifié et l'utilisation des analyses de données, notamment dans le cadre du projet du Ministère visant à détecter des taux de mortalité élevés dans les foyers de SLD.

Enfin, au chapitre 19, j'aborde les propositions reçues par l'Enquête sur les moyens de prévenir des tragédies similaires, mais qui ne sont finalement pas devenues des recommandations. J'explique pourquoi ces propositions – dont beaucoup semblent convaincantes au premier abord – ne relevaient pas du mandat de l'Enquête, étaient irréalisables dans la pratique ou entraînaient tout simplement un coût trop élevé pour être mises en œuvre. Je m'empresse d'ajouter que ce coût a été calculé en tenant dûment compte des droits des résidents et des autres personnes, et pas simplement en dollars. Comme je l'ai indiqué dans le chapitre 19, les propositions ont toutefois été utiles, car leur examen a permis d'orienter le présent Rapport et les recommandations qu'il renferme.

II. Les problèmes systémiques exigent une réponse systémique

Les problèmes systémiques ont tendance à être complexes, multidimensionnels ou polycentriques; ils vont au-delà de qui a fait quoi à qui et exigent que nous examinions le fonctionnement du système dans son ensemble. Au Canada, on entreprend souvent des enquêtes publiques pour faire face aux tragédies résultant de problèmes systémiques. Comme l'écrivait récemment Ronda Bessner :

Les questions qui font l'objet d'enquêtes vont au-delà de savoir « qui a fait quoi à qui ». Contrairement aux procès civils et criminels, qui portent sur des litiges pointus entre les parties et qui permettent de déterminer si les éléments de preuve corroborent une conclusion en particulier, les enquêtes publiques portent sur des problèmes systémiques et institutionnels plus vastes¹.

¹ Ronda Bessner, « Introduction to Public Inquiries in Canada » dans Ronda Bessner et Susan Lightstone (éd.), *Public Inquiries in Canada: Law and Practice* (Toronto: Thomson Reuters, 2017), 8.

Les problèmes systémiques nécessitent une réponse systémique. Les réponses systémiques ne consistent pas à pointer du doigt, à attribuer un blâme ou à rechercher des boucs émissaires. Comme le juge Archie Campbell l'a expliqué dans le cadre de l'examen de l'enquête Bernardo, des erreurs individuelles ne sont pas à l'origine de la tragédie ni de la catastrophe générale : « Bien que l'affaire Bernardo, comme chaque enquête similaire, ait eu son lot d'erreurs humaines, le tableau d'ensemble reflète un grand dévouement et de remarquables capacités d'investigation contrés par une défaillance systémique »². Étant donné que les erreurs individuelles ne sont pas à l'origine de la tragédie, blâmer les individus ne réglera pas le problème et ne permettra pas d'éviter de futures tragédies similaires. Comme le juge Campbell l'a affirmé : « [à] moins que le problème sous-jacent ne soit résolu, les mêmes erreurs ou actes répréhensibles se reproduiront probablement si le système qui les permettait n'est pas corrigé »³.

Des réponses systémiques efficaces exigent que les membres du système – individus et organisations – unissent leurs efforts pour remédier aux défaillances systémiques décelées. Même les recommandations adressées à des acteurs précis du système doivent être abordées de manière collaborative. Par exemple, je recommande que le Bureau du coroner en chef/Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) modifie l'Avis de décès de patient en établissement (ADPE) et le fonde sur des données probantes. Ainsi, le BCC/SMLO devrait obtenir de meilleurs renseignements sur lesquels fonder la décision cruciale d'entreprendre une investigation sur le décès d'un résident. Cependant la valeur de cette recommandation dépend non seulement de la modification de l'ADPE par le BCC/SMLO, mais aussi du fait que les foyers de SLD s'assurent que ceux qui auront la responsabilité de remplir l'ADPE modifié auront l'occasion de suivre une formation sur la manière de le faire correctement. Elle dépend également du fait que le personnel du foyer et les membres de la famille échangent des renseignements sur les circonstances du décès du résident; que les coroners individuels suivent une nouvelle formation sur la conduite d'investigations sur les décès dans les foyers de SLD, et que les professionnels qui reçoivent des copies des ADPR modifiés prennent le temps de les examiner et de déterminer s'ils renferment des renseignements supplémentaires ou des préoccupations qui devraient être soulevées auprès du BCC/SMLO.

² Juge Archie Campbell, « The Bernardo Investigation Review, » dans Allan Manson et David Mullan (éd.), *Commissions of Inquiry: Praise or Reappraise?* (Toronto: Irwin Law, 2003), 398.

³ Campbell, « Bernardo Investigation Review, » 399.

Étant donné la nécessité pour tous les membres d'un système de travailler en collaboration pour résoudre des problèmes systémiques, il est contre-productif de blâmer des individus ou différentes organisations qui le composent. Les problèmes systémiques sont « mieux traités en encourageant les gens à s'engager sur une voie où ils peuvent changer les choses qui ont mal tourné »⁴. Dans le *Rapport de la Commission d'enquête Arbour sur certains événements survenus à la Prison des femmes de Kingston*, la juge Louise Arbour était peu disposée à attribuer la responsabilité à un individu pour cette raison. Comme elle l'explique :

L'attribution de blâmes individuels aurait suggéré des lacunes personnelles plutôt que systémiques et aurait démoralisé avec raison le personnel, sans espoir de corriger ni d'améliorer le système dans l'avenir⁵.

Le système de SLD est complexe et polycentrique, avec de multiples institutions et organisations jouant toutes un rôle dans la fourniture de soins aux bénéficiaires. Les problèmes à résoudre pour se prémunir contre les TSMS sont de nature systémique, et la participation, l'adhésion et le soutien de tous ceux qui font partie du système de SLD sont indispensables à cet égard. À la lumière des éléments de preuve recueillis lors des audiences publiques, des observations finales des participants et de la volonté et de l'engagement actif de ces derniers et des autres parties prenantes lors des consultations dans la partie 2 du processus de l'Enquête, je suis persuadée que ceux qui travaillent dans le système de SLD sont disposés à faire justement cela. Ce qu'il faut, cependant, c'est du leadership – un organe capable de rassembler les parties prenantes et d'établir une structure au sein de laquelle la collaboration et la coopération nécessaires peuvent être nourries et maintenues. Heureusement, comme je l'explique ci-dessous, le Ministère occupe une position idéale pour élargir son rôle de leadership afin de relever ce défi.

⁴ Campbell, « Bernardo Investigation Review » 400.

⁵ Commission d'enquête Arbour sur certains événements survenus à la Prison des femmes de Kingston, mentionnée dans Campbell, « Bernardo Investigation Review », 400.

III. Le système actuel – Une base solide sur laquelle construire

Les éléments de preuve présentés aux audiences ont brossé un tableau complet du système de SLD et de son fonctionnement. Ils ont aussi permis d'établir que le système de SLD – et ceux qui y travaillent – subit d'importantes contraintes. Les foyers de SLD constituent le secteur de la santé le plus réglementé de la province. Malgré des ressources limitées, le personnel des foyers de SLD doit respecter les exigences réglementaires et fournir des soins aux résidents avec une acuité sans cesse croissante. (Voir au chapitre 1 l'examen de l'acuité croissante des résidents et des personnes qui vieillissent à domicile.)

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

A. La LFSLD et le Règlement

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD)⁶, et son règlement⁷ (le Règlement) créent un cadre réglementaire solide pour les soins centrés sur le résident. L'attention portée aux résidents est manifeste dans l'ensemble de la LFSLD, en commençant par le préambule puis dans le principe fondamental énoncé à l'article 1 :

[U]n 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 LFSLD et son Règlement imposent des normes claires aux foyers de SLD et un régime d'inspection rigoureux pour les appliquer. Le régime réglementaire joue un rôle important en établissant des normes minimales de soins pour les résidents dans un large éventail de domaines, notamment les droits des résidents et les soins et les services qui leur sont fournis; les obligations de faire rapport; la gestion des médicaments; le contrôle des infections; la sécurité et la qualité des aliments et la dotation en personnel du foyer.

⁶ L.O. 2007, chap. 8.

⁷ Règl. de l'Ont. 79/10.

Il impose à tous les titulaires de permis de foyers de SLD des obligations détaillées, exhaustives et normatives. En établissant les fondements de soins de qualité pour les résidents des foyers de SLD de l'Ontario, ce régime réglementaire est conçu pour garantir que les résidents soient en sécurité et qu'ils soient traités avec dignité et respect.

Contrairement au régime précédent, toutefois, sous le régime de la LFSLD, les inspecteurs du Ministère ne peuvent pas conseiller les foyers sur la manière de se conformer aux exigences réglementaires : ils doivent émettre un avis de non-respect s'ils constatent qu'un titulaire de permis n'a pas respecté la LFSLD ou le Règlement. Bien que le Ministère ait dispensé une formation aux titulaires de permis et au personnel des foyers de SLD avant l'instauration du régime de la LFSLD, on s'attend maintenant à ce que ces personnes comprennent les exigences réglementaires. Elles ne peuvent pas demander conseil aux inspecteurs.

Au cours des audiences publiques et des consultations, les foyers de SLD m'ont parlé des difficultés liées au fait de devoir se conformer à plus de 1 000 exigences imposées par la LFSLD et son Règlement. Certains ont du mal à comprendre ces exigences. D'autres sont frustrés par l'abolition du rôle de conseiller en conformité, car ils ont de la difficulté à répondre aux attentes du Ministère sans conseils.

J'ai aussi appris que les foyers trouvaient les procédures d'inspection sous le régime de la LFSLD de plus en plus lourdes, éloignant le personnel et la direction des soins dispensés aux résidents et générant du stress chez le personnel. Certains ont dit craindre que ce régime de réglementation – et le processus d'inspection – aient conduit à une mentalité de « cases à cocher » dans laquelle il est plus important de montrer la conformité à des dispositions précises que de démontrer que les soins fournis dans le foyer améliorent la qualité de vie des résidents.

Peut-être en raison de ces préoccupations, une relation quelque peu contradictoire semble s'être développée entre le personnel des foyers de SLD et celui du Ministère. Au lieu de collaborer à la recherche de l'excellence dans la fourniture de soins dans les foyers de SLD, on semble vouloir veiller à ce que les normes minimales établies par le régime réglementaire soient respectées.

Il importe de noter que le respect des normes réglementaires et la recherche de la meilleure qualité de soins possible pour les résidents ne sont pas incompatibles : il ne peut y avoir d'excellence dans les soins sans respect au préalable des normes réglementaires. Les normes établies par la LFSLD et son Règlement sont importantes, et les inspecteurs du Ministère jouent un

rôle tout aussi essentiel dans ce régime de réglementation en veillant à ce que les foyers se conforment à ses directives. Toutefois, cette Enquête a mis en évidence des défaillances systémiques auxquelles il faut remédier si nous voulons éviter d'autres tragédies semblables aux Infractions. La prévention, la dissuasion et la détection des travailleurs de la santé qui cherchent à porter intentionnellement préjudice à ceux dont ils s'occupent sont les meilleurs moyens d'éviter de telles tragédies. Comme je l'explique ci-dessous, le Ministère doit jouer un rôle clé en matière de prévention, en s'appuyant sur les bases solides du secteur des SLD et en les amenant à manifester l'excellence de manière plus constante.

B. Les personnes et les organisations à l'intérieur du système de SLD

Grâce à cette Enquête, j'ai pu constater personnellement que la grande majorité de ceux qui travaillent dans les soins de longue durée se consacrent à la fois aux idéaux des soins axés sur les résidents et aux personnes auxquelles ils fournissent des soins.

Les témoins des audiences publiques venaient de toutes les parties du système de SLD : personnel des foyers de SLD, inspecteurs des foyers et responsables de la fourniture sécuritaire de soins à domicile financés par les fonds publics. La douleur qu'ils ressentaient à la suite des Infractions était évidente. Ce qui était également évident était leur passion pour le travail qu'ils font et leur engagement envers les résidents et les clients du système de SLD.

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

Comme dit le proverbe : « Les gestes sont plus éloquentes que les mots ». J'énumère ci-dessous deux types d'initiatives de parties prenantes qui, à mon avis, constituent une preuve incontestable du dévouement et de l'engagement des personnes qui travaillent dans le système de SLD.

1. Les initiatives proactives des parties prenantes

Les initiatives énumérées ci-dessous ne sont qu'un échantillon de celles que les parties prenantes ont entreprises en réponse aux problèmes que la Commission et moi-même avons décelés lors des audiences publiques et des consultations. Ces parties prenantes n'ont pas attendu la publication de ce Rapport avant d'agir. Lorsqu'elles ont appris que quelque chose pouvait être fait pour améliorer le système de SLD, elles ont agi immédiatement dans la mesure de leurs moyens.

a) Le groupe de travail sur l'amélioration de la sécurité dans les systèmes de gestion des médicaments dans le milieu des soins de SLD

Cette année, le Ministère a mis en place un groupe de travail temporaire composé de partenaires du secteur afin de rechercher des idées et des pratiques optimales pour accroître la sécurité du système de gestion des médicaments dans les foyers de SLD. La liste des parties prenantes comprend :

- l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada;
- Ontario Long Term Care Clinicians;
- l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario;
- l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l'Ontario;
- des fournisseurs de services pharmaceutiques;
- des titulaires de permis de foyers de SLD.

En créant ce groupe de travail, le Ministère a déclaré :

Compte tenu de la nature des [Infractions], des modifications au système de gestion des médicaments pourraient réduire la probabilité que ces événements se produisent à l'avenir. Le Ministère s'est engagé à examiner les recommandations découlant de l'Enquête publique et les intégrera à une stratégie de gestion des médicaments, le cas échéant⁸.

⁸ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Groupe de travail sur l'amélioration de la sécurité dans les systèmes de gestion des médicaments dans les SLD, Mandat, p 2.

b) Les modifications à la Loi sur les coroners

À la suite des audiences publiques et des consultations, le coroner en chef, le Dr Dirk Huyer, a pris des mesures pour que des modifications soient apportées à la *Loi sur les coroners* de manière à renforcer les pouvoirs des coroners dans le processus d'investigation sur les décès. La *Loi de 2019 sur la refonte complète des services de police de l'Ontario*⁹, entrée en vigueur en mars 2019, a modifié la *Loi sur les coroners* de sorte que :

- les coroners ont désormais accès plus tôt aux dossiers concernant un défunt (y compris les résidents), ce qui leur donnera davantage d'information pour décider de mener une investigation sur le décès¹⁰;
- il est clair que le coroner en chef a le pouvoir de procéder à des examens historiques des décès¹¹.

c) La modification de l'Avis de décès de patient en établissement

Le Bureau du coroner en chef/Service de médecine légale de l'Ontario a déjà entamé les travaux nécessaires à la modification de l'Avis de décès de patient en établissement (ADPE), une tâche réclamée dans les recommandations du présent Rapport et qui a fait l'objet de discussions lors du processus de consultation. Les chapitres 14 et 18 présentent une analyse des objectifs à atteindre dans le cadre de l'ADPE modifié.

d) L'examen rétrospectif de la médecine légale des homicides dissimulés

Les Infractions sont des homicides dissimulés : si Wettlaufer n'avait pas avoué, ils n'auraient pas été découverts. (Voir le chapitre 1 pour un traitement complet de ce point.) Cet éclaircissement a été un facteur important pour le Dr Michael Pollanen, médecin légiste en chef de l'Ontario, qui a procédé à un examen rétrospectif des homicides dissimulés. Ses conclusions sont les suivantes :

- la participation des médecins légistes dans les investigations sur les décès est un outil important pour détecter les homicides qui seraient autrement restés cachés;
- une approche multidisciplinaire faisant appel à la fois à des méthodes médicales et à des méthodes d'investigation est essentielle pour la recherche de la vérité sur de tels homicides.

⁹ L.O. 2019, chap. 1.

¹⁰ *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chap. C.37, art. 15(1.1).

¹¹ *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chap. C.37, art. 25.1.

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

Anne Coghlan, directrice générale et chef de la direction de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (Ordre), en collaboration avec d'autres membres du personnel de l'Ordre, a publié un article sur les mesures réglementaires à prendre en réponse au phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé¹². Dans ce document, ils formulent des recommandations sur la façon de sensibiliser la population au phénomène. Comme ils l'ont appris lors des audiences publiques et des consultations de l'Enquête, la nécessité d'une sensibilisation accrue est essentielle pour éviter des tragédies similaires à l'avenir. L'article décrit également la nécessité pour les organismes réglementaires de disposer de systèmes, à l'échelle nationale, facilitant l'échange d'information.

f) Les antécédents professionnels des infirmiers au tableau de l'Ordre

Lors des audiences publiques et des consultations, des préoccupations ont été exprimées concernant la pertinence des renseignements sur les antécédents professionnels des infirmiers accessibles dans le tableau de l'Ordre. L'Ordre a récemment abordé cette question en modifiant ses règlements administratifs :

44.1.06 ... le tableau de l'Ordre doit renfermer l'information additionnelle suivante :

1. Tout changement de nom d'un membre, qui figure au tableau depuis l'inscription initiale du membre à l'Ordre.
2. Si le membre exerce ou a exercé la profession infirmière au cours des trois années civiles, le nom et l'adresse de toutes les personnes ou entreprises pour lesquelles, ou par le biais desquelles, le membre exerce ou a exercé la profession infirmière au cours de ces années, que ce soit en Ontario ou dans d'autres administrations, ce qui inclut l'année à laquelle le membre a commencé à exercer et l'année à laquelle il a cessé d'exercer, le cas échéant, pour chacune de ces personnes ou entreprises.

¹² Erin Tilley et al., « A Regulatory Response to Healthcare Serial Killing, » (2019) 10(1) *Journal of Nursing Regulation*.

g) Employer Reference Group (groupe sur les références professionnelles)

L'Ordre a également mis en place un groupe sur les références professionnelles chargé de cerner les sujets de préoccupation et d'assurer une meilleure compréhension des rôles respectifs de l'Ordre et des employeurs en matière de protection du public. La nécessité d'une meilleure communication entre l'Ordre, l'employeur et les exploitants d'établissements dans le système de SLD avait été établie lors des audiences publiques et des consultations de l'Enquête.

h) La formation sur l'établissement de rapports

Au cours des audiences publiques, il est apparu qu'il y avait un manque général de compréhension concernant les obligations de faire rapport des personnes à l'intérieur du système de SLD. Quelques semaines après la fin des audiences publiques, AdvantAge Ontario a organisé un atelier intitulé *Essential Reporting Requirements for Long Term Care Homes* (Exigences essentielles en matière de rapport pour les foyers de soins de longue durée)¹³.

2. L'innovation continue dirigée par les parties prenantes

Au cours de l'Enquête, j'ai entendu parler de divers programmes en cours dirigés par des parties prenantes afin d'améliorer la vie des résidents et de ceux qui travaillent auprès d'eux. Ces programmes montrent qu'il existe un leadership solide dans le secteur des SLD, une volonté de collaborer et un engagement résolu en faveur de l'innovation. Dans certains cas, les programmes existaient avant l'Enquête; dans tous les cas, ils se poursuivront longtemps après sa conclusion. Ces programmes novateurs montrent également que les grandes avancées en matière de soins de longue durée ne peuvent être le fait d'une seule organisation. Pour apporter des améliorations durables à la qualité des soins prodigués aux résidents, une intervention systémique est nécessaire. J'évoque ci-dessous quelques-unes de ces innovations menées par les parties prenantes.

a) Le projet pilote sur la sécurité des médicaments

En 2017, PeopleCare Inc. et Hogan Pharmacy Partners ont reçu une subvention de 476 348 \$ du Fonds pour les technologies de la santé du gouvernement provincial afin de mettre au point un processus de communication et de documentation visant à améliorer la sécurité des médicaments dans les

¹³ <https://www.advantageontario.ca/AAO/Learning/2018MR.aspx>

foyers de SLD, notamment pour les patients faisant la transition de l'hôpital aux soins de longue durée. Le processus comprend un bilan comparatif des médicaments dirigé par un pharmacien, une tâche importante généralement confiée aux infirmiers des foyers de SLD.

Le processus a été mis à l'essai dans quatre foyers de SLD et récemment évalué par une équipe de chercheurs du World Health Innovation Network de l'Odette School of Business de l'Université de Windsor (Ontario). Ils ont conclu que les bilans comparatifs des médicaments dirigés par les pharmaciens sont plus efficaces et peuvent prévenir plus de réactions indésirables à des médicaments que ceux réalisés par des infirmiers. Les chercheurs ont aussi constaté que chaque bilan comparatif de médicaments dirigé par un pharmacien permettait à un infirmier de gagner trois heures, qui pourraient ensuite être utilisées pour les soins directs des résidents¹⁴.

b) Les instruments d'assistance clinique

À l'aide du financement fourni par le Ministère, l'Ontario Long Term Care Association (OLTCA), AdvantAge Ontario et Think Research (une entreprise de technologie médicale spécialisée dans les outils permettant d'améliorer l'organisation de l'information sur la santé) ont mis au point une série d'outils de soutien clinique. Ces outils apportent des connaissances cliniques factuelles sur les problèmes de santé au « point d'intervention » (le moment où le soignant fournit effectivement des soins) pour parvenir à la normalisation et améliorer la prise de décision clinique dans les foyers de SLD. Les outils de soutien clinique comprennent :

- les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence;
- les soins palliatifs et de fin de vie;
- la continence, la constipation et l'infection des voies urinaires;
- l'évaluation des plaies;
- la maladie pulmonaire obstructive chronique stable;
- l'hypoglycémie¹⁵.

¹⁴ Anne Snowdon et Ryan DeForge, Examining the Impact of Pharmacist-led Medication Reconciliation in Long-term Care, Final Report World Health Innovation Network, Odette School of Business, University of Windsor.

¹⁵ <https://www.thinkresearch.com/ca/programs/onltc/>

Les outils de soutien clinique ont été déployés en vagues successives, à commencer par 46 foyers de SLD en 2017. Chaque vague a été divisée en phases structurées pour faire en sorte que les foyers soient guidés au cours des étapes de l'initiation et de la mise en œuvre. La cinquième et dernière vague doit s'achever cette année (2019). Le programme sera alors en place dans les 626 foyers de SLD de la province.

c) Qindex

Qindex est le fruit d'une collaboration entre OLTCa et l'Université de Toronto, financée par les bourses d'apprentissage en matière d'impact sur le système de santé du gouvernement fédéral. Son objectif est de créer un indice de qualité global reflétant le rendement à partir des neuf indicateurs de qualité publiés par l'Institut canadien d'information sur la santé et Qualité des services de santé Ontario¹⁶. Qindex décrira les tendances du rendement dans les foyers de SLD au cours des cinq dernières années et déterminera si des facteurs organisationnels ou régionaux ont un impact sur la qualité.

OLTCa prévoit utiliser Qindex pour améliorer les outils d'aide à la décision et présenter la qualité des soins dans le secteur des SLD et les efforts fournis pour l'améliorer. OLTCa a une initiative connexe dans laquelle il fournit aux foyers membres des « tableaux de bord » montrant, entre autres, les données Qindex (dont certaines sont comparatives) sur les foyers.

d) Le programme de santé des infirmiers

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, en collaboration avec l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l'Ontario, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, a mis au point un programme de santé pour les infirmiers instauré au début de 2019. Ce programme volontaire encourage les infirmiers à obtenir des traitements pour des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale. Il s'inspire de programmes similaires utilisés par d'autres professions de la santé réglementées en Ontario¹⁷.

¹⁶ Ces indicateurs sont : ressent de la douleur; aggravation de la douleur; chutes dans les 30 derniers jours; amélioration des fonctions physiques; utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques; recours à la contention; aggravation de l'humeur dépressive; détérioration des fonctions physiques; aggravation d'une plaie de pression.

¹⁷ <http://www.cno.org/en/news/2019/january-2019/new-nurses-health-program-launched/>

IV. Renforcer les capacités et promouvoir l'excellence dans le système de SLD

A. La prévention – l'impulsion du changement

Bien que le système de SLD repose sur une base solide, il n'en reste pas moins qu'en neuf ans, Wettlaufer a causé du tort à 14 personnes au sein de ce système, ou les a tuées, sans être détectée ni même soupçonnée. (Voir au chapitre 1 une explication des raisons pour lesquelles les crimes de Wettlaufer n'auraient pas été découverts si elle ne les avait pas avoués et ne s'était pas rendue.) Comme je l'explique ci-dessus, nous devons adopter une approche systémique pour protéger les résidents à l'avenir.

Dans les chapitres 16, 17 et 18, je formule des recommandations systémiques visant à dissuader les auteurs d'actes répréhensibles intentionnels d'agir et à détecter ces actes dans le système de SLD. Dans ce chapitre, je demande au Ministère – dans le cadre d'une collaboration et de partenariats avec des parties prenantes clés – de jouer un rôle de leadership accru pour prévenir d'autres tragédies de ce genre.

B. Un rôle élargi pour le Ministère

Le Ministère joue un rôle de premier plan dans le secteur des SLD. Cela n'est pas étonnant, compte tenu de ses ressources, de sa responsabilité en matière de surveillance des soins de longue durée et des pouvoirs qui lui sont conférés par la LFSLD et son Règlement. Ajoutez à ces facteurs le contrôle exercé par le Ministère sur le financement des foyers de SLD et sa vaste base de connaissances sur les foyers de SLD et leurs résidents – un pouvoir plus étendu que celui de tout autre acteur du système – et il va de soi que le Ministère occupe une position dominante dans le secteur des SLD.

Le Ministère a utilisé sa position de leader de manière stratégique, en ciblant les domaines où les besoins sont les plus criants, comme le montre le programme Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario. Cette initiative a été lancée en 2010 à la suite d'une consultation menée par l'Alzheimer Knowledge Exchange avec les principales parties prenantes travaillant avec des personnes atteintes de démence.

Au départ, le Ministère avait investi 40 millions de dollars « en faveur du développement d'une infrastructure pour les personnes âgées qui se présentent avec des troubles du comportement fondé sur des preuves et sur les expériences vécues des patients et leurs aidants naturels »¹⁸. En 2011, cette initiative a été mise à l'essai dans quatre sites des RLISS. Fin 2012, le programme avait été déployé dans les 10 RLISS restants¹⁹. Ce programme a été créé en exploitant les ressources existantes et en améliorant la coordination du système tout au long du continuum de soins. Il fournit un soutien partout en Ontario, y compris dans les foyers de SLD, grâce à :

- des équipes mobiles externes de soutien comportemental interdisciplinaire fournissant un soutien aux fournisseurs de soins professionnels et aux proches aidants;
- la gestion de cas et le soutien transitoire pour assurer la continuité et l'intégration des soins dans tous les secteurs, ainsi que des programmes de jour pour personnes atteintes de démence et du répit;
- des soins spécialisés en établissement pour des séjours de courte ou longue durée destinés aux personnes ayant des problèmes de santé particulièrement complexes et difficiles.

Cette initiative continue de faire une différence cruciale dans la vie des résidents et des personnes qui prennent soin d'eux dans les foyers de SLD. Grâce à un soutien et à une formation améliorés, le personnel est mieux outillé pour prendre en charge le nombre sans cesse croissant de résidents atteints de démence. Et les avantages vont au-delà du foyer, car une meilleure gestion des problèmes complexes liés à la démence entraîne une réduction de la demande en services hospitaliers et psychiatriques.

Le programme Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario est largement considéré comme une innovation réussie. Dans un article examinant les facteurs de son succès, les auteurs notent que :

L'élaboration et le respect d'un cadre stratégique de changement à l'échelle de la province ont été essentiels au succès du projet. Ce cadre a galvanisé les valeurs, les philosophies et les cultures au sein et des secteurs de la santé et entre ceux-ci. Le cadre fondé sur des principes et sur des données probantes a été élaboré avec la contribution de fournisseurs de soins formels et informels dans le respect des expériences

¹⁸ <http://behaviouralsupportsontario.ca/38/Aperu/>

¹⁹ <http://behaviouralsupportsontario.ca/38/Aperu/>

vécues. Il se fonde aussi sur des données probantes et des recherches basées sur la pratique. Les structures rassemblaient des personnes de multiples secteurs et fournissaient de la surveillance, des ressources cliniques et des conseils²⁰.

Le Ministère collabore également dans l'exercice de sa fonction de direction, ce qui permet d'optimiser l'utilisation de ses ressources. Son succès est manifeste dans les initiatives dirigées par les parties prenantes visant à améliorer les résultats pour les résidents abordés ci-dessus, telles que le projet pilote d'innocuité des médicaments et l'initiative Outils de soutien clinique.

À mon avis, le Ministère doit être félicité pour son leadership; pour l'engagement et le travail acharné de son personnel, qui s'efforce de défendre les objectifs de la LFSLD centrés sur les résidents, et pour sa volonté de collaborer pour apporter des améliorations réelles et durables au système de SLD. Pour éviter que des tragédies telles que les Infractions ne se reproduisent, je recommande que le Ministère élargisse son rôle de leadership de manière à inclure les éléments suivants :

- soutenir activement les foyers de SLD qui ont du mal à se conformer aux normes réglementaires en vigueur et les aider;
- diffuser les pratiques exemplaires dans le système de SLD;
- offrir aux foyers de SLD des programmes de transition et de formation d'appoint;
- encourager l'innovation et l'utilisation des nouvelles technologies dans le secteur des foyers de SLD.

1. Le soutien aux foyers de SLD dans la mise en conformité réglementaire

En aidant les foyers de SLD à se conformer à la réglementation, le Ministère remplira le rôle préconisé dans le rapport *Engagement en matière de soins*²¹, rédigé en 2004 par Monique Smith, qui a conduit à la promulgation de la LFSLD et de son Règlement. Dans ce rapport, M^{me} Smith a insisté sur le fait que le rôle d'inspection du Ministère devait être distinct d'un rôle consultatif. Cependant, sa vision d'un secteur des SLD renouvelé ne comprenait pas

²⁰ Iris Gutmanis et al., « Health Care Redesign for Responsive Behaviours – The Behavioural Supports Ontario Experience: Lessons Learned and Keys to Success » (2015) 34(1) *Canadian Journal of Community Mental Health*, 56.

²¹ Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Engagement en matière de soins* (2004).

l'abolition du rôle consultatif fourni par le Ministère aux foyers. Au contraire, elle a expressément demandé au Ministère de continuer à jouer un rôle éducatif en aidant les foyers à se conformer et en renforçant sa présence dans les foyers ne respectant pas les normes réglementaires²². L'expérience des foyers de SLD au cours de la dernière décennie, sous le régime de la LFSLD, montre que la réinstauration de la fonction de soutien et d'éducation du Ministère leur serait très bénéfique.

Je reconnais les préoccupations légitimes qui imposent une séparation entre ceux qui inspectent les foyers pour vérifier leur conformité et ceux qui les conseillent à cet égard. Il est logique que ceux qui aident les foyers qui ont du mal à se conformer ne soient pas également chargés de réaliser les inspections qui détermineront leur niveau de conformité. C'est pourquoi je recommande au Ministère de créer une unité spécialisée dans la Division des foyers de soins de longue durée (FSLD) qui serait chargée de remplir un certain nombre de fonctions, en commençant par apporter du soutien aux foyers qui ont de la difficulté à se conformer aux exigences réglementaires. Je recommande que l'unité spécialisée fasse partie de la Division des foyers de SLD, car les membres de la nouvelle unité doivent travailler en étroite collaboration avec les inspecteurs du Ministère pour s'assurer qu'ils ont une compréhension commune des attentes réglementaires de ce dernier : l'information et le soutien fournis aux foyers par la nouvelle unité ne peuvent être en contradiction avec les attentes des inspecteurs.

En remplissant son rôle, la nouvelle unité devrait travailler en collaboration avec les parties prenantes de l'ensemble du secteur des SLD, en s'appuyant sur les partenariats existants du Ministère, et en forger de nouveaux. Je lui recommande de mettre en place un comité consultatif largement représentatif, composé de représentants des différents types de foyers de SLD (foyers municipaux, foyers à but non lucratif et foyers à but lucratif) pour l'aider. En impliquant le secteur de cette manière, la nouvelle unité augmentera sa compréhension des défis auxquels font face les foyers de SLD et alignera les parties prenantes pour les résoudre.

²² *Engagement en matière de soins*, 19.

2. Étendre les pratiques exemplaires à l'ensemble du système de SLD

Dans *Engagement en matière de soins*, Monique Smith a également envisagé que le Ministère joue un rôle dans l'atteinte de l'excellence dans le secteur des SLD. Elle a écrit :

Le ministère devrait songer aux façons d'améliorer l'expertise dans le secteur des soins de longue durée, ce qui englobe le perfectionnement professionnel, l'élaboration de protocoles et de normes de soins, ainsi que la diffusion des connaissances et des pratiques exemplaires auprès du personnel de première ligne. On nous a fait plusieurs suggestions à ce sujet, comme, par exemple, la création de centres d'excellence et de projets pilotes qui mettraient en relation un centre de recherche universitaire et un établissement de SLD²³.

Le Ministère a donné suite à la proposition de M^{me} Smith de créer des centres d'excellence; cependant, il n'a pas répondu à son appel plus général visant à faire connaître les pratiques exemplaires au personnel de première ligne du secteur des SLD. En 2011, le Ministère a mis sur pied les Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation en soins de longue durée (CARI) de l'Ontario. Les CARI sont situés à trois endroits : Baycrest Health Sciences à Toronto, l'Institut de recherche Bruyère à Ottawa, et l'Institut de recherche Schlegel-UW sur le vieillissement à Waterloo. Chaque CARI est affilié à un foyer de SLD. Bien que les trois centres aient d'abord fonctionné de manière indépendante, ils travaillent maintenant ensemble au sein d'un programme intégré pour créer, présenter et évaluer des programmes et des ressources éducatifs destinés au personnel des soins de longue durée.

Lorsque le Ministère a mis en place les CARI, il a assuré leur financement jusqu'au 31 mars 2016. En août 2017, il a injecté un financement de base supplémentaire. Lors de l'annonce de ce dernier, le directeur général de l'Institut de recherche sur le vieillissement Schlegel-UW a déclaré que la recherche et l'innovation seraient « accélérées et partagées pour profiter aux foyers de soins de longue durée de la province ». Au cours de mes consultations, j'ai appris que les foyers de SLD avaient bien accueilli la promesse d'une plus grande portée des travaux des CARI, en notant que leur impact était principalement concentré sur les foyers et les communautés dans lesquels les trois centres étaient situés.

²³ *Engagement en matière de soins*, 24.

Près de 10 ans se sont écoulés depuis l'entrée en vigueur de la LFSLD et de son Règlement. Il est temps de mettre en œuvre la proposition de M^{me} Smith selon laquelle le Ministère devrait promouvoir une meilleure expertise dans le secteur des SLD et diffuser les connaissances et les pratiques exemplaires parmi le personnel de première ligne. On a beaucoup appris sur les politiques, les pratiques et les outils qui fonctionnent le mieux dans différents foyers de SLD. Il existe de nombreuses données sur la santé des résidents et leur qualité de vie, ainsi que bon nombre d'excellentes pratiques que nous aurions intérêt à diffuser largement. Le programme d'inspection actuel doit cerner les programmes et les pratiques efficaces dans les foyers et faire part de cette information à la nouvelle unité. Le Ministère, par l'entremise de la nouvelle unité de la Division des foyers de SLD, occupe une position de choix pour diffuser ces pratiques exemplaires dans toute la province.

3. Le financement des programmes de transition et de formation d'appoint dans les foyers de SLD

Je recommande que le Ministère finance des programmes de transition et de formation d'appoint dans les foyers de SLD. Cette recommandation est conçue pour fonctionner conjointement avec la recommandation formulée dans le chapitre 9, que le Ministère crée une nouvelle enveloppe de financement permanente pour les foyers de SLD afin de subventionner l'éducation, la formation et le perfectionnement professionnel de tout le personnel des foyers de SLD.

Si cette recommandation et celle du chapitre 9 visent à fournir de l'éducation et de la formation au personnel des foyers de SLD, les objectifs généraux des deux recommandations sont différents. L'objectif de la recommandation du chapitre 9 est de veiller à ce que tout le personnel des foyers de SLD dispose de la formation et des connaissances nécessaires pour dispenser des soins de haute qualité aux résidents. L'objectif des programmes de transition et de formation d'appoint consiste à renforcer les capacités des ressources humaines dans le secteur des SLD en permettant aux foyers de conserver leurs employés les plus prometteurs et les plus dévoués et de favoriser leur perfectionnement.

Les programmes de transition et de formation d'appoint offrent aux employés actuels des foyers de SLD des possibilités de formation et d'éducation qui leur permettent de progresser dans leur carrière. Par exemple, dans le cadre de ces programmes, les IAA ont acquis les qualifications nécessaires pour devenir

des IA et le personnel autorisé a acquis les compétences et la formation nécessaires pour accéder à des postes comme ceux d'administrateur ou de directeur des soins infirmiers.

Comme nous l'avons vu au chapitre 4, les foyers de SLD ont du mal à recruter et à fidéliser leur personnel, en particulier leur personnel autorisé. Les possibilités d'avancement générées par les programmes de transition et de formation d'appoint augmenteront les chances que ces foyers conservent leur personnel le plus prometteur et le plus motivé. Au cours de mes consultations avec les parties prenantes, j'ai appris que le Ministère avait déjà appuyé des programmes de transition et de formation d'appoint au profit des foyers comme du personnel. Le Ministère devrait réintroduire cette stratégie éprouvée visant à accroître la capacité en ressources humaines des foyers de SLD.

4. Encourager l'innovation et l'utilisation des nouvelles technologies

En 2017, l'OLTCA a convoqué un conseil d'innovation stratégique afin d'accélérer l'innovation dans le système de SLD. Il a décrit le système de soins de longue durée comme « un ensemble diversifié de parties prenantes, chacune jouant un rôle crucial dans le développement de l'innovation »²⁴. Le rapport du conseil d'innovation stratégique reconnaît qu'en raison de la nature très réglementée du système de SLD, le gouvernement joue un rôle crucial : « Dans un système financé et réglementé par le secteur public, les gouvernements jouent un rôle indispensable pour favoriser l'innovation »²⁵. Cet argument est repris dans un article portant sur le thème plus vaste du rôle du gouvernement dans l'innovation :

Les gouvernements ne sont généralement pas reconnus comme des terrains propices à l'innovation. Mais, bien que l'innovation ne vienne pas toujours naturellement à ces institutions, l'ampleur est certainement présente. Ainsi, lorsqu'ils trouvent des moyens d'incuber et de soutenir des innovations sociales prometteuses, notamment en partenariat, l'impact peut être considérable²⁶.

²⁴ Ontario Long Term Care Association Strategic Innovation Council, *Accelerating Our Innovation Potential: Actions to Advance Innovation in Ontario's Long-Term Care Ecosystem* (Toronto: Ontario Long Term Care Association, 2018), 2. https://www.oltca.com/OLTCA/Documents/Reports/SICReport_AcceleratingInnovationPotential_Nov2018.pdf

²⁵ Ontario Long Term Care Association Strategic Innovation Council, *Accelerating Our Innovation Potential*.

²⁶ Rahul Nayar, Asif Saleh, Anna Minj, « Scaling Up Innovations with Government » (2016) 14(2) *Stanford Social Innovation Review*, https://ssir.org/articles/entry/scaling_up_innovations_with_government.

Comme je l'ai déjà mentionné dans ce chapitre, de nombreuses parties prenantes du système de SLD s'emploient activement à innover et à utiliser les nouvelles technologies pour soutenir l'excellence dans la prestation des soins aux résidents. Cela est important, car l'innovation et la technologie permettent de gagner du temps et d'économiser de l'argent, de réduire les erreurs humaines, d'améliorer les résultats pour les résidents et d'assurer la surveillance.

Cependant, les foyers de SLD ne disposent pas des ressources nécessaires pour se tenir au courant des nouveaux développements. Le leadership continu du Ministère offre une approche coordonnée pour encourager l'innovation et l'utilisation des technologies et contribuer à leur mise en œuvre, notamment en fournissant les fonds nécessaires. De nombreuses autres parties prenantes du système de SLD possèdent une expertise sur laquelle on peut s'appuyer pour soutenir l'innovation. Je recommande que le Ministère élargisse son rôle de leader dans ce domaine en exploitant cette expertise, en encourageant les innovations et en soutenant l'introduction et la meilleure utilisation des nouvelles technologies dans les foyers de SLD.

V. Conclusion

Dans ce chapitre, je demande au Ministère de jouer un rôle de leadership élargi. Mes recommandations ont pour objectif de prévenir des tragédies du genre de celles que Wettlaufer a causées. Le meilleur moyen de les éviter est de renforcer les capacités des employés des foyers de SLD et d'encourager l'excellence dans les soins prodigués aux résidents. Les recommandations de ce chapitre sont des stratégies visant justement à : solidifier le système de foyers de SLD en renforçant les capacités et en partageant l'excellence. La beauté de ce rôle élargi du Ministère réside dans le fait qu'il s'inscrit parfaitement dans le principe fondamental de l'article 1 de la LFSLD : s'assurer qu'un foyer de SLD soit avant tout le foyer de ses résidents où ces derniers puissent vivre avec dignité et dans la sécurité et le confort.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 62 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) doit jouer un rôle de leadership accru dans le système de soins de longue durée en :

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

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

Détails

- L'unité spécialisée devrait agir en collaboration avec un comité consultatif largement représentatif, composé de représentants des différents types de foyers de soins de longue durée (SLD) (à but non lucratif, à but lucratif et municipaux), de conseils de résidents, de conseils de familles et des diverses associations d'établissements de SLD.
- L'unité spécialisée devrait :
 - recenser les domaines de non-respect les plus importants dans la province et proposer aux foyers des stratégies positives pour se conformer à la réglementation dans ces domaines;
 - informer à l'avance les foyers des nouveaux domaines qui feront l'objet d'une inspection, expliquer clairement les attentes du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) à cet égard, et fournir l'information et le soutien nécessaires pour qu'ils répondent à ces attentes;

- prendre des mesures immédiates pour aider les foyers qui ont du mal à se conformer;
 - recenser les pratiques exemplaires, politiques et procédures et les partager avec tous les foyers de SLD;
 - répertorier les domaines d'excellence dans les foyers de SLD qui peuvent être étendus à l'ensemble du système;
 - partager de l'information et des ressources en plusieurs formats électroniques facilement accessibles, au-delà du forum existant Itchomes.net, qui est peu convivial.
- L'unité spécialisée devrait s'appuyer sur les collaborations existantes, notamment avec les Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation, et les développer. Elle devrait continuer à collaborer avec les organisations existantes du secteur, comme l'Association des conseils de résidents de l'Ontario, AdvantAge Ontario et l'Ontario Long Term Care Association, lorsqu'elle fournit de l'information et de la formation aux foyers de SLD.
 - L'unité spécialisée doit travailler séparément des inspecteurs – pour éviter les rôles contradictoires de consistant à fournir des conseils et à inspecter la conformité – mais elle doit travailler suffisamment étroitement avec les inspecteurs pour s'assurer qu'ils ne vont pas à contre-courant.
 - Le Ministère devrait former un groupe de travail composé de parties prenantes pour apprendre et évaluer les nouvelles technologies et les innovations pertinentes pour le secteur des SLD; cerner les domaines dans lesquels la technologie et l'innovation sont nécessaires et mobiliser la communauté plus large d'innovateurs dans le système de soins de santé afin de favoriser le développement de nouvelles technologies pour aborder ces questions.

Raisonnement de la recommandation 62

- Le meilleur moyen d'éviter que de telles tragédies ne se reproduisent est de renforcer les foyers de SLD et d'encourager l'excellence dans les soins fournis aux résidents. L'excellence dans les soins de longue durée ne se limite pas à assurer la sécurité des résidents; elle consiste à offrir à ces derniers la meilleure qualité de vie possible.

- La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et son règlement sont en vigueur depuis presque une décennie. Ce régime réglementaire crée un ensemble clair d'exigences que les titulaires de permis et les foyers de SLD doivent respecter pour garantir la sécurité des résidents. Sous ce régime, la qualité des soins dans les foyers de SLD s'est manifestement améliorée ces dernières années.
- Bien que le respect du régime réglementaire soit nécessaire, la recherche constante de l'excellence dans la prestation de soins aux résidents nécessitera la coopération, la collaboration et la mobilisation de tous les éléments du système de SLD. Le Ministère doit assurer le leadership nécessaire pour que ce mouvement devienne une réalité.
- Le leadership du Ministère sera visible :
 - dans son soutien aux foyers qui éprouvent des difficultés afin qu'ils se conforment aux exigences;
 - en définissant et en reconnaissant les nombreux domaines d'excellence existants dans le secteur des SLD et en étendant cette excellence dans les foyers par le biais de la formation, de l'éducation et du soutien;
 - en augmentant la capacité du personnel des foyers de SLD, qui est de plus en plus sollicité en raison de la plus grande acuité des résidents;
 - en continuant de favoriser le développement d'innovations et en encourageant leur utilisation dans la fourniture de soins de longue durée.
- En s'associant avec les parties prenantes, l'unité spécialisée travaillera en collaboration pour acquérir une compréhension commune des défis auxquels sont confrontés les soins de longue durée et une vision partagée de la manière dont ces défis peuvent être abordés. Cela modifiera également les relations entre le Ministère et les foyers de SLD – que beaucoup perçoivent comme antagonistes – au profit d'une relation de coopération, caractérisée par un engagement commun envers l'excellence des soins prodigués aux résidents.

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

Raisonnement de la recommandation 63

- Bien que les secteurs des foyers de soins de longue durée et des soins à domicile fonctionnent dans des contextes et des régimes réglementaires différents, ils font tous deux partie du continuum dans lequel les services de soins de santé sont fournis aux Ontariens âgés. Wettlaufer a commis des Infractions dans les deux secteurs. Ainsi, ces deux secteurs doivent prendre des mesures pour prévenir et détecter les actes répréhensibles similaires et dissuader les auteurs de les commettre, afin que de telles tragédies ne se reproduisent plus. Chaque secteur sera renforcé par la mise en commun des connaissances et des initiatives, en particulier pour répondre aux défis communs, notamment :
 - l'acuité croissante des personnes auxquelles les deux secteurs fournissent des soins, y compris l'augmentation du niveau de démence;
 - le recrutement et le maintien en poste des infirmiers et des préposés aux soins personnels;
 - les mesures facilitant la transition des personnes qui passent du milieu de vie à domicile à un foyer de soins de longue durée.

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

I.	Introduction	28
II.	Les TSMS : un phénomène répandu et de longue date	31
	A. La documentation des cas de TSMS	31
	B. Les cas de TSMS depuis 1970	33
	C. Le nombre de patients assassinés par les TSMS	35
	D. Les effets néfastes des TSMS	41
III.	Les caractéristiques communes des TSMS	46
	A. Qui sont-ils?	46
	1. La plupart des TSMS sont des infirmiers	46
	2. Les TSMS n'ont pas de mobiles uniformes.....	48
	3. Les TSMS n'ont pas de profils psychologiques clairs.....	49
	B. Les TSMS ciblent des victimes vulnérables	52
	C. Où sévissent les TSMS?	53
	D. Comment les TSMS commettent-ils leurs meurtres?	57
	1. Les TSMS utilisent principalement des médicaments injectables	57
	2. Les TSMS frappent souvent le soir ou la nuit.....	60
	E. Wettlaufer et les caractéristiques communes des TSMS	61
IV.	Se prémunir contre les TSMS	63
	A. La sensibilisation – la première étape d'importance critique .	63
	B. Les enquêtes publiques précédentes ont révélé la nécessité de la sensibilisation	65
	C. Un plan stratégique de sensibilisation	68
	D. L'éducation et la formation requises	70
	RECOMMANDATIONS	73

I. Introduction

Les meurtres commis par Elizabeth Wettlaufer alors qu'elle travaillait comme infirmière sont à la fois choquants et tragiques. Cependant, ils ne sont pas sans précédent. De plus en plus de recherches et de publications montrent que le phénomène des meurtres en série dans le milieu de soins de santé est rare, mais universel, et qu'il existe depuis longtemps, les cas documentés remontant au XIX^e siècle. Les témoignages d'experts fournis dans le cadre de la présente Enquête montrent que depuis 1970, 90 tueurs en série en milieu de soins de santé (TSMS) ont été condamnés dans le monde, y compris au Canada, aux États-Unis et en Europe occidentale¹.

Les tueurs en série en milieu de soins de santé sont des « employés du système de soins de santé qui utilisent leur position pour assassiner au moins deux patients lors de deux incidents distincts, et qui ont la capacité psychologique de tuer davantage »². Ils tirent parti de la confiance accordée aux travailleurs de la santé pour exploiter les lacunes du système de soins de santé, tuer des patients vulnérables et dévaster les familles, les travailleurs de la santé, les communautés et le grand public³. Il ne faut pas confondre les meurtres en série en milieu de soins de santé avec « l'euthanasie, le suicide assisté, les assassinats collectifs ou agressions de patients pour des raisons politiques, ou le meurtre épisodique d'un patient en tant que crime passionnel ou lors de la perpétration d'un autre crime »⁴.

Wettlaufer a tué huit résidents de foyers de soins de longue durée (SLD) et blessé ou tenté de tuer six autres personnes dont elle prenait soin. Elle a avoué les méfaits, 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 (les Infractions). Elle est clairement une tueuse en série en milieu de soins de santé.

Wettlaufer partage un certain nombre de caractéristiques avec d'autres TSMS. Elle était infirmière autorisée et a commis les Infractions alors qu'elle fournissait des services de soins infirmiers. Elle n'avait aucun motif particulier

¹ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, 27 mai 2018, p. 3.

² Katherine Ramsland, *Inside the Minds of Healthcare Serial Killers: Why They Kill* (Westport, Conn.: Praeger, 2007), xi-xii.

³ Voir le chapitre 1 pour une description de l'ampleur des préjudices causés par les tueurs en série en milieu de soins de santé.

⁴ Kenneth W. Kizer et Beatrice C. Yorker, « Health Care Serial Murder: A Patient Safety Orphan » (2010) 36(4) *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 186 à 186.

de commettre ces Infractions. Elle a choisi comme victimes les personnes dont elle prenait soin et qu'elle considérait comme particulièrement vulnérables. Elle a commis les Infractions lors de ses quarts de soir ou de nuit. Et, comme beaucoup d'autres TSMS, Wettlaufer a commis les Infractions en injectant à ses victimes de grandes quantités d'insuline.

Bien que de plusieurs TSMS ont commis leur crimes dans les hôpitaux, Wettlaufer a commis toutes les Infractions sauf une alors qu'elle travaillait comme infirmière dans divers foyers de SLD. Wettlaufer a commis la dernière Infraction lorsqu'elle fournissait des services de soins infirmiers financés par l'État à une personne à son domicile.

Wettlaufer est différente des autres TSMS en ce qui a trait à un point important : ses méfaits ont été révélés uniquement parce qu'elle s'est volontairement livrée aux autorités et a avoué. D'autres TSMS ont également avoué, mais ces aveux ont été faits après la découverte de leurs crimes et après leur arrestation ou leur condamnation⁵. Dans le cas de Wettlaufer, cependant, les Infractions n'auraient jamais été découvertes si elle ne les avait pas avouées. Même après les enquêtes de police, il était clair que, sans le contenu détaillé de ses aveux, les Infractions n'auraient pas été détectées⁶.

Cette Enquête a mis au jour des vulnérabilités systémiques dans l'ensemble du système de SLD, notamment des retards dans la reconnaissance et des enquêtes inadéquates sur des incidents suspects; une surveillance, un suivi et une évaluation inefficaces des incidents indésirables liés aux soins; des lacunes dans les systèmes de gestion des médicaments dans les foyers de SLD et des difficultés à échanger des informations sur des travailleurs de la santé potentiellement problématiques. Les Infractions se sont étalées sur neuf ans et

⁵ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 14.

⁶ Comme discuté au chapitre 1, avant que Wettlaufer n'avoue, rien ne suggérait – et il n'y avait aucun soupçon – qu'elle ait causé des préjudices intentionnels aux patients dont elle prenait soin. Aucun des collègues qui travaillaient à ses côtés ne pensait qu'elle injectait intentionnellement de l'insuline à des résidents pour les tuer. Aucune inquiétude n'avait été soulevée – ni aucun soupçon – après le décès des huit résidents qu'elle a assassinés. Aucune autopsie n'a été effectuée sur ces résidents. Cependant, même si elles avaient eu lieu, compte tenu des difficultés rencontrées pour détecter l'insuline post mortem, il est très improbable que les autopsies aient permis de découvrir que les victimes étaient décédées d'un surdosage intentionnel d'insuline, à l'exception peut-être de Maureen Pickering (voir l'affidavit du D^r Michael Pollanen, par. 103-11. Témoignage du D^r Michael Pollanen, transcription, 23 juillet 2018, p. 5070-74, 5106-10, 5117-19). Bien que l'enquête de la police ait mis au jour des preuves indirectes corroborant le récit de ses crimes par Wettlaufer, comme les dossiers médicaux montrant que les résidents avaient certains symptômes hypoglycémiques, aucune preuve ne la rattachait aux Infractions. Comme l'a dit le juge Thomas lors de la condamnation de Wettlaufer, « Sans ses aveux, je suis convaincu que l'accusée n'aurait jamais été traduite en justice. » : *R c Wettlaufer*, 2017 ONCS 4347 à 10.

se sont produites dans trois foyers de SLD et dans un domicile privé. Comme expliqué ci-dessus, si Wettlaufer n'avait pas avoué, les Infractions n'auraient jamais été découvertes. Sans une réponse systémique concertée impliquant tous les intervenants du système de soins de santé de l'Ontario, nous demeurons vulnérables aux TSMS. La population vieillissante de l'Ontario, en particulier, restera exposée au risque de préjudice intentionnel causé par les TSMS.

Heureusement, plusieurs mesures systémiques peuvent être prises pour dissuader les TSMS d'agir et pour les détecter. Ces mesures comprennent le renforcement du système de gestion des médicaments dans les foyers de SLD, l'amélioration de l'analyse des incidents liés à des médicaments et la réforme du processus d'investigation sur les décès dans les foyers de SLD. Ces mesures sont abordées aux chapitres 17 et 18.

Cependant, la première étape critique consiste à mieux prendre conscience du phénomène des TSMS dans l'ensemble du système de soins de santé. Si l'on ne prend pas conscience de ce qu'un professionnel de la santé puisse causer un préjudice intentionnel aux personnes qui lui sont confiées, il est impossible de détecter un tel comportement ni de dissuader un TSMS d'agir. Comme indiqué ci-dessous, des investigations antérieures et des enquêtes publiques sur les TSMS ont confirmé que le manque de sensibilisation au phénomène permettait aux auteurs de tels méfaits de continuer à agir sans être détectés pendant de longues périodes.

La professeure Beatrice Crofts Yorker a fait un témoignage d'expert sur le phénomène des TSMS au cours de cette Enquête⁷. Dans le rapport qu'elle a préparé pour l'Enquête et dans son témoignage, la professeure Crofts Yorker⁸ explique qu'une sensibilisation accrue au potentiel de préjudice intentionnel causé par des travailleurs de la santé, combinée à de meilleurs systèmes de gestion des médicaments et de suivi des incidents indésirables et imprévus, peut aider à dissuader les TSMS et à les détecter rapidement :

⁷ Elle était qualifiée comme témoin expert dans les domaines des « études sur les meurtres en série en milieu de soins de santé » et de « l'enseignement des sciences infirmières ». Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, 12 sept. 2018, p. 7967.

⁸ La professeure Crofts Yorker Schumacher n'utilise généralement pas « Schumacher » lorsqu'elle se nomme. Pour cette raison, elle est désignée sous le nom de professeure Crofts Yorker dans le texte de ce Rapport; dans les citations de son rapport d'expert et de son témoignage, son nom complet est utilisé.

[1] Il existe des preuves indiquant que des améliorations globales de la sécurité des patients, y compris un soutien à la vigilance des infirmiers concernant le potentiel d'actes intentionnels, les systèmes de distribution de médicaments, ainsi qu'un suivi systématique des événements indésirables et de la détérioration inattendue de l'état des patients sont des mesures recommandées qui peuvent contribuer à la dissuasion, à la réduction et à la détection précoce des [TSMS]⁹.

Dans ce chapitre, je commence par passer en revue la littérature existante, la recherche sur le phénomène des TSMS et les conséquences néfastes des meurtres en série en milieu de soins de santé. Ensuite, je décris les caractéristiques communes aux TSMS et leur mode de fonctionnement. Enfin, je précise pourquoi la sensibilisation au phénomène des TSMS par tous les intervenants du système de soins de santé constitue la première étape de la lutte contre ce phénomène, et pourquoi le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) devrait être chargé de cette sensibilisation.

II. Les TSMS : un phénomène répandu et de longue date

A. La documentation des cas de TSMS

Les cas de TSMS ont commencé à être documentés dans les années 1850. Parallèlement, les progrès de la technologie médicale, comme l'amélioration des seringues et l'extraction de la morphine à partir de l'opium, ont permis aux travailleurs de la santé de tuer plus facilement et plus subrepticement des patients¹⁰. Bien que les médicaments et les outils accessibles ne soient pas aussi sophistiqués qu'aujourd'hui, ils étaient efficaces¹¹. Voici quelques exemples précoces de TSMS :

⁹ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 22.

¹⁰ Robert M. Kaplan, *Medical Murder: Disturbing Cases of Doctors Who Kill* (Sydney, NSW: Allen & Unwin, 2009), 11.

¹¹ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 7972.

- Dans les années 1850 et 1860, l'infirmière britannique Catherine Wilson a été reconnue coupable du meurtre d'une patiente en l'empoisonnant avec du colchique, mais elle aurait assassiné six ou sept autres personnes de la même manière et avait déjà été poursuivie pour avoir tenté de tuer un autre patient avec de l'acide sulfurique¹²;
- À la fin des années 1800 et au début des années 1900, l'infirmière américaine Jane Toppan a tué plusieurs personnes dans le Massachusetts – y compris des patients dont elle s'occupait – en les droguant avec de l'atropine et de la morphine; elle a avoué 31 meurtres, mais a admis qu'il y en avait eu plus, peut-être plus d'une centaine¹³;
- Dans les années 1880 et 1890, le D^r Henry Howard Holmes a avoué avoir assassiné 27 victimes aux États-Unis et au Canada par asphyxie ou incinération, avant de vendre leurs squelettes blanchis à des écoles de médecine¹⁴;
- Entre 1924 et 1926, l'infirmière française Antoinette Scieri a empoisonné et tué un certain nombre de personnes âgées à qui elle prodiguait des soins infirmiers privés¹⁵;
- au début des années 1900, Amelia Sach et Annie Walters, qui se présentaient comme des « sortes d'infirmières », dirigeaient une entreprise au Royaume-Uni dans le but de trouver des adoptants pour les bébés de femmes malheureuses d'être enceintes. Au lieu de cela, elles ont étouffé ou empoisonné les bébés, et on estime le nombre total de victimes à des douzaines¹⁶.

¹² Montagu Stephen Williams, *Leaves of a Life: Being the Reminiscences of Montagu Williams, Q.C.* Londres : Macmillan, 1893), 44-47; « The Gallows, » *Harper's Weekly*, 22 nov. 1862, 743, <http://www.sonofthesouth.net/leefoundation/civil-war/1862/november/execution-catharine-wilson.htm> [consulté le 10 avril 2019].

¹³ Ramsland, *Inside the Minds of Healthcare Serial Killers*, 23-26.

¹⁴ Ramsland, *Inside the Minds of Healthcare Serial Killers*, 14; Encyclopaedia Britannica, « H.H. Holmes » <https://www.britannica.com/biography/HH-Holmes> [consulté le 14 mars 2019].

Il y avait une différence significative concernant le nombre de victimes attribué au D^r Holmes. Bien qu'il ait initialement avoué 27 meurtres, il a par la suite porté ce nombre à 130, et certains rapports indiquent qu'il avait tué jusqu'à 200 personnes. Cependant, seuls neuf décès ont pu être confirmés de manière plausible comme ayant été causés par lui. Plusieurs des personnes qu'il a prétendu avoir tuées étaient encore en vie. Voir Adam Selzer, *H.H. Holmes: The True History of the White City Devil* (New York: Skyhorse Publishing, 2017).

¹⁵ Ramsland, *Inside the Minds of Healthcare Serial Killers*, 26-27.

¹⁶ Ramsland, *Inside the Minds of Healthcare Serial Killers*, 27. Ramsland note que Sach et Walters n'étaient « pas strictement des travailleuses de la santé », mais « prétendaient être des sortes d'infirmières ».

B. Les cas de TSMS depuis 1970

Avant 1970, il y avait peu de cas déclarés de TSMS; ce n'est qu'à ce moment-là que de tels cas ont commencé à être systématiquement découverts et documentés. À ce stade, la surveillance des soins de santé s'était améliorée et les Centers for Disease Control des États-Unis ont souvent été impliqués dans le suivi des schémas de décès suspects¹⁷.

Les cas documentés depuis montrent que le phénomène des TSMS ne se limite pas à quelques incidents isolés et choquants¹⁸. En préparant son rapport pour l'Enquête, la professeure Crofts Yorker a examiné les cas de 131 fournisseurs de soins de santé qui, entre 1970 et mai 2018, avaient été poursuivis en justice pour meurtres en série ou agressions de patients dont ils prenaient soin. Ces cas ont eu lieu dans 25 pays, principalement en Europe occidentale et aux États-Unis¹⁹. Sur les 131 fournisseurs de soins de santé qui ont été poursuivis, 90 ont été condamnés. La professeure Crofts Yorker a compilé le tableau 16.1, qui présente les poursuites engagées et les condamnations prononcées à l'encontre de TSMS, par pays, entre 1970 et mai 2018²⁰.

¹⁷ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 7971-72. Pour une discussion sur le travail des Centers for Disease Control relatif au suivi des décès suspects, voir Jeffrey K. Stross, D. Michael Shasby, et William R. Harlan, « An Epidemic of Mysterious Cardiopulmonary Arrests » (1976) 295(20) *New England Journal of Medicine* 1107 à 1108.

¹⁸ Beatrice Crofts Yorker et al., « Serial Murder by Healthcare Professionals » (nov. 2006) 51(6) *Journal of Forensic Sciences* 1362.

¹⁹ Michael Swango, MD, a fait l'objet d'une enquête, a été poursuivi et emprisonné aux États-Unis avant de s'installer au Zimbabwe, où il a de nouveau fait l'objet d'une enquête pour empoisonnement et meurtre de patients. Il a finalement été appréhendé et condamné aux États-Unis avec l'aide du gouvernement du Zimbabwe. Voir le rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 5.

²⁰ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 5. La professeure Crofts Yorker décrit dans son rapport sa méthodologie pour la compilation de ces affaires, p. 2 à 4. Les recherches initiales menées par la professeure Crofts Yorker et ses collègues ont révélé qu'il y avait eu 90 poursuites de TSMS entre 1970 et 2006. Leurs résultats ont été publiés en 2006 dans le *Journal of Forensic Sciences*: Crofts Yorker et al., « Serial Murder by Healthcare Professionals. » Dans son rapport pour l'Enquête, la professeure Crofts Yorker a mis à jour ses recherches et a découvert 41 poursuites supplémentaires contre des TSMS entre 2006 et mai 2018. À l'occasion, tout au long de ce chapitre, j'utiliserai le rapport de la professeure Crofts Yorker pour distinguer les données entre 1970 et 2006 de celles de 2006 à mai 2018.

Tableau 16.1 : Les poursuites et condamnations prononcées à l'encontre des TSMS par pays, 1970 à mai 2018

PAYS	POURSUITES	CONDAMNATIONS
Australie	3	3
Autriche	4	4
Belgique	7	5
Brésil	3	2
Canada	2	1
République tchèque	2	1
Égypte	1	1
Angleterre	12	9
Finlande	2	2
France	2	1
Allemagne	20	15
Hongrie	1	1
Irlande	2	1
Italie	6	4
Japon	3	2
Pays-Bas	4	2
Norvège	1	1
Pologne	4	4
Russie	5	1
Écosse	1	0
Espagne	1	1
Suisse	1	1
États-Unis	40	28
Uruguay	2	0
Pays de Galles	2	0
Total : 25	131	90

Source : Compilé par la professeure Crofts Yorker à la demande de la Commission.

Remarque : Les données sont basées sur des cas rapportés dans LexisNexis, Westlaw et les bases de données interrogeables sur Internet, ou qui ont retenu l'attention de la professeure Crofts Yorker par ailleurs.

Au cours de cette Enquête, les médias ont annoncé l'arrestation de deux autres présumés TSMS. En juillet 2018, une travailleuse de la santé britannique a été arrêtée. Elle était soupçonnée d'avoir assassiné huit bébés et d'avoir tenté d'en tuer six autres alors qu'elle travaillait à l'hôpital Countess of Chester, dans le nord-ouest de l'Angleterre²¹. Quelques jours plus tard, il a été signalé qu'une infirmière japonaise, soupçonnée d'avoir injecté un désinfectant dans des poches de perfusion et d'avoir ainsi tué une vingtaine de patients âgés dont elle s'occupait dans un hôpital de Yokohama, avait été arrêtée²².

C. Le nombre de patients assassinés par les TSMS

La professeure Crofts Yorker reconnaît que le nombre de TSMS est assez faible, de même que le nombre de tueurs en série en général. Elle reconnaît aussi que « [l]es risques d'être tué par un tueur en série en milieu de soins de santé sont extrêmement faibles »²³. Cependant, bien que le nombre connu de TSMS soit peu élevé, le nombre de victimes ne l'est pas. La professeure Crofts Yorker a souligné que le phénomène devrait être une source de préoccupation, car les TSMS provoquent un « nombre important » de décès de patients²⁴. Les 90 TSMS condamnés depuis 1970 ont été reconnus coupables du meurtre d'au moins 450 patients. Ils ont également été reconnus coupables de voies de fait ou de lésions corporelles graves impliquant au moins 150 autres patients²⁵.

Les chiffres sont importants : 90 fournisseurs de soins de santé ont tué 450 patients et en ont agressé 150 autres. Mais, selon le rapport de la professeure Crofts Yorker, ces chiffres représentent une sous-estimation considérable du nombre réel de victimes : le nombre total de décès suspects attribués aux 90 TSMS condamnés est supérieur à 2 600²⁶. La professeure Crofts Yorker a expliqué que les procureurs ne poursuivaient pas en justice dans tous les cas de décès suspects, car il est trop coûteux de prouver la

²¹ « U.K. police arrest health care worker on suspicion of baby murders, » *Associated Press* 3 juillet 2018 <https://www.ctvnews.ca/world/uk-police-arrest-health-care-worker-on-suspicion-of-baby-murders-1.3997617> [consulté le 14 mars 2019].

²² Julian Ryall, « Japanese nurse investigated over 20 killings at end of shifts to avoid 'nuisance' of telling families of deaths, » *The Telegraph*, 10 juillet 2018, <https://www.telegraph.co.uk/news/2018/07/10/japanese-nurse-investigated-20-killings-end-shifts-avoid-nuisance/> [consulté le 14 mars 2019].

²³ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 7.

²⁴ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 7972-73; rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 6.

²⁵ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 6.

²⁶ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 6.

culpabilité au-delà de tout doute raisonnable pour tous les décès suspects²⁷. Par exemple, l'infirmière américaine Genene Jones a été liée à 27 décès suspects, mais n'a été poursuivie et condamnée que pour un meurtre²⁸. Le procureur du comté de Bexar responsable de cette poursuite a déclaré qu'il « serait inutile » d'obtenir des mises en accusation supplémentaires la concernant, car elle était déjà susceptible de « passer le reste de sa vie en prison »²⁹.

En outre, une fois que la poursuite d'un TSMS est terminée, il n'est pas inhabituel que le nombre de décès liés à un TSMS particulier soit revu à la hausse. Par exemple, l'infirmier allemand Niels Högel a été condamné en 2008 pour tentative de meurtre. En 2015, il a été condamné à la prison à perpétuité pour deux meurtres et pour plusieurs tentatives de meurtre. En août 2017, la police a conclu que des preuves indiquaient que Högel était responsable de la mort d'au moins 90 patients³⁰. En novembre 2017, le nombre total de victimes attribuées à Högel a été fixé à 106, tandis que d'autres décès suspects faisaient toujours l'objet d'une enquête³¹. En janvier 2018, les procureurs allemands ont accusé Högel d'avoir assassiné 97 patients supplémentaires³². Högel a ensuite admis avoir tué ces patients³³. Les enquêteurs et les procureurs ont finalement révélé qu'il avait peut-être tué plus de 200 personnes³⁴.

²⁷ Crofts Yorker et al., « Serial Murder by Healthcare Professionals, » 1365-66.

²⁸ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, onglet F. Dans sa liste de TSMS, la professeure Crofts Yorker inclut des travailleurs de la santé comme Jones, qui, bien qu'ils n'aient été accusés que d'un meurtre dans un établissement de soins de santé, étaient également liés à d'autres décès suspects. La professeure Crofts Yorker a fait remarquer que Jones « était liée à un regroupement de décès dans une unité de soins intensifs pédiatriques, et plus tard dans la clinique externe d'un pédiatre » : Crofts Yorker et al., « Serial Murder by Healthcare Professionals, » 1364-65. Les données de cet article ont été utilisées dans le rapport d'expert de la professeure Crofts Yorker Schumacher pour l'Enquête, p. 2-3.

²⁹ James M. Thunder, « Quiet Killings in Medical Facilities: Detection & Prevention » (2003) 18(3) *Issues in Law & Medicine* 211 à 228, citant les services de nouvelles, « No More Indictments » *Washington Post*, 26 oct. 1984, A10.

³⁰ « German nurse suspected of murdering at least 90 patients, » *The Guardian*, 28 août 2017, <https://www.theguardian.com/world/2017/aug/28/german-nurse-niels-hoegel-suspected-murdering-90-patients> [consulté le 14 mars 2019].

³¹ « Un infirmier allemand soupçonné d'une centaine de meurtres » *Le Monde*, 9 nov. 2017, http://www.lemonde.fr/europe/article/2017/11/09/un-infirmier-allemand-souconne-d-une-centaine-de-meurtres_5212789_3214.html [consulté le 14 mars 2019].

³² « Jailed German serial killer charged with 97 new counts of murder, » *USA Today*, 23 janv. 2018, <https://www.usatoday.com/story/news/world/2018/01/23/jailed-german-serial-killer-charged-97-new-counts-murder/1056823001/> [consulté le 14 mars 2019].

³³ « German nurse admits to killing 100 patients as trial opens: Niels Hoegel, already serving 15 years, has been accused of deliberately overdosing victims, » *The Guardian*, 30 oct. 2018, <https://www.theguardian.com/world/2018/oct/30/german-nurse-serial-killer-niels-hoegel-on-trial-100-patients-deaths> [consulté le 13 mars 2019].

³⁴ « German nurse admits to killing 100 patients as trial opens. »

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

Selon la professeure Crofts Yorker, les TSMS suivants sont également liés à beaucoup plus de décès suspects que ceux pour lesquelles ils ont été condamnés :

- L'infirmier néerlandais Frans Hooijmaijers a été condamné en décembre 1976 à 13 ans de prison pour le meurtre de cinq patients âgés à qui il a administré une surdose d'insuline, bien qu'il soit lié à 259 décès suspects³⁵.
- Le médecin britannique D^r Harold Shipman a été reconnu coupable du meurtre de 15 patients en 2000³⁶. Une enquête publique a conclu qu'il avait en fait tué 215 de ses patients au cours de sa carrière, à compter de 1975, le plus souvent par injection d'une dose mortelle d'un opiacé comme la diamorphine (héroïne)³⁷. L'enquête publique a considéré 45 autres décès liés au D^r Shipman comme suspects³⁸.
- L'infirmier américain Orville Lynn Majors a été reconnu coupable de six meurtres en 1999. Il a injecté de l'épinéphrine et du chlorure de potassium à des patients dans un hôpital rural de l'Indiana. Il est lié à 124 décès suspects³⁹. Un examen des dossiers médicaux de l'hôpital a révélé qu'il y avait eu entre 24 et 31 décès par an entre 1990 et 1993.

³⁵ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, onglet F; « Dutch jail nurse in 5 deaths, » *New York Times*, 8 déc. 1976, <https://www.nytimes.com/1976/12/08/archives/dutch-jail-nurse-in-5-deaths.html> [consulté le 10 avril 2019].

³⁶ Grande-Bretagne, Enquête Shipman, *The Shipman Inquiry: First Report* (Manchester : Shipman Inquiry, [2002]), p. 16, par. 1.48 (Dame Janet Smith, présidente).

³⁷ *The Shipman Inquiry: First Report*, p. 2, par. 15, p. 297-316.

³⁸ *The Shipman Inquiry: First Report*, p. 3, par. 22. Voir également *The Shipman Inquiry: First Report*, p. 198, par. 14.6 à 14.7, traitant d'un examen statistique de la pratique clinique du D^r Shipman, publié par le professeur Richard Baker en 2001. Le nombre élevé de décès attribués au D^r Shipman est corroboré par les conclusions du professeur Baker, qui a comparé les taux de mortalité des patients du D^r Shipman avec ceux d'autres médecins généralistes comparables. Le professeur Baker a estimé que le nombre de décès excédentaires « dont on devrait s'inquiéter » était probablement de 236, ce qui est très proche des 215 meurtres découverts à la suite de l'enquête, surtout si certains des 45 décès « suspects » supplémentaires étaient en fait des meurtres.

³⁹ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, onglet F; Bill Dedman, « Nurse guilty of killing six of his patients, » *New York Times*, 18 oct. 1999, <https://www.nytimes.com/1999/10/18/us/nurse-guilty-of-killing-six-of-his-patients.html> [consulté le 10 avril 2019]; Ramsland, *Inside the Minds of Healthcare Serial Killers*, 64-65.

Cependant, en 1994, un an après l'embauche de Majors, 101 patients sont décédés, même si le nombre de patients admis n'a pas augmenté. Pendant que Majors était en service, les décès survenaient toutes les 23 heures en moyenne. Lorsqu'il ne l'était pas, ils se produisaient toutes les 552 heures⁴⁰. Les infirmiers plaçaient des paris sur les patients qui mourraient quand Majors était en service⁴¹.

- L'infirmier américain Charles Cullen a été reconnu coupable de 29 meurtres au cours de plusieurs poursuites au début des années 2000⁴², mais a avoué avoir tué plus de 40 patients en leur injectant divers médicaments comme de l'insuline, de la digoxine et de l'épinéphrine⁴³. Selon les experts (et Cullen lui-même), même ce nombre est faible. Cullen pourrait être responsable d'environ 400 meurtres commis dans des hôpitaux⁴⁴.
- L'infirmière américaine Kristen Gilbert a été reconnue coupable de quatre meurtres et de deux tentatives de meurtre en 2001⁴⁵. Elle était soupçonnée d'avoir tué jusqu'à 50 patients en ajoutant de l'épinéphrine dans leur poche de perfusion⁴⁶.

Selon les estimations de la professeure Crofts Yorker, environ 2 600 décès seraient imputables aux 90 TSMS condamnés⁴⁷. Le nombre réel de victimes de TSMS, cependant, est tout simplement inconnu.

Dans certains cas, les meurtres intentionnels ne sont pas détectés, donc le TSMS n'est jamais appréhendé. L'affaire Wettlaufer, où tout le monde croyait que les victimes étaient décédées de causes naturelles, jusqu'à ce qu'elle avoue d'elle-même, démontre cette possibilité.

⁴⁰ Bill Dedman, « Trial opens for ex-nurse charged in Indiana deaths, » *New York Times*, 31 août 1999, <https://www.nytimes.com/1999/08/31/us/trial-opens-for-ex-nurse-charged-in-indiana-deaths.html> [consulté le 10 avril 2019].

⁴¹ Dedman, « Nurse guilty of killing six of his patients. »

⁴² Janon Fisher, « Former nurse pleads guilty in killings of another 3, » *New York Times*, 20 mai 2004, <https://www.nytimes.com/2004/05/20/nyregion/former-nurse-pleads-guilty-in-killings-of-another-3.html> [consulté le 2 avril 2019] « Nurse who killed 29 sentenced to 11 life terms, » *NBC News*, 2 mars 2006, http://www.nbcnews.com/id/11636992/ns/us_news-crime_and_courts/t/nurse-who-killed-sentenced-life-terms/#.XK08dGY1t9A [consulté le 2 avril 2019].

⁴³ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 11; Kizer et Yorker, « Health Care Serial Murder, » 187; Charles Graeber, *The Good Nurse* (New York: Twelve, 2013), 22, 90-91, 112-13, 255-56.

⁴⁴ Graeber, *The Good Nurse*, 255.

⁴⁵ Elizabeth Mehren, « Ex-VA nurse is spared death penalty, » *Los Angeles Times*, 27 mars 2001, <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-2001-mar-27-mn-43272-story.html> [consulté le 2 avril 2019].

⁴⁶ Kizer et Yorker, « Health Care Serial Murder, » 187; Mehren, « Ex-VA nurse is spared death penalty. »

⁴⁷ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Yorker Schumacher, p. 6.

Dans d'autres cas, même s'il existe de bonnes raisons de croire que les décès survenus dans un établissement de soins de santé résultent de meurtres intentionnels, il arrive qu'on ne puisse pas en identifier l'auteur. C'est peut-être ce qui s'est passé en Ontario après la mort suspecte de 33 bébés et trois enfants plus âgés à l'Hôpital pour enfants malades de Toronto (SickKids) entre le 30 juin 1980 et le 22 mars 1981. Après la détection des décès suspects, l'infirmière Susan Nelles a été arrêtée et accusée de quatre meurtres au premier degré. Les accusations portées contre elle ont finalement été suspendues à la suite d'une enquête préliminaire dont le juge Vanek de la Cour provinciale de l'Ontario a été saisi. De manière significative, bien que le juge Vanek ait conclu qu'il existait suffisamment d'éléments de preuve pour convaincre un jury que les décès avaient été causés par des surdoses délibérément administrées de digoxine (un médicament utilisé pour traiter l'insuffisance cardiaque congestive), les éléments de preuve ne suffisaient pas à établir un lien entre M^{me} Nelles et ces actes répréhensibles. En ce sens, « aucune preuve suffisante n'a été établie pour citer l'accusée à procès sur l'une ou l'autre des quatre accusations »⁴⁸.

Beaucoup de gens croient encore que les décès à SickKids ont été causés par un TSMS dont l'identité n'a jamais été établie. Le commissaire Samuel Grange, qui a présidé l'enquête publique chargée d'examiner la cause du décès des victimes et l'enquête de la police sur M^{me} Nelles, a déterminé que : « La preuve ne me permet pas de conclure que l'un ou l'autre des décès que je crois ou soupçonne avoir été causé par la toxicité de la digoxine soit le résultat d'un accident ou d'une erreur de médicament »⁴⁹. Une étude épidémiologique réalisée ultérieurement par les Centers for Disease Control a révélé que la présence d'un infirmier (autre que Nelles) était « très fortement liée à des arrêts cardiaques chez les nourrissons »⁵⁰. Puisque personne n'a jamais été inculpé – et que personne n'a donc été condamné – ces 36 décès ne sont pas inclus dans les décès suspects attribués à des TSMS condamnés.

⁴⁸ *R c Nelles* (1982), 16 C.C.C. (3d) 97 à 110, 140; Ontario, Commission royale d'enquête sur les décès survenus à l'Hôpital pour enfants malades de Toronto et sur des sujets connexes, rapport (Toronto : ministère du Procureur général, 1984), 1 (S.G.M. Grange, commissaire) (enquête Grange).

⁴⁹ Enquête Grange, 172. Cependant, Gavin Hamilton a exprimé des doutes quant à l'intentionnalité de la cause des décès. Il suggère qu'un composé chimique présent dans les joints en caoutchouc des conduites intraveineuses pour enfants et des seringues jetables s'est infiltré dans le contenu de ces dispositifs, ce qui a provoqué un empoisonnement involontaire. Il avance également que les tests post mortem utilisés dans les cas survenus à SickKids n'étaient pas fiables et ont pu donner une fausse lecture de la quantité de digoxine présente. Voir Gavin Hamilton, *The Nurses Are Innocent: The Digoxin Poisoning Fallacy* (Toronto : Dundurn, 2011).

⁵⁰ Beatrice Crofts Yorker, « An Analysis of Murder Charges Against Nurses » (1994) 1(3) *Journal of Nursing Law* 35 à 35–46, 39; James W. Buehler et al., « Unexplained Deaths in a Children's Hospital: An Epidemiologic Assessment » (1985) 313(4) *New England Journal of Medicine* 211 à 215.

D'autres auteurs soutiennent que, dans certains cas, des employeurs ou des enquêteurs ont la preuve que des décès peuvent avoir été causés intentionnellement, mais manquent de preuves suffisantes pour identifier les coupables ou pour engager des poursuites pénales⁵¹. Par exemple, James Thunder fait valoir qu'un rapport d'enquête du *Washington Post* en 1999 fournit un exemple concret de décès suspect sans qu'aucune accusation n'ait été portée ou que des poursuites ne soient intentées, probablement parce que l'identité du meurtrier est restée inconnue⁵². Selon ce rapport, entre 1993 et 1999, 116 résidents ayant des déficiences intellectuelles sont décédés alors qu'ils vivaient dans des foyers de groupe gérés par le District of Columbia. Pour 30 de ces résidents, aucune cause de décès n'avait été déterminée, et la cause du décès de 34 autres était un traitement fourni en retard ou une négligence. M. Thunder soutient que le fait qu'on n'ait pas donné la cause du décès de 30 résidents est suspect⁵³. Certains des documents relatifs au décès de ces résidents ont également été falsifiés. En 2006 encore, un contrôleur judiciaire a constaté que les rapports de décès concernant les résidents de ces foyers de groupe continuaient d'être modifiés⁵⁴.

Le Gosport War Memorial Hospital, au Royaume-Uni, a également été le théâtre d'un grand nombre de décès apparemment suspects, dont aucun n'a entraîné d'accusations ni de poursuites. Une enquête indépendante, le Gosport Panel, a révélé que 456 patients sont décédés à l'hôpital entre 1989

⁵¹ Voir, par exemple, Thunder, « Quiet Killings in Medical Facilities, » 218; Kelly M. Pyrek, *Healthcare Crime: Investigating Abuse, Fraud, and Homicide by Caregivers* (Boca Raton, Fla: CRC Press, 2011), 148. Voir aussi le témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 7992.

⁵² Thunder, « Quiet Killings in Medical Facilities, » 218.

⁵³ Thunder, « Quiet Killings in Medical Facilities, » 218.

⁵⁴ Spencer S. Hsu, « After 40 years, U.S. court ends supervision of D.C.'s care for mentally disabled citizens, » *Washington Post*, 11 janv. 2017, https://www.washingtonpost.com/local/public-safety/after-40-ans-us-court-ends-supervision-of-dcs-care-for-mentally-disabled-citizens-2017/01/10/b006c52a-d681-11e6-9f9f-5cdb4b7f8dd7_story.html?utm_term=.ed6c0a66c18d [consulté le 14 mars 2019].

Plusieurs autres études ont attiré l'attention sur les faiblesses de la surveillance des foyers de soins de longue durée et des maisons de soins infirmiers qui empêchent de détecter les mauvais traitements et la négligence des résidents. Certains de ces mauvais traitements et actes de négligence peuvent être suffisamment graves pour causer la mort. Voir par exemple *Nursing Home Deaths: Arkansas Coroner Referrals Confirm Weaknesses in State and Federal Oversight of Quality of Care*, Report to Confessional Requesters (Washington, DC: US Government Accountability Office, 2004), digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc298866/m1/2/ [consulté le 17 janv. 2019]. Pour une discussion sur les preuves accessibles concernant la nature, la portée et les causes des mauvais traitements et de la négligence dans les établissements de soins de longue durée et les maisons de soins infirmiers, voir Catherine Hawes, « Elder Abuse in Residential Long-Term Care Settings: What Is Known and What Information Is Needed? » dans Richard J. Bonnie et Robert B. Wallace (éd.), *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America* (Washington, DC: National Academies Press, 2003).

et 2000 après avoir reçu des opioïdes prescrits, mais non justifiés sur le plan clinique, et qu'il pourrait y avoir eu 200 décès supplémentaires⁵⁵. Un grand nombre de ces patients avaient été admis pour des soins de réadaptation ou de relèvement, mais avaient effectivement été placés sur une trajectoire de soins terminaux⁵⁶.

Le Gosport Panel a constaté que le personnel avait de mauvaises pratiques en matière de tenue des dossiers et ne respectait pas l'échelle analgésique, qui « encourage l'utilisation d'opioïdes en cas de douleur intense, mais constitue un processus logique et progressif d'utilisation croissante d'analgésiques en réponse aux symptômes du patient »⁵⁷. Une enquête menée en 2010 par le General Medical Council a révélé que la médecin responsable de la pratique qui prévalait dans les services en matière de prescription était « coupable de faute professionnelle grave » et avait conclu qu'elle avait mis ses patients en danger⁵⁸. L'organisme n'a cependant pas suspendu son permis d'exercer la médecine⁵⁹. À ce jour, aucune accusation n'a été portée en ce qui concerne les décès à Gosport, bien que la police examine actuellement les preuves pour déterminer s'il convient d'ouvrir une autre enquête⁶⁰.

D. Les effets néfastes des TSMS

Les préjudices causés par les TSMS vont au-delà des victimes immédiates. Les meurtres commis par les TSMS bouleversent les familles des victimes et leurs proches, les professionnels de la santé et les communautés dans lesquelles les infractions sont commises. De plus, comme nous l'avons vu au cours de cette Enquête, ils minent la confiance du public envers le système de soins de santé et envers l'autorité en général. Les souffrances causées par les Infractions sont décrites au chapitre 1 du Rapport.

Outre le coût humain incommensurable des TSMS, les enquêtes et les poursuites à leur endroit entraînent des coûts tangibles considérables. En outre, dans plusieurs cas, des enquêtes publiques et des processus d'examen ont été lancés pour déterminer la manière dont les crimes avaient été commis et les mesures à prendre pour éviter des tragédies similaires.

⁵⁵ Great Britain, Gosport Independent Panel, *Gosport War Memorial Hospital. Report of the Gosport Independent Panel* (Londres : Crown Copyright, 2018) [Gosport Report], p. 37-38, 316-17.

⁵⁶ Gosport Report, viii.

⁵⁷ Gosport Report, p. 20, 27, 34, 76-77.

⁵⁸ Gosport Report, p. 77, 204-11.

⁵⁹ Gosport Report, p. 209-11.

⁶⁰ « Gosport hospital deaths: Evidence 'strong enough to bring charges,' *BBC News*, 20 janv. 2019, <https://www.bbc.com/news/uk-england-hampshire-46924754> [consulté le 13 mars 2019].

Les enquêtes sur les infractions commises par les TSMS sont coûteuses, en particulier lorsque plusieurs meurtres sont impliqués. Par exemple, l'enquête sur l'inhalothérapeute Efen Saldivar, qui a plaidé coupable à six assassinats et a été lié à 165 décès suspects, a coûté 1,2 million de dollars et a duré presque trois ans⁶¹. L'enquête sur Orville Lynn Majors – qui a été reconnu coupable de six meurtres et lié à 124 décès suspects – a coûté 1,5 million de dollars⁶². Ces chiffres n'incluent pas les coûts des poursuites ultérieures.

Les actions des TSMS et les décès suspects dans le secteur de la santé ont déclenché des enquêtes publiques, des investigations et des examens, qui sont tous des opérations coûteuses. Certaines enquêtes recommandent des modifications chères pour prévenir les actes répréhensibles intentionnels commis par les travailleurs de la santé. Par exemple :

- Les décès suspects à SickKids au début des années 1980, abordés ci-dessus, ont conduit à deux enquêtes. La première, un comité d'examen présidé par le juge Charles Dubin, a examiné les pratiques et les procédures en matière de soins en vigueur dans les services de cardiologie et de néonatalogie de SickKids afin de déterminer si elles garantissaient suffisamment la sécurité des patients⁶³. Le rapport Dubin, publié le 19 janvier 1983, contenait 98 recommandations à l'intention de SickKids, visant divers secteurs, notamment le conseil d'administration, l'administration, le personnel médical et infirmier, divers divisions et services de l'hôpital, les communications et le système de sécurité des soins destinés aux patients.
- La deuxième enquête à SickKids était l'enquête publique présidée par le juge Samuel Grange. Elle a duré 20 mois, et il y a eu 191 jours d'audience⁶⁴. Elle a porté sur la cause du décès de l'ensemble des 36 victimes et sur l'enquête de la police sur l'infirmière Nelles⁶⁵. Le rapport d'enquête,

⁶¹ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, onglet F; Jeff Adler, « Is California worker 'angel of death'? » *Washington Post*, 4 févr. 2001, https://www.washingtonpost.com/archive/politics/2001/02/04/is-california-hospital-worker-angel-of-death/976245f2-7e03-4ff1-89f2-0104e99df2f9/?noredirect=on&utm_term=.d8a90f1ecf89 [consulté le 11 avril 2019]; « California's 'angel of death' pleads guilty to 6 deaths, gets life, » *CNN*, 12 mars 2002, <http://www.cnn.com/2002/LAW/03/12/angel.death/index.html> [consulté le 11 avril 2019].

⁶² Judy Pasternak, « Deaths at hospital roil rural county, » *Los Angeles Times*, 31 déc. 1997, <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-1997-dec-31-mn-3820-story.html> [consulté le 11 avril 2019].

⁶³ Ontario, Hôpital pour enfants malades de Toronto, *Report of the Hospital for Sick Children Review Committee* (Toronto: The Committee, 1983), xiv-xv (Charles L. Dubin, président) (rapport Dubin).

⁶⁴ Enquête Grange, 172; Roy McMurtry, *Memoirs and Reflections* (Toronto: Osgoode Society for Canadian Legal History, 2013), 283.

⁶⁵ Enquête Grange, 1-2.

soumis le 28 décembre 1984, recommandait d'indemniser M^{me} Nelles pour les frais de justice engagés entre le moment de son arrestation et la conclusion de l'enquête préliminaire⁶⁶. En fin de compte, M^{me} Nelles a conclu une entente de 190 000 \$ avec la police et de 60 000 \$ avec le gouvernement de l'Ontario⁶⁷.

- Au Royaume-Uni, l'enquête Allitt a été créée à la suite de la condamnation de l'infirmière Beverley Allitt pour le meurtre de quatre enfants et la tentative d'assassinat de trois autres, et pour avoir infligé des lésions corporelles graves à six autres dans le pavillon pour enfants de l'Hôpital général Grantham and Kesteven. Le but était « d'enquêter sur les circonstances qui ont conduit à la mort de quatre enfants et les blessures de neuf autres »⁶⁸. Ses recommandations, qui ont été approuvées par le gouvernement du Royaume-Uni⁶⁹, comprenaient une sensibilisation accrue à la possibilité de préjudices intentionnels de la part des fournisseurs de soins de santé et l'élimination des limites relatives à la sélection des infirmiers, aux rapports post mortem du coroner et au rôle des services de pathologie pédiatrique⁷⁰.
- Une deuxième enquête sur les mêmes événements – Regional Fact Finding Inquiry into Paediatric Services at Grantham and Kesteven General Hospital (l'enquête régionale sur l'établissement des faits concernant les services de pédiatrie à l'Hôpital général Grantham and Kesteven) – a donné lieu à 51 recommandations concernant la gestion des services de pédiatrie et de néonatalogie à l'hôpital, notamment une augmentation des effectifs médicaux et infirmiers et une amélioration de la tenue des dossiers en ce qui a trait à la qualification et au statut des infirmiers quant à leur autorisation. Bon nombre des recommandations ont été mises en œuvre par la suite⁷¹.

⁶⁶ Enquête Grange, 222.

⁶⁷ Peter Bowal et Kelsey Horvat, « Whatever Happened to ... The Prosecution of Susan Nelles » (sept./oct. 2011) *LawNow* 55 à 58.

⁶⁸ Sir Cecil Clothier, *The Allitt Inquiry: Independent Inquiry Relating to Deaths and Injuries on the Children's Ward at Grantham and Kesteven General Hospital During the Period February to April 1991* (Londres : HMSO, 1994), par. 1.7.

⁶⁹ Anne MacDonald, « Responding to the Results of the Beverly Allitt Inquiry » (10 janv. 1996) 92(2) *Nursing Times* 22.

⁷⁰ Clothier, *The Allitt Inquiry*, par. 7.8.

⁷¹ Clothier, *The Allitt Inquiry*, par. 6.3, 6.5, 6.6.

- L'enquête Shipman a été lancée peu de temps après que le Dr Harold Shipman a été reconnu coupable de 15 meurtres au Royaume-Uni en janvier 2000. Elle a duré quatre ans et a coûté 21 millions de livres sterling⁷². Elle a donné lieu à environ 2 500 déclarations de témoins, à l'analyse d'environ 270 000 pages de preuves et à la publication de six rapports⁷³. L'enquête a débouché sur près de 200 recommandations sur de vastes questions systémiques comme la préservation et la gestion des médicaments contrôlés, la surveillance des taux de mortalité des patients, la disponibilité générale d'informations sur les médecins, le recensement et le traitement des plaintes relatives à la sécurité des patients dans le système médical et le processus de certification du décès. Le gouvernement a fourni une réponse détaillée aux recommandations et a mis en œuvre de nombreux changements⁷⁴.
- À la suite de la condamnation de l'infirmier Benjamin Geen en mai 2006 pour l'assassinat de deux patients et pour avoir provoqué des blessures corporelles graves à 15 autres patients du Horton General Hospital au Royaume-Uni, la Thames Valley Strategic Health Authority a commandé un examen indépendant (Geen Review) afin de déterminer comment Geen avait pu commettre ces infractions et comment des actes répréhensibles similaires pourraient être évités à l'avenir⁷⁵. Le rapport contenait de nombreuses recommandations systémiques relatives à la gouvernance clinique, à la gestion des risques, au système de gestion des médicaments,

⁷² Clare Dyer, « What Have We Learnt from Shipman? » (23 oct. 2010) 341 *British Medical Journal* 341 à 341.

⁷³ « The Shipman Inquiry: Questions and Answers, » <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20090808155104/http://www.the-shipman-inquiry.org.uk/qanda.asp> [consulté le 11 avril 2019]; « The Shipman Inquiry: Reports, » <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20090808155110/http://www.the-shipman-inquiry.org.uk/reports.asp> [consulté le 11 avril 2019].

⁷⁴ Voir *Learning from Tragedy, Keeping Patients Safe: Overview of the Government's Action Programme in Response to the Recommendations of the Shipman Inquiry*, présenté au Parlement par le ministre de l'Intérieur et le secrétaire d'État à la Santé sur l'ordre de Sa Majesté, CM 7014 (Londres : The Stationery Office, 2007); *Safer Management of Controlled Drugs: The Government Response to the Fourth Report of the Shipman Inquiry*, présenté au Parlement par le ministre de l'Intérieur et le secrétaire d'État à la Santé sur l'ordre de Sa Majesté, CM 6434 (Norwich: Crown Copyright, 2004); *Safer Management of Controlled Drugs: Private CD Prescriptions and Other Changes to the Prescribing and Dispensing of CDs: Guidance for Implementation* (Leeds: Department of Health and Community Services; Department of Health and Social Care, *Safeguarding Patients: Government's Response to the Recommendations of the Shipman Inquiry's Fifth Report and to the Recommendations of the Ayling, Neal and Kerr/Haslam Inquiries*, présenté au Parlement par le secrétaire d'État à la Santé sur l'ordre de Sa Majesté, CM 7015 (Londres : The Stationery Office, 2007).

⁷⁵ Examen indépendant du service des accidents et des urgences de l'hôpital général Horton, *Horton General Hospital Emergency Department Review: Final Report*, août 2006 (Geen Review), p. 4, 7.

aux procédures de recrutement des employés, à l'évaluation du personnel, au système de vérification de l'hôpital et aux analyses de données⁷⁶.

- À la suite de l'arrestation de 2006 et des aveux subséquents de l'infirmier tchèque Petr Zelenka concernant sept meurtres et 10 tentatives d'assassinat, le ministre de la Santé a constitué une commission d'experts chargée d'enquêter sur les faits. En janvier 2007, elle avait relié cinq décès supplémentaires à Zelenka⁷⁷.

Un certain nombre d'établissements de soins de santé ont fait l'objet de poursuites civiles à la suite de la condamnation de TSMS. Celles-ci entraînent aussi des dépenses importantes, à la fois en termes de défense à la suite des poursuites et de paiement des dommages-intérêts ou des coûts de règlement du litige à l'amiable. La professeure Crofts Yorker a déclaré que « le coût des décès injustifiés résultant de l'embauche d'une personne associée à des incidents indésirables chez des patients se chiffre en millions »⁷⁸. Les familles des victimes et des victimes potentielles de l'infirmier Cullen ont poursuivi les hôpitaux où il travaillait – et se sont finalement entendues à l'amiable pour un montant non divulgué⁷⁹. Les familles des victimes de l'inhalothérapeute Saldivar ont poursuivi l'hôpital où il travaillait; certaines familles ont conclu une entente à l'amiable avec l'hôpital⁸⁰.

Même lorsque les présumés TSMS sont acquittés ou ne sont jamais traduits en justice, des victimes (si elles sont encore en vie) ou leurs proches intentent parfois des poursuites contre des établissements publics, et obtiennent des dommages-intérêts. Aux États-Unis, Michael Beckelic a été soupçonné d'avoir injecté une dose toxique de lidocaïne à plusieurs nouveau-nés, d'en avoir tué certains et d'avoir infligé des blessures permanentes à d'autres alors qu'il travaillait dans la pouponnière de l'hôpital de la Maxwell Air Force Base. Il n'a jamais été accusé au criminel, mais les familles des nouveau-nés ont poursuivi l'hôpital et ont obtenu 27 millions de dollars en dommages-intérêts⁸¹.

⁷⁶ Geen Review, p. 27-28, 30-32, 39, 59-60.

⁷⁷ Ramsland, *Inside the Minds of Healthcare Serial Killers*, xiii-xiv. Contrairement à Wettlaufer, Zelenka ne s'est pas rendu : il n'a avoué qu'après son arrestation.

⁷⁸ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 8085.

⁷⁹ Graeber, *The Good Nurse*, 271.

⁸⁰ Amber Willard, « One civil case remains against accused mass killer, » *Glendale News-Press*, 30 oct. 2001, http://articles.glendalenewspress.com/2001-10-30/news/export33781_1_respiratory-therapist-terry-goldberg-efren-saldivar [consulté le 17 janvier 2019].

⁸¹ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, onglet F; *Associated Press*, « Case of newborns drugged at Air Force nursery settled, » 4 avril 1998, dans le *Los Angeles Times*, <http://articles.latimes.com/1998/apr/04/news/mn-35913> [consulté le 18 septembre 2018].

D'autres réclamations concernant des TSMS présumés ont donné lieu à des dommages-intérêts de 450 000 \$ et d'environ 8 millions de dollars accordés aux parties civiles contre des hôpitaux⁸².

De même, les décès (et les mauvais traitements) des personnes ayant des déficiences mentales et vivant dans des foyers de groupe gérés par le District of Columbia, abordés ci-dessus, ont entraîné des décennies de recours collectifs et de supervision judiciaire. Ce litige a finalement conduit à une aide fédérale de plus de 2,3 milliards de dollars afin de remédier aux défaillances systémiques et de refondre complètement un système « défectueux »⁸³.

III. Les caractéristiques communes des TSMS

A. Qui sont-ils?

1. La plupart des TSMS sont des infirmiers

Selon les recherches de la professeure Crofts Yorker, sur les 131 personnes accusées dans des poursuites de TSMS depuis 1970, 80 étaient des infirmiers autorisés (IA), huit des infirmiers auxiliaires et 23 des aides-infirmiers. En d'autres termes, comme le montre la figure 16.1, 85 % des TSMS accusés étaient des infirmiers. En outre, 15 médecins ont été poursuivis et cinq autres étaient des autres employés, comme des ambulanciers paramédicaux⁸⁴.

⁸² Par exemple, les poursuites contre Richard Williams, qui avait été accusé de 10 meurtres dans un hôpital d'anciens combattants pour avoir administré des injections mortelles de succinylcholine, ont été abandonnées, car les examens médicaux ne révélaient pas nécessairement un meurtre. Cependant, en 1998, la veuve de l'une des personnes décédées à l'hôpital a gagné une poursuite en responsabilité civile de 450 000 \$ contre l'hôpital. Sur la base d'une preuve prépondérante, le juge qui présidait a conclu que Williams était responsable du décès et que l'hôpital avait des raisons de croire que Williams était un danger pour ses patients, mais qu'il n'avait rien fait pour l'arrêter. Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, onglet F; Eric Slater, « Former nurse charged with killing 10 veterans is set free, » *Los Angeles Times*, 7 août 2003 <http://articles.latimes.com/2003/aug/07/nation/na-nurse7>, [consulté le 18 sept. 2018]; Pyrek, *Healthcare Crime*, 147. Jane Bolding, une autre présumée TSMS, aurait 17 meurtres et 23 tentatives de meurtre à son actif. Elle a été poursuivie pour certains de ces crimes présumés, mais a finalement été acquittée. Néanmoins, environ 8 millions de dollars de dommages-intérêts ont été versés pour régler diverses actions en justice contre elle : Crofts Yorker et al., « Serial Murder by Healthcare Professionals, » 1367; Beatrice Crofts Yorker, « An Analysis of Murder Charges Against Nurses » (1994) 1(3) *Journal of Nursing Law* 35 à 41; Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, onglet F.

⁸³ Hsu, « After 40 years, U.S. court ends supervision of D.C.'s care for mentally disabled citizens. »

⁸⁴ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 6, onglet F.

Le nombre d'infirmiers poursuivis pour meurtre est excessivement élevé comparé à leur proportion dans la profession infirmière. Un sondage américain a révélé que seulement 6 % des IA étaient des hommes, mais que 44 % des IA poursuivis pour meurtre entre 1971 et 2006 étaient des hommes⁸⁵. Plus généralement, la population de TSMS est composée à peu près de parts égales d'hommes et de femmes⁸⁶. La figure 16.1 montre les antécédents professionnels des TSMS potentiels poursuivis entre 1970 et mai 2018.

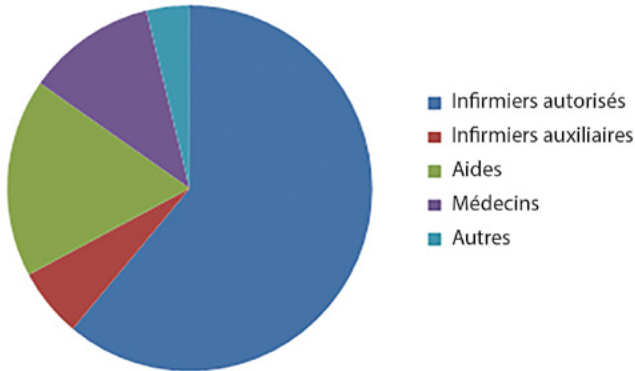


Figure 16.1 : La profession des 131 accusés dans des poursuites de TSMS entre 1970 et mai 2018

Source : Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, pièce 163, figure 1.

Remarques : Les données sont basées sur des cas rapportés dans LexisNexis, Westlaw et les bases de données interrogeables sur Internet, ou qui ont retenu l'attention de la professeure Crofts Yorker par ailleurs. Les figures 16.1-16.5 sont inchangées par rapport à celles dans le rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, à l'exception de la traduction des termes de l'anglais au français.

Les professeurs Kizer et Crofts Yorker estiment que les travailleurs de la santé sont surreprésentés parmi les tueurs en série connus⁸⁷. De nombreuses tueuses en série commettent leurs infractions dans le milieu des soins de santé : l'auteur d'une étude a constaté qu'aux États-Unis, 20 % des tueuses en série connues étaient des infirmières accusées d'avoir provoqué un arrêt cardiopulmonaire chez leurs patients⁸⁸, alors qu'un autre auteur a constaté

⁸⁵ Crofts Yorker et al., « Serial Murder by Healthcare Professionals, » 1365.

⁸⁶ Crofts Yorker et al., « Serial Murder by Healthcare Professionals, » 1365.

⁸⁷ Kizer et Yorker, « Health Care Serial Murder, » 186.

⁸⁸ Beatrice Crofts Yorker, « Hospital Epidemics of Factitious Disorder by Proxy, » dans Marc D. Feldman et Stuart J. Eisendrath (éd.), *The Spectrum of Factitious Disorders* (Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996), 160, citant R.M. Holmes et S.T. Holmes, *Murder in America* (Thousand Oaks, Calif.: Sage, 1993).

que la tueuse en série féminine type joue soit un rôle lié à la santé (comme les soins infirmiers), soit un rôle de gardienne⁸⁹.

2. Les TSMS n'ont pas de mobiles uniformes

Les TSMS n'ont aucun mobile uniforme pour leurs meurtres. Certains tuent de manière disproportionnée des patients qu'ils considèrent comme « pleurnicheurs » ou « exigeants » (p. ex. Orville Lynn Majors)⁹⁰; d'autres tuent par paresse ou pour alléger leur charge de travail (p. ex. Efen Saldivar)⁹¹; d'autres encore le font pour « l'excitation d'essayer de ressusciter » un patient, pour « tester » les compétences des médecins ou parce qu'ils souhaitent obtenir le respect de leurs collègues parce qu'ils ont bien répondu à un code (p. ex. Benjamin Geen, Richard Angelo, Petr Zelenka)⁹². Au moins une TSMS a tué pour attirer l'attention de son amant. Kristen Gilbert, une infirmière reconnue coupable de quatre meurtres, mais liée à 50 décès suspects, a administré une surdose d'adrénaline à des patients pour attirer l'attention de son amant, qui travaillait également à l'hôpital, en lui montrant comment elle pouvait gérer une urgence. Les données épidémiologiques ont révélé que des codes suspects ne se produisaient que lorsqu'elle et son amant étaient en service⁹³.

Ce qui est clair, c'est que les TSMS ne commettent pas de « meurtres par compassion ». Comme l'a déclaré la professeure Crofts Yorker :

Ma recherche montre assez clairement que dans les rares cas des infirmiers qui, confrontés à des preuves, avouent tout, ils disent parfois des choses comme « j'essayais seulement d'aider les patients »; ou « leur heure de mourir était arrivée »; ou « je détestais les voir souffrir ».

L'examen des dossiers médicaux a toutefois révélé qu'il s'agissait d'une déclaration très intéressée de la part des infirmiers, à savoir que certains des patients qu'ils essayaient d'aider n'étaient pas en phase terminale et qu'ils étaient censés guérir. Donc, voilà, il ne s'agit pas de meurtres par compassion⁹⁴.

⁸⁹ Marissa A. Harrison et al., « Female Serial Killers in the United States: Means, Motives, and Makings » (février 2015) *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 1 à 8.

⁹⁰ Crofts Yorker et al., « Serial Murder by Healthcare Professionals, » 1367.

⁹¹ Ramsland, *Inside the Minds of Healthcare Serial Killers*, 119.

⁹² Ramsland, *Inside the Minds of Healthcare Serial Killers*, xiii–xiv, 114; Crofts Yorker et al., « Serial Murder by Healthcare Professionals, » 1367.

⁹³ Crofts Yorker et al., « Serial Murder by Healthcare Professionals, » 1367; Kizer et Yorker, « Health Care Serial Murder, » 187; Thunder, « Quiet Killings in Medical Facilities, » 214.

⁹⁴ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 8109.

La psychologue Katherine Ramsland fait écho aux conclusions de la professeure Crofts Yorker, notant que les TSMS « lorsqu'ils sont appréhendés, déclarent rapidement avoir agi par pitié ou compassion. Dans la plupart des cas, les preuves contredisent cette affirmation »⁹⁵.

Le seul mobile récurrent parmi les TSMS est le désir de tuer, qui est le même que celui d'autres tueurs en série. Comme l'explique la professeure Crofts Yorker :

Contrairement à la grande majorité des homicides et des voies de fait, qui sont des actes de violence dirigés contre des personnes précises, les victimes de meurtres en série se trouvent généralement au mauvais endroit au mauvais moment. Le meurtre en série découle d'un mobile psychologique compulsif sous-jacent, alors que d'autres formes de meurtre sont généralement motivées par la colère, la vengeance, l'argent ou la jalousie⁹⁶.

3. Les TSMS n'ont pas de profils psychologiques clairs

Il n'existe aucun moyen utile de catégoriser les profils psychologiques des TSMS. De manière générale, la plupart des experts s'accordent pour dire qu'il s'agit souvent de psychopathes. Comme l'explique un chercheur, « le meurtre en série est la marque de fabrique du psychopathe, un personnage incapable de remords, manquant d'empathie pour les sentiments des autres et uniquement motivé par le désir de satisfaire ses propres besoins »⁹⁷. Les psychopathes ont moins d'empathie, de remords ou de culpabilité; ils ont aussi tendance à avoir besoin de stimulation⁹⁸. Mais la valeur de cette catégorisation est limitée, car il existe « divers degrés de psychopathie »⁹⁹. Par exemple, aux États-Unis, les hommes présentant des traits psychopathiques représentent environ 1 % des hommes adultes non institutionnalisés¹⁰⁰, pourtant, la psychopathie ne mène pas automatiquement au meurtre.

Dans son témoignage, la professeure Crofts Yorker a noté que plusieurs TSMS présentaient bon nombre des mêmes caractéristiques que les patients ayant reçu un diagnostic de syndrome de Münchhausen ou de syndrome de

⁹⁵ Ramsland, *Inside the Minds of Healthcare Serial Killers*, 114.

⁹⁶ Crofts Yorker, « Hospital Epidemics of Factitious Disorder by Proxy, » 164.

⁹⁷ Kaplan, *Medical Murder*, 24. Voir aussi Pyrek, *Healthcare Crime*, 161.

⁹⁸ Kent A. Kiehl et Morris B. Hoffman, « The Criminal Psychopath: History, Neuroscience, Treatment, and Economics » (2011) 51 *Jurimetrics* 355.

⁹⁹ Kaplan, *Medical Murder*, 24.

¹⁰⁰ Kiehl et Hoffman, « The Criminal Psychopath, » 355-97.

Münchhausen par procuration¹⁰¹. La professeure Crofts Yorker a expliqué que le syndrome de Münchhausen est « un état psychologique dans lequel vous vous rendez malade pour obtenir des soins médicaux... Münchhausen par procuration consiste à rendre malade une personne qui est à votre charge »¹⁰².

Beverley Allitt, par exemple, qui a tué plusieurs enfants dans un hôpital britannique en leur injectant des surdoses d'insuline et une autre avec une grosse bulle d'air, présentait des symptômes du syndrome de Münchhausen et du syndrome de Münchhausen par procuration. Comme l'explique la professeure Crofts Yorker :

[P]endant ses études d'infirmière, elle a fait 146 visites à l'infirmierie des étudiants. Elle avait souvent le bras en écharpe. Son abdomen était sillonné d'incisions. Elle faisait de la rétention urinaire. Elle est allée jusqu'à injecter... dans sa propre poitrine, une solution saline normale pour simuler des masses. Et puis, quand elle a trouvé un travail dans un hôpital pédiatrique, elle allait miraculeusement bien, et les enfants ont commencé à avoir des incidents critiques¹⁰³.

D'autres TSMS ont présenté des symptômes similaires¹⁰⁴.

La plupart des cas de Münchhausen par procuration impliquent des mères induisant ou simulant des états pathologiques chez leurs enfants, les tuant parfois sur le fait¹⁰⁵. Il n'est pas clair si les infirmiers, les médecins et les aides-infirmiers qui causent des préjudices aux patients sont mus par la même dynamique « ou s'il s'agit simplement de tueurs en série qui ont perpétré leurs crimes lorsqu'ils étaient au travail »¹⁰⁶. La professeure Crofts Yorker écrit que les comportements des TSMS et des mères atteintes du syndrome de Münchhausen par procuration sont les mêmes : recherche d'attention et comportement erratique, et négation catégorique de leurs meurtres, même lorsqu'ils se trouvent en prison¹⁰⁷.

¹⁰¹ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 7983.

¹⁰² Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 7984.

¹⁰³ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 7984.

¹⁰⁴ Crofts Yorker, « Hospital Epidemics of Factitious Disorder by Proxy, » 165-66, 169.

¹⁰⁵ Charles V. Ford, « Ethical and Legal Issues in Factitious Disorders: An Overview, » dans Feldman et Eisendrath (eds.), *The Spectrum of Factitious Disorders*, 51 à 57-58; Barbara M. Osterfeld et Marc D. Feldman, « Factitious Disorder by Proxy: Clinical Features, Detection, and Management, » dans Feldman et Eisendrath (eds.), *The Spectrum of Factitious Disorders*, 83 à 84.

¹⁰⁶ Crofts Yorker, « Hospital Epidemics of Factitious Disorder by Proxy, » 163.

¹⁰⁷ Crofts Yorker, « Hospital Epidemics of Factitious Disorder by Proxy, » 169-71.

Sur le plan pratique, étant donné qu'aucun profil psychologique particulier n'est associé aux TSMS, le profilage des candidats à l'emploi dans le secteur de la santé ou des suspects dans les poursuites des TSMS n'a guère d'intérêt¹⁰⁸. La professeure Crofts Yorker n'a pas constaté de profilage efficace au cours de ses années de recherche dans le domaine¹⁰⁹. Bien que certains infirmiers présentent des troubles de personnalité ou des problèmes de santé mentale, il n'existe pas de dépistage de « traits prédictifs » permettant de déterminer si ces infirmiers sont plus susceptibles que d'autres de blesser ou de tuer des patients¹¹⁰. En fait, comme l'a affirmé la professeure Crofts Yorker lors de l'audience, les infirmiers qui gèrent efficacement leurs problèmes de santé mentale sont « parmi les meilleurs infirmiers »¹¹¹. La professeure Crofts Yorker a confirmé qu'elle-même ne s'était jamais livrée « à une activité de profilage » dans le cadre de ses travaux de consultante sur les TSMS. Comme elle l'a expliqué : « Je pensais que les condamnations ne devraient pas reposer sur un profil »¹¹².

Une analyse des premières années de Wettlaufer en tant qu'infirmière figure au chapitre 3. Ce que nous apprenons de ce chapitre est conforme à l'opinion de la professeure Crofts Yorker selon laquelle le profilage est peu utile pour tenter d'identifier les TSMS. Le premier emploi d'infirmière de Wettlaufer a été de courte durée et a pris fin de façon désastreuse lorsqu'elle a volé des médicaments à l'hôpital où elle travaillait, les a consommés pendant son travail et s'est effondrée. Mais Wettlaufer a ensuite bénéficié d'un emploi stable chez Christian Horizons, qui a duré plus d'une décennie. Chez Christian Horizons, outre des commentaires énoncés dans sa première évaluation de rendement, il semble que Wettlaufer ait eu de bonnes relations avec les personnes auxquelles elle fournissait des soins.

¹⁰⁸ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 7983-84, 8021-23; Karl H. Beine, « Homicides of Patients in Hospitals and Nursing Homes: A Comparative Analysis of Case Series » (2003) 26 *International Journal of Law and Psychiatry* 373 à 376-77; John Field et Alan Pearson, « Caring to Death: The Murder of Patients by Nurses » (2010) 16 *International Journal of Nursing Practice* 301 à 303.

Bien que Yardley et Wilson identifient « certaines caractéristiques criminologiques et sociodémographiques courantes dans des cas de meurtres en série en milieu de soins de santé » et les considèrent utiles pour enquêter sur les éventuels TSMS, ils ne suggèrent pas d'exclure des professions de la santé les individus présentant ces caractéristiques : Elizabeth Yardley et David Wilson, « In search of the 'Angels of Death': Conceptualizing the Contemporary Nurse Healthcare Serial Killer » (2016) 13 *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling* 39 à 52-53.

¹⁰⁹ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 7983-84.

¹¹⁰ Ramsland, *Inside the Minds of Healthcare Serial Killers*, 129 (interview avec Beatrice Crofts Yorker).

¹¹¹ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 8022.

¹¹² Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 7983.

Et, bien qu'au départ, elle ne semblait pas particulièrement motivée ni avoir des interactions appropriées avec ses pairs sur le plan social, elle s'est améliorée avec le temps et en faisant des efforts. Au moment où elle a quitté Christian Horizons après 11 ans, elle avait assumé des responsabilités accrues de manière satisfaisante et avait reçu des évaluations favorables de ses pairs. La lettre de recommandation positive de Christian Horizons semble être justifiée. En résumé, rien dans la longue période d'emploi de Wettlaufer chez Christian Horizons ne laisse présager que, quelques mois après son départ, elle commencerait à causer des préjudices intentionnels aux résidents.

B. Les TSMS ciblent des victimes vulnérables

Les TSMS ciblent les personnes vulnérables, en particulier les personnes très jeunes, très âgées ou très malades. Comme l'explique la professeure Crofts Yorker dans son rapport d'expert :

Les patients gravement malades, âgés, psychologiquement instables, fragiles, les très jeunes enfants ou les nourrissons sont des populations de victimes surreprésentées dans nos études. Les raisons de cet état de fait s'expliquent par la vulnérabilité accrue de ces populations aux mauvais traitements et aux voies de fait dans tous les milieux. Ces populations de patients ont une capacité réduite à reconnaître les mauvais traitements, à en identifier les auteurs, à en parler, à y résister ou à les signaler. Ces populations sont particulièrement vulnérables aux sévices de tout type dans un établissement de soins de santé (agression ou harcèlement sexuel, maltraitance des personnes âgées, voies de fait, privation de nourriture, négligence et violence verbale) et encore plus vulnérables aux violences insidieuses comme la surmédication, l'injection, l'étouffement ou la modification de l'équipement, car ces méthodes ne laissent pas de traces évidentes de contusions, de violence physique et de négligence. En tant que patients d'établissements de soins de santé, ces populations peuvent aussi souffrir d'atteintes dues aux médicaments, au délirium, à la démence ou au coma¹¹³.

Beverley Allitt et l'éventuel TSMS non identifié dans l'affaire SickKids sont des exemples de TSMS ciblant les bébés et les enfants. Le Dr Shipman s'attaquait à des personnes âgées en mauvaise santé et dont la mort susciterait peu de soupçons :

¹¹³ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 7.

Statistiquement, il est clair que Shipman a tué principalement des femmes âgées vivant seules. Il a également tué des hommes et eux aussi étaient généralement âgés et vivaient seuls. En général, il a tué des personnes en mauvaise santé. Certains des premiers meurtres ont été perpétrés contre des patients en phase terminale ou très malades. Beaucoup de ses victimes étaient frêles et en mauvaise santé.

...

Je pense qu'il y avait probablement une autre raison pour laquelle la plupart des premières victimes de Shipman étaient en phase terminale ou en très mauvaise santé. Qu'un médecin administre une surdose d'opioïdes à un patient dont le décès est attendu ne présenterait qu'un très faible risque de suspicion ou de détection¹¹⁴.

Toutefois, il est important de noter, comme le fait la professeure Crofts Yorker, que des TSMS ont tué ou agressé des patients en bonne santé et ambulatoires, y compris des patients qui se trouvaient dans un établissement de santé pour une visite de routine ou pour des tests de diagnostic¹¹⁵.

C. Où sévissent les TSMS?

Les établissements de santé regorgent de médicaments puissants, de personnes vulnérables et malades susceptibles de mourir et de professionnels de la santé ne faisant l'objet que d'une supervision minimale. En tant que tels, ils fournissent un cadre dans lequel les TSMS peuvent commettre un meurtre sans être détectés. Les professeurs Kizer et Crofts Yorker expliquent :

Les patients sont souvent désorientés, sous sédation ou ne sont pas conscients de leur environnement ou de ce qui leur est fait. Ils peuvent être gravement affaiblis et incapables de se défendre. Le personnel soignant travaille souvent seul et en privé et a facilement accès à plusieurs agents potentiellement mortels, dont l'utilisation peut ne pas leur être attribuable. Les soins peuvent nécessiter le recours à de nombreux types de technologies utilisées par des personnes inconnues du patient ou d'autres soignants, ou des interventions invasives effectuées par ces personnes. En outre, la mort est un événement relativement fréquent dans les établissements de soins de santé. Par conséquent, il se peut que l'on ne soupçonne pas de prime abord que le décès d'un patient est dû à un acte criminel, même lorsqu'il est imprévu¹¹⁶.

¹¹⁴ *The Shipman Inquiry: First Report*, p. 189-90, par. 13.58, 13.60.

¹¹⁵ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 7.

¹¹⁶ Kizer et Yorker, « Health Care Serial Murder », 187.

Mary K. Sullivan, infirmière légiste, ajoute que les niveaux d'acuité croissants des patients, ainsi que le personnel surchargé, peu supervisé, contribuent à rendre les établissements de santé attrayants pour les TSMS :

La réalité est que la plupart des établissements médicaux du pays sont en situation de crise lorsqu'il s'agit de déterminer qui fournit des soins pratiques aux patients et avec quel niveau de qualité. Dans les hôpitaux des États-Unis, les unités sont saturées et ces patients sont plus malades. Le fort pourcentage de patients avec des niveaux d'acuité également élevés, associé à un moins grand nombre d'infirmiers autorisés (IA) titulaires de permis pour partager la charge de travail, crée une situation dangereuse. Les IA ont rarement le temps de s'entraider à cause de leur propre charge de travail, et les postes de superviseurs ont été réduits dans le cadre d'efforts de réduction des effectifs. De plus, certains candidats ne sont pas toujours totalement honnêtes au sujet de leurs antécédents, et la présélection ne permet pas toujours de déceler les écarts. De plus, les employés marginaux ne font généralement pas l'objet de mesures disciplinaires ou de congédiements et, en raison de la pénurie de personnel, on a souvent l'impression qu'une présence physique vaut mieux que du personnel absent. Tous ces éléments contribuent à préparer le terrain pour ceux qui peuvent avoir autre chose à l'esprit que l'intérêt des patients. L'histoire a certainement montré que des personnes comme l'ancienne infirmière Gilbert et de nombreux autres anciens professionnels de la santé agréés qui ont été poursuivis avec succès en justice pour avoir commis des actes criminels contre des patients ont tiré parti de cette dynamique¹¹⁷.

Historiquement, les TSMS sévissaient surtout dans des hôpitaux. Les données de la professeure Crofts Yorker montrent qu'entre 1970 et 2006, 70 % des décès associés aux poursuites de TSMS potentiels se sont produits dans des hôpitaux, 20 % dans des foyers de SLD/maisons de soins infirmiers et 6 % dans le cadre des soins à domicile (voir la figure 16.2)¹¹⁸.

¹¹⁷ Mary K. Sullivan « Forensic Nursing in the Hospital Setting », dans Virginia A. Lynch et Janet Barber Duval (dir.), *Forensic Nursing* (St. Louis, Mo.: Mosby, 2006), 562.

¹¹⁸ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 8-9.

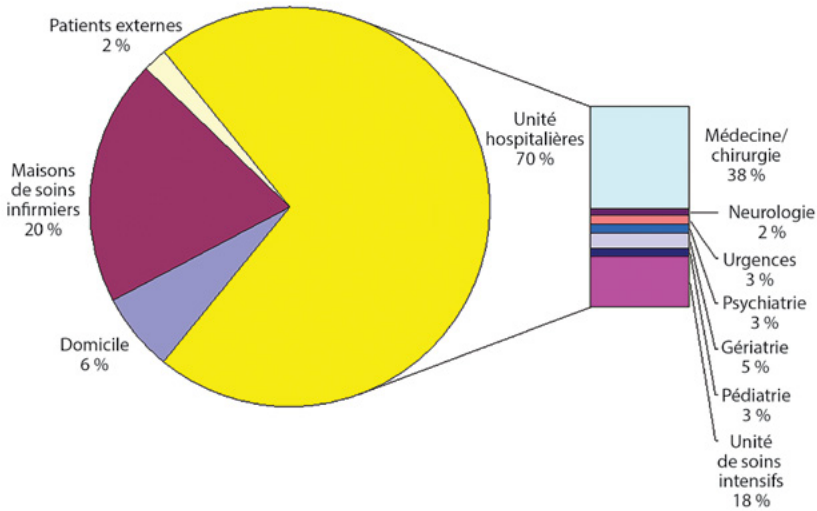


Figure 16.2 : Cadres de 90 poursuites entre 1970 et 2006

Source : Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, pièce 163, figure 3.

Remarque : Les données sont basées sur des cas rapportés dans LexisNexis, Westlaw et des bases de données en ligne interrogeables, ou qui ont autrement retenu l'attention de la professeure Crofts Yorker.

Certains chercheurs ont suggéré que les hôpitaux offrent un milieu idéal pour les TSMS :

L'USI est un lieu caractérisé par la technologie, les listes de médicaments inhabituels et la prise de décision rapide, tous conçus pour aider les patients gravement malades à se rétablir. Cependant, ces mêmes facteurs peuvent créer un milieu dans lequel un professionnel de la santé peut systématiquement causer des préjudices à un patient sans craindre d'être détecté ou puni. De telles allégations sont difficiles à corroborer, car il est très ardu d'obtenir des preuves, et les poursuites pénales sont rares¹¹⁹.

Ces dernières années, cependant, les TSMS se sont tournés de plus en plus vers les foyers de SLD et les domiciles pour y commettre leurs actes répréhensibles. Les données de la professeure Crofts Yorker montrent qu'entre 1970 et mai 2018, environ 36 % des décès associés aux poursuites de TSMS potentiels se sont produits dans des foyers de SLD/maisons de soins infirmiers et 10 % dans le cadre des soins à domicile (voir la figure 16.3)¹²⁰.

¹¹⁹ G.R. Park et S.N. Khan, « Murder and the ICU » (2002) 19 *European Journal of Anesthetics* 621 à 621.

¹²⁰ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 9.

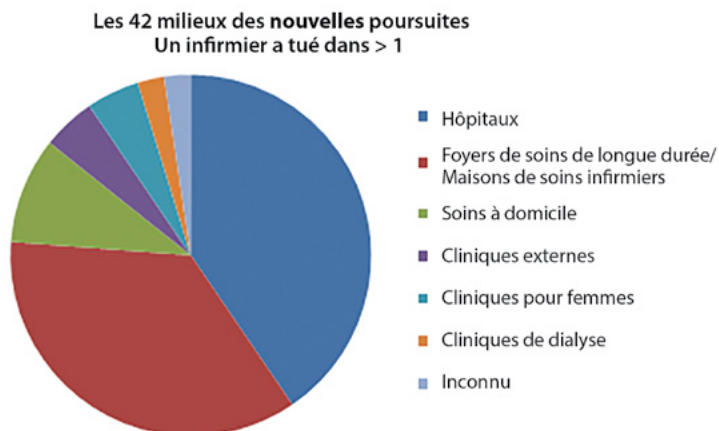


Figure 16.3 : Cadres liés aux 41 nouvelles poursuites entre 2006 et mai 2018

Source : Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, pièce 163, figure 4.

Remarque : Les données sont basées sur des cas rapportés dans LexisNexis, Westlaw et des bases de données en ligne interrogeables, ou qui ont autrement retenu l'attention de la professeure Crofts Yorker. Les données incluent un infirmier qui a tué dans plus d'un milieu.

Ces ensembles de données sont assez limités et il faut être prudent avant de tirer des conclusions sur les tendances. Dans son rapport d'expert, la professeure Crofts Yorker a toutefois fourni plusieurs raisons pour lesquelles le milieu des SLD et celui des soins à domicile permettent d'infliger des mauvais traitements aux résidents et aux patients, notamment :

- il y a moins de surveillance et plus d'indépendance pour le personnel infirmier qu'en milieu hospitalier;
- dans le milieu des soins de longue durée, on s'attend à ce que les patients meurent;
- les patients ont des capacités réduites, sont atteints de démence, de maladies en phase terminale et sont physiquement fragiles;
- les patients dans les établissements de soins de longue durée peuvent également être physiquement agressifs ou présenter un risque plus élevé de chutes ou d'autres blessures, ce qui rend plus probables les dispositifs de contention, la sédation, les contusions ou les blessures;
- les patients en soins de longue durée prennent généralement divers médicaments qui pourraient les endormir ou modifier leur état mental¹²¹.

¹²¹ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 9-10.

Elle a aussi noté que les foyers de SLD « pourraient ne pas être équipés adéquatement pour effectuer une surveillance de routine susceptible de permettre la détection précoce de profils de décès anormaux ou d'événements indésirables pour les patients »¹²².

D. Comment les TSMS commettent-ils leurs meurtres?

1. Les TSMS utilisent principalement des médicaments injectables

Les médicaments injectables constituent l'arme meurtrière privilégiée des TSMS (voir la figure 16.4). Entre 1970 et mai 2018, 54 des 90 TSMS condamnés (65 %) ont commis leurs meurtres par injection de médicaments¹²³. Cette méthode comprend l'utilisation de lignes intraveineuses (IV) et de CIPP (cathéter central inséré de manière périphérique, un peu comme une intraveineuse), qui permettent à un TSMS d'injecter un médicament dans l'orifice d'accès de la ligne, sans laisser de trace d'aiguille¹²⁴.

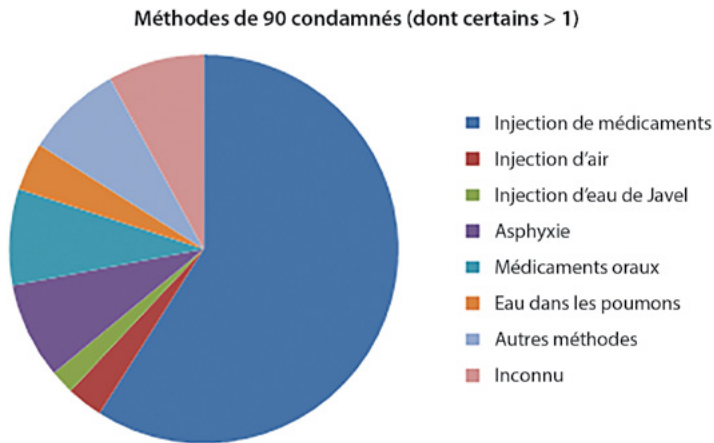


Figure 16.4 : Méthodes utilisées par 90 TSMS condamnés entre 1970 et mai 2018

Source : Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, pièce 163, figure 5, p. 10.

Remarque : Les données sont basées sur des cas rapportés dans LexisNexis, Westlaw et des bases de données en ligne interrogeables, ou qui ont autrement retenu l'attention de la professeure Crofts Yorker. Certains TSMS reconnus coupables utilisaient plus d'une méthode pour tuer.

¹²² Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 13.

¹²³ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 10.

¹²⁴ Pyrek, *Healthcare Crime*, 150.

Les TSMS ont facilement accès aux médicaments injectables, et l'injection intentionnelle injustifiée de médicaments administrés de manière habituelle est facile à réaliser et difficile à détecter. Aucun des TSMS reconnus coupables n'a utilisé ses propres médicaments pour causer des préjudices aux patients; ils ont plutôt utilisé des médicaments injectables destinés à d'autres patients¹²⁵. L'utilisation de lignes IV et de CCIP permet aux professionnels de la santé d'assassiner des patients d'une manière relativement impersonnelle. La professeure Crofts Yorker émet une mise en garde :

Il est trop facile de tuer un patient quand on n'a même pas besoin de lui percer la peau avec une aiguille. On met simplement une aiguille dans sa perfusion IV avec des médicaments solubles ordinaires, d'usage courant. Il suffit d'ajouter 1 ou 2 ml de plus. La frontière entre les doses toxiques et thérapeutiques de médicaments habituellement thérapeutiques est tellement imperceptible¹²⁶.

Le recours des TSMS à l'insuline semble être en augmentation. Dans l'examen par la professeure Crofts Yorker des poursuites engagées contre des TSMS potentiels entre 1970 et 2006, l'insuline était utilisée dans 13 % des cas. Dans les poursuites qu'elle a examinées entre 2006 et mai 2018, l'insuline était utilisée dans 40 % des cas (voir la figure 16.5)¹²⁷. Cependant, certains TSMS, comme Charles Cullen, utilisaient divers médicaments injectables pour différentes victimes¹²⁸.

Parmi les TSMS condamnés (par opposition à ceux accusés d'être des TSMS lors de poursuites), l'insuline est le médicament injectable le plus couramment utilisé, suivi de la morphine et des autres opiacés¹²⁹. Certains des TSMS les plus notoires ont utilisé de l'insuline pour tuer leurs victimes, notamment Frans Hooijmajers, Charles Cullen et Beverley Allitt¹³⁰.

¹²⁵ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 12.

¹²⁶ Ramsland, *Inside the Minds of Healthcare Serial Killers*, 128 (entretien avec Beatrice Crofts Yorker).

¹²⁷ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 11-12; Crofts Yorker et al., « Serial Murder by Healthcare Professionals, » 1370 (figure 6).

¹²⁸ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 11.

¹²⁹ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 11.

¹³⁰ Voir « Dutch Jail Nurse in 5 Deaths, » *New York Times*, 8 déc. 1976 <https://www.nytimes.com/1976/12/08/archives/dutch-jail-nurse-in-5-deaths.html> [consulté le 10 avril 2019]; Graeber, *The Good Nurse*, 112-117; Vincent Marks et Caroline Richmond, *Insulin Murders: True Life Cases* (Londres : Hodder & Stoughton, 2010), 55-75.

Recours à 25 médicaments injectables

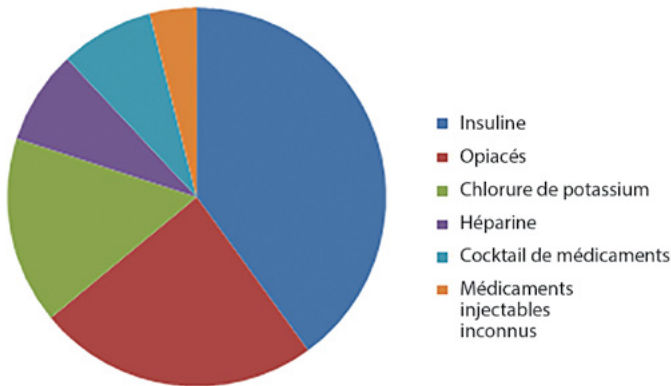


Figure 16.5 : Médicaments utilisés par les TSMS ayant fait l'objet de poursuites entre 2006 et mai 2018

Source : Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, pièce 163, figure 6.

Remarque : Les données sont basées sur des cas rapportés dans LexisNexis, Westlaw et des bases de données en ligne interrogeables, ou qui ont autrement retenu l'attention de la professeure Crofts Yorker.

La professeure Crofts Yorker explique que l'injection d'insuline par les TSMS pose des défis singuliers en termes de détection :

De nombreux patients dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée sont sous insuline. Ils ont donc leur propre stock de ce médicament, généralement sous des formes à action prolongée ou à action brève. Il peut falloir des heures ou des jours pour que l'insuline provoque le coma ou la mort. Les symptômes de l'hypoglycémie sont non spécifiques et peuvent varier d'un patient à l'autre. Si elle est détectée, elle peut être inversée par l'administration de dextrose par voie intraveineuse, qui peut réanimer un patient ayant reçu une dose toxique d'insuline, sans soupçon d'action néfaste. Un tueur qui administre une surdose à un patient sous insuline se trouve souvent à l'extérieur de son lieu de travail depuis plusieurs heures ou quarts de travail lorsque le patient subit les effets néfastes de la surdose¹³¹.

Outre le fait de tuer des victimes avec des médicaments injectables, certains TSMS ont injecté d'autres substances mortelles pour tuer des patients et des résidents. L'infirmière japonaise arrêtée à l'été 2018, par exemple, aurait

¹³¹ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 13. Voir également l'affidavit du D^r Michael Pollanen, par. 102; Témoignage du D^r Michael Pollanen, transcription, p. 5039-5041.

injecté un désinfectant dans des sacs intraveineux, tuant environ 20 patients dans un hôpital de Yokohama¹³². L'infirmier américain William George Davis a été inculpé en 2018 d'une accusation de meurtre qualifié, d'un autre chef d'accusation d'homicide et de plusieurs chefs de voies de fait graves avec une arme mortelle pour avoir injecté intentionnellement de l'air dans les cathéters intra-artériels de patients récupérant d'une opération au cœur, entraînant des symptômes ressemblant à un AVC¹³³.

Tous les TSMS n'utilisent pas de substances injectables pour tuer. Par exemple, en 2006, l'aide-infirmière allemande Michaela Giersberg a été reconnue coupable d'avoir tué neuf femmes dans une maison de retraite, principalement en les étouffant avec des coussins ou des serviettes¹³⁴.

2. Les TSMS frappent souvent le soir ou la nuit

Les TSMS tuent généralement pendant les quarts de soir ou de nuit. Comme le remarque la professeure Crofts Yorker : « Il y a moins de professionnels de la santé présents, moins de membres de la famille et un seul IA est généralement responsable des quarts de soir et de nuit »¹³⁵. Cette observation est encore plus vraie dans les foyers de SLD que dans les hôpitaux. Alors que les hôpitaux « bourdonnent souvent d'activité le soir ou la nuit », les foyers de SLD sont généralement calmes¹³⁶.

L'infirmière légiste Sullivan a écrit que le changement de quart fournit également une période idéale pour que les TSMS causent un préjudice intentionnel :

¹³² Julian Ryall, « Japanese nurse investigated over 20 killings at end of shifts to avoid 'nuisance' of telling families of deaths, » *The Telegraph*, 10 juillet 2018, <https://www.telegraph.co.uk/news/2018/07/10/japanese-nurse-investigated-20-killings-end-shifts-avoid-nuisance/> [consulté le 14 mars 2019].

¹³³ « Former Hallsville nurse faces additional capital murder charge, » *Marshall News Messenger*, 31 août 2018, https://www.marshallnewsmessenger.com/news/hallsville-man-faces-additional-capital-murder-charge/article_5958275c-29ba-56ce-a026-bc97bc792167.html [consulté le 14 mars 2019].

¹³⁴ « Nurse aide gets life in patients' deaths, » *AP News*, 22 février 2006, <https://www.apnews.com/ef31bc057a8870ca260f5b8116ff19af> [consulté le 14 mars 2019].

¹³⁵ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 2, 14; Crofts Yorker et al., « Serial Murder by Healthcare Professionals », 1365. Certaines études ont montré que les TSMS étaient plus susceptibles de frapper entre 23 h et 7 h : voir Pyrek, *Healthcare Crime* 153, citant DR Kent et PD Walsh, « Modern U.S. Healthcare Serial Killings: An Exploratory Study and Work in Progress », dans VP Bunge, CR Block et M. Lane (dir.), *Linking Data to Practice in Violence and Homicide Prevention : Proceedings of the 2004 Meeting of the Homicide Research Working Group* (Chicago : HRWG Publications, 2004).

¹³⁶ Pyrek, *Healthcare Crime*, 153-149.

Par exemple, les employés qui quittent leur service, en particulier après un quart de travail chargé, peuvent se dégager trop tôt de leurs responsabilités, laissant ainsi des détails flous et des rapports incomplets. La documentation et les comptes rendus oraux ont souvent préséance sur les activités de soins pratiques, ce qui augmente les risques d'omissions ou de duplication de tâches, d'administration de médicaments ou de contrôles individuels ponctuels spécifiques des patients portant des lanières de contention en cuir ou en isolement. On a souvent tendance à penser que le prochain préposé le fera ou que le préposé précédent l'a déjà fait... Les interactions sociales peuvent avoir préséance sur les communications professionnelles lors des rencontres entre les professionnels lors du changement de quart. Les patients ainsi que les visiteurs sont souvent conscients de la confusion et du chaos qui peuvent régner alors, et certains peuvent en profiter pour adopter un comportement qui n'est pas favorable à la santé et au bien-être des autres patients de l'unité. Les soignants qui ont des desseins autres que celui de fournir des soins de santé se rendront également compte que le changement de quart constitue un moment optimal pour des comportements inappropriés, illégaux ou autrement dangereux¹³⁷.

D'après un ancien collègue, la TSMS Kristen Gilbert a profité du changement de quart pour commettre certains de ses crimes :

Elle adorait provoquer le chaos après un quart de soir très calme... toujours au moment du changement de quart. Il semble qu'elle choisissait les moments où le personnel le moins expérimenté était en poste, surtout si l'infirmier ou le médecin était nouveau¹³⁸.

E. Wettlaufer et les caractéristiques communes des TSMS

Wettlaufer présentait de nombreuses caractéristiques communes aux TSMS décrites ci-dessus :

- Comme 85 % des TSMS potentiels ayant fait l'objet de poursuites, Wettlaufer faisait partie du personnel infirmier¹³⁹.
- Wettlaufer n'avait aucun mobile clair pour ses crimes. Elle a déclaré avoir parfois ressenti une « poussée » qui l'obligeait à faire du mal à ses

¹³⁷ Sullivan, « Forensic Investigations in the Hospital, » 134 à 137.

¹³⁸ Sullivan, « Forensic Investigations in the Hospital, » 137 (citant un ancien collègue de Kristen Gilbert).

¹³⁹ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 6-7.

victimes¹⁴⁰. Mais elle a également dit que parfois elle avait fait du tort ou tué parce qu'elle se sentait « frustrée » ou « en colère » contre une résidente ou à propos de sa propre vie¹⁴¹. D'autres fois, elle sentait tout simplement qu'il était « temps de partir » pour un résident en particulier¹⁴².

- Wettlaufer a choisi comme victimes des personnes qu'elle considérait comme particulièrement vulnérables, car elles ne pourraient pas expliquer ce qu'elle avait fait. Il s'agissait de personnes « souffrant dans bien des cas de démence ou d'autres maladies évolutives »¹⁴³.
- Comme 65 % des TSMS condamnés, Wettlaufer a commis les Infractions à l'aide de médicaments injectables (dans son cas, en injectant intentionnellement une surdose d'insuline à des résidents). Wettlaufer a délibérément choisi l'insuline parce qu'« elle n'était pas comptée et parce [qu'elle savait] que c'était quelque chose qui pouvait tuer des êtres humains »¹⁴⁴.
- Comme beaucoup d'autres TSMS potentiels ayant fait l'objet de poursuites entre 2006 et mai 2018, Wettlaufer a commis les Infractions dans des foyers de SLD où elle travaillait plutôt que dans des hôpitaux¹⁴⁵.
- Wettlaufer a commis les Infractions alors qu'elle travaillait pendant les quarts de soir et de nuit¹⁴⁶.

Le seul aspect « complètement sans précédent » des actes de Wettlaufer en tant que TSMS est qu'elle a avoué et se soit rendue¹⁴⁷. Comme je l'explique au chapitre 1, si elle n'avait pas avoué et ne s'était pas livrée, il est pratiquement certain que les Infractions n'auraient jamais été révélées au grand jour. C'est l'un des aspects les plus troublants des Infractions Wettlaufer – personne ne se doutait qu'un TSMS était à l'œuvre. Aucun des employés de première ligne ou de la direction des foyers de SLD, ni les familles des victimes, le Ministère ou

¹⁴⁰ « Document de base – Exposé conjoint des faits », déposé comme pièce 1 [Exposé conjoint des faits], par. 53, 57, 63, 95, 108 et 142.

¹⁴¹ Exposé conjoint des faits, par. 19-20, 36, 45, 122, 134, 142.

¹⁴² Exposé conjoint des faits, par. 36, 53, 74, 86.

¹⁴³ *R. c. Wettlaufer*, 2017 ONCS 4347 à 4348.

¹⁴⁴ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 10-12; entretien de la Commission avec Elizabeth Wettlaufer, déposé en tant que pièce 5, transcription, 14 fév. 2018, p. 60.

¹⁴⁵ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 9.

¹⁴⁶ Exposé conjoint des faits, par. 20, 37, 44-46, 63-64, 75, 108-109, 123.

¹⁴⁷ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 14.

ses inspecteurs, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, les CASC, les RLISS, l'organisation fournissant des services ou les participants au processus d'investigation sur le décès, y compris les coroners et les pathologistes, n'a envisagé la possibilité que quelqu'un blesse et tue intentionnellement et successivement des résidents du système de SLD.

IV. Se prémunir contre les TSMS

A. La sensibilisation – la première étape d'importance critique

La sensibilisation au phénomène des TSMS est la première étape cruciale dans l'élaboration de mécanismes de protection à l'échelle du système contre la menace que ces tueurs représentent. Nous ne pouvons pas prévenir ni détecter un préjudice intentionnel causé par un professionnel de la santé ni dissuader la personne d'agir sans d'abord accepter que le phénomène existe. À cet égard, l'approche n'est pas différente de la prévention des mauvais traitements en général, qui part du principe que la sensibilisation est un élément nécessaire de la prévention. Si la violence n'est pas considérée comme une possibilité, « le personnel sera plus susceptible de ne pas voir ou d'ignorer les signes d'une situation marquée par la violence. Les plaintes des patients faisant état de violence ou de harcèlement sexuel peuvent facilement être considérées comme des idées délirantes ou des peurs exagérées. Le personnel doit écouter ses patients et être vigilant »¹⁴⁸. Les professeurs Kizer et Crofts Yorker insistent sur le fait qu'il est essentiel d'accroître la sensibilisation pour combattre le phénomène des TSMS :

[N]ous estimons que les organisations de soins de santé, les organismes d'accréditation et les agences de délivrance de permis devraient faire davantage pour sensibiliser davantage les professionnels de la santé aux [meurtres en série en milieu de soins de santé]. Certes, il est troublant de penser que des médecins, des infirmiers ou d'autres professionnels de la santé pourraient tuer intentionnellement les patients qui leur sont confiés, ou leur causer un préjudice grave. Il faut trouver l'équilibre entre reconnaître le problème et créer des craintes inutiles chez les patients et nuire à la confiance du public dans les hôpitaux et les autres établissements de soins de santé, mais la première étape pour résoudre un problème, quel qu'il soit, consiste à reconnaître son existence¹⁴⁹.

¹⁴⁸ Pyrek, *Healthcare Crime*, 57, citant le Royal College of Psychiatrists, *Sexual Boundary Issues in Psychiatric Settings*, College Report CR145 (Londres : RCP, 2007).

¹⁴⁹ Kizer et Yorker, « Health Care Serial Murder », 189.

Dans de nombreux cas où on a appréhendé des TSMS, d'autres professionnels de la santé ont été les premiers à faire état de soupçons. La professeure Crofts Yorker a déclaré dans son témoignage que de nombreux infirmiers avaient déclenché une enquête après avoir exprimé leurs préoccupations selon lesquelles le décès de patients était lié à la présence d'un soignant en particulier¹⁵⁰. Cependant, les professionnels peuvent être lents à exprimer leurs soupçons, car ils ne peuvent pas concevoir la possibilité qu'un professionnel de la santé assassine un patient¹⁵¹. Comme le dit la professeure Ramsland : « [Q]ui penserait que quelqu'un se lancerait dans le domaine de la santé en tant que meurtrier? Ils n'envisagent même pas cette possibilité »¹⁵². Kelly Pyrek explique :

La confiance implicite de la population envers les professionnels de la santé est probablement la raison pour laquelle on n'entreprend pas d'enquêtes avant que tant de mal ne soit déjà fait. Et une grande partie des assassinats peuvent être accomplis sous le couvert de soins médicaux et de traitements, obscurcissant davantage le crime¹⁵³.

Le fait de ne pas être conscient qu'un professionnel de la santé pourrait causer délibérément des préjudices à des patients contribue également à retarder la reconnaissance des signes avant-coureurs indiquant qu'il se passe quelque chose de grave. Dans leur examen de 37 TSMS aux États-Unis, David R. Kent et Patrick D. Walsh ont constaté que : « Dans quelques cas étudiés, la mortalité mensuelle moyenne pouvait être d'environ 2,5 décès par unité, mais les administrateurs et les gestionnaires de première ligne étaient réticents à donner l'alerte lorsque la moyenne mensuelle passait de 10 à 15 décès en à l'USI »¹⁵⁴. Les cas de Kristen Gilbert et d'Orville Lynn Majors sont deux autres exemples de reconnaissance et de réaction tardives suite aux signes avant-coureurs :

- Lors du procès de Gilbert – qui avait été reconnue coupable de quatre meurtres en mars 2001 et liée à 50 décès suspects dans un hôpital pour anciens combattants – un infirmier a témoigné avoir entendu un patient crier à Gilbert : « Arrêtez! Arrêtez! Vous êtes en train de me tuer! » Aucune investigation n'a été menée à l'époque¹⁵⁵.

¹⁵⁰ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 13.

¹⁵¹ Ramsland, *Inside the Minds of Healthcare Serial Killers*, 129.

¹⁵² Pyrek, *Healthcare Crime*, 185 (entretien avec Katherine Ramsland); voir aussi Alcina Juliana Soares Barros et al., « Attempted Serial Neonaticides: Case Report and a Brief Review of the Literature » (2016) 61(1) *Journal of Forensic Sciences* 280 à 282.

¹⁵³ Pyrek, *Healthcare Crime*, 171.

¹⁵⁴ Kent et Walsh, « Modern US Healthcare Serial Killings », 178 à 180 (référence omise).

¹⁵⁵ Thunder, « Quiet Killings in Medical Facilities, » 222; Kizer et Yorker, « Health Care Serial Murder, » 187.

- Dans l'affaire Majors, le personnel de l'hôpital a constaté que du chlorure de potassium et de l'épinéphrine avaient disparu de 1993 à 1995 – années au cours desquelles Majors travaillait à l'hôpital. Cependant, aucune investigation n'a été entreprise. Majors a finalement été reconnu coupable de six meurtres, qu'il a commis en injectant de l'épinéphrine et du chlorure de potassium à des patients. Il a été lié à 124 décès suspects au total¹⁵⁶.

B. Les enquêtes publiques précédentes ont révélé la nécessité de la sensibilisation

Les enquêtes publiques précédentes et les processus d'examen ont constamment reconnu la nécessité de sensibiliser les acteurs du système de soins de santé au phénomène des TSMS.

L'enquête Grange a révélé que des infirmiers de SickKids avaient remarqué que certains membres de la même équipe d'infirmiers étaient toujours en poste lors de la mort des bébés et des enfants, mais ils ne ressentaient que de la sympathie pour leurs collègues et non des soupçons. Les infirmiers et les médecins du SickKids n'avaient pas soupçonné d'actes répréhensibles avant le décès de Kevin Pacsai, la 32e victime, le 12 mars 1981¹⁵⁷. Lorsqu'il a expliqué pourquoi les décès n'avaient pas fait l'objet d'une enquête pendant aussi longtemps, un membre de l'administration de l'hôpital a observé que les hôpitaux ne s'attendaient tout simplement pas à un acte criminel de la part de leur personnel¹⁵⁸.

¹⁵⁶ Thunder, « Quiet Killings in Medical Facilities, » 222; *State of Indiana v Majors*, Probable Cause Affidavit, 29 déc. 1997, <http://murderpedia.org/male/M/m/majors-orville-affidavit.htm> [consulté le 14 mars 2019]; Crofts Yorker et al., « Serial Murder by Healthcare Professionals, » 1364; Tom Davies, « Nurse serving 360 years in prison for killing 6 people at Indiana hospital dies, » *Chicago Tribune*, 26 sept. 2017, <http://www.chicagotribune.com/news/nationworld/midwest/indiana/ct-indiana-nurse-killer-dead-20170925-story.html> [consulté le 14 mars 2019].

¹⁵⁷ Enquête Grange, 14.

¹⁵⁸ Arthur Johnson, « The Baby Murders, » *Macleans*, 9 avril 1984.

L'enquête Grange a aussi révélé que l'administration de SickKids n'était pas au courant d'un certain nombre de statistiques frappantes¹⁵⁹ :

- de juin 1980 à mars 1981, le nombre de décès de bébés et d'enfants dans les salles 4A et 4B a augmenté de 625 % par rapport au nombre moyen de décès des deux périodes de 9 mois précédentes et suivantes dans ces mêmes salles;
- 25 des décès sont survenus entre minuit et 6 heures. Aucune autre période de six heures au cours des autres périodes étudiées ne comportait plus de trois décès;
- tous les cas, sauf un, sont survenus lorsqu'un ou plusieurs membres d'une équipe d'infirmiers donnée étaient de service dans les salles 4A ou 4B.

Le rapport Dubin de 1983 recommandait que SickKids prenne les mesures suivantes pour que les données statistiques sur les décès soient systématiquement recueillies et examinées :

- établir une surveillance statistique de tous les décès à l'hôpital, afin de déceler toute tendance significative ou incident néfaste. Ces données devraient être transmises chaque mois au Comité de gestion des risques;
- établir un Comité d'examen de la mortalité, avec une représentation interdisciplinaire, qui se réunira tous les mois; ses conclusions devraient être incluses dans la surveillance statistique liée aux décès;
- mettre sur pied un système officiel de contrôle de la morbidité et inclure ses résultats dans la surveillance statistique¹⁶⁰.

Au Royaume-Uni, l'enquête Allitt a souligné la nécessité d'une sensibilisation à la possibilité que les professionnels de la santé portent intentionnellement préjudice aux patients qui leur sont confiés, ce qui constitue le principal enseignement à tirer de ses travaux :

Le principal enseignement à tirer de notre enquête et notre principale recommandation est que la catastrophe de Grantham devrait servir à sensibiliser tous ceux qui s'occupent d'enfants à la possibilité d'une intervention malveillante à l'origine d'incidents cliniques inexplicables¹⁶¹.

¹⁵⁹ Enquête Grange, 7-8.

¹⁶⁰ Rapport Dubin, 233.

¹⁶¹ Clothier, « The Allitt Inquiry, » par. 7.8.

Nous pouvons aussi tirer des enseignements de l'enquête Shipman, qui peinait à comprendre comment les meurtres de Shipman avaient été ignorés pendant plus de vingt ans :

Il est profondément troublant de constater que le meurtre de ses patients par Shipman n'a pas soulevé de soupçons pendant de nombreuses années. Les systèmes qui auraient dû protéger ses patients contre son comportement répréhensible, ou du moins le détecter lorsqu'il s'est produit, n'ont pas fonctionné comme ils l'auraient dû. L'estime dans laquelle Shipman était tenue a fait en sorte que très peu de membres des familles se sentaient vraiment inquiets des circonstances dans lesquelles les victimes sont décédées. Ceux qui entretenaient des soupçons personnels se sentaient incapables de faire part de leurs préoccupations¹⁶².

Certains ont mis en garde l'enquête Shipman, en affirmant qu'elle ne devrait « pas [...] proposer de modifications radicales au système simplement parce qu'un seul médecin avait été en mesure de se soustraire aux mécanismes de protection existants »¹⁶³. Dans une vérification clinique du cabinet de Shipman, le médecin-chef de l'Angleterre a déclaré : « Tout indique qu'un médecin ayant la motivation sinistre et macabre de Harold Shipman est un événement unique dans une vie »¹⁶⁴.

Cependant, l'enquête Shipman a rejeté l'idée selon laquelle le problème était circonscrit à un seul individu, en affirmant :

[N]ous ne savons pas si le cas de Shipman est unique. Nous savons qu'il a tué plus de personnes que tout autre tueur en série identifié à ce jour, mais nous ne savons pas combien d'autres médecins ont tué un ou plusieurs patients. Certains de ces meurtres ont été mis au jour; d'autres peuvent rester cachés. Si Shipman a été capable de tuer pendant près de 24 ans avant d'être découvert, qui peut affirmer avec confiance qu'il n'y a pas d'autres médecins, encore inconnus, qui ont déjà tué? Qui peut dire qu'il n'y en aura pas à l'avenir¹⁶⁵?

En d'autres termes, il est essentiel de reconnaître l'existence du phénomène des TSMS si nous voulons nous prémunir contre celui-ci. Le fait que Wettlaufer soit derrière les barreaux ne signifie pas que nous sommes à l'abri des TSMS – cela signifie que nous sommes à l'abri d'elle.

¹⁶² *The Shipman Inquiry: First Report*, p. 200, par. 14.15.

¹⁶³ *The Shipman Inquiry: Third Report*, Avant-propos, v.

¹⁶⁴ Liam Donaldson, Foreword, dans Richard Baker, *Harold Shipman's Clinical Practice, 1974–1998: A Clinical Audit Commissioned by the Chief Medical Officer* (Londres : Department of Health, 2001), iv.

¹⁶⁵ *The Shipman Inquiry: Third Report*, Foreword, v.

C. Un plan stratégique de sensibilisation

Une même organisation doit être chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan stratégique visant à sensibiliser les acteurs du système de soins de santé au phénomène des TSMS. Sans un tel plan, il est probable que le danger perçu des TSMS s'atténue avec le temps. En général, les meurtres commis par les TSMS « font la une des journaux, mais ils disparaissent ensuite de notre mémoire »¹⁶⁶.

Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) est particulièrement bien placé pour assumer cette responsabilité en raison de sa position dans le système de soins de santé, de son mandat et de ses fonctions. En outre, le fait de confier cette responsabilité au BCC/SMLO correspond aux recommandations formulées ailleurs dans le présent Rapport, préconisant une réforme du processus d'investigation sur les décès de résidents de foyers de SLD et confiant la responsabilité de ces réformes au BCC/SMLO. Voir les chapitres 14 et 18.

L'expérience ontarienne montre que les TSMS constituent une menace pour le système de soins de santé dans son ensemble, pas seulement pour les foyers de SLD. Ils peuvent frapper partout où des soins de santé sont fournis, que ce soit dans un hôpital, un foyer de SLD ou un domicile. Les tragédies de SickKids ont eu lieu dans un hôpital. Comme le montre l'étude abordée ci-dessus, jusqu'à récemment, les TSMS ont sévi surtout dans des hôpitaux. Mais Wettlaufer a commis les Infractions dans trois foyers de SLD et dans un domicile privé, où le résident recevait des soins de santé financés par l'État après sa sortie de l'hôpital. Par conséquent, le système de soins de santé – et pas uniquement le système de SLD – doit prendre conscience du fait qu'un professionnel de la santé pourrait nuire intentionnellement à un patient ou à un résident. Le BCC/SMLO joue un rôle crucial dans le système de soins de santé et est intégré à pratiquement tous les aspects de celui-ci. Ce seul aspect le rend unique dans sa capacité à assumer cette responsabilité.

Le mandat du BCC/SMLO consiste à servir le bien commun. Ce mandat comprend l'acquisition de connaissances sur les décès afin d'améliorer les soins fournis aux patients et aux résidents. Il comprend aussi la formulation de recommandations visant à renforcer la sécurité publique et à prévenir les décès dans des circonstances similaires.

¹⁶⁶ Thunder, « Quiet Killings in Medical Facilities, » 212.

Dans le cadre de son mandat, le BCC/SMLO :

- soutient les familles des personnes décédées dans les foyers de SLD en fournissant des réponses et des renseignements après des décès soudains et inattendus;
- recherche la vérité et fournit des preuves et des données à l'appui de l'administration de la justice;
- fait progresser la médecine légale et la sécurité publique grâce au développement des connaissances et des capacités¹⁶⁷.

Ce mandat, et la manière dont le BCC/SMLO s'en acquitte, vont tout à fait dans le sens de sa responsabilité d'élaborer un plan stratégique de sensibilisation au phénomène des TSMS.

De plus, le BCC/SMLO dispose des forces et de la capacité organisationnelles nécessaires pour mener à bien cette initiative importante. Entre autres, il a démontré son leadership et ses antécédents en tant que fer de lance de projets majeurs suscitant la participation de multiples parties prenantes et nécessitant de la collaboration. Étant donné l'ampleur et la complexité du système de soins de santé, il sera crucial d'adopter une approche collaborative pour l'élaboration et la mise en œuvre du plan stratégique.

¹⁶⁷ Par exemple, le plan stratégique du BCC pour 2015-2020 indique notamment qu'il vise à :

- « renforcer [...] les capacités de recherche et les contributions aux investigations sur les décès, à la médecine légale, à la sécurité publique et à la santé, tout en renforçant les capacités de partenariat avec d'autres organisations pour faire progresser la recherche et les recommandations »;
- « cultiver des relations avec des partenaires clés afin d'élaborer des stratégies qui exploitent les connaissances [du BCC] pour produire des résultats mesurables et avoir des effets positifs sur la sécurité publique »;
- « fournir aux partenaires et aux organisations un accès facile aux connaissances, aux résultats de la recherche et aux recommandations qui éclaireront les initiatives de protection de la santé et de la sécurité du public. »

Voir Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels de l'Ontario, *2015-2020 : Plan stratégique relatif au Système ontarien de gestion de l'information pour les enquêtes sur les décès*, p. 19-20, http://www.mcscs.jus.gov.on.ca/french/DeathInvestigations/Notreengagement/DL_Strat_Plan_15_20_fr.html [consulté le 15 avril 2019].

Les éléments essentiels du plan stratégique devraient inclure :

- La fourniture par le BCC/SMLO de renseignements normalisés sur le phénomène des TSMS aux établissements et aux organisations chargés de dispenser de l'éducation et de la formation aux professionnels de la santé et des programmes et des domaines paraprofessionnels, question traitée ci-dessous. Le fait que le BCC/SMLO fournisse ces renseignements garantira la communication cohérente d'information exacte et évitera les doublons inutiles, qui entraînent une perte de temps et de ressources.
- La conduite des recherches en cours pour se tenir au courant des développements du phénomène des TSMS, aux niveaux national et international, et des mesures prises pour les dissuader d'agir et les détecter.
- La diffusion des résultats de ces recherches, le cas échéant.
- Le suivi périodique de la prestation de l'éducation et de la formation requises.

D. L'éducation et la formation requises

La sensibilisation aux dangers que représentent les TSMS ne suffit pas. Elle doit se traduire en actions concrètes pour prévenir, dissuader ces personnes d'agir et détecter les dommages causés intentionnellement aux patients par les professionnels de la santé. Pour cette raison (et d'autres), l'éducation et la formation sur la possibilité de dommages causés intentionnellement par les professionnels de la santé seront plus efficaces si elles sont abordées dans le contexte plus large de questions comme le professionnalisme, la gestion des risques, la sécurité et les résultats des patients/résidents, ainsi que les enquêtes sur des incidents liés à des médicaments et à leur analyse.

Étant donné que le système de soins de santé est constitué de nombreux groupes très divers, l'élaboration et l'offre d'une éducation et d'une formation pour les différents groupes devraient être effectuées par les établissements et les organisations concernés eux-mêmes. En d'autres termes, à part de fournir de l'éducation et de la formation pertinentes aux coroners et aux médecins légistes, je n'envisage pas que le BCO/SMLO dispense de l'éducation et de la formation aux employés du système de soins de santé. C'est là le rôle des établissements et des organisations concernés, comme le montre la figure 16.6.

La sécurité des résidents et des patients est l'affaire de tous ceux qui travaillent dans le système de soins de santé. Il faudra un engagement en faveur d'une éducation et d'une formation périodiques et continues pour garantir que nous restons vigilants en matière de protection contre la menace des TSMS. La sensibilisation doit commencer tôt dans le processus d'éducation sur les soins de santé, dès l'étape de la formation collégiale et du premier cycle universitaire. Lors de son témoignage, la professeure Crofts Yorker a affirmé que les établissements d'enseignement doivent sensibiliser tous les professionnels de la santé au phénomène des TSMS dans le cadre de leurs programmes de formation, tout comme cela se fait actuellement en ce qui concerne l'éducation sur la maltraitance des patients et plus particulièrement des enfants et des personnes âgées¹⁶⁸. Pour les professionnels de la santé qui font déjà partie de la population active, les différents ordres professionnels et instances dirigeantes doivent dispenser la formation et l'éducation appropriées à leurs membres. Tous les employés travaillant dans les foyers de SLD – pas seulement le personnel de la santé – devraient recevoir une formation sur le phénomène des TSMS. Les femmes de ménage et les cuisiniers, par exemple, peuvent bien connaître les résidents. Les conseils des résidents et les conseils de famille jouent également un rôle important dans les foyers de SLD et devraient recevoir les renseignements appropriés et avoir la possibilité de prêter main-forte.

¹⁶⁸ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 8041.

Le BCC/SMLO doit créer un plan stratégique qui :

- fournit des renseignements clés sur le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé (TSMS) aux organisations et établissements responsables de la prestation de l'éducation et de la formation;
- par la recherche, tient les parties prenantes au courant du phénomène des TSMS;
- diffuse les résultats de la recherche aux parties prenantes;
- surveille la prestation de l'éducation et de la formation.

La prestation de l'éducation et de la formation sur le phénomène des TSMS

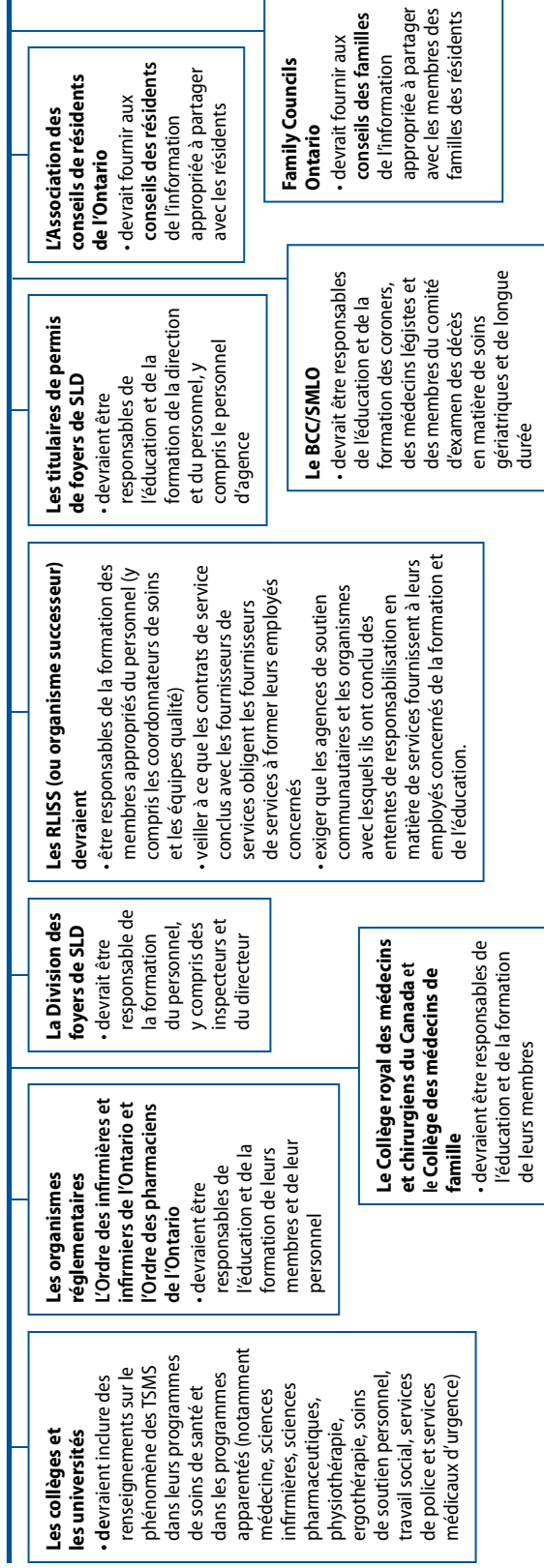


Figure 16.6 : La sensibilisation au phénomène des TSMS par l'éducation et la formation

Source : Compilé par la Commission.

RECOMMANDATIONS

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

Recommandation 65 : Le gouvernement de l'Ontario devrait charger le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario d'élaborer ce plan stratégique et de collaborer avec les parties prenantes du système de soins de santé et de soins de longue durée. Le plan stratégique doit définir des étapes systématiques, permanentes et mesurables pour sensibiliser les parties prenantes du système de soins de santé au phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé.

Recommandation 66 : Le gouvernement de l'Ontario doit confier au Bureau du coroner en chef et au Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) la mise en œuvre du plan stratégique. Le BCC/SMLO doit élaborer des renseignements normalisés sur le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé et les fournir aux organisations et aux établissements responsables de l'éducation et de la formation dispensées aux étudiants, aux professionnels et au personnel du système de soins de santé et des programmes et domaines apparentés.

Recommandation 67 : Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) devrait mener des recherches continues sur les développements nationaux et internationaux concernant le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé (TSMS), y compris des mesures prises pour détecter les TSMS et les dissuader d'agir. Il devrait diffuser les résultats de cette recherche selon les besoins, y compris auprès des organisations et des établissements qui dispensent de l'enseignement et de la formation sur la possibilité que les fournisseurs de soins de santé causent intentionnellement des préjudices. Le BCC/SMLO devrait effectuer un suivi régulier pour s'assurer que la sensibilisation et la formation requises sont assurées.

Recommandation 68 : Le gouvernement de l'Ontario devrait financer le poste d'un employé à temps plein chargé d'élaborer et de mettre en œuvre le plan stratégique au Bureau du coroner en chef et au Service de médecine légale de l'Ontario (voir les recommandations 65-67). Le financement devrait être suffisant pour permettre l'embauche d'une personne ayant une connaissance et une compréhension solides du système de soins de santé, y compris de ses dimensions politiques; des aptitudes démontrées en matière de leadership et d'organisation; une compréhension de l'importance du travail fondé sur des données probantes; et la capacité de consulter et de réunir diverses parties prenantes lors de l'élaboration du plan stratégique.

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

Raisonnement des Recommandations 64 à 69

- Le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé (TSMS) est répandu et remonte à de nombreuses années, avec des cas documentés sur cinq continents. Il s'agit d'un grave problème de santé publique. En termes de nombre de victimes, les TSMS comptent parmi les tueurs en série les plus dangereux.
- Les TSMS ciblent les personnes vulnérables ayant une capacité réduite de reconnaître et de signaler les sévices, ainsi qu'à y résister et à en identifier les auteurs.

- Bien que le nombre de TSMS connus soit faible, l'ampleur des préjudices qu'ils causent est considérable. Outre le nombre sidérant de victimes, ces homicides ont porté un coup terrible aux familles et aux autres proches des victimes, ainsi qu'aux communautés au sein desquelles les infractions ont lieu. Ils minent également la confiance du public dans le système de soins de santé et les professionnels de la santé. De plus, ces meurtres entraînent des coûts financiers importants, notamment des enquêtes pénales coûteuses, des poursuites, des enquêtes publiques et d'autres processus d'examen.
- Il y a un manque général de sensibilisation au phénomène des TSMS. Les éléments de preuve recueillis au cours des audiences publiques montrent qu'aucun élément du système de soins de longue durée (SLD) n'était conscient de la possibilité que les Infractions résultent d'actes répréhensibles intentionnels commis par un professionnel de la santé.
- La première étape essentielle de la protection contre les TSMS est la sensibilisation au fait qu'un professionnel de la santé peut intentionnellement causer des préjudices aux personnes qui lui sont confiées.
- Le Bureau du coroner en chef /Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) occupe une position unique pour remplir son rôle de planification stratégique, en raison de sa position dans le système de soins de santé, de son mandat et de ses fonctions.
- En outre, le fait de confier cette responsabilité au BCC/SMLO correspond aux recommandations formulées ailleurs dans le présent Rapport concernant la réforme du processus d'investigation sur les décès de résidents de foyers de SLD et confiant la responsabilité de ces réformes au BCC/SMLO, et renforce ces recommandations.
- La fourniture de renseignements normalisés sur le phénomène des TSMS garantit que des renseignements cohérents et précis soient fournis à tous les acteurs du système de soins de santé et évite les doublons inutiles, ce qui permet d'économiser du temps et des ressources.

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

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

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

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

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

Raisonnement des Recommandations 70 à 73

- La présentation des moyens de prévenir et détecter les actes répréhensibles intentionnels dans le système de soins de santé et dissuader leurs auteurs d'agir peut être intégrée aux cours sur la manière dont les professionnels de la santé envisagent le décès et en discutent avec leurs patients; le professionnalisme et ce que cela signifie pour ce qui est de soulever des préoccupations au sujet d'un collègue; les enquêtes et les analyses portant sur les erreurs de médicaments; la gestion des risques; et l'amélioration des résultats des patients/résidents. Discuter des tueurs en série en milieu de soins de santé dans ces contextes évite de créer un climat de peur et de méfiance tout en garantissant que la sensibilisation et les outils nécessaires soient en place pour prévenir, et détecter les méfaits intentionnels.
- Tous les professionnels et le personnel du système de soins de santé doivent recevoir une éducation et une formation appropriées, car les tueurs en série en milieu de soins de santé constituent une menace pour l'ensemble du secteur des soins de santé, et pas seulement pour le système de soins de longue durée.
- La sensibilisation doit commencer tôt dans le processus d'éducation sur les soins de santé, lorsque les étudiants suivent leur formation collégiale et du premier cycle universitaire.

La dissuasion par une meilleure gestion des médicaments

I.	Introduction	81
II.	La gestion des médicaments dans les foyers de SLD	83
	A. Les fournisseurs de services pharmaceutiques	83
	B. Les médicaments de niveau d'alerte élevé	84
	C. Un système interdisciplinaire de gestion des médicaments ...	85
	D. Le processus d'utilisation des médicaments	86
	1. La prescription.....	87
	2. La transcription.....	89
	3. La préparation.....	90
	4. L'administration.....	96
	5. La surveillance.....	97
	E. L'élimination et la destruction des médicaments	99
	F. La surveillance du système de gestion des médicaments ...	100
	1. Les vérifications.....	100
	2. L'analyse des incidents liés à des médicaments.....	101
	3. Les évaluations trimestrielles.....	103
	4. Les évaluations annuelles.....	105
III.	Le détournement de médicaments	106
IV.	Les stratégies visant à limiter et à prévenir les détournements	110
	A. Modifier les infrastructures pour accroître la visibilité	110
	B. Le recours à la technologie pour améliorer la gestion des médicaments	110
	1. Les armoires de distribution automatisée des médicaments (ADAM).....	113
	2. L'administration de médicaments assistée par code-barres (AMAC).....	117

C.	Accroître le rôle des pharmaciens professionnels dans les foyers de SLD.	121
1.	Les pharmaciens	121
2.	Les techniciens en pharmacie	124
V.	L'amélioration de l'analyse des incidents	125
A.	Promouvoir une culture juste dans les foyers de SLD	125
B.	L'utilisation d'un cadre normalisé d'analyse d'incidents pour des incidents liés à des médicaments	127
C.	Le traitement de l'utilisation du glucagon et du développement d'une hypoglycémie grave en tant qu'incidents liés à des médicaments.	128
VI.	L'augmentation du nombre d'employés autorisés	130
VII.	La gestion des médicaments en soins à domicile	132
A.	La gestion des médicaments à domicile	133
1.	La préparation des médicaments	133
2.	L'entreposage	133
3.	L'administration	134
4.	La surveillance	135
5.	L'élimination	136
B.	L'amélioration de la sécurité des médicaments dans le milieu des soins à domicile.	136
	RECOMMANDATIONS	137

I. Introduction

Comme beaucoup de tueurs en série en milieu de soins de santé (TSMS), Wettlaufer a commis les Infractions en injectant à ses victimes des doses excessives d'insuline détournée de l'usage auquel ce médicament était destiné. Les foyers de soins de longue durée (SLD) doivent apporter des modifications à leur système de gestion des médicaments pour faire en sorte qu'il soit plus difficile pour le personnel de détourner des médicaments, tout en augmentant les chances que les contrevenants se fassent prendre. Dans le présent chapitre, je me concentre sur ces modifications. J'aborde la manière dont elles contribueront à détecter de tels méfaits et à dissuader leurs auteurs de les commettre, dans une optique d'amélioration générale des soins dispensés aux résidents. De plus, dans la dernière section, je traite des problèmes liés à la gestion des médicaments dans le contexte des soins à domicile.

Je commence par un examen du système de gestion des médicaments en place dans les foyers de SLD. La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD)¹ et son Règlement (le Règlement)² créent un cadre réglementaire détaillé régissant la gestion des médicaments dans les foyers de SLD. Le régime de réglementation est puissant et efficace. Cependant, il n'a pas été conçu pour détecter les prestataires de soins de santé susceptibles de nuire intentionnellement aux résidents en utilisant un médicament injectable ni pour les dissuader de le faire. En fait, personne n'avait envisagé cette possibilité jusqu'à ce que Wettlaufer passe aux aveux. Malheureusement, les Infractions dont elle a été trouvée coupable indiquent clairement que nous devons examiner le cadre réglementaire d'un point de vue différent – un point de vue éclairé par le fait qu'une malfaitrice a utilisé des médicaments pour nuire à des résidents. À la lumière de cette compréhension, je me concentre sur trois thèmes importants qui appuient mes recommandations en ce qui a trait au renforcement du système de gestion des médicaments dans les foyers de SLD : les médicaments de niveau d'alerte élevé, y compris l'insuline; l'élimination et la destruction des médicaments dans les foyers de SLD et la surveillance du système de gestion des médicaments dans les foyers de SLD.

¹ L.O. 2007, chap. 8.

² Règl. de l'Ont. 79/10.

Dans la section suivante, j'aborde le détournement de médicaments et trois stratégies pour y mettre un frein dans les foyers de SLD : par la mise en œuvre de changements d'infrastructure; l'application d'améliorations technologiques, et le rôle accru des professionnels de la pharmacie dans le système de gestion des médicaments du foyer.

Dans la section qui suit, j'explique pourquoi les foyers doivent adopter un cadre d'analyse amélioré lors des enquêtes sur les incidents liés à des médicaments. Ce changement est essentiel si les foyers de SLD souhaitent améliorer leur capacité à détecter les incidents liés à des médicaments résultant d'actes répréhensibles et intentionnels. L'amélioration de l'analyse des incidents dissuadera également les malfaiteurs de commettre des actes répréhensibles, dans la mesure où elle accroît les chances qu'ils soient découverts.

La preuve présentée lors des audiences publiques montre qu'il faut accroître le nombre d'employés autorisés dans les foyers de SLD. J'aborde ce sujet ensuite. Cet appel à un financement supplémentaire pour la dotation en personnel n'est pas nouveau : la même recommandation revient systématiquement dans les examens et études sur les foyers de SLD de l'Ontario depuis les 20 dernières années. Toutefois, comme je l'explique au chapitre 1, ce besoin est plus grand que jamais et ne devrait qu'aller en augmentant, étant donné que les baby-boomers vieillissent, que les gens vivent plus longtemps et que la prévalence de la démence est en hausse. Il est évident qu'il faut davantage de personnel de première ligne pour que les foyers de SLD de l'Ontario répondent adéquatement aux besoins des résidents – et pour gérer la menace pour leur sécurité que représentent les TSMS.

Dans la dernière section de ce chapitre, j'examine la sécurité des personnes recevant des soins infirmiers à domicile. De plus en plus de personnes choisissent de rester chez elles le plus longtemps possible et ont souvent besoin d'aide et de soutien à domicile, y compris de soins infirmiers. À la lumière du fait que Wettlaufer a commis sa dernière Infraction dans un domicile privé où elle prodiguait des soins financés par des fonds publics, il appert que la sécurité des médicaments dans le contexte des soins à domicile doit également être améliorée.

Lors des audiences publiques, j'ai pris connaissance du rapport et entendu le témoignage de Julie Greenall, directrice des projets et de la formation à l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients (ISMP) du Canada. Une grande partie de l'information contenue dans ce chapitre provient de son rapport et de son témoignage, ainsi que des dispositions relatives à la gestion des médicaments contenues dans la LFSLD et le Règlement.

II. La gestion des médicaments dans les foyers de SLD

La gestion des médicaments vise à fournir « des soins centrés sur le patient visant à optimiser une thérapie médicamenteuse sécuritaire, efficace et appropriée. Les soins sont fournis par une collaboration entre les patients et leur équipe de soins de santé »³. Les articles 114 à 137 du Règlement établissent quant à eux des exigences détaillées pour le système de gestion des médicaments dans les foyers de SLD.

A. Les fournisseurs de services pharmaceutiques

Les fournisseurs de services pharmaceutiques jouent un rôle important dans le système de gestion des médicaments des foyers de SLD. Le cadre réglementaire qui régit ces fournisseurs a comme fondement les articles 119 à 121 du Règlement.

L'article 119 du Règlement stipule que chaque titulaire de permis de foyer de SLD doit retenir les services d'un fournisseur de services pharmaceutiques agréé et qu'il doit exister un contrat écrit entre les deux définissant les responsabilités du fournisseur. Le contrat doit inclure une disposition obligeant le fournisseur de services pharmaceutiques à fournir des médicaments au foyer 24 heures sur 24, sept jours par semaine, ou à prendre des dispositions pour qu'ils soient fournis par une autre pharmacie agréée. De plus, le contrat doit obliger le fournisseur d'assumer toutes les autres responsabilités que lui attribue le Règlement.

L'article 120 du Règlement impose les obligations suivantes au fournisseur de services pharmaceutiques :

- l'élaboration, pour chaque résident du foyer, d'évaluations de médicaments et la constitution de dossiers sur l'administration et la réévaluation des médicaments, ainsi que la tenue de profils pharmaceutiques;

³ La définition des termes employés par ISMP Canada peut être consultée à l'adresse suivante : <https://www.ismp-canada.org/fr/definitions.htm> (cette définition a été élaborée en collaboration avec l'Association des pharmaciens du Canada, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada et la faculté de pharmacie l'Université de Toronto).

- 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.

Les pharmaciens qui participent à ces activités dans les foyers de SLD sont employés par les fournisseurs de services pharmaceutiques, et non par les foyers⁴.

En vertu de l'article 121, le titulaire de permis doit élaborer un système 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.

B. Les médicaments de niveau d'alerte élevé

En théorie, tout médicament mal utilisé peut causer du tort⁵. On désigne comme étant des « médicaments de niveau d'alerte élevé » ceux qui sont le plus susceptibles de causer du tort s'ils ne sont pas employés correctement⁶. La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé dans les foyers de SLD comprend l'insuline et les hypoglycémifiants oraux, les opioïdes (narcotiques) et les anticoagulants⁷. Afin de réduire le risque d'administration incorrecte, les foyers de SLD prennent des précautions en limitant l'accès aux médicaments de niveau d'alerte élevé et, dans certaines circonstances, en exigeant une contre-vérification indépendante au moment de l'administration⁸.

⁴ Rapport d'expert de Julie Greenall, 1^{er} juin 2018, p. 28.

⁵ Témoignage de Julie Greenall, transcription, 13 sept. 2018, p. 8219.

⁶ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 10.

⁷ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 10.

⁸ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 11.

Certains médicaments de niveau d'alerte élevé, comme la morphine et l'hydromorphone, sont des substances désignées. Des dispositions spéciales du Règlement régissent ces substances afin de veiller à ce qu'elles fassent l'objet d'une surveillance, d'une élimination et d'un suivi rigoureux, et que leur accès soit rigoureusement contrôlé⁹. Les médicaments de niveau d'alerte élevé qui ne sont pas des substances désignées – y compris l'insuline – sont plus facilement accessibles au personnel autorisé des foyers de SLD.

C. Un système interdisciplinaire de gestion des médicaments

Aux termes de l'article 114 du Règlement, 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. » Le titulaire de permis doit également élaborer des politiques et des protocoles écrits relativement au système de gestion des médicaments afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Les médecins, les pharmaciens et le personnel infirmier jouent tous des rôles distincts dans le système de gestion des médicaments¹⁰. La figure 17.1 présente les responsabilités professionnelles de chaque groupe.

⁹ Voir, par exemple, art. 129(1)b), 130.3, 136(2)2, 136(3)a) et 136(4).

¹⁰ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8193.

Médecin : Prescription de médicaments à l'intention des résidents des foyers de soins de longue durée et examen du programme de soins des résidents – y compris les médicaments – selon ses connaissances et ses compétences en médecine et l'état de santé du résident. Les médecins relèvent d'un organisme de réglementation, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

Pharmacien : Délivrance des médicaments aux résidents des foyers de soins de longue durée selon les prescriptions d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé autorisé, et selon ses connaissances du résident et des médicaments prescrits, conformément aux lois provinciales et fédérales en vigueur ainsi qu'aux normes de pratique établies par l'organisme de réglementation du secteur, l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario.

Infirmière/infirmier : Mise en application de sa connaissance du résident et des médicaments pour évaluer les résidents, administrer des médicaments, évaluer les réactions des résidents aux médicaments et planifier et consigner le processus d'administration des médicaments, conformément à la norme d'exercice portant sur l'administration des médicaments de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Le personnel infirmier sert d'intermédiaire entre le médecin et le pharmacien en ce qui concerne l'administration des médicaments à chaque résident, et collabore avec l'équipe chargée des soins de santé du foyer de soins de longue durée pour garantir la mise en œuvre de processus sûrs de gestion des médicaments.

Figure 17.1 : La gestion des médicaments – Responsabilités professionnelles

Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Remarque : Reproduit dans le rapport de 2009 du Bureau du vérificateur général de l'Ontario, http://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr09/2009AR_fr_web_entire.pdf.

D. Le processus d'utilisation des médicaments

Le processus d'utilisation des médicaments comporte cinq étapes principales :

- la prescription (parfois appelé commande);
- la transcription (parfois appelée transcription et vérification);
- la préparation (parfois appelé délivrance);
- l'administration;
- la surveillance¹¹.

¹¹ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 3; Stacy Ackroyd-Stolarz, Nicole Hartnell et Neil J. MacKinnon, « Approaches to Improving the Safety of the Medication Use System » (2005) 8 (numéro spécial), *Healthcare Quarterly* 59, p. 60.

1. La prescription

L'étape de la prescription implique l'élaboration d'un plan thérapeutique pour le résident¹². Cette étape nécessite une évaluation et un diagnostic, suivis de l'élaboration d'un plan de traitement. Elle doit tenir compte des antécédents médicaux du résident, des affections existantes, de l'état clinique actuel et des objectifs de soin¹³. Le plan de traitement aborde le traitement continu des maladies chroniques (p. ex. hypertension, diabète, dépression) comme le traitement épisodique de maladies aiguës (p. ex. blessure ou décompensation d'une maladie chronique)¹⁴.

a) Le bilan comparatif des médicaments à l'admission

La première phase de la prescription consiste en un bilan comparatif des médicaments, effectué lorsqu'une personne est admise dans un foyer de SLD. Un membre du personnel infirmier effectue généralement le bilan comparatif des médicaments¹⁵.

La pierre angulaire du bilan comparatif des médicaments consiste à recueillir le meilleur schéma thérapeutique possible, et les étapes à suivre pour parvenir à cette fin sont décrites à la figure 17.2¹⁶. Pour commencer, le clinicien qui établit ce schéma passe en revue les médicaments du résident – y compris le nom, la posologie, la voie d'administration et la fréquence – afin de saisir les médicaments pris par le résident avant son admission¹⁷. Le clinicien mène également des entrevues avec le résident et (ou) sa famille, et il consulte au moins une autre source fiable de renseignements¹⁸. Le meilleur schéma thérapeutique possible est ensuite utilisé pour rédiger les ordonnances d'admission ou de réadmission¹⁹. ISMP Canada note que ce schéma « repose

¹² Ackroyd-Stolarz, Hartnell et MacKinnon, « Approaches to Improving the Safety of the Medication Use System » p. 60.

¹³ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 6.

¹⁴ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 6.

¹⁵ Anne Snowdon et Ryan DeForge, « Examining the Impact of Pharmacist-Led Medication Reconciliation in Long-Term Care », rapport final, World Health Innovation Network et University of Windsor, 15 janvier 2019, p. 3.

¹⁶ ISMP Canada et CPSI, « Le bilan comparatif des médicaments pour les soins de longue durée, Trousse de départ » (version 3), mars 2017, p. 23, accessible à l'adresse suivante : <https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/MedRec-LTC-GSK-FR.pdf>.

¹⁷ ISMP Canada et CPSI, « Le bilan comparatif des médicaments pour les soins de longue durée », p. 19, 26.

¹⁸ ISMP Canada et CPSI, « Le bilan comparatif des médicaments pour les soins de longue durée », p. 20.

¹⁹ ISMP Canada et CPSI, « Le bilan comparatif des médicaments pour les soins de longue durée », p. 19.

fortement sur les habilités d'entrevue des cliniciens, la capacité des résidents à participer et l'accès à la liste des médicaments des résidents ou aux dossiers d'administration de la pharmacie communautaire²⁰ ». Il faut savoir qu'un schéma thérapeutique lacunaire est responsable de la plupart des divergences non intentionnelles pouvant mener aux erreurs de médicaments²¹.

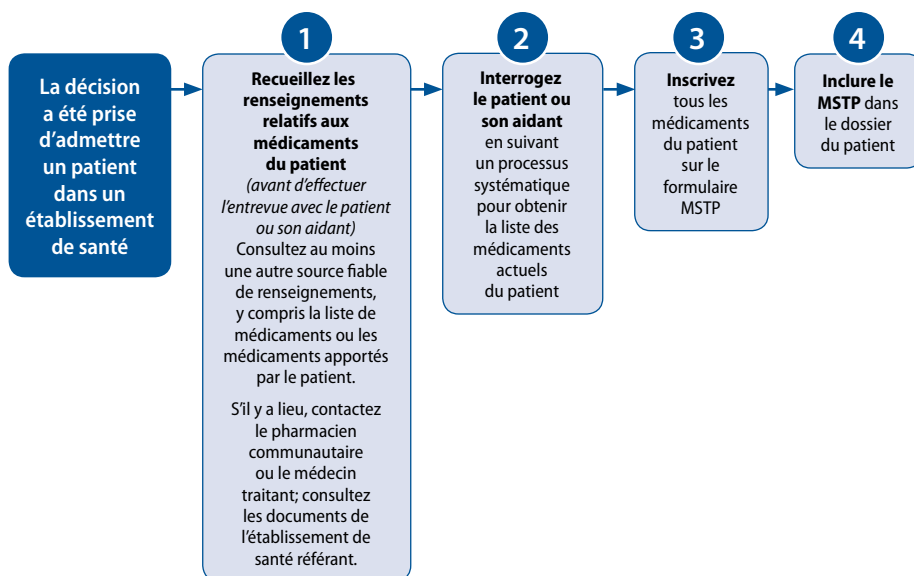


Figure 17.2 : Organigramme pour la création du meilleur schéma thérapeutique possible

Source : ISMP Canada et CPSI, « Le bilan comparatif des médicaments pour les soins de longue durée, Trousse de départ » (version 3), mars 2017.

Remarque : Dans le document, « MSTP » fait référence au « meilleur schéma thérapeutique possible ».

b) La prescription des médicaments

Une fois le bilan comparatif des médicaments effectué, un médecin ou un infirmier praticien est responsable d'évaluer le résident, d'établir un diagnostic à son égard et de lui prescrire des médicaments²². Les prescripteurs rédigent les ordonnances à la main, les inscrivent électroniquement dans le dossier

²⁰ ISMP Canada et CPSI, « Le bilan comparatif des médicaments pour les soins de longue durée », p. 20.

²¹ ISMP Canada et CPSI, « Le bilan comparatif des médicaments pour les soins de longue durée », p. 20.

²² Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 6.

médical du résident ou les communiquent à un membre du personnel infirmier par téléphone pour ensuite cosigner le tout à leur prochaine visite au foyer de SLD²³.

Les infirmiers ne sont pas autorisés à administrer des médicaments à un résident d'un foyer de SLD sans l'ordonnance d'un prescripteur, même si le médicament en question ne nécessite pas d'ordonnance (p. ex. Tylenol Régulier)²⁴.

Lors de l'admission du résident, afin de prendre en charge les affections aiguës mineures (p. ex. douleur légère, nausée, constipation légère) et les urgences (p. ex. anaphylaxie, hypoglycémie), les prescripteurs « préprescrivent » des médicaments par l'intermédiaire de directives médicales ou d'ensembles de modèles d'ordonnances²⁵. Les directives médicales permettent la prescription globale de médicaments pour tous les résidents du foyer, à administrer quand un résident répond aux critères énoncés dans les directives²⁶. Les ensembles de modèles d'ordonnances ressemblent aux directives médicales en ce sens qu'ils permettent de préprescrire des médicaments, mais d'une manière adaptée aux résidents individuels²⁷. Les directives médicales et les ensembles de modèles d'ordonnances sont passés en revue au moins une fois par an²⁸.

2. La transcription

À l'étape de la transcription, l'ordonnance est copiée ou convertie sous une forme quelconque, telle qu'utilisée par les membres du personnel soignant. Par exemple, l'ordonnance est transmise à la pharmacie par télécopie ou par voie électronique, éventuellement à l'aide d'un stylo numérique²⁹. Là, un pharmacien, un technicien ou un assistant en pharmacie la transcrit à deux emplacements. Le premier est le profil pharmaceutique informatisé, cette étape permettant la préparation des médicaments. Le deuxième est le dossier sur l'administration des médicaments (dossier AM), qui contient la liste des médicaments d'un résident et le calendrier d'administration³⁰.

²³ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 7.

²⁴ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 6; Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8195-96.

²⁵ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 6-7; Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8199.

²⁶ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 6-7.

²⁷ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 7.

²⁸ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 6-7.

²⁹ Un stylo numérique est un stylo électronique spécial utilisé par les prescripteurs pour rédiger leurs ordonnances. Lorsque le stylo est repositionné à sa station d'accueil, il transmet une copie exacte de l'ordonnance à la pharmacie : Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 7.

³⁰ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 3, 6.

Le dossier AM peut prendre soit la forme d'un système électronique (dossier électronique AM), soit celle d'un document généré par ordinateur et produit par le fournisseur de services pharmaceutiques (dossier imprimé AM)³¹. Dans un foyer de SLD, la transcription de la pharmacie dans le dossier AM est généralement vérifiée par deux infirmiers en la comparant à l'ordonnance manuscrite originale figurant dans le dossier médical du résident. Les infirmiers documentent également leurs vérifications portant sur l'ordonnance³². De plus, ils transcrivent les ordonnances sur des formulaires pour passer les commandes auprès de la pharmacie³³.

3. La préparation

À l'étape de la préparation, le fournisseur de services pharmaceutiques prépare, conditionne et livre les médicaments aux foyers de SLD³⁴. Les infirmiers du foyer reçoivent ensuite les médicaments, les chargent dans les chariots à médicaments, les entreposent dans les salles des médicaments et les préparent aux fins de l'administration. Tout ceci représente un fardeau important pour les infirmiers, qui ne disposent généralement d'aucune formation comme telle pour accomplir ces tâches³⁵.

a) Le format et le conditionnement des médicaments dans les foyers de SLD

(i) Le système de posologie surveillé

L'article 125 du Règlement oblige les foyers de SLD à utiliser un système de posologie surveillé. Ce système permet l'identification d'un médicament à partir de l'étape de la préparation jusqu'à son administration³⁶. L'objectif est de « mettre l'accent sur la facilité et l'exactitude de l'administration de médicaments aux résidents et appuyer les activités de surveillance et de vérification à leur égard »³⁷. Dans le cadre d'un système de posologie surveillé, les médicaments (c.-à-d. comprimés et gélules) sont maintenus dans leur contenant ou emballage étiqueté d'origine, tel que préparé par le fournisseur

³¹ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 15-16.

³² Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 7.

³³ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 3.

³⁴ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 4.

³⁵ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 27.

³⁶ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8205.

³⁷ Règl. de l'Ont., art. 125(2).

de services pharmaceutiques ou le gouvernement de l'Ontario, jusqu'à leur administration à un résident ou leur destruction³⁸.

L'Ontario Pharmacists Association (OPA) a produit des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour aider les foyers à se conformer aux règlements qui régissent le système de gestion des médicaments. En ce qui concerne l'emballage, ces lignes directrices mentionnent la pochette ou la bande alvéolée, la plaquette alvéolée et le système Dispill™ comme exemples de conditionnements admissibles dans le cadre du système de posologie surveillé³⁹. Les emballages en bande alvéolée, contenant d'un à cinq médicaments par emballage, sont souvent utilisés pour les résidents des foyers de SLD⁴⁰. Tous les médicaments devant être administrés à une heure précise pour un résident en particulier sont placés dans un seul emballage⁴¹. Chaque médicament dans l'emballage est identifié par une description sur l'emballage, le nom du résident et l'heure à laquelle le médicament doit être administré⁴². Les bandes sont produites automatiquement par les fournisseurs de services pharmaceutiques et sont livrées chaque semaine aux foyers de SLD⁴³. Ainsi, chaque résident reçoit une provision hebdomadaire, constituée d'emballages individuels de médicaments⁴⁴.

Des études ont démontré que la préparation des médicaments en une seule unité ou en une dose unitaire dans un format prêt à être administré (tels que les bandes alvéolées) réduisait les erreurs et permettait de gagner du temps lors de l'administration⁴⁵.

³⁸ Ontario Pharmacists Association, « OPA Best Practice Guidelines for Long-Term Care: Inspections of the Medication Management System », accessible à l'adresse https://www.opatoday.com/Media/Default/Tools%20and%20forms%20-%20LTC/2016-06-20%20LTC-TableUpdate_Complete-1.pdf, p. 14; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 126.

³⁹ Ontario Pharmacists Association, « OPA Best Practice Guidelines for Long-Term Care », p. 14.

⁴⁰ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 8.

⁴¹ Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, « glossaire », <https://www.cshp.ca/glossaire> (voir « Système avec contrôle des doses »).

⁴² Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8205.

⁴³ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 8-9.

⁴⁴ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8206-7.

⁴⁵ Ackroyd-Stolarz, Hartnell et MacKinnon, « Approaches to Improving the Safety of the Medication Use System », p. 61; DW. Simborg et HJ. Derewicz, « A Highly Automated Hospital Medication System: Five Years' Experience and Evaluation » (1975) 83, *Annals of Internal Medicine*, p. 342-46; M. O'Brodovich et P. Rappaport, « A Study Pre and Post Unit Dose Conversion in a Pediatric Hospital » (1991) 44, *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, p. 5-15, 50.

(ii) Les médicaments à administrer au besoin et à doses multiples

Deux groupes de médicaments ne peuvent être fournis via le système de posologie surveillé : les médicaments à administrer au besoin⁴⁶ (PRN) et les médicaments à doses multiples. Les médicaments à administrer au besoin sont ceux qui ne sont pas programmés régulièrement, comme les somnifères (dont un résident peut n'avoir besoin qu'occasionnellement) et les antidouleurs⁴⁷. Les médicaments à doses multiples sont ceux qui viennent dans des contenants recelant plusieurs doses, comme un inhalateur, un flacon de gouttes pour les yeux, une crème ou un stylo injecteur à insuline. Ils ne sont pas préparés en bandes. Les médicaments à doses multiples sont commandés auprès du fournisseur de services pharmaceutiques au besoin⁴⁸. Par exemple, les inhalateurs sont habituellement préparés un à la fois, les stylos injecteurs à insuline sont préparés en boîtes de trois et les cartouches d'insuline, en boîtes de cinq⁴⁹. On livre en général ces médicaments en provisions bonnes pour un mois⁵⁰.

(iii) Le stock gouvernemental et la boîte à médicaments d'urgence

En règle générale, tous les médicaments dans les foyers de SLD, même ceux préparés en tant que médicaments à doses multiples, sont prescrits et étiquetés en fonction des résidents individuels. Par exemple, le stylo injecteur à insuline de chaque résident porte une étiquette indiquant le nom du résident et le type d'insuline qu'il contient⁵¹.

Il existe deux exceptions à cette règle. Premièrement, les médicaments relativement inoffensifs tels que l'acétaminophène, les laxatifs et les antiacides sont fournis en vrac par le Service d'approvisionnement médicopharmaceutique du gouvernement de l'Ontario⁵². Les médicaments du stock gouvernemental sont généralement libres d'être administrés conformément aux directives médicales et aux ensembles de modèles d'ordonnances. Deuxièmement, chaque foyer de SLD doit disposer d'une boîte à médicaments d'urgence, qui contient des médicaments de secours (p. ex. diphenhydramine, épinéphrine, glucagon, naloxone, vitamine K), des médicaments pour la prise en charge des symptômes (p. ex. furosémide, prednisone, dimenhydrinate injectable) et des médicaments pouvant être

⁴⁶ PRN est l'acronyme du terme latin *pro re nata*, signifiant « au besoin ».

⁴⁷ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8207-8.

⁴⁸ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 9; Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8208.

⁴⁹ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 9.

⁵⁰ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8264.

⁵¹ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 12; Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8231.

⁵² Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 9.

requis en dehors du calendrier d'administration quotidien (p. ex. antibiotiques oraux)⁵³. Toutefois, les narcotiques faisant partie de cette réserve de médicaments doivent être entreposés avec les autres narcotiques, plutôt que dans la boîte. Les médicaments d'urgence de la boîte devant être réfrigérés sont généralement remisés dans le réfrigérateur de la salle des médicaments où la boîte est installée⁵⁴.

Les infirmiers sont tenus de documenter l'utilisation des stocks contenus dans la boîte à médicaments d'urgence. Ils doivent également informer la pharmacie lorsque des médicaments de la boîte sont utilisés afin que ceux-ci puissent être commandés⁵⁵. Ces médicaments peuvent être administrés en fonction d'une ordonnance précise du prescripteur (p. ex. un antibiotique, avant qu'il ne soit accessible via une nouvelle ordonnance pour le résident) ou, en cas de nécessité urgente, conformément aux directives médicales et aux ensembles de modèles d'ordonnances⁵⁶. La boîte à médicaments d'urgence fait habituellement l'objet d'une vérification mensuelle par le personnel infirmier ou pharmacien⁵⁷.

b) La livraison et l'entreposage des médicaments

Les médicaments sont livrés aux foyers de SLD par le fournisseur de services pharmaceutiques⁵⁸. Un foyer de SLD ne peut conserver des provisions de plus de trois mois⁵⁹.

Les médicaments sont entreposés dans un emplacement sécurisé et verrouillé ou rangés dans un chariot à médicaments, celui-ci étant utilisé exclusivement pour les médicaments et les articles connexes. Ils sont ainsi protégés des variations environnementales et entreposés d'une manière conforme aux instructions du fabricant⁶⁰. Les médicaments devant être réfrigérés sont mis dans un réfrigérateur dans la salle des médicaments. Les contenants employés pour les médicaments stables à température ambiante (l'insuline par exemple est stable pendant 28 jours à température ambiante) sont rangés dans les chariots à médicaments⁶¹.

⁵³ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 9.

⁵⁴ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 10.

⁵⁵ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 123; Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 9; Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8213-16.

⁵⁶ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 9-10.

⁵⁷ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 10.

⁵⁸ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 21.

⁵⁹ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 124.

⁶⁰ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 129.

⁶¹ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 20.

Les emplacements où les médicaments sont entreposés doivent être verrouillés en tout temps, et leur accès est limité au personnel du foyer de SLD qui peut préparer, prescrire ou administrer des médicaments dans l'établissement⁶². De nombreux foyers de SLD ont recours à des cartes magnétiques pour contrôler l'accès aux salles des médicaments, et certains foyers ont mis en place un dispositif électronique pour accéder aux chariots. Ces systèmes permettent aux établissements d'assurer le suivi de l'accès aux zones sécurisées⁶³.

Les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'emplacement sous clé, ou dans un rangement distinct sous clé à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé⁶⁴. Ces substances doivent être comptées à chaque changement de quart par les infirmiers qui finissent et qui commencent leur quart, toute déviation par rapport aux quantités attendues devant être immédiatement signalée et résolue avant le départ de l'infirmier ayant terminé son quart⁶⁵. Le titulaire de permis est tenu de procéder à une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien des substances désignées afin de relever tout écart. Il doit immédiatement prendre des mesures si une divergence est découverte⁶⁶.

Dans les chariots à médicaments se trouve un bac individuel (ou un compartiment) contenant les médicaments pour chaque résident. Les chariots sont verrouillés lorsqu'ils ne sont pas utilisés. Les médicaments qui ne sont pas administrés par voie orale sont placés dans un rangement séparé et désigné à cette fin dans les chariots à médicaments. Comme indiqué ci-dessous, les infirmiers passent ensuite avec le chariot dans les corridors de l'établissement pour administrer les médicaments⁶⁷.

Les infirmiers vérifient les médicaments en les comparant à l'ordonnance d'origine et au dossier électronique ou imprimé AM avant de les ranger dans les bacs désignés des résidents dans le chariot à médicaments. Les tâches de vérification et d'entreposage de la commande hebdomadaire de médicaments peuvent représenter entre une et deux heures de travail infirmier par unité de SLD⁶⁸. Si un foyer de SLD utilise un dossier électronique AM, les médicaments

⁶² Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130.

⁶³ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 20.

⁶⁴ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 129.

⁶⁵ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 20-21.

⁶⁶ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130.

⁶⁷ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 20. Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8243-45.

⁶⁸ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 21.

sont balayés lors de la réception afin de s'assurer qu'ils correspondent à la commande⁶⁹.

Les foyers de SLD sont tenus d'établir, de tenir et de conserver pendant deux ans un dossier de tous les médicaments reçus à l'établissement. Ce dossier doit comporter le numéro d'ordonnance, le nom du résident pour qui le médicament est prescrit et la signature de la personne accusant réception du médicament à l'établissement⁷⁰. Les substances désignées administrées aux résidents doivent également faire l'objet d'un bilan comparatif périodique avec le dossier des médicaments reçus des pharmacies⁷¹.

c) L'obtention des médicaments requis de manière urgente

Parfois, un résident peut nécessiter un nouveau médicament de manière urgente. Par exemple, il est possible qu'un prescripteur établisse une ordonnance d'antibiotique pour un résident pendant le week-end⁷². Lorsque cela se produit, le foyer de SLD peut alors :

- soumettre l'ordonnance au fournisseur de services pharmaceutiques ou à la pharmacie locale désignée⁷³;
- prélever une dose de médicament parmi les doses futures de ce résident (la dose prélevée devant être ensuite remplacée par la pharmacie); cette façon de faire n'est toutefois pas idéale lorsque les doses futures du résident sont conditionnées en bandes avec d'autres médicaments, car « toute l'administration des médicaments s'en trouve perturbée » pour les prochains jours⁷⁴;
- prélever une dose de médicament à partir des stocks d'un autre résident, la dose prélevée devant ensuite être remplacée par la pharmacie; cette pratique est également déconseillée, car elle peut entraîner un risque d'erreur de médicament⁷⁵;
- utiliser les médicaments de la boîte à médicaments d'urgence⁷⁶.

⁶⁹ Témoignage de Karen Routledge, transcription, 12 juin 2018, p. 1281-82.

⁷⁰ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 133; Affidavit de Helen Crombez, par. 45.

⁷¹ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8248-49.

⁷² Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8209-10.

⁷³ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 9.

⁷⁴ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 9; Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8210-11.

⁷⁵ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 9; Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8211-13.

⁷⁶ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 9; Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8211-13.

4. L'administration

À l'étape de l'administration, les infirmiers donnent aux résidents les médicaments prescrits par ingestion, injection, application topique ou par d'autres moyens⁷⁷. L'administration de médicaments aux résidents est « l'une des activités les plus à risque » dans les établissements de soin⁷⁸. Ce travail prend également beaucoup de temps. En effet, l'administration de médicaments à 30 résidents peut prendre de deux heures et demie à trois heures, et le processus doit être répété jusqu'à quatre fois par jour⁷⁹. Lorsqu'ils administrent des médicaments, les infirmiers doivent respecter huit « critères » : soit administrer le bon médicament, selon le bon dosage, par la bonne voie d'administration, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec la bonne réaction⁸⁰.

Dans les foyers de SLD, les dossiers AM guident l'administration des médicaments⁸¹. Les dossiers AM sont disposés sur les chariots à médicaments, que le personnel infirmier pousse dans les corridors de l'établissement lors de la distribution. Les chariots contiennent des photographies en couleurs des résidents pour vérifier leur identité, tandis que les dossiers AM sont utilisés pour déterminer les médicaments à administrer⁸².

Aux fins de l'administration des médicaments, l'emballage en bande alvéolée correspondant à un résident particulier et à l'heure d'administration particulière est d'abord extrait du chariot. Si un médicament n'est pas administré (p. ex. parce que le résident le refuse), ce fait doit être consigné⁸³.

Certains foyers de SLD ont mis en place un processus de contre-vérification indépendante pour réduire le risque d'utilisation incorrecte de médicaments de niveau d'alerte élevé (y compris l'insuline)⁸⁴.

⁷⁷ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 4.

⁷⁸ Ackroyd-Stolarz, Hartnell et MacKinnon, « Approaches to Improving the Safety of the Medication Use System », p. 62.

⁷⁹ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 15; Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8239.

⁸⁰ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 4. Auparavant, il n'y avait que cinq « principes »; aussi, la « bonne réaction » est parfois omise de la liste : affidavit de Tanya Adams, pièce A, par. 32.

⁸¹ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 15-16.

⁸² Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 15-16.

⁸³ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 15.

⁸⁴ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 11.

5. La surveillance

Durant l'étape de la surveillance, le personnel de santé observe les effets du médicament sur le résident. Ils sont à l'affût des effets à court terme (p. ex. une réaction allergique immédiate) comme des effets à long terme (p. ex. effet sur le taux de cholestérol sur une période donnée)⁸⁵. Toutes les disciplines de la santé ont un rôle à jouer dans la surveillance :

Les prescripteurs ont la responsabilité générale des résultats thérapeutiques. Les infirmiers sont responsables de la surveillance immédiate des résultats thérapeutiques et des réactions indésirables potentielles à des médicaments. Les pharmaciens fournissent pour leur part un soutien clinique (p. ex. examen des médicaments et consultation à leur égard), dans le but de favoriser la réalisation des objectifs de la pharmacothérapie⁸⁶.

Les foyers de SLD sont tenus d'assurer la surveillance et la documentation relativement aux réactions des résidents aux médicaments et à l'efficacité de ceux-ci⁸⁷. Ils doivent veiller 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 »⁸⁸. L'article 1 du Règlement définit les expressions « réaction indésirable à un médicament » et « incident lié à un médicament »⁸⁹ comme suit :

« 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;

...

« 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 :

⁸⁵ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 4.

⁸⁶ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 16.

⁸⁷ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 134a).

⁸⁸ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 134b).

⁸⁹ Les termes « incidents liés à des médicaments » et « erreurs de médicament » sont employés indifféremment: voir le rapport d'expert de Julie Greenall, note en bas de page n° 43.

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.

Les foyers de SLD procèdent à une évaluation complète des médicaments dans les quatre à six semaines suivant l'admission de leurs résidents et réévaluent le régime médicamenteux chaque trimestre⁹⁰. Un examen annuel plus approfondi du régime pharmacologique de chaque résident remplace l'une des réévaluations trimestrielles. Les évaluations et réévaluations visent à réduire les réactions indésirables, à garantir que le traitement pharmacologique du résident est approprié, à surveiller la réponse aux médicaments et leur efficacité, ainsi qu'à améliorer les résultats de la pharmacothérapie pour les résidents⁹¹.

Les fournisseurs de services pharmaceutiques, les infirmiers et les prescripteurs jouent chacun un rôle dans les évaluations et les réévaluations. Les fournisseurs de services pharmaceutiques élaborent les formulaires en fonction des profils pharmaceutiques existants, les infirmiers passent en revue ces formulaires et les prescripteurs décident de poursuivre ou d'arrêter les médicaments⁹². La réévaluation constante des médicaments est motivée par le souci « de s'assurer que les indications sont toujours pertinentes, que les résidents ne présentent pas de réactions secondaires qu'il n'y a pas d'autre solution de remplacement qui pourrait être mieux tolérée, ce genre de choses »⁹³.

Les pharmaciens prennent souvent la tête des évaluations et des réévaluations des médicaments. Ainsi, un pharmacien consultant a estimé qu'il consacrait 60 à 70 % de son temps aux évaluations et réévaluations⁹⁴. Les lignes directrices de l'OPA sur les meilleures pratiques suggèrent aux pharmaciens de prendre en compte les commentaires de l'équipe soignante concernant

⁹⁰ Ontario Pharmacists Association, « OPA Best Practice Guidelines for Long-Term Care », 11; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 120.1, 134(c).

⁹¹ Ontario Pharmacists Association, « OPA Best Practice Guidelines for Long-Term Care », p. 20.

⁹² Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 8.

⁹³ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8197-98.

⁹⁴ Affidavit de Jonathan Lu, pièce A, par. 42.

les « informations particulières aux résidents, comme les chutes, la sédation, la confusion et la douleur »⁹⁵, et que les médecins remplissent et signent les évaluations en temps opportun⁹⁶.

En plus d'effectuer les évaluations et les réévaluations, les pharmaciens passent en revue les dossiers médicaux, vérifient les résultats de laboratoire, sont à l'affût des interactions médicamenteuses, comparent les médicaments à la liste des médicaments non recommandés, éduquent, se livrent à des vérifications et participent aux réunions d'évaluation trimestrielles du foyer⁹⁷.

E. L'élimination et la destruction des médicaments

L'article 136 du Règlement exige que le titulaire de permis élabore une politique écrite prévoyant l'identification, la destruction et l'élimination continues des médicaments périmés et non administrés, entre autres. Un médicament « est considéré comme étant détruit s'il est modifié ou dénaturé à tel point que sa consommation est devenue impossible ou improbable »⁹⁸.

Dans les foyers de SLD, les médicaments non contrôlés à détruire sont généralement placés dans de grands récipients en plastique ouverts situés dans chaque salle des médicaments⁹⁹. Les médicaments sont détruits en les dénaturant avec des substances comme de l'eau savonneuse, un antiacide liquide, un laxatif liquide ou un sirop pour la toux. Cette opération est généralement effectuée chaque mois¹⁰⁰.

Deux membres du personnel, dont un infirmier autorisé, sont chargés d'effectuer la destruction des médicaments non désignés¹⁰¹. Après destruction, les conteneurs sont scellés et mis de côté pour être enlevés par une entreprise approuvée d'élimination des déchets¹⁰².

⁹⁵ Ontario Pharmacists Association, « OPA Best Practice Guidelines for Long-Term Care », p. 11.

⁹⁶ Ontario Pharmacists Association, « OPA Best Practice Guidelines for Long-Term Care », p. 11.

⁹⁷ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8239-40.

⁹⁸ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 136.

⁹⁹ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 21-22; Affidavit de Helen Crombez, par. 50.

¹⁰⁰ Affidavit de Helen Crombez, par. 52; Ontario Pharmacists Association, « OPA Best Practice Guidelines for Long-Term Care », p. 25.

¹⁰¹ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 136(3).

¹⁰² Ontario Pharmacists Association, « OPA Best Practice Guidelines for Long-Term Care », p. 25.

La destruction des médicaments désignés doit être effectuée par un médecin ou un pharmacien et un membre du personnel infirmier autorisé¹⁰³. Ceux-ci doivent documenter la destruction et le motif de la destruction dans le dossier des médicaments¹⁰⁴.

F. La surveillance du système de gestion des médicaments

Le Règlement établit un certain nombre de mécanismes de surveillance conçus pour évaluer la sécurité et l'efficacité du système de gestion des médicaments, gérer les risques et améliorer les résultats thérapeutiques pour les résidents des foyers de SLD.

1. Les vérifications

Les titulaires de permis et les fournisseurs de services pharmaceutiques sont tenus d'élaborer des protocoles de vérification permettant au fournisseur de services d'évaluer le système de gestion des médicaments¹⁰⁵. Un certain nombre de pharmaciens qui servent les foyers de SLD ont mentionné avoir effectué les types de vérification décrits ci-dessous.

- **système de gestion des médicaments** : examen des pratiques en matière de manutention, d'entreposage, d'administration et d'utilisation des médicaments¹⁰⁶;
- **dossiers des résidents** : le dossier d'un résident est choisi au hasard pour s'assurer que les ordonnances sont traitées complètement et avec précision, et que les médicaments désignés sont bien reçus et comptabilisés¹⁰⁷;
- **bilan comparatif des médicaments** : vérification des documents appropriés pour s'assurer qu'ils ont été remplis lors de l'admission¹⁰⁸;
- **substances désignées** : une ordonnance de substances désignées est examinée au hasard pour vérifier si les médicaments sont comptabilisés et documentés dans le dossier AM¹⁰⁹;

¹⁰³ Règl. de l'Ont 79/10, art. 120, 136(3).

¹⁰⁴ Règl. de l'Ont 79/10, art. 136(4).

¹⁰⁵ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 120.

¹⁰⁶ Affidavit de Tanya Adams, pièce A, par. 17; Affidavit de Jonathan Lu, pièce A, par. 25.

¹⁰⁷ Affidavit de Jonathan Lu, pièce A, par. 26.

¹⁰⁸ Affidavit de Jonathan Lu, pièce A, par. 27.

¹⁰⁹ Affidavit de Jonathan Lu, pièce A, par. 28; Affidavit de Tanya Adams, pièce A, par. 17.

- **insuline** : les pratiques en matière d'étiquetage de l'insuline, d'entreposage du médicament et de la documentation de l'administration sont passées en revue¹¹⁰;
- **boîtes à médicaments d'urgence** : pour s'assurer que tous les éléments de la boîte sont comptabilisés, documentés et qu'ils ne sont pas périmés¹¹¹.

Les pharmaciens ayant témoigné lors des audiences publiques ont déclaré que des vérifications étaient effectuées dans les établissements tous les mois, et que l'ensemble des vérifications étaient effectuées tous les trois ou six mois¹¹². En fonction des résultats des vérifications, les fournisseurs de services pharmaceutiques peuvent recommander des plans d'action pour améliorer les pratiques¹¹³. Ils peuvent également organiser des séances de formation pour le personnel des foyers de SLD, en particulier lorsqu'une vérification révèle des problèmes¹¹⁴.

2. L'analyse des incidents liés à des médicaments

Les titulaires de permis doivent veiller à ce que chaque incident lié à un médicament ou chaque réaction indésirable soit documenté, tout comme les mesures prises pour y remédier¹¹⁵. L'établissement doit également voir à ce que l'incident ou la réaction indésirable soit 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 ou à l'infirmier praticien du résident (c.-à-d. un infirmier autorisé de la catégorie supérieure) et au fournisseur de services pharmaceutiques¹¹⁶.

Une infirmière a déclaré qu'il incombait aux membres du personnel infirmier de rapporter eux-mêmes les incidents liés à des médicaments, car généralement, chaque soignant « se retrouve seul avec 32 résidents »¹¹⁷. Un directeur des soins infirmiers a confirmé que le foyer « s'attendait bel et bien

¹¹⁰ Affidavit de Joanne Polkiewicz, par. 93.

¹¹¹ Affidavit de Jonathan Lu, pièce A, par. 29.

¹¹² Affidavit de Tanya Adams, pièce A, par. 18; Affidavit de Jonathan Lu, pièce A, par. 30; Affidavit de Joanne Polkiewicz, par. 90.

¹¹³ Affidavit de Joanne Polkiewicz, par. 94.

¹¹⁴ Affidavit de Tanya Adams, pièce A, par. 23; Affidavit de Helen Crombez, par. 37.

¹¹⁵ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135.

¹¹⁶ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135(1).

¹¹⁷ Affidavit de Karen Routledge, par. 25.

à ce que les erreurs de médicament soient rapportées par la personne en cause »¹¹⁸. Cependant, des erreurs pouvaient également être relevées par le personnel du prochain quart de travail¹¹⁹. Un autre directeur des soins infirmiers a pour sa part mentionné « l'insistance de la pharmacie – dans le cadre des meilleures pratiques – pour qu'on discute avec les infirmiers au lieu de les discipliner, afin qu'ils se sentent à l'aise de s'autosignaler en cas d'erreur et de se signaler mutuellement [...]. Ce n'est qu'en présence d'un schéma récurrent que nous appliquerions la discipline, parce que nous voulons que le personnel rapporte lui-même les erreurs de médicament. Les membres du personnel en cause feraient également l'objet d'une formation complémentaire afin que l'erreur ne se reproduise plus. »¹²⁰

Les titulaires de permis doivent veiller à ce que tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables à des médicaments soient examinés et analysés¹²¹. Les lignes directrices de l'OPA sur les meilleures pratiques recommandent à ce sujet une « politique de gestion des incidents [...] assortie d'un processus *cohérent et immédiat* permettant l'identification, le signalement, l'examen et l'analyse de tous les incidents liés à des médicaments qui touchent un résident »¹²². Le pharmacien et le directeur des soins infirmiers sont avisés des erreurs pour leur permettre de mener une « enquête immédiate »¹²³. L'article 120 du Règlement prévoit d'ailleurs la participation du fournisseur de services pharmaceutiques à l'examen des incidents liés à des médicaments, des réactions indésirables à des médicaments et de l'utilisation de médicaments¹²⁴.

Une pharmacienne a déclaré qu'elle se penchait sur les erreurs de médicament dont elle était informée en adoptant « un point de vue clinique », notamment pour ce qui est de la détermination des problèmes systémiques ou des problèmes de pratique professionnelle. Dans son témoignage, elle a déclaré que son rôle était « d'examiner les incidents liés à des médicaments afin de déterminer si des mesures préventives pourraient être prises »¹²⁵. Un autre pharmacien a fait remarquer qu'en raison de la charge de travail dans les

¹¹⁸ Affidavit de Melanie Smith, par. 27.

¹¹⁹ Affidavit de Karen Routledge, par. 25.

¹²⁰ Affidavit de Helen Crombez, par. 177.

¹²¹ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135(2).

¹²² Ontario Pharmacists Association, « OPA Best Practice Guidelines for Long-Term Care », p. 21 [italiques dans l'original].

¹²³ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8291.

¹²⁴ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 120.

¹²⁵ Affidavit de Joanne Polkiewicz, par. 77, 82.

foyers de SLD, il était difficile pour les établissements de signaler toutes les erreurs en temps voulu au fournisseur de services pharmaceutiques : « Par exemple, si un infirmier administre un médicament et aperçoit une dose supplémentaire dans une plaquette alvéolée, il n'aura peut-être pas le temps de s'arrêter et de remplir un formulaire d'incident, car la distribution des médicaments est prioritaire, les résidents devant les prendre au bon moment »¹²⁶. Une autre pharmacienne a pour sa part confirmé qu'elle ne pensait pas que sa pharmacie était informée de tous les incidents¹²⁷.

3. Les évaluations trimestrielles

Selon l'article 115 du Règlement, chaque titulaire de permis d'un foyer de SLD doit avoir son équipe interdisciplinaire qui comprend le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et le fournisseur de services pharmaceutiques. Ce groupe est censé se rencontrer au moins une fois tous les trois mois pour « évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à apporter pour l'améliorer »¹²⁸. Chacun apporte des connaissances sur « un élément différent du processus », et les réunir permet de visualiser le « système dans son ensemble »¹²⁹.

Les évaluations trimestrielles comprennent :

- **Un examen des tendances et caractéristiques de l'utilisation des médicaments au foyer**¹³⁰. Selon les lignes directrices de l'OPA relatives aux pratiques exemplaires, le pharmacien devrait présenter des rapports statistiques sur l'utilisation des médicaments. L'équipe interdisciplinaire doit utiliser ces statistiques pour l'établissement de tendances, l'analyse comparative et la prise de décisions cliniques afin d'optimiser les résultats thérapeutiques des résidents. Cette équipe devrait également élaborer et surveiller des indicateurs de qualité ou de rendement contenant des données historiques, par exemple sur l'utilisation d'antipsychotiques, d'antibiotiques, de benzodiazépines et de médicaments cytotoxiques¹³¹.

¹²⁶ Affidavit de Jonathan Lu, par. 51.

¹²⁷ Affidavit de Tanya Adams, par. 86.

¹²⁸ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 115.

¹²⁹ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8362.

¹³⁰ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 115(3)(a).

¹³¹ Ontario Pharmacists Association, « OPA Best Practice Guidelines for Long-Term Care » 6.

- **Un examen de tous les incidents liés à des médicaments et des réactions indésirables à des médicaments au foyer**¹³². Les lignes directrices de l'OPA sur les pratiques exemplaires prévoient que, même si les incidents liés à des médicaments et les réactions indésirables à ces derniers doivent être abordés lorsqu'ils surviennent, l'évaluation trimestrielle fournit une surveillance supplémentaire. L'équipe interdisciplinaire doit examiner tous les rapports d'incidents liés à des médicaments et de réactions indésirables à des médicaments afin de s'assurer que des mesures ont été prises pour réduire le risque de récurrence¹³³.
- **Un examen de tous les cas où des résidents ont été maîtrisés en leur administrant un médicament lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'ils ne subissent ou ne causent à autrui un préjudice physique grave**¹³⁴.
- **La détermination des modifications à apporter pour améliorer le système, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes**¹³⁵. Les lignes directrices de l'OPA sur les pratiques exemplaires suggèrent que cette étape devrait inclure :
 - l'examen des politiques écrites, des procédures et des vérifications concernant le système de gestion des médicaments;
 - l'élaboration de directives médicales;
 - l'examen de la boîte à médicaments d'urgence;
 - l'examen des médicaments de niveau d'alerte élevé;
 - la détermination des besoins du personnel en matière d'éducation et de formation;
 - l'introduction des technologies¹³⁶.

Le foyer doit consigner dans un dossier les résultats de l'évaluation trimestrielle et les modifications qui ont été mises en œuvre¹³⁷. Les lignes directrices de l'OPA sur les pratiques optimales recommandent que ces réunions soient également consignées dans un procès-verbal¹³⁸.

¹³² Règl. de l'Ont. 79/10, art. 115(3)(b).

¹³³ Ontario Pharmacists Association, « OPA Best Practice Guidelines for Long-Term Care » 6; Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8291.

¹³⁴ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 115(3)(b).

¹³⁵ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 115(3)(c).

¹³⁶ Ontario Pharmacists Association, « OPA Best Practice Guidelines for Long-Term Care » 6-7.

¹³⁷ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 115(5).

¹³⁸ Ontario Pharmacists Association, « OPA Best Practice Guidelines for Long-Term Care » 6.

4. Les évaluations annuelles

En plus des évaluations trimestrielles, l'équipe interdisciplinaire du foyer doit se réunir une fois par an, en compagnie d'un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer¹³⁹. Les lignes directrices de l'OPA sur les pratiques exemplaires recommandent à l'équipe de passer en revue les évaluations trimestrielles de l'année précédente et de procéder à une évaluation de l'efficacité du système de gestion des médicaments dans le foyer, à l'aide d'un instrument d'évaluation spécialement conçu à cet effet¹⁴⁰.

L'instrument « Auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments pour les soins de longue durée » de l'ISMP Canada, entre autres, peut servir à effectuer l'évaluation annuelle requise¹⁴¹. Cette évaluation est une enquête en ligne autocritique, destinée à compléter les activités continues liées à la sécurité des médicaments du foyer de SLD. Elle vise à sensibiliser les foyers aux caractéristiques d'un système de médicaments sécuritaire, à leur permettre d'examiner la sécurité et les risques de leurs systèmes de gestion des médicaments et joue le rôle d'un programme d'amélioration de la qualité¹⁴². Le programme a pour objectif de mieux renseigner les foyers sur les pratiques optimales plutôt que de dénoncer publiquement les foyers moins conformes et les pointer du doigt.

L'examen des auto-évaluations de l'ISMP remplies par les foyers de SLD au fil des ans montre que les foyers de SLD présentent de nombreux points forts. Les pratiques et stratégies largement mises en œuvre comprennent :

- la distribution de médicaments aux unités de soins en doses uniques étiquetées et prêtes à l'emploi ou dans des emballages-portions propres à chaque résident;
- établir le meilleur schéma thérapeutique possible et le bilan comparatif des médicaments à l'admission, en utilisant un processus normalisé;
- avoir des prescripteurs disponibles pour évaluer les besoins des résidents et revoir les médicaments au besoin;

¹³⁹ Règl. de l'Ont. 79/10, art. 116.

¹⁴⁰ Ontario Pharmacists Association, « OPA Best Practice Guidelines for Long-Term Care » 8.

¹⁴¹ ISMP Canada, « Auto-évaluation de la sécurité des médicaments pour les soins de longue durée », <https://www.ismp-canada.org/lmssa/>. Un autre outil conforme à la réglementation est « l'instrument de vérification des médicaments » du Ministère; Témoignage de Julie Greenall, Transcription, p. 8254.

¹⁴² ISMP Canada, « Auto-évaluation de la sécurité des médicaments pour les soins de longue durée », <https://www.ismp-canada.org/lmssa/>.

- limiter les réserves de médicaments « après les heures de travail » et d'urgence;
- avoir un pharmacien de garde pour répondre aux questions et venir au foyer si nécessaire;
- définir et identifier les médicaments de niveau d'alerte élevé;
- dépister les allergies par les systèmes d'information des pharmacies et imprimer la liste des allergies aux médicaments sur chaque page du dossier AM de l'utilisateur;
- établir et utiliser de manière cohérente les heures d'administration standardisée des médicaments, y compris des « fenêtres de dosage » pour ajuster la posologie lorsque la première dose est administrée à une heure non normalisée¹⁴³.

III. Le détournement de médicaments

Lors des audiences publiques, j'ai reçu le rapport et entendu le témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker, experte qualifiée du phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé (TSMS). Son analyse de 131 cas montre que les TSMS ont généralement recours au détournement de médicaments¹⁴⁴. Wettlaufer a également choisi cette méthode et, alors qu'elle travaillait dans des foyers de SLD, elle a détourné de l'insuline et l'a utilisée pour commettre les Infractions. Elle a également utilisé de l'insuline détournée pour l'Infraction qu'elle a commise dans le cadre des soins à domicile. Dans ce cas, elle a volé de l'insuline à l'une de ses clientes et l'a utilisée pour tenter de tuer une autre cliente.

Il y a détournement lorsque des médicaments sous le contrôle d'une personne ou d'un établissement réglementés sont transférés du destinataire prévu à une autre personne pour une utilisation illicite¹⁴⁵. Le détournement prend trois formes :

- **Le vol.** Un médicament peut être volé, par exemple, dans des conteneurs en vrac ou des seaux à déchets. Cette méthode repose sur le laxisme sur

¹⁴³ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 19.

¹⁴⁴ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, 27 mai 2018, p. 12. La professeure Crofts Yorker Schumacher n'utilise généralement pas « Schumacher » lorsqu'elle se nomme. Pour cette raison, elle est désignée sous le nom de professeure Crofts Yorker dans le texte de ce Rapport; dans les citations de son rapport d'expert et de son témoignage, son nom complet est utilisé.

¹⁴⁵ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 23.

le plan de la sécurité et le manque de surveillance ou de contrôle des médicaments. Wettlaufer a utilisé l'insuline préparé pour la victime ciblée ainsi que pour d'autres résidents, entreposée dans le réfrigérateur de la salle des médicaments et non comptée¹⁴⁶.

- **La fraude.** Les méthodes permettant de frauder pour détourner des médicaments consistent à commander des quantités excédentaires à la pharmacie et à falsifier des ordonnances. Un médicament peut également être consigné comme gaspillé et ensuite conservé par la personne qui le détourne à ses propres fins¹⁴⁷.
- **La tromperie.** Par exemple, donner à un résident une concentration régulière de Tylenol plutôt qu'un comprimé de Tylenol 3 ou remplacer un médicament actif dans une seringue par un liquide clair ou un autre médicament. Dans les deux cas, le malfaiteur conserve les médicaments du résident à d'autres fins¹⁴⁸.

Le détournement cause plusieurs préjudices :

Le praticien ou l'employé peut subir des préjudices en raison d'une mauvaise utilisation ou d'une dépendance. De plus, le résident peut subir un préjudice direct du fait que le praticien a les facultés affaiblies ou est incapable d'exercer ses fonctions en matière de soins de santé, et un préjudice indirect, s'il ne reçoit pas ses médicaments et souffre d'une détérioration de son état ou de sa qualité de vie. Au niveau de l'établissement, ces préjudices se traduisent par des coûts élevés, une baisse du moral et l'érosion de la confiance envers l'établissement, et ils affectent les soins aux résidents¹⁴⁹.

Les opioïdes sont la catégorie de médicaments qui fait l'objet des détournements les plus fréquents¹⁵⁰, mais d'autres médicaments sont également détournés¹⁵¹. Comme je l'ai expliqué au chapitre 16, les TSMS utilisent souvent des médicaments injectables, en particulier l'insuline, pour commettre un meurtre. Une surdose d'insuline peut entraîner une hypoglycémie grave et la perte de conscience, des convulsions et la mort¹⁵².

¹⁴⁶ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 25.

¹⁴⁷ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 25.

¹⁴⁸ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 25.

¹⁴⁹ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 23; K.H. Berge, K.R. Dillon, K.M. Sikkink et al., « Diversion of Drugs Within Health Care Facilities, a Multiple-Victim Crime: Patterns of Diversion, Scope, Consequences, Detection, and Prevention » (2012) 87(7) *Mayo Clinical Proceedings* 674-82.

¹⁵⁰ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 23; Berge, Dillon, Sikkink et al., « Diversion of Drugs Within Health Care Facilities, a Multiple-Victim Crime » 674.

¹⁵¹ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8262-63.

¹⁵² Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 11.

Une étude menée en 2012 par la Clinique Mayo a montré que de nombreux travailleurs de la santé ne savaient pas que le détournement de médicaments dans les établissements de soins de santé était un problème grave¹⁵³. Comme l'a noté la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, toutefois, les dirigeants du secteur de la santé commencent à reconnaître que le détournement est « courant et souvent évitable »¹⁵⁴. Des rapports portant sur le détournement ont recommandé que les établissements de soins de santé déploient de vastes efforts d'éducation et mettent en œuvre des initiatives globales de prévention et de détection relativement à ce phénomène¹⁵⁵. Un des facteurs qui accroissent le risque de détournement dans les foyers de SLD est lié à l'entreposage des médicaments – les portes des salles des médicaments peuvent être déverrouillées ou ouvertes, et les chariots à médicaments peuvent être déverrouillés ou laissés sans surveillance pendant que le personnel est au chevet des patients¹⁵⁶.

Il est plus facile de détourner des médicaments entreposés en grande quantité. Ils sont particulièrement vulnérables au détournement lorsqu'ils sont emballés en vrac au lieu d'en bandes alvéolées, car il est plus difficile de déterminer ceux qui ont été subtilisés.

La variété et la quantité de médicaments qui se trouvent dans les foyers de SLD rendent difficile la prévention complète du détournement et de la mauvaise utilisation des médicaments, en particulier de l'insuline : « L'utilisation généralisée de l'insuline et la nécessité de l'utiliser sous diverses formes posologiques limitent les possibilités offertes par les systèmes de distribution de médicaments existants dans les foyers de SLD et dans les hôpitaux afin d'atténuer les risques de dommages intentionnels résultant d'une mauvaise utilisation de l'insuline »¹⁵⁷. De plus, le fait que l'insuline soit disponible sans ordonnance signifie que même si son accès est limité dans les foyers de SLD, elle est facilement accessible ailleurs¹⁵⁸.

¹⁵³ Berge, Dillon, Sikkink et al., « Diversion of Drugs Within Health Care Facilities, a Multiple-Victim Crime » 678.

¹⁵⁴ Canadian Society of Hospital Pharmacists, « Controlled Drugs and Substances in Hospitals and Healthcare Facilities: Guidelines on Secure Management and Diversion Prevention » Draft Guidelines for Public Consultation, 2018, 4.

¹⁵⁵ Voir Berge, Dillon, Sikkink et al., « Diversion of Drugs Within Health Care Facilities, a Multiple-Victim Crime » 678; voir aussi Canadian Society of Hospital Pharmacists, « Controlled Drugs and Substances in Hospitals and Healthcare Facilities » 32.

¹⁵⁶ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 24.

¹⁵⁷ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 26.

¹⁵⁸ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 26-27.

La surveillance limitée du personnel et le rôle élargi des infirmiers dans les foyers de SLD peuvent également faciliter le détournement. Les infirmiers travaillent surtout de manière autonome dans les foyers de SLD, ce qui signifie qu'une supervision minimale s'exerce sur leur travail. Il y a encore moins de supervision pendant le quart de nuit – un fait qui peut expliquer pourquoi de nombreux TSMS frappent la nuit, comme indiqué au chapitre 16¹⁵⁹. En outre, les infirmiers dans les foyers de SLD jouent un rôle important non seulement au stade de l'administration des médicaments (comme la plupart des infirmiers), mais aussi de leur préparation, ce qui leur donne des possibilités supplémentaires d'en détourner, p. ex. quand ils procèdent à leur approvisionnement.

Le nombre élevé de résidents atteints de déficience cognitive dans les foyers de SLD facilite également le détournement. Ces résidents peuvent être moins conscients ou moins en mesure d'exprimer leur préoccupation s'ils ne reçoivent pas les bons médicaments¹⁶⁰.

Réduire le détournement procure des avantages, au-delà de dissuader ceux qui cherchent à causer un préjudice aux résidents. Comme nous l'avons vu, les employés qui détournent des médicaments pour leur usage personnel risquent de se faire du mal et, s'ils travaillent avec les facultés affaiblies, de porter préjudice à des résidents. De plus, les résidents peuvent subir un préjudice s'ils ne reçoivent pas les médicaments dont ils ont besoin. Enfin, le détournement de médicaments entraîne une augmentation des coûts et érode la confiance envers le personnel soignant et le foyer. La réduction des détournements améliore tous ces aspects.

Je suggère trois stratégies pour réduire le détournement dans les foyers de SLD : des modifications aux infrastructures pour augmenter la visibilité; des innovations technologiques pour améliorer le système de gestion des médicaments et un rôle accru pour les professionnels du domaine pharmaceutique. Ces stratégies auront également d'autres avantages, car elles réduiront les erreurs de médicament et permettront aux infirmiers de consacrer plus de temps aux soins directs prodigués aux résidents.

¹⁵⁹ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 2, 14; Beatrice Crofts Yorker et al., « Serial Murder by Healthcare Professionals » (November 2006) 51(6) *Journal of Forensic Sciences* 1362 à 1365; Mary K. Sullivan, « Forensic Nursing in the Hospital Setting » dans Virginia A. Lynch (éd.), *Forensic Nursing* (New York: Mosby, 2006), 559-61.

¹⁶⁰ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 25.

IV. Les stratégies visant à limiter et à prévenir les détournements

A. Modifier les infrastructures pour accroître la visibilité

L'utilisation de caméras de sécurité dans les foyers de SLD et la présence de portes et de murs vitrés ou de fenêtres dans les salles de médicaments constituent des méthodes de dissuasion efficaces¹⁶¹. Ces mesures augmentent la visibilité au moment de la préparation, de l'entreposage, du transport et de l'administration des médicaments.

Des caméras de sécurité placées dans les aires communes, les salles de médicaments, les entrées et les sorties des foyers de SLD informent ceux qui cherchent à détourner des médicaments du fait que leurs actions sont filmées – un facteur de dissuasion en soi. De plus, si un incident lié à un médicament ou un événement suspect se produit, les images de la caméra peuvent être analysées pour détecter tout comportement inhabituel et pour voir qui se trouvait à proximité, ce qui augmente le risque d'arrestations des malfaiteurs. Dans son témoignage, la professeure Beatrice Crofts Yorker a indiqué que la vidéosurveillance avait récemment facilité l'arrestation d'un infirmier qui injectait de l'air dans les veines de patients, provoquant des accidents vasculaires cérébraux¹⁶².

Les fenêtres, les portes ou les murs des salles de médicaments vitrés permettent au personnel et aux résidents d'observer ce qui se passe à l'intérieur, notamment des tentatives de détournement de médicaments. Lors de son entretien avec les avocats de la Commission, Wettlaufer a déclaré qu'elle n'aurait peut-être pas pu détourner de l'insuline si la salle des médicaments dans laquelle elle était entreposée avait été vitrée¹⁶³.

B. Le recours à la technologie pour améliorer la gestion des médicaments

Un certain nombre de technologies peuvent renforcer le système de gestion des médicaments dans un foyer de SLD en réduisant la quantité de médicaments qu'il contient et en améliorant le suivi et la vérification globale

¹⁶¹ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 22.

¹⁶² Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, 12 sept. 2018, p. 8030.

¹⁶³ Entretien des avocats de la Commission avec Elizabeth Wettlaufer, 14 février 2018, p. 67.

des médicaments. Le recours à une ou de plusieurs de ces technologies devrait limiter les détournements et le nombre d'incidents liés à des médicaments, de sorte que ceux qui se produisent ressortent et mènent à des investigations approfondies. En outre, la technologie peut libérer les infirmiers de certaines obligations liées aux médicaments, leur permettant ainsi de consacrer plus de temps aux soins directs prodigués aux résidents.

Les hôpitaux se tournent de plus en plus vers la mise en place de systèmes électroniques de gestion des médicaments en boucle fermée pour améliorer la sécurité globale des médicaments¹⁶⁴. Ces systèmes en boucle fermée comprennent « des composants de système électronique prenant en charge toutes les étapes de la gestion des médicaments, y compris la prescription, la préparation et l'administration de médicaments »¹⁶⁵. Bien qu'il ne soit peut-être pas possible pour les foyers de SLD de mettre en œuvre immédiatement tous les composants d'un système en boucle fermée, ils peuvent s'en rapprocher en intégrant l'une des technologies décrites ci-dessous à leurs systèmes de gestion des médicaments existants. Cette section met en évidence deux technologies qui font partie d'un système en boucle fermée : les armoires de distribution automatique des médicaments (ADAM) et l'administration de médicaments assistée par code-barres (AMAC). Bien que ces technologies soient abordées individuellement, elles ne peuvent être envisagées isolément. La nature de l'ensemble du système et le rôle de chaque forme de technologie dans ce système doivent être pris en compte avant leur mise en œuvre.

En 1999, l'Institute of Medicine des États-Unis a publié un rapport phare intitulé *To Err is Human: Building a Safer Health System*, qui note que les incidents liés à des médicaments sont répandus dans les établissements de soins de santé¹⁶⁶. Les auteurs estiment que la technologie est supérieure aux humains sous certains aspects : « De bonnes machines peuvent remettre en question les actions des opérateurs, donner des conseils et examiner un éventail de possibilités dont il est impossible pour l'être humain de se souvenir »¹⁶⁷. Cependant, dans un article plus récent traitant des avantages

¹⁶⁴ Jodie A. Austin, Ian R. Smith, et Amina Tariq, « The Impact of Closed-Loop Electronic Medication Management on Time to First Dose: A Comparative Study Between Paper and Digital Hospital Environments » (2018) 26 *International Journal of Pharmacy Practice* 526 à 526.

¹⁶⁵ Austin, Smith, et Tariq, « Impact of Closed-Loop Electronic Medication Management on Time to First Dose » 526.

¹⁶⁶ L.T. Kohn, J.M. Corrigan, et M.S. Donaldson (éd.), *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Washington, D.C.: National Academies Press, 2000).

¹⁶⁷ Kohn, Corrigan, et Donaldson (éd.), *To Err Is Human*, 62.

et des inconvénients de l'automatisation du processus d'utilisation des médicaments, les auteurs ont observé que les améliorations technologiques adoptées « avec une compréhension insuffisante de l'impact global et de la complexité introduite lorsque la solution n'est pas envisagée comme un élément de l'ensemble du système » ne sont pas la réponse¹⁶⁸. Ils suggèrent ensuite que les éléments suivants sont nécessaires à l'instauration efficace d'une nouvelle technologie :

- un leadership fort de l'équipe clinique et de la direction pour conduire le changement;
- la prise en compte de l'ensemble du processus d'utilisation des médicaments, pas seulement des éléments particuliers affectés par les technologies envisagées pour la mise en œuvre;
- une compréhension de la situation, des technologies, des processus, des forces et des faiblesses du processus d'utilisation des médicaments en place, avant la planification et la conception;
- avant la mise en œuvre de ces technologies, une vision commune de ce à quoi ressemblera le processus d'utilisation ultime des médicaments et de son impact sur tous les cliniciens touchés afin d'orienter la planification;
- un accent sur la gestion du changement clinique, y compris la communication;
- une conception unifiée, créée par une équipe multidisciplinaire, comprenant le système d'information, les processus de travail, les politiques correspondantes et les technologies associées;
- la conception détaillée et la planification de la mise en œuvre visant à réduire le risque de conséquences indésirables et de faux départs dans le processus de mise en œuvre;
- l'infrastructure appropriée en place pour permettre une communication et une intégration rapides entre les systèmes;
- l'engagement de l'organisation à consacrer des ressources à une mise en œuvre complète¹⁶⁹.

¹⁶⁸ Dave Troiano, Julie Morrison, Frank Federico, et David Classen, « Safely Automating the Medication Use Process: Not as Easy as It Looks » (2009) 23(4) *Journal of Healthcare Information Management* 17 à 17.

¹⁶⁹ Troiano, Morrison, Federico, et Classen, « Safely Automating the Medication Use Process » 20.

1. Les armoires de distribution automatisée des médicaments (ADAM)

Les ADAM sont une forme de technologie utilisée pour gérer l'accès aux médicaments et permettre la sélection correcte des médicaments¹⁷⁰. La Commission on Safety and Quality in Health Care de l'Australie distingue trois types de systèmes de distribution automatisée : les systèmes de distribution automatisée en pharmacie (qui préparent des médicaments à la pharmacie), les systèmes de distribution automatisée en salle (qui préparent des médicaments individuels à l'hôpital, dans un foyer de SLD ou dans un autre établissement de soins de santé), et les systèmes de distribution automatisée de doses unitaires (qui préparent les médicaments du patient ou du résident dans un emballage en bande scellée)¹⁷¹. Le type de système envisagé ici est le système de distribution en salle.

Les ADAM sont couramment utilisées dans les hôpitaux, au Canada et aux États-Unis – et ce, depuis plus de 20 ans¹⁷². En 2009-2010, les ADAM étaient utilisées dans au moins 53 % des hôpitaux canadiens et dans environ 89 % des hôpitaux américains¹⁷³. Les ADAM sont utilisées dans le secteur des soins de longue durée aux États-Unis, mais moins dans le contexte ontarien¹⁷⁴.

Les ADAM permettent d'établir un processus d'approvisionnement centralisé pour la préparation des médicaments. Les médicaments à administrer au besoin, comme les stylos à insuline, par exemple, pourraient être entreposés dans l'ADAM. Lorsqu'un résident a besoin d'un nouveau stylo, on peut signer pour en obtenir un de l'ADAM, l'étiqueter pour ce résident et le ranger dans son bac à l'intérieur du chariot à médicaments¹⁷⁵.

¹⁷⁰ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 27.

¹⁷¹ Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, « Automated Dispensing Systems » (2013) 1(2) Evidence Briefings on Interventions to Improve Medication Safety 1. Voir aussi K.L. James et al., « The Impact of Automation on Workload and Dispensing Errors in a Hospital Pharmacy » (2013) 21(2) *International Journal of Pharmacy Practice* 92.

¹⁷² Élise Rochais, Suzanne Atkinson, Mélanie Guilbeault, et Jean-François Bussi eres, « Nursing Perception of the Impact of Automated Dispensing Cabinets on Patient Safety and Ergonomics in a Teaching Health Care Center » (2014) 27(2) *Journal of Pharmacy Practice* 150-151.

¹⁷³ Nicole W. Tsao et al., « Decentralized Automated Dispensing Devices: Systematic Review of Clinical and Economic Impacts in Hospitals » (2014) 67(2) *Canadian Journal of Hospital Pharmacy* 138-139.

¹⁷⁴ T emoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8247.

¹⁷⁵ T emoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8269-70.

Les ADAM peuvent comporter des unités réfrigérées, permettant l'entreposage sécurisé et contrôlé des stylos à insuline¹⁷⁶. Bien que l'ADAM elle-même ne soit pas réfrigérée, elle comprendrait un réfrigérateur sécurisé qui ne pourrait être ouvert que via l'ADAM¹⁷⁷.

a) Les ADAM réduisent les réserves de médicaments

Le système actuel de distribution de médicaments par résident avec livraison hebdomadaire (pour les médicaments distribués au moyen d'un système de posologie surveillé) ou une fois par mois (pour les médicaments à doses multiples) se traduit par la présence d'importantes réserves de médicaments dans le foyer et par un important gaspillage de médicaments. Ce système facilite le détournement des médicaments. L'utilisation efficace des ADAM permet à un foyer de réduire à la fois les réserves de médicaments et le gaspillage. Lorsque les ADAM sont utilisées pour l'entreposage de narcotiques et d'autres substances désignées en doses unitaires, par exemple, une seule dose est distribuée à la fois. Plusieurs résidents peuvent puiser dans la même réserve de narcotiques, qui peut être réduite, car le fournisseur de services pharmaceutiques n'a pas besoin d'en préparer la quantité nécessaire pour un résident pendant un mois à la fois. Cela signifie également que lorsqu'un résident décède, il y a une plus petite quantité de narcotiques inutilisés à détruire.

Les ADAM peuvent aussi entreposer des médicaments de niveau d'alerte élevé, des médicaments de secours, des médicaments qui seraient autrement entreposés dans la boîte à médicaments d'urgence, ainsi que les 50 à 100 médicaments les plus couramment administrés dans le foyer de SLD (à utiliser pour les premières doses).

La réduction des réserves et du gaspillage de médicaments rend le détournement plus difficile. « Quand il y a une grande quantité d'un produit, les gens pensent que personne ne le remarquera s'il en manque un peu. Lorsque vous en avez moins et qu'il en manque, cela devient plus évident. Et cela suscite l'idée que quelqu'un y prête attention »¹⁷⁸.

¹⁷⁶ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 27.

¹⁷⁷ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8318.

¹⁷⁸ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8272.

b) Les ADAM limitent l'accès aux médicaments

Les ADAM limitent l'accès aux médicaments grâce aux compartiments plus petits à l'intérieur de l'armoire¹⁷⁹. Si un infirmier demande un médicament contenu dans l'ADAM, il n'a pas accès à tous les médicaments qu'elle contient. Lorsque l'ADAM distribue une dose unitaire, il se peut que le médicament commandé soit distribué individuellement, comme dans une machine distributrice. Dans d'autres cas, l'infirmier peut accéder à un tiroir à plusieurs compartiments, mais ne peut ouvrir qu'un seul compartiment de ce tiroir. Enfin, dans le cas de médicaments plus inoffensifs, l'infirmier peut accéder à tous les compartiments d'un tiroir donné. Limiter l'accès par l'entremise des ADAM rend le détournement plus difficile et améliore la traçabilité des médicaments, parce qu'un infirmier doit demander électroniquement un médicament particulier pour l'obtenir.

c) Les ADAM améliorent le suivi des médicaments autres que les opiacés

Les ADAM exercent le suivi de tous les médicaments qu'elles contiennent. L'infirmier obtient l'accès à l'ADAM via une carte magnétique, un code unique ou un lecteur d'empreintes digitales. Lorsque l'ADAM est liée au profil du patient, elle consigne aussi pour quel résident le médicament a été préparé.

Le suivi amélioré des médicaments permet de détecter plus facilement les anomalies liées aux médicaments qui ne font pas présentement l'objet d'un suivi, comme l'insuline. Dans le cas où un infirmier demande une cartouche d'insuline d'une ADAM, mais en prend deux, par exemple, l'ADAM enregistre le nombre de médicaments insérés et retirés et peut imprimer des rapports contenant ces renseignements. Cela facilite le suivi des cartouches d'insuline et, grâce à des vérifications périodiques, cette mesure augmente la probabilité que l'erreur soit détectée et fasse l'objet d'une investigation. L'ADAM peut aussi demander à l'infirmier de consigner le nombre de stylos dans le compartiment, et pas seulement le nombre retiré. Cette fonctionnalité pourrait conduire à la détection précoce des écarts.

Les ADAM facilitent le suivi des habitudes d'utilisation des médicaments et la détection des incidents liés à des médicaments, y compris ceux résultant d'un préjudice intentionnel. Il est possible de consulter les dossiers de médicaments précis, de sorte qu'un foyer de SLD puisse déceler des tendances anormales ainsi que des incidents potentiels liés aux médicaments. Par exemple, un foyer de SLD pourrait programmer l'ADAM pour qu'elle envoie une alerte lorsque du glucagon est utilisé, ce qui lui permettrait de suivre

¹⁷⁹ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 21.

l'utilisation globale du glucagon dans l'établissement¹⁸⁰. Le suivi automatisé pourrait simplifier les évaluations trimestrielles du système de gestion des médicaments au foyer, facilitant la préparation de rapports sur les schémas et les tendances d'utilisation des médicaments. Les systèmes qui impriment régulièrement des « rapports d'utilisation anormale » peuvent faciliter la détection rapide d'un détournement de médicament par un infirmier¹⁸¹.

d) Les ADAM améliorent la qualité des soins

En plus de leurs utilisations dans la prévention des préjudices intentionnels, les ADAM pourraient améliorer la qualité des soins fournis aux résidents. Une ADAM qui contient les 50 à 100 médicaments les plus couramment prescrits dans un foyer, sans qu'ils soient liés à un résident particulier, permet un accès plus rapide aux premières doses (p. ex. lorsqu'un résident arrive dans un foyer de SLD ou lorsqu'un nouveau médicament est prescrit)¹⁸². Au lieu d'attendre que les médicaments soient livrés par le fournisseur de services pharmaceutiques, les infirmiers peuvent accéder aux médicaments nécessaires par l'intermédiaire de l'armoire.

Les ADAM peuvent également libérer des heures de soins infirmiers, laissant plus de temps aux infirmiers pour prendre soin des résidents. Nicole Tsao et ses collègues ont examiné huit études sur l'impact clinique et économique de l'utilisation des ADAM dans les hôpitaux¹⁸³. Ils ont constaté que les ADAM semblaient réduire le temps que les infirmiers consacraient à l'établissement d'inventaires de substances désignées, bien qu'il n'existe aucune preuve définitive que les infirmiers consacraient plus de temps aux patients.¹⁸⁴ Dans le contexte des foyers de SLD, les infirmiers n'auraient plus à compter les substances désignées à la fin de chaque quart de travail; l'ADAM produirait des feuilles de calcul quotidiens pour la vérification.

Les ADAM peuvent également réduire le nombre d'incidents liés à des médicaments, bien que les preuves dans ce domaine ne soient pas concluantes, notamment en raison du peu de données existantes sur l'impact des ADAM sur de tels incidents dans les foyers de SLD. En milieu hospitalier, bien que Tsao et ses collègues aient constaté que les ADAM réduisaient les erreurs d'entreposage des médicaments, il n'existait aucune preuve définitive d'une réduction des erreurs de médicament ayant causé un préjudice aux

¹⁸⁰ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 30.

¹⁸¹ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 21.

¹⁸² Troiano, Morrison, Federico, et Classen, « Safely Automating the Medication Use Process » 23.

¹⁸³ Tsao et al., « Decentralized Automated Dispensing Devices » 138.

¹⁸⁴ Tsao et al., « Decentralized Automated Dispensing Devices » 138.

patients¹⁸⁵. La Commission on Safety and Quality in Health Care de l'Australie a réalisé une revue de la littérature sur les ADAM dans les hôpitaux et est arrivée à une conclusion similaire¹⁸⁶.

e) Les limites des ADAM

La mise en œuvre et la gestion efficaces des ADAM est un processus complexe et peut faire en sorte qu'une ADAM devienne simplement « une armoire verrouillée »¹⁸⁷. Mal utilisées, les ADAM ne réduiront pas les risques associés aux systèmes de gestion manuelle des stocks des salles¹⁸⁸.

Les éléments qui garantissent la mise en œuvre et l'utilisation efficaces des ADAM comprennent :

- établir un lien entre l'ADAM et les profils des patients afin que l'ADAM puisse consigner quels médicaments ont été retirés pour quel résident;
- fonder ce qui peut être pris sur des prescriptions de médicaments déjà entrées et approuvées dans le système;
- disposer d'un conditionnement unitaire pour que l'infirmier n'ait accès qu'à une seule dose à la fois;
- assurer l'interface des ADAM avec le système des fournisseurs de services pharmaceutiques pour permettre l'examen par le pharmacien¹⁸⁹.

Les pannes de courant ou d'alimentation peuvent perturber l'accessibilité à l'ADAM. Les foyers qui en utilisent doivent établir des plans d'urgence dans leur système de gestion des médicaments pour faire face à de telles urgences.

2. L'administration de médicaments assistée par code-barres (AMAC)

L'AMAC est un processus d'administration de médicaments qui utilise les codes-barres pour permettre l'administration précise des médicaments. Un système d'AMAC comprend un code-barres sur le médicament lui-même, un sur le dossier du médicament et, idéalement, sur le destinataire du médicament¹⁹⁰.

¹⁸⁵ Tsao et al., « Decentralized Automated Dispensing Devices » 138.

¹⁸⁶ Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, « Automated Dispensing Systems » 1.

¹⁸⁷ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8275.

¹⁸⁸ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 27.

¹⁸⁹ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8273-75.

¹⁹⁰ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8227.

M^{me} Greenall n'était au courant d'aucun foyer de SLD en Ontario utilisant actuellement l'AMAC, mais elle a témoigné que « cela pourrait certainement être » adopté plus largement¹⁹¹. L'AMAC est utilisée dans les foyers de SLD d'autres territoires. Par exemple, une étude réalisée en 2011 a examiné le premier système d'AMAC mis au point spécifiquement pour les maisons de retraite et les maisons de soins infirmiers au Royaume-Uni¹⁹². Les auteurs décrivent ce système comme suit :

Le système d'administration des médicaments par code-barres, géré par la pharmacie, diffère d'un simple système de dossier électronique AM par sa conception et ses fonctionnalités... Toutes les données sont gérées de manière centralisée par la pharmacie à l'extérieur du foyer. À la fin de chaque semaine, un rapport contenant les détails de toutes les erreurs d'administration potentielles et l'employé impliqué est envoyé au responsable du foyer. Pendant la distribution de médicaments, l'utilisateur balaye d'abord l'identifiant de code-barres de chaque patient en utilisant un dispositif portatif pour s'assurer que le bon dossier pharmaceutique apparaît et confirmer visuellement l'identité du résident. L'utilisateur balaye alors chaque médicament préparé avant de l'administrer. Le système effectue un certain nombre de vérifications sur la base des deux codes-barres pour vérifier l'exactitude des renseignements suivants : (i) résident, (ii) médicament, (iii) heure, (iv) dose, (v) quantité et (vi) date. Si un seul paramètre est erroné, le système alerte immédiatement le membre du personnel de l'erreur potentielle. Si le délai imparti pour l'administration d'un médicament est écoulé, le système indique « dossier manquant ». Le système enregistre tous les écarts entre le médicament prescrit et celui qui a finalement été administré¹⁹³.

a) L'AMAC améliore le suivi des médicaments et offre un degré de protection accru aux résidents en fonction de leur sensibilisation

L'AMAC pourrait protéger contre les préjudices intentionnels en retraçant le parcours des médicaments jusqu'au point d'administration. Si un infirmier doit balayer le bracelet du résident avant d'administrer un médicament, celui-ci sera enregistré et, par conséquent, traçable. Ceci peut dissuader les personnes qui cherchent à causer intentionnellement des préjudices aux résidents.

¹⁹¹ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8209-8235.

¹⁹² Ala Szczepura, Deidre Wild, et Sara Nelson, « Medication Administration Errors for Older People in Long-Term Residential Care » (2011) 11 *BMC Geriatrics* 82.

¹⁹³ Szczepura, Wild, et Nelson, « Medication Administration Errors for Older People in Long-Term Residential Care » 83. Les maisons de retraite n'ont pas de personnel infirmier sur place, tandis que les maisons de soins infirmiers semblent analogues aux foyers de soins de longue durée— exigeant même la présence d'un infirmier autorisé sur place 24 heures sur 24 (82).

Bien entendu, un infirmier peut choisir de ne pas balayer le bracelet à code-barres du résident avant l'administration, ce qui signifie que le médicament ne sera pas consigné. Cependant, les résidents qui sont au courant de l'obligation de balayer le bracelet et qui ont la capacité de déceler les manquements à cette exigence pourraient signaler les cas où l'infirmier n'a pas balayé leur bracelet.

b) L'AMAC réduit les erreurs de médicament

En plus de dissuader les soignants de causer les dommages intentionnels, l'AMAC pourrait réduire les incidents liés à des médicaments. En particulier, l'AMAC est « extrêmement efficace pour éliminer les erreurs d'administration »¹⁹⁴. Dans une revue de la littérature évaluant l'impact des systèmes AMAC sur les erreurs de médicament dans les soins de courte durée, Gillian Strudwick et ses collègues ont constaté que la plupart des études relevaient une diminution statistiquement significative des erreurs de médicament suite à l'introduction de la technologie AMAC¹⁹⁵. Comme ces études étaient limitées au contexte des soins de courte durée, les auteurs ont toutefois indiqué que des recherches supplémentaires étaient nécessaires pour comprendre l'impact potentiel des systèmes de dans d'autres milieux de soins¹⁹⁶.

Les technologies de codage à barres peuvent réduire le risque d'erreur et ont « montré un gain de temps considérable dans les processus de travail et moins d'erreurs système »¹⁹⁷. Elles peuvent aussi réduire le temps consacré par les infirmiers à rédiger des rapports et à consigner l'administration de médicaments. Lors des audiences publiques, la professeure Crofts Yorker et M^{me} Greenall ont déclaré que les avantages de l'AMAC ne contribueraient guère à la réduction des erreurs dans l'administration de l'insuline (l'arme privilégiée de Wettlaufer) en raison de la variabilité des doses¹⁹⁸. Cependant, si le nombre d'incidents liés à des médicaments diminuait de manière globale, ceux qui surviendraient seraient plus évidents.

¹⁹⁴ Troiano, Morrison, Federico, et Classen, « Safely Automating the Medication Use Process » 23.

¹⁹⁵ Gillian Strudwick et al., « Factors Associated with Barcode Medication Administration Technology That Contribute to Patient Safety: An Integrative Review » (2018) 33(1) *Journal of Nursing Care Quality* 79-81; voir aussi le rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 18.

¹⁹⁶ Strudwick et al., « Factors Associated with Barcode Medication Administration Technology That Contribute to Patient Safety » 83.

¹⁹⁷ Ackroyd-Stolarz, Hartnell, et MacKinnon, « Approaches to Improving the Safety of the Medication Use System » 62.

¹⁹⁸ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 8037; Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8227.

c) *Les limites de l'AMAC*

D'un point de vue technique, l'AMAC « est extrêmement complexe et coûteux à mettre en œuvre, nécessitant d'importants changements dans les processus de préparation, d'entreposage et d'administration, ainsi qu'un investissement important dans des technologies de soutien comme les chariots à médicaments mobiles, les ordinateurs, les lecteurs et l'étiquetage des codes-barres »¹⁹⁹.

Divers facteurs ont été associés à l'amélioration de la sécurité des médicaments grâce à l'utilisation de l'AMAC. Ceux-ci comprennent :

- des postes de travail sur roues;
- des systèmes soutenus par les ADAM;
- les lecteurs de codes-barres sans fil;
- la surveillance des taux de balayage des infirmiers;
- les caractéristiques et les fonctionnalités du système d'enregistrement des médicaments (p. ex. permettre aux infirmiers de documenter les écarts dans l'administration);
- la formation des infirmiers;
- l'éducation des patients;
- la participation des infirmiers au processus de mise en œuvre²⁰⁰.

La mise en œuvre efficace de l'AMAC – comme c'est le cas pour toutes les technologies abordées dans cette section – nécessite l'adhésion de tous les acteurs du système, y compris les infirmiers. L'opinion des résidents constitue un autre facteur critique. Tout au long des audiences publiques et du processus de consultation, j'ai entendu dire que les bracelets à code-barres créeraient un sentiment institutionnel indésirable dans les foyers de SLD. Ces considérations doivent être prises en compte dans tout plan de mise en œuvre de l'AMAC dans un foyer.

¹⁹⁹ Troiano, Morrison, Federico, et Classen, « Safely Automating the Medication Use Process » 23.

²⁰⁰ Strudwick et al., « Factors Associated with Barcode Medication Administration Technology That Contribute to Patient Safety » 82.

C. Accroître le rôle des pharmaciens professionnels dans les foyers de SLD

Les pharmaciens font partie de l'équipe interdisciplinaire d'un foyer de SLD qui surveille le système de gestion des médicaments. Cependant, dans de nombreux foyers, le pharmacien n'est présent sur place qu'un jour par semaine²⁰¹. Accroître le rôle des pharmaciens professionnels (pharmaciens ou techniciens en pharmacie) dans les foyers de SLD peut limiter les détournements, contribuant ainsi à dissuader ceux qui souhaitent causer des préjudices en utilisant des médicaments. Cela peut également conduire à la réduction du nombre d'incidents liés à des médicaments et à l'amélioration des soins dispensés aux résidents, les infirmiers ayant plus de temps à passer avec les résidents.

1. Les pharmaciens

a) La prévention/réduction des incidents liés à des médicaments

Comme les pharmaciens passent actuellement peu de temps dans les foyers, ils utilisent le temps dont ils disposent pour répondre aux besoins immédiats des résidents. Ils « participent peu à la distribution ou à la surveillance des médicaments, mis à part leur aide à la destruction des narcotiques et des médicaments désignés »²⁰². Travailler au foyer plus fréquemment leur permettrait de jouer un rôle important dans la reconnaissance des réactions indésirables et des incidents liés à des médicaments qui pourraient autrement ne pas être détectés.

Des études réalisées en milieu hospitalier montrent que le nombre d'incidents liés à des médicaments diminue lorsque les pharmaciens passent en revue les prescriptions et dirige les bilans comparatifs²⁰³. Un rapport récent de l'Université de Windsor en Ontario (rapport de l'Université de Windsor) sur l'impact du bilan comparatif des médicaments dirigé par les pharmaciens dans le secteur des soins de longue durée a conclu que ces bilans sont plus efficaces et pourraient prévenir davantage d'événements indésirables liés aux médicaments que ceux effectués par les infirmiers²⁰⁴.

²⁰¹ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 16.

²⁰² Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 28.

²⁰³ Kohn, Corrigan, et Donaldson (éd.), *To Err Is Human*, 40; Sajani Patel et al., « Satisfaction with Medication Reconciliation Completed by Pharmacy Technicians in an Emergency Department » (2018) 43(7) *Pharmacy and Therapeutics* 423-28.

²⁰⁴ Snowdon et DeForge, « Examining the Impact of Pharmacist-Led Medication Reconciliation in Long-Term Care. »

Les pharmaciens peuvent aussi diriger des projets proactifs d'évaluation des risques dans le foyer pour cerner les vulnérabilités du processus de gestion des médicaments. L'équipe interdisciplinaire du foyer peut ensuite utiliser ces renseignements pour remédier aux vulnérabilités du système²⁰⁵. La détermination et la gestion des vulnérabilités réduisent également les risques de détournement et d'incidents liés à des médicaments dans les foyers de SLD.

Le fait que les pharmaciens passent plus de temps dans les foyers augmentera leur capacité à réagir aux incidents liés à des médicaments sur-le-champ. En étant sur place, ils seraient plus disponibles pour donner des conseils au fur et à mesure que des incidents se déroulent²⁰⁶. Ces conseils devraient réduire l'impact des incidents liés à des médicaments et permettre au pharmacien de procéder plus rapidement à leur analyse.

b) Optimiser les soins aux résidents dans les foyers de SLD

Une plus grande présence de pharmaciens dans les foyers de SLD pourrait aussi « soutenir l'optimisation de la gestion des médicaments pour améliorer les résultats en santé des résidents des foyers de SLD »²⁰⁷. Les bilans comparatifs des médicaments dirigés par les pharmaciens sont plus rapides et plus susceptibles d'entraîner la modification ou l'interruption de médicaments. Ils libèrent également le temps des infirmiers et permettent aux résidents de recevoir leur première administration de médicaments plus rapidement. Le rapport de l'Université de Windsor a révélé que le bilan comparatif des médicaments effectué par un pharmacien permettait de gagner trois heures de temps des infirmiers, qui pourraient ensuite être consacrées aux soins directs aux résidents²⁰⁸.

Une plus grande participation des pharmaciens contribue aussi à optimiser les soins dispensés aux résidents, car ceux-ci cherchent des moyens de réduire le nombre de médicaments pris par les résidents :

D'après ce rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé, nous savons que nos résidents en soins de longue durée prennent souvent plus de dix médicaments. Je pense que les pharmaciens ont beaucoup d'occasions de déterminer s'il existe d'autres solutions; si nous pourrions envisager d'autres schémas thérapeutiques; s'il existe des médicaments

²⁰⁵ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8181-82.

²⁰⁶ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8280.

²⁰⁷ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 28.

²⁰⁸ Snowdon et DeForge, « Examining the Impact of Pharmacist-Led Medication Reconciliation in Long-Term Care ».

qui pourraient être interrompus; si une indication n'est plus valide; ou vous commencez à regarder le rapport bénéfice/risque des médicaments que vous utilisez depuis longtemps et si cette indication existe toujours²⁰⁹.

Dans *To Err is Human*, les auteurs notent que la prescription inappropriée est un facteur important dans les erreurs de médicament. « Dans une analyse des données de la National Medical Expenditure Survey (enquête nationale sur les dépenses médicales) de 1987, on a constaté que les médecins prescrivent des médicaments potentiellement inappropriés à près du quart des personnes âgées vivant dans la communauté »²¹⁰.

Des études réalisées en milieu hospitalier confirment que le fait de payer les pharmaciens pour optimiser l'utilisation des médicaments permet de réaliser des économies en raison de la réduction des quantités de médicaments administrés²¹¹. Réduire la consommation de médicaments augmente également la sécurité des résidents, car les médicaments sont des substances dangereuses :

Il y a vraiment tout un mouvement en faveur de la déprescription chez les personnes âgées, visant à réduire réellement le fardeau lié à l'utilisation des médicaments, qui constitue un risque en soi. Les médicaments ne sont donc pas totalement inoffensifs et ils peuvent avoir d'autres effets non prévus²¹².

La déprescription des médicaments réduit également les réserves de médicaments au foyer; de plus petites quantités de médicaments diminuent les possibilités de détournement²¹³. La réduction du nombre de médicaments a aussi des effets bénéfiques sur la charge de travail du personnel infirmier :

Un domaine dans lequel les pharmaciens ont eu un impact positif dans les foyers de SLD est le rééquilibrage des distributions de médicaments afin de gérer la charge de travail des infirmiers grâce à l'utilisation accrue des médicaments à action prolongée, le cas échéant, et à la modification des heures d'administration des médicaments, en particulier pour ceux qui sont pris une fois par jour, au moment d'une distribution des médicament moins occupée (p. ex. à midi)²¹⁴.

²⁰⁹ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8242.

²¹⁰ Kohn, Corrigan, et Donaldson (éd.), *To Err Is Human*, 37-38.

²¹¹ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 28; T. De Rijdt, L. Willems, et S. Simoens, « Economic Effects of Clinical Pharmacy Interventions: A Literature Review » (2008) 14(12) *American Journal of Health-System Pharmacy* 1161-1172.

²¹² Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8242.

²¹³ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 28.

²¹⁴ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 28.

De même, en ce qui concerne l'optimisation des soins, si les pharmaciens passent plus de temps dans les foyers de SLD, ils ont davantage de possibilités d'informer le personnel sur les médicaments. Dans une étude menée en Ontario sur les foyers de SLD, les infirmiers ont indiqué qu'en raison du nombre important de médicaments qu'ils doivent administrer, ils ne possèdent parfois pas les connaissances nécessaires à leur sujet²¹⁵.

2. Les techniciens en pharmacie

Les techniciens en pharmacie sont des fournisseurs de soins de santé ayant un diplôme d'études collégiales et réglementés de manière indépendante, qui possèdent une formation spécifique aux systèmes de gestion des médicaments, y compris les médicaments et les formes posologiques, les concentrations et les horaires d'administration²¹⁶. En raison de leur formation spécialisée, le recours à des techniciens en pharmacie pour effectuer des activités liées aux médicaments que feraient normalement les infirmiers peut réduire le nombre d'incidents et de détournements de médicaments.

Les techniciens en pharmacie pourraient recueillir les meilleurs schémas thérapeutiques possibles (MSTP) des résidents, une tâche actuellement effectuée par les infirmiers. Les pharmaciens pourraient utiliser ces schémas lors de la réalisation du bilan comparatif. Dans le rapport de l'Université de Windsor, les techniciens en pharmacie ont finalisé les MSTP, que les pharmaciens ont ensuite utilisés pour réaliser les bilans comparatifs des médicaments. Les salaires des techniciens en pharmacie sont inférieurs à ceux des pharmaciens et, avec une formation et une surveillance suffisantes, leurs MSTP sont aussi précis, efficaces et sûrs que ceux réalisés par les pharmaciens²¹⁷.

Les techniciens en pharmacie pourraient aussi participer aux autres activités du système de gestion des médicaments, comme la réception et l'entreposage, l'élimination des médicaments non désignés, l'inventaire,

²¹⁵ Wendy Ellis, Sharon Kaasalainen, Pamela Baxter, et Jenny Ploeg, « Medication Management for Nurses Working in Long-Term Care » (2012) 44(3) *Canadian Journal of Nursing Research* 128-149.

²¹⁶ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8277-78; Patel et al., « Satisfaction with Medication Reconciliation Completed by Pharmacy Technicians in an Emergency Department » 423-28; Shahileen Remtulla et al., « Best Possible Medication History by a Pharmacy Technician at a Tertiary Care Hospital » (2009) 62(5) *Canadian Journal of Hospital Pharmacy* 402-405.

²¹⁷ Rochelle Johnston et al., « Best Possible Medication History in the Emergency Department: Comparing Pharmacy Technicians and Pharmacists » (2010) 63(5) *Canadian Journal of Hospital Pharmacy* 359-65; Remtulla et al., « Best Possible Medication History by a Pharmacy Technician at a Tertiary Care Hospital » 402-5; Patel et al., « Satisfaction with Medication Reconciliation Completed by Pharmacy Technicians in an Emergency Department » 423-28; Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 27-28.

le stockage des chariots à médicaments et la préparation des médicaments. Ces tâches sont actuellement effectuées par des infirmiers et prennent beaucoup de temps²¹⁸.

V. L'amélioration de l'analyse des incidents

Comme mentionné, le Règlement exige la déclaration des incidents liés à des médicaments et leur examen par une équipe interdisciplinaire. Les éléments de preuve recueillis lors des audiences publiques montrent que les foyers de SLD ne sont pas cohérents dans l'analyse des incidents liés à des médicaments ni dans leur réaction à l'utilisation de glucagon lorsqu'un résident est victime d'une hypoglycémie grave ou incontrôlable. Comme indiqué ci-dessous, l'utilisation d'un processus d'analyse normalisé des incidents et l'élargissement de la définition d'incident lié à un médicament pour inclure l'utilisation de glucagon et la présence d'une hypoglycémie grave faciliteront la détection des incidents résultant d'un préjudice intentionnel. Le fait pour les foyers de SLD de disposer d'un processus robuste d'analyse des incidents peut aussi servir à dissuader un TSMS, parce qu'il augmente la probabilité de détection d'un acte répréhensible lié à l'utilisation incorrecte d'un médicament, et d'identification du malfaiteur.

A. Promouvoir une culture juste dans les foyers de SLD

Selon les auteurs du Cadre canadien d'analyse des incidents, abordé ci-dessous, la promotion d'une culture juste dans un établissement de soins de santé est une condition préalable essentielle à l'analyse efficace des incidents liés à des médicaments²¹⁹. Une culture juste repose sur le principe que la punition n'est pas un moyen efficace de traiter l'erreur humaine²²⁰. Lorsqu'une erreur est commise, la réaction courante consiste à blâmer quelqu'un. Cependant, peu de gens sont disposés à admettre qu'ils ont commis une erreur et à la signaler « lorsqu'ils sont confrontés à la politique disciplinaire de leur entreprise, à un régime d'application de la réglementation ou à notre système de responsabilité délictuelle onéreuse »²²¹. Les erreurs

²¹⁸ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 27-28.

²¹⁹ Cadre canadien d'analyse des incidents; accessible à : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework.pdf> p. 17.

²²⁰ Kohn, Corrigan, et Donaldson (éd.), *To Err Is Human*, 56.

²²¹ David Marx, *Patient Safety and the "Just Culture": A Primer for Health Care Executives* (New York: Columbia University, 2001), 3.

de médicament sont souvent attribuables à plusieurs facteurs contributifs et ont des chances de se produire de nouveau, que l'on fasse porter le blâme à quelqu'un ou non : « Les travailleurs du secteur de la santé comptent parmi les effectifs les plus éduqués et les plus dévoués de tous les secteurs. Le problème ne découle pas de mauvaises personnes; il faut plutôt rendre le système plus sécuritaire »²²².

Une culture juste repose sur l'hypothèse que tous les êtres humains commettent des erreurs, et que ces erreurs nous donnent une idée de la manière d'éviter de les répéter à l'avenir. Dans une culture juste, on établit une distinction entre les actes intentionnels, les actes imprudents et les actes résultant de circonstances imprévues ou de complications des soins²²³. Une culture juste renonce à blâmer les individus pour des erreurs et adopte une approche « sans honte, sans blâme » qui met l'accent sur la création de systèmes sécuritaires pour prévenir les erreurs futures²²⁴. Les personnes sont tenues responsables de leurs actions dans le système, mais non de la conception globale de celui-ci.

Une culture juste encourage les employés à signaler rapidement tous les incidents liés à des médicaments. À son tour, cette transparence permet à l'établissement de soins de santé de remédier aux vulnérabilités systémiques et d'accroître la sécurité des patients²²⁵. Elle reconnaît que la prévention des erreurs et l'amélioration de la sécurité des patients nécessitent une modification des conditions systémiques qui contribuent aux erreurs.

Dans une culture juste, toute l'équipe se concentre sur la sécurité des patients ou des résidents. Le fait de savoir que les erreurs servent à améliorer la sécurité plutôt qu'à évaluer la compétence personnelle des employés renforce la nécessité de signaler « tout type d'incident inhabituel, qu'il ait atteint le niveau de préjudice causé à un résident ou non »²²⁶. Dans les foyers de SLD, dans le contexte de la gestion des médicaments, « tout ce qui peut causer un préjudice » devrait être signalé²²⁷.

²²² Kohn, Corrigan, et Donaldson (éd.), *To Err Is Human*, 49.

²²³ Cadre canadien d'analyse des incidents, p. 17.

²²⁴ Kohn, Corrigan, et Donaldson (éd.), *To Err Is Human*, 5; Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 8033.

²²⁵ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8294-8295; Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 8035.

²²⁶ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8292.

²²⁷ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8296.

Promouvoir une culture juste permet aussi de détecter les actes de préjudice intentionnels commis dans les foyers de SLD et de dissuader les auteurs éventuels d'en commettre, en créant un contexte dans lequel les professionnels de la santé sont enclins à signaler les comportements suspects de leurs collègues, dans le cadre d'une culture de responsabilité institutionnelle²²⁸. Le document du National Health Service intitulé « A Just Culture Guide » est inclus à l'Annexe G du présent volume. Il fournit un exemple des principes de culture juste dans la pratique et se distingue par sa première question : « Y avait-il une intention de nuire? » À la lumière des Infractions, la possibilité qu'un préjudice délibéré ait pu conduire à l'incident lié à la sécurité du patient est une considération extrêmement importante.

Une culture juste fournit le contexte le plus efficace pour le processus d'analyse des incidents, car les fournisseurs de soins savent qu'ils seront traités équitablement tout en étant tenus responsables de leurs actions et de leurs comportements. Cette culture repose en grande partie sur le fait que l'organisation « possède une compréhension collective de la ligne à tracer entre des actions qui méritent ou non un blâme »²²⁹.

B. L'utilisation d'un cadre normalisé d'analyse d'incidents pour des incidents liés à des médicaments

Un cadre normalisé et rigoureux d'analyse des incidents devrait être utilisé pour enquêter sur des incidents liés à des médicaments – et le Cadre canadien d'analyse des incidents fournit un excellent exemple. Il a été élaboré conjointement par l'Institut canadien pour la sécurité des patients, ISMP Canada, Santé Saskatchewan et Patients pour la sécurité des patients du Canada, entre autres. L'explication suivante montre pourquoi les foyers de SLD devraient l'adopter ou adopter un modèle similaire pour investiguer sur les incidents liés à des médicaments :

Le Cadre offre un outil qui permet d'effectuer une analyse systémique des incidents, y compris, mais sans s'y limiter, les incidents liés à des médicaments. Il utilise des méthodes d'analyse bien établies conçues pour déterminer les facteurs contribuant à un incident et définir des stratégies de mise en œuvre d'améliorations au système. Les objectifs de l'analyse d'incidents consistent à déterminer (i) ce qui s'est passé, (ii) pourquoi cela s'est produit, (iii) ce qui peut être fait pour réduire le risque de récurrence; et (iv) les enseignements retirés qui peuvent

²²⁸ Kelly M. Pyrek, *Healthcare Crime: Investigating Abuse, Fraud, and Homicide by Caregivers* (Boca Raton, Fla. : CRC Press, 2011), 272.

²²⁹ Cadre canadien d'analyse des incidents, p. 17.

être communiqués pour améliorer globalement la sécurité. L'analyse efficace des incidents peut empêcher les organisations de soins de santé d'entreprendre des examens superficiels trop centrés sur le rendement des personnes « à la pointe » du système de santé (le point où les soins sont prodigués). L'utilisation de systèmes de signalement des incidents et d'apprentissage aux niveaux local, provincial et national, ainsi que de mécanismes d'apprentissage partagé, est essentielle pour la sécurité globale du système²³⁰.

Bien que l'objectif principal du Cadre canadien d'analyse des incidents soit l'amélioration de la qualité, il facilite aussi la reconnaissance de situations de préjudice intentionnel afin que les principaux responsables des soins de santé puissent se pencher sur les points suivants :

- les événements découlent-ils d'un acte criminel?
- l'acte non sécuritaire est-il délibéré? (acte commis par un fournisseur de soins avec l'intention de causer des préjudices)
- l'acte est-il lié à la consommation de substances au travail par le fournisseur/le personnel?
- l'événement implique-t-il tout type de mauvais traitement soupçonné envers un patient²³¹?

C. Le traitement de l'utilisation du glucagon et du développement d'une hypoglycémie grave en tant qu'incidents liés à des médicaments

Dans cette section, j'explique pourquoi l'utilisation de glucagon et l'apparition d'une hypoglycémie grave devraient être traitées comme des incidents liés à des médicaments aux fins de la LFSLD et du Règlement.

Le rapport de 2009 du vérificateur général de l'Ontario formulait la recommandation suivante pour les foyers de SLD : « élaborer et mettre en œuvre des politiques pour garantir la désignation et la consignation systématiques des réactions indésirables aux médicaments, de sorte que des mesures puissent être prises pour empêcher que la situation se

²³⁰ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 31.

²³¹ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 31-32. Voir aussi Incident Decision Tree, NHS Just Culture Guide; accessible à https://improvement.nhs.uk/documents/2490/NHS_0690_IC_A5_web_version.pdf.

reproduise »²³². M^{me} Greenall a indiqué que l'utilisation de médicaments d'urgence, comme le glucagon, offre la possibilité de déceler une réaction indésirable potentielle ou un incident potentiel lié à un médicament. Elle a également affirmé qu'une hypoglycémie grave suggère la possibilité d'une réaction indésirable ou d'un incident lié à un médicament²³³. En traitant l'utilisation du glucagon et la présence d'hypoglycémie grave ou ne réagissant pas au traitement comme des incidents liés à des médicaments au sens de l'article 1 du Règlement, les foyers respecteront la recommandation du vérificateur général selon laquelle les foyers de SLD doivent se doter de « politiques » garantissant la désignation et la consignation systématiques des réactions indésirables à des médicaments.

L'utilité de cette approche peut être constatée par rapport à trois victimes de Wettlaufer – Clotilde Adriano, Wayne Hedges et Arpad Horvath – qui ont toutes été traitées au glucagon pour hypoglycémie. Dans les cas de M. Hedges et de M. Horvath, au moins, le glucagon a été administré après que Wettlaufer leur ait injecté intentionnellement des surdoses d'insuline. Alors que les Infractions contre M^{me} Adriano et M. Hedges ont été commises avant l'entrée en vigueur de la LFSLD, dans le cas de M. Horvath, si l'utilisation du glucagon avait été traitée comme un incident lié à un médicament, l'article 135 du Règlement aurait obligé le foyer à documenter, signaler, analyser et examiner l'incident. De plus, en vertu de l'article 135, l'incident aurait dû faire l'objet d'un examen trimestriel. Ces mesures augmentent la probabilité que les foyers détectent les incidents résultant d'actes répréhensibles et intentionnels. Cette approche se trouve renforcée si les foyers utilisent un cadre d'analyse d'incidents comme le Cadre canadien d'analyse des incidents.

Un raisonnement similaire s'applique au cas de Maureen Pickering, qui a présenté une hypoglycémie grave après que Wettlaufer lui a injecté une surdose d'insuline. Si le foyer avait traité son hypoglycémie grave comme un incident lié à des médicaments, il aurait dû suivre les directives de l'article 135 du Règlement – documenter, rapporter, analyser et examiner l'incident – augmentant ainsi la probabilité de déceler la cause première de l'hypoglycémie grave de M^{me} Pickering.

²³² Bureau du vérificateur général de l'Ontario, Rapport annuel, 2009 (Toronto : Imprimeur de la Reine, 2009), sect. 4.10, http://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr09/2009AR_fr_web_entire.pdf.

²³³ Le glucagon agit dans l'organisme pour stimuler la production de glucose par le foie : Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 30.

VI. L'augmentation du nombre d'employés autorisés

Le personnel infirmier dans les foyers de SLD est à bout de souffle. Dans une étude ontarienne sur les foyers de SLD, des infirmiers décrivent l'administration de médicaments comme une « course contre la montre »²³⁴. Des infirmiers ont déclaré avoir besoin de stratégies et de priorités pour l'administration des médicaments en raison du nombre de médicaments à administrer, du nombre de résidents auxquels ils doivent être administrés et des difficultés associées à l'administration de médicaments à des résidents souffrant de déficience cognitive, de démence ou de problèmes de déglutition. La tâche d'administration des médicaments est d'autant plus difficile que les infirmiers peuvent être amenés à administrer des médicaments qu'ils connaissent peu ou pas. Tous ces facteurs augmentent les risques d'erreurs de médicament²³⁵.

Des taux de dotation en personnel améliorés permettraient une surveillance accrue des foyers et pourraient dissuader les malfaiteurs de causer intentionnellement des préjudices aux résidents²³⁶. M^{me} Greenall a témoigné de l'importance de la dotation en personnel pour prévenir le détournement. Elle a souligné que les infirmiers travaillent de manière autonome et qu'il est rare que plus d'un infirmier participe à l'administration de médicaments. Elle a fait remarquer qu'un seul infirmier autorisé est souvent responsable d'un foyer de SLD le soir et la nuit, un autre facteur qui augmente le risque de détournement.

Pour assurer de manière adéquate la sécurité des résidents, il faut examiner le nombre d'employés autorisés dans chaque quart de travail. De nombreux rapports et examens ont préconisé un financement supplémentaire pour le personnel au cours des 15 dernières années :

- En 2001, PricewaterhouseCoopers a préparé un rapport basé sur une étude réalisée pour le compte de l'Ontario Long Term Care Association et d'AdvantAge Ontario (alors connue sous le nom d'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors). Le rapport a comparé les niveaux de service et les réponses aux besoins à partir d'un échantillon

²³⁴ Ellis, Kaasalainen, Baxter, et Ploeg, « Medication Management for Nurses Working in Long-Term Care » 142.

²³⁵ Ellis, Kaasalainen, Baxter, et Ploeg, « Medication Management for Nurses Working in Long-Term Care » 137-42.

²³⁶ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 15; Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 8024-25, 8065-66, 8119.

de foyers de SLD de l'Ontario et de certains comparateurs. L'étude a révélé que les résidents des foyers de SLD de l'Ontario ont des besoins en soins supérieurs à ceux de nombreux territoires de comparaison et qu'ils reçoivent moins de soins infirmiers, d'aide et de traitement que la majorité des autres résidents²³⁷.

- En 2004, le rapport de Monique Smith, *Engagement en matière de soins*, recommandait « d'augmenter le financement du personnel et de faire des efforts pour que les membres de ce personnel travaillent davantage à plein temps pour dispenser des soins réguliers à des pensionnaires qu'ils connaissent »²³⁸.
- En 2006, le jury de l'enquête du coroner sur la mort d'Ezzeldine El Roubi et de Pedro Lopez a préconisé la modification du modèle de financement des foyers de SLD afin de garantir la présence d'effectifs suffisants pour répondre aux besoins des résidents atteints de démence ou de problèmes de santé mentale²³⁹.
- En 2008, le rapport Sharkey recommandait des « lignes directrices provinciales qui encadreront les augmentations du financement des soins au cours des quatre prochaines années »²⁴⁰.
- En 2012, le rapport Donner concluait « qu'il n'y a pas suffisamment de personnel affecté aux soins directs pour répondre aux besoins de tous les résidents des foyers de soins de longue durée de façon sécuritaire » et préconisait la mise en œuvre du rapport Sharkey « sur l'accroissement des capacités du personnel pour des soins de meilleure qualité »²⁴¹.

²³⁷ PricewaterhouseCoopers, *Report of a Study to Review Levels of Service and Responses to Need in a Sample of Ontario Long Term Care Facilities and Selected Comparators* (Toronto: Prepared for the Ontario Long Term Care Association and the Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, 2001).

²³⁸ 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, (Toronto, 2004), 8.

²³⁹ Ontario, *Rapport sur l'enquête sur les décès d'Ezzeldine El Roubi et Pedro Lopez* (Toronto : Bureau du coroner en chef, juillet 2006), recommandations 26-33.

²⁴⁰ 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. (S. Sharkey, animatrice) (mai 2008), 10. Shirlee Sharkey, la présidente et chef de la direction de Saint Elizabeth Health Care, a commencé son examen indépendant des normes de dotation en personnel et de soins à la demande du ministre en 2007.

²⁴¹ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Un plan d'action pour contrer les mauvais traitements et la négligence dans les foyers de soins de longue durée : Rapport du Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée* (Gail Donner, présidente) (Toronto, 2012), 72.

En 2016, dans le cadre de l'examen d'un homicide dans un foyer de SLD, le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée (un comité du Bureau du coroner en chef de l'Ontario) a recommandé que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée envisage « d'accroître les exigences quant au nombre d'employés dans les foyers de soins de longue durée étant donné le nombre élevé de patients atteints de démence qui souffrent aussi de psychose »²⁴².

Wettlaufer a commis les Infractions pendant les quarts de soir ou de nuit, moments où il y avait peu ou pas d'autre employé autorisé en service. D'après les éléments de preuve présentés lors des audiences publiques, ce fait peut avoir contribué à sa capacité à commettre les Infractions. Ainsi, les Infractions qui ont conduit à la mise en place de cette Enquête sont une autre raison pour laquelle un financement supplémentaire pour le personnel des foyers de SLD est nécessaire, c'est-à-dire pour assurer la sécurité des résidents.

VII. La gestion des médicaments en soins à domicile

Dans le chapitre 1, je discute du nombre croissant de personnes qui vieillissent à domicile. Beaucoup reçoivent maintenant des soins de santé à domicile qui auraient auparavant été fournis dans des hôpitaux et des foyers de SLD. Les organisations de fournisseurs de services sous contrat avec les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) prennent des dispositions pour que les professionnels de la santé – y compris les infirmiers autorisés, les infirmiers auxiliaires autorisés et les préposés aux services de soutien à la personne – assurent la prise en charge des clients à domicile²⁴³. Dans les chapitres 8 et 12 de ce Rapport, j'aborde en détail des fournisseurs de services de soins à domicile et des RLISS, et je formule des recommandations pour améliorer la sécurité des bénéficiaires de soins infirmiers à domicile.

Le système de gestion des médicaments est très réglementé dans un foyer de SLD. Par contre, lorsque le client est chez lui, c'est lui qui contrôle l'environnement, y compris les médicaments. Par conséquent, la responsabilité de la gestion des médicaments à domicile incombe en grande partie au client, bien que le personnel soignant qui lui rend visite puisse offrir des conseils²⁴⁴.

²⁴² Ontario, Bureau du coroner en chef, Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de soins de longue durée, *Rapport annuel 2016* (octobre 2017), p. 16-17.

²⁴³ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 33.

²⁴⁴ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8332.

Néanmoins, comme Wettlaufer a commis sa dernière Infraction lors de la prestation de services de soins infirmiers à domicile, nous devons prendre des mesures pour réduire au minimum les risques d'actes répréhensibles dans le cadre des soins à domicile. Après avoir brièvement décrit le processus de gestion des médicaments dans le milieu des soins à domicile, je vais explorer deux stratégies pour y améliorer la sécurité.

A. La gestion des médicaments à domicile

1. La préparation des médicaments

Les clients des soins à domicile reçoivent leurs médicaments, y compris l'insuline, de leur pharmacie habituelle²⁴⁵. Si le client a besoin de médicaments administrés par voie intraveineuse ou injectables, ils « sont généralement fournis par une pharmacie spécialisée sous contrat qui fournit des services de préparation de médicaments pour une région géographique donnée »²⁴⁶. La pharmacie envoie les fournitures et le matériel nécessaires au domicile du client²⁴⁷. Ainsi, au moment où l'infirmier arrive au domicile pour fournir des soins, ses médicaments sont déjà à la maison.

2. L'entreposage

Les clients sont responsables d'entreposer leurs médicaments. Les infirmiers de soins à domicile ne mettent pas en place des aires d'entreposage des médicaments, mais ils peuvent suggérer des solutions d'entreposage sécuritaire²⁴⁸.

Des règles spéciales s'appliquent aux opioïdes administrés en milieu de soins à domicile : leur livraison à la maison est surveillée et seuls les infirmiers peuvent programmer un dispositif de perfusion ou une pompe d'administration d'opioïdes. Cependant, il n'y a pas de suivi de l'utilisation ou de l'élimination de l'insuline²⁴⁹. Une fois que les médicaments sont à la maison, « il n'y a pas de contrôle ou il n'y a qu'un contrôle limité... sur qui peut avoir accès aux

²⁴⁵ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 33; Témoignage de Tamara Condy, transcription, 27 juin 2018, p. 3908.

²⁴⁶ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 33.

²⁴⁷ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 33; Témoignage de Tamara Condy, transcription, p. 3907.

²⁴⁸ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8305; Témoignage de Tamara Condy, transcription, p. 3908-9; Témoignage de Donna Ladouceur, transcription, 8 août 2018, p. 7694-95.

²⁴⁹ Témoignage de Tamara Condy, transcription, p. 3909.

médicaments, et un détournement peut se produire »²⁵⁰. Les membres de la famille et les visiteurs peuvent avoir accès aux médicaments du client, ce qui crée un risque de détournement.

3. L'administration

Dans les foyers de SLD, des infirmiers autorisés administrent tous les médicaments à tous les résidents. Dans le cadre des soins à domicile, cependant, les infirmiers n'administrent que quelques médicaments au client. Par exemple, ils administrent des antibiotiques par voie intraveineuse et des perfusions d'opioïdes par voie intraveineuse ou sous-cutanée pour la prise en charge de la douleur²⁵¹. Bien que la plupart des médicaments n'aient pas besoin d'être administrés par un infirmier, l'infirmier a un rôle à jouer pour aider les clients à apprendre à s'autoadministrer de nouveaux médicaments. Par exemple, une personne qui vient de recevoir un diagnostic de diabète peut avoir besoin de l'aide d'un infirmier pour apprendre à s'auto-injecter de l'insuline²⁵². En dehors de tels cas, le client est responsable de l'auto-administration de tous les médicaments.

Dans les foyers de SLD, il y a divers employés qui assurent les soins, alors qu'à domicile, il n'y a qu'un seul infirmier qui s'acquitte de cette tâche.²⁵³ Les autres fournisseurs de soins ne sont pas présents pour vérifier quand l'infirmier administre les médicaments²⁵⁴. Certaines organisations encouragent le membre de la famille du client à être là pour assurer cette vérification²⁵⁵. D'autres utilisent des « contrôles à distance », en particulier pour les paramètres de la pompe, permettant à des professionnels de la santé situés hors site de confirmer les paramètres via un téléphone portable ou Skype²⁵⁶. Saint Elizabeth Health Care, un fournisseur de services qui offre des soins à domicile financés par l'État, exige que ses infirmiers téléphonent chaque fois qu'ils font un calcul de médicaments²⁵⁷.

²⁵⁰ Rapport d'expert de Julie Greenall.

²⁵¹ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 33. Voir également le témoignage de Donna Ladouceur, transcription, p. 7692.

²⁵² Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8306; Témoignage de Donna Ladouceur, transcription, p. 7692.

²⁵³ Témoignage de Donna Ladouceur, transcription, p. 7712.

²⁵⁴ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 33.

²⁵⁵ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 33.

²⁵⁶ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8307.

²⁵⁷ Témoignage de Tamara Condy, transcription, p. 3832.

4. La surveillance

Les incidents liés à des médicaments et les réactions indésirables à des médicaments posent un risque dans le cadre des soins à domicile²⁵⁸. Les clients des services à domicile peuvent recevoir la visite d'infirmiers et d'autres membres du personnel travaillant pour des fournisseurs de services, mais ils ne reçoivent pas de soins 24 heures sur 24²⁵⁹. En dehors des moments où le personnel du fournisseur de services est au domicile, le client et les membres de la famille éventuellement présents sont chargés de la surveillance des résultats de l'administration des médicaments. Il est donc important que les clients et les membres de leur famille soient conscients des signes et des symptômes de toxicité et qu'ils soient vigilants. M^{me} Greenall a souligné que « chaque fois que nous prescrivons des médicaments à quelqu'un, ou que nous les préparons, nous avons la responsabilité d'informer cette personne à propos du médicament, des signes et symptômes de problèmes et du moment où elle devrait consulter un médecin »²⁶⁰.

Il semble que la nécessité de l'éducation décrite par M^{me} Greenall ne soit pas suffisamment prise en compte. ISMP Canada a examiné 45 décès associés à des incidents liés à des médicaments survenus à l'extérieur d'établissements de santé réglementés – chez un particulier, dans un foyer de groupe et dans un autre cadre résidentiel²⁶¹. Lors de ces incidents, le client, un membre de la famille ou un autre fournisseur non réglementé avait administré des médicaments. L'un des principaux thèmes recensés dans l'examen est le déficit de connaissances sur les signes et les symptômes de toxicité. « Malheureusement, dans de nombreux incidents, les proches aidants ou les membres de la famille n'ont pas reconnu les symptômes annonciateurs de toxicité, ce qui a entraîné des occasions manquées de prendre des mesures de secours »²⁶².

²⁵⁸ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 33.

²⁵⁹ Témoignage de Donna Ladouceur, transcription, p. 3832.

²⁶⁰ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8313.

²⁶¹ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 34.

²⁶² Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 34.

5. L'élimination

Comme nous l'avons vu ci-dessus, les foyers de SLD doivent se conformer à des réglementations strictes en ce qui concerne l'élimination des médicaments, en particulier des substances désignées. Ces règlements ne s'appliquent pas dans le cadre des soins à domicile. Comme M^{me} Greenall l'a déclaré :

Les réserves importantes de médicaments non utilisés restant à la maison après le décès d'un patient peuvent être particulièrement problématiques – les processus permettant de garantir le retour de ces médicaments dans une pharmacie communautaire ou un autre moyen sûr de disposer de ceux-ci ne sont pas toujours disponibles ni suivis. La plupart comptent sur les membres de la famille pour leur retourner les médicaments non utilisés, plutôt que de fixer un moment pour passer les prendre²⁶³.

Tout médicament restant ou non utilisé dans le foyer présente un risque de détournement. Il peut être pris par d'autres personnes et utilisé d'une manière autre que celle prévue²⁶⁴.

B. L'amélioration de la sécurité des médicaments dans le milieu des soins à domicile

Deux stratégies peuvent contribuer à améliorer la sécurité des médicaments en milieu de soins à domicile. Ces stratégies forment la base des recommandations du chapitre 12.

Premièrement, les clients et leurs familles devraient être informés en général des signes et des symptômes de toxicité et du moment où ils devraient consulter un médecin²⁶⁵. En particulier, ceux qui prennent de l'insuline doivent recevoir de la formation sur l'hypoglycémie et l'importance de la traiter immédiatement²⁶⁶.

²⁶³ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 34.

²⁶⁴ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8307-8.

²⁶⁵ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 36.

²⁶⁶ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8313.

Deuxièmement, les clients et leurs familles devraient être informés du programme MedsCheck à domicile, dans le cadre duquel un pharmacien examine les médicaments dans des domiciles privés²⁶⁷. Dans le cadre de ce programme, un pharmacien communautaire se rend au domicile et examine les médicaments que prend la personne et l'endroit où ils sont entreposés. Le pharmacien retire et élimine les médicaments périmés et ceux que la personne ne prend plus. Dans le cadre du programme MedsCheck à domicile, le pharmacien se familiarise avec le client et est en mesure d'évaluer les risques et les difficultés auxquels il est confronté en ce qui concerne l'entreposage sécuritaire de ses médicaments.

Le programme MedsCheck à domicile est volontaire. Il est financé par le gouvernement de l'Ontario²⁶⁸. Toute personne qui prend plus de trois médicaments prescrits régulièrement y est admissible²⁶⁹.

RECOMMANDATIONS

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

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

²⁶⁷ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 35.

²⁶⁸ Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a proposé de modifier les critères d'admissibilité au programme MedsCheck, en le limitant aux patients qui sont en transition entre des milieux de soins (p. ex. de l'hôpital à la maison) et en concentrant les ressources selon le risque d'erreurs liées aux médicaments et à leur impact sur les résultats des patients pendant cette transition; voir Division des médicaments et des appareils et accessoires fonctionnels du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Avis : Propositions visant à établir des politiques plus efficaces en matière de remboursement des médicaments, 25 avril 2019, p. 2.

²⁶⁹ Témoignage de Julie Greenall, transcription, p. 8309-8310.

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

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

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

Raisonnement des recommandations 74-75

- Les éléments de preuve recueillis lors des audiences publiques montrent une incohérence dans la façon dont le personnel autorisé dans les foyers de soins de longue durée (SLD) élimine les cartouches d'insuline, y compris celles qui contiennent encore de l'insuline. L'insuline contenue dans ces cartouches peut être détournée et utilisée pour des actes répréhensibles.
- L'article 136 du Règlement oblige les titulaires de permis à rédiger une politique écrite prévoyant notamment l'identification, la destruction et l'élimination en continu des 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 *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*. » La disposition semble englober les cartouches d'insuline une fois qu'elles ont été retirées des stylos. Compte tenu de l'importance de limiter le détournement de l'insuline dans les foyers de SLD, une directive générale garantira que les titulaires de permis sont conscients de leur obligation d'établir une politique écrite sur la destruction et l'élimination des cartouches d'insuline et d'informer le personnel de cette politique.
- Le fait que les inspecteurs incluent cette question dans leurs inspections de la qualité des services aux résidents annuelles soulignera la nécessité pour les titulaires de permis de l'aborder dans leur politique et leur formation.

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

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

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

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

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

Détails

- Une approche « universelle » pour renforcer les systèmes de gestion des médicaments des foyers ne serait pas efficace; chaque foyer est unique en termes de culture et de besoins. La conception du programme de subventions doit tenir compte de cette diversité.
- Les foyers de soins de longue durée (SLD) devraient être autorisés à demander les fonds de la subvention à tout moment au cours de la période de trois ans et à plus d'une occasion. Ce financement devrait couvrir les coûts de maintenance associés à une armoire de distribution automatisée des médicaments (ADAM) intégrée.
- Le programme de subventions devrait spécifier que le ministère de la Santé et des soins de longue durée (Ministère) a le pouvoir discrétionnaire de fournir un financement supplémentaire si un foyer peut démontrer que le plafond de financement est insuffisant.
- Le programme de subventions devrait expressément autoriser les foyers de SLD à demander conjointement des fonds pour pouvoir bénéficier d'économies d'échelle (p. ex. un titulaire de permis qui exploite plusieurs foyers) et à partager des pharmaciens ou des techniciens en pharmacie (p. ex. dans le cas où deux foyers auraient chacun un pharmacien employé à temps partiel).
- Peu importe si un foyer de SLD dispose d'une ou de plusieurs des options énumérées ci-dessus, il devrait être autorisé à demander une subvention pour d'autres innovations si le foyer démontre, et le Ministère accepte, que ces innovations visent à limiter le détournement de médicaments ou les incidents liés à des médicaments au foyer.
- Dans leurs demandes de subvention, les foyers de SLD devraient être tenus de démontrer comment ils intégreront l'option ou les options demandées dans le système de gestion des médicaments du foyer et décrire la stratégie de gestion du changement qui sera utilisée pendant la mise en œuvre.
- Les différents montants de subvention, liés à la taille du foyer, reflètent le coût d'une ADAM intégrée, qui, en fonction du nombre de résidents pour lesquels cette armoire est utilisée, s'élève à environ 35 000 \$, et la capacité des foyers de SLD de collaborer pour partager le coût des salaires des pharmaciens ou des techniciens en pharmacie.

Raisonnement des recommandations 76-77

- Comme d'autres tueurs en série en milieu de soins de santé, Wettlaufer a commis les Infractions en utilisant de l'insuline détournée dans les foyers. Des mesures doivent être prises pour arrêter le détournement de tous les médicaments, y compris l'insuline.
- Les options énumérées ci-dessus dissuaderont les malfaiteurs potentiels et limiteront le détournement de médicaments. La modification de l'infrastructure dans les foyers (l'installation de fenêtres et de portes vitrées dans les salles de médicaments et de caméras dans les aires communes) augmentera la visibilité autour des médicaments et des endroits clés du foyer. Les options qui exploitent le pouvoir de la technologie (ADAM et AMAC) aideront à détecter le détournement de médicaments, à améliorer le suivi et la vérification des médicaments et à réduire les réserves de médicaments dans le foyer. Certaines de ces options aideront également les foyers dans leurs investigations sur les incidents liés à des médicaments (p. ex. caméras de sécurité et ADAM).
- Le rôle accru donné aux pharmaciens et aux techniciens en pharmacie dans les foyers de SLD devrait réduire les réserves de médicaments dans l'établissement, limitant ainsi les possibilités de détournement; l'amélioration des bilans comparatifs des médicaments à l'admission et des évaluations trimestrielles et annuelles des médicaments; et un suivi et une vérification plus efficaces des médicaments. La qualité des soins prodigués aux résidents sera améliorée grâce à la réduction des erreurs de médicament et au fait que les infirmiers pourront passer plus de temps avec les résidents et consacrer moins de temps au suivi et à l'enregistrement des médicaments. Le rapport de l'Université de Windsor décrit dans ce chapitre a révélé que chaque bilan comparatif des médicaments dirigé par un pharmacien permettait de gagner trois heures de soins infirmiers, qui pourraient ensuite être utilisées pour les soins directs des résidents.

- Les pharmaciens peuvent également jouer un rôle clé dans les investigations, la documentation, l'analyse et le signalement des incidents liés à des médicaments – c'est-à-dire qu'ils peuvent améliorer l'analyse de ces incidents, deuxième volet de ma stratégie visant à dissuader les malfaiteurs de causer intentionnellement des préjudices aux résidents. Ils peuvent aider à mettre en œuvre de nouvelles technologies; former le personnel aux obligations liées aux médicaments en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, et ses règlements, et fournir aux résidents, aux mandataires et aux membres de la famille des renseignements sur les médicaments et leurs effets secondaires. La participation du pharmacien réduira la charge de travail de la direction, lui laissant plus de temps pour la surveillance, la supervision du personnel et les initiatives de soins aux résidents.
- Un pharmacien salarié générera d'importantes économies de coûts et de meilleurs résultats pour les résidents grâce à des initiatives de déprescription et à l'interruption plus rapide des médicaments inutiles.

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

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

Raisonnement de la recommandation 78

- Dans une culture juste, les membres de l'équipe discutent des erreurs et se concentrent sur la sécurité et le bien-être des résidents, au lieu de s'inquiéter des conséquences des erreurs commises en toute bonne foi.
- La promotion d'une culture juste permet de dissuader les auteurs de préjudices intentionnels, car les membres de l'équipe se sentent à l'aise de signaler leurs comportements suspects ou préoccupants.

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

Raisonnement de la recommandation 79

- Les titulaires de permis devraient veiller à ce que le personnel chargé d'exécuter les examens prévus à l'article 135 et de participer aux évaluations trimestrielles du système de gestion des médicaments requises par le Règlement soit formé à l'analyse des incidents.
- Il faudrait utiliser le Cadre canadien d'analyse des incidents (CCAI) ou tout autre cadre éprouvé et offrir une formation appropriée à ce sujet.
- Bien que l'objectif principal du CCAI soit l'amélioration de la qualité, il facilite particulièrement la reconnaissance des situations de préjudice intentionnel.

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

Détails

- La directive devrait préciser qu'en traitant l'administration de glucagon comme un incident lié à un médicament au sens de l'article 1, le titulaire de permis doit alors se conformer à toutes les exigences réglementaires en matière d'incidents liés à des médicaments, y compris celles des articles 107, 115, 116 et 135 du Règlement.

Raisonnement de la recommandation 80

- L'utilisation du glucagon relève de l'intention législative qui sous-tend le régime réglementaire régissant les incidents liés à des médicaments. Comme la description d'« incident lié à un médicament » à l'article 1 est ambiguë, une directive du ministre est nécessaire pour s'assurer que les titulaires de permis comprennent qu'ils doivent traiter l'utilisation du glucagon comme un incident lié à un médicament.

- Trois des victimes de Wettlaufer – Clotilde Adriano, Wayne Hedges et Arpad Horvath – ont reçu du glucagon pour traiter l'hypoglycémie. (Seule l'infraction contre M. Horvath a été commise après l'entrée en vigueur de l'article 135 du Règlement.) Enquêter sur les incidents conformément à l'article 135 du Règlement augmente les chances de détecter la cause première de l'incident.
- Si l'utilisation du glucagon est traitée comme un incident lié à un médicament et que le résident est transporté à l'hôpital à la suite de cet incident, le paragraphe 107(3) du Règlement s'applique, de sorte que le titulaire de permis doit en informer le directeur (un poste créé par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et occupé par un employé du Ministère) et déposer un rapport d'incident grave.

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

Raisonnement de la recommandation 81

- Les examens effectués en vertu de l'article 135 exigent que le titulaire de permis documente, rapporte, examine et analyse les incidents. De tels examens offrent l'occasion de détecter un préjudice intentionnel. De plus, ils agissent comme un moyen de dissuasion, car les malfaiteurs éventuels sauront que leurs actions seront probablement révélées.
- En plus de détecter les préjudices intentionnels et d'en dissuader les auteurs, l'examen en vertu de l'article 135 en réponse à l'utilisation du glucagon peut améliorer la qualité des soins dispensés aux résidents. Les incidents liés à des médicaments résultant d'une incompatibilité pharmacologique et d'erreurs de médicament accidentelles peuvent être reconnus et le nombre d'éventuelles erreurs similaires peut être réduit.

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

Raisonnement de la recommandation 82

- La documentation et le suivi de tous les cas d'utilisation du glucagon permettront au foyer de déceler des schémas et des tendances. Le foyer peut utiliser ces renseignements pour déterminer si des investigations supplémentaires sont nécessaires pour déterminer les causes premières des incidents.
- Ces schémas et tendances devraient être examinés lors de l'évaluation trimestrielle de l'efficacité du système de gestion des médicaments du foyer prescrite par l'article 115 du Règlement.

Recommandation 83 : La Division des foyers de soins de longue durée du ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait consulter des organisations comme l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada pour dresser la liste complète des médicaments de secours et des « outils de déclenchement » permettant de détecter les incidents potentiels liés à un médicament. Il convient de déterminer si, comme le glucagon, l'utilisation de ces médicaments de secours et de ces outils de déclenchement doit être traitée comme un incident lié à un médicament. Si tel est le cas, ces renseignements doivent être communiqués aux foyers de soins de longue durée avec des explications appropriées et des instructions sur la manière de les utiliser.

Raisonnement de la recommandation 83

- L'insuline n'est pas le seul médicament utilisé par les tueurs en série en milieu de soins de santé (TSMS). Si le surdosage en insuline est découvert en investiguant l'utilisation de glucagon, un TSMS pourrait passer à l'utilisation d'autres médicaments. Il est important que les membres du système de soins de longue durée restent au courant des autres médicaments pouvant être utilisés pour causer intentionnellement un préjudice aux résidents, ainsi que des outils de déclenchement ou des médicaments de secours associés aux incidents liés à des médicaments.

Recommandation 84 : Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée devrait émettre une directive exigeant que les foyers de soins de longue durée traitent l'hypoglycémie grave ou ne répondant pas au traitement comme un incident lié à un médicament, au sens de l'article 1 du Règlement de l'Ontario 79/10.

Détails

- La directive devrait préciser qu'en traitant l'hypoglycémie grave ou ne répondant pas au traitement comme un incident lié à un médicament au sens de l'article 1, le titulaire de permis doit se conformer à toutes les exigences réglementaires en matière d'incidents liés à des médicaments, y compris celles des articles 107, 115, 116 et 135 du Règlement.

Raisonnement de la recommandation 84

- La présence d'hypoglycémie grave ou ne répondant pas au traitement s'inscrit dans l'intention législative qui sous-tend le régime réglementaire régissant les incidents liés à des médicaments. Comme la description de l'incident lié à un médicament dans l'article 1 est ambiguë, une directive du ministre est nécessaire pour clarifier les choses et garantir que les titulaires de permis comprennent qu'ils doivent traiter l'hypoglycémie grave ou ne répondant pas au traitement comme un incident lié à un médicament.

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

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

Raisonnement de la recommandation 85

- Wettlaufer a commis les Infractions le soir et la nuit lorsque peu ou pas d'autres membres du personnel autorisés étaient en service. D'après les éléments de preuve présentés, cela pourrait avoir contribué à la capacité de Wettlaufer de commettre les Infractions sans qu'elle soit détectée.
- Le niveau actuel de financement des soins infirmiers et personnels dans les foyers de soins de longue durée (SLD) est tel que, sans une augmentation globale du financement, une recommandation visant à augmenter le nombre d'employés autorisés le soir et la nuit pourrait entraîner une réduction du nombre d'employés autorisés affectés au travail de jour, où ils sont particulièrement nécessaires pour fournir des soins aux résidents. Étant donné les exigences qui pèsent sur les équipes de jour, je *ne recommande pas* de simplement réaffecter le personnel autorisé des quarts de jour aux quarts de soir et de nuit.
- Le nombre d'employés autorisés dans les foyers de SLD nécessaires à chaque quart pour garantir la sécurité des résidents doit être déterminé en fonction de données probantes.
- Le Ministère a financé certaines augmentations d'effectifs au cours des dernières années, mais ces augmentations n'ont pas suivi le rythme des exigences croissantes imposées au personnel des foyers de SLD, en raison à la fois de l'acuité croissante des résidents et du fardeau réglementaire associé à la mise en œuvre de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

La détection des décès de résidents causés intentionnellement

I.	Introduction	151
II.	Les défis liés à la détection des décès de résidents causés intentionnellement	152
	A. Les décès dans les foyers de SLD sont souvent prévus.....	152
	B. Les résidents de foyers de SLD sont vulnérables	153
	C. Les défis de la détection liés à l'administration des médicaments	154
	D. La supervision limitée dans les foyers de SLD	156
III.	Les méthodes existantes de détection des tueurs en série en milieu de soins de santé	157
	A. Les résidents, les familles ou les travailleurs de la santé suspicieus	157
	B. Les analyses toxicologiques	160
	C. L'utilisation de données pour détecter des pics, des profils et des regroupements de décès inhabituels.....	161
IV.	Renforcer le processus d'investigation sur les décès chez les résidents	165
	A. La nécessité d'augmenter le nombre d'investigations sur les décès de résidents	165
	B. L'élaboration d'un processus d'investigation éclairée sur les décès	170
	C. L'utilisation de l'Avis de décès de patient en établissement modifié	173

V. L'utilisation des analyses de données – le projet du Ministère visant à détecter les taux de décès élevés dans les foyers de SLD	176
A. Le modèle Aylin pour détecter des taux de mortalité élevés ..	176
B. Les modèles du Ministère	178
C. Les autres avantages des modèles	182
D. Les limites des modèles	183
E. Finaliser un modèle	186
VI. La mise en garde concernant l'utilisation de statistiques	186
VII. L'amélioration des investigations sur les décès dans le contexte des services de soins à domicile	188
RECOMMANDATIONS	191

I. Introduction

Même les mesures de dissuasion les mieux élaborées ne parviennent pas toujours à empêcher un tueur en série en milieu de soins de santé (TSMS) de porter préjudice à des résidents. Il est nécessaire de prendre des mesures pour renforcer le processus d'investigation sur les décès de l'Ontario en ce qui concerne les résidents de foyers de soins de longue durée (SLD), afin d'être mieux outillés pour détecter les décès causés intentionnellement. Ce chapitre se concentre principalement sur ces mesures.

Je commence ce chapitre en abordant deux éléments contextuels qui apportent des précisions sur le processus d'investigation sur les décès de résidents. En premier lieu, il est important de comprendre les défis liés à la détection des décès causés intentionnellement. En deuxième lieu, il est utile d'examiner les méthodes utilisées dans le passé pour détecter les TSMS et la raison pour laquelle elles ne sont pas efficaces face à la menace que représentent de tels tueurs.

Après avoir décrit ce contexte, j'examine le nombre d'investigations sur les décès de résidents menées dans la province tous les ans et j'explique pourquoi il a diminué de façon importante au cours de la dernière décennie. Je fais valoir ensuite qu'il y a lieu d'augmenter le nombre d'investigations sur les décès de résidents et je préconise un processus d'investigation « éclairée » sur les décès de résidents pour atteindre cet objectif.

Le processus d'investigation éclairée sur les décès de résidents s'appuierait sur deux principales sources de renseignements. La première est l'Avis de décès de patient en établissement (ADPE) modifié, fondé sur des données probantes. Cette modification est demandée au chapitre 14 du présent Rapport. La deuxième est le projet d'analyses de données du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) pour établir le seuil à partir duquel les foyers de SLD affichent des taux de mortalité plus élevés que prévu. Dans les sections qui suivent la description du processus d'investigation éclairée sur les décès, je présente une description de l'ADPE modifié et du projet du Ministère, de même que le rôle que chacun doit jouer pour renforcer le processus d'investigation sur les décès de l'Ontario en ce qui a trait aux résidents.

Je termine le chapitre par une discussion sur la possibilité d'adapter le processus d'enquête éclairée sur les décès des résidents – ou une partie de celui-ci – afin de l'utiliser dans le secteur des soins à domicile.

II. Les défis liés à la détection des décès de résidents causés intentionnellement

Dans les foyers de SLD, la détection des décès découlant d'un acte répréhensible intentionnel constitue un défi particulier en raison de quatre facteurs. Premièrement, il n'est pas inhabituel que des résidents, souvent malades et d'âge avancé, meurent alors qu'ils vivent dans un foyer de SLD. Par conséquent, leur décès est rarement perçu comme suspect ou justifiant une investigation. Deuxièmement, les résidents sont vulnérables et, souvent, ils ne sont pas en mesure de « sonner l'alarme » si un employé leur porte préjudice intentionnellement. Même s'ils font part de leurs préoccupations, il se peut qu'ils ne soient pas crus. Troisièmement, de nombreux médicaments sont administrés dans les foyers de SLD : les médicaments sont un moyen facile de porter préjudice et leur utilisation dans les foyers ne soulève pas de soupçons. Quatrièmement, la supervision du personnel dans les foyers de SLD est limitée, ce qui signifie qu'il y a plus de possibilités de commettre un acte répréhensible et que les probabilités de le détecter sont moindres. J'examine chacun de ces facteurs ci-après.

A. Les décès dans les foyers de SLD sont souvent prévus

En Ontario, environ 20 % des résidents de foyers de SLD meurent chaque année¹. Par conséquent, le décès d'un résident dans un foyer de SLD est une « issue... souvent prévue »².

Étant donné que les décès dans les foyers de SLD sont souvent prévus, ils font rarement l'objet d'une investigation. Les victimes plus âgées ont tendance à passer à travers les mailles du filet du processus d'investigation sur les décès parce que leur mort est souvent consignée comme « naturelle »³. Lors de son témoignage aux audiences publiques, un coroner a déclaré qu'il n'est pas utile de demander si le décès d'un résident était « soudain et inattendu » comme le fait l'ADPE actuel, parce que les résidents ont habituellement plusieurs comorbidités⁴.

¹ Témoignage du D^r Michael Hillmer, transcription, le 14 sept. 2018, p. 8430.

² Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, le 27 mai 2018, p. 13.

³ David R. Kent et Patrick D. Walsh, « Modern U.S. Healthcare Serial Killings: An Exploratory Study and Work in Progress », dans Valerie Pottie Bunge, Carolyn Rebecca Block et Michael Lane (éd.), *Linking Data to Practice in Violence and Homicide Prevention: Proceedings of the 2004 Meeting of the Homicide Research Working Group*, Chicago, HRWG Publications, 2004, 178.

⁴ Témoignage du D^r William George, transcription, le 18 juillet 2018, p. 4672-4674.

Le fait qu'on s'attende au décès des résidents entraîne une autre conséquence, soit l'absence de cueillette et de conservation systématiques d'éléments de preuve potentiels se rapportant à ces décès. La professeure Beatrice Crofts Yorker a témoigné en qualité d'experte sur le phénomène du TSMS dans la présente Enquête⁵. Elle a présenté l'explication suivante : « Les milieux de soins de santé ne sont pas traités comme de potentielles scènes de crime. Ainsi, les fournitures et les équipements médicaux qui pourraient fournir d'importants éléments de preuve ne sont pas systématiquement conservés »⁶.

B. Les résidents de foyers de SLD sont vulnérables

Comme il en a été question dans les chapitres 1 et 4, l'acuité des résidents de foyers de SLD a constamment augmenté au cours de la dernière décennie et elle continuera d'augmenter puisque les gens vivent plus longtemps. De nombreux résidents ont une capacité réduite, faisant en sorte qu'il est plus difficile pour eux de reconnaître un mauvais traitement ou un préjudice intentionnel, d'y résister ou de le signaler. À cette capacité diminuée peuvent s'ajouter la démence, le délirium et les effets des médicaments qui peuvent entraîner la sédation des résidents ou l'altération de leur état mental⁷. En outre, il se peut que les ecchymoses découlant de mauvais traitements qui pourraient autrement donner l'alerte soient écartées s'il a été nécessaire d'utiliser des moyens de contention ou la sédation en raison d'un comportement réactif ou d'agression physique. Tous ces éléments rendent les résidents de foyers de SLD particulièrement vulnérables aux préjudices délibérés.

Wettlaufer a déclaré qu'elle a choisi des résidents vulnérables parce qu'ils ne seraient pas en mesure de signaler ses actes : « Tous les patients que j'ai choisis étaient atteints d'une forme ou une autre de démence et cela faisait partie de ce qui est devenu mon critère. S'ils étaient atteints de démence... ils ne pouvaient pas faire de signalement et s'ils en faisaient, ils ne seraient pas

⁵ La professeure Crofts Yorker Schumacher n'utilise généralement pas « Schumacher » lorsqu'elle se nomme. Pour cette raison, elle est désignée sous le nom de professeure Crofts Yorker dans le texte de ce Rapport; dans les citations de son rapport d'expert et de son témoignage, son nom complet est utilisé. Elle a été reconnue comme témoin expert dans les domaines des « études sur les meurtres en série en milieu de soins de santé » et de « l'enseignement des sciences infirmières ». Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, le 12 sept. 2018, p. 7967.

⁶ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 13.

⁷ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 7.

crus »⁸. Lors de la détermination de la peine de Wettlaufer pour les Infractions, le juge Thomas a trouvé que les résidents qu'elle ciblait étaient « extrêmement vulnérables » aux mauvais traitements⁹.

Le *Manuel d'investigation du coroner* reconnaît que les résidents des foyers de SLD sont vulnérables et demande aux coroners d'être attentifs à ce fait :

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 société¹⁰.

C. Les défis de la détection liés à l'administration des médicaments

Aux audiences publiques, Julie Greenall a été qualifiée pour présenter un témoignage d'expert dans les domaines de la gestion des médicaments dans le cadre des soins de longue durée et de la gestion de la sécurité des médicaments de manière plus générale. Dans son rapport d'expert¹¹, M^{me} Greenall a expliqué que dans les foyers de SLD la plupart des résidents prennent plusieurs médicaments par jour : « Près des deux tiers (60,9 %) des Canadiens âgés de 65 ans et plus qui vivent dans des foyers de SLD prennent dix médicaments d'ordonnance ou plus »¹².

Les infirmiers sont les principaux responsables de l'administration des médicaments aux résidents dans les foyers de SLD. En conséquence, ils ont facilement accès à de nombreux médicaments. La ligne entre une dose thérapeutique et une dose toxique de médicament est mince. Dans une entrevue avec la psychologue Katherine Ramsland, la professeure Crofts Yorker a relevé ce qui suit : « La frontière entre une dose toxique et une dose thérapeutique de ce qui est habituellement un médicament est si imperceptible »¹³.

L'administration intentionnelle et induite de médicaments injectables peut être difficile à déceler. Dans les foyers de SLD, l'administration de tels médicaments

⁸ Entrevue de la Commission avec Elizabeth Wettlaufer, le 14 fév. 2018, p. 60.

⁹ *R c Wettlaufer*, 2017 ONSC 4347, p. 2.

¹⁰ *Manuel d'investigation du coroner*, chap. 11, dans l'affidavit de Dirk Huyer, pièce W, p. 1.

¹¹ Rapport d'expert de Julie Greenall, le 1^{er} juin 2018.

¹² Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 16.

¹³ Voir aussi Katherine Ramsland, *Inside the Minds of Healthcare Serial Killers: Why They Kill*, Westport, Conn., Praeger, 2007, 128.

est courante et on s'attend déjà à ce que la plupart des résidents affichent des marques d'aiguilles. L'injection indue de médicament en utilisant une ligne intraveineuse ou un CCIP (cathéter central inséré par voie périphérique, très semblable à une ligne intraveineuse) est encore plus difficile à détecter parce qu'elle permet à une personne d'injecter un médicament dans l'orifice de la ligne, ne laissant aucune marque d'aiguille.

Comme de nombreux autres TSMS, Wettlaufer a commis les Infractions en injectant des surdoses d'insuline à ses victimes. Dans les foyers de SLD, il est encore plus difficile de détecter l'utilisation fautive d'insuline pour les motifs suivants :

- L'insuline est un médicament courant dans les foyers de SLD. En effet, plusieurs résidents dépendants de cette substance se retrouvent dans chaque unité¹⁴.
- La dose d'insuline pour chaque résident est différente. Même dans le cas d'un seul résident, les doses peuvent varier. Alors que certaines personnes peuvent nécessiter uniquement quatre unités d'insuline par jour, d'autres ont besoin de 300 unités par jour. La fréquence du dosage varie aussi d'un résident à un autre. Certains résidents ont besoin d'insuline une seule fois par jour, tandis que d'autres peuvent avoir besoin de quatre injections ou plus par jour. En raison de l'absence de dosage standard, les stylos injecteurs doivent être manipulés aisément en ce qui a trait à la quantité d'insuline délivrée¹⁵.
- Les symptômes manifestés en raison d'une hypoglycémie à la suite d'une surdose d'insuline sont non spécifiques, rendant difficile la distinction entre le décès causé par surdoses et la mort naturelle¹⁶. Le Dr Michael Pollanen, médecin légiste en chef de l'Ontario, a décrit ces symptômes non spécifiques : « Dans le cas d'hypoglycémie légère, les symptômes sont les suivants : confusion, pâleur, diaphorèse, tremblements, irritabilité, anxiété, tachycardie, étourdissements, maux de tête, faiblesse et niveau réduit de conscience. L'hypoglycémie grave peut entraîner des dommages irréversibles au cerveau, accompagnés d'un coma et de la mort. Il s'agit alors d'une encéphalopathie hypoglycémique. Les personnes atteintes peuvent sembler avoir fait un AVC, tant du point de vue de la présentation clinique que de celui de l'imagerie »¹⁷.

¹⁴ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 14.

¹⁵ Rapport d'expert de Julie Greenall, p. 12, 14.

¹⁶ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 13.

¹⁷ Affidavit du Dr Michael Pollanen, par. 102.

- Il y aura souvent un délai entre l'injection d'une surdose d'insuline et le préjudice ou la mort qui en découle. Ce délai rend plus difficile l'établissement d'un lien entre le préjudice ou le décès de résidents et un soignant particulier dont le quart de travail peut avoir pris fin plusieurs heures ou plusieurs jours avant la survenance du résultat préjudiciable¹⁸.

Dans son rapport d'expert rédigé pour la présente Enquête, la professeure Crofts Yorker résumait comme suit les défis liés à la détection d'un préjudice causé par l'injection intentionnelle d'une surdose d'insuline :

Dans les hôpitaux et les foyers de SLD, de nombreux patients doivent recevoir de l'insuline. En conséquence, ils ont leur propre réserve de ce médicament, habituellement sous la forme d'insuline à action prolongée et à action brève. Pour induire un coma ou la mort, l'insuline peut prendre des heures ou des jours. Les symptômes de l'hypoglycémie sont non spécifiques et peuvent varier d'un patient à un autre. Si elle est détectée, elle peut être neutralisée grâce à une perfusion intraveineuse de dextrose, qui peut raviver un patient ayant reçu une dose toxique d'insuline, sans aucun soupçon d'acte répréhensible. Un tueur qui donne une surdose à un patient ayant besoin d'insuline peut se trouver à l'extérieur des lieux depuis plusieurs heures ou plusieurs quarts de travail lorsque le patient subit les effets préjudiciables de la surdose¹⁹.

D. La supervision limitée dans les foyers de SLD

Dans les foyers de SLD, la supervision directe du personnel infirmier des quarts de soir ou de nuit est limitée. En effet, il peut n'y avoir qu'un seul infirmier autorisé (IA) en service. La professeure Crofts Yorker a expliqué comme suit le contraste entre la supervision du personnel dans les foyers de SLD et celle du personnel dans les hôpitaux :

Une supervision moins directe. Moins de personnel auxiliaire. Alors que dans un hôpital, il y a les inhalothérapeutes qui vont et viennent, les diététistes et toute une variété de personnel interdisciplinaire. L'hôpital est un endroit animé et grouillant de monde. Lorsque vous êtes dans un foyer de soins de longue durée, il y a moins d'occasions quotidiennes d'interactions, moins de gens qui entrent et sortent de la chambre des patients et tout simplement moins de personnes qualifiées pour avoir l'œil ouvert²⁰.

¹⁸ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 13.

¹⁹ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 5, 13.

²⁰ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, 12 sept. 2018, p. 8091-8092.

Par conséquent dans les foyers de SLD, les collègues et les superviseurs sont moins susceptibles d'avoir connaissance d'actes répréhensibles²¹.

III. Les méthodes existantes de détection des tueurs en série en milieu de soins de santé

Malgré ces défis, des TSMS ont été détectés dans le passé. En règle générale, trois méthodes ont mené à leur détection : des enquêtes lancées en raison de soupçons exprimés par les patients ou leur famille ou encore des travailleurs de la santé (principalement des infirmiers); des analyses toxicologiques; l'identification de profils anormaux de décès ou de taux de mortalité élevés dans les milieux de soins de santé . Ces trois méthodes comportent toutes d'importantes limites, comme je l'explique ci-après. À la lumière des Infractions, il est évident que ces méthodes sont insuffisantes pour répondre à la menace posée par une TSMS comme Wettlaufer. Le lecteur est invité à se reporter au chapitre 1 dans lequel j'explique que les Infractions n'auraient pas été détectées si Wettlaufer ne les avait pas avouées.

A. Les résidents, les familles ou les travailleurs de la santé suspicieux

Dans son rapport d'expert, la professeure Crofts Yorker décrit plusieurs affaires dans lesquelles les patients ou les membres de la famille se sont plaints du fait que juste avant que le patient ne subisse un événement préjudiciable, comme un arrêt cardiaque ou la mort, ils ont vu un infirmier lui administrer une injection²². L'infirmier américain Richard Angelo est un exemple. Angelo a été arrêté après qu'un patient a survécu à un arrêt cardiaque et a signalé avoir vu Angelo injecter quelque chose dans sa perfusion intraveineuse juste avant d'arrêter de respirer²³. Angelo a été finalement déclaré coupable d'avoir tué quatre patients.

Bien qu'il soit important de faire connaître ses préoccupations en matière de soins, on ne peut se fier à cette méthode pour détecter un préjudice causé intentionnellement par un fournisseur de soins de santé. L'attention des patients, des résidents et des familles se porte sur toutes sortes de choses, plus particulièrement si l'état de la personne qui reçoit des soins se détériore.

²¹ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 9.

²² Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 12.

²³ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, onglet F; témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 7988-7989, 8022-8023.

De plus, il est important que leurs relations avec les soignants ne soient pas minées par des soupçons quant à l'intention de ces derniers de porter préjudice.

Il y a aussi des cas où des travailleurs de la santé ont soupçonné un acte répréhensible, donnant lieu à des enquêtes et à la détection de TSMS. La professeure Crofts Yorker a conclu que les infirmiers étaient souvent ceux qui déclenchaient des investigations après avoir fait rapport de leurs soupçons selon lesquels le décès de patients était lié à la présence d'un soignant particulier²⁴. Un exemple est l'infirmière américaine Kristen Gilbert, soupçonnée d'avoir tué jusqu'à 50 patients hospitalisés en ajoutant de l'épinéphrine dans les sacs de perfusion intraveineuse. En 2001, Gilbert a finalement été reconnue coupable de quatre meurtres et de deux tentatives de meurtre²⁵. Le personnel était devenu suspicieux du nombre de décès lorsque Gilbert travaillait lors des quarts de soir et a sonné l'alarme, menant au bout du compte à son arrestation.

L'infirmier américain Orville Lynn Majors est un autre exemple. Majors a été lié à 124 morts suspectes. En 1999, il a été déclaré coupable du meurtre de six patients dans un hôpital rural de l'Indiana; il leur avait injecté de l'épinéphrine et du chlorure de potassium²⁶. De 1990 à 1993, il y a eu entre 24 et 31 décès chaque année dans l'unité des soins intensifs comptant 56 lits. Toutefois, en 1994, l'année suivant l'embauche de Majors, 101 patients sont décédés, alors que le nombre d'admissions était demeuré constant. De sa propre initiative, le directeur de l'unité des soins intensifs a commencé à faire le suivi des mortalités et des quarts de travail²⁷. Les infirmiers ont également remarqué un lien entre les décès suspects et Majors, qu'ils ont signalés, contribuant ainsi à son arrestation²⁸.

À la lumière de ces exemples, la professeure Crofts Yorker a insisté sur l'importance de former les travailleurs de la santé concernant la différence entre une « mort prévue, normale ou une bonne mort » et « une mort

²⁴ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 13.

²⁵ Elizabeth Mehren, « Ex-VA nurse is spared death penalty », *Los Angeles Times*, le 27 mars 2001, <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-2001-mar-27-mn-43272-story.html> [consulté le 2 avril 2019]; Kenneth W. Kizer et Beatrice C. Yorker, « Health Care Serial Murder: A Patient Safety Orphan », (2010) 36(4) *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 187.

²⁶ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, onglet F; « Nurse guilty of killing six of his patients », *New York Times*, le 10 octobre 1999.

²⁷ James M. Thunder, « Quiet Killings in Medical Facilities: Detection & Prevention » (2003), 18(3) *Issues in Law & Medicine* 223.

²⁸ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 8011.

atypique ou anormale » pour les différentes populations dans les foyers de SLD²⁹. Elle soutient que cette formation aide les travailleurs de la santé à évaluer si la mort d'un résident comporte des éléments « inattendus »³⁰.

Même si les travailleurs de la santé détectent parfois un acte répréhensible, ils ne peuvent jouer qu'un rôle limité. Leur lourde charge de travail les tient pleinement occupés, leur laissant peu de temps pour faire des conjectures à propos de la conduite et des mobiles des autres membres de l'équipe de soins de santé. De plus, les travailleurs de la santé doivent travailler dans un esprit de collaboration pour fournir aux résidents les meilleurs soins possibles. Les normes professionnelles de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario exigent que les infirmiers créent et cultivent « des relations thérapeutiques et professionnelles fondées sur le respect et la collaboration » avec les clients, les collègues et les employeurs³¹. La collaboration ne correspond pas à une culture de suspicion et, en fait, cette dernière peut être contre-productive. À cet égard, nous pouvons tirer des leçons de l'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario, qui a montré les dangers découlant d'une démarche de la « pensée fondée sur la méfiance » lorsque des médecins légistes effectuent des autopsies³². Demander aux travailleurs de la santé d'adopter une démarche de la « pensée fondée sur la méfiance » envers leurs collègues dans les foyers de SLD serait une mauvaise politique, d'autant plus que la très grande majorité des travailleurs sont bien intentionnés et font tout leur possible pour donner aux résidents les meilleurs soins. Cela dit, il existe des méthodes pour sensibiliser les travailleurs de la santé qui permettent d'accroître la possibilité de détection sans favoriser une culture fondée sur les soupçons. Comme indiqué dans les recommandations du chapitre 16, la sensibilisation et la formation sur le phénomène des TSMS ne devraient pas être traitées comme une question isolée. Elles devraient plutôt être incorporées à la formation sur la gestion du risque, la sécurité des patients et des résidents, les résultats des patients et des résidents, et le professionnalisme. De cette façon, la sensibilisation à la possibilité qu'un fournisseur de soins de santé puisse intentionnellement porter préjudice à ceux auxquels il prodigue des soins peut se faire sans créer un climat de peur et de méfiance.

²⁹ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 8057.

³⁰ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 8051-8052.

³¹ Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, *Normes professionnelles, édition révisée 2002*, Toronto, OIIO, 2018, p. 10 (renvois omis).

³² Ontario, *Rapport de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario*, vol. 1, résumé, 4 vol., Toronto, ministère du Procureur général de l'Ontario, 2008, (le commissaire Stephen T. Goudge), 37, 48.

B. Les analyses toxicologiques

Il existe des situations où des échantillons toxicologiques sont prélevés au moment d'un incident indésirable ou du décès d'un patient et qui révèlent la présence d'une quantité toxique de médicaments et aident à détecter un TSMS. Cependant, les échantillons toxicologiques prélevés même après un court laps de temps après la mort sont en règle générale inutiles. Selon les explications de la professeure Crofts Yorker :

Les éléments de preuve toxicologique peuvent être tout à fait concluants s'ils sont prélevés immédiatement après l'arrêt cardiaque ou pulmonaire et qu'ils dénotent des niveaux très élevés d'un agent de paralysie respiratoire qui n'avait pas été prescrit. Ce sont ces cas qui iront devant les tribunaux avec une preuve claire et déterminante pour souvent en arriver à une culpabilité hors de tout doute raisonnable.

Quelques heures après la mort du patient, et particulièrement lors de son exhumation, la situation devient complexe parce qu'il n'existe pas d'essais cliniques ni de collecte de données vraiment valables.

Ainsi, si vous êtes en mesure d'obtenir la preuve toxicologique immédiatement après un incident, immédiatement après la réanimation ou immédiatement après un décès, et qu'elle montre une substance comme un opiacé qui atteint des niveaux toxiques, un opiacé qui n'était pas prescrit ou qui, même s'il était prescrit, atteint des niveaux toxiques, cela peut alors être très utile³³.

De plus, les analyses toxicologiques peuvent dépister uniquement un nombre limité de substances. Dans son témoignage, la professeure Crofts Yorker a déclaré que les médicaments qu'utilisent le plus couramment les travailleurs de la santé pour porter préjudice à des patients ou à des résidents, comme l'insuline, sont les plus difficiles à détecter³⁴. Tandis que les opiacés ou les agents entraînant une paralysie respiratoire sont plus faciles à découvrir, l'insuline est « particulièrement difficile » à dépister³⁵.

Selon le témoignage du D^r Pollanen, il n'est pas possible de faire des analyses toxicologiques de routine sur les résidents lorsqu'ils meurent. Les analyses toxicologiques « de routine » n'existent pas parce que les substances à analyser doivent être déterminées au cas par cas, selon l'historique du cas et les résultats de l'autopsie. Il est fort peu probable que les analyses

³³ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 7986.

³⁴ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 7986.

³⁵ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 7987.

toxicologiques dénuées de tout fondement médical et scientifique fournissent des informations utiles³⁶.

Le D^r Pollanen a également expliqué qu'une analyse de sang après le décès pour y déceler des irrégularités en ce qui a trait aux niveaux d'insuline n'est pas non plus une option. Le Centre des sciences judiciaires (CSJ), qui réalise les analyses toxicologiques pour les enquêtes sur les décès en Ontario, n'effectue pas d'analyses d'insuline, pas plus que d'autres laboratoires médico-légaux agréés en Ontario à ce moment-ci³⁷. Même si le CSJ devait acquérir les instruments nécessaires pour les analyses d'insuline, il est peu probable qu'elles fournissent des informations utiles en l'absence d'une autopsie complète dans le cas d'une investigation sur le décès. L'insuline est présente naturellement dans le corps, et il est difficile de distinguer celle qui est produite naturellement de l'insuline synthétique en raison des changements qui surviennent après le décès³⁸. Le fait que le décès peut survenir des jours après l'injection de l'insuline rend sa détection pratiquement impossible³⁹. Comme l'a expliqué le D^r Pollanen, détecter la présence et le niveau d'insuline dans un échantillon prélevé après la mort serait très difficile, à un point tel que l'analyse « peut ne pas répondre à l'exigence médico-légale de reproductibilité et de fiabilité »⁴⁰. Pour empêcher des modifications délétères, les échantillons de sang postmortem devraient être prélevés immédiatement après la mort et être congelés et entreposés immédiatement⁴¹. Pour les motifs exposés au chapitre 19, il n'est pas possible de le faire.

C. L'utilisation de données pour détecter des pics, des profils et des regroupements de décès inhabituels

Les profils de mortalité inhabituels ont, dans plusieurs cas, mené à la détection de TSMS. À titre d'exemple, en 1984 à St Petersburg, en Floride, le médecin légiste a été informé de 12 décès survenus en moins de deux semaines dans

³⁶ Témoignage du D^r Michael Pollanen, transcription, le 23 juillet 2018, p. 5000 à 5002.

³⁷ Affidavit du D^r Michael Pollanen, par. 105-107. Le D^r Pollanen a indiqué qu'en vertu de la *Loi de 2018 sur les laboratoires médico-légaux*, L.O. 2018, chap. 3, annexe 8 (non encore en vigueur au 29 juin 2018) les analyses d'insuline ne seront pas admissibles dans les procédures judiciaires à moins que le laboratoire soit agréé par un organisme prescrit par règlement (on s'attend à l'exigence de normes d'accréditation internationales pour les laboratoires médico-légaux). Le D^r Pollanen a aussi indiqué qu'il ne connaissait aucun laboratoire médico-légal agréé à ce moment-ci en Ontario qui effectuerait ce genre d'analyse d'insuline : affidavit du D^r Pollanen, par. 107.

³⁸ Affidavit du D^r Michael Pollanen, par. 106 et 107.

³⁹ Affidavit du D^r Michael Pollanen, par. 107.

⁴⁰ Affidavit du D^r Michael Pollanen, par. 106.

⁴¹ Affidavit du D^r Michael Pollanen, par. 106.

un foyer de soins infirmiers comptant 54 lits. Au cours de cette période, on se serait attendu à tout au plus trois décès. Le médecin légiste a demandé à l'Office of the State Epidemiologist des Florida Department of Health and Rehabilitation Services de l'aider dans son investigation. L'équipe d'investigation n'a trouvé aucune augmentation d'infections nosocomiales et aucune modification de l'âge, du sexe, ni de la race des patients qui pouvaient expliquer l'augmentation du nombre de décès⁴². Toutefois, lorsque l'équipe a examiné les profils liés au moment des décès et à la présence de membres du personnel en particulier, elle a conclu que deux infirmiers étaient les plus fortement et constamment associés aux décès :

Dans cette étude, 67 % des décès épidémiques sont survenus entre 3 h et 11 h en comparaison de 36 % des décès antérieurs. De plus, dans 58 % des décès épidémiques, l'apparition de l'événement mortel est survenue au cours du quart de travail de nuit en comparaison de 4 % pour les décès antérieurs... Les infirmiers 7 et 18 étaient les plus fortement et constamment associés au moment de l'apparition des événements mortels et des décès⁴³.

Cette investigation a finalement mené à l'arrestation et à la condamnation de la TSMS Bobbie Sue Dudley, en 1988, pour le meurtre de quatre résidents par strangulation ou injection de surdoses d'insuline⁴⁴.

La détection et la condamnation de l'infirmière Genene Jones constituent un autre exemple. En mars 1983, le commissioner of the Texas Department of Health a demandé aux Centers for Disease Control de l'aider à évaluer l'apparente augmentation de mortalité à l'unité des soins intensifs pédiatriques d'un hôpital de San Antonio. L'investigation épidémiologique et clinique qui s'en est suivie a révélé qu'une infirmière, Genene Jones, était

⁴² Jeffrey J. Sacks et al., « A Cluster of Unexplained Deaths in a Nursing Home in Florida » (1988), 78(7) *American Journal of Public Health* 806-7. Les données sur les décès et les taux de décès mensuels pour 1 000 résidents dans l'ensemble des 69 foyers de soins infirmiers dans le comté ont aussi été pris en compte pour la période de 1976 à 1984.

⁴³ Sacks et al., « A Cluster of Unexplained Deaths », 808.

⁴⁴ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 8010; Michael Farrell, *Criminology of Serial Poisoners* (Cham, Switzerland, Palgrave MacMillan, 2018), 57; « Nurse pleads guilty to four murders », *UPI*, le 24 février 1988, <https://www.upi.com/Archives/1988/02/24/Nurse-pleads-guilty-to-four-murders/4501572677200/> [consulté le 10 avril 2019].

associée au nombre accru de décès⁴⁵. En 1984, elle a finalement été poursuivie et reconnue coupable d'un meurtre et a plus tard avoué avoir tué plusieurs autres patients⁴⁶.

La littérature universitaire confirme qu'une surveillance étroite de regroupements de décès⁴⁷, de pics dans les décès et de résultats néfastes dans les hôpitaux et les foyers de SLD peut être utile pour détecter les TSMS. Dans son rapport déposé pour l'Enquête, la professeure Crofts Yorker a souligné que dans cinq cas publiés, les Centers for Disease Control ont investigué des regroupements de décès suspects et identifié la présence d'un infirmier particulier comme étant le lien de corrélation le plus fort avec ces épidémies⁴⁸. David R. Kent et Patrick D. Walsh ont examiné plus en profondeur la littérature, les reportages dans les médias et les procédures judiciaires dans 37 cas de TSMS aux États-Unis⁴⁹ et ont conclu que plusieurs de ces cas avaient comporté des séries de décès suspects, notamment :

- un cas au Michigan où 35 patients ont cessé de respirer en 51 occasions en six semaines;
- un cas en Indiana où 67 décès se sont produits au cours d'une période de cinq mois, soit un décès pour chaque période de 23,1 heures au cours de laquelle le suspect travaillait⁵⁰;
- un cas au Massachusetts où 63 décès suspects sont survenus dans une seule unité en quatre mois;
- un cas au Maryland où le TSMS était le soignant dans 57 des 144 arrêts cardiaques à l'hôpital⁵¹.

⁴⁵ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, onglet F; Gregory R. Istre et al., « A Mysterious Cluster of Deaths and Cardiopulmonary Arrests in a Pediatric Intensive Care Unit » (1985), 313(4) *New England Journal of Medicine* 205-11, 211.

⁴⁶ « Prosecutor: Former Texas nurse confessed in deaths of babies », Associated Press, le 19 avril 2018, <https://apnews.com/885f5d5dd27c43daa95605c0b2cb82f8> [consulté le 12 avril 2019].

⁴⁷ Une série de décès apparaît, par exemple, lorsqu'un nombre inhabituel de décès survient à l'occasion d'un quart de travail donné dans une unité ou un service particulier.

⁴⁸ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 12.

⁴⁹ Kent et Walsh, « Modern U.S. Healthcare Serial Killings » 178-180.

⁵⁰ Dans ce cas, les patients étaient 42,2 fois plus susceptibles de mourir lorsque le suspect était en service.

⁵¹ Dans ce cas, les patients au cours du quart de travail du TSMS étaient 47,5 fois plus susceptibles de subir un arrêt cardiorespiratoire. Ce nombre a augmenté à 100 fois plus susceptibles de subir un arrêt cardiorespiratoire à l'occasion des quarts de travail de 23 h à 7 h.

Plusieurs études épidémiologiques ont recommandé une surveillance étroite des regroupements de décès, des pics et des résultats néfastes pour les patients dans les établissements de soins de santé⁵². Selon Kent et Walsh, les TSMS sont de plus en plus détectés grâce à l'observation des regroupements de décès, plus particulièrement en raison de la diminution du nombre d'autopsies réalisées pour ceux qui meurent alors qu'ils sont dans des établissements de soins de santé :

Plusieurs cas ont été mis au jour uniquement grâce à l'examen analytique des nombres historiques de décès qui indiquaient le quart de travail exact et le service particulier où les décès anormalement élevés de patients se produisaient. Puisque les hôpitaux ne font plus systématiquement d'autopsies, la seule méthode pour susciter des soupçons légitimes était d'établir le lien entre les données de mortalité hors de proportion groupées par service et l'heure du jour. Les ratios de taux et d'évaluations de risque relatif ont été utilisés pour confirmer la fréquence à laquelle les patients avaient des convulsions alors que les différents membres du personnel infirmier étaient en service, en comparaison du moment où chaque travailleur n'était pas en service⁵³.

Bien que la surveillance statistique des décès ne puisse à elle seule établir si les décès sont le résultat d'un préjudice intentionnel⁵⁴, elle peut aider à signaler des décès justifiant une investigation plus approfondie, ce qui peut à terme révéler l'existence d'un TSMS⁵⁵. Comme Kent et Walsh l'ont expliqué :

Une fois que les chiffres de mortalité indiquent une incidence de décès inhabituellement élevée, les épidémiologistes commencent à en rechercher la source et la cause. Le premier indicateur est habituellement un regroupement de décès suspects de patients qui peuvent être associés à un quart de travail en particulier⁵⁶.

⁵² Sacks et al., « A Cluster of Unexplained Deaths », 806, 808; Jeffrey K. Stross, D. Michael Shasby, William R. Harlan, « An Epidemic of Mysterious Cardiopulmonary Arrests » (1976), 295(20) *New England Journal of Medicine* 1107-1110, 1110; Gregory R. Istre et al., « A Mysterious Cluster of Deaths and Cardiopulmonary Arrests in a Pediatric Intensive Care Unit » (1985), 313(4) *New England Journal of Medicine* 205-211, 211; James W. Buehler et al., « Unexplained Deaths in a Children's Hospital: An Epidemiologic Assessment » (1985), 313(4) *New England Journal of Medicine* 211, 215-216; Jeffrey J. Sacks et al., « A Nurse-Assisted Epidemic of Cardiac Arrests in an Intensive Care Unit » (1988), 259(5) *JAMA* 689-695, 695; A. Franks et al., « A Cluster of Unexplained Cardiac Arrests in a Surgical Intensive Care Unit » (1987), 15(11) *Critical Care Medicine* 1075-1076; Kenneth J. Rothman, « Sleuthing in Hospitals » (1985), 313(4) *New England Journal of Medicine* 258-260, 259.

⁵³ Kent et Walsh, « Modern U.S. Healthcare Serial Killings », 178-179.

⁵⁴ Sacks et al., « A Cluster of Unexplained Deaths », 808.

⁵⁵ Rapport d'expert de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 12-13; témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 7975.

⁵⁶ Kent et Walsh, « Modern U.S. Healthcare Serial Killings », 178-180.

Les données peuvent offrir un fondement viable pour investiguer et mener à la détection. Plutôt que de s'appuyer uniquement sur des soupçons exprimés par des humains, les analyses appropriées de données constituent le fondement d'une investigation éclairée sur les décès dans les foyers de SLD. La limite de cette méthode de détection est assez simple : les foyers de SLD ne sont pas dotés du matériel nécessaire pour recueillir les données appropriées, les analyser et les utiliser.

IV. Renforcer le processus d'investigation sur les décès chez les résidents

A. La nécessité d'augmenter le nombre d'investigations sur les décès de résidents

Le processus complet d'investigation sur les décès comporte trois étapes : une consultation préliminaire, une investigation sur le décès et un examen postmortem aussi appelé autopsie. Les coroners effectuent les deux premières étapes et les médecins légistes réalisent la troisième. Un résumé de chaque étape est présenté ci-dessous. Le lecteur qui souhaite une description plus complète est invité à se reporter au chapitre 14.

Lorsqu'il est avisé d'un décès, un coroner doit décider s'il accepte le cas pour mener une investigation sur le décès. Pour ce faire, il effectue une consultation préliminaire pour établir s'il existe un fondement approprié pour l'investigation sur le décès, en se fondant sur les critères énoncés à l'article 10 de la *Loi sur les coroners*. Les critères énoncés à l'article 10(1) visent les morts non naturelles, par exemple, celles qui sont le résultat d'un acte de violence, d'un accident, d'un acte de négligence ou d'une faute professionnelle, ou qui surviennent « d'une façon subite et inattendue ». Les autres dispositions de l'article 10 portent sur les décès à la suite de l'aide médicale à mourir, ceux qui ont lieu dans des milieux ou endroits particuliers, comme les établissements correctionnels et psychiatriques. À l'occasion de la consultation préliminaire, le coroner se renseigne de manière appropriée auprès des professionnels de la santé pertinents et d'autres personnes, comme les membres de la famille⁵⁷.

⁵⁷ Affidavit du D' Dirk Huyer, par. 54-55, 65-66.

Si un cas est accepté pour investigation sur le décès, le coroner se rend sur les lieux du décès chaque fois que cela est possible et il examine le corps. Le coroner consigne ses observations concernant le corps, y compris le lieu où il se trouve et sa position; une description des vêtements et de l'état physique de la personne décédée; le type et la répartition des lividités; la présence ou l'absence de pétéchies (petites taches cutanées causées par des saignements sous la peau); les modifications par suite de la décomposition; les blessures ou les signes de traumatisme; les marques de ligatures, si elles sont présentes. Une fois l'examen du corps terminé, le coroner doit décider s'il doit ou non ordonner une autopsie. L'autopsie est une procédure d'investigation exécutée par un médecin légiste pour déterminer des éléments comme l'identité du défunt, la cause du décès et les moyens utilisés pour le causer; traiter des questions médico-légales pertinentes; réunir et documenter les éléments de preuve médico-légale aux fins du système de justice pénale. L'étendue d'une autopsie est fonction des circonstances de chaque cas. Elle peut comporter des examens externes et internes du corps, des analyses toxicologiques et des analyses accessoires⁵⁸.

Au cours des dernières années, il y a eu beaucoup moins d'investigations sur les décès menées en Ontario à l'égard des résidents de foyers de SLD et encore moins d'autopsies. Environ seulement 8 % à 9 % des investigations sur les décès de résidents donnent lieu à une autopsie, alors que les autopsies sont réalisées dans environ 40 % de toutes les investigations sur les décès de l'Ontario⁵⁹. Moins de 1 % de toutes les autopsies réalisées par les médecins légistes des services médico-légaux en 2015 portait sur des résidents de foyers de SLD⁶⁰. Le tableau 18.1 résume le nombre d'investigations sur les décès de résidents et d'autopsies réalisées en Ontario pour la période de 2007 à 2017. Ce tableau affiche une diminution importante du nombre d'investigations sur les décès de résidents de même que de celui des autopsies réalisées.

Les chiffres présentés au tableau 18.1 sont mis en contraste avec l'ensemble des investigations sur les décès et des autopsies en Ontario pour les mêmes années. Le tableau 18.2 contient ces renseignements.

⁵⁸ Affidavit du D^r Dirk Huyer, par. 68, 70.

⁵⁹ Affidavit du D^r Dirk Huyer, par. 134.

⁶⁰ Affidavit du D^r Michael Pollanen, par. 96.

Tableau 18.1 : Nombre d'investigations sur les décès de résidents et d'autopsies selon l'année

ANNÉE	INVESTIGATIONS SUR LES DÉCÈS DANS LES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE	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

Source : affidavit du D^r Dirk Huyer, par. 134, préparé pour les audiences publiques.

* L'affidavit du D^r Huyer expliquait que les chiffres associés aux années 2016 et 2017 présentaient des chiffres préliminaires et qu'ils pouvaient être modifiés.

Il est nécessaire de présenter quelques éléments historiques pour comprendre la raison de la baisse du nombre d'investigations sur les décès de résidents en Ontario.

Jusqu'en 1995, en vertu de l'article 10(2) de la *Loi sur les coroners*, un coroner était tenu d'investiguer sur tous les décès qui survenaient dans un foyer pour personnes âgées ou dans un foyer de soins infirmiers. Des modifications apportées à la Loi, entrées en vigueur le 1^{er} mars 1995, abrogeaient cette disposition, mais ajoutaient l'article 10(2.1). Cette disposition continuait de prévoir l'obligation d'un foyer d'aviser le coroner des décès, mais donnait à ce dernier le pouvoir discrétionnaire de déterminer s'il devait investiguer sur le décès. (Un foyer s'acquitte de son obligation d'aviser un coroner en présentant l'ADPE au Bureau du coroner en chef⁶¹.) Le coroner exerçait son pouvoir discrétionnaire en se fondant sur les critères de l'article 10 décrits ci-dessus.

⁶¹ Affidavit du D^r Dirk Huyer, par. 36-39.

Cependant, au même moment, le BCC/SMLO a adopté la politique consistant à effectuer automatiquement une investigation sur les décès à chaque dixième décès qui survenait dans un foyer de SLD, peu importe si un coroner avait fait une investigation sur n'importe lequel des neuf décès précédents. Ces investigations étaient appelées « investigations sur les décès s'inscrivant dans un seuil ».

En 2013, le BCC/SMLO a cessé d'effectuer des investigations sur les décès s'inscrivant dans un seuil. Ces investigations avaient représenté environ 12 % de toutes les investigations sur les décès du BCC/SMLO et leur élimination a entraîné une diminution importante des investigations sur les décès de résidents et, par conséquent, des autopsies sur ces derniers⁶². Si le lecteur se reporte au tableau 18.1 ci-dessus, il constatera cette diminution en comparant les données de 2012 et celles de 2014. En 2012, il y a eu 2 665 investigations sur les décès de résidents et 81 autopsies, mais en 2014, il n'y a eu que 905 investigations sur les décès de résidents et 67 autopsies.

Tableau 18.2 : Nombre d'investigations sur les décès et d'autopsies en Ontario, selon l'année

ANNÉE	TOTAL DES INVESTIGATIONS SUR LES DÉCÈS	AUTOPSIES PRATIQUÉES
2007	18 308	6 949
2008	17 528	6 591
2009	16 926	6 392
2010	16 415	6 112
2011	16 298	5 703
2012	16 576	5 708
2013	16 815	5 955
2014	15 115	5 874
2015	15 023	6 138
2016	15 899	6 858
2017	17 154	7 635

Source : affidavit du D^r Dirk Huyer, par. 85, préparé pour les audiences publiques.

⁶² Affidavit du D^r Dirk Huyer, par. 113.

La décision de l'Ontario de réaliser moins d'investigations sur les décès de résidents et d'autopsies correspond à la tendance mondiale d'un moins grand nombre d'investigations sur les décès et d'autopsies chez les personnes âgées⁶³. La littérature universitaire indique que les taux d'investigations sur les décès de résidents et d'autopsies sont trop faibles⁶⁴. Il y a plus de 20 ans, le Dr Randy Hanzlick faisait le commentaire suivant : « Il fait peu de doute que l'autopsie est sous-utilisée comme méthode d'évaluation des profils de mortalité, de la santé de la population vieillissante et du sous-ensemble de ces patients dans les maisons de soins infirmiers ou les établissements de soins de longue durée »⁶⁵. Sans autopsie, il peut être difficile de confirmer la cause véritable d'un décès⁶⁶. Le Dr Anthony Galanos a indiqué que « la cause erronée d'un décès est presque deux fois plus répandue chez les patients de 70 ans et plus que chez les personnes moins âgées » et les autopsies peuvent révéler avec succès les diagnostics cliniques erronés des causes de décès⁶⁷. Une étude remontant à 1983 tire la conclusion suivante :

Il est probable qu'un certain nombre de personnes âgées trouvées mortes ne soient pas décédées en raison de l'éternelle cause « maladie vasculaire cérébrale » ou « cardiopathie de l'artériosclérose », mais bien d'une surdose de médicament, accidentelle ou auto-induite, ou même par homicide. Il y a lieu de se demander si le faible taux d'autopsies pour les décès causés par « d'autres accidents » ne masque pas de tel cas⁶⁸.

⁶³ Amy Gruszecki et al., « Investigation of Elderly Deaths in Nursing Homes by the Medical Examiner Over a Year » (2004), 25 *American Journal of Forensic Medical Pathology* 209-12 à 210; Babak Shokrani et Marie N. Fidelia-Lambert, « Geriatric Autopsy Findings in the Last 10 Years: An Urban Teaching Hospital Experience » (2005), 97(3) *Journal of the National Medical Association* 390-393, 392-393; Leslie S. Libow et Richard R. Neufeld, « The Autopsy and the Elderly Patient in the Hospital and the Nursing Home: Enhancing the Quality of Life » (2008), 63(12) *Geriatrics* 14-18; P. Lindström et al., « Declining Autopsy Rate in Sweden: A Study of Causes and Consequences in Malmö, Sweden » (1997), 242 *Journal of Internal Medicine* 157-65.

⁶⁴ Voir par exemple : Aileen Wiglesworth, « Draft Final Technical Report: Coroner Investigations of Suspicious Elder Deaths », 5, présenté au Department of Justice des États-Unis, le 1^{er} juillet 2012, subvention numéro 2008-MU-MU-0021; J.C. Ahronheim, A.S. Bernholc et W.D. Clark. « Age Trends in Autopsy Rates: Striking Decline in Late Life » (1983), 250(9) *JAMA* 1182-1186, 1186.

⁶⁵ Randy Hanzlick, « Case of the Month: Complications of Therapy, Nursing Homes, and the Elderly » (1998), 158 *Archives of Internal Medicine* 695-696 à 695; John A.H. Puxty, Michael A. Horan et Roy A. Fox, « Necropsies in the Elderly » (1983) *The Lancet* 1262-64.

⁶⁶ Luiz Eugênio Garcez Leme, « Autopsy in the Elderly » (2018), 8(3) *Autopsy Case Reports* (São Paulo).

⁶⁷ Anthony N. Galanos, William A. Gardner et LeRoy Riddick, « Forensic Autopsy in the Elderly » (1989), 82(4) *Southern Medical Journal* 462-66.

⁶⁸ Ahronheim, Bernholc, Clark, « Age Trends in Autopsy Rates », 1182-1186, 1186.

L'autopsie est reconnue comme étant « l'indice décisif de la qualité des soins de santé en général et de ceux fournis aux patients gériatriques en particulier »⁶⁹. L'augmentation du nombre d'autopsies permettra d'accroître les connaissances concernant les soins gériatriques, qui en retour permettront de contribuer à la compréhension des maladies, de la mortalité et de la morbidité à l'avenir⁷⁰. Puisque les autopsies doivent être précédées d'une investigation sur le décès, il est souhaitable, pour cette seule raison, d'effectuer un nombre accru d'investigations sur les décès de résidents.

Toutefois, du point de vue de la présente Enquête, augmenter le nombre d'investigations sur les décès de résidents est important parce que le petit nombre de celles qui sont effectuées en ce moment peut signifier que des décès suspects ne sont pas détectés. Aux audiences publiques, le Dr Michael Pollanen, médecin légiste en chef de l'Ontario, a déclaré dans son témoignage que la médecine légale pouvait être utilisée pour détecter les « homicides secrets »⁷¹, soit des homicides à l'égard desquels l'auteur du crime « masque le décès », « détournant [ainsi] les gens de la vérité »⁷². Comme je l'ai expliqué au chapitre 1, c'est exactement la situation des victimes des meurtres de Wettlaufer. Si Wettlaufer n'avait pas avoué les meurtres, personne n'aurait su que les victimes avaient été tuées et n'étaient pas mortes de causes naturelles.

B. L'élaboration d'un processus d'investigation éclairée sur les décès

En règle générale, les décès de résidents qui répondent aux critères de l'article 10 de la *Loi sur les coroners* font l'objet d'une investigation. Cependant, pour les motifs énoncés ci-dessus, le nombre d'investigations sur les décès de résidents doit connaître une augmentation. Ainsi, la question qui se pose est la suivante : Comment le BCC/SMLO devrait-il déterminer les autres décès de résidents sur lesquels investiguer? À l'occasion des consultations menées dans la partie 2 de l'Enquête, trois réponses possibles ont été explorées. Selon la première réponse, le BCC/SMLO reprenait les investigations sur les décès s'inscrivant dans un seuil. La deuxième réponse consistait en des investigations sur les décès supplémentaires menées par le BCC/SMLO au

⁶⁹ Shokrani et Fidelia-Lambert, « Geriatric Autopsy Findings in the Last 10 Years », 390-93, 93.

⁷⁰ Libow et Neufeld, « The Autopsy and the Elderly Patient in the Hospital and the Nursing Home » 14-18; Hanzlick, « Case of the Month », 695-96, 695; Luiz Eugenio Garcez Leme, « Autopsy in the Elderly ».

⁷¹ Témoignage du Dr Michael Pollanen, transcription, le 23 juillet 2018, p. 5086-87.

⁷² Témoignage du Dr Michael Pollanen, transcription, le 23 juillet 2018, p. 5085.

hasard. La troisième suggérait d'élaborer un processus suivant lequel le BCC/SMLO recevrait les renseignements pertinents, au-delà de ceux qui se rapportent aux critères de l'article 10 et utiliserait ces renseignements pour déterminer les décès de résidents sur lesquels investiguer. J'appelle ce processus le « processus d'investigation éclairée sur les décès ».

J'ai rejeté l'idée de rétablir les investigations sur les décès s'inscrivant dans un seuil dans les foyers de SLD. Selon la preuve présentée aux audiences publiques, de telles investigations étaient inefficaces et utilisaient une part substantielle des ressources du coroner, tant humaines que financières, sans fournir de bénéfices démontrables pour la sécurité publique⁷³. Ces investigations ne décelaient pas de problèmes particuliers qui n'auraient pas été détectés autrement⁷⁴. De plus, la réalisation d'investigations sur les décès s'inscrivant dans un seuil peut mener à une sorte d'usure provoquée par les investigations, qui peut miner l'utilité des investigations sur les décès. Enfin, élément important, les investigations sur les décès s'inscrivant dans un seuil n'agissent pas comme mesures de dissuasion ou de détection parce que la personne qui souhaite tuer un résident peut éluder le seuil simplement en prévoyant le moment du meurtre pour que la victime ne soit pas le dixième décès dans le foyer.

J'ai aussi rejeté le modèle d'investigations sur les décès au hasard parce que sans raison scientifique ou médicale solide pour réaliser une investigation sur un décès, il est hautement improbable que les renseignements ainsi obtenus soient significatifs. La grande majorité des décès des résidents est le résultat de causes naturelles et les investigations sur les décès au hasard ne feraient que le confirmer.

Il est devenu évident que le processus d'investigation éclairée sur les décès était nécessaire pour résoudre de façon significative la question du petit nombre d'investigations sur les décès de résidents. Pour qu'un tel processus fonctionne, le BCC/SMLO doit recevoir des renseignements pertinents au-delà de ce qu'il reçoit à l'heure actuelle au moyen de l'Avis de décès de patient en établissement. Ainsi, le défi consiste à établir les renseignements supplémentaires qui pourraient être transmis au BCC/SMLO pour qu'il soit mieux en mesure de se prononcer sur les décès de résidents sur lesquels mener une investigation. Deux types de renseignements pourraient être utiles.

⁷³ Affidavit du D' Dirk Huyer, par. 113.

⁷⁴ Affidavit du D' Dirk Huyer, par. 113.

Le premier type de renseignements supplémentaires concerne le résident, particulièrement ceux portant sur la période menant à la mort. Il n'est pas suffisant de recevoir les renseignements qui se rapportent aux critères de l'article 10. Le BCC/SMLO a besoin de renseignements probants, incluant les observations et les évaluations cliniques relativement au décès du résident. Il a aussi besoin de renseignements fondés sur les observations subjectives et les préoccupations des infirmiers, des préposés aux services de soutien à la personne et des membres de la famille. La source de ces renseignements supplémentaires est l'ADPE modifié que je recommande au chapitre 14 et dont je discute ci-après.

Le deuxième type de renseignements porte sur le foyer de SLD dans lequel vivait le résident au moment de sa mort. Ces renseignements peuvent être obtenus grâce au projet d'analyses de données du Ministère pour identifier les foyers de SLD qui affichent un taux de mortalité plus élevé que prévu. Le modèle d'analyses de données du Ministère est également examiné plus loin.

D'autres milieux de soins de santé au Canada où les analyses de données sont utilisées pour améliorer la qualité des soins appuient l'utilisation de cette démarche dans le processus d'investigation sur les décès. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) calcule le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) pour la plupart des hôpitaux canadiens depuis environ dix ans. Le RNMH – le ratio entre le nombre réel de décès hospitaliers en soins de courte durée et le nombre prévu de décès hospitaliers liés à des affections associées à environ 80 % de la mortalité hospitalière⁷⁵ – est rajusté pour prendre en compte les facteurs qui pourraient avoir une incidence sur les taux de mortalité, comme l'âge, le sexe, le diagnostic, la durée de séjour, les comorbidités et l'état du patient à l'admission⁷⁶ et permet à l'ICIS de comparer les taux de mortalité entre les hôpitaux canadiens⁷⁷. L'ICIS soutient que le RNMH est à la fois « une mesure importante pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins » dans les hôpitaux canadiens et qu'il « exprime le taux de réussite des hôpitaux et des régions sanitaires dans la réduction des décès à l'hôpital et, par le fait même, dans l'amélioration des soins aux patients »⁷⁸.

Utilisés ensemble, l'ADPE modifié et le modèle d'analyses de données du Ministère permettront au BCC/SMLO de consacrer ses ressources

⁷⁵ *Ratio normalisé de mortalité hospitalière : Notes techniques*, mai 2018, Ottawa, ICIS, 2018, 2.

⁷⁶ <https://www.cihi.ca/fr/ratio-normalise-de-mortalite-hospitaliere-de-licis>.

⁷⁷ Affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 23.

⁷⁸ <https://www.cihi.ca/fr/ratio-normalise-de-mortalite-hospitaliere-de-licis>.

d'investigation aux décès les plus suspects ou les plus inattendus. L'ADPE modifié fournira au BCC/SMLO à la fois des données probantes et des renseignements subjectifs à propos d'un résident particulier et le modèle du Ministère présentera des analyses de données statistiques sur les taux de mortalité dans le foyer. La combinaison de ces renseignements permettra au BCC/SMLO de prendre une décision éclairée concernant les décès de résidents devant faire l'objet d'une investigation, même lorsque ces décès ne déclenchent pas d'autres « signaux d'alarme ». À titre d'exemple, même si toutes les réponses aux questions de l'ADPE modifié sont négatives, lorsqu'un résident meurt alors qu'il vit dans un foyer identifié comme ayant un taux de décès plus élevé que prévu, le BCC/SMLO peut néanmoins décider de lancer une consultation du coroner et, potentiellement, une investigation sur le décès. En outre, lorsqu'une réponse à une question de l'ADPE modifié est affirmative dans un foyer affichant un taux de décès plus élevé que prévu, il est plus vraisemblable qu'un coroner sera désigné pour faire une consultation préliminaire à l'égard du décès du résident et qu'une investigation sur le décès sera réalisée.

C. L'utilisation de l'Avis de décès de patient en établissement modifié

L'ADPE modifié appuiera le processus d'investigation éclairée sur les décès. Dans le chapitre 14, je décris la manière selon laquelle l'ADPE devrait être modifié ainsi que la raison de cette modification, et je ne présenterai ici qu'un résumé.

En vertu de l'article 10(2.1) de la *Loi sur les coroners*, les foyers de SLD sont tenus de donner immédiatement avis des décès au BCC/SMLO. Pour faciliter la transmission de cet avis, le BCC/SMLO a créé l'ADPE pour que les foyers le remplissent et le transmettent. L'actuel ADPE reprend essentiellement le libellé de l'article 10(1). Ainsi, grâce à cet avis, le BCC/SMLO obtient des renseignements qui l'aident à déterminer si une investigation sur le décès devrait être entreprise compte tenu des critères prévus à l'article 10(1). L'ADPE modifié fournira des renseignements qui vont bien au-delà de ceux qui se rapportent aux critères de l'article 10. Il contiendra des questions qui amèneront la personne qui le remplit à inclure des observations et des évaluations cliniques. Cette personne sera également incitée à parler aux membres de la famille et à d'autres soignants dans le foyer, comme les préposés aux services de soutien à la personne, au sujet de la santé du résident et de son état médical pendant la période menant à sa mort.

Les renseignements supplémentaires de l'ADPE modifié seront utiles pour le foyer de SLD, le coroner qui effectue une consultation préliminaire et le BCC/SMLO. En ce qui a trait au foyer, l'ADPE modifié aidera le personnel du foyer à déterminer si le décès devrait être signalé à un coroner. Si un coroner est nommé pour effectuer une consultation préliminaire, les renseignements que contient l'ADPE modifié l'aideront à décider s'il doit lancer une investigation sur le décès. Utilisés de concert avec les renseignements fournis par les analyses de données, les renseignements de l'ADPE modifié amélioreront la capacité du BCC/SMLO de prendre une décision concernant les décès qui justifient une investigation plus approfondie.

Comme je l'explique également au chapitre 14, le BCC/SMLO devrait offrir de la formation sur l'ADPE modifié aux foyers de SLD qui devront le remplir. Mieux ils comprendront les renseignements dont a besoin le BCC/SMLO, plus ils seront susceptibles de consigner ces renseignements dans l'ADPE modifié.

J'ai également recommandé d'apporter une modification au processus que les foyers suivent à l'égard de l'ADPE modifié. Lorsqu'un foyer envoie l'ADPE modifié au BCC/SMLO, il devrait être également tenu d'envoyer des copies à d'autres fournisseurs de soins de santé désignés, notamment le directeur médical et le directeur des soins infirmiers du foyer, le médecin traitant ou l'infirmier praticien du résident et le pharmacien du foyer. L'ADPE modifié devrait comporter sur sa première page une note à l'intention des autres fournisseurs de soins de santé leur ordonnant d'en examiner le contenu et d'alerter le BCC/SMLO si quelque élément du décès du résident soulève des questions ou des préoccupations selon eux. Cette modification du processus devrait également faire en sorte que le BCC/SMLO reçoive plus de renseignements à propos des décès de résident, des renseignements qu'il ne recevrait pas autrement à ce point crucial du processus, c'est-à-dire lorsqu'il examine la question de savoir s'il désignera un coroner pour effectuer une consultation préliminaire à l'égard du décès.

Je recommande que le BCC/SMLO utilise les analyses de données pour regrouper et analyser les renseignements contenus dans l'ADPE modifié afin de détecter les pics, les profils et les séries inhabituels de décès. Comme je l'ai expliqué ci-dessus, ces données peuvent être utiles pour la détection de TSMS. Cela n'est pas fait à l'heure actuelle parce que tous les foyers ne transmettent pas l'ADPE sous forme électronique. Une des raisons pour lesquelles le BCC/SMLO a ordonné aux foyers de SLD de transmettre les ADPE par voie électronique était précisément pour pouvoir regrouper et analyser les renseignements qu'ils contenaient. « L'idée était que s'il était possible d'obtenir un ensemble complet de données (c'est-à-dire une conformité à 100 % de

l'envoi des ADPE par voie électronique), le BCC pourrait évaluer les tendances ou les profils de décès au sein d'établissements ou de régions. Le but envisagé était la création d'un mécanisme d'évaluation qui utilisait les données existantes »⁷⁹. Étant donné que tous les foyers ne soumettent pas les ADPE sous forme électronique, le BCC/SMLO ne dispose pas d'un ensemble complet de données et n'est pas en mesure de faire ce suivi. Comme je le recommande au chapitre 14, le BCC/SMLO doit prendre des mesures pour veiller à ce que tous les foyers de SLD soumettent les ADPE modifiés par voie électronique.

Les données agrégées tirées des ADPE modifiés devraient permettre une meilleure détection en temps opportun des pics, des profils et des séries de décès inhabituels dans les foyers de SLD individuels. L'ADPE est rempli immédiatement au décès alors que les données de l'instrument d'évaluation du patient – ensemble minimal de données (instrument RAI-MDS) utilisées dans les modèles du Ministère lui sont fournies trimestriellement. Les chercheurs ont insisté sur l'importance de l'analyse des séries, des pics et des profils de décès dans les établissements de soins de santé en temps réel par opposition à une analyse rétrospective⁸⁰. La professeure Crofts Yorker indique que l'examen et la détection en temps réel des séries et des pics suspects de décès nécessiteraient un système dans lequel les données pourraient être conservées et examinées⁸¹.

Ces modifications apportées à l'ADPE et l'utilisation de celui-ci aideront à améliorer le processus d'investigation sur les décès de résidents en Ontario, mais, à elles seules, elles ne suffisent pas. Le processus d'investigation éclairée sur les décès de résidents doit également utiliser les données et la technologie pour être en mesure de détecter les décès de résidents causés intentionnellement. Gardant ceci à l'esprit, j'examine maintenant les modèles d'analyses de données du Ministère visant à identifier les foyers de SLD qui affichent un taux de mortalité plus élevé que prévu.

⁷⁹ Affidavit du D^r Dirk Huyer, par. 102-4; témoignage du D^r Dirk Huyer, transcription, p. 4215-19. Les données agrégées des ADPE permettraient de détecter un pic ou une série inhabituelle de décès, rendant plus probable la désignation d'un coroner pour mener une consultation préliminaire à l'égard du décès d'un résident dans un foyer donné et de mener une investigation sur le décès. De même, des renseignements indiquant un pic ou une série inhabituelle de décès dans un foyer peuvent inciter le BCC/SMLO à envoyer une équipe multidisciplinaire pour faire une investigation. (Une telle investigation est examinée ci-après.)

⁸⁰ Mary K. Sullivan, « Forensic Investigations in the Hospital », dans Virginia A. Lynch et Janet Barber Duval (éd.), *Forensic Nursing Science*, 2^e éd., St. Louis, Mo.: Mosby, 2011, 134-43, 139.

⁸¹ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, p. 8012.

V. L'utilisation des analyses de données – le projet du Ministère visant à détecter les taux de décès élevés dans les foyers de SLD

En janvier 2017, peu après avoir eu connaissance des Infractions, une équipe d'épidémiologistes de la Direction de l'analytique en matière de santé du Ministère⁸² a entrepris un projet pour déterminer si un modèle statistique aurait permis la détection des Infractions et si un tel modèle pouvait être utilisé pour détecter des crimes semblables dans l'avenir. Ce projet a mené à la création de quatre modèles ayant le potentiel d'identifier les foyers de SLD affichant des taux de mortalité plus élevés que prévu. Le D^r Michael Hillmer, directeur général, gestion de l'information, données et analytique de la division de la gestion de l'information sur le système de santé (Gestion de l'information sur le système de santé), a supervisé ce projet et témoigné à ce sujet aux audiences publiques.

Pour l'élaboration des modèles, l'équipe épidémiologique s'est inspirée des travaux faits à l'occasion de l'enquête Shipman. (Voir le chapitre 16 pour une analyse de cette enquête.) À l'occasion de l'enquête Shipman, le D^r Paul Aylin a créé un modèle pour signaler les taux de mortalité plus élevés que prévu chez les médecins travaillant comme omnipraticiens. Avant d'examiner les modèles du Ministère, j'examinerai brièvement le modèle Aylin.

A. Le modèle Aylin pour détecter des taux de mortalité élevés

L'enquête Shipman a été lancée peu après la déclaration de culpabilité du D^r Shipman en janvier 2000 pour avoir tué 15 patients au Royaume-Uni⁸³. L'enquête a conclu que Shipman avait réellement tué 215 patients au cours de sa carrière, commençant en 1975, la plupart du temps en leur injectant une dose mortelle d'un opiacé comme la diamorphine (héroïne)⁸⁴. L'enquête a de plus relevé 45 autres décès suspects associés au D^r Shipman⁸⁵.

⁸² Maintenant appelée Direction de l'analytique et connaissances en matière de santé (affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 6).

⁸³ Grand Bretagne, Enquête Shipman, *The Shipman Inquiry: First Report*, (Manchester, Shipman Inquiry, [2002]), par. 1.48 (Dame Janet Smith, présidente).

⁸⁴ *Shipman Inquiry: First Report*, p. 2, 297-316.

⁸⁵ Le grand nombre de décès suspects est étayé par les conclusions du professeur Richard Baker qui a publié une analyse statistique de la pratique clinique du D^r Shipman en janvier 2001, comparant les taux de décès chez les patients du D^r Shipman et ceux d'autres omnipraticiens qui se comparaient à lui. Le professeur Baker a estimé que le nombre de décès excessifs « à propos desquels il y a lieu de s'inquiéter » s'élevait à 236 : *The Shipman Inquiry: First Report*, p. 198, par. 14.6-14.7.

Les auteurs de l'enquête Shipman ont demandé au D^r Paul Aylin, un épidémiologiste, de mettre au point un modèle d'analyses de données pour surveiller de manière prospective⁸⁶ les taux de mortalité d'omnipraticiens et identifier ceux qui affichaient des taux plus élevés que prévu⁸⁷. Le modèle du D^r Aylin offrait des résultats prometteurs indiquant que les analyses de données pouvaient être utilisées pour déterminer les taux de décès excessifs associés à des omnipraticiens particuliers⁸⁸.

Le modèle Aylin a été conçu pour déterminer les taux de mortalité préoccupants en signalant le moment où le taux de mortalité associé à la pratique d'un omnipraticien dépassait un seuil d'alarme⁸⁹. Le modèle fixait deux seuils d'alarme. Le premier visait à relever des « taux de mortalité excédentaires faibles et constituerait un 'avertissement précoce', signalant un omnipraticien dont le taux de mortalité était à l'extrémité de la distribution normale »⁹⁰. Comme le D^r Aylin l'a expliqué, ce seuil plus faible pouvait justifier une investigation de niveau peu élevé. Le deuxième seuil était plus élevé. Il était fixé pour déterminer le moment où les taux de mortalité d'un omnipraticien s'écartaient de la distribution normale et il visait à déclencher une investigation plus détaillée⁹¹. Le D^r Aylin a également examiné les probabilités de déclenchement de fausses alarmes.

⁸⁶ La surveillance prospective « comporte la surveillance continue au fil du temps plutôt que de prendre un instantané et de comparer le rendement à un seul moment dans le temps. Les données sont accumulées au fil du temps et l'analyse est répétée à tous les moments prévus » : Grand Bretagne, Shipman Inquiry *The Shipman : Inquiry Fifth Report – Safeguarding Patients: Lessons from the Past – Proposals for the Future*, (Londres : Stationery Office, 2004) (Dame Janet Smith, présidente), par. 14.35 .

⁸⁷ *Shipman Inquiry, Fifth Report*, par. 14.23, 14.34. Les détails techniques du modèle lui-même sont présentés dans un document publié par le D^r Aylin et son équipe : Paul Aylin et al., « Following Shipman: A Pilot System for Monitoring Mortality Rates in Primary Care » (2003) *The Lancet* : <https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/extras/03art6478web.pdf>.

⁸⁸ *Shipman Inquiry, Fifth Report*, par. 14.38, 14.48-14.54. Outre ce modèle « prospectif », l'enquête Shipman a aussi demandé une vérification de la pratique de Shipman de 1974 à 1998 au Chief Medical Officer for England (Richard Baker, « Harold Shipman's Clinical Practice, 1974-1998: A Clinical Audit Commissioned by the Chief Medical Officer », London, Department of Health, 2001 [le rapport Baker]). Le rapport Baker comparait le nombre de décès chez les patients de Shipman (le « nombre de décès observés » et le nombre de décès auquel on se serait attendu dans un tel groupe (le « nombre de décès prévu »). Le rapport conclut que le nombre de décès observés parmi les patients de Shipman dépassait le nombre prévu et que l'excès ne semblait pas être fondé sur des différences apparaissant dans le profil démographique ou le profil de santé de ses patients. Il y a lieu de souligner que le nombre excessif de décès pouvait être constaté au début de la carrière de Shipman comme omnipraticien et qu'il s'est maintenu pour la plupart de ses années de pratique.

⁸⁹ *Shipman Inquiry, Fifth Report*, par. 14.40-14.42, 14.57.

⁹⁰ *Shipman Inquiry, Fifth Report*, par. 14.58.

⁹¹ *Shipman Inquiry, Fifth Report*, par. 14.58.

Utilisant ce modèle, le D^r Aylin et son équipe ont analysé les taux de mortalité chez 1 009 omnipraticiens, incluant Shipman, pour la période de 1993 à 1999⁹². Le D^r Aylin a conclu que Shipman aurait tout d'abord déclenché l'alarme du seuil plus faible en 1996 et l'alarme dont le seuil était plus élevé en 1997⁹³. Shipman a été déclaré coupable d'avoir tué sept personnes en 1997 et six personnes en 1998. L'enquête Shipman a conclu que Shipman avait tué 30 autres personnes en 1997⁹⁴ et 12 personnes en 1998⁹⁵. Une alarme déclenchée même à la toute fin de 1996 aurait pu prévenir au moins 55 décès⁹⁶.

Il est important de souligner que le modèle Aylin n'a pas été conçu pour déterminer les causes du nombre excessif de décès. Le modèle signalait des profils inhabituels de mortalité, mais il était nécessaire d'investiguer plus en profondeur pour déterminer la raison des taux inhabituels de mortalité⁹⁷. À titre d'exemple, des taux de mortalité étonnamment élevés pourraient être causés par des soins médicaux de qualité inférieure plutôt que par suite d'un préjudice intentionnel ou en raison de variations au sein des populations de patients de chaque médecin.

B. Les modèles du Ministère

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis à l'essai quatre modèles statistiques pour identifier les foyers de SLD affichant un nombre de décès plus élevé que prévu. Plutôt que de simplement utiliser les taux de mortalité moyens pour les foyers de SLD et identifier ceux dont les taux étaient au-dessus de la moyenne, ces modèles utilisent les données de santé des résidents individuels dans les foyers de SLD pour estimer le nombre de décès qui auraient été prévus dans chaque foyer au cours des 12 mois précédents, compte tenu du profil de santé des résidents. Ce nombre « prévu » de décès est alors comparé au nombre réel de décès dans chaque foyer.

⁹² *Shipman Inquiry, Fifth Report*, par. 14.59.

⁹³ *Shipman Inquiry, Fifth Report*, par. 14.60.

⁹⁴ Il a été soupçonné d'avoir tué deux autres personnes en 1997.

⁹⁵ *Shipman Inquiry, First Report*, 314-16.

⁹⁶ Les résultats montraient un compromis en fonction du seuil d'alarme choisi. En utilisant le seuil plus faible, un plus grand nombre d'omnipraticiens déclenchait l'alarme, certains d'entre eux se révélant de fausses alarmes statistiques. Le seuil plus élevé révélait un plus petit nombre d'omnipraticiens et avait un très faible taux de fausses alarmes statistiques. Mais il risquait aussi de ne pas déceler des omnipraticiens dont le nombre de décès dépassait la normale. Voir *Shipman Inquiry, Fifth Report*, par. 14.63-14.64.

⁹⁷ *Shipman Inquiry, Fifth Report*, par. 14.66.

Pour élaborer les modèles, le Ministère a commencé par évaluer les données de santé pour établir lesquelles pouvaient le mieux prédire les décès de résidents dans les foyers de SLD. Les modèles puisaient principalement dans des données présentées par l'instrument d'évaluation du patient – ensemble minimal de données (instrument RAI-MDS), une évaluation normalisée réalisée de façon habituelle à l'égard de tous les résidents de foyers de SLD depuis 2005⁹⁸. L'instrument RAI-MDS contient, entre autres, les renseignements sur chaque résident : l'âge, le sexe, les diagnostics, les besoins en matière de soins, l'état de mobilité, les changements de poids, les hospitalisations, l'état de la douleur, l'état cognitif, la présence de plaies de pression et les mesures d'inclusion sociale. La Division de la gestion de l'information sur le système de santé (Gestion de l'information sur le système de santé) reçoit une compilation trimestrielle des données de l'instrument RAI-MDS de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui obtient les données directement des foyers de SLD.

Pour déterminer les données de santé qui prédisaient le mieux les décès dans les foyers de SLD, le premier modèle a utilisé une approche « statistique traditionnelle » fondée sur une analyse documentaire et la consultation auprès d'experts. Les trois autres modèles s'appuyaient sur des algorithmes d'apprentissage automatique⁹⁹. Lors de son témoignage aux audiences publiques, le D^r Hillmer a expliqué la raison pour laquelle les modèles utilisaient des données de santé pour prédire les décès plutôt que simplement compter le nombre de décès dans chaque foyer et les comparer à une moyenne :

Il est possible d'imaginer un foyer dont les résidents sont plus âgés et plus malades et tout naturellement... un plus grand nombre d'entre eux mourront que dans un foyer dont la population est comparativement plus jeune et moins malade. Si l'on devait uniquement prendre ce chiffre et tirer une conclusion selon laquelle le foyer avait eu un plus haut pourcentage de décès, cela n'aurait rien à voir avec le foyer, mais tout à voir avec les caractéristiques des résidents qui y vivent¹⁰⁰.

En utilisant leur propre algorithme, les quatre modèles ont déterminé un ensemble semblable de variables qui prédisaient le mieux les décès des

⁹⁸ L'évaluation de l'instrument RAI-MDS est remplie à l'égard de chaque résident de foyer de SLD 14 jours après son admission et par la suite, tous les trimestres, ou lors d'un changement d'état, et tous les ans. L'ICIS, un organisme indépendant, à but non lucratif, fournit aux foyers de SLD des normes de collecte de données à appliquer pour remplir les évaluations.

⁹⁹ Ces modèles étaient appelés « Decision Tree » (arbre de décision), « Random Forest » (forêt d'arbres décisionnels ou forêt aléatoire) et « Extreme Gradient Boosting » (XGBoost).

¹⁰⁰ Témoignage du D^r Michael Hillmer, transcription, p. 8430-31.

résidents individuellement¹⁰¹. Chaque modèle utilisait alors l'algorithme pour prédire la probabilité de décès d'un résident au cours des 12 mois suivants¹⁰². Un des trois modèles d'apprentissage automatique, appelé le modèle « Extreme Gradient Boosting », était celui qui prédisait le plus exactement les résultats en termes de mortalité individuelle, bien que chaque modèle « ait finalement produit des résultats semblables »¹⁰³.

Chaque modèle regroupait alors les probabilités de décès de chaque résident dans chaque foyer de SLD pour en arriver à un « nombre prévu de décès » dans le foyer pour une période de 12 mois¹⁰⁴. Le D^r Hillmer a expliqué comme suit le raisonnement qui sous-tendait la conception du modèle :

Le raisonnement veut que si vous examinez un foyer donné et que vous comprenez les [caractéristiques] des résidents qui y vivent, vous pouvez arriver au nombre prévu de personnes qui décéderont. En conséquence, tout geste posé par une personne comme Elizabeth Wettlaufer entraînerait des décès supplémentaires qui seraient imprévus et qui augmenteraient le nombre réel de décès observés¹⁰⁵.

Les modèles produisaient alors un ratio normalisé de mortalité pour chaque foyer de SLD, en divisant le nombre réel de décès dans un foyer donné au cours des 12 mois précédents (en s'appuyant sur les données des bases de données du Ministère) par le nombre prévu de décès dans ce foyer pour cette période, tel que produit par les modèles¹⁰⁶.

Dans les cas où le ratio normalisé de mortalité était plus élevé que 1,0, le foyer de SLD comptait plus de décès que prévu. Lorsque le ratio était inférieur à 1,0, le foyer de SLD affichait un nombre de décès plus faible que prévu. Comme l'a expliqué le D^r Hillmer, « [u]n foyer de SLD pour lequel dix décès sont observés

¹⁰¹ Affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 48.

¹⁰² Affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 40.

¹⁰³ Affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 49; témoignage du D^r Michael Hillmer, transcription, p. 8439.

¹⁰⁴ La période de 12 mois a été utilisée parce que le Ministère estimait qu'elle lui fournirait un nombre suffisant de décès pour produire des résultats significatifs : témoignage du D^r Michael Hillmer, transcription, p. 8444-45.

¹⁰⁵ Témoignage du D^r Michael Hillmer, transcription, p. 8427, 8429.

¹⁰⁶ De tels décès étaient définis comme des décès s'étant produits dans un foyer de SLD ou dans d'autres établissements dans les 30 jours suivant le congé d'un foyer de SLD afin de s'assurer de saisir tous les décès des résidents de SLD, qu'ils soient survenus dans le foyer de SLD ou dans un autre établissement. Dans le contexte des meurtres de Wettlaufer, par exemple, M. Horvath est décédé à l'hôpital sept jours après y avoir été transféré du foyer de SLD parce qu'il était dans un coma hypoglycémique.

et dix décès étaient prévus aurait un ratio de 1,0. Un foyer de SLD pour lequel dix décès sont observés et 20 décès étaient prévus aurait un ratio de 0,5, ce qui signifie qu'il y avait 50 % moins de décès que prévu »¹⁰⁷.

Le ratio normalisé de mortalité permet de comparer les foyers de SLD, selon une formule de comparaison « de pommes avec des pommes »¹⁰⁸, en s'assurant que les différences entre les foyers ne sont pas fondées sur des différences au sein des populations de résidents :

Dans l'application du ratio normalisé de mortalité aux foyers de SLD, le rajustement en fonction des risques veille à ce que l'incidence de facteurs comme l'âge, le sexe et le niveau de maladie soit pondérée pour tous les foyers de SLD. Toute incidence résiduelle sur les décès est alors attribuable à des facteurs qui se rapportent à un foyer de SLD particulier¹⁰⁹.

Chacun des quatre modèles a produit une liste semblable de foyers de SLD affichant un nombre de décès plus élevé que prévu¹¹⁰. Le D^r Hillmer a déclaré dans son témoignage que les trois approches d'apprentissage automatique constituaient les modèles à privilégier, parce qu'ils peuvent fonctionner automatiquement¹¹¹.

Même si les modèles ont le potentiel de signaler des valeurs extrêmes en ce qui a trait au taux de mortalité dans un foyer de SLD, ils ne sont pas en mesure de déterminer les causes de décès ni de préciser les processus qui y ont contribué. Les modèles s'appuient sur des données d'observation et révèlent des « associations » plutôt qu'une analyse des causes et des effets¹¹². Ainsi, il n'existe aucune raison d'étiqueter comme suspects les décès excessifs signalés par les modèles¹¹³. Pour établir la raison pour laquelle certains foyers affichent des taux de mortalité plus élevés que prévu ou celle pour laquelle certains résidents sont décédés, il est nécessaire d'investiguer plus en profondeur¹¹⁴.

¹⁰⁷ Affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 26.

¹⁰⁸ Témoignage du D^r Michael Hillmer, transcription, p. 8431.

¹⁰⁹ Affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 25.

¹¹⁰ Affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 48.

¹¹¹ Affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 49.

¹¹² Affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 57.

¹¹³ Affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 56; témoignage du D^r Michael Hillmer, transcription, p. 8470.

¹¹⁴ Témoignage du D^r Michael Hillmer, transcription, p. 8478.

Comme le D^r Hillmer l'a fait valoir dans son témoignage aux audiences publiques, « si quelqu'un devait en retirer quelque chose, c'est la conclusion que j'aimerais qu'il tire, qu'il... s'agit uniquement d'un point de vue et qu'il est nécessaire de poser plus de questions »¹¹⁵.

Le Ministère a conclu que les modèles ont produit une approche « fiable du point de vue méthodologique » et « potentiellement utile » pour calculer les taux de mortalité excessifs¹¹⁶. Bien que les modèles n'établissent pas les causes de décès, ils ont le potentiel de fournir une analyse statistique utile qui pourrait donner lieu au déclenchement d'investigations supplémentaires et aider à la détection des décès causés intentionnellement.

C. Les autres avantages des modèles

Comme expliqué ci-dessus, au-delà de la possible détection d'un TSMS, les analyses de données peuvent être utilisées à des fins d'assurance de la qualité et d'amélioration. En ce qui a trait à l'amélioration de la qualité des soins, l'enquête Shipman a indiqué que la surveillance des données de mortalité pouvait (i) être utilisée à des fins d'assurance de la qualité, signifiant que les données pouvaient être surveillées pour signaler des anomalies et des problèmes potentiels de rendement; (ii) être analysée par les praticiens pour proposer des avenues possibles d'amélioration de la qualité dans leur propre pratique¹¹⁷. Dans le contexte des foyers de SLD, dans les cas où les analyses de données détectent des taux de décès plus élevés que prévu dans un foyer, une investigation plus approfondie peut mettre au jour des facteurs qui ont contribué à la mortalité accrue, incluant des problèmes relatifs à la qualité des soins, la possibilité d'éclosions de maladies infectieuses (et, peut-être, de mauvaises pratiques de contrôle des infections se rapportant aux éclosions) ou le non-respect des exigences législatives ou réglementaires.

Outre ces avantages, l'utilisation d'un modèle du Ministère est le gage de deux avantages supplémentaires.

En premier lieu, l'existence même du modèle et son utilisation pourraient dissuader les auteurs potentiels d'actes répréhensibles. L'enquête Shipman a conclu que la menace de détection au moyen d'un système de surveillance des taux de mortalité « dissuaderait probablement » un professionnel de la

¹¹⁵ Témoignage du D^r Michael Hillmer, transcription, p. 8512.

¹¹⁶ Affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 50.

¹¹⁷ *Shipman Inquiry, Fifth Report*, par. 14.144.

santé de commettre « des activités criminelles comme celles de Shipman »¹¹⁸. (L'effet dissuasif est vraisemblablement fonction du fait que les travailleurs de la santé savent que des modèles d'analyses de données sont utilisés.)

En deuxième lieu, le BCC/SMLO pourrait utiliser les renseignements provenant des modèles pour mener une investigation interdisciplinaire dans les foyers identifiés comme ayant des taux de mortalité à long terme plus élevés que prévu¹¹⁹, même en l'absence d'une investigation particulière sur le décès¹²⁰. L'investigation interdisciplinaire, dirigée par un coroner et un médecin légiste du BCC/SMLO, pourrait inclure des inspecteurs de la santé publique, des épidémiologistes, la police, des spécialistes des soins de longue durée et des inspecteurs de la Division des foyers de soins de longue durée du Ministère. Cette équipe posséderait l'expertise pour examiner un large éventail de problèmes qui pourraient avoir contribué au taux de décès plus élevé que prévu ou à des profils inhabituels de décès dans le foyer, y compris la question de savoir si les décès ont été causés intentionnellement.

D. Les limites des modèles

Bien que les modèles du Ministère offrent plusieurs avantages possibles, ils comportent également des limites. Le D^r Hillmer a insisté sur le fait qu'il aurait été « pratiquement impossible » de détecter les Infractions que Wettlaufer a commises en utilisant l'un ou l'autre modèle. Les Infractions à Caressant Care (Woodstock) se sont étalées sur plusieurs années, au rythme d'une, de deux ou de trois par année. Le nombre et le moment des décès n'auraient pas entraîné, d'une année à l'autre, de changement remarquable dans le ratio normalisé de mortalité de ce foyer ou dans son classement général parmi les foyers¹²¹. Même si les modèles du Ministère avaient décelé que Caressant Care (Woodstock) avait un taux de décès plus élevé que prévu pendant la période

¹¹⁸ *Shipman Inquiry, Fifth Report, "Summary", 27.*

¹¹⁹ Le pouvoir du coroner en chef de lancer un tel processus a été clarifié : *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chap. C.37, telle que modifiée par la *Loi de 2019 sur la refonte complète des services de police de l'Ontario*, L.O. 2019, chap. 1, annexe 6, art. 9, qui est entrée en vigueur le 26 mars 2019 et qui prévoyait l'ajout suivant :

25.1(1) Sans préjudice de la portée générale de l'article 25, le coroner en chef peut 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).

¹²⁰ Témoignage du D^r Dirk Huyer, transcription, p. 4223-24.

¹²¹ Affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 62; témoignage du D^r Michael Hillmer, transcription, le p. 8474.

au cours de laquelle Wettlaufer travaillait dans le foyer (avec un ratio normalisé de mortalité dans les 10 % supérieurs des foyers en Ontario à un moment précis¹²²), plusieurs dizaines d'autres foyers de SLD affichaient un ratio normalisé de mortalité encore plus élevé. Au cours des années après le départ de Wettlaufer de Caressant Care (Woodstock), le ratio normalisé de mortalité du foyer n'a pas connu de diminution importante¹²³.

Dans l'enquête sur les décès survenus à l'Hôpital pour enfants malades de Toronto, le juge Grange a souligné que même lorsque des organismes ont accès à des données sur la mortalité, ils peuvent tout de même être incapables de détecter des actes répréhensibles. Toutefois, dans de tels cas, même si les données examinées dans leur ensemble peuvent sembler anodines, un examen plus attentif des composantes individuelles pourrait révéler des tendances ou des profils inquiétants. À titre d'exemple, les administrateurs de l'Hôpital pour enfants malades de Toronto n'étaient pas préoccupés par le nombre d'enfants et de bébés qui étaient morts entre le 30 juin 1980 et le 22 mars 1981. Ils ne soupçonnaient aucun acte répréhensible parce que le nombre total de décès n'était pas extraordinairement élevé. Cependant, lorsqu'examiné au niveau de l'unité, le nombre de décès dans deux unités précises révélait une augmentation de 625 % par rapport aux chiffres habituels¹²⁴. Si l'hôpital avait été au courant de cette augmentation significative, il aurait peut-être lancé une investigation sur les décès plus tôt.

Une autre limite des modèles du Ministère est leur incapacité de déceler des séries ou des pics de décès qui surviennent à l'intérieur d'une courte période ou dans une unité particulière d'un foyer de SLD, ou qui sont associés à un soignant en particulier. Les modèles calculent tous les décès prévus dans un foyer de SLD pour une période de 12 mois. Il n'y a pas un nombre suffisant de décès dans les foyers pour une période plus courte, par exemple chaque mois ou tous les deux mois, pour fournir des prévisions fiables. Comme l'a expliqué le D' Hillmer : « Pour que le modèle fonctionne, les décès doivent atteindre un certain nombre. De plus, si vous choisissez un mois de données, vous auriez plusieurs foyers dans lesquels aucun décès n'est survenu et cela vous donnerait une vraiment mauvaise prévision »¹²⁵. En ce qui concerne

¹²² Affidavit du D' Michael Hillmer, par. 61.

¹²³ Affidavit du D' Michael Hillmer, par. 63.

¹²⁴ Ontario, Commission royale d'enquête sur les décès survenus à l'Hôpital pour enfants malades de Toronto et sur des sujets connexes, rapport, (Toronto : ministère du Procureur général, 1984), 7-9 (S.G.M. Grange, commissaire) .

¹²⁵ Témoignage du D' Michael Hillmer, transcription, p. 8444, 8476.

la possibilité d'analyser les données du Ministère relativement à un quart de travail ou à un soignant particulier (plutôt que relativement au foyer de SLD dans son entier), le D^r Hillmer a indiqué ce qui suit dans son témoignage :

Nous n'avons pas ces données et je crois que même si nous les avions, elles produiraient un modèle d'une très grande complexité. Vous imaginez-vous – encore ici, nous parlons d'une période de 12 mois et de 633 foyers – le nombre de points de données que cela représenterait? Je n'ai pas fait l'exercice et je ne sais pas si cela serait utile. Mais, à mon avis, l'ayant déjà fait à d'autres occasions, cela introduirait une énorme complexité et nous devrions le faire pour vérifier son utilité, mais je suis sceptique quant à l'utilité de la méthode... [E]ncore une fois, j'aurais de la difficulté à croire que cette très grande quantité de données supplémentaires constituerait un exercice utile¹²⁶.

Bien que les modèles du Ministère ne permettent pas une analyse fondée sur les quarts de travail ou les soignants, lorsque les modèles soulèvent des préoccupations, il serait possible d'effectuer une ventilation plus détaillée des données au niveau du foyer de SLD. À la suite des aveux de Wettlaufer, les inspecteurs du Ministère « ont retracé tous les quarts de travail pendant lesquels [Wettlaufer] a travaillé et les ont corrélés avec les décès »¹²⁷. Les inspecteurs ont cependant reconnu que même cet examen « n'indiquait pas grand-chose » à l'égard des Infractions¹²⁸. Une témoin du Ministère a déclaré ce qui suit : « Nous avons reconnu que ces renseignements ne prenaient pas en compte les décès qui n'étaient pas immédiats (c'est-à-dire que les victimes pouvaient être décédées quelques jours plus tard). Connaître le moment du décès des résidents ne montrait pas le moment où [Wettlaufer] avait agi avec malveillance avec l'intention de causer un préjudice »¹²⁹. De plus, puisque les inspecteurs avaient uniquement compilé des statistiques à l'égard des quarts de travail de Wettlaufer, ils ne pouvaient évaluer si le nombre de décès liés à ses quarts de travail était plus élevé que prévu. En effet, même si les inspecteurs avaient comparé les décès survenus pendant les quarts de travail de Wettlaufer aux décès survenus pendant les quarts de travail de tous les autres infirmiers du système, cela n'aurait vraisemblablement pas fourni un éclairage significatif¹³⁰.

¹²⁶ Témoignage du D^r Michael Hillmer, transcription, p. 8477-78.

¹²⁷ Affidavit de Rhonda Kukoly, par. 91.

¹²⁸ Témoignage de Rhonda Kulkoly, transcription, le 1^{er} août 2018, p. 6750.

¹²⁹ Affidavit de Rhonda Kukoly, par. 91; témoignage de Rhonda Kulkoly, transcription, p. 6750.

¹³⁰ Témoignage du D^r Michael Hillmer, transcription, p. 8477-78.

E. Finaliser un modèle

Les modèles du Ministère en sont encore à l'étape de la recherche¹³¹. Dans son témoignage, le D^r Hillmer a indiqué que, bien que prometteurs, les modèles doivent être soumis à l'examen d'experts scientifiques et cliniques, de même qu'à celui des parties prenantes issues du secteur des foyers de SLD¹³². Cet examen devra prendre en compte, entre autres choses, les biais possibles que comportent les modèles. Les foyers de SLD de petite taille représentent un défi important. La faible population de résidents et, par conséquent, le faible nombre de décès dans les foyers de petite taille signifient une moins grande confiance envers les nombres de décès prévus par les modèles. De plus, les fluctuations du taux de décès en raison du faible nombre de résidents dans le foyer rendent difficile la fiabilité de la détection des taux de mortalité imprévus, même en analysant des données qui s'étalent sur une période de deux ans¹³³.

Le Ministère doit agir rapidement pour mener les consultations auprès des experts et des parties prenantes et ensuite peaufiner et mettre en œuvre un modèle. Il devrait alors communiquer les renseignements produits par le modèle avec le BCC/SMLO. Le BCC/SMLO aura alors des données fiables à l'égard des cas où les décès réels dans un foyer dépassent le nombre prévu. Utilisés de concert avec les renseignements tirés de l'ADPE modifié, ces renseignements permettront au BCC/SMLO de mieux détecter les décès suspects et de déterminer les décès de résidents qui devraient faire l'objet d'une consultation préliminaire ou d'une investigation sur le décès, ou des deux.

VI. La mise en garde concernant l'utilisation de statistiques

Les statistiques peuvent constituer un outil utile pour détecter les décès suspects. Il y a cependant lieu de faire preuve de prudence pour veiller à ce qu'elles ne soient pas mal interprétées et que des personnes ne soient pas injustement accusées de crimes.

¹³¹ Affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 50, 56.

¹³² Affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 20; témoignage du D^r Michael Hillmer, transcription, p. 8456-57.

¹³³ Affidavit du D^r Michael Hillmer, par. 56; témoignage du D^r Michael Hillmer, transcription, p. 8451.

Dans au moins un cas, l'utilisation inappropriée de preuves statistiques a contribué à une condamnation injustifiée. Lucia de Berk, une infirmière des Pays-Bas, a été déclarée coupable de sept meurtres et de trois tentatives de meurtre d'enfants qui recevaient des soins au Juliana Children's Hospital¹³⁴. La preuve contre M^{me} de Berk s'appuyait sur l'observation qu'il y avait eu neuf incidents dans l'unité où elle travaillait et qu'elle était présente lors de chacun d'eux¹³⁵. À son procès en 2003, le Ministère public s'est appuyé sur la preuve d'expert selon laquelle il y avait « 1 chance sur 342 millions » que le nombre plus élevé de décès survenus lors du quart de travail de M^{me} de Berk soit le fruit d'une coïncidence. Cette preuve statistique « a semblé rendre la cour aveugle à toute autre explication concernant les décès »¹³⁶. La preuve toxicologique présentée au procès était équivoque, étant donné que les substances trouvées dans deux des corps exhumés pouvaient avoir été présentes à la suite de traitements qu'avaient subis les enfants avant leur décès¹³⁷.

En 2008, après que de nouveaux éléments de preuve eurent indiqué que des causes naturelles pouvaient expliquer tous les décès, une enquête judiciaire a recommandé la réouverture de l'affaire¹³⁸. Au nouveau procès de M^{me} de Berk en 2010, des experts médicaux ont déclaré dans leur témoignage que dans trois cas clés, les décès avaient été naturels, même s'il y avait eu des erreurs de diagnostic et de médicaments prescrits¹³⁹. Le Ministère public a alors reconnu avoir utilisé des éléments douteux pour établir sa preuve et que sa conviction de la culpabilité de M^{me} de Berk avait guidé son enquête¹⁴⁰. M^{me} De Berk a été acquittée de toutes les accusations à son deuxième procès¹⁴¹.

¹³⁴ Nigel Hawkes, « Did statistics damn Lucia de Berk? » (le 10 avril 2010), *Independent*, <https://www.independent.co.uk/voices/commentators/nigel-hawkes-did-statistics-damn-lucia-de-berk-1940735.html>; « Dutch nurse Lucy de Berk acquitted of patient murders » (le 14 avril 2010), *BBC News*, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/8620997.stm>.

¹³⁵ Ben Goldacre, « Conviction for patients' deaths does not add up » (le 10 avril 2010), *Guardian*, <https://www.theguardian.com/commentisfree/2010/apr/10/bad-science-dutch-nurse-case>.

¹³⁶ Nigel Hawkes, « Did statistics damn Lucia de Berk? »

¹³⁷ Nigel Hawkes, « Did statistics damn Lucia de Berk? »

¹³⁸ « Dutch nurse Lucy de Berk acquitted of patient murders. »

¹³⁹ Ben Goldacre, « Conviction for patients' deaths does not add up. »

¹⁴⁰ « Dutch nurse Lucy de Berk acquitted of patient murders. »

¹⁴¹ « Dutch nurse Lucy de Berk acquitted of patient murders. »

L'affaire de Berk illustre trois dangers liés à l'utilisation des statistiques. Premièrement, la qualité des statistiques dépend de celle des données qui les sous-tendent. Dans l'affaire de Berk, les données ont été réunies par des médecins qui avaient déjà conclu que M^{me} de Berk était responsable des décès. À titre d'exemple, les médecins qui savaient si M^{me} de Berk avait été présente pendant un quart de travail donné classaient les quarts de travail comme étant « avec incident » ou « sans incident »¹⁴². Deuxièmement, les méthodes appliquées aux données doivent être solides. Dans l'affaire de Berk, le statisticien du premier procès a utilisé des méthodes erronées pour atteindre son résultat de « 1 chance sur 342 millions »¹⁴³. Troisièmement, les responsables des investigations sur des décès suspects à la suite d'analyses de données doivent éviter de tirer des conclusions hâtives concernant la culpabilité d'une personne et d'ensuite mener des investigations sans être ouverts à d'autres possibilités¹⁴⁴.

Il y a lieu de toujours garder à l'esprit la nécessité d'une investigation plus approfondie. Même si les chiffres et les données peuvent signaler des profils, des séries ou des pics inhabituels ou anormaux de mortalité, ils ne peuvent fournir d'explications à l'égard de ces anomalies. Les circonstances sous-jacentes aux données et le décès lui-même doivent faire l'objet d'une investigation et d'une analyse pour en déterminer les relations causales.

VII. L'amélioration des investigations sur les décès dans le contexte des services de soins à domicile

Je décris ci-dessus deux importantes stratégies pour améliorer le processus d'investigation des décès de résidents. Dans la présente section, j'examine la question de savoir si l'une ou l'autre stratégie peut être utilisée à l'égard des décès qui surviennent dans le contexte des soins à domicile. Cette question est importante, parce que les dangers liés au préjudice causé intentionnellement par un fournisseur de soins de santé ne sont pas exclusifs

¹⁴² Nigel Hawkes, « Did statistics damn Lucia de Berk? »; Richard Gill, « Serial Killer Nurses: Is There an Epidemic? » présentation au Isaac Newton Institute, University of Cambridge (le 1^{er} décembre 2016), https://www.turing-gateway.cam.ac.uk/sites/default/files/asset/doc/1612/Gill_Turing_Gateway.pdf, diapositive 14.

¹⁴³ Peter Grünwald, « Your Honour, This Was Not a Coincidence! », présentation au University College London (le 20 mars 2007), <https://badscience.net/files/evidencehandout.PDF>, p. 5, 7.

¹⁴⁴ « Dutch nurse Lucy de Berk acquitted of patient murders. »

aux hôpitaux et aux foyers de SLD. En effet, Wettlaufer a commis la dernière Infraction dans un domicile privé, alors qu'elle fournissait des services de soins infirmiers financés par l'État.

La première stratégie visant à améliorer le processus d'investigation des décès de résidents commence par la modification de l'ADPE par le BCC/SMLO. L'ADPE modifié contiendra une série de questions probantes incitant les soignants à fournir leurs observations et évaluations cliniques du défunt, ainsi que d'autres renseignements qui pourraient être pertinents pour le BCC/SMLO, comme la question de savoir s'il y avait des aspects concernant le déclin de la personne décédée ou le décès qui étaient incompatibles avec la trajectoire médicale prévue du décès. Afin que le BCC/SMLO reçoive plus de renseignements sur les décès dans la collectivité, je suggère qu'il crée une version adaptée de l'ADPE à utiliser dans le contexte des soins à domicile. La version adaptée de l'ADPE constituera un outil qui aidera ceux qui fournissent des soins à domicile à reconnaître les cas où un décès justifie l'intervention d'un coroner.

Tous les décès dans les foyers de SLD doivent être signalés au BCC/SMLO¹⁴⁵; toutefois cette obligation n'existe pas pour les décès qui surviennent dans un domicile privé. La personne qui signe le certificat de décès pour un décès dans la collectivité doit uniquement le signaler au BCC/SMLO s'il satisfait aux critères prévus aux articles 10 ou 10.1 de la *Loi sur les coroners*. En règle générale, cela signifie que les seuls décès dans la collectivité qui sont signalés au BCC/SMLO sont ceux dont les circonstances ne sont pas naturelles (p. ex. un accident, un homicide, un suicide ou un décès suspect), ceux qui découlent de l'aide médicale à mourir et ceux qui surviennent dans les situations ou les endroits prescrits par la loi (p. ex. les décès alors que la personne est sous garde ou en détention ou dans un établissement psychiatrique).

La version adaptée de l'ADPE inviterait les personnes qui fournissent des soins à domicile à se demander, lorsqu'une personne à laquelle elles fournissaient des soins décède, s'il y a des circonstances entourant le décès qui soulèvent des questions ou qui les préoccupent. La version adaptée de l'ADPE indiquerait aux soignants que dans de telles situations, ils devraient communiquer avec le BCC/SMLO. Le BCC/SMLO devrait également offrir de la formation sur la version adaptée de l'ADPE au personnel des Réseaux locaux

¹⁴⁵ *Loi sur les coroners*, art. 10(2.1), telle que modifiée par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 201(2).

d'intégration des services de santé (RLISS)¹⁴⁶, aux organismes fournisseurs de services et aux agences communautaires. Grâce à la version adaptée de l'ADPE et à la formation, les personnes qui fournissent des services de soins à domicile seront mieux outillées pour décider si les préoccupations à propos d'un décès justifient de les communiquer au BCC/SMLO. Ainsi, le BCC/SMLO devrait recevoir plus de renseignements à propos des décès dans le contexte des soins à domicile. Avec de tels renseignements, le BCC/SMLO peut exercer ses activités habituelles pour déterminer s'il y a lieu de désigner un coroner pour faire une investigation préliminaire ou pour faire une investigation sur le décès.

La deuxième stratégie visant à améliorer le processus d'investigation des décès de résidents est fondée sur le modèle d'analyses de données discuté ci-dessus. Cette stratégie ne peut être transférée au contexte des soins à domicile, parce que les données requises n'existent pas et ne peuvent pas être obtenues. Dans les foyers de SLD, les résidents font l'objet de soins 24 heures sur 24 et d'évaluations régulières à l'aide de l'instrument RAI-MDS, qui produisent des données complètes sur tous les aspects de la santé. De telles données ne sont pas recueillies à l'égard de ceux qui vivent dans des domiciles privés et ne peuvent l'être.

¹⁴⁶ 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 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) existant. Toutes les recommandations formulées dans le présent Rapport à l'intention des RLISS devraient être considérées par tout organisme successeur ayant des responsabilités relativement au système de SLD, y compris Santé Ontario.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 86 : Le Bureau du coroner en chef/le Service de médecine légale de l'Ontario devrait augmenter le nombre d'investigations sur les décès de résidents dans les foyers de soins de longue durée en utilisant les renseignements provenant de l'Avis de décès de patient en établissement modifié. Ces renseignements devraient être utilisés pour décider, à l'égard des décès de résidents, s'il y a lieu de lancer une consultation préliminaire ou une investigation sur un décès, ou les deux.

Recommandation 87 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère) a créé quatre modèles d'analyses de données préliminaires qui peuvent être utilisés pour déceler les foyers de soins de longue durée dont le nombre de décès est plus élevé que prévu. Le Ministère devrait agir le plus rapidement possible pour finaliser un modèle d'analyses de données, après avoir consulté des experts et les parties prenantes. Une fois que le modèle d'analyses de données est finalisé, le Ministère devrait transmettre de façon régulière et continue les renseignements qui en découlent au Bureau du coroner en chef/Service de médecine légale de l'Ontario.

Recommandation 88 : Le Bureau du coroner en chef/le Service de médecine légale de l'Ontario devrait utiliser les analyses de données pour analyser les données agrégées issues des Avis de décès de patient en établissement modifiés pour détecter des profils et tendances inhabituelles dans les décès de résidents des foyers de soins de longue durée. Ces renseignements devraient également être utilisés pour décider s'il y a lieu de lancer une consultation préliminaire ou une investigation sur un décès, ou les deux.

Recommandation 89 : Le Bureau du coroner en chef/le Service de médecine légale de l'Ontario devrait utiliser les renseignements tirés du modèle d'analyses de données du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, une fois finalisé, et des Avis de décès de patient en établissement (ADPE) modifiés et des analyses de données des ADPE modifiés lorsqu'il décide s'il faut désigner une équipe multidisciplinaire pour mener une investigation sur le décès d'un résident ou un foyer affichant un profil de décès imprévu.

Raisonnement des Recommandations 86 à 89

- Très peu d'investigations sur les décès de résidents sont menées. Il en faudrait davantage pour détecter les décès de résidents causés intentionnellement et pour accroître les connaissances sur les soins gériatriques. Le processus pour déterminer les décès de résidents qui doivent faire l'objet d'une investigation doit s'appuyer sur des motifs scientifiques et médicaux solides et examiner avec soin l'utilisation appropriée des ressources d'investigation.
- L'Avis de décès de patient en établissement (ADPE) modifié appuiera le processus d'investigation éclairée sur les décès. En fournissant au Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) à la fois des évaluations et des indicateurs cliniques objectifs et des observations et des attentes subjectives de la part des infirmiers, des membres des familles et des préposés aux services de soutien à la personne, l'ADPE modifié aidera les foyers à déterminer les décès qui devraient être signalés à un coroner. Si la consultation préliminaire est lancée, le coroner peut utiliser les renseignements provenant de l'ADPE modifié pour décider s'il doit ou non mener une investigation sur le décès.

- Les quatre modèles préliminaires d'analyses de données du ministère de la Santé et des soins de longue durée (Ministère) dont il est question dans la recommandation 87 ont débouché sur une approche méthodologique solide et potentiellement utile pour calculer les taux de mortalité excessifs. Pour finaliser un modèle, le Ministère doit faire examiner les quatre modèles par des experts scientifiques et cliniques et par les parties prenantes du secteur des soins de longue durée. Une fois un modèle finalisé, les données doivent être partagées avec le BCC/SMLO afin de pouvoir être utilisées, en combinaison avec les renseignements contenus dans l'ADPE modifié, pour déterminer s'il y a lieu de lancer une consultation préliminaire et une investigation sur le décès. Lorsque le taux de mortalité d'un foyer de soins de longue durée est plus élevé que prévu, il est plus probable qu'une consultation préliminaire ou une investigation sur les décès, ou les deux seront menées.
- Le BCC/SMLO devrait utiliser des données agrégées provenant de l'ADPE modifié pour détecter des profils et des schémas inhabituels ou suspects dans les décès de résidents. Ces renseignements devraient être également pris en compte lors de la décision de lancer une investigation sur le décès ou non.
- L'investigation multidisciplinaire, dirigée par un coroner et un médecin légiste du BCC/SMLO, pourrait inclure des inspecteurs de la santé publique, des épidémiologistes, la police, des spécialistes des soins de longue durée et des inspecteurs de la Division des foyers de soins de longue durée du Ministère. Cette équipe posséderait l'expertise pour examiner un large éventail de problèmes qui pourraient avoir contribué au taux de mortalité plus élevé que prévu, ou aux tendances inhabituelles des décès dans un foyer de soins de longue durée, incluant la question de savoir si les décès ont été causés intentionnellement.

Recommandation 90 : Le Bureau du coroner en chef/Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO) devrait adapter l'Avis de décès de patient en établissement (ADPE) pour qu'il soit utilisé par les soignants à l'occasion du décès d'une personne qui reçoit des soins à domicile financés par l'État. La version adaptée de l'ADPE devrait aider les soignants à savoir quand il faut signaler un décès au BCC/SMLO et comment faire ce rapport.

Recommandation 91 : Le Bureau du coroner en chef/Service de médecine légale de l'Ontario devrait former le personnel des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (ou d'un organisme successeur) et les fournisseurs de services sur l'utilisation de l'Avis de décès de patient en établissement adapté.

Raisonnement des Recommandations 90 à 91

- Il n'est pas obligatoire de signaler les décès survenus dans des domiciles privés au Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (BCC/SMLO), à moins que la personne qui signe le certificat de décès estime que le décès correspond aux critères énoncés aux articles 10 et 10.1 de la *Loi sur les coroners*.
- La formation des fournisseurs de soins à domicile sur l'Avis de décès de patient en établissement (ADPE) adapté permettra aux soignants de mieux comprendre quand et comment signaler un décès au BCC/SMLO.
- La formation du personnel des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (ou un organisme successeur) et des organismes fournisseurs de services concernant la version adaptée de l'ADPE augmentera la probabilité que le BCC/SMLO soit avisé des décès dans les domiciles privés qui exigent son intervention.

Propositions sans suivi

I.	Introduction	196
II.	Propositions ne relevant pas du mandat de l'Enquête	197
III.	Propositions irréalisables	198
	1. Profilage des infirmiers pour détecter les tueurs en série en milieu de soins de santé	198
	2. Analyse des taux d'insuline dans le sang après la mort	199
	3. Analyse toxicologique post mortem normalisée pour tous les résidents de foyers de SLD et clients de soins à domicile décédés ..	200
IV.	Propositions où les coûts surpasseraient les avantages	201
	1. Placer des caméras dans les chambres des résidents des foyers de SLD et exiger des contrôles aléatoires pour ceux qui reçoivent des soins à domicile	202
	2. Rendre publiques des situations où un infirmier fait ou a fait l'objet d'une enquête	202
	3. Réviser le statut de l'insuline en tant que médicament en vente libre	203
V.	Conclusion	204

I. Introduction

Les enquêtes publiques jouent un rôle important dans la démocratie canadienne parce qu'elles font la lumière sur les événements tragiques relevant d'un intérêt public important. Elles font des constatations de faits relatifs à ces événements, sensibilisent le public et recommandent des mesures pour prévenir de tels événements à l'avenir. Les enquêtes répondent également au besoin de rendre des comptes, c'est-à-dire le « droit de savoir » légitime du public.

Pendant qu'elle travaillait comme infirmière autorisée, Elizabeth Wettlaufer a tué ou porté préjudice à 13 résidents dans des foyers de soins de longue durée (foyers de SLD) et tenté de tuer un client de soins à domicile chez celui-ci (les Infractions). Au regard des Infractions, la population de l'Ontario a le droit de connaître les réponses à deux questions importantes :

1. Quelles failles dans notre système SLD ont permis à Elizabeth Wettlaufer de commettre ces Infractions, en échappant à toute détection, alors qu'elle travaillait comme infirmière autorisée?
2. Que peut-on faire pour prévenir de telles tragédies à l'avenir?

Tout au long de l'Enquête, des membres du public et les participants ont soutenu son travail. Ils m'ont fait part de leurs expériences avec le système SLD et formulé des propositions sur les moyens de l'améliorer. Je suis sincèrement reconnaissante pour le soutien, grâce auquel j'ai élaboré le présent Rapport et formulé mes recommandations.

Dans ce chapitre, je tiens à souligner les nombreuses propositions formulées et à expliquer pourquoi certaines ne sont pas devenues des recommandations. Il y a trois raisons principales à cela.

Premièrement, certaines propositions n'entraient pas dans le mandat de l'Enquête. Ce mandat définit mon pouvoir de formuler des recommandations. Comme je l'explique au chapitre 2, cela signifie que je n'ai ni le droit ni le pouvoir de faire n'importe quelle recommandation qui, de mon point de vue, pourrait améliorer le système de soins de longue durée. Je dois plutôt me limiter à proposer des recommandations sur les moyens de prévenir de telles tragédies à l'avenir.

Deuxièmement, les investigations et les recherches de la Commission ont révélé que certaines propositions étaient intéressantes, mais irréalisables.

Troisièmement, certaines autres propositions n'ont pas été adoptées à cause des coûts associés (financiers et autres).

II. Propositions ne relevant pas du mandat de l'Enquête

Le mandat de l'Enquête consiste à enquêter sur les événements et les circonstances entourant les Infractions et à formuler des recommandations sur les moyens de prévenir de telles tragédies à l'avenir. Ce mandat vise à protéger la sécurité physique des résidents des foyers de SLD et de ceux qui reçoivent des soins de santé à domicile financés par les deniers publics.

L'Enquête ne porte pas *directement* sur des questions telles que :

- les niveaux des effectifs dans les foyers de SLD;
- le financement des foyers de SLD;
- les relations de travail dans le système SLD, notamment le traitement des griefs et la discipline;
- la violence entre les résidents des foyers de SLD;
- la négligence ou l'incompétence dans les foyers de SLD;
- la question à savoir si les foyers de SLD à but lucratif devraient être supprimés;
- la détermination du nombre minimum d'heures de soins directs aux résidents des foyers de SLD;
- le traitement des infirmiers ayant des problèmes de santé mentale ou des dépendances qui travaillent dans le système SLD; ou
- la suffisance des nombres d'infirmiers et d'autres soignants dans le système SLD.

Il y a des raisons contraignantes pour lesquelles l'Enquête a dû rester dans le cadre de son mandat.

Premièrement, le mandat de l'Enquête est la tâche que le gouvernement de l'Ontario lui a confiée par décret. Pour l'accomplir dans les délais et rendre compte au public de manière adéquate, nous avons dû rester focalisés sur cette mission.

Deuxièmement, d'autres sont chargés des questions énoncées plus haut et sont mieux placés pour y répondre. Nombre des questions susmentionnées

concernent des tiers et des institutions qui n'étaient pas des participants aux audiences publiques ni aux consultations de l'Enquête, et certaines dépassent largement le domaine du secteur de SLD.

Troisièmement, la gravité des Infractions et l'ampleur du préjudice qu'elles ont causé nous ont amenés à accorder toute notre attention à l'exécution du mandat de l'Enquête.

Quatrièmement, si je m'étais éloignée de mon mandat, j'aurais peut-être commis l'erreur de formuler des recommandations sans éléments de preuve suffisants.

III. Propositions irréalisables

Il y avait certaines propositions que j'ai décidé de laisser tomber malgré le fait qu'elles relevaient du mandat de l'Enquête. Pourquoi? Parce que les recherches, les preuves présentées lors des audiences publiques, et les consultations avec les parties prenantes du système SLD ont montré que ces propositions étaient irréalisables. Je vais discuter de trois exemples ci-dessous.

1. Proflage des infirmiers pour détecter les tueurs en série en milieu de soins de santé

Baucoup ont proposé la création d'un « profil » type du tueur en série en milieu de soins de santé (TSMS) qui énumérerait les caractéristiques ou les signaux d'alarme dénonçant un éventuel TSMS. D'autres sont allés plus loin, proposant que les candidats à un emploi dans les foyers de SLD soient exclus s'ils présentent une ou plusieurs de ces caractéristiques.

Cependant, les recherches ont montré que malgré les efforts des experts, un tel profil ne s'est pas manifesté¹. Comme je l'ai expliqué dans le chapitre 16, la plupart des experts conviennent que les TSMS sont des psychopathes, mais

¹ Voir par exemple Karl H. Beine, « Homicides of Patients in Hospitals and Nursing Homes : A Comparative Analysis of Case Series » (2003) 26 *International Journal of Law and Psychiatry* 373-86, 376-77; John Field et Alan Pearson, « Caring to Death : The Murder of Patients by Nurses (2010) » 16(3) *International Journal of Nursing Practice* 301-9. Bien qu'Elizabeth Yardley et David Wilson identifient « certaines caractéristiques criminologiques et socio-démographiques courantes dans des cas de meurtres en série en milieu de soins de santé », ils les considèrent comme étant potentiellement utiles pour enquêter sur les éventuels TSMS sans toutefois proposer que les individus présentant ces caractéristiques soient exclus de l'emploi dans les professions de la santé : E. Yardley and D. Wilson, « In search of the 'Angels of Death': Conceptualizing the Contemporary Nurse Healthcare Serial Killer » (2016) 13 *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling* 3955, 52-53.

mise à part cette déclaration générale, il n'y a pas de profils psychologiques valables associés aux TSMS². La recherche montre que les TSMS sont tous différents et n'ont pas de caractéristiques cohérentes. Certains ont été aux prises avec des dépendances, et d'autres pas. Certains ont souffert de problèmes mentaux, d'autres pas. Certains ont volé des médicaments sur leur lieu de travail, d'autres pas. Certains ont eu un mauvais rendement au travail, d'autres ont été considérés comme d'excellents soignants. La professeure Crofts Yorker a été claire : ces questions, seules ou en combinaison avec d'autres, n'aident pas à déterminer un TSMS potentiel³.

2. Analyse des taux d'insuline dans le sang après la mort

Il a également été proposé d'analyser le sang de tout résident décédé pour savoir s'il présente des taux d'insuline anormaux. L'on a estimé que cette analyse permettrait de déterminer si des quantités excessives d'insuline lui ont été injectées. Cette proposition est irréalisable pour trois raisons.

Tout d'abord, le Centre des sciences judiciaires n'effectue pas des analyses de l'insuline et l'Ontario ne dispose pas actuellement de laboratoire judiciaire accrédité pour les analyses d'insuline⁴.

Ensuite, le fait que le décès peut survenir des jours après l'injection de l'insuline rend sa détection « pratiquement impossible »⁵.

Enfin, même si de telles analyses pouvaient être effectuées en Ontario, il est peu probable qu'elles fournissent des informations utiles en l'absence d'une autopsie complète dans le cadre d'une investigation sur le décès. L'insuline est présente naturellement dans le corps, et il est difficile de distinguer l'insuline produite naturellement de l'insuline synthétique en raison des changements qui surviennent après le décès⁶.

² Robert M. Kaplan, *Medical Murder: Disturbing Cases of Doctors Who Kill* (Sydney, NSW: Allen & Unwin, 2009), 24; Kelly M. Pyrek, *Healthcare Crime : Investigating Abuse, Fraud, and Homicide by Caregivers* (Boca Raton, Fla: CRC Press, 2011) 161.

³ Témoignage de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, transcription, le 12 septembre 2018, p. 8023.

⁴ Affidavit du D^r Michael Pollanen, par. 105-7.

⁵ Affidavit du D^r Michael Pollanen, par. 107; témoignage du D^r Michael Pollanen, transcription, 23 juillet 2018, p. 5049-50.

⁶ Affidavit du D^r Michael Pollanen, par. 106-7.

3. Analyse toxicologique post mortem normalisée pour tous les résidents de foyers de SLD et clients de soins à domicile décédés

Beaucoup ont proposé qu'après le décès d'un résident d'un foyer de SLD, un échantillon corporel (tel que le sang) devrait être prélevé pour subir une série de tests en laboratoire normalisée. D'autres ont proposé que des échantillons soient prélevés sur ceux qui sont décédés après avoir reçu des soins à domicile, et que ces échantillons soient analysés. Cependant, les ressources humaines et financières requises, et la probabilité minimale d'obtenir des informations utiles rendent cette proposition irréalisable.

Le prélèvement des échantillons corporels nécessaires pour réaliser les analyses toxicologiques post mortem est normalement effectué par un médecin légiste dans le cadre d'une autopsie⁷. Il serait possible de former le personnel des soins de longue durée aux normes judiciaires appropriées pour prélever de tels échantillons après le décès d'un résident, mais ce serait les éloigner considérablement et maladroitement de leur rôle de soignants⁸. Lorsqu'un résident décède, le personnel doit s'occuper du corps et des proches.

De plus, les échantillons devraient être conservés conformément aux normes judiciaires et placés dans des installations de stockage appropriées, que les foyers de SLD ne possèdent pas. Un stockage de ce genre nécessiterait des dépenses financières importantes.

Il n'est pas non plus réaliste de demander aux médecins légistes d'effectuer régulièrement une série d'analyses toxicologiques post mortem normalisée sur tous les résidents qui décèdent dans les foyers de SLD. Aucune série d'analyses toxicologiques post mortem normalisée n'est réalisée lors d'une investigation sur le décès d'un individu, que ce soit dans un foyer de SLD ou ailleurs. Plutôt, dans chaque cas, le médecin légiste doit déterminer s'il est nécessaire d'ordonner des analyses toxicologiques et, si oui, pour quelles substances. La décision est prise sur la base des antécédents du cas et des conclusions de l'autopsie⁹. Il est fort peu probable que les analyses toxicologiques dénuées de tout fondement médical et scientifique fournissent des informations utiles.

⁷ Témoignage du D^r Michael Pollanen, transcription, p. 4998.

⁸ Concorde avec le témoignage du D^r Michael Pollanen, transcription, p. 5028-29.

⁹ Témoignage du D^r Michael Pollanen, transcription, p. 5001-2.

De plus, demander aux médecins légistes d'effectuer des analyses toxicologiques post mortem sur tous les résidents des foyers de SLD qui décèdent augmenterait de manière exponentielle leur charge de travail. Par exemple, au cours de l'exercice 2015-2016, 21 074 résidents de foyers de soins de longue durée sont décédés¹⁰ alors qu'en 2015, seules 81 investigations sur le décès d'un résident incluaient des autopsies¹¹. Comme je l'ai expliqué, les analyses toxicologiques sont réalisées sur la base des antécédents du cas et des conclusions de l'autopsie. L'obligation d'effectuer des analyses toxicologiques sur tous les résidents qui décèdent dans les foyers de SLD impliquerait que les médecins légistes réalisent des dizaines de milliers d'autres autopsies chaque année. Cette augmentation de la charge de travail et les coûts qui y sont liés rendent cette proposition irréalisable.

D'ailleurs, même si les ressources (humaines et financières) pour effectuer régulièrement de telles analyses étaient disponibles, leurs résultats auraient peu ou pas de valeur. Comme je l'ai expliqué, il ne s'agirait pas simplement d'effectuer une série d'analyses toxicologiques post mortem normalisée pour chaque résident qui décède. Il faudrait plutôt mener à chaque instance une investigation complète sur le décès incluant une autopsie.

En tout cas, le modèle d'investigation éclairée sur le décès que je recommande et que j'aborde au chapitre 18 propose une méthode de détection plus pratique et fondée sur des données probantes.

IV. Propositions où les coûts surpasseraient les avantages

Les problèmes complexes auxquels cette Enquête a été confrontée ont requis un équilibre entre des intérêts et des préoccupations différents et souvent contradictoires. Comment assurer au mieux l'équilibre entre le droit à la vie privée des résidents et des clients vivant chez eux, et leur sûreté et sécurité? Comment s'assurer que les droits à la vie privée des infirmiers sont respectés tout en permettant que ceux qui cherchent à les employer disposent des informations adéquates sur leur capacité à exercer de façon sécuritaire? Comment mieux encourager les améliorations et les changements dans un système aux ressources limitées?

¹⁰ Témoignage du D' Michael Hillmer, transcription, 14 sept. 2018, p. 8429-30.

¹¹ Témoignage du D' Michael Pollanen, transcription, p. 4938; affidavit du D' Michael Pollanen, par. 96.

Après avoir examiné de telles questions, je suis parvenu au constat que les éventuels coûts de certaines propositions surpassent les avantages potentiels. Voici trois exemples à titre d'illustration.

1. Placer des caméras dans les chambres des résidents des foyers de SLD et exiger des contrôles aléatoires pour ceux qui reçoivent des soins à domicile

Ces deux propositions visent à dissuader les éventuels TSMS, car ils risqueraient de se faire prendre en flagrant délit. Elles soulèvent les mêmes considérations contradictoires : protéger le droit à la vie privée du résident ou du client chez lui ou autoriser des intrusions contre ce droit à la vie privée pour des raisons de sûreté et sécurité. En comparant ces éléments conflictuels, il est important de rappeler que les TSMS sont rares.

J'ai conclu que le coût de ces deux propositions serait trop élevé en termes d'entrave à la vie privée d'une personne recevant des soins dans son domicile. Bien sûr, certains résidents peuvent décider de placer des caméras dans leurs chambres, et certains clients de soins à domicile peuvent opter de faire venir un membre de leur famille ou un être cher lors de l'administration des soins à domicile. Mais ce sont des décisions personnelles qui ne peuvent être imposées par d'autres. À mon avis, il vaut mieux laisser de telles décisions à chaque personne. Par ailleurs, comme nous l'avons mentionné aux chapitres 17 et 18, il existe des moyens moins envahissants de dissuader et de détecter ceux qui souhaiteraient porter préjudice à d'autres.

2. Rendre publiques des situations où un infirmier fait ou a fait l'objet d'une enquête

Il a été proposé que l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario rende publique toutes les enquêtes portant sur des infirmiers faisant l'objet d'enquête afin que le public dispose d'informations suffisantes sur la capacité de l'infirmier en question à exercer de façon sécuritaire.

Plusieurs raisons sous-tendent la conclusion que les coûts dépassent les avantages potentiels.

Premièrement, une politique exigeant que toutes les enquêtes soient rendues publiques comporte le risque très réel de décourager les infirmiers ayant des problèmes de dépendance ou de santé mentale de se signaler et d'obtenir l'aide et le soutien dont ils ont besoin.

Deuxièmement, l'enquête pourrait finalement établir qu'il n'y a pas de faute, d'incompétence ou d'incapacité de la part de l'infirmier. Il est toutefois peu probable qu'un tel constat répare les torts causés à son image par la révélation de l'existence d'une enquête.

3. Réviser le statut de l'insuline en tant que médicament en vente libre

Il a été proposé à plusieurs reprises que l'insuline, actuellement un médicament en vente libre en Ontario, devienne disponible uniquement sur ordonnance. Ainsi, l'insuline serait accessible uniquement à ceux qui ont un besoin médical. L'intention en était qu'une personne sans ordonnance d'insuline ne puisse y accéder pour des fins illicites.

J'ai conclu que les coûts liés à la mise à disposition d'insuline uniquement sur ordonnance dépassent les avantages d'une dissuasion potentielle. Wettlaufer n'a pas obtenu l'insuline qu'elle a utilisée pour commettre les Infractions auprès d'une pharmacie communautaire. Elle l'a plutôt prise sur ses lieux de travail ou chez un autre de ses clients de soins à domicile. Elle avait facilement accès à l'insuline dans les foyers de SLD dans lesquels elle travaillait. Elle n'avait aucun besoin d'une ordonnance : elle détournait simplement l'insuline fournie aux patients du foyer qui en avaient besoin et l'administrait à d'autres pour commettre les Infractions. Dans le cas où Wettlaufer a utilisé de l'insuline pour porter préjudice à une personne recevant des soins à domicile, elle a volé l'insuline destinée à une autre cliente. En sa qualité d'experte, la professeure Crofts Yorker a constaté que rien n'indique qu'aucun des 54 tueurs en série en milieu de soins de santé condamnés qui ont utilisé des médicaments injectables pour tuer ou attaquer des patients aurait utilisé ses propres médicaments¹².

Exiger une ordonnance pour l'insuline entraverait l'accès de tous ceux qui en ont besoin pour des raisons médicales et souvent en urgence. Ce coût est disproportionné par rapport à l'effet dissuasif potentiel qui découlerait de l'exigence d'une ordonnance. En tout état de cause, il existe des méthodes plus efficaces qu'on peut utiliser pour dissuader les tueurs en série en milieu des soins de santé, tel qu'indiqué dans le chapitre 17.

¹² Rapport d'expertise de la professeure Beatrice Crofts Yorker Schumacher, p. 12.

V. Conclusion

Je souhaite terminer ce chapitre en exprimant de nouveau ma sincère gratitude au public pour son soutien et sa participation à l'Enquête. Chaque proposition que vous avez formulée a poussé mon équipe et moi-même à réfléchir, à consulter et à examiner les problèmes soulevés. Vous avez aidé à orienter ce Rapport et les recommandations qu'il contient. Je vous en remercie.

Volume 3 Annexe

Annexe G – Guide de culture juste	206
--	------------

Annexe G – Guide de culture juste



Guide de culture juste

Pour une évaluation cohérente, constructive et juste des agissements du personnel impliqué dans des incidents liés à la sécurité des patients.

Ce guide favorise le dialogue entre les gestionnaires afin de déterminer si un membre du personnel impliqué dans un incident lié à la sécurité des patients nécessite un soutien ou une intervention individualisée pour travailler en toute sécurité. Il est rarement approprié de prendre des mesures ciblant une personne en particulier – la plupart des problèmes liés à la sécurité des patients ont des causes plus profondes et nécessitent des mesures plus générales.

Les agissements du personnel impliqué dans un incident ne devraient pas être systématiquement analysés conformément au présent guide, mais ce dernier peut être utile si l'enquête suscite des préoccupations au sujet des agissements d'une personne. Le guide met en lumière des principes importants qui doivent être pris en compte avant que des mesures de gestion officielles ne soient prises à l'encontre d'un membre du personnel.

Un élément important de la culture juste est la capacité

d'expliquer la marche à suivre en cas d'incident. Un guide de culture juste peut être utilisé par toutes les parties impliquées pour expliquer comment réagir face à des incidents. Il sert ainsi de référence pour les politiques organisationnelles en matière de ressources humaines (RH) et de déclaration des incidents, ainsi que d'outil de communication permettant de faire comprendre aux employés, aux patients et à leur famille que la réponse appropriée à un incident peut et devrait varier selon les circonstances dans lesquelles celui-ci est survenu. En plus de protéger le personnel contre les attaques injustes, l'utilisation de ce guide permet de protéger les patients en éliminant la tendance à traiter les problèmes de sécurité des patients d'ordre général de la même manière que les problèmes individuels.

Veillez noter que :

- Un **guide de culture juste** ne remplace pas une enquête sur un incident lié à la sécurité des patients. Seule une enquête approfondie permet de déterminer les causes sous-jacentes qui nécessitent des mesures pour réduire le risque d'incidents à l'avenir.
- Un **guide de culture juste** peut être utilisé à n'importe quelle étape d'une enquête, mais il faudra peut-être le revoir lorsque l'on disposera de renseignements supplémentaires.
- Un **guide de culture juste** ne remplace pas les recommandations en matière de RH et devrait être combiné à une politique organisationnelle.
- Le **guide** ne peut être utilisé que pour analyser un seul agissement (ou une seule inaction) à la fois. Si divers agissements sont en cause dans un incident, ils doivent être traités au cas par cas.

▶ Commencez ici - Q1. Test du préjudice volontaire

1a. Y avait-il une intention de porter préjudice?



Oui!

CONCLURE

Recommandations : Suivez les directives de l'organisation concernant les mesures de gestion à prendre. Il pourrait s'agir du recours aux organismes de réglementation compétents, de la suspension du personnel impliqué et du recours à la police et aux processus disciplinaires. Une enquête plus approfondie est encore nécessaire pour comprendre comment et pourquoi les patients n'ont pas été protégés des agissements de la personne concernée.

Si non, passez à la question suivante - Q2. Test de la santé

2a. La personne présente-t-elle des signes de toxicomanie?



Oui

Recommandations : Suivez les directives de l'organisation en matière de toxicomanie au travail. Une enquête plus approfondie sera nécessaire pour comprendre si la toxicomanie aurait pu être décelée et traitée plus tôt.

CONCLURE

2b. La personne présente-t-elle des signes de troubles physiques?



Oui

Recommandations : Suivez les directives de l'organisation concernant les problèmes de santé affectant le travail, ce qui comprend probablement la consultation d'un professionnel de santé au travail. Une enquête plus approfondie est nécessaire pour comprendre si les problèmes de santé auraient pu être décelés et traités plus tôt.

CONCLURE

2c. La personne présente-t-elle des signes de troubles mentaux?

Si non à toutes les questions, passez à la question suivante - Q3. Critère de prévisibilité

3a. Existe-t-il des protocoles convenus ou des pratiques acceptées qui s'appliquent aux agissements ou à l'omission en question?



Si non à une des questions

Recommandations : Les mesures visant à cibler une personne ne sont généralement pas appropriées; l'enquête sur les incidents liés à la sécurité des patients devrait indiquer les mesures plus générales à prendre pour améliorer la sécurité des patients à l'avenir. Ces mesures peuvent viser la personne concernée, sans toutefois s'y limiter.

CONCLURE

3b. Les protocoles convenus ou pratiques acceptées étaient-ils réalisables et d'usage courant?

3c. La personne s'est-elle délibérément soustraite à ces protocoles?

Si oui à toutes les questions, passez à la question suivante - Q4. Test de substitution

4a. Une autre personne de la même profession ayant des qualifications et une expérience comparables aurait-elle agi de la même façon si elle avait été confrontée à cette situation?



Si oui à une des questions

Recommandations : Les mesures visant à cibler une personne ne sont généralement pas appropriées; l'enquête sur les incidents liés à la sécurité des patients devrait indiquer les mesures plus générales à prendre pour améliorer la sécurité des patients à l'avenir. Ces actions peuvent viser la personne concernée, sans toutefois s'y limiter.

CONCLURE

4b. Existe-t-il des lacunes dans la formation de la personne?

4c. Existe-t-il des lacunes dans la supervision de la personne?

▶ Si non à toutes les questions, passez à la question suivante - Q5. Circonstances atténuantes

5a. Existe-t-il des circonstances atténuantes importantes?



Oui

Recommandations : Il n'est peut-être pas approprié de prendre des mesures à l'encontre de la personne concernée; suivez les directives de l'organisation, qui incluent probablement des recommandations en matière de RH sur l'importance des circonstances atténuantes. L'enquête sur les incidents liés à la sécurité des patients devrait indiquer les mesures plus générales à prendre pour améliorer la sécurité des patients à l'avenir.

CONCLURE

▶ Si Non

Recommandations : Suivez les directives de l'organisation concernant les mesures de gestion à prendre. Il peut s'agir de formations individuelles, de gestion des performances, d'évaluation des compétences, de changements de rôle, ou de surveillance accrue. Il peut également être nécessaire de communiquer avec les organismes de réglementation compétents, de suspendre la personne concernée ou de recourir à des processus disciplinaires. L'enquête sur les incidents liés à la sécurité des patients devrait indiquer les mesures plus générales à prendre pour

CONCLURE

improvement.nhs.uk

Inspiré des travaux du professeur James Reason et du Incident Decision Tree de la National Patient Safety Agency du Royaume-Uni.

Soutenu par :



collaboration confiance respect innovation courage compassion

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

longtermcareinquiry.ca/fr

