

# IL MÉRITAIT MIEUX



**UNE FIN DE VIE TRAGIQUE D'UN  
RÉSIDENT EN FOYER DE SOINS**

New Brunswick  
**Seniors'**  
Advocate



Défenseur des  
**ainés**  
du Nouveau-Brunswick



New Brunswick  
**Seniors'**  
Advocate



C.P. 6000  
Fredericton (N.-B.)  
E3B 5H1

Défenseur des  
**aînés**  
du Nouveau-Brunswick

Sans frais : 1.888.465.1100  
Téléphone : 1.506.453.2789  
Télécopieur : 1.506.453.5599

**[www.défenseurdesaînés.ca](http://www.défenseurdesaînés.ca)**

**Comment citer ce document :**

Défenseur des aînés du N.-B., Il méritait mieux : une fin de vie tragique d'un résident en foyer de soins, janvier 2022..

# TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos .....	2
En résumé .....	3
Il méritait mieux : une fin de vie tragique d'un résident en foyer de soins .....	5
Analyse et recommandations .....	8
Conclusions .....	28
Notes de fin .....	28
Annexes .....	30
A. Le Bureau du défenseur des aînés .....	30
B. L'équipe d'enquête .....	30
C. Chronologie des événements préoccupants/activités dignes de mention .....	31
D. Chronologie des incidents/événements notables préoccupants .....	31
E. Table de recommandations .....	33

# AVANT-PROPOS

Conformément aux pouvoirs qui me sont conférés par la *Loi sur le défenseur des enfants, des jeunes et des aînés*, je présente ce rapport d'enquête concernant un résident d'un foyer de soins âgé de 91 ans, décédé à la suite de complications résultantes d'une fracture de la hanche causée par l'agression d'un autre résident. Les deux résidents souffraient de démence, cependant, je tiens à préciser qu'il ne s'agit pas d'un rapport sur la démence et les défis occasionnés par ce diagnostic. Nous savons que la démence est extrêmement complexe et se manifeste différemment chez chaque personne diagnostiquée. Tout au long du rapport, nous examinons les agressions infligées par un résident d'un foyer de soins à d'autres personnes. Il faut souligner qu'en raison de la démence dont le résident est atteint, il n'avait pas le contrôle de ses agissements et ne peut donc être blâmé pour les blessures qu'il a causées. Ce rapport porte plutôt sur la capacité de protéger les résidents vulnérables qui vivent dans les foyers de soins de toute violence, quel que soit l'agresseur.



Il est important de souligner que bien s'il s'agit d'un rapport public, il ne contient aucun renseignement détaillé sur les personnes mises en cause ni celles qui en ont pris soin. Même si nous avons soigneusement veillé à protéger la vie privée de ces personnes, nous ne pouvons pas garantir que les parties intéressées ne pourront pas s'identifier ou identifier des tiers responsables de prendre soin d'eux. L'identité des personnes en cause a été anonymisée. Néanmoins, je demande aux lecteurs et aux parties intéressées, y compris les médias, de respecter leur vie privée et de ne pas s'attarder à l'identification des personnes et des lieux impliqués dans l'affaire. Le présent rapport n'a pas été préparé dans le but de critiquer ou d'attribuer le blâme, mais plutôt à recenser les faiblesses ou lacunes d'un système très complexe qui sert la population adulte plus âgée de notre province. Les membres de mon personnel ont déployé des efforts considérables dans le but d'analyser les détails concernant la façon dont cette tragédie est survenue et le processus que les responsables ont suivi pour veiller à ce qu'une telle situation ne se reproduise pas. Le présent rapport contient des recommandations visant à faire évoluer le système dans une direction positive, afin d'apporter des changements dans l'intérêt de toutes les personnes âgées au Nouveau-Brunswick. Lorsque des êtres chers emménagent dans un foyer de soins, on s'attend à ce qu'ils soient protégés contre tout préjudice. Ce rapport ne remet pas en question les intentions du personnel et de la direction d'un foyer de soins ou du ministère du Développement social. Ce rapport porte à la capacité institutionnelle, aux processus et à la surveillance des établissements qui assurent la sécurité des résidents. Toutes les recommandations sont adressées au gouvernement.

Je suis persuadé que les exploitants de foyers de soins et les fonctionnaires du gouvernement qui veillent à l'amélioration constante du système accueilleront favorablement ce rapport, et que les recommandations qui découlent de celui-ci seront mises en œuvre dans le but d'améliorer la sécurité de toutes les personnes âgées vulnérables vivant dans des foyers de soins.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Norman Bossé'.

Norman Bossé, Q.C.

Défenseur des enfants, des jeunes et des aînés du Nouveau-Brunswick

# EN RÉSUMÉ

George était un mari, père et grand-père aimant. C'était également un joueur de curling passionné, un employé dévoué, un bénévole actif et un homme passionné par le jardinage. George menait une vie très active avec une vivacité qui pouvait rivaliser avec bon nombre de personnes ayant des décennies en moins. Jusqu'à ses 80 ans, très peu de choses pouvaient le ralentir. Cependant, après le décès de son épouse, les membres de sa famille ont commencé à remarquer un changement alors qu'il n'était plus lui-même. La patience qu'ils lui avaient toujours connue faisait parfois place à de l'agitation, puis, peu de temps après, George a commencé à oublier de faire des choses essentielles, même de se nourrir. Les pires craintes et soupçons des enfants de George ont été confirmés lorsqu'on lui a diagnostiqué la maladie d'Alzheimer.

Indépendant, bienveillant et fier, George ne voulait pas être un fardeau pour ses enfants et a donc refusé de déménager avec eux. Ainsi, pour qu'il reste chez lui, ils ont embauché des travailleurs en soins à domicile. Ce qui devait être une solution pratique s'est rapidement transformé en cauchemar, puisque souvent, ces travailleurs ne se présentaient pas à leur quart de travail, ce qui faisait en sorte que George ne mangeait pas et ne prenait pas ses médicaments.

La famille de George a donc réalisé qu'elle était pressée de prendre la décision extrêmement difficile de l'admettre dans un foyer de soins. Comme il n'était plus en sécurité seul et qu'il était impossible de compter sur des travailleurs en soins à domicile pour répondre à ses besoins, sa famille a estimé que c'était la seule option. Au printemps de ses 91 ans, George a été admis au foyer de soins de sa région. Ses enfants croyaient qu'il recevrait des soins optimaux et qu'il se porterait bien une fois qu'il serait installé. Ils ont supposé qu'ils seraient mis au courant de tout problème concernant les soins et le bien-être de leur père.

Une semaine après le déménagement de George, sa fille a appelé et on lui a dit qu'il était tombé la veille. Le mois suivant, un membre de l'équipe de gestion du foyer a communiqué avec la fille de George pour l'informer qu'il était tombé à nouveau et qu'il devait se rendre à l'hôpital parce qu'il avait besoin de points de suture sur le coude. Cinq jours plus tard, George a été hospitalisé à nouveau parce qu'il s'était fracturé la hanche. Encore une fois, on a expliqué à la famille de George qu'il était tombé. Ils ont trouvé surprenant que leur père tombe aussi souvent, puisqu'avant son admission au foyer de soins, George n'avait aucun handicap et marchait de manière autonome. Il avait même fait de la raquette plus tôt cette année-là. C'est pourquoi ils tenaient à voir les vidéos de surveillance de ses chutes. Les enregistrements vidéo de la première chute n'ont jamais été vus ni sauvegardés par le personnel du foyer de soins, mais ils ont réussi à regarder le deuxième et le troisième incident. Ce qu'ils ont vu cette journée-là les a consternés et traumatisés. Jusque-là, on leur avait laissé entendre que leur père était tombé chaque fois. Toutefois, les vidéos de ces deux incidents montraient clairement que George s'effondrait au sol à la suite d'agressions d'un résident qui s'appelait Tom. Durant notre enquête, nous avons également découvert que, même si aucun membre du personnel n'avait été témoin du premier incident, George avait raconté à l'employé qui l'avait découvert au sol près de Tom qui se tenait debout, « qu'il l'avait poussé par terre ».

Deux semaines après sa chirurgie de remplacement de la hanche, George est décédé à l'hôpital. Seulement trois jours avant son décès, deux membres de la haute gestion du foyer avaient communiqué avec la fille de George pour lui dire qu'il était renvoyé du foyer de soins, et ce, immédiatement. Cet appel a surpris la fille de George puisqu'elle n'avait reçu aucune indication que cette situation se produirait.

À la suite du décès de George, le ministère du Développement social a mené une enquête en protection des adultes au foyer de soins et a conclu que les allégations de négligence et de maltraitance n'étaient pas fondées et n'avaient pas contribué à la blessure de George et à son décès subséquent. Cependant, ce qui est troublant c'est que la travailleuse sociale des services de protection des adultes s'est uniquement penchée sur la dernière agression de George et n'a pas pris en considération aucun des autres incidents troublants entre son attaquant et d'autres résidents. Au début de l'enquête en protection des adultes, au total, Tom était impliqué dans neuf épisodes avec plusieurs résidents, notamment George, mais les services de protection des adultes ont omis d'examiner ces autres incidents. En outre, les seules personnes interrogées au foyer de soins pendant cette enquête étaient deux membres de l'équipe de la haute gestion du foyer de soins. Aucun des membres du personnel soignant ou des résidents n'a été interrogé.

En février de l'an dernier, le Bureau du défenseur des aînés a informé le ministère du Développement social d'une enquête systémique portant sur la responsabilité du ministère dans le dossier de George par l'intermédiaire des Services offerts dans les foyers de soins et les services de protection des adultes. Dans le cadre de cette enquête, les questions suivantes ont été soulevées relativement aux services offerts à George :

- Le décès de George aurait-il pu être évité ?
- Des signes précurseurs indiquaient-ils que sa sécurité était menacée ?
- Qu'a-t-on fait pour protéger George ?
- Sa famille a-t-elle été informée et invitée à collaborer pour trouver des moyens d'assurer sa sécurité ?
- L'enquête en protection des adultes a-t-elle examiné en profondeur toutes les questions pertinentes entourant la capacité du foyer de soins à protéger les résidents ?
- La famille de George a-t-elle été traitée avec compassion et dignité à la suite du décès inattendu et particulièrement troublant de leur père ?

Nous avons découvert un large éventail de faiblesses allant de l'incapacité du foyer de soins à protéger les résidents contre le danger et à signaler des incidents majeurs, à une enquête en protection des adultes qui a omis de prendre les mesures adéquates pour s'assurer que tous les renseignements pertinents ont été obtenus et examinés. Pour régler ces problèmes et plusieurs autres problèmes qui ont été relevés au cours de l'enquête, et afin d'améliorer les soins et le soutien offerts aux aînés du Nouveau-Brunswick, le Bureau du défenseur des aînés a formulé des recommandations dans des domaines clés, y compris :

- la protection des résidents du foyer de soins
- le signalement d'incidents majeurs
- les processus de plainte
- la formation des employés
- la communication avec les membres de la famille des résidents des foyers de soins
- l'enquête en protection des adultes dans les foyers de soins
- la transparence et le contrôle des procédures d'examen des incidents de décès et de blessures graves des personnes âgées.

# IL MÉRITAIT MIEUX : UNE FIN DE VIE TRAGIQUE D'UN RÉSIDENT EN FOYER DE SOINS

George est né et a grandi dans une communauté rurale où il a vécu une vie bien remplie et enrichissante, une vie pas si différente de celle des autres Néo-Brunswickois. La famille était essentielle pour George et son engagement envers ses proches était évident dans son rôle de fils, frère, mari, père et grand-père. Élevé dans une famille de 12 enfants, George était constamment entouré de nombreux frères et sœurs qu'il adorait. Lorsque seuls deux de ses quatre frères qui ont servi pendant la Seconde Guerre mondiale en sont revenus, George s'est juré qu'un jour, il visiterait la tombe de ses frères qu'il avait perdus outre-mer, et a finalement fait ce voyage avec sa fille lors du 60<sup>e</sup> anniversaire du Jour J. À l'âge adulte, George était un mari dévoué à l'amour de sa vie et aux côtés de la femme à qui il a été marié 54 ans, et avec qui il a élevé une famille de quatre enfants. Selon ses enfants, leur mère était la personne extravertie du couple tandis que leur père était plus discret et restait en coulisse. Plus tard, George est devenu un grand-père aimant de dix petits-enfants et cinq arrière-petits-enfants.

Les enfants de George gardent tous de tendres souvenirs de leur père. Les points communs de ces souvenirs sont le caractère doux et calme d'un père qui n'élevait jamais la voix ou ne semblait jamais se fâcher. Une de ses filles l'a décrit comme un « homme de solutions plutôt qu'un homme combatif » et se rappelle comment, selon son père, un bol de crème glacée réglait tous les problèmes. George était un père aimant qui offrait son temps, sa patience et sa bonté à ses enfants. Ainsi, ils peuvent tous se rappeler les expériences uniques qu'ils ont partagées avec lui, du patinage dans leur cour, aux voyages de pêche sans oublier les câlins sur le divan.

George a mené une vie très dynamique et a été actif jusqu'à dans ses quatre-vingt-dix ans. Étant donné qu'il a grandi dans une famille nombreuse avec peu de moyens, il a rapidement appris la valeur de la discipline et du travail acharné, et a fait preuve de dévouement dans tous les aspects de sa vie. George était très actif dans sa communauté et donnait généreusement son temps en faisant du bénévolat dans de nombreuses organisations locales. Après sa retraite, George a continué à travailler de façon saisonnière pour l'Organisation des mesures d'urgence en assurant la surveillance des rivières, même lorsqu'il était octogénaire. Dans ses loisirs, George aimait rester actif physiquement et a fait de la raquette jusqu'à son dernier hiver. S'il ne faisait pas de la raquette, on pouvait trouver George au club de curling local puisqu'il était un fervent amateur de sport et, profitant du jeu passé les quatre-vingts ans. L'été, le jardinage était une véritable passion pour George et il aimait entretenir méticuleusement son gazon et les fleurs de son jardin. Son pouce vert a même profité à plusieurs jardins communautaires qu'il était aussi fier d'entretenir comme les siens. Il était attentif et aimable, c'était un homme au cœur chaleureux.

## Un changement est survenu

Quelques années après le décès de son épouse, lorsque George avait 85 ans, ses enfants ont commencé à remarquer un changement chez leur père alors « qu'il n'était pas lui-même ». Sa concentration déclinait et il commençait à oublier de faire des choses importantes comme s'alimenter, même s'il essayait de le cacher à ses proches en disant qu'il avait déjà mangé. Il était aussi troublant de constater que la patience qu'il avait toujours eue avait maintenant fait place à de l'agitation et à de l'irritation. Pour son gendre, l'évènement le plus alarmant a eu lieu lors d'un voyage de pêche, lorsque George s'est levé au milieu de la nuit et a insisté pour rentrer chez lui. La fille de George se rappelle lui avoir rendu visite lors d'une journée glaciale d'hiver et d'avoir découvert que sa porte avant était restée ouverte depuis des heures. Peu après, les pires craintes et soupçons de la famille de George ont été confirmés lorsqu'on lui a diagnostiqué la maladie d'Alzheimer.

## Un choix difficile

Comme de nombreuses familles, les enfants de George ont tenté le plus longtemps possible de laisser leur père vivre dans sa propre maison. Comme ses enfants vivaient loin de chez lui — une luttait contre le cancer, une autre ne pouvait pas conduire pour des raisons de santé et les deux autres travaillaient à temps plein — ils ont décidé d'embaucher des travailleurs en soins de santé. Ce qui devait être une solution pratique pour garder leur père chez lui s'est rapidement transformé en cauchemar, puisque souvent, ces travailleurs ne se présentaient pas pour leur quart de travail, ce qui faisait en sorte que George ne mangeait pas et ne prenait pas ses médicaments. À mesure que la maladie d'Alzheimer progressait, George est devenu paranoïaque du fait que différentes personnes entraient chez lui. Il s'entendait bien avec la travailleuse principale qui était fiable. Toutefois, lorsqu'elle a mentionné à la famille qu'elle prévoyait prendre de longues vacances pendant l'été, ils ont réalisé qu'ils étaient forcés de faire un choix extrêmement difficile. La sécurité de leur père était la principale préoccupation et, finalement, le facteur déterminant qui les a poussés à prendre la décision d'entamer le processus de demande d'admission dans le foyer de soins de la région. Cette décision était « déchirante », mais celle que sa famille estimait la meilleure pour lui compte tenu des circonstances. George n'était pas prêt à déménager avec aucun de ses enfants, puisqu'il ne voulait pas être un fardeau pour eux. Ils avaient l'impression de n'avoir aucune autre option.

La famille de George se confortait à l'idée qu'il se porterait bien au foyer de soins une fois qu'il serait installé. Ils ont pensé qu'il aimerait socialiser et profiter des activités et qu'il pourrait même reprendre une partie du poids qu'il avait perdu récemment. Ils croyaient qu'il s'agissait d'un établissement fiable et leur ont accordé toute leur confiance lorsqu'ils leur ont confié la charge de leur père. Ils s'attendaient surtout à ce que le foyer de soins assure la sécurité de leur père, puisqu'il n'était plus en sécurité dans sa propre maison. Ils ont aussi supposé qu'ils seraient informés immédiatement de tout problème. À la fin du printemps de sa 91<sup>e</sup> année, George a été admis au foyer de soins.

## Une victime d'agressions

Une semaine après que George a déménagé au foyer de soins, un employé l'a découvert étendu au sol près d'un autre résident, Tom, qui se tenait à proximité. George a dit à l'employé : « Il m'a poussé au sol. » Le lendemain, une des filles de George a appelé au foyer de soins pour avoir des nouvelles et on lui a dit qu'il était tombé la veille. Lorsqu'elle lui a rendu visite, elle a constaté que sa main était enflée et qu'il avait une coupure qui semblait infectée et qui ne guérissait pas comme il faut, même après plusieurs semaines. L'enregistrement vidéo de l'incident n'a jamais été sauvegardé et a automatiquement été effacé avant que quiconque puisse le voir.



Le mois suivant, un deuxième incident préoccupant impliquant George est survenu au foyer de soins. Depuis son admission, on voyait régulièrement George déambuler dans les couloirs, suivant souvent Tom, le même résident qui, selon George, l'avait poussé au sol. Les deux résidents avaient reçu un diagnostic de démence. Un jour, tandis que George suivait Tom, Tom est devenu agressif et l'a repoussé. Dans ce qui semble être un effort pour garder son équilibre, George s'est avancé vers le bras de Tom, mais ce dernier l'a devancé, ce qui a fait en sorte que George est tombé au sol et s'est cogné la tête. La fille de George a reçu un appel du foyer. On lui a dit que son père était encore tombé et qu'il devait se rendre à l'hôpital. George a été transporté à l'hôpital local en ambulance où on lui a fait huit points de suture pour une coupure sur son coude.

Moins d'une semaine plus tard, George a été victime de son troisième incident, le plus grave, alors qu'il était pris en charge par le foyer de soins. Une fois de plus, il suivait Tom dans un couloir lorsqu'apparemment Tom s'est fâché et a violemment lancé George au sol. Cette agression lui a causé une douleur intense et une blessure grave, qui, encore une fois, obligeait George à se rendre à l'hôpital en ambulance. George a passé la nuit à l'hôpital local où il a attendu d'être transféré dans un plus gros hôpital pour subir une chirurgie de remplacement de la hanche. Il s'était fracturé la hanche gauche à cause de l'impact de la chute. La chirurgie a eu lieu sans complications immédiates. Toutefois, 48 heures après, le niveau d'oxygène de George a diminué, il a commencé à souffrir d'apnée et son niveau de conscience a commencé à diminuer. Il a rapidement été cloué au lit et n'était plus capable de s'alimenter.

Avant d'être victime de cette dernière agression au foyer de soins, George n'avait aucun handicap, n'ayant jamais eu besoin de dispositif d'aide à la mobilité comme une canne ou un déambulateur. La dernière fois où il avait dû être hospitalisé était il y a près de 40 ans. Plus tôt cette journée-là, George avait profité d'une agréable sortie à la crèmerie avec sa fille et marchait de manière autonome.

Alors qu'il se remettait de sa chirurgie, la santé de George a continué à décliner sérieusement du fait qu'il a développé des plaies de lit et contracté une pneumonie, puis qu'on a dû lui donner de l'oxygène et lui administrer une solution intraveineuse. Moins d'une semaine suivant son admission à l'hôpital l'état de George s'est détérioré en raison d'un affaiblissement du bas de ses poumons. Deux semaines après sa chirurgie, George est décédé à l'hôpital.

Le coroner régional a qualifié le décès de George d'homicide. Cette conclusion était due à l'agression de Tom, qui, selon le coroner, a mené au décès de George. Cette classification de décès est indépendante de tout processus criminel et n'est pas liée à une culpabilité criminelle potentielle. Un coroner peut classer une affaire d'homicide (une des cinq catégories de décès) si les actions d'une personne (ou plusieurs) causent directement le décès d'une autre personne. Cela est indépendant de toute déclaration de culpabilité d'homicide, qui prescrit une intention criminelle de l'auteur. Aucune enquête criminelle n'a été menée dans ce cas-ci. L'examen des services de protection des adultes notait qu'« En raison du diagnostic de démence, il est impossible de mesurer l'intention de blesser. » Les Services du Coroner ont pour mandat d'enquêter sur tous les décès suspects ou douteux au Nouveau-Brunswick. Afin de déterminer les causes du décès, le Coroner régional examine les preuves applicables, y compris le rapport de pathologie, mène des entrevues et effectue d'autres activités nécessaires pour arriver à sa conclusion. Dans le cas du décès de George, le coroner régional a pris la décision finale avec la consultation du Coroner en chef adjoint.

# ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

L'agonie physique et la détresse émotionnelle que George a endurées au cours de ses derniers jours n'auraient jamais dû être la fin de l'histoire de quiconque. Même s'il avait de 91 ans, George avait été admis au foyer de soins en excellent état. Deux mois plus tard, George a quitté le foyer de soins sur une civière, sans jamais remarcher. La famille de George avait avant tout décidé de le placer dans un foyer de soins pour assurer sa sécurité, afin de lui permettre de vivre le reste de sa vie dans le confort et en bonne santé. Ce qu'elle ne savait pas, et qu'elle n'aurait pas pu prédire, c'était que cette décision mènerait en fin de compte au décès inattendu de leur père peu après son admission au foyer de soins. Tous les jours au Nouveau-Brunswick, des familles sont confrontées à la dure réalité de satisfaire les besoins en soins intensifs de leurs aînés bien-aimés. Peu ont le temps ou les ressources pour prendre soin de leurs parents vieillissants ou de les accueillir chez eux. Plus que jamais, les foyers de soins de longue durée sont devenus une ressource sur laquelle nous comptons de plus en plus pour notre population vieillissante. Présentement, on compte soixante et onze établissements dans la province et on prévoit ajouter 1 026 lits supplémentaires dans les foyers de soins d'ici 2023<sup>1</sup>. Le nombre de personnes inscrites sur la liste d'attente en vue d'une place dans un foyer de soins s'élève à plus de 800<sup>2</sup> — ce qui témoigne de l'étendue de la demande. Grâce au personnel de soins de santé spécialisé, aux repas adaptés aux besoins alimentaires de chacun, aux activités récréatives planifiées et à des préposés empathiques, la décision de placer un être cher dans un foyer de soins semble évidente. Il n'est pas déraisonnable de s'attendre à ce que des foyers de soins offrent des soins optimaux à ceux qui ont consacré d'innombrables années à s'occuper de nous lorsque nous étions vulnérables. Personne n'aurait tendance à supposer que placer des proches dans ces établissements les exposerait au danger. Dans un foyer de soins, nous ne pourrions jamais imaginer que nos mères ou nos pères pourraient être victimes d'agressions répétées. Même si nous acceptons la fatalité que la fin de vie est plus proche de ceux qui ont atteint un certain âge, la mort n'est jamais acceptable lorsqu'elle est évitable. Dans cette optique, nous posons les questions difficiles suivantes. Le décès de George aurait-il pu être évité ? Des signes précurseurs indiquaient-ils que sa sécurité était menacée ? Qu'a-t-on fait pour protéger George ? Sa famille a-t-elle été informée et invitée à collaborer pour trouver des moyens d'assurer sa sécurité ? L'enquête en protection des adultes a-t-elle examiné en profondeur toutes les questions pertinentes entourant la capacité du foyer de soins à protéger les résidents ? Et finalement, la famille de George a-t-elle été traitée avec compassion et dignité à la suite du décès inattendu et particulièrement troublant de leur père ?

## Un risque connu qui n'a pas été signalé et n'a pas été traité

### Problème : incapacité de protéger les résidents contre le danger

Au cours du premier mois de séjour de Tom au foyer de soins, cinq événements préoccupants ont été consignés, notamment le premier mettant en cause George. Selon un membre de l'équipe de la haute gestion du foyer de soins, cette situation n'était pas inhabituelle pour un résident atteint de démence puisqu'il faut plusieurs mois pour que le personnel s'habitue à un nouveau résident et pour que le résident s'adapte au foyer de soins. Elle définit cette période comme la *phase d'apprentissage*, c'est-à-dire une période d'observation qui permet au personnel de relever les éléments déclencheurs des nouveaux résidents.

Les employés du foyer de soins ont rapidement réalisé que George n'était pas en sécurité en présence de Tom. Certains invitaient George à s'asseoir avec eux au poste de soins infirmiers, et plusieurs d'entre eux ont fait part de leurs préoccupations à la direction relativement au fait de laisser George et Tom continuer à manger ensemble à la même table, particulièrement après les deux premiers incidents entre eux. De même, certains employés ont laissé entendre qu'il faudrait séparer les deux résidents dans deux ailes différentes du foyer de soins. De nombreux employés interrogés ont eu l'impression que les préoccupations et les suggestions dont ils ont fait part à la direction n'ont pas été entendues. Un membre de l'équipe de la haute gestion du foyer a expliqué que son installation est la « maison » de chaque résident, et, par conséquent, ils ont le droit de faire ce qu'ils veulent, y compris manger avec n'importe qui. Cette approche a empêché de reconnaître les risques associés au fait de permettre à un résident violent d'interagir avec d'autres résidents. Ainsi, les comportements dangereux de Tom n'ont pas été abordés de manière proactive.

Aucune mesure de sécurité efficace n'a été mise en place pour prévenir cette violence. Lorsque nous avons demandé à l'équipe de gestion du foyer pourquoi aucune intervention n'a été faite au départ pour protéger les résidents du comportement agressif de Tom, un des membres a soutenu que pendant la phase d'apprentissage, le personnel s'habitait à lui. Ce n'est que deux mois et demi après l'admission de Tom que l'équipe de gestion du foyer a affiché des avis dans l'établissement, donnant des lignes directrices sur la façon de rediriger certains résidents loin de Tom connus pour déclencher son agressivité. Ceci étant après sept incidents préoccupants consignés, y compris le deuxième avec George et trois autres agressions violentes contre d'autres résidents. [Consultez l'Annexe D pour la chronologie des événements préoccupants]. Au même moment, le foyer de soins a assigné un travailleur de soutien à Tom pour une supervision individuelle. Malheureusement, ces interventions n'ont pas empêché Tom de commettre une troisième agression contre George. Après le troisième et dernier incident entre Tom et George, suivant une recommandation de l'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick, le foyer de soins a présenté une demande de financement pour obtenir les services d'autres travailleurs de soutien pour superviser Tom.

Il est important de noter que la confrontation avec Tom qui a mené au décès de George s'est produite dans les deux mois qui ont suivi l'admission de George au foyer de soins, et un peu plus de deux mois après l'admission de Tom, donc à l'intérieur des paramètres temporels de ce que l'équipe de gestion appelle la phase d'apprentissage. Mettre en œuvre rapidement des mesures de sécurité au cours de cette période et ne pas simplement observer passivement la situation aurait pu éviter plusieurs des agressions de Tom contre les résidents, y compris celles contre George.

À cause d'une série d'agressions dont George a été victime au cours de son passage au foyer, il semble qu'il ne se sentait plus en sécurité et aurait perdu confiance en ceux qui devaient prendre soin de lui. Lors des entrevues avec différents employés du foyer de soins, nous avons appris que George s'asseyait souvent dans un coin, toujours prêt à se défendre en cas d'attaque. Le personnel de l'hôpital a mentionné à sa famille qu'il tremblait en leur présence et les suppliait de ne pas lui faire du mal.

Les Normes des Services des foyers de soins<sup>3</sup> exigent que le « foyer de soins s'assure que les résidents reçoivent des soins adéquats. » Comme les Normes le stipulent : « Ces droits comprennent le droit à se sentir en sécurité et à vivre dans un environnement où ils sont protégés contre les agressions, la négligence. » Plus précisément, les Normes obligent à ce que « les interactions entre les résidents sont gérées pour éviter des incidents d'abus » et que « Les plans de gestion du comportement comprennent les éléments déclencheurs qui peuvent provoquer un résident à léser autrui. » Il n'y a aucune « période d'attente » ni « phase d'apprentissage » associées à ces obligations. Au contraire, les Normes exigent que « Le foyer de soins doit continuellement évaluer, planifier, concevoir et mettre en œuvre des programmes et des services pour répondre aux besoins actuels et futurs des résidents afin d'atteindre le meilleur résultat possible. » En outre, les programmes et les services doivent avoir « une description écrite qui comprennent : les objectifs et directives, les méthodes pour réduire les risques, les méthodes de surveillance des résultats. » Ces normes n'ont pas été respectées dans le cas présent.



De plus, selon les Protocoles relatifs aux adultes victimes de violence du ministère du Développement social, « des efforts doivent être déployés pour éviter la victimisation secondaire de la personne maltraitée qui se produit quand le système ne parvient pas à repérer la violence ou la négligence ou à en faire un suivi efficace, avec les effets négatifs qui en découlent sur la qualité des soins prodigués à la victime<sup>4</sup> ».

Les nombreuses attaques que Tom a perpétrées sur différentes victimes, y compris George, témoignent des conséquences potentiellement fatales si les incidents ne sont pas repérés et qu'aucun suivi n'est fait.

## Recommandation 1

**Il est recommandé que le ministère du Développement social élabore des pratiques exemplaires en matière de sécurité fondées sur des données probantes à mettre en œuvre dans tous les foyers de soins. Les foyers de soins devraient être obligés d'intégrer ces pratiques comme exigence minimale afin de se conformer aux normes de soins adéquats. Les inspecteurs doivent passer en revue la description des services du foyer de soins aux fins de conformité et doivent interroger au hasard des membres du personnel pour déterminer si les normes de soins adéquates en matière de sécurité sont respectées en pratique.**

### **Pas seulement un problème au Nouveau-Brunswick : comment les autres provinces abordent-elles les comportements agressifs des résidents en soins de longue durée**

Un examen des pratiques dans les établissements de soins de longue durée des différentes administrations partout au Canada a mis en lumière diverses méthodes pour minimiser le risque de violence et d'agression contre les résidents. Plusieurs administrations ont démontré que l'utilisation d'une variété d'interventions et de stratégies avant de recourir à des moyens de contention physique ou à la pharmacothérapie s'est révélée efficace pour prévenir et gérer l'agitation et l'agressivité des résidents atteints de démence. Dans la région de l'Atlantique, un document rédigé par le *Newfoundland & Labrador Centre for Applied Health Research* en 2014<sup>5</sup> a constaté que les résidents dans des établissements de soins de longue durée manquent de stimulation, ce qui mène à l'anxiété, la dépression et par la suite, à l'agitation et à l'agressivité. Les auteurs ont aussi mentionné que souvent, l'attention personnelle peut soulager l'anxiété qui cause un comportement agressif chez les résidents. Le document formule plusieurs recommandations qui se sont avérées utiles pour réduire le comportement agressif, notamment adopter une approche centrée sur la personne en accordant une attention à chaque résident pour aider à soulager l'anxiété, faire jouer de la musique relaxante au moment des repas ainsi qu'organiser des séances musicales individuelles et de groupes, puis offrir des séances non officielles assistées par les animaux comme la zoothérapie canine.

La *Community Governed Nursing Home Society of Nova Scotia* (connue sous le nom de CGO qui signifie *Community Governed Organizations*) a publié des recommandations en 2014<sup>6</sup> pour améliorer la vie des personnes vivant des établissements de soins de longue durée, particulièrement celles qui sont plus agressives. Le document a formulé plusieurs recommandations que l'on retrouve fréquemment dans d'autres études, mais a également inclus les deux recommandations suivantes : créer une base de données électronique des ressources pour les établissements de soins de longue durée et leur personnel partout au pays pour échanger des renseignements et des techniques de désescalade, puis créer des unités spécialisées afin de stabiliser les comportements agressifs chez le nombre peu élevé de résidents qui continueront à manifester de l'agressivité malgré le soutien et la prévention.

Même si de nombreux documents qui émettent des recommandations pour régler ce grave problème ont été publiés à l'échelle du pays, nous notons une dernière étude, intitulée « *Resident to Resident Aggression in B.C. Care Homes*<sup>7</sup> ». Publié en 2016 par le Bureau de la protectrice des personnes âgées de la Colombie-Britannique, le rapport comprend une recommandation visant la production de rapports normalisés au moyen d'un système provincial permettant de faire un suivi des données sur les résidents pour s'assurer que la déclaration d'incident et le suivi concordent.

## Recommandation 2

**Il est recommandé que le ministère du Développement social entreprenne un examen exhaustif des pratiques exemplaires pour atténuer la violence et élabore une politique détaillée et une pratique structurée pour atténuer la violence entre résidents, en collaboration avec le Défenseur des aînés et des représentants des foyers de soins, l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, le Conseil des syndicats des foyers de soins du Nouveau-Brunswick, l'Association des Infirmier(ère)s Auxiliaires Autorisé(e)s du Nouveau-Brunswick, l'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick et des experts universitaires des établissements postsecondaires du Nouveau-Brunswick.**

## Violence non signalée

Tom a été admis au foyer de soins seulement deux semaines avant George, mais au cours de cette brève période, les membres du personnel ont été témoins de quatre incidents préoccupants mettant en cause Tom avec d'autres résidents, dont un au cours duquel il a poussé une femme en fauteuil roulant contre un mur. Le dossier de Tom contenait de nombreuses notes au sujet de son errance continue et plusieurs personnes se plaignaient des intrusions de Tom dans leur propre chambre, puisqu'il faisait souvent irruption chez d'autres résidents, sans être invité. Selon l'équipe de gestion du foyer de soins, ce comportement d'errance est très commun chez les gens atteints de démence et ne pose généralement pas de problème.

### **Problème : les incidents de violence n'ont pas été consignés dans le dossier du résident et n'ont pas été signalés aux autorités**

George a vécu sa première interaction négative avec Tom qu'une semaine après son déménagement au foyer de soins. Même si les employés ont découvert George au sol, Tom qui se tenait au-dessus de lui et que George a expliqué que Tom l'avait-poussé par terre, la vidéo de surveillance n'a jamais été sauvegardée ni vue. Un membre de l'équipe de haute gestion du foyer de soins a considéré qu'il n'y avait aucun témoin de l'incident et y a fait référence comme une « chute ». Tous incidents majeurs doivent être signalés au foyer de soins et à deux représentants du ministère du Développement social : (1) un agent de liaison régional, chargé d'inspecter les foyers de soins de la province afin de vérifier la conformité à la *Loi sur les foyers de soins* visant à protéger la santé, la sécurité et le bien-être des résidents, et (2) un agent des services de protection des adultes, chargé d'enquêter sur les allégations de négligence ou d'abus. L'équipe de gestion n'a pas signalé cet incident entre George et Tom ni à l'agent de liaison régional ni à l'agent des services de protection des adultes. Le fondement de leur décision repose sur le fait que, malgré la déclaration de George, selon eux, il s'agit d'une chute sans témoin. Ils ont déclaré qu'ils croyaient que la chute n'était pas due à une agression et qu'il n'y avait pas lieu de la signaler. Comme les enregistrements vidéos ont été supprimés, il est impossible de confirmer les faits réels de l'incident. Aucun détail de cet événement n'a été consigné dans le dossier de Tom, ce qui contrevient aux Normes des Services des foyers de soins qui exigent que, « L'exploitant tient un dossier complet et à jour pour chaque résident depuis le moment de son admission jusqu'à celui de son congé<sup>8</sup>. » Il s'agit d'un manquement de la diligence requise, car les mesures nécessaires n'ont pas été prises pour déterminer la cause de la chute. La question de savoir si ce premier incident devait être signalé ne pouvait être établie que si des mesures étaient prises pour en déterminer la cause.

Le mois suivant, George a été victime de sa deuxième altercation dangereuse avec Tom, qui lui a valu des points de suture sur son coude. Cette fois-ci, l'enregistrement vidéo a été vu et sauvegardé. Sur la vidéo, il est évident que Tom a poussé George et qu'il l'a ensuite projeté au sol lorsque George s'est accroché au bras de Tom pour retrouver son équilibre. Malgré cette preuve manifeste, le foyer de soins a une fois de plus expliqué à la famille que George était tombé, et encore une fois, n'a pas signalé l'incident à l'agent de liaison régional ni à l'agent des services de protection des adultes. De plus, rien à propos de cet incident n'a été consigné dans le dossier de Tom. Ce qui est alarmant à ce stade, c'est que Tom a été impliqué dans six incidents troublants avec plusieurs résidents, dont un au cours duquel il a donné un coup de poing dans le visage d'un autre résident. Selon les Normes des Services des foyers de soins, les incidents majeurs incluent : « des soupçons de négligence ou de mauvais traitements à l'égard d'un résident » et « un accident entraînant une admission à l'hôpital<sup>9</sup>. » Par conséquent, ce deuxième incident qui a envoyé George à l'hôpital pour des points de suture aurait dû être signalé comme une suspicion de mauvais traitements et d'accident ayant entraîné l'admission à l'hôpital. La gestion du foyer de soins est d'avis que le deuxième incident n'a pas dû être déclaré parce que Georges n'a pas été techniquement « admis » à l'hôpital puisqu'il est retourné au foyer de soins après avoir reçu ses points de suture. Ceci illustre un cas où la gestion du foyer cherche à trouver une interprétation qui limite ses obligations de déclaration, alors qu'elle devrait plutôt chercher à donner à ses obligations de déclaration une interprétation plus large. Une interprétation raisonnable et téléologique de la norme considérerait que George a été admis à l'hôpital, puisqu'il a été admis en tant que patient externe, et que cela aurait donc dû déclencher une obligation de signalement. Il n'est jamais mauvais de signaler, l'erreur sera toujours trouvée du côté de la non-déclaration.

### **Problème : les incidents violents n'ont pas été signalés en temps opportun**

Trois jours après avoir envoyé George à l'hôpital pour des points de suture au coude, Tom a frappé une autre résidente au visage et l'a poussée vers l'arrière. Elle s'est cogné la tête sur une chaise et a atterri sur le dos, les pieds dans les airs. Deux jours plus tard, Tom a agressé George pour la troisième et dernière fois. Il s'est fracturé la hanche et a donc dû se rendre à l'hôpital. C'est la seule fois que le foyer de soins a signalé le comportement de Tom au ministère du Développement social. Encore là, étant donné que l'incident est survenu un samedi, il n'a pas été signalé à l'agent de liaison avant le lundi suivant, puis aux services de protection des adultes mercredi. Les Normes des Services des foyers de soins exigent que les incidents majeurs soient signalés à l'agent de liaison dans les 24 heures et aux services de protection des adultes « dès que possible »<sup>10</sup>. Dans le cadre de cet examen, lorsqu'on s'est informé auprès d'une gestionnaire du ministère du Développement social à propos de cette norme, elle nous a informés qu'en pratique, la contrainte de temps de 24 heures ne s'appliquait pas les fins de semaine, étant donné que les heures de travail des agents de liaison sont du lundi au vendredi, pendant les heures de bureau.



## Recommandation 3

Il est recommandé que :

- A. Le ministère du Développement social modifie les normes de pratique pour obliger le signalement des incidents majeurs à l'agent de liaison et aux services de protection des adultes dans les 24 heures et s'assurer que du personnel est disponible pour s'en occuper.
- B. Lors de l'inspection annuelle des foyers de soins, les agents de liaison soient tenus de revoir, avec la direction du foyer de soins, l'obligation de signaler les incidents majeurs aux Services des foyers de soins et aux services de protection des adultes.
- C. Le ministère du Développement social devrait élaborer un rapport d'incident universel que tous les foyers de soins de la province utiliseraient, assorti d'une formation offerte par des agents de liaison à la direction des foyers de soins sur la façon d'utiliser le formulaire. Les employés du foyer de soins doivent remplir ce formulaire de rapport d'incident pour tout incident qui cause du tort à un résident. Chaque formulaire doit être signé par un membre de la famille du résident. Le rapport ne doit pas inclure des renseignements qui pourraient identifier d'autres résidents.
- D. Les normes de pratiques du ministère du Développement social soient modifiées pour exiger l'inclusion obligatoire de tous les incidents majeurs dans le dossier d'un résident, qu'il soit la victime ou l'agresseur, dans le cadre d'un plan de soins complet. Cette exigence doit aussi être expressément énoncée dans la *Loi sur les foyers de soins*.

## Une famille « laissée dans l'ignorance »

**Problème : les communications du foyer de soins avec la famille de George étaient inadéquates**

Le manuel du foyer de soins stipule que lors de l'admission, une infirmière immatriculée ou un infirmier immatriculé est affecté à chaque résident à titre de gestionnaire de cas et de personne-ressource pour toute préoccupation du résident ou des membres de sa famille. Selon la fille de George, personne ne lui a été affecté.

De plus, en raison d'une erreur administrative, la famille de George n'a jamais eu l'occasion de participer à une première conférence sur les soins pour les nouveaux résidents, puisqu'ils n'ont pas reçu les documents pertinents du commis responsable des soins infirmiers avant la réunion. Ces documents, qu'on appelle la *Vérification familiale*, permettent à la famille de relever tout problème ou toute préoccupation concernant les soins du résident. Les Normes des Services des foyers de soins exigent que « Chaque foyer de soins doit voir à ce qu'une première conférence sur les soins avec l'équipe multidisciplinaire qui dispense les soins au résident ait lieu dans les six semaines qui suivent l'admission du résident, pour permettre à la famille du résident de discuter du programme de soins et de toute autre question importante<sup>11</sup>. » Deux jours avant la date prévue de cette conférence sur les soins avec la famille de George, celui-ci a dû se rendre à l'hôpital pour des points de suture après sa deuxième altercation avec Tom. Le moment aurait été opportun pour que sa famille discute de ses préoccupations et collabore avec le foyer de soins à l'élaboration d'un plan pour assurer la sécurité de leur père, mais la gestion du foyer a reporté la réunion avec la famille à une autre date.

À ce moment-là, George avait été admis à l'hôpital pour la fracture de sa hanche causée par la dernière agression. Malgré tout, la famille a insisté pour que cette réunion ait lieu, pour leur permettre de voir l'enregistrement vidéo des chutes de leur père.

Lors des trois incidents mettant en cause Tom, un membre de la gestion du foyer de soins a dit à la famille de George que leur père était tombé. Ils n'étaient pas au courant que leur père avait été agressé par Tom jusqu'à ce qu'ils voient les vidéos de surveillance. Naturellement, ils ont été choqués par ce qu'ils ont vu. Lors d'autres entrevues avec notre bureau, les enfants de George nous ont tous dit que si le foyer de soins avait été franc et leur avait fait un compte rendu de ce qui s'était réellement passé, ils auraient vraiment envisagé d'embaucher un accompagnateur ou réorganisé leurs horaires pour visiter davantage leur père et en assurer la sécurité. Une de ses filles a révélé qu'elle gardera éternellement un sentiment de culpabilité tétanisant.

## Recommandation 4

**Il est recommandé qu'au-delà des aspects liés à la transparence et à la responsabilité de publier les inspections menées dans chaque foyer de soins, le ministère du Développement social doit produire, chaque année, un rapport public sur les données agrégées découlant des inspections. De tels rapports doivent mentionner les foyers de soins qui présentent de nombreux problèmes continus de non-conformité à la loi et aux normes de pratique, y compris l'observation des foyers de soins de tenir des conférences sur les soins avec les équipes multidisciplinaires.**

## Recours inadéquat pour une famille en deuil

### Problème : absence de processus de plainte normalisé et efficace

Pendant notre entrevue avec un membre de la haute gestion du foyer de soins, nous lui avons demandé de décrire le processus de traitement des plaintes des résidents ou de la famille. Elle a expliqué que lors de la première réunion avec la famille, elle leur explique de déposer leurs plaintes auprès du gestionnaire concerné d'abord, et non pas à elle. Elle a donné l'exemple d'un résident qui n'aime pas les pois puis expliqué qu'une telle plainte devrait être déposée auprès du gestionnaire de la cuisine. Toutes les plaintes sont ensuite acheminées au directeur des soins infirmiers qui « règle les problèmes ». Lorsqu'on a posé des questions à une gestionnaire des Services des foyers de soins de Développement social sur les Normes concernant les processus de plainte des foyers de soins, elle a répondu que chaque foyer de soins doit mettre sur pied un comité qui entendra ces plaintes et que chaque foyer de soins détermine la composition de ces comités. Les membres de la famille de George n'ont pas été mis au courant que le foyer dispose d'un tel comité.

La famille de George a demandé à rencontrer le conseil d'administration du foyer de soins pour qu'il réponde à leurs préoccupations concernant le traitement de leur père, mais cette rencontre leur a été refusée. Lors d'une entrevue avec un ancien membre du conseil d'administration qui siégeait au conseil lorsque George vivait au foyer de soins, nous avons appris que les membres du conseil d'administration « n'avaient pas été tenus au courant de ce cas. »

Le processus, au foyer de soins où George était résident, consistant à diriger les plaintes aux gestionnaires qui les acheminent ensuite au directeur des soins infirmiers en vue de « régler le problème » est complètement inadéquat et ne répond pas aux critères précis comme le prévoit la Norme, notamment : « Une politique et une procédure sont en vigueur pour la présentation des plaintes et des préoccupations, et le suivi dont fait l'objet de la plainte ou de la préoccupation est consignée dans les 30 jours suivant la réception de la plainte/préoccupation » et « Un comité des résidents/des familles est établi, des réunions ont lieu au moins sur une base trimestrielle et un procès-verbal des réunions est rédigé?<sup>12</sup> ».

## Recommandation 5

Il est recommandé que :

- A. Le ministère du Développement social crée un processus de plainte normalisé, en consultation avec le défenseur des aînés, afin d'assurer une norme provinciale uniforme pour le dépôt et le traitement de plaintes ainsi que des procédures d'appel ou de révision administrative conformes aux exigences d'équité procédurale et de respect des droits fondamentaux en jeu. Le Ministère doit aussi assurer un contrôle efficace de ces procédures de plaintes en créant un Comité provincial de gestion des plaintes des foyers de soins.
- B. Le ministère du Développement social s'assure que chaque foyer de soins désigne son propre Comité de gestion des plaintes qui aura le pouvoir d'entendre les plaintes qui ne sont pas traitées de façon satisfaisante par le foyer de soins, et que les membres du, soit dit, comité inclus des gens du conseil d'administration, des membres des familles des résidents, ainsi que des résidents. Chaque comité de gestion des plaintes du foyer de soins doit périodiquement rendre des comptes au comité provincial de gestion des plaintes des foyers de soins concernant les travaux qu'il effectue.
- C. Le ministère du Développement social confirme que des comités des résidents/des familles sont en place dans chaque foyer de soins, conformément aux Normes. Le rôle de ces comités des résidents/des familles doit clairement être défini dans les Normes et doit permettre aux membres de faire part de leurs préoccupations concernant les soins des résidents, puis de soulever leurs préoccupations au Comité des plaintes, au besoin. Si un résident ou une famille n'est toujours pas satisfait et souhaite exercer un recours même après avoir parlé avec l'agent de liaison du foyer de soins, il doit être dirigé vers le Bureau du Défenseur des aînés. Tous les foyers de soins doivent afficher dans un endroit bien visible les affiches qui indiquent les coordonnées pour communiquer avec le Bureau du Défenseur des aînés et inclure les dépliants du Bureau dans la trousse d'accueil des résidents.

## Le personnel se sent mal préparé

**Problème : la formation sur les interventions visant à réduire la violence est requise dans les foyers de soins.**

Les Normes des Services des foyers de soins exigent « une formation en cours d'emploi pour le personnel qui inclus, mais sans s'y limiter : manipulation sécuritaire des résidents, gestion du comportement, gestion de la douleur, prévention de l'abus, soins de la démence<sup>13</sup> ».

Voici certains des programmes de formation offerts au personnel des foyers de soins : Gentle Persuasive Technique<sup>14</sup> et l'U-First Approach<sup>15</sup>. Toutefois, les membres du personnel interrogés ne se rappelaient pas tous avoir suivi cette formation. Un employé a déclaré qu'étant donné que des directives insuffisantes sont transmises au personnel sur la façon de gérer les comportements violents des résidents, « il faut seulement improviser. » Un membre de la haute gestion du foyer a déclaré qu'elle valorise la formation et l'éducation, mais elle a révélé que les 6 000 \$/année qui sont alloués à ses 95 employés sont tout simplement inadéquats.



## Recommandation 6

**Il est recommandé que le ministère du Développement social exige une formation complète pour le personnel des foyers de soins sur les interventions visant à réduire la violence, et qu'elle impose l'obligation d'en faire rapport au Ministère pour s'assurer que tout le personnel ait suivi la formation.**

### Une enquête superficielle

**Problème : l'enquête en protection des adultes n'a pas pris les mesures voulues pour s'assurer que tous les renseignements pertinents soient obtenus et examinés.**

Comme il a déjà été mentionné, la troisième interaction violente entre Tom et George est celle que le foyer de soins a signalée au ministère du Développement social. L'aiguillage de la gestion du foyer de soins aux Services des foyers de soins du Ministère a été classé comme une priorité 3<sup>16</sup>, ce qui signifie que le cas de George était préjudiciable, mais ne menaçait pas la vie ou n'était pas dangereux (parce qu'à ce moment-là, il recevait les soins de santé appropriés à l'hôpital). Lorsqu'elle a été affectée à ce cas, la travailleuse sociale des services de protection des adultes a consulté une travailleuse sociale de l'unité Spécialiste clinique à propos d'un plan d'enquête et elles ont convenu que l'enquête devrait déterminer s'il s'agissait d'un problème isolé entre Tom et George, ou un problème du foyer de soins qui touchait d'autres résidents.

Lorsqu'on l'a interrogée, la travailleuse sociale des services de protection des adultes a déclaré qu'elle a été mise au courant des incidents de Tom contre d'autres résidents, mais qu'elle a uniquement concentré son enquête sur le dernier incident contre George, soit la seule que le foyer de soins a signalée aux services de protection des adultes. Du moment où Tom a été admis au foyer de soins jusqu'au début de l'enquête en protection des adultes, au total, il avait été impliqué dans neuf événements troublants consignés. Certains de ces incidents étaient des attaques physiques tandis que d'autres étaient verbaux. Selon nous, le fait de seulement concentrer l'enquête sur George, et seulement sur un incident, limitait la vision et ne tenait pas compte de la sécurité des résidents du foyer de soins et du risque auquel ils s'exposaient. De plus, le rapport ne parvient pas à identifier cet incident dans un contexte approprié pour éclairer le devoir de diligence du foyer de soins et tirer une conclusion crédible afin de savoir si une diligence raisonnable a été exercée ou si les normes ont été respectées.

Un problème associé au processus d'enquête vient du fait que les seuls membres du personnel qui ont été interrogés, dans le cadre de l'enquête en Protection des adultes du ministère, étaient des membres de l'équipe de haute gestion du foyer de soins. L'un de ces membres du personnel a déclaré à la travailleuse sociale des services de protection des adultes que le premier incident entre George et Tom n'était pas inquiétant puisqu'il s'agissait d'un incident isolé, et que Tom n'avait jamais été agressif jusqu'à sa deuxième agression contre George. Ces déclarations contredisent visiblement ce qui a été inscrit dans le dossier de Tom, plus particulièrement qu'il avait été impliqué dans sept incidents violents ou préoccupants jusqu'alors.

Aucun des employés qui fournissaient des soins directs aux résidents n'a été interrogé dans le cadre de l'enquête en protection des adultes. Comme ces personnes travaillent avec les résidents du foyer de soins tous les jours, elles auraient pu offrir des renseignements très utiles et pertinents pour l'enquête de la travailleuse sociale. De plus, aucun des résidents n'a été interrogé. Les Normes et lignes directrices relatives aux services de protection des adultes concernant une enquête sur une installation stipulent précisément que « Selon les détails de la situation, il peut être approprié d'évaluer ou d'interroger tous les résidents pour confirmer l'abus/la négligence<sup>17</sup> ». Dans le cas présent, les détails de la situation n'étaient pas connus en raison de la vision limitée de l'enquête, mais la nature extrême du seul incident violent visé par l'enquête aurait dû justifier d'interroger et d'évaluer d'autres résidents.

Une partie de l'enquête en protection des adultes consistait à s'assurer que les ratios d'employés du foyer de soins étaient adéquats le jour où George s'est fracturé la hanche. Pour ce faire, la travailleuse sociale a obtenu la feuille de temps des employés auprès de l'agent de liaison régional qui l'avait demandée au foyer de soins. Le foyer de soins a fourni la feuille de temps des employés à l'agent de liaison qui a ensuite vérifié si les niveaux de dotation étaient adéquats puis a acheminé ces feuilles de temps à la travailleuse sociale des services de protection des adultes qui s'est servie de cette information pour conclure que le foyer de soins disposait d'un effectif complet le jour où George a été victime d'une troisième agression. Cependant, ce qui est problématique, c'est que Tom avait agressé George la *veille* de la date inscrite sur les feuilles de temps qui ont été fournies. Par conséquent, les feuilles de temps dont l'agent de liaison et la travailleuse sociale des services de protection des adultes se sont servis dans leur inspection et enquête respective étaient totalement non pertinentes. Aucun des employés n'a réalisé cette erreur lorsqu'on lui a posé des questions lors des entrevues de notre Bureau. De plus, l'enquête en protection des adultes n'a pas vérifié les niveaux de dotation les jours des deux autres incidents entre George et Tom, ni aucune des dates où Tom a attaqué d'autres résidents. Ces omissions et erreurs remettent en question l'efficacité de l'enquête en protection des adultes.

Compte tenu de la portée réduite de l'enquête en protection des adultes, le manque d'entrevues exhaustives avec plusieurs personnes pertinentes et le manque de diligence raisonnable dans l'examen des documents, nous devons conclure que l'enquête en protection des adultes était inadéquate et a omis de bien cerner le niveau de risque auquel étaient exposés les résidents du foyer de soins.

## Recommandation 7

**Il est recommandé que le ministère du Développement social s'assure que les enquêtes en protection des adultes dans les foyers de soins prennent les mesures nécessaires pour assurer une approche globale à la prévention des dommages causés envers tous les résidents, même si l'aiguillage aux services de protection des adultes ne concerne qu'un résident ou quelques résidents. L'enquêteur en protection des adultes doit passer en revue l'information pertinente (p. ex. dossiers et rapports d'incident) de l'ensemble des résidents touchés pour faciliter une enquête exhaustive et permettre de comprendre l'ampleur des risques pour tout le monde. Les entrevues officielles doivent être menées avec les résidents touchés, les membres de leur famille ainsi que les employés qui fournissent des soins directs. Les enquêtes en protection des adultes doivent suivre une formule visant à assurer une approche globale à la prévention des dommages causés à tous les résidents soit privilégiés dans chaque enquête et que la portée des enquêtes ne soit pas démesurément limitée. La formation du personnel doit être assurée afin de veiller à l'adoption uniforme de techniques d'enquête plus robustes et cohérentes, conformément aux normes de pratique.**

**Problème : l'enquête en protection des adultes n'était pas claire à savoir si elle portait sur la maltraitance ou la négligence physique, et n'a bien abordé aucun des deux.**

Dans son résumé de la conclusion de l'enquête, la travailleuse sociale des services de protection des adultes a noté que l'allégation de *maltraitance* physique à l'égard de George n'était pas fondée. Cependant, la lettre de conclusion qui a été envoyée au conseil d'administration du foyer de soins stipulait que l'allégation de *négligence* physique était non fondée. Lorsqu'on lui a posé des questions à propos de cette divergence lors d'une entrevue, la travailleuse sociale n'avait pas réalisé qu'elle avait écrit « maltraitance » dans un document et « négligence » dans l'autre, et a répondu qu'elle enquêta probablement sur les deux.

Le fait que le coroner régional ait conclu que le décès de George était un homicide n'a pas été pris en compte dans l'enquête en protection des adultes. Le superviseur des services de protection des adultes a conseillé à la travailleuse sociale de fermer l'enquête sans attendre le rapport du coroner, puisqu'ils ne l'avaient pas encore reçu huit mois et demi après le décès de George. Pendant notre entrevue avec la travailleuse sociale des services de protection des adultes, lorsque nous lui avons demandé pourquoi elle n'avait pas attendu le rapport du coroner avant de fermer son enquête, elle a précisé que le fait que la cause du décès soit un homicide n'aurait pas changé sa conclusion parce que, à cause de la démence de Tom, il était impossible de prouver son intention de blesser. Autrement dit, il était impossible de prouver un abus parce que Tom n'était pas nécessairement au fait et en contrôle de ses actions.

Selon nous, l'enquête du service de Protection des adultes était défectueuse dans la mesure où elle n'a pas identifié correctement les questions à analyser dès le début, ni durant l'enquête, ni au cours du processus de signalement. L'enquête doit faire les distinctions nécessaires entre les allégations de maltraitance entre résidents, de maltraitance de la part du personnel et de négligence des résidents par le personnel. Dans ce cas, le foyer de soins peut avoir fait preuve de négligence en ne supervisant pas correctement George, ou en ne supervisant pas correctement Tom ou en n'assurant pas un suivi adéquat afin d'éviter d'autres comportements dangereux à l'égard des autres résidents.

La travailleuse sociale des services de protection des adultes a justifié sa conclusion de maltraitance/de négligence non fondée en déclarant que le foyer de soins répondait aux besoins de soins de George et qu'il y avait suffisamment d'employés pour intervenir immédiatement lors du troisième incident et lui procurer des soins médicaux. Elle a mentionné que le personnel a suivi tous les protocoles et fait le signalement aux services de protection des adultes. Elle a fait savoir que le foyer de soins n'avait pas été négligent ni maltraitant puisqu'ils étaient intervenus comme il faut. Selon nous, cette conclusion découle d'une vision très limitée qui a seulement tenu compte des mesures réactives prises par le foyer de soins tout en faisant abstraction des mesures préventives qui auraient dû être en place pour protéger une population extrêmement vulnérable. L'examen du service de la Protection des adultes rate complètement la cible en ne répondant pas à la question difficile de savoir si la présence continue de Tom, sur le même étage du foyer, présentait un risque prévisible et excessif pour les autres résidents et si sa forte propension à la violence envers les autres résidents aurait pu justifier des mesures plus restrictives, ou si son comportement aurait pu être mieux traité avec des programmes d'interventions plus soutenues.

Notre examen des autorités judiciaires et académiques précise clairement que les foyers de soins sont généralement soumis aux mêmes obligations de diligence que les hôpitaux. En droit des délits, le devoir de prudence n'est pas applicable à tout le monde, mais seulement à ceux qui se trouvent dans un lien de proximité au défendeur. La portée du devoir de prudence se limite à éviter un préjudice raisonnablement prévisible.<sup>18</sup>

Dans ce qui semble être le premier cas canadien impliquant un foyer de soins sur le sujet, une résidente d'un foyer de soins est tombée et a été blessée après avoir subi des coups infligés par un autre résident dans la chambre de celui-ci après s'être aventurée sans y être invitée.<sup>19</sup> La résidente victime souffrait de la maladie d'Alzheimer, mais on lui permettait de se promener dans le foyer, car cette solution semblait plus humaine et moins restrictive que l'isolement d'un confinement dans sa chambre. Le résident qui l'a agressé était connu pour ses comportements agressifs, mais le foyer de soins devait continuer de s'occuper de lui, car aucune autre institution de la province de Saskatchewan pouvait accommoder ses conditions médicales. Le juge a statué que, même si le fait de permettre à la victime de se déplacer librement était une pratique médicale courante, le foyer de soins devait « faire preuve de prudence et d'une diligence raisonnables » afin de la prévenir de subir des blessures, et le foyer de soins n'a pas fait preuve de diligence suffisante pour tenir la victime et l'agresseur éloignés l'un de l'autre.

Cette cause établit la proposition voulant que les foyers de soins peuvent être tenus responsables lorsqu'un résident est attaqué et blessé par un autre résident<sup>20</sup>, mais elle a été principalement utilisée pour soutenir la proposition selon laquelle « un hôpital... a un devoir envers les autres patients de l'hôpital d'exercer un tel contrôle et une telle surveillance sur les patients atteints d'une maladie mentale, afin d'assurer que leur comportement ou conduite, ne mette pas en danger ces autres patients. »<sup>21</sup>

La jurisprudence étendue relative au devoir de protection des patients dans les hôpitaux dans ce contexte est intéressante. Ils peuvent être responsables du fait d'autrui pour les actes répréhensibles de la part de leur personnel, bien que la question de savoir si un membre du personnel médical est un « employé » susceptible d'engager la responsabilité du fait d'autrui de l'employeur peut varier selon les faits, plutôt que de s'avérer une règle sans équivoque ou automatique.<sup>22</sup> D'ailleurs, les médecins qui utilisent simplement les locaux de l'hôpital, mais qui opèrent de manière indépendante, ne sont généralement pas considérés comme des employés de l'hôpital.<sup>23</sup> Ils ont le devoir « d'assurer une bonne coordination du personnel médical qui utilise les installations de l'hôpital »<sup>24</sup>, ainsi que de veiller à ce que, chaque fois que l'hôpital met en œuvre de nouvelles politiques destinées à améliorer la qualité des soins, tout le personnel doive suivre ces politiques, de sorte que l'hôpital soit géré « comme un tout unifié et cohésif »<sup>25</sup>. Parmi les autres obligations de soins figurent celles « de sélectionner un personnel compétent et d'assurer la continuité des compétences, de fournir une formation et une supervision appropriées, de fournir des installations et des équipements adéquats [et] de mettre en place les systèmes nécessaires à l'exploitation sécuritaire de l'hôpital. »<sup>26</sup>

Ils doivent s'assurer que « les locaux sont aussi sécuritaires que les soins et compétences raisonnables soient déployés par ceux qui offrent les soins aux résidents, »<sup>27</sup> et qu'ils ont un devoir de prudence à l'égard des patients ainsi que leurs proches.<sup>28</sup> Ils ont le devoir de former leur personnel, d'imposer le respect des politiques adoptées, de veiller à ce qu'il y ait suffisamment de personnel en service pour s'occuper adéquatement des résidents. De plus, ils ont un devoir de prudence les obligeant à empêcher les patients atteints de maladies mentales de se blesser ou de blesser d'autres patients.

En bref, prévenir la maltraitance et la négligence exige une vision large pour s'assurer que les compétences du personnel puissent répondre aux besoins des résidents, et que le foyer de soins soit sécuritaire<sup>29</sup>. Une enquête sur la négligence ou la maltraitance potentielles dans un foyer de soins doit examiner en profondeur chaque situation, mais aussi aborder en détail les problèmes systémiques potentiels.

Afin de remédier aux problèmes révélés par cette enquête, il faudra non seulement adopter des processus d'enquête plus approfondis, comme recommandé ci-dessus, mais aussi de nouvelles normes de pratique pour identifier les différentes formes de maltraitance et de négligence qui peuvent survenir dans le fonctionnement des foyers de soins et fournir des directives en matière de prévention de ces types de préjudices, tout en respectant l'autonomie et la liberté des résidents.



La recherche que nous avons consultée indique que l'errance des patients et le comportement agressif des résidents sont deux comportements à risque cumulés et souvent courants dans les foyers de soins et peuvent être traités de façon plus efficace avec une surveillance intensive et des programmes de soutiens. Tant que les résidents sont activement engagés dans des activités qu'ils aiment et qu'ils bénéficient d'une supervision adéquate de la part du personnel, le risque de maltraitance entre les résidents peut être considérablement réduit et pallié. Cependant, en l'absence de telles mesures de protection des résidents, d'autres mesures à court terme et plus restrictives, qui limitent la liberté de déplacement d'un résident agressif doivent être prises en compte. Ce qui doit être évité, c'est qu'un résident agressif continue de maltraiter plusieurs résidents, de façon répétitive, pendant plusieurs semaines, sans avoir accès à une supervision adéquate, aux programmes de soutiens, ou qu'une intervention adaptée soit offerte. Notre enquête confirme c'est ce qui s'est produit dans ce cas, toutefois, l'enquête de Protection des adultes n'a pas réussi à parvenir à une telle constatation puisque son enquête était déficiente. Selon un directeur en Protection des adultes, « Les agressions sont chose courante dans les foyers de soins. » Bien que cela puisse être vrai, ce n'est tout simplement pas acceptable.

Dans le rapport d'Ashley Smith, notre bureau s'est penché sur les lacunes dans le système de services correctionnels où les jeunes entraient dans le système des services correctionnels pour des comportements mineurs, mais passaient ensuite toute leur enfance en détention en raison de l'accumulation de multiples accusations institutionnelles. Dans le cas d'Ashley, elle a été soumise à de multiples indignités, notamment de longues périodes d'isolement, des fouilles à nu, l'utilisation de multiples appareils de contention et du poivre de Cayenne. À la suite des recommandations du défenseur, la Direction des services à la jeunesse a créé un comité de révision de la gestion des comportements (CRGC) au Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick. Au départ, le Défenseur a rencontré le CRGC tous les trimestres afin d'examiner tous les incidents de comportements qui impliquaient les jeunes dans les unités et pour surveiller tous les recours à l'isolement. Au cours des dernières années, le défenseur a assisté aux réunions du CRGC sur une base mensuelle. Depuis la mise en place du processus du CRGC, le recours à l'isolement a remarquablement diminué et les autres incidents comportementaux sont traités de façon plus efficace dans les unités. Nous croyons qu'un système similaire de rapport régulier et de vérification des incidents critique, des blessures et des incidents de comportements abusifs dans les foyers de soins de longue durée, avec la participation du défenseur des aînés, serait très utile.

## Recommandation 8

- A. Il est recommandé que le ministère du Développement social crée de nouvelles normes de pratique détaillées pour les foyers de soins, qui abordent convenablement les situations particulières de maltraitance et de négligence qui peuvent survenir dans ces installations, et qui fournissent des conseils sur la façon de prévenir les incidences de violence entre les résidents pour ainsi minimiser tout risque de dommages causés.
- B. Il est recommandé que le ministère du Développement social crée un processus d'examen des incidents comportementaux dans le cadre duquel des rapports mensuels de toutes les blessures graves et de tous les incidents liés à la gestion du comportement dans les foyers de soins de longue durée soient rédigés et examinés au niveau provincial lors de réunions mensuelles des agents de Protection des adultes qui inclura la participation du Bureau du Défenseur des aînés.

# Un appel à une plus grande indépendance et une surveillance accrue

L'analyse ci-dessus soulève d'importantes lacunes en matière de la surveillance du ministère du Développement social de ses propres programmes de Protection des adultes et de ses services auprès des foyers de soins servant à protéger les droits des personnes âgées vulnérables. Les recommandations ci-dessus proposent des améliorations aux systèmes actuels et, de l'avis du Défenseur, ces améliorations sont nécessaires pour rétablir la confiance auprès du public en matière de la sécurité de notre système de foyer de soins et de soins de longue durée ainsi que dans le rôle de surveillance du ministère. Cependant, nous sommes également d'avis que les recommandations ne seront pas suffisantes en soi. En effet, lorsque nous travaillons avec une population vulnérable comme celle des personnes âgées en soins de longue durée, il est tout simplement imprudent et peu crédible que le ministère et le ministre responsables de la prestation de ces services assument également l'entière responsabilité de l'assurance de la qualité et de la surveillance du système. Cela invite à la comparaison avec l'adage du renard qui surveille le poulailler. Il y a trop d'intérêts personnels en jeu pour que le public accorde toute sa foi et toute sa crédibilité auprès de telles mesures d'autosurveillance.

Dans le rapport du défenseur intitulé *Promesses rompues*, nous avons examiné le système utilisé pour les examens de décès d'enfant au Nouveau-Brunswick et nous avons constaté qu'il était impossible pour le comité d'examen des décès d'enfants de faire un travail crédible tout en fonctionnant à partir du ministère des Services familiaux et communautaires et en relevant du ministre responsable de la protection de l'enfance. Nous avons recommandé la création d'un mécanisme plus indépendant, comme celui qui existe pour les examens des décès d'enfants et des blessures graves dans de nombreuses autres provinces et territoires du Canada, en confiant le mandat au Bureau de l'Ombudsman/Médiateur ou à un bureau indépendant, comme le bureau du Coroner. Nous avons également indiqué que, dans un cas comme dans l'autre, des ressources supplémentaires seraient nécessaires pour accomplir la tâche de façon adéquate. Finalement, le gouvernement a confié ce nouveau mandat au bureau du Coroner, mais aucune ressource supplémentaire n'a été avancée.

Suite à l'enquête de ce cas, le Défenseur a conclu qu'un mandat similaire devrait être ajouté au Bureau du Défenseur des aînés pour mener des examens de toutes les blessures graves et de tous les décès des aînés qui sont le résultat d'abus ou de négligences allégués dans les foyers de soins et les établissements de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick. Ce nouveau mandat nécessitera des ressources supplémentaires et ne pourra pas être exécuté avec les ressources existantes, mais il s'agit d'une fonction qui s'inscrit mieux dans le mandat du Défenseur des aînés que dans celui du bureau du coroner, puisqu'elle devrait inclure les blessures graves ainsi que les décès suspects, et qu'il s'agit d'une fonction d'examen spécialisée dans le cadre de la compétence du Défenseur permettant mieux de faire respecter les droits de la personne et défendre les intérêts des personnes âgées de la province.

## Recommandation 9

**Il est recommandé que la province adopte des modifications à la *Loi sur le défenseur des enfants, des jeunes et des aînés* afin de donner un mandat législatif clair au Défenseur afin qu'il puisse effectuer des examens des décès et des blessures graves chez les personnes âgées à la suite de cas signalés de maltraitance ou de négligence dans les foyers de soins et les établissements de soins de longue durée au Nouveau-Brunswick, et que les ressources supplémentaires soient allouées au défenseur des aînés afin de lui permettre d'embaucher du personnel supplémentaire pour remplir avec efficacité les fonctions de ce nouveau mandat.**

## **Problème : la divulgation de renseignements à la famille de George était limitée et ils avaient de la difficulté à obtenir des renseignements.**

Lorsqu'on leur a posé des questions sur leur expérience avec les services de protection des adultes, les enfants de George l'ont décrite comme étant « froide » et, selon eux, inefficace. Malgré des efforts répétés, ils n'ont pas réussi à parler avec la travailleuse sociale des services de protection des adultes ni sa superviseure. Lorsqu'une de ses filles a appelé la superviseure des services de protection des adultes pour lui mentionner que certaines des dates au dossier étaient erronées, elle ne l'a jamais rappelée. La travailleuse sociale ne parlait qu'avec la fondée de pouvoir de George, sa fille aînée, mais même elle a estimé que les communications étaient très limitées. Cela va à l'encontre du Guide pour la conduite des enquêtes des services de protection des adultes qui stipule à quel point il est important de déployer tous les efforts possibles pour collaborer avec la fondée de pouvoir pour assurer la sécurité de la victime présumée<sup>30</sup>. De plus, les Normes et lignes directrices relatives aux services de protection des adultes stipulent que, « Si possible, le travailleur social doit élaborer un plan de cas en consultation avec le client et sa famille ou le système de soutien<sup>31</sup> ». Il est aussi troublant de constater que la travailleuse sociale des services de protection des adultes n'a interrogé aucun des membres du personnel de soin du foyer de soins, seulement deux membres de la haute gestion du foyer de soins. Selon les Normes et lignes directrices relatives aux services de protection des adultes, « Lorsqu'il conclut une enquête, le travailleur social doit tenir compte de tous les aspects de l'enquête, y compris les entrevues avec la victime présumée, l'auteur présumé, le contrevenant, les membres de la famille, les fournisseurs de soins, les sources d'aiguillage, les témoins, la police, etc.<sup>32</sup> ».

La fille aînée de George a déclaré qu'il était extrêmement difficile d'obtenir des renseignements sur les résultats de l'enquête des services de protection des adultes et que la travailleuse sociale lui avait demandé de fournir des documents prouvant qu'elle était la fondée de pouvoir de son père. Elle a finalement dû envoyer le testament de son père à la travailleuse sociale, document extrêmement privé, et une fois encore, la travailleuse sociale lui a seulement divulgué la conclusion de son enquête, soit que les allégations de maltraitance ou de négligence physique de la part du foyer de soins étaient non fondées. Aucun détail de l'enquête n'a été fourni. Encore une fois, cela contredit les directives prévues dans plusieurs Normes et lignes directrices relatives aux services de protection des adultes, notamment, « Lorsqu'il ferme un dossier, le travailleur social doit : informer l'adulte ou la famille en conséquence et leur préciser la ou les raisons de la clôture<sup>33</sup> » et « Si nécessaire, de la rétroaction doit être transmise à la source d'aiguillage dans les deux semaines suivant la fin de l'enquête<sup>34</sup> ». En plus d'être la fondée de pouvoir de George, sa fille était une source d'aiguillage. Clairement, l'enquête des services de protection des adultes ne respectait pas les normes de pratiques favorisant la collaboration et l'échange de renseignements avec la famille de la victime, la source d'aiguillage et les fournisseurs de soins.

Compte tenu du fait que le processus visant à avoir accès au dossier des services de protection des adultes était complexe et intrusif, la fille de George était très surprise qu'on ne lui ait jamais demandé de présenter une pièce d'identité avec photo lorsqu'elle a récupéré les documents au bureau du Développement social. Elle croyait que n'importe qui aurait pu les récupérer. Vu les délais (10 mois ont été nécessaires pour terminer l'enquête en protection des adultes; les Normes et lignes directrices relatives aux services de protection des adultes stipulent que l'enquête doit être achevée dans un délai de 45 jours ouvrables<sup>35</sup>), la période de deuil et les circonstances du décès de George, sa famille n'a pas eu l'impression d'être traitée avec égard et sensibilité à toutes les étapes de l'enquête. En fait, ils ont eu le sentiment contraire — ils se sont sentis victimisés par un processus choquant avec peu d'empathie. Un incident dans un foyer de soins menant à un décès est un processus tragique et traumatisant pour toutes les personnes concernées. Les droits en cause exigent un haut degré d'équité administrative et de diligence raisonnable dans le travail d'enquête et la communication des résultats de l'enquête. L'enquête du service de Protection des adultes a échoué à maints égards en fournissant trop peu de réponses, d'imputabilité, de compassion ou de réconfort.

## Recommandation 10

Il est recommandé que les travailleurs sociaux des services de protection des adultes aient l'obligation de suivre une formation initiale et annuelle sur les Normes de pratiques, et que lors de chaque enquête, une liste de vérification soit exigée afin de veiller à ce que les Normes de pratique soient respectées.

### Un renvoi injuste

**Problème : pendant que George était à l'hôpital, le foyer de soins a communiqué avec sa famille pour l'informer de son renvoi immédiat.**

Une semaine après la chirurgie de la hanche de George, un membre de la haute gestion du foyer de soins a appelé à l'hôpital pour faire le point sur son état. On lui a dit que sa santé diminuait puisque le bas de ses poumons s'était affaïssé. Quatre jours plus tard, la direction du foyer de soins a encore appelé à l'hôpital et a appris que George ne recevait plus de supplément d'oxygène. Le lendemain, pendant une entrevue avec la travailleuse sociale des services de protection des adultes, ce gestionnaire a divulgué que le foyer de soins ne reprendrait pas George lorsqu'il obtiendrait son congé de l'hôpital, et qu'ils croyaient que sa famille jetterait le blâme sur le foyer de soins si George mourait. Deux jours plus tard, deux membres de la haute gestion du foyer ont appelé la fille aînée de George pour l'informer que son père était renvoyé du foyer de soins, et ce, immédiatement.

Cet appel a surpris la fille de George puisqu'elle n'avait reçu aucune indication, verbale ou écrite, que cette situation se produirait. Elle devait aussi composer avec la nouvelle que son père était transféré aux soins palliatifs, nouvelle qu'elle avait apprise quelques heures plus tôt. Ils n'ont pas donné la chance à la fille de George de discuter de cette décision, précisant plutôt qu'elle recevrait une lettre recommandée et que le conseil d'administration avait voté pour renvoyer son père. La lettre adressée à la fille de George affirme que ses gestes accusateurs sont irrespectueux et que la présence de son père au foyer de soins « met indûment en danger sa sécurité, celle des autres résidents et du personnel ». Selon le foyer de soins, la raison du renvoi de George pendant son hospitalisation donnait du temps à sa famille de prendre d'autres dispositions pour sa sortie de l'hôpital. Cependant, comme indiqué précédemment, un membre de la haute gestion du foyer de soins avait déjà appris que l'état de santé de George s'était considérablement dégradé. D'après nos entrevues, nous avons appris que le conseil d'administration avait expliqué aux membres du conseil d'administration que George obtiendrait son congé de l'hôpital d'un jour à l'autre. George est décédé trois jours après que sa famille ait été informée de son renvoi immédiat.



Ce renvoi contrevient directement aux Normes des Services des foyers de soins<sup>36</sup>. Ces normes exigent ce qui suit :

- ① Le foyer de soins doit s'assurer que des solutions de rechange au renvoi ont été considérées et, le cas échéant, essayées.
- ② Le foyer de soins doit s'assurer que le résident/son plus proche parent ou le représentant personnel est tenu informé et qu'il ait l'opportunité de participer à la planification du congé et que ses souhaits sont pris en considération.
- ③ Le foyer de soins doit fournir un avis écrit, d'au moins quinze jours, au résident ainsi qu'à son plus proche parent ou à son représentant personnel, sauf lorsque des motifs raisonnables lui donnent lieu de croire que le transfert immédiat du résident à la garde d'une autre personne est nécessaire pour la sécurité du résident, ou celle d'autres résidents ou du personnel.
- ④ L'avis écrit doit contenir une explication détaillée des faits à l'appui, justifiant la décision du foyer de soins à renvoyer le résident.

Aucune des exigences ci-dessus n'a été respectée.

À la suite de l'examen de l'agent de liaison régional de l'incident, on a reproché une infraction au foyer de soins pour le non-respect du paragraphe 17 (1) de la *Loi sur les foyers de soins*. Ce paragraphe prévoit l'obligation légale suivante : « Lorsque, pour quelque raison que ce soit un exploitant désire renvoyer un résident, un avis de cette intention doit être donné au résident et à son plus proche parent ou son représentant légal, au moins quinze jours avant qu'elle ne prenne effet, sauf lorsque l'exploitant est d'avis, pour des motifs raisonnables, que le transfert du résident à la garde d'une autre personne est nécessaire pour la sécurité d'autres résidents ou de membres du personnel<sup>37</sup>. » C'est la seule infraction qui a été reprochée au foyer de soins à la suite de l'inspection de l'agent de liaison de la situation. Le foyer de soins a seulement été tenu de fournir un plan d'action à l'agent de liaison dans le mois suivant précisant comment elle entendait régler le problème.

Ce renvoi était illégal. Il manquait apparemment de compassion. La décision de la direction au foyer de soins d'informer la famille de George de son renvoi immédiat pendant qu'il était hospitalisé a clairement démontré un manque de respect et d'empathie à l'égard de ses proches.

Le Bureau du Défenseur des aînés fait la recommandation suivante dans le cadre de cette enquête, mais il examine aussi actuellement les processus de sortie des résidents des foyers de soins et fera d'autres recommandations à ce sujet à une date ultérieure. Des modifications récentes ont été apportées à la Loi après une consultation publique sur les changements proposés aux règlements.

## Recommandation 11

**Il est recommandé qu'avant d'envoyer l'avis de renvoi d'un résident d'un foyer de soins, le foyer de soins devrait être tenu d'informer le ministère du Développement social et le Défenseur des aînés. Les coordonnées du résident ou du décideur substitut du résident devraient figurer sur l'avis. Le Ministère doit instaurer une procédure d'intervention rapide pour évaluer la validité du renvoi. S'il n'y a pas de problème de sécurité sans solution, un processus de médiation obligatoire doit être mis en place entre la famille et le foyer de soins. Le Ministère doit aussi collaborer avec le Défenseur des aînés et d'autres intervenants concernés en ce qui concerne un examen des mesures de protection de la *Loi sur les foyers de soins afin d'éviter les renvois injustes.***

## Un déni de compassion

Lors des entrevues avec le personnel du foyer de soins, nous avons appris que pendant que George était hospitalisé pour une intervention chirurgicale, la haute gestion du foyer a demandé au personnel du foyer de soins de ranger ses effets personnels et d'enlever son nom sur la porte de sa chambre. Nous avons aussi appris qu'après le décès de George, la haute gestion a demandé au personnel de superviser sa fille cadette et son gendre lorsqu'ils vidaient la chambre de George. Le personnel a dit qu'il n'a pas été informé du décès de George et personne n'a donc eu la chance d'offrir ses condoléances à la famille.

La révélation la plus troublante est sans doute que les employés du foyer de soins ont également été informés par la haute gestion qu'ils n'étaient pas autorisés à assister aux funérailles de George ni à avoir des contacts avec les membres de sa famille. Cela les a surpris, car d'habitude certains d'entre eux assistent régulièrement aux funérailles des résidents. Ces conclusions ont été corroborées lors d'entretiens avec les membres de la famille de George, mais la haute gestion du foyer de soins a entièrement contesté ces affirmations. Ils affirment également que le foyer de soins a fait preuve de compassion en rendant visite à George à l'hôpital et qu'un ornement commémoratif a été offert à sa famille, comme c'est la coutume pour tous les résidents qui décèdent. Après avoir entendu le personnel et l'équipe de gestion du foyer, nous estimons que les allégations de directives données au personnel de ne pas assister aux funérailles sont moins disculpatoires et plus crédibles que le déni de l'équipe de gestion. Quoi qu'il en soit, la présence réduite du personnel dans une communauté où ces processus de deuil offrent normalement aux familles le soutien de la collectivité et une chance de guérir en se réunissant a contribué à la triste issue de cette affaire. Selon le Défenseur, les préoccupations du foyer de soins en matière d'atténuation des risques l'ont empêché de réagir au décès de George avec toute la solennité et la dignité humaine que l'occasion exigeait.

## Recommandation 12

**Il est recommandé que le ministère du Développement social modifie les normes de pratique des foyers de soins pour exiger des interactions avec une approche compatissante avec les familles et insister sur le déploiement de soins compatissants nécessaires pour préserver la dignité humaine, y compris tout au long du processus de deuil et en relation avec les rites funéraires.**

# Un système qui ne protège pas les droits des plus vulnérables

L'examen de cette affaire par le Défenseur a révélé des failles importantes dans la prestation des soins dans les foyers de soins de longue durée, et que les mesures adéquates pour protéger George et les autres résidents lorsque le comportement agressif répété de Tom l'exigeait, n'ont pas été prises. Nous avons également trouvé des failles importantes dans l'enquête et l'examen de l'affaire par le ministère du Développement social dans le cadre de ses fonctions des services en protection des adultes et d'agents de liaison. La portée de l'examen était trop étroite, les questions à examiner n'étaient pas correctement définies, le contexte plus large des incidents antérieurs d'agressions répétées par le même résident n'a pas été pris en compte et la question difficile de la meilleure façon de traiter la violence entre résidents tout en équilibrant les droits de tous les résidents a été soigneusement évitée. Le plus troublant à nos yeux est le peu de compassion offerte à la famille de George après son décès.

C'est pour cette raison que le Défenseur des aînés formule une recommandation finale demandant au gouvernement de faire davantage pour soutenir les droits des personnes âgées et pour protéger ces droits dans les foyers de soins et les établissements de soins de longue durée.

En 2007, l'Ontario a réformé le régime des foyers de soins en adoptant la Loi sur les foyers de soins de longue durée<sup>38</sup> pour remplacer la Loi sur les foyers de soins de l'Ontario<sup>39</sup>, qui ressemblait beaucoup à la loi du Nouveau-Brunswick actuellement en vigueur. Contrairement à la loi du Nouveau-Brunswick, la nouvelle loi de l'Ontario contient un préambule aspirationnel. Le préambule prévoit, entre autres, que la population de l'Ontario et son gouvernement :

- « Appuient fermement la collaboration et le respect mutuel entre les résidents, leurs familles et leurs amis, les fournisseurs de foyers de soins de longue durée, les fournisseurs de services, les soignants, les bénévoles, la communauté et les gouvernements pour faire en sorte que les soins et les services fournis répondent aux besoins du résident et aux besoins de sécurité de tous les résidents » ;
- Croient fermement à la responsabilité publique et à la transparence pour démontrer que les foyers de soins de longue durée sont régis et exploités d'une manière qui reflète l'intérêt du public et favorise la prestation efficace et efficiente de services de haute qualité à tous les résidents ;
- croient fermement en des normes de soins et de services claires et cohérentes, soutenues par un système solide de conformité, d'inspection et d'application de la loi ; et
- Reconnassent la responsabilité de prendre des mesures lorsque les normes ou les exigences de la présente loi ne sont pas respectées ou lorsque les soins, la sécurité et les droits des résidents pourraient être compromis...<sup>40</sup>

La loi ontarienne établit en fait une Charte des droits des résidents des foyers de soins<sup>41</sup> en 27 points qui, encore une fois contrairement à la loi du Nouveau-Brunswick, cherche non seulement à garantir que les résidents sont protégés contre les mauvais traitements (droit 2) et la négligence (droit 3) et qu'ils reçoivent des soins physiques adéquats (droits 4-5), mais insiste plus largement sur le fait que « chaque résident a le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui reconnaît pleinement son individualité et respecte sa dignité (droit 1) ».

Par exemple, les résidents ont le droit d'être informés de la personne responsable pour leurs soins (droit 7), de participer à l'élaboration et à la révision de leur plan de soins et de consentir ou de refuser un traitement (droit 11), ils ont le droit explicite de ne pas être retenus, sauf dans des circonstances limitées prévues par la loi (droit 13), le droit de nouer des amitiés (droit 18), de rencontrer « en privé » un « conjoint ou une autre personne dans une pièce qui garantit l'intimité » (droit 21), de voir leur style de vie respecté par le personnel du foyer de soins (droit 19), de former des conseils de résidents du foyer de soins et d'y participer (droit 20) et d'exercer leurs droits de citoyens (droit 6).

Afin de promouvoir une culture de conformité à cette déclaration des droits, les titulaires de permis de foyers de soins sont légalement tenus de créer pour leurs établissements des énoncés de mission conformes à la loi et à la Déclaration des droits<sup>42</sup>, et de fournir aux nouveaux résidents et aux parents des résidents des trousseaux d'information qui, entre autres, doivent inclure la Déclaration des droits et l'énoncé de mission du foyer de soins qui y est conforme<sup>43</sup>.

Ces droits légaux que l'on retrouve dans la loi de l'Ontario visent les situations particulières des personnes âgées dans les foyers de soins de longue durée, mais ces droits reflètent également les droits de la personne plus généraux, dont jouissent les résidents.

Le concept des droits de la personne est fondé sur l'idée que chaque être humain, quelles que soient ses différences, a droit à certains droits fondamentaux. Ces droits, consacrés par le droit international des droits de l'homme, comprennent le droit à la vie et à sa protection, le droit de ne pas subir de traitements cruels ou dégradants, le droit de ne pas être victime de discrimination, le droit à la sécurité de son corps (sa « personne »), le droit à la liberté, le droit à la vie privée, le droit à une alimentation et à un logement adéquat et le droit au meilleur état de santé possible. Bon nombre de ces droits sont protégés par notre droit constitutionnel, la loi suprême du Canada, en vertu de la Charte des droits et libertés, qui s'applique à tous les gouvernements - fédéral, provinciaux et territoriaux<sup>44</sup>. Beaucoup ne le sont pas, notamment le droit au meilleur état de santé possible, qui relève de l'autorité provinciale.

Le Canada est fondé sur des principes qui reconnaissent la primauté du droit.<sup>45</sup> À son tour, un principe de la primauté du droit veut que la loi assure une protection adéquate des droits fondamentaux de la personne.<sup>46</sup> La Charte des droits et libertés protège la vie et la sécurité de la personne, mais ces droits nécessitent une application spécifique dans le régime législatif et réglementaire provincial régissant les foyers de soins. Ce régime doit également assurer la protection du plus haut niveau de santé possible et d'autres droits fondamentaux de la personne que l'on retrouve dans les principaux instruments internationaux relatifs aux droits de la personne, notamment le Pacte international relatif aux droits civils et politiques<sup>47</sup>, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels<sup>48</sup> et la Convention relative aux droits des personnes handicapées.<sup>49</sup> Il s'agit d'obligations juridiques. Il y a également des obligations morales de veiller à ce que les Principes des Nations Unies pour les personnes âgées soient reflétés dans les protections juridiques du Nouveau-Brunswick.

## Recommandation 13

**Il est recommandé qu'un comité composé de cadres supérieurs du ministère du Développement social et du ministère de la Santé mène une consultation exhaustive avec tous les intervenants pertinents, dans le but de modifier en profondeur la *Loi sur les foyers de soins*, les règlements et les Normes de pratique, afin de garantir la protection des droits fondamentaux de toutes les personnes concernées.**



# CONCLUSION

Tout au long de sa vie, George a travaillé fort, s'est impliqué activement dans sa collectivité, a aimé et a été aimé par sa famille. Il a joué un rôle important dans la vie de nombreuses personnes et son décès est une tragédie qui ne s'atténuera jamais pour ses proches. George était un homme compatissant qui a vécu sa vie avec dignité, mais on lui a refusé le droit de terminer ses jours en paix. Les derniers jours de George ont été marqués par la douleur et la souffrance. Il méritait mieux.

Bien que troublante à lire, nous avons estimé que l'histoire de George devait être racontée. Il ne méritait pas la fin de vie qu'il a subie, et sa mort nous impose un devoir de réflexion profonde. En fournissant ce rapport, nous espérons améliorer la donne pour le reste de nos proches qui n'ont plus la possibilité de vivre indépendamment. Pour de maintes circonstances diverses, certains devront dépendre des soins de longue durée pour vivre le reste de leurs jours. Ce sont nos mères, nos pères et nos grands-parents... nos anciens combattants et autres âmes charitables de nos collectivités et ils méritent tous mieux.

## NOTES DE FIN

<sup>1</sup> Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Plan pour les foyers de soins 2018-2023*, en ligne :

<<https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/NursingHomes/PlanPourLesFoyersDeSoins2018-23.pdf>>.

<sup>2</sup> M. Urquhart, « Auditor General Says N.B. Hasn't Done Nearly Enough to Meet Need for Nursing Home Beds », *CBC News*, 23 février 2021, en ligne :

<<https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/province-fails-to-keep-up-with-nursing-home-needs-1.5924623>>.

<sup>3</sup> Nouveau-Brunswick, Ministère du Développement social, *Manuel des normes — Services des foyers de soins*, 2020, en ligne :

<<https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/Standards/FoyersDeSoinsManuelDesNormes.pdf>>.

<sup>4</sup> Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Protocoles relatifs aux adultes victimes de violence*, Fredericton, Gouvernement du Nouveau-Brunswick, septembre 2005.

<sup>5</sup> N. Chappell, S. Bornstein et R. Kean, *Agitation and Aggression in Long-term Care Residents with Dementia in Newfoundland and Labrador*, en ligne :

<[https://www.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CHRSP\\_Dementia\\_LTC\\_2014.pdf](https://www.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CHRSP_Dementia_LTC_2014.pdf)>.

<sup>6</sup> Community Governed Organizations, *Task Force on Heightened Aggression in LTC Homes*, 2015, en ligne : <<https://nhnsa.ca/wp-content/uploads/2017/03/CGO-Task-Force-on-Heightened-Aggression-in-LTC-Homes-Recommendations-Report.pdf>>.

<sup>7</sup> Office of the Seniors Advocate British Columbia, *Resident to Resident Aggression in B.C. Care Homes*, 2016.

<sup>8</sup> *Manuel des normes — Services des foyers de soins*, *ibid.*, à la p. 85.

<sup>9</sup> *Ibid.*, à la p. 93.

<sup>10</sup> *Ibid.*, à la p. 92.

<sup>11</sup> *Ibid.*, à la p. 103.

<sup>12</sup> *Manuel des normes — Services des foyers de soins*, *ibid.*, à la p. 84.

<sup>13</sup> *Manuel des normes — Services des foyers de soins*, *ibid.*, à la p. 147.

<sup>14</sup> *Advanced Gerontological Education, Gentle Persuasive Approaches*, s.d., en ligne : <<https://ageinc.ca/about-gpa-2/>>.

<sup>15</sup> *Alzheimer Society, U-First! Training for Professional Caregivers of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias*, s.d., en ligne : <<http://u-first.ca/>>.

<sup>16</sup> Nouveau Brunswick, Ministère du Développement social, *Normes et lignes directrices relatives aux services de protection des adultes*, septembre 2007, à la p. 14.

<sup>17</sup> *Normes et lignes directrices relatives aux services de protection des adultes*, *ibid.*, à la p. 30.

<sup>18</sup> *Cooper c. Hobart* 2001 C.S.C. 79.

<sup>19</sup> *Stewart c. Extencicare Ltd.*, [1986] 4 WWR 559, 48 SaskR 86 (QB).

<sup>20</sup> Lewis Klar, "Recent Developments in Canadian Law: Tort Law" (1991) 23 Ottawa L Rev 177.

- <sup>21</sup> *Wenden c. Trikha*, [1991] AJ No 612, 28 ACWS (3d) 135 (QB).
- <sup>22</sup> *Comeau c. Saint John Regional Hospital*, 2001 NBCA 113, au par. 29-36.
- <sup>23</sup> *Ibid.*
- <sup>24</sup> *Comeau c. Saint John Regional Hospital*, 2001 NBCA 113, au par.55.
- <sup>25</sup> *Ibid.*, au par. 53.
- <sup>26</sup> *Ibid.*, au par. 56.
- <sup>27</sup> *Prosoko v Regina Qu'Appelle Regional Health Authority*, 2008 SKQB 144, at para 26.
- <sup>28</sup> *Ibid.*
- <sup>29</sup> Amanda Phelan, « Protecting Care Home Residents from Mistreatment and Abuse: On the Need for Policy », *Risk Management and Healthcare Policy*, vol. 8 (2015), p. 215-223, publié en ligne le 19 novembre 2015, doi:10.2147/RMHP.S70191, en ligne : <Protecting care home residents from mistreatment and abuse: on the need for policy (nih.gov)>.
- <sup>30</sup> Nouveau-Brunswick, Ministère du Développement social, *Guide pour la conduite des enquêtes des services de protection des adultes*, juillet 2019.
- <sup>31</sup> *Normes et lignes directrices relatives aux services de protection des adultes, ibid.*, à la p. 27.
- <sup>32</sup> *Ibid.*, à la p. 21.
- <sup>33</sup> *Ibid.*, à la p. 28.
- <sup>34</sup> *Ibid.*, à la p. 23.
- <sup>35</sup> *Ibid.*, à la p. 23.
- <sup>36</sup> *Manuel des normes — Services des foyers de soins, ibid.*, à la p. 90.
- <sup>37</sup> *Loi sur les foyers de soins*, L.R.N.-B. 2014, c. 125, en ligne : <<https://canlii.ca/t/6cdd0>>. Article 17(1) Si, pour quelque raison que ce soit, l'exploitant a l'intention de donner son congé à un résident, il donne un avis minimal de quinze jours de son intention à celui-ci ainsi qu'à son plus proche parent ou à son représentant personnel, sauf lorsque des motifs raisonnables lui donnent lieu de croire que le transfert immédiat du résident à la garde d'une autre personne est nécessaire pour la sécurité du résident, ou celle d'autres résidents ou du personnel.
- <sup>38</sup> *Ibid.*
- <sup>39</sup> RSO 1990, c N7.
- <sup>40</sup> *Ibid.*
- <sup>41</sup> *Ibid.*, art. 3(1).
- <sup>42</sup> *Ibid.*, art. 4.
- <sup>43</sup> *Ibid.*, art. 78.
- <sup>44</sup> Loi constitutionnelle de 1982, constituant l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), 1982, c.11., <<https://canlii.ca/t/ldsx>>
- <sup>45</sup> *Ibid.* Préambule
- <sup>46</sup> Lord Bingham, Tom. *The Rule of Law*. Penguin Books, 2011.
- <sup>47</sup> Lord Bingham, Tom. *The Rule of Law*. Penguin Books, 2011.
- <sup>48</sup> ONU, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 16 décembre 1966, Recueil des Traités, vol. 993, p.3
- <sup>49</sup> ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées : résolution adoptée par l'Assemblée générale, 24 janvier 2007, A/RES/61/106

# ANNEXES

## Annexe A : le Bureau du défenseur des aînés

Le défenseur des aînés du Nouveau-Brunswick a le mandat de :

- veiller à ce que les droits et les intérêts des aînés (âgés de 65 et plus) soient protégés ;
- veiller à ce que l'opinion et les revendications des aînés soient entendues et considérées ;
- faire en sorte que les aînés aient accès à des services adéquats et que leurs avis relatifs à ces services reçoivent toute l'attention nécessaire ;
- informer et conseiller le gouvernement, les agences gouvernementales et les collectivités au sujet de la disponibilité, de l'efficacité, de la sensibilité et de la pertinence des services aux aînés ;
- défendre, de façon générale, les droits et les intérêts des aînés.

## Annexe B : Équipe d'enquête

### Défenseur des aînés du Nouveau-Brunswick

- Norman J. Bossé, c.r.

### Enquêtrice principale

- Wendy Cartwright

### Collaborateurs

- Christian Whalen
- Gavin Kotze
- Robert Savoie
- Brigid Martin
- Rajvir Gill
- Clara Bataller

### Conseiller juridique

- Gavin Kotze

### Communications

- Heidi Cyr

## Annexe C : Processus d'examen

L'enquête a commencé en février 2021. Conformément à l'article 19 de la *Loi sur le défenseur des enfants, des jeunes et des aînés*, des avis d'enquête ont été envoyés au ministère du Développement social, au ministère de la Justice et de la Sécurité publique, au bureau du coroner en chef, au Réseau de santé Horizon, et une copie a été envoyée au ministère de la Santé et au président du conseil d'administration du foyer de soins. La divulgation du dossier du gouvernement comporte des documents dont des renseignements tirés du dossier du foyer de soins sur les résidents George et Tom, des rapports d'incident, des rapports d'inspection du foyer de soins, des notes du cas consigné par la travailleuse sociale des services de protection des adultes, les évaluations réalisées, les aiguillages effectués, les documents médicaux, le rapport d'autopsie, la correspondance par courriel et d'autres informations. Le dossier exhaustif a été analysé, et une chronologie des événements a été établie précisant ce qui s'était produit dans les semaines menant au décès de George et à l'enquête des services de protection des adultes qui a suivi. Des processus systémiques et propres au cas à examiner ont été relevés, de même que des lois, des politiques et des normes de pratique. Finalement, de précieux renseignements et perspectives ont été recueillis grâce à 20 entrevues avec des informateurs clés. Parmi les personnes interrogées, mentionnons des membres de la famille de George, des membres du personnel du foyer de soins et du conseil d'administration, la travailleuse sociale des services de protection des adultes, l'agent de liaison, le coroner régional, et la direction des Services des foyers de soins et des services de protection des adultes. Une analyse et une recherche documentaires internes ont contribué au rapport final et aux recommandations.

## Annexe D : Chronologie des incidents et événements notables préoccupants

### 1<sup>ère</sup> semaine :

- Tom est admis en foyer de soins.
- Première documentation dans le dossier de Tom dans le foyer de soins infirmiers sur une préoccupation concernant les interactions de Tom avec la résidente Shirley, « en particulier lorsque ladite résidente se déplace en fauteuil roulant » (extrait du dossier de Tom).
- Tom entre et sort constamment des chambres des autres résidents et a eu une altercation avec ceux de la chambre 13 (extrait du dossier de Tom).

### 2<sup>ème</sup> semaine :

- Tom est « méchant »/désagréable avec les autres résidents (Shirley et Ruth). Tom dit à Shirley qu'il va la « frapper » (extrait du dossier de Tom).
- Tom est à nouveau « méchant »/désagréable avec la résidente Shirley, l'insulte et pousse son fauteuil roulant contre un mur (extrait du dossier de Tom).
- George est admis en maison de retraite.



### 3<sup>ème</sup> semaine :

- Premier incident entre Tom et George. L'infirmière auxiliaire de nuit découvre George sur le sol avec Tom à proximité. George dit à l'infirmière auxiliaire : « Il m'a poussé au sol ». Cet incident n'a pas été signalé aux services du foyer de soins ni à la protection des adultes (extrait du rapport d'incident ; il n'a pas été consigné dans le dossier de Tom).

### 4<sup>ème</sup> semaine :

- Tom frappe la résidente Shirley au visage, faisant tomber ses lunettes sur le sol (extrait du dossier de Tom).

### 12<sup>ème</sup> semaine :

- Deuxième incident entre Tom et George. George suit Tom qui le pousse et l'oblige à s'agripper au bras de Tom. Tom secoue George, qui tombe par terre et se cogne la tête. George est envoyé en ambulance à l'hôpital pour des points de suture. Cet incident n'est pas documenté dans le dossier de Tom et n'est pas signalé aux services du foyer de soins ou à la protection des adultes (extrait du rapport d'incident et des dossiers de l'hôpital).

- Le foyer de soins affiche des avis avec :
  - *des directives pour le personnel sur la façon de rediriger George et Shirley loin de Tom*
  - *comment identifier les déclencheurs d'agression de Tom, y compris les douleurs aux pieds.*
- Le foyer de soins affecte un travailleur de projet à Tom pour une supervision individuelle.
- Tom frappe la résidente Ruth au visage, puis l'attrape par le bras et la pousse, ce qui la fait tomber en arrière, heurtant sa tête contre le dossier d'une chaise et atterrissant sur le dos, les pieds en l'air (extrait du dossier de Tom et du rapport d'incident).
- Troisième (et dernier) incident entre Tom et George. George suit Tom qui le pousse au sol et lui casse la hanche. Cet incident n'est pas consigné dans le dossier de Tom, mais il est signalé aux services de soins infirmiers et de protection des adultes (extrait du rapport d'incident).

### 15<sup>ème</sup> semaine :

- George décède à l'hôpital

# Annexe E : Table des recommandations

## Recommandation 1

Il est recommandé que le ministère du Développement social élabore des pratiques exemplaires en matière de sécurité fondées sur des données probantes à mettre en œuvre dans tous les foyers de soins. Les foyers de soins devraient être obligés d'intégrer ces pratiques comme exigence minimale afin de se conformer aux normes de soins adéquats. Les inspecteurs doivent passer en revue la description des services du foyer de soins aux fins de conformité et doivent interroger au hasard des membres du personnel pour déterminer si les normes de soins adéquates en matière de sécurité sont respectées en pratique.

## Recommandation 2

Il est recommandé que le ministère du Développement social entreprenne un examen exhaustif des pratiques exemplaires pour atténuer la violence et élabore une politique détaillée et une pratique structurée pour atténuer la violence entre résidents, en collaboration avec le Défenseur des aînés et des représentants des foyers de soins, l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, le Conseil des syndicats des foyers de soins du Nouveau-Brunswick, l'Association des Infirmier(ère)s Auxiliaires Autorisé(e)s du Nouveau-Brunswick, l'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick et des experts universitaires des établissements postsecondaires du Nouveau-Brunswick.

## Recommandation 3

Il est recommandé que :

- A. Le ministère du Développement social modifie les normes de pratique pour obliger le signalement des incidents majeurs à l'agent de liaison et aux services de protection des adultes dans les 24 heures et s'assurer que du personnel est disponible pour s'en occuper.
- B. Lors de l'inspection annuelle des foyers de soins, les agents de liaison soient tenus de revoir, avec la direction du foyer de soins, l'obligation de signaler les incidents majeurs aux Services des foyers de soins et aux services de protection des adultes.
- C. Le ministère du Développement social devrait élabore un rapport d'incident universel que tous les foyers de soins de la province utiliseraient, assorti d'une formation offerte par des agents de liaison à la direction des foyers de soins sur la façon d'utiliser le formulaire. Les employés du foyer de soins doivent remplir ce formulaire de rapport d'incident pour tout incident qui cause du tort à un résident. Chaque formulaire doit être signé par un membre de la famille du résident. Le rapport ne doit pas inclure des renseignements qui pourraient identifier d'autres résidents.
- D. Les normes de pratiques du ministère du Développement social soient modifiées pour exiger l'inclusion obligatoire de tous les incidents majeurs dans le dossier d'un résident, qu'il soit la victime ou l'agresseur, dans le cadre d'un plan de soins complet. Cette exigence doit aussi être expressément énoncée dans la *Loi sur les foyers de soins*.

## Recommandation 4

Il est recommandé qu'au-delà des aspects liés à la transparence et à la responsabilité de publier les inspections menées dans chaque foyer de soins, le ministère du Développement social doit produire, chaque année, un rapport public sur les données agrégées découlant des inspections. De tels rapports doivent mentionner les foyers de soins qui présentent de nombreux problèmes continus de non-conformité à la loi et aux normes de pratique, y compris l'observation des foyers de soins de tenir des conférences sur les soins avec les équipes multidisciplinaires.

## Recommandation 5

Il est recommandé que :

- A. Le ministère du Développement social crée un processus de plainte normalisé, en consultation avec le défenseur des aînés, afin d'assurer une norme provinciale uniforme pour le dépôt et le traitement de plaintes ainsi que des procédures d'appel ou de révision administrative conformes aux exigences d'équité procédurale et de respect des droits fondamentaux en jeu. Le Ministère doit aussi assurer un contrôle efficace de ces procédures de plaintes en créant un Comité provincial de gestion des plaintes des foyers de soins.
- B. Le ministère du Développement social s'assure que chaque foyer de soins désigne son propre Comité de gestion des plaintes qui aura le pouvoir d'entendre les plaintes qui ne sont pas traitées de façon satisfaisante par le foyer de soins, et que les membres du, soit dit, comité inclus des gens du conseil d'administration, des membres des familles des résidents, ainsi que des résidents. Chaque comité de gestion des plaintes du foyer de soins doit périodiquement rendre des comptes au comité provincial de gestion des plaintes des foyers de soins concernant les travaux qu'il effectue.
- C. Le ministère du Développement social confirme que des comités des résidents/des familles sont en place dans chaque foyer de soins, conformément aux Normes. Le rôle de ces comités des résidents/des familles doit clairement être défini dans les Normes et doit permettre aux membres de faire part de leurs préoccupations concernant les soins des résidents, puis de soulever leurs préoccupations au Comité des plaintes, au besoin. Si un résident ou une famille n'est toujours pas satisfait et souhaite exercer un recours même après avoir parlé avec l'agent de liaison du foyer de soins, il doit être dirigé vers le Bureau du Défenseur des aînés. Tous les foyers de soins doivent afficher dans un endroit bien visible les affiches qui indiquent les coordonnées pour communiquer avec le Bureau du Défenseur des aînés et inclure les dépliants du Bureau dans la trousse d'accueil des résidents.

## Recommandation 6

Il est recommandé que le ministère du Développement social exige une formation complète pour le personnel des foyers de soins sur les interventions visant à réduire la violence, et qu'elle impose l'obligation d'en faire rapport au Ministère pour s'assurer que tout le personnel ait suivi la formation.

## Recommandation 7

Il est recommandé que le ministère du Développement social s'assure que les enquêtes en protection des adultes dans les foyers de soins prennent les mesures nécessaires pour assurer une approche globale à la prévention des dommages causés envers tous les résidents, même si l'aiguillage aux services de protection des adultes ne concerne qu'un résident ou quelques résidents. L'enquêteur en protection des adultes doit passer en revue l'information pertinente (p. ex. dossiers et rapports d'incident) de l'ensemble des résidents touchés pour faciliter une enquête exhaustive et permettre de comprendre l'ampleur des risques pour tout le monde. Les entrevues officielles doivent être menées avec les résidents touchés, les membres de leur famille ainsi que les employés qui fournissent des soins directs. Les enquêtes en protection des adultes doivent suivre une formule visant à assurer une approche globale à la prévention des dommages causés à tous les résidents soit privilégié dans chaque enquête et que la portée des enquêtes ne soient pas démesurément limitée. La formation du personnel doit être assurée afin de veiller à l'adoption uniforme de techniques d'enquête plus robustes et cohérentes, conformément aux normes de pratique.

## Recommandation 8

- A. Il est recommandé que le ministère du Développement social crée de nouvelles normes de pratique détaillées pour les foyers de soins, qui abordent convenablement les situations particulières de maltraitance et de négligence qui peuvent survenir dans ces installations, et qui fournissent des conseils sur la façon de prévenir les incidences de violence entre les résidents pour ainsi minimiser tout risque de dommages causés.
- B. Il est recommandé que le ministère du Développement social crée un processus d'examen des incidents comportementaux dans le cadre duquel des rapports mensuels de toutes les blessures graves et de tous les incidents liés à la gestion du comportement dans les foyers de soins de longue durée soient rédigés et examinés au niveau provincial lors de réunions mensuelles des agents de Protection des adultes qui inclura la participation du Bureau du Défenseur des aînés.

## Recommandation 9

Il est recommandé que la province adopte des modifications à la *Loi sur le défenseur des enfants, des jeunes et des aînés* afin de donner un mandat législatif clair au Défenseur afin qu'il puisse effectuer des examens des décès et des blessures graves chez les personnes âgées à la suite de cas signalés de maltraitance ou de négligence dans les foyers de soins et les établissements de soins de longue durée au Nouveau-Brunswick, et que les ressources supplémentaires soient allouées au défenseur des aînés afin de lui permettre d'embaucher du personnel supplémentaire pour remplir avec efficacité les fonctions de ce nouveau mandat.

## Recommandation 10

Il est recommandé que les travailleurs sociaux des services de protection des adultes aient l'obligation de suivre une formation initiale et annuelle sur les Normes de pratiques, et que lors de chaque enquête, une liste de vérification soit exigée afin de veiller à ce que les Normes de pratique soient respectées.

## Recommandation 11

Il est recommandé qu'avant d'envoyer l'avis de renvoi d'un résident d'un foyer de soins, le foyer de soins devrait être tenu d'informer le ministère du Développement social et le Défenseur des aînés. Les coordonnées du résident ou du décideur substitut du résident devraient figurer sur l'avis. Le Ministère doit instaurer une procédure d'intervention rapide pour évaluer la validité du renvoi. S'il n'y a pas de problème de sécurité sans solution, un processus de médiation obligatoire doit être mis en place entre la famille et le foyer de soins. Le Ministère doit aussi collaborer avec le Défenseur des aînés et d'autres intervenants concernés en ce qui concerne un examen des mesures de protection de la *Loi sur les foyers de soins afin d'éviter les renvois injustes*.

## Recommandation 12

Il est recommandé que le ministère du Développement social modifie les normes de pratique des foyers de soins pour exiger des interactions avec une approche compatissante avec les familles et insister sur le déploiement de soins compatissants nécessaires pour préserver la dignité humaine, y compris tout au long du processus de deuil et en relation avec les rites funéraires.

## Recommandation 13

Il est recommandé qu'un comité composé de cadres supérieurs du ministère du Développement social et du ministère de la Santé mène une consultation exhaustive avec tous les intervenants pertinents, dans le but de modifier en profondeur la *Loi sur les foyers de soins*, les règlements et les Normes de pratique, afin de garantir la protection des droits fondamentaux de toutes les personnes concernées.