



Vérificateur général  
MANITOBA

---

Rapport à l'Assemblée législative du Manitoba

# Enquête sur l'Office de protection des personnes recevant des soins

Rapport de l'enquête indépendante



juillet 2023

**Cette page a été laissée  
blanche intentionnellement.**

**La traduction de ce rapport a été  
fournie par le Service de traduction  
du Manitoba. En cas d'incohérence,  
se reporter à la version anglaise.**

**Cette page a été laissée  
blanche intentionnellement.**

# Table des matières

Commentaires du vérificateur général	1
Points saillants	3
Réponse des responsables	5
Contexte	7
Objectif, allégations, portée et approche, événements ultérieurs	11
Constatations et recommandations	13
<b>1 Allégations confirmées concernant de graves problèmes à l'Office de protection des personnes recevant des soins</b>	<b>13</b>
1.1 L'Office a conclu à des « allégations de mauvais traitements non fondées dans des cas où des Manitobains et Manitobaines vulnérables ont reçu des coups de poing, ont été battus ou ont été agressés sexuellement	13
1.1.1 Le seuil de détermination du préjudice grave par l'Office est extrêmement élevé	16
1.1.2 L'Office n'a pas de processus pour déterminer si un préjudice grave peut vraisemblablement être causé	17
1.1.3 L'Office n'a pas de processus sur l'obtention d'avis médicaux	18
1.1.4 Les problèmes d'interprétation sont connus depuis des années	19
1.2 Des victimes attendent plus de trois ans avant qu'une enquête ne soit ouverte	20
1.3 Les rapports publics de l'Office sont inadéquats	26
<b>2 Le processus de réception, d'examen, d'enquête et de rapport relatif aux allégations de mauvais traitement ou de négligence doit être amélioré</b>	<b>29</b>
2.1 L'Office a un manuel des politiques d'enquête, mais des améliorations sont nécessaires	29
2.2 L'Office ne suit pas toujours les procédures figurant dans son manuel des politiques d'enquête	31
2.3 Réduction importante du nombre de séances d'information offertes aux établissements par l'Office	34
<b>Résumé des recommandations</b>	<b>37</b>
<b>Annexe 1 : Modèle de l'Office pour les audits d'assurance de la qualité des dossiers d'enquête</b>	<b>45</b>

**Cette page a été laissée  
blanche intentionnellement.**

## Commentaires du vérificateur général

L'Office de protection des personnes recevant des soins (l'Office) joue un rôle essentiel dans la protection des Manitobains et Manitobaines vulnérables puisqu'il reçoit et examine les signalements de cas présumés de mauvais traitements et de négligence dans les établissements de soins de santé.

Plusieurs Manitobains et Manitobaines ont communiqué avec mon bureau pour décrire des incidents alarmants au cours desquels leurs proches vivant dans des foyers de soins personnels avaient été victimes d'agressions physiques ou verbales. Les enquêtes menées par l'Office avaient toutefois conclu qu'il n'y avait pas eu de mauvais traitements.

Nous avons constaté que les allégations étaient fondées et qu'il ne s'agissait pas de cas isolés. Nous avons aussi constaté que des familles et des victimes avaient attendu plus de trois ans avant que l'Office n'ouvre une enquête.



Je suis profondément préoccupé par nos conclusions et je mesure toute la douleur des expériences que les victimes et leurs familles ont dû vivre. *La Loi sur la protection des personnes recevant des soins* vise à protéger les personnes vulnérables pendant qu'elles sont soignées. Malheureusement, les processus suivis par l'Office pour déterminer s'il y a eu mauvais traitements ne sont pas sans défauts et ne permettent pas de tirer des conclusions raisonnables.

Nous avons relevé des problèmes liés à la définition de « mauvais traitements » dans trois rapports distincts publiés au cours des dix dernières années, mais l'Office n'a pris aucune mesure significative pour remédier à la situation.

Je veux souligner les efforts des membres du personnel de l'Office qui ont reconnu l'existence de problèmes et fait part de leurs préoccupations à la haute direction et à mon bureau.

Je tiens à remercier la direction et le personnel de l'Office pour leur collaboration, ainsi que mon personnel pour son dévouement et son travail acharné dans le cadre de cette enquête troublante.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tyson Shtykalo'.

Tyson Shtykalo, CPA, CA  
Vérificateur général

**Cette page a été laissée  
blanche intentionnellement.**

### Raisons pour lesquelles nous avons mené l'enquête

- L'Office de protection des personnes recevant des soins (l'Office) est un organisme gouvernemental qui enquête sur les allégations de mauvais traitements et de négligence dans les établissements de santé.
- On nous a fait part de nombreuses allégations concernant l'Office.

### Ce que nous avons constaté

**ALLÉGATION 1** L'Office conclut à des « allégations de mauvais traitements non fondées » alors que des personnes reçoivent des coups de poing, des gifles ou des coups de pied ou sont victimes d'agression sexuelle.

**ALLÉGATION CONFIRMÉE**

- Des fournisseurs de soins ont frappé ou agressé sexuellement des victimes, mais l'Office a conclu à des « allégations de mauvais traitements non fondées ».
- Le seuil fixé par l'Office pour déterminer s'il y a eu préjudice grave ou mauvais traitements est extrêmement élevé.
- Depuis plus de dix ans, aucune mesure n'est prise pour régler le problème connu de la définition de « mauvais traitements ».

**ALLÉGATION 2** Des victimes attendent plus de trois ans avant qu'une enquête ne soit ouverte.

**ALLÉGATION CONFIRMÉE**

- En 2022, l'Office avait un arriéré de dossiers dont certaines allégations remontaient à 2018 et pour lesquelles des enquêtes n'avaient même pas encore été ouvertes.
- Cela a des répercussions importantes sur les victimes, les familles et les agresseurs présumés, sans compter la perte de preuve et de crédibilité.

**ALLÉGATION 3** L'Office ne publie pas de statistiques sur ses enquêtes.

**ALLÉGATION CONFIRMÉE**

- L'Office a cessé de produire son rapport annuel en 2016.
- L'Office ne communique aucun renseignement sur les résultats de ses enquêtes.

### Ce que nous recommandons

- Notre rapport contient 12 recommandations à l'intention de l'Office afin qu'il améliore le processus d'enquête et protège les Manitobains et Manitobaines vulnérables.

**Cette page a été laissée  
blanche intentionnellement.**

### Réponse de Santé Manitoba

La Province du Manitoba accuse réception du rapport du Bureau du vérificateur général intitulé *Enquête sur l'Office de protection des personnes recevant des soins* et accepte ses recommandations sans réserve.

La Province est résolue à prendre des mesures pour donner suite à chacune des recommandations du Bureau du vérificateur général. Étant donné le rôle de l'Office dans la protection des Manitobains et Manitobaines vulnérables, en particulier les personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée, le Ministère s'engage à produire des mises à jour régulières des efforts qu'il déploie pour apporter les changements nécessaires en vue de résoudre les problèmes fondamentaux relevés dans le rapport.

La Province reconnaît que des personnes attendent depuis trop longtemps que leur cas fasse l'objet d'une enquête par l'Office et que les retards ont une incidence sur l'efficacité du processus d'enquête ainsi que des répercussions affectives sur les personnes concernées.

Des modifications apportées aux définitions de « mauvais traitements » et de « négligence » dans *la Loi sur la protection des personnes recevant des soins* ont reçu la sanction royale le 30 mai 2023. Elles lèvent toute ambiguïté et suppriment toute marge d'interprétation en précisant que les actions seules peuvent être considérées comme des mauvais traitements ou de la négligence, que le patient ait subi ou non un préjudice grave à la suite de ces actions.

Au-delà des recommandations du Bureau du vérificateur général, la Province continuera de bonifier le système d'intervention de l'Office en mettant davantage l'accent sur la prévention des mauvais traitements et de la négligence. Il s'agira notamment de collaborer avec les parties prenantes pour parvenir à une compréhension commune du rôle unique et important de l'Office dans la promotion de la sécurité des patients et des résidents dans le réseau de la santé du Manitoba.

**Cette page a été laissée  
blanche intentionnellement.**

### L'Office de protection des personnes recevant des soins

L'Office de protection des personnes recevant des soins (l'Office) de Santé Manitoba est l'organisme chargé de l'application de *la Loi sur la protection des personnes recevant des soins* en faisant enquête sur les allégations de mauvais traitements et de négligence. L'Office a commencé ses activités le 1<sup>er</sup> mai 2001 avec une équipe de 15 enquêteurs pour examiner les allégations qui lui sont signalées. En juillet 2022, l'Office comptait six enquêteurs et affichait quatre postes vacants.

### *La Loi sur la protection des personnes recevant des soins*

*La loi sur la protection des personnes recevant des soins* (la Loi) a été promulguée en avril 2001. Elle prévoit l'obligation pour un fournisseur de services ou pour quiconque de signaler les cas de mauvais traitements ou de négligence dans les établissements de santé, dont les hôpitaux, les foyers de soins personnels, le Centre de santé mentale de Selkirk, ou encore une organisation ou un établissement désigné à titre d'établissement de santé. Les établissements sont tenus de signaler les cas présumés de mauvais traitements ou de négligence par écrit à l'Office. Les membres du public peuvent signaler ces cas de quelque façon que ce soit. La Loi prévoit la procédure par laquelle le ministre de la Santé reçoit les cas étayés de mauvais traitements ou de négligence, fait enquête sur ceux-ci et prend les mesures correctives requises.

Selon le communiqué de presse de la Province daté du 30 avril 2001, la Loi avait pour but « de protéger contre les mauvais traitements physiques, sexuels, mentaux, affectifs ou financiers, les Manitobains et les Manitobaines qui sont soignés dans des hôpitaux ou habitent des foyers de soins personnels. » Le ministre affirmait alors : « *La Loi sur la protection des personnes recevant des soins* est une mesure de protection additionnelle incorporée à l'excellent système de soins de santé du Manitoba. Nous confirmons maintenant par une loi que les gens qui nous sont chers ont le droit de vivre en toute sécurité dans un environnement où ils n'auront pas à craindre ni à subir de mauvais traitements. » Cela devait se faire par le signalement obligatoire des mauvais traitements infligés aux personnes âgées et la protection des employés qui dénoncent des collègues de travail ou des membres de la direction.

### Ce que fait l'Office

L'Office est le délégué du ministre pour l'application de la Loi; en ce sens, il est chargé de la mise en œuvre des dispositions de la Loi, dont celles-ci :

- recevoir les signalements de cas présumés de mauvais traitements ou de négligence dans les établissements de santé;

- déterminer si une enquête approfondie est justifiée;
- mener des enquêtes;
- déterminer s'il y a eu mauvais traitements ou négligence;
- donner avis des directives émises et des conclusions au patient ou à la victime, au curateur ou à toute autre personne qui, selon le ministre, devrait être avisée.

La Loi définit ainsi les mauvais traitements et la négligence :

« mauvais traitements » actes ou omission qui :

- a) constituent de la maltraitance sur les plans physique, sexuel, mental, affectif ou financier ou sur plusieurs de ces plans;
- b) causent ou peuvent vraisemblablement causer :
  - (i) le décès d'un patient,
  - (ii) un préjudice physique ou psychologique grave à un patient,
  - (iii) des pertes matérielles importantes à un patient.

La présente définition exclut la négligence.

« négligence » acte ou omission qui :

- a) constitue de la maltraitance ayant pour effet de priver un patient de soins appropriés, notamment sur le plan médical, ou d'autres nécessités de la vie ou d'une combinaison de ces choses;
- b) cause ou peut vraisemblablement causer :
  - (i) le décès d'un patient,
  - (ii) un préjudice physique ou psychologique grave à un patient.

## Le processus de l'Office

Selon le manuel des politiques de l'Office, si une allégation relève de la compétence de l'Office et qu'un enquêteur a « des motifs raisonnables de croire qu'un patient a été ou peut vraisemblablement être victime de mauvais traitements ou de négligence, il recommande officiellement que l'allégation fasse l'objet d'une enquête. » [nous traduisons] C'est le directeur de l'Office qui est responsable en dernier ressort de l'approbation d'une enquête.

Une enquête peut aboutir à l'une des deux conclusions suivantes :

- allégation de mauvais traitements ou de négligence fondée;
- allégation de mauvais traitements ou de négligence non fondée.

Selon l'Office, une conclusion d'allégation fondée signifie que l'incident s'est produit et qu'il répond à la définition de « mauvais traitements » ou de « négligence » au sens de la Loi. En revanche,

une conclusion d'allégation non fondée résulte de l'une des deux situations suivantes : l'incident ne s'est pas produit tel qu'il a été décrit ou il ne répond pas à la définition de « mauvais traitements » ou de « négligence » au sens de la Loi.

Une fois l'enquête terminée, l'Office communique les résultats par lettre à l'établissement de soins de santé visé, à l'office régional de la santé concerné, à l'auteur présumé des mauvais traitements et à la victime présumée. Dans la lettre, on explique les résultats et les conclusions de l'enquête. La lettre adressée à l'établissement peut contenir des directives contraignantes que celui-ci est tenu de mettre en œuvre.

S'il y a lieu, l'Office peut aussi renvoyer l'affaire à d'autres organismes d'enquête, comme un service de police ou un organisme de réglementation professionnelle. Ce renvoi n'empêche pas l'Office de mener son enquête et de donner des directives par la suite.

Au terme de l'enquête, l'Office est tenu de transmettre les conclusions d'allégation fondée au comité de protection contre les mauvais traitements infligés aux adultes si deux critères du règlement pris en application de la Loi sont satisfaits. L'article 3 du *Règlement sur la protection des personnes recevant des soins* (registre des mauvais traitements infligés aux adultes) prévoit ceci :

En vertu de l'article 8.2 de la Loi, le ministre soumet un rapport au comité de protection contre les mauvais traitements infligés aux adultes s'il est d'avis qu'une personne a infligé des mauvais traitements à un patient ou l'a négligé et s'il croit également :

- a) en ce qui concerne les critères visés au paragraphe 8.2(1) de cette loi, que la personne
  - (i) est ou peut devenir apte au travail ou
  - (ii) peut accomplir un travail bénévole ou devenir apte à le faire;
- b) en ce qui concerne les circonstances atténuantes visées à ce paragraphe, que les mauvais traitements ou la négligence ne sont pas attribuables à une formation inadéquate de la personne.

Le comité de protection contre les mauvais traitements infligés aux adultes est composé de personnes nommées par le gouvernement qui représentent les groupes suivants : agents d'exécution de la loi, avocats, professionnels de la santé et personnes qui possèdent de l'expérience dans la prestation de soins ou de services aux adultes visés. Le comité examine les enquêtes réalisées par les fonctionnaires chargés d'enquêter sur ces questions. Le rôle du comité est de déterminer si l'auteur présumé des mauvais traitements doit être inscrit au registre. Une fois cette décision prise, le comité transmet le nom de l'agresseur au registraire du registre des mauvais traitements infligés aux adultes. Il incombe au registraire d'inscrire les noms au registre. Lorsque le nom d'une personne est inscrit au registre, il y reste pendant au moins dix ans.

En 2020-2021, l'Office a reçu 2 282 signalements de mauvais traitements ou de négligence. Il mène environ 50 enquêtes par année.

**Cette page a été laissée  
blanche intentionnellement.**

## Objectif

Notre enquête avait pour objectif de vérifier la validité des allégations concernant la lenteur des enquêtes menées par l'Office ainsi que les préoccupations relatives aux conclusions d'allégation non fondée.

## Allégations

1. L'Office conclut à des « allégations de mauvais traitements non fondées » dans des cas où des personnes ont reçu des coups de poing, des gifles ou des coups de pied ou ont été victimes d'agression sexuelle.
2. L'Office ne mène pas ses enquêtes en temps opportun. Des victimes et des familles attendent plus de trois ans après le dépôt d'une allégation avant qu'une enquête ne soit ouverte.
3. L'Office ne publie aucune statistique ni aucun renseignement sur le nombre d'enquêtes qu'il mène ni sur les résultats de ces enquêtes. La transparence à l'égard du public est donc inadéquate.

## Portée et approche

Nous avons mené notre enquête entre octobre 2021 et juillet 2022, et celle-ci a porté sur les années 2015 à 2021. Nous nous sommes concentrés sur les enquêtes de l'Office concernant des allégations mettant en cause à des foyers de soins personnels, à l'exclusion de tout autre type d'établissement de soins de santé. Outre les allégations indiquées ci-dessus, nous faisons des commentaires sur d'autres constatations faites au cours de notre enquête. Cette dernière a été effectuée en conformité avec les dispositions de *la Loi sur le vérificateur général*.

Dans le cadre de nos procédures d'enquête, nous avons examiné ce qui suit :

- le manuel des politiques d'enquête de l'Office pour en relever les faiblesses;
- un échantillon de dix dossiers d'enquête pour en vérifier la conformité avec le manuel des politiques;
- 14 rapports d'enquête fournis par le personnel et la direction de l'Office relatifs à des cas pour lesquels on a conclu à des allégations non fondées;
- une comparaison des statistiques publiées par l'Office avec celles publiées par des organismes semblables ailleurs au Canada.

Nous avons aussi interviewé 13 membres actuels et anciens du personnel de l'Office et examiné les processus et les renseignements fournis par l'Office.

## Événements ultérieurs

En avril 2023, après la période d'examen de notre enquête (octobre 2021 à juillet 2022), on nous a fait part de deux événements ultérieurs :

1. Propositions de modifications législatives dans le cadre de *la Loi modifiant la Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale*. Les modifications auront une incidence sur la définition de « mauvais traitements » utilisée par l'Office.

Les modifications législatives ont reçu la sanction royale le 30 mai 2023. Nous n'avons pas vérifié leur incidence, car cela se situait en dehors de notre période d'examen.

2. L'Office a apporté des modifications à sa haute direction, dont la nomination :
  - d'un nouveau directeur général;
  - d'un nouveau directeur.

# 1 Allégations confirmées concernant de graves problèmes à l'Office de protection des personnes recevant de soins

Notre enquête sur les allégations que nous avons reçues concernant l'Office a confirmé l'existence de graves problèmes systémiques. Ces problèmes compromettent la capacité de l'Office à produire des résultats d'enquête significatifs en vue d'aider à protéger les Manitobains et Manitobaines vulnérables recevant des soins.

Nous avons constaté ceci :

- L'Office conclut à des « allégations de mauvais traitements non fondées » dans des cas où des Manitobains et Manitobaines vulnérables ont reçu des coups de poing, ont été battus ou ont été agressés sexuellement (**SECTION 1.1**).
- Des victimes attendent plus de trois ans avant qu'une enquête ne soit ouverte (**SECTION 1.2**).
- Les rapports publics de l'Office sur les résultats de ses enquêtes sont inadéquats (**SECTION 1.3**).

## 1.1 L'Office a conclu à des « allégations de mauvais traitements non fondées » dans des cas où des Manitobains et Manitobaines vulnérables ont reçu des coups de poing, ont été battus ou ont été agressés sexuellement

Nous avons reçu de nombreuses allégations selon lesquelles des victimes avaient été agressées dans des foyers de soins personnels alors que l'Office considérait ces incidents comme des « allégations de mauvais traitements non fondées ».

Lors de nos entretiens avec des membres du personnel de l'Office au cours de notre enquête, des enquêteurs et des membres de la direction nous ont donné de nombreux exemples de dossiers pour lesquels ils estimaient que l'allégation devait être fondée, mais dont la conclusion finale était le contraire. Nous avons sélectionné trois exemples pour illustrer des cas où des personnes vulnérables ont été agressées alors que l'Office a conclu que l'allégation de mauvais traitements n'était pas fondée. Ces exemples contiennent des résumés de l'information contenue dans les rapports d'enquête de l'Office ainsi que des formulations tirées de ceux-ci.

## Exemple 1

### DÉTAILS DE L'INCIDENT

Dans un foyer de soins personnels, un aide-soignant a donné un coup de pied dans le tibia d'un résident, ce qui a provoqué une importante déchirure de la peau. Le résident s'est mis à saigner et, après que la plaie a été nettoyée, le saignement a continué. L'établissement a communiqué avec le Service de police de Winnipeg étant donné la gravité de l'incident et de la blessure.

### CONCLUSIONS DE L'OFFICE

1. Il y a eu incident
2. Il y a eu mauvais traitements
3. Cas de mauvais traitements non fondé

#### Raisonnement de l'Office derrière la conclusion de cas de mauvais traitements non fondé :

- La victime présumée s'est complètement rétablie.
- La victime présumée ne se souvient pas de l'incident.
- Le coup de pied n'a pas interféré gravement ou de manière substantielle avec le bien-être de la victime présumée.

## Exemple 2

### DÉTAILS DE L'INCIDENT

Dans un foyer de soins personnels, deux aides-soignants ont maintenu de force une personne âgée dans son lit pour lui enlever son pyjama et lui mettre une tenue de jour. Les deux aides-soignants ont aussi utilisé un langage menaçant et vulgaire à l'égard de la personne âgée :

- « T'es un ost\*\*\* de con »
- « T'es un ost\*\*\* de bâtard »
- « Je vais te tuer mon ost\*\*\* »

### CONCLUSIONS DE L'OFFICE

1. Il y a eu incident
2. Il y a eu mauvais traitements
3. Cas de mauvais traitements non fondé

#### Raisonnement de l'Office derrière la conclusion de cas de mauvais traitements non fondé :

- Il n'y avait pas de preuve d'un changement de comportement de la victime présumée après l'incident.
- La victime présumée souffrait d'une déficience cognitive importante; il est donc peu probable que l'incident ait porté atteinte à son intégrité psychologique ou à son bien-être de manière substantielle.
  - Extrait de la conclusion de l'Office : « Compte tenu des renseignements fournis par [le directeur des soins de l'établissement] concernant l'état cognitif de la victime présumée, l'Office n'est pas en mesure de conclure que les actes consistant à injurier et à menacer un patient et à appliquer une contention non autorisée ont causé ou auraient pu vraisemblablement causer un préjudice grave. » [nous traduisons]
  - Le directeur des soins de l'établissement a déclaré ceci : « La victime présumée souffre d'une déficience cognitive si grave que, malgré le caractère traumatisant de l'expérience, il est peu probable que celle-ci interfère avec son intégrité psychologique ou son bien-être d'une manière substantielle. » [nous traduisons]

## Exemple 3

### DÉTAILS DE L'INCIDENT

Dans un foyer de soins personnels, un aide-soignant a frappé au visage une patiente souffrant de démence grave avec la télécommande d'un lève-personne. L'employé a ensuite abaissé l'engin sur l'abdomen de la victime, le métal faisant pression sur son ventre alors que la victime hurlait. La patiente a subi des lacérations au visage, ainsi que des ecchymoses et une enflure aux épaules et à l'abdomen. La police a été appelée, des accusations de voies de fait ont été portées contre l'aide-soignant et une ordonnance de « non-communication » a été rendue pour protéger la personne qui a signalé l'incident.

### CONCLUSIONS DE L'OFFICE

1. Il y a eu incident
2. Il y a eu mauvais traitements
3. Cas de mauvais traitements non fondé

### Raisonnement de l'Office derrière la conclusion de cas de mauvais traitements non fondé :

Extrait de la conclusion de l'Office : « [La victime présumée] n'a pas eu besoin de soins médicaux ou psychologiques actifs à la suite de l'incident. Bien qu'il se soit agi d'un incident grave, rien ne prouve qu'il ait interféré de manière substantielle avec le bien-être de la patiente ni qu'il aurait vraisemblablement pu le faire. L'incident est donc un cas de mauvais traitements non fondé. » [nous traduisons]

### Points saillants du dossier :

- La conclusion initiale de l'enquêteur était que l'incident constituait un cas de mauvais traitements **fondé**.
- Extrait de la conclusion initiale de l'enquêteur : « Une agression de ce type exposerait vraisemblablement la patiente à un risque de détresse émotionnelle grave à long terme (peur et anxiété) et à un risque de douleur physique au visage, à l'abdomen et aux épaules. Il est établi que ces blessures infligées à une personne âgée et fragile peuvent entraîner une détérioration de l'état de santé, voire la mort. Par conséquent, l'enquête conclut à un cas de mauvais traitements fondé commis par [l'agresseur présumé]. » [nous traduisons]
- Le directeur n'était pas d'accord avec la conclusion de l'enquêteur.
- Le directeur a laissé plusieurs commentaires sur le projet de rapport de l'enquêteur, dont ceux-ci [nous traduisons] :
  - « Le critère n'est pas "serait vraisemblable de s'attendre" ».
  - « Quelles sont les preuves médicales qui attestent que les blessures pouvaient vraisemblablement causer un préjudice grave? »
  - « Il n'y a pas eu "besoin de soins actifs". »
  - « C'est "maltraitance, pas mauvais traitements". »
- Le directeur a demandé à l'enquêteur de modifier la décision en cas de mauvais traitements non fondé.
- La conclusion a finalement été modifiée en cas de mauvais traitements **non fondé**.

*La Loi sur la protection des personnes recevant des soins a été adoptée dans le but de protéger les personnes vulnérables recevant des soins. Les exemples ci-dessus montrent que l'interprétation de la Loi par l'Office ne permet pas de parvenir à des conclusions raisonnables. Les conclusions et les directives de l'Office sont essentielles pour lui permettre de jouer son rôle de protection des Manitobains et Manitobaines vulnérables.*

Afin de déterminer les causes profondes qui ont conduit l'Office à conclure que les allégations de mauvais traitements étaient non fondées, nous avons analysé le processus d'enquête de l'Office pour savoir comment les enquêtes sont menées.

Le processus d'enquête de l'Office comprend les éléments suivants :

- réception des plaintes;
- réception des signalements de mauvais traitements ou de négligence présumés dans un établissement de santé;
- détermination à savoir si une enquête plus poussée est justifiée;
- réalisation des procédures d'enquête pour déterminer si l'incident s'est produit et s'il s'est traduit par de la maltraitance;
- détermination à savoir si les préjudices sont suffisamment graves pour atteindre le seuil des mauvais traitements ou de la négligence.

L'Office suit un processus en trois étapes pour déterminer si les allégations de mauvais traitements ou de négligence sont fondées ou non :

Étape 1 : Selon la prépondérance des probabilités, l'incident s'est-il produit? Les enquêteurs de l'Office tentent de déterminer s'il est plus probable qu'improbable que l'incident se soit produit tel qu'il a été décrit par l'auteur de la plainte.

Étape 2 : Y a-t-il eu maltraitance? L'Office définit la maltraitance comme le fait de « traiter quelqu'un de façon brutale, cruelle ou injuste ».

Étape 3 : S'ensuit une analyse en deux volets :

- a. la maltraitance a-t-elle causé un préjudice grave **ou**
- b. la maltraitance a-t-elle pu vraisemblablement causer un préjudice grave?

La Cour suprême du Canada définit le préjudice grave (blessures graves) ainsi : « toute blessure physique ou psychologique qui nuit d'une manière importante à l'intégrité, à la santé ou au bien-être physique ou psychologique du plaignant ». C'est cette définition qu'utilise l'Office comme seuil pour déterminer s'il y a eu préjudice grave.

Dans l'échantillon de dossiers d'enquête que nous avons examiné, nous avons vu des cas où des Manitobains et Manitobaines recevant des soins avaient reçu des coups de poing, des coups de pied ou avaient été agressés sexuellement. L'Office a déterminé que les incidents s'étaient produits, mais que les allégations de mauvais traitements n'étaient pas fondées. Nous avons relevé trois raisons pour lesquelles l'Office avait conclu à des cas non fondés.

### **1.1.1 Le seuil de détermination du préjudice grave par l'Office est extrêmement élevé**

Dans notre examen des dossiers d'enquête de l'Office, nous avons constaté que ce dernier applique un seuil extrêmement élevé pour prouver qu'il y a eu préjudice grave. L'interprétation de « préjudice grave » par l'Office s'appuie sur la définition de « blessures graves » donnée par la Cour suprême du

Canada. Pour atteindre ce seuil élevé, l'Office exige la preuve d'un préjudice physique ou émotionnel persistant. Nous avons examiné des dossiers où les victimes s'étaient remises de leurs blessures ou ne se souvenaient pas de l'incident et pour lesquels l'Office avait jugé que les allégations de mauvais traitements n'étaient pas fondées. Selon la façon de faire de l'Office, si une victime se remet de ses blessures ou ne parvient pas à se souvenir de son agression (en raison d'une démence ou autre déficience cognitive), il n'y a alors aucune preuve de préjudice émotionnel ou physique subi par la victime et on ne peut donc pas établir que le seuil de préjudice grave a été atteint.

Nous avons interrogé des enquêteurs qui nous ont dit qu'ils soumettaient souvent des conclusions d'allégations fondées à la direction pour approbation, que des désaccords étaient soulevés et que leurs décisions finissaient par être infirmées. Les désaccords n'étaient pas consignés dans les dossiers. Des enquêteurs ont affirmé que la direction décourageait fortement de documenter ces discussions. La direction a confirmé qu'il y avait eu de tels désaccords et que des décisions d'enquêteurs avaient bel et bien été infirmées. Elle nous a dit que cela se produisait parce que le seuil de détermination des mauvais traitements ou de la négligence n'était pas atteint selon son interprétation de la Loi.

*Selon la façon de faire de l'Office, si une victime se remet de ses blessures ou ne parvient pas à se souvenir de son agression (en raison d'une démence ou autre déficience cognitive), il n'y a alors aucune preuve de préjudice émotionnel ou physique subi par la victime et on ne peut donc pas établir que le seuil de préjudice grave a été atteint.*

### 1.1.2 L'Office n'a pas de processus pour déterminer si un préjudice grave peut vraisemblablement être causé

Selon la Loi, « mauvais traitements » et « négligence » s'entendent

« d'actes ou omissions (...) qui causent **ou peuvent vraisemblablement** causer (...) un préjudice (...) grave ».

Comme il est indiqué à l'étape 3 ci-dessus, le processus de détermination du préjudice grave est une analyse en deux volets. Dans un premier temps, l'Office doit déterminer s'il y a eu préjudice grave. Si l'existence d'un préjudice grave ne peut être établie, l'Office doit alors déterminer, conformément à la définition de « mauvais traitements » ou de « négligence » dans la Loi, si la maltraitance aurait pu vraisemblablement causer un préjudice grave. Nous avons constaté que le manuel des politiques de l'Office n'exige pas que cette détermination soit faite ni qu'elle soit documentée dans les dossiers. Le manuel des politiques devrait comporter un processus bien défini pour déterminer si un préjudice grave peut vraisemblablement être causé. Dans l'exemple ci-dessous, l'Office a supposé que l'agression sexuelle grave d'un patient vulnérable n'avait pas causé de préjudice émotionnel grave.

## Exemple d'un dossier où l'Office n'a pas établi si une action pouvait vraisemblablement causer un préjudice grave

### Détails de l'incident

Un patient vulnérable a subi une agression sexuelle grave de la part d'un travailleur en soins de santé.

### Conclusions de l'Office

L'Office a jugé la victime crédible et a déterminé qu'une agression sexuelle grave s'était produite. Il a toutefois jugé que l'allégation de mauvais traitements n'était pas fondée.

### Raisonnement (citation)

« Tout au long de son enquête, l'enquêteur a relevé de nombreuses caractéristiques d'une victime traumatisée sur le plan émotionnel et a noté que la victime présumée, grâce à un soutien et à des soins psychologiques, avait été en mesure de se remettre remarquablement bien de l'incident. Étant donné que l'Office ne peut établir si l'incident a eu des répercussions importantes sur la victime présumée, l'enquête conclut à des allégations de mauvais traitements non fondées. »  
[nous traduisons]

### 1.1.3 L'Office n'a pas de processus sur l'obtention d'avis médicaux

Des enquêteurs nous ont dit que, dans des cas où ils estimaient qu'une allégation devait être considérée comme fondée, la direction n'était pas disposée à procéder sans avis médical. La direction nous a expliqué qu'elle souhaitait obtenir un avis médical comme preuve en défense au cas où sa décision serait contestée devant les tribunaux.

La Loi est muette sur l'obtention ou l'exigence d'un avis médical pour étayer des conclusions. Le manuel des politiques de l'Office est également muet sur l'obtention ou l'exigence d'un tel avis. Nous n'avons pu trouver d'obligation officielle contraignant les enquêteurs à obtenir des avis médicaux.



#### Recommandation 1

Nous recommandons que le manuel des politiques de l'Office comprenne un processus pour évaluer et documenter :

- a. si un préjudice grave a pu vraisemblablement être causé,
- b. si un avis médical est nécessaire et quelles sont les autres preuves acceptables si on ne peut pas obtenir d'avis médical.

Des lignes directrices devraient permettre de s'assurer que les deux éléments ci-dessus sont appliqués de manière cohérente.

### 1.1.4 Les problèmes d'interprétation sont connus depuis des années

Les problèmes d'interprétation concernant le seuil élevé utilisé par l'Office pour déterminer le préjudice grave durent depuis plus de dix ans.

En 2019, l'Office a commencé à rédiger un projet de mise à jour de la Loi dans l'intention de le soumettre à son conseiller juridique pour qu'il amorce le changement. Les efforts déployés pour mettre ce projet en œuvre ont toutefois piétiné, et aucune modification n'a finalement été apportée à la Loi. On nous a dit que l'Office concentrait son attention sur la résorption d'un arriéré de dossiers de trois ans (voir la **SECTION 1.2** pour plus de renseignements sur l'arriéré).

Au cours des dix dernières années, trois autres rapports ont attiré l'attention sur les problèmes d'interprétation de l'Office. Ces trois rapports ont été publiés par l'ombudsman du Manitoba, un groupe de travail externe à l'Office et le Ministère. Bien que la question ait été soulevée trois fois par trois organismes distincts en dix ans, l'Office n'a toujours pas pris de mesures significatives pour remédier à la situation.

Le tableau suivant présente les trois rapports qui ont soulevé le problème de l'interprétation, ainsi que de brefs extraits de leurs conclusions.

*Bien que la question de l'interprétation ait été soulevée trois fois par trois organismes distincts en dix ans, l'Office n'a toujours pas pris de mesures significatives pour remédier à la situation.*

Titre du rapport	Extraits des conclusions (lire le rapport pour connaître tous les détails)
<p>2021 – Voies vers la dignité : droits, mesures de protection, planification et prise de décisions</p> <p><i>Par : Groupe de travail en consultation avec Familles Manitoba</i></p>	<p>« La définition de mauvais traitements dans la Loi diffère aussi de celle qu'on trouve ailleurs au pays.</p> <p>Notamment, la loi manitobaine stipule que les mauvais traitements "peuvent vraisemblablement causer un préjudice physique ou psychologique grave". En regard de cette définition, une gifle ne sera pas nécessairement considérée comme un mauvais traitement, car elle n'aura pas de conséquences physiques durables. <b>Or cela est en contradiction avec le bon sens. Le groupe de travail croit fermement que la Loi crée un critère trop strict pour prouver qu'une personne est victime de mauvais traitements.</b> »</p>
<p>2016 – Rapport d'examen interne : Office de protection des personnes recevant des soins</p> <p><i>Par : Services à la famille Manitoba</i></p>	<p>« Il y a des enjeux législatifs pour l'Office... L'absence de politiques permettant d'interpréter le contenu de la Loi entraîne un manque de clarté quant aux seuils utilisés pour prendre des décisions cruciales et d'explications de haut niveau concernant les décisions prises. Il en résulte que les décisions ne sont pas facilement comprises comme étant mesurables et, par conséquent, défendables. En outre, l'"avis juridique" relatif à la définition de mauvais traitements sert essentiellement de bouc émissaire responsable de la confusion (...) Il est intéressant de noter que la jurisprudence invoquée dans l'avis juridique, soit R. V. McCraw, est la même que celle documentée dans</p>

l'examen de 2011 de l'ombudsman, qui visait à s'assurer que les incidents ou préoccupations ne soient pas rejetés en raison d'une interprétation perçue comme étroite utilisée par l'Office pour déterminer si une enquête est justifiée. **Le personnel et la direction ont souligné la nécessité d'apporter des modifications aux dispositions législatives, en particulier aux définitions de mauvais traitements et de négligence.** » [nous traduisons]

2011 – Rapport sur l'Office de protection des personnes recevant des soins

Par : Ombudsman du Manitoba

**« En vertu de la définition actuelle de mauvais traitements, l'une des affections qui rendent les résidents des établissements de soins vulnérables et font en sorte qu'ils ont besoin de protection, à savoir une déficience mentale, peut par inadvertance protéger les auteurs des mauvais traitements.** Il peut en être ainsi lorsque l'acte de maltraitance causerait normalement un préjudice émotionnel, mais qu'en raison de l'incapacité du patient à comprendre l'acte et à raconter ce qui s'est passé, l'évaluation des conséquences pour le patient est telle qu'il est difficile, voire impossible, de déterminer s'il y a eu préjudice émotionnel.

**Cela est particulièrement préoccupant étant donné que ces dispositions législatives visent à protéger les résidents des établissements de soins qui sont souvent des patients âgés qui peuvent être physiquement fragiles et souffrir d'un certain type d'affection débilante sur le plan mental, comme la démence.** » [nous traduisons]



## Recommandation 2

Nous recommandons que l'Office mette à jour les définitions de « mauvais traitements » et de « négligence » qui figurent dans la Loi ou veille à ce que son interprétation des définitions soit conforme à l'objectif de protection des Manitobains et Manitobaines vulnérables recevant des soins.

## 1.2 Des victimes attendent plus de trois ans avant qu'une enquête ne soit ouverte

Un problème important que nous avons constaté est le temps qui s'écoule entre le moment où une allégation est soumise à l'Office et celui où une enquête est ouverte. Ce problème est d'autant plus grave qu'il dure depuis plus de dix ans sans qu'aucune solution n'ait été trouvée. En octobre 2022, des allégations remontant à 2018 attendaient toujours qu'une enquête soit ouverte.

L'Office a donné plusieurs raisons pour expliquer son incapacité à résorber l'arriéré :

- manque d'enquêteurs;
- difficulté d'embaucher d'autres enquêteurs;
- quelques enquêtes inattendues et urgentes qui ont mobilisé l'effectif;
- manque d'expérience et de formation des enquêteurs prêtés à l'Office.

Un autre problème que nous avons constaté est le temps qu'il faut à l'Office pour mener à bien une enquête. Nous avons analysé le temps nécessaire pour réaliser l'enquête (depuis la réception de l'allégation par l'Office jusqu'à la clôture de l'enquête) dans les dix dossiers d'enquête que nous avons sélectionnés. Nous avons constaté que le délai le plus court était de 440 jours, et que l'enquête la plus longue avait duré 1 278 jours (soit environ 3,5 ans).

Qu'il s'agisse du temps qu'il faut pour ouvrir une enquête ou du temps qu'il faut pour la mener à bien, les enquêtes ne sont pas réalisées dans des délais appropriés.

## Quatre conséquences de l'arriéré

L'accumulation des dossiers d'enquête au fil des ans a quatre conséquences qui jettent le doute sur l'efficacité de l'Office :

### a. *Incidence sur les familles et les victimes*

Une des conséquences importantes de l'arriéré est l'incidence des délais sur les familles et les victimes. Un enquêteur a raconté un cas où il avait parlé à une personne dont un membre de la famille (la victime) venait de décéder. La famille était en deuil et l'enquêteur posait des questions sur des mauvais traitements qui s'étaient produits plusieurs années auparavant. L'enquêteur était préoccupé par l'incidence émotionnelle que pouvaient avoir ses questions précises sur des mauvais traitements survenus il y avait si longtemps et alors que la famille pleurait un de ses membres. Les victimes et les familles se tournent vers l'Office pour obtenir de l'aide afin de résoudre des allégations de mauvais traitements ou de négligence, mais, au lieu de cela, beaucoup sont confrontées à des années d'attente avant même que le dossier n'atteigne l'étape de l'enquête.

### b. *Incidence de la perte de preuve sur les enquêtes*

Une autre conséquence du long arriéré est la perte potentielle de preuve qui se produit lorsqu'il faut des années avant qu'un dossier n'atteigne l'étape de l'enquête. Cela a une incidence sur la capacité de l'Office à mener correctement les enquêtes. L'Office nous a indiqué qu'un délai de trois à quatre ans avait une

*Les victimes et les familles se tournent vers l'Office pour obtenir de l'aide afin de résoudre des allégations de mauvais traitements ou de négligence, mais, au lieu de cela, beaucoup sont confrontées à des années d'attente avant même que leur dossier n'atteigne l'étape de l'enquête.*

incidence négative sur la qualité de ses enquêtes :

- des preuves peuvent ne plus exister;
- les victimes sont peut-être déjà mortes;
- les coordonnées du personnel et des témoins ne sont peut-être plus bonnes;
- les témoins ou le personnel ont peut-être déménagé et on ne peut plus les joindre.

Des enquêteurs nous ont dit qu'ils ne parvenaient pas à obtenir des renseignements précis de la part des témoins lorsque les entretiens étaient menés trois ans après l'incident présumé.

Pour mener des enquêtes fondées sur des éléments probants, ces derniers doivent être obtenus en temps utile. L'arriéré a une incidence sur la capacité de l'Office à obtenir ces renseignements et à mener des enquêtes de qualité.

*c. Incidence sur la crédibilité de l'Office*

Les enquêteurs avec lesquels nous nous sommes entretenus se sont interrogés sur l'utilité d'enquêter sur des allégations trois ou quatre ans après un incident présumé, ainsi que sur la valeur du rôle de l'Office.

On nous a dit que des familles, des victimes et des établissements mettaient en doute la crédibilité de l'Office parce que celui-ci communiquait avec eux plusieurs années après un incident présumé et leur demandait de se rappeler des faits et des détails qui s'étaient effacés de leur mémoire depuis longtemps.

*d. Incidence sur l'accusé*

L'arriéré n'a pas une incidence profonde uniquement sur les victimes de négligence ou de mauvais traitements présumés, mais aussi sur les agresseurs présumés. Les membres du personnel de l'établissement qui font l'objet d'allégations attendent eux aussi le début et la fin de l'enquête de l'Office. Lorsque des allégations sont formulées, les établissements mènent souvent des enquêtes internes peu de temps après que les allégations ont été portées à leur connaissance. Même si l'enquête interne conclut à des allégations non fondées, le membre du personnel visé continue à se faire du souci jusqu'à ce que l'Office ait terminé sa procédure, des années après l'incident présumé. Toutes les parties devraient avoir droit à des enquêtes réalisées dans un délai raisonnable.

### Consequence to victims and families of 3+ year wait times for investigations to complete

Dans le cadre de notre processus d'examen des préoccupations des citoyens, plusieurs familles nous ont fait part de leur expérience avec l'Office. L'une d'elles a dû attendre jusqu'à 3,5 ans avant que l'Office n'achève son enquête. Un membre de la famille avait été victime de mauvais traitements graves de la part du personnel d'un foyer de soins personnels et l'Office n'avait pas mené l'enquête dans des délais appropriés.

## Consequence to victims and families of 3+ year wait times for investigations to complete

La famille a déclaré avoir trouvé des ecchymoses sur le corps de sa mère, dont les capacités cognitives étaient limitées et qui vivait dans un foyer de soins personnels. Afin de connaître la cause des ecchymoses, la famille avait installé des caméras de sécurité dans la chambre; celles-ci ont enregistré des actes de mauvais traitements au cours desquels la mère a été frappée par un aide-soignant et a reçu un lève-personne hydraulique au visage.

Les membres de la famille ont décrit la douleur qu'ils ont ressentie lorsqu'ils ont vu leur mère subir ces actes de mauvais traitements graves sur la vidéo. Les délais de l'Office ont été si longs que la mère est décédée avant même que l'Office n'ouvre son enquête. La famille s'est interrogée sur les preuves qui subsisteraient 3,5 ans après les faits.

La famille a également fait part de sa frustration face aux délais importants de l'enquête, car cela signifiait que l'agresseur présumé pouvait occuper un autre emploi auprès de Manitobains et Manitobaines vulnérables pendant la durée de celle-ci. Selon la famille, ce retard pouvait faire en sorte que l'agresseur présumé continue à maltraiter des Manitobains et Manitobaines vulnérables dans d'autres établissements. Tant que l'enquête n'est pas terminée, l'Office ne peut pas transmettre le nom d'un agresseur présumé au comité de protection contre les mauvais traitements infligés aux adultes pour inscription au registre des mauvais traitements infligés aux adultes, ce qui aurait pour effet d'empêcher l'agresseur présumé de travailler auprès de Manitobains et Manitobaines vulnérables.

### Retards de l'Office dans la soumission de rapports de mauvais traitements ou de négligence au comité de protection contre les mauvais traitements infligés aux adultes

Outre l'arriéré de trois ans mentionné plus haut, nous avons constaté des retards dans la soumission des rapports de l'Office au comité de protection contre les mauvais traitements infligés aux adultes. En vertu du paragraphe 8.2(1) de la Loi et de l'article 3 de son règlement, le ministre de la Santé doit soumettre un rapport des mauvais traitements ou de la négligence au comité. Voir la citation de l'article 3 du règlement à la section « Contexte ». Si l'Office conclut que les allégations de mauvais traitements ou de négligence sont fondées et que l'auteur présumé de la maltraitance satisfait aux conditions énoncées dans le règlement, l'Office est tenu de soumettre un rapport au comité.

Nous avons constaté que l'Office ne soumettait pas les rapports de mauvais traitements ou de négligence au comité dans les délais voulus. Entre 2015 et 2021, il a fallu entre un et 37 mois à l'Office pour soumettre au comité un rapport dûment rempli et signé (c'est-à-dire entre le moment où l'enquête est terminée et signée et celui où le rapport est envoyé au comité). La direction de l'Office n'a pas été en mesure d'expliquer les raisons de ces délais, mais elle a indiqué qu'elle examinerait les causes du problème et qu'elle ajouterait peut-être des échéanciers au manuel des politiques.

Tant que les dossiers ne sont pas soumis au comité, les agresseurs présumés peuvent continuer à travailler auprès de patients vulnérables dans le secteur des soins de santé. Cela n'est pas raisonnable.

## Retards dans la décision d'inscrire ou non des agresseurs présumés sur la liste

D'après les dossiers de l'Office, nous avons constaté qu'il y avait aussi des retards du côté du comité ou du registraire. Bien que nous n'ayons pas fait de vérification auprès du comité ou du registraire, puisque cela était au-delà de la portée de la présente enquête, les statistiques que nous avons demandées à l'Office (voir le tableau ci-dessous) montrent que les agresseurs présumés ne sont pas inscrits au registre en temps voulu.

Rapports de l'Office soumis au comité	Décision du comité en date d'octobre 2022	Délai
2015 (1 dossier)	À déterminer : toujours pas de décision sur l'inscription de l'agresseur présumé au registre (en attente d'une décision)	7 ans
2019 (2 dossiers)	En attente d'une décision	3 ans
2020 (1 dossier)	En attente d'une décision	2 ans
2021 (3 dossiers)	En attente d'une décision	~1 an



### Recommandation 3

Nous recommandons que l'Office révise sa politique relative aux enquêtes afin d'y inclure une section sur la procédure de soumission des rapports de mauvais traitements ou de négligence au comité de protection contre les mauvais traitements infligés aux adultes. Une telle procédure devrait notamment comprendre :

- des échéances raisonnables pour la soumission des rapports au comité;
- une surveillance du respect des échéances;
- des procédures de suivi, au besoin.

## Trois facteurs font en sorte qu'il est difficile de résorber l'arriéré

Au cours de notre enquête, nous avons découvert trois problèmes qui font en sorte qu'il est difficile pour l'Office de résorber l'arriéré. Ce sont les suivants :

- Il n'y a pas d'option pour simplifier les enquêtes*

La procédure d'enquête actuelle de l'Office ne permet pas de simplifier les enquêtes si les circonstances changent. Si une allégation a été retenue pour faire l'objet d'une enquête, elle doit suivre l'ensemble du processus, même s'il n'y a plus de motif valable d'investir du temps et des ressources dans la poursuite de l'enquête.

Des enquêteurs ont été confrontés à des cas où ils ont estimé qu'une enquête complète n'était plus justifiée ou utile. Il peut s'agir, par exemple, d'une situation où tous les critères suivants sont réunis :

- la prise en compte du contexte et de la nature de l'allégation;
- l'incident présumé s'est produit il y a plusieurs années;
- l'agresseur présumé ne travaille plus dans l'établissement ou dans le secteur des soins de santé auprès de patients vulnérables;
- l'établissement a déjà pris des mesures pour éviter que la même situation ne se reproduise.

Dans ces cas, les enquêteurs de l'Office nous ont dit que même s'ils menaient l'enquête de bout en bout, ils ne donneraient aucune directive à l'établissement et n'apporteraient aucune valeur ajoutée. Investir du temps dans ce type de situation n'est peut-être pas la meilleure façon d'utiliser le temps et les ressources de l'Office, tant sur le plan de l'efficacité globale que de la résorption de l'arriéré.



#### Recommandation 4

Nous recommandons que l'Office examine la pertinence d'ajouter une option à son processus d'enquête afin de simplifier les enquêtes. Si l'Office décidait de mettre en œuvre une telle option, le processus devrait être soutenu par les éléments suivants :

- a. des lignes directrices dans le manuel des politiques sur les éléments clés qui doivent être satisfaits avant qu'une enquête ne soit simplifiée;
- b. l'obligation de documenter toutes les conclusions et discussions qui doivent être conservées dans le dossier;
- c. une communication appropriée à toutes les parties concernées.

#### *b. Les enquêteurs de l'Office s'occupent à la fois des examens et des enquêtes*

Les enquêteurs nous ont dit que l'Office était le seul endroit où ils avaient travaillé où ils devaient effectuer à la fois les examens préliminaires et les enquêtes elles-mêmes. Dans tous les autres postes d'enquêteurs qu'ils avaient occupés antérieurement, il y avait toujours du personnel différent pour s'occuper des deux volets, ce qui permettait aux enquêteurs de consacrer tout leur temps et toute leur attention au traitement des enquêtes.

Selon les enquêteurs de l'Office, le fait de réaliser à la fois les examens et les enquêtes n'est pas une procédure efficace et cela leur fait perdre un temps précieux dont ils ont besoin pour se concentrer sur les enquêtes.

L'Office a indiqué qu'on avait voulu vérifier la valeur de la répartition des tâches entre les examens et les enquêtes, mais qu'après une courte période d'essai, la direction avait conclu que ce n'était pas un bon processus et avait mis fin à l'initiative.



## Recommandation 5

Nous recommandons que l'Office :

- a. évalue la pertinence de confier le processus d'examen à du personnel différent;
- b. mette en œuvre les modifications et les procédures nécessaires.

Cela permettrait aux enquêteurs de consacrer leur temps et leur attention aux enquêtes.

### *c. Les délais d'approbation dans le processus d'enquête*

Les enquêteurs ont soulevé un point commun, à savoir que deux éléments du processus d'enquête viennent aggraver l'arriéré :

1. il peut s'écouler des mois avant qu'une allégation ne soit approuvée, de l'examen jusqu'à l'enquête;
2. il peut s'écouler des mois avant que le rapport d'enquête (enquête terminée) ne soit révisé.

Le directeur, qui est responsable des approbations dans les deux cas, nous a confirmé ceci :

1. il faut quelques mois pour approuver l'allégation entre l'examen et l'enquête;
2. les rapports d'enquête demeurent sur le bureau du directeur bien plus longtemps que les approbations des examens. Le rapport d'enquête le plus ancien qui se trouvait sur le bureau du directeur au moment de notre entretien datait d'octobre 2021. Cela représentait un délai de huit mois à l'époque.

Dans le système actuel, une seule personne dans le processus d'enquête est responsable d'un grand nombre d'approbations. Il peut se former un goulot d'étranglement si cette personne prend du retard.

Dans la **SECTION 2**, nous abordons plusieurs autres faiblesses du processus auxquelles l'Office est confronté et qui contribuent en fin de compte à l'inefficacité du processus d'enquête.

## 1.3 Les rapports publics de l'Office sont inadéquats

La reddition de compte publique du travail d'un organisme est un outil essentiel qui permet aux décideurs politiques et au public de vérifier si une entité remplit son mandat. En outre, la reddition de compte publique assure la transparence de l'organisme et peut contribuer à cerner les risques et les tendances à l'égard desquels ce dernier devrait prendre des mesures.

L'Office a cessé de produire son rapport annuel en 2016. La direction a déclaré que les rapports annuels n'étaient pas particulièrement utiles au public ni à l'Office. La direction nous a dit que le temps du personnel pouvait être mieux utilisé à mener des enquêtes. Les seuls rapports publics produits par l'Office depuis 2016 figurent dans le rapport annuel du ministère de la Santé et sur son site Web. L'Office y indique le nombre de nouvelles préoccupations qu'il reçoit et le nombre de séances d'information qu'il organise au cours d'une année. Ces données ne permettent pas de vérifier si l'Office répond aux attentes des décideurs politiques et du public et ne fournissent pas de renseignements sur les risques auxquels l'Office est confronté.

Nous avons examiné ce qui se faisait ailleurs afin de connaître les données qui présentent une valeur pour le public, les décideurs politiques et l'Office lui-même. Ces données sont ventilées selon les autorités régionales de la santé, les établissements de santé individuels ou les deux. Elles comprennent :

- le nombre de préoccupations reçues;
- le nombre d'enquêtes fondées et non fondées selon :
  - l'emploi occupé par l'agresseur présumé,
  - la nature des mauvais traitements ou de la négligence,
  - le genre d'établissement de soins de santé (foyer de soins personnels, hôpital, établissement de soins de longue durée),
  - les enquêtes sur les allégations fondées de maltraitance;
  - les enquêtes sur les allégations fondées de mauvais traitements ou négligence graves;
- la durée moyenne d'une enquête;
- le nombre d'enquêtes en cours;
- le nombre d'enquêtes terminées.

Un autre facteur de risque qu'il serait utile que l'Office envisage de communiquer est le régime de propriété des établissements de soins de santé (public ou privé). Les médias ont fait état de préoccupations importantes de la part du public au sujet des soins donnés dans des foyers de soins personnels privés et à but lucratif. En rendant compte publiquement des cas de mauvais traitements ou de négligence selon le régime de propriété de l'établissement, l'Office procurerait au public et aux décideurs politiques un outil d'évaluation des risques.



### Recommandation 6

Nous recommandons que l'Office produise un rapport, au moins annuellement, qui donne des statistiques sur ses enquêtes. L'Office devrait examiner la possibilité de communiquer des statistiques publiées par des organismes semblables au Canada ainsi que tout autre renseignement qui pourrait être utile au public et aux décideurs politiques.

## L'Office ne publie pas d'information sur les enquêtes individuelles

L'Office ne communique pas publiquement la nature des allégations individuelles qu'il reçoit, les résultats des enquêtes terminées, ni les directives données aux établissements de soins de santé. L'absence de reddition de compte publique limite la capacité des Manitobains et Manitobaines à savoir si les soins sont donnés de manière appropriée dans un établissement particulier, à connaître les risques au sein du système de soins de santé ou à vérifier si un établissement de soins particulier convient à leurs proches. Cette situation n'est pas cohérente avec ce que nous avons vu ailleurs. Par exemple, l'Alberta fournit des rapports de synthèse des décisions en fonction de chaque autorité de la santé. Ces rapports décrivent en détail les enquêtes menées dans chaque établissement de soins de santé, tout en préservant la confidentialité. Les rapports comprennent un bref résumé de l'information, notamment :

- la qualité de l'agresseur présumé (p. ex. membre du personnel ou patient de l'établissement);
- l'allégation;
- le genre de mauvais traitements;
- la conclusion de l'enquête (fondée ou non fondée);
- les directives, s'il en est;
- le suivi de la mise en œuvre des directives (mises en œuvre ou non, date de la mise en œuvre).



### Recommandation 7

Nous recommandons que l'Office produise au moins annuellement un résumé des enquêtes individuelles terminées, qui devrait comprendre :

- a. un résumé de l'allégation initiale;
- b. la qualité de l'agresseur présumé;
- c. le résultat de l'enquête terminée;
- d. les directives afférentes émises par l'Office;
- e. le suivi de la mise en œuvre des directives.

## 2 Le processus de réception, d'examen, d'enquête et de rapport relatif aux allégations de mauvais traitements ou de négligence doit être amélioré

La présente section porte sur les résultats de nos procédures d'enquête au cours desquelles nous avons examiné :

- l'exhaustivité et les faiblesses du manuel des politiques d'enquête de l'Office;
- la conformité au manuel des politiques d'un échantillon de dix dossiers d'enquête.

### 2.1 L'Office a un manuel des politiques d'enquête, mais des améliorations sont nécessaires

L'Office a un manuel de politiques d'enquête qui couvre chacun des quatre éléments principaux du processus d'enquête : réception, examen, enquête et rapport. Nous avons toutefois constaté que le manuel ne contenait pas d'éléments clés permettant d'assurer la qualité des enquêtes.

#### Pas de priorisation des allégations en fonction du risque

Nous avons constaté que le manuel des politiques de l'Office ne donne pas de lignes directrices sur la priorisation des allégations en fonction du risque. La pratique de la direction de l'Office consiste à prioriser les enquêtes en fonction de la date de réception, les dossiers les plus anciens étant évalués en priorité.

Le directeur nous a indiqué que les enquêteurs sont autorisés à discuter avec la direction s'ils estiment qu'une allégation particulière devrait être traitée en priorité par rapport à des dossiers plus anciens. Toutefois, il est rare que des allégations plus récentes soient déplacées vers le haut de la liste.

La priorisation des enquêtes en fonction du risque permettrait à l'Office de se concentrer sur les allégations présentant le danger le plus important et le plus immédiat pour les victimes dans les foyers de soins personnels. Par exemple, certaines situations peuvent présenter un risque accru, comme celles-ci :

- une allégation mettant en cause un agresseur présumé qui travaille toujours auprès de personnes vulnérables;
- une allégation mettant en cause une victime qui peut être en fin de vie et il faut obtenir des renseignements cruciaux avant qu'elle ne décède.

Nous avons constaté que des enquêtes avaient été priorisées dans de rares circonstances, comme celle sur la réponse à la pandémie au Maples Personal Care Home, mais que de tels cas n'étaient pas la norme.



## Recommandation 8

Nous recommandons que l'Office mette en place un processus de priorisation des enquêtes en fonction du risque et que le processus soit documenté dans le manuel des politiques. Les lignes directrices relatives au processus peuvent inclure notamment les éléments suivants :

- a. les facteurs de risque à prendre en compte;
- b. la documentation des motifs de la priorisation et de la conclusion;
- c. les exigences de révision et d'approbation.

## Pas de documentation des décisions clés

Des enquêteurs nous ont confié qu'il arrivait souvent que leur conclusion d'allégation fondée à la suite d'une enquête soit annulée par le directeur. Ils ont dit avoir essayé de documenter dans les dossiers les conversations relatives à de telles décisions, mais que la direction décourageait l'enregistrement de ces renseignements. La pratique exemplaire consisterait à documenter toutes les discussions relatives à la prise de décisions clés. Le manuel des politiques est muet sur l'obligation de documenter ces types de conversations.



## Recommandation 9

Nous recommandons que l'Office exige que toutes les discussions relatives à la prise de décisions clés soient documentées dans le dossier d'enquête, y compris toute modification apportée aux conclusions de l'enquêteur.

## Pas de processus d'assurance de la qualité dûment documenté

L'Office n'a pas de processus d'assurance de la qualité documenté. Un tel processus est une norme de pratique exemplaire qui permet de vérifier si des processus répondent à des mesures spécifiques. Pour l'Office, ce processus servirait à vérifier si les enquêtes respectent les échéanciers, les exigences en matière de documentation et les procédures définies dans le manuel des politiques. Sans cet outil, l'Office n'a pas de mécanisme officiel pour savoir et documenter si les enquêtes respectent les échéanciers ou les politiques et il perd ainsi une occasion unique de cerner des problèmes et des domaines à améliorer.

Au moment de notre enquête, l'Office n'effectuait pas d'audit d'assurance de la qualité des dossiers d'enquête, bien qu'il l'ait fait ponctuellement en 2016 pendant une brève période. L'Office ne procédait à des audits d'assurance de la qualité que pour les dossiers d'examen.

Les résultats des audits des dossiers d'examen ont été documentés, mais la formule utilisée pour la documentation pourrait être améliorée. En outre, la formule utilisée par l'Office pour les audits des examens n'était pas suffisante, car elle ne mentionnait aucun des renseignements clés énoncés dans le manuel des politiques, à savoir :

- les délais de traitement interne à respecter;
- les procédures spécifiques à réaliser;
- une liste de vérification de toutes les communications qui doivent être faites aux parties concernées.

Voir à l'**ANNEXE 1** la formule d'assurance de la qualité utilisée par l'Office pour les audits d'examen antérieurs.



### Recommandation 10

Nous recommandons que l'Office mette en place un processus d'assurance de la qualité documenté. Ce processus devrait inclure :

- a. des lignes directrices sur la façon dont les dossiers (examen et enquête) sont choisis pour un audit (p. ex. en fonction du risque);
- b. le nombre de dossiers devant être sélectionnés;
- c. la fréquence des audits;
- d. le recours à une liste de vérification pour l'audit sur laquelle figurent les principales exigences du manuel des politiques;
- e. un processus de suivi de la formation ou de l'information du personnel de l'Office, au besoin;
- f. des exigences de documentation des audits.

## 2.2 L'Office ne suit pas toujours les procédures figurant dans son manuel des politiques d'enquête

Nous avons vérifié si l'Office respectait son manuel des politiques d'enquête. Pour ce faire, nous avons analysé un échantillon de dix dossiers d'enquête. Nous avons relevé un certain nombre de problèmes de non-conformité. Les principaux problèmes que nous avons constatés sont présentés ci-dessous, tandis que d'autres, moins importants, seront communiqués à l'Office dans une lettre à la direction.

### Les lettres de communication ne sont pas toujours envoyées aux victimes et à leurs familles, malgré les exigences de la Loi

Dans le cadre du processus d'enquête, l'Office doit s'assurer que des lettres de communication sont envoyées aux victimes ou à leurs personnes désignées à la fois au début de l'enquête (lettre d'avis) et à la fin de celle-ci (lettre de résultats). Ces lettres informent la victime qu'il existe des motifs raisonnables

de croire qu'elle a été agressée, lui font savoir que l'Office ouvre une enquête et lui communiquent les résultats de l'enquête.

Sur les dix dossiers d'enquête examinés, nous avons constaté que six ne comportaient pas de lettre d'avis à l'intention de la victime ou de sa personne désignée.

La Loi exige que les victimes et leurs familles soient informées des allégations de mauvais traitements ou de négligence ainsi que de l'ouverture d'une enquête.

Le paragraphe 5(3) de la Loi prévoit ceci :

« Dès que possible après qu'il a renvoyé l'affaire à l'enquêteur, le ministre avise le patient qu'un cas de mauvais traitements ou de négligence lui a été signalé et qu'une enquête doit avoir lieu. Si le patient a un curateur, l'avis est plutôt remis à cette personne. »

Nous avons également constaté un manque de communication avec les victimes et les familles à la fin de l'enquête. Dans le cadre du processus d'enquête, l'Office doit remettre aux victimes ou à leurs personnes désignées une lettre de résultats à la fin de l'enquête. Cette lettre informe la victime que l'enquête est terminée et présente les conclusions de l'Office.

Sur les dix dossiers d'enquête examinés, nous avons constaté que six ne comportaient pas de lettre de résultats.

Par conséquent, 60 % des victimes de notre échantillon et leurs familles ont été laissées sans aucune forme de communication. Les victimes et leurs familles méritent de savoir si une enquête est ouverte sur leurs allégations, comme l'exigent les dispositions législatives, et de connaître les résultats de l'enquête une fois qu'elle est terminée.



### Recommandation 11

Nous recommandons que l'Office instaure des procédures pour s'assurer que les lettres d'avis et les lettres de résultats, comme le prévoit le manuel des politiques, fassent l'objet d'un suivi et soient envoyées. Cela pourrait comprendre notamment :

- a. une liste de vérification des lettres à envoyer;
- b. des approbations..

## Pas de suivi officiel des directives émises

À la suite d'une enquête, l'Office peut donner des directives à un établissement afin d'éviter que d'autres incidents ne se produisent et d'améliorer les pratiques. Ces directives sont contraignantes, c'est-à-dire que les établissements sont tenus de les mettre en œuvre. Voir dans l'encadré des exemples de directives couramment émises par l'Office à l'intention des établissements.

Bien que les directives de l'Office aux établissements soient de nature contraignante, les enquêteurs nous ont dit à plusieurs reprises qu'ils avaient l'impression que l'Office ne donnait pas de directives significatives pour s'attaquer réellement aux causes profondes des problèmes liés aux allégations. Les enquêteurs ont l'impression que l'Office donne des directives générales, comme la participation aux séances d'information de l'Office ou la relecture des manuels des politiques et de formation de l'établissement. Nous n'avons pas vérifié l'efficacité des directives émises par l'Office, car cela était au-delà de la portée de notre enquête.

Le manuel des politiques de l'Office précise que le « directeur général veille à ce que toutes les directives données à un établissement soient enregistrées dans la base de données des directives à des fins de suivi » [nous traduisons]. Nous avons constaté que l'Office n'avait pas de base de données centrale. En l'absence d'une telle base de données, les enquêteurs doivent faire le suivi des directives de manière individuelle. Pour cela, ils utilisent les rappels du calendrier Outlook, des listes manuscrites personnelles et des papillons adhésifs.

Une base de données centrale sur la mise en œuvre des directives permettrait à l'Office :

- de faire le suivi de toutes les directives données par l'Office aux établissements;
- de savoir si les directives sont effectivement mises en œuvre;
- de savoir si les directives sont mises en œuvre dans un délai de 100 jours, conformément au manuel des politiques;
- de savoir si un établissement reçoit les mêmes directives de façon répétées;
- d'avoir des statistiques sur le nombre de directives émises aux établissements ou aux régions;
- d'utiliser des statistiques pour produire des analyses de risques afin d'identifier les établissements ou les régions présentant des risques élevés.

L'Office nous a informés qu'il était en train de mettre en place un nouveau système électronique pour le suivi des enquêtes et que ce dernier devrait permettre d'assurer le suivi des directives.

### Exemples de directives émises par l'Office

- « L'établissement doit revoir ses pratiques de documentation en ce qui concerne les dossiers des patients et les notes d'évolution et s'assurer que les dossiers fournissent des renseignements adéquats au personnel de l'établissement pour lui permettre de donner des soins individualisés conformes aux normes professionnelles. » [nous traduisons]
- « Que l'établissement renforce auprès de tous les membres du personnel, y compris ceux chargés des soins directs, de l'entretien, de la diététique et de la réception, les exigences de signalement de la *Loi sur la protection des personnes recevant des soins* et en fournisse la preuve à l'Office. » [nous traduisons]

Nous avons constaté deux autres problèmes liés à la mise en œuvre des directives, à savoir :

- l'Office ne documente pas toujours la raison pour laquelle il accepte une directive comme ayant été mise en œuvre;
- l'Office ne donne pas toujours une approbation pour indiquer qu'une directive a été mise en œuvre.



### Recommandation 12

Nous recommandons que l'Office élabore un processus pour :

- a. faire le suivi de toutes les directives qu'il émet;
- b. produire des rappels à des fins de suivi;
- c. exiger des approbations et de la documentation avant de valider les directives;
- d. avoir des statistiques afin de produire des données sur le suivi des risques et l'analyse des tendances.

## 2.3 Réduction importante du nombre de séances d'information offertes aux établissements par l'Office

Outre leurs responsabilités en matière d'enquête sur les mauvais traitements et la négligence, les enquêteurs de l'Office donnent des séances d'information dans les quelque 200 établissements de soins de santé du Manitoba, dont 124 foyers de soins personnels. Ces séances peuvent être tenues à la demande de l'établissement ou dans le cadre d'une directive émise par l'Office. L'Office peut aussi offrir des séances à des groupes et organismes comme les institutions de défense des intérêts des personnes âgées. Les séances donnent aux membres du personnel des établissements de soins de santé des orientations sur ce qui constitue des mauvais traitements et de la négligence, sur les bonnes

pratiques en matière de soins et sur leur obligation de communiquer avec l'Office lorsqu'ils sont témoins de mauvais traitements ou de négligence ou qu'ils en soupçonnent l'existence.

Les enquêteurs sont d'avis que les séances permettent de prévenir les problèmes et d'informer le personnel de première ligne de ses responsabilités quant au signalement immédiat des cas de mauvais traitements et de négligence. Une personne interrogée nous a dit que « la vaste majorité des membres du personnel n'ont aucune idée de l'existence de l'Office. Ils ne savent pas ce qu'ils sont censés signaler. Il y a bien sûr des affiches, mais je ne

*Une personne interrogée nous a dit que « la vaste majorité des membres du personnel n'ont aucune idée de l'existence de l'Office. Ils ne savent pas ce qu'ils sont censés signaler. Il y a bien sûr des affiches, mais je ne pense pas qu'ils en aient la moindre idée. Et on ne peut pas les blâmer. Si nous ne les informons pas, ils n'ont aucun moyen de savoir ».*

pense pas qu'ils en aient la moindre idée. Et on ne peut pas les blâmer. Si nous ne les informons pas, ils n'ont aucun moyen de savoir ».

Au cours de notre enquête, les médias locaux ont fait état d'allégations de mauvais traitements dans un foyer de soins personnels. Les allégations concernaient un dénonciateur qui affirmait que plus de 15 résidents avaient été victimes de mauvais traitements de la part de deux membres du personnel. Au début de 2022, l'administration du foyer avait signalé quatre préoccupations à l'Office. Les autres allégations n'ont été signalées qu'en juin 2022. En tout, 15 à 16 allégations de mauvais traitements ou de négligence ont été signalées. Nous avons constaté qu'au cours des cinq dernières années, la seule séance d'information du personnel que l'Office a donnée dans ce foyer remontait à octobre 2019. Aucune autre séance n'a été offerte par l'Office entre 2017 et 2022. Compte tenu des retards dans le signalement des allégations à l'Office, nous nous demandons si le personnel et l'administration du foyer de soins personnels savaient qu'ils étaient tenus de signaler les allégations de mauvais traitements ou de négligence à l'Office en temps opportun.

Comme on peut le voir dans le tableau, le nombre de séances d'information a diminué au cours des cinq dernières années, passant de 57 en 2015-2016 à six en 2020-2021, ce qui représente une réduction de 89 %.

Séances d'information données par l'Office	
Exercice financier	Nombre de séances
2015-2016	57
2016-2017	46
2017-2018	26
2018-2019	42
2019-2020	35
2020-2021	6

La réduction significative du nombre de séances d'information données est due au fait que la direction de l'Office a découragé les enquêteurs d'organiser des séances à l'intention du personnel des établissements. La direction a déclaré qu'elle se concentrait sur la résorption de l'arriéré de trois à quatre ans dans les enquêtes et sur les restrictions imposées par la pandémie de COVID-19. Cependant, en réduisant les séances d'information, il est difficile pour l'Office d'atteindre son objectif de prévention et de détection des mauvais traitements et de la négligence dans les établissements de soins de santé.

**Cette page a été laissée  
blanche intentionnellement.**

## Résumé des recommandations

### RECOMMANDATION 1

Nous recommandons que le manuel des politiques de l'Office comprenne un processus pour évaluer et documenter :

- a. si un préjudice grave a pu vraisemblablement être causé,
- b. si un avis médical est nécessaire et quelles sont les autres preuves acceptables si on ne peut pas obtenir d'avis médical.

Des lignes directrices devraient permettre de s'assurer que les deux éléments ci-dessus sont appliqués de manière cohérente.

#### Réponse de Santé Manitoba

Santé Manitoba est d'accord avec la recommandation et il a pris des mesures pour y répondre.

Des modifications à *la Loi sur la protection des personnes recevant des soins* ont reçu la sanction royale le 30 mai 2023. Elles visent notamment à supprimer la détermination de l'existence d'un préjudice grave lorsqu'il s'agit de constater s'il y a eu mauvais traitements ou négligence.

Le préjudice grave est maintenant pris en compte dans le cadre du renvoi au comité de protection contre les mauvais traitements infligés aux adultes. Le Ministère entame des travaux supplémentaires pour définir le préjudice grave et le seuil d'application du concept dans les renvois de l'Office au comité.

Le manuel des politiques, les processus et la formation de l'Office sont actuellement mis à jour pour tenir compte des changements.

## RECOMMANDATION 2

Nous recommandons que l'Office mette à jour les définitions de « mauvais traitements » et de « négligence » qui figurent dans la Loi ou veille à ce que son interprétation des définitions soit conforme à l'objectif de protection des Manitobains et Manitobaines vulnérables recevant des soins.

### Réponse de Santé Manitoba

Le Ministère est d'accord avec la recommandation et il a fait des progrès importants en ce sens.

Les modifications apportées aux définitions de « mauvais traitements » et de « négligence » figurant dans *la Loi sur la protection des personnes recevant des soins* ont reçu la sanction royale le 30 mai 2023.

« Mauvais traitements » est maintenant défini comme un comportement causant un préjudice physique, émotionnel, psychologique, sexuel ou matériel. Il n'est pas nécessaire qu'un tel comportement cause un préjudice physique ou psychologique grave pour qu'il soit considéré comme des mauvais traitements.

La définition de « négligence » a elle aussi été remplacée. Dans la définition antérieure, seuls les actes ou omissions qui causaient un préjudice physique ou psychologique grave étaient considérés comme de la négligence. La nouvelle définition comprend les actes ou omissions qui causent un préjudice physique ou psychologique même si ce dernier n'est pas grave.

Ces modifications correspondent aux principales pratiques en vigueur ailleurs et à la compréhension qu'a le public de ces concepts.

Le manuel des politiques, les processus et la formation de l'Office sont actuellement mis à jour pour tenir compte des changements.

## RECOMMANDATION 3

Nous recommandons que l'Office révise sa politique relative aux enquêtes afin d'y inclure une section sur la procédure de soumission des rapports de mauvais traitements ou de négligence au comité de protection contre les mauvais traitements infligés aux adultes. Une telle procédure devrait notamment comprendre :

- a. des échéances raisonnables pour la soumission des rapports au comité;
- b. une surveillance du respect des échéances;
- c. des procédures de suivi, au besoin.

## Réponse de Santé Manitoba

Le Ministère est d'accord avec la recommandation et il met à jour ses normes de pratique et son manuel des politiques afin que les délais du processus de renvoi au comité par l'Office soient respectés une fois qu'un préjudice grave a été déterminé.

Il tient maintenant des réunions régulières avec le coordonnateur du comité de protection contre les mauvais traitements infligés aux adultes pour examiner et traiter tous les renvois en suspens.

L'Office continuera d'organiser des exercices de formation et d'information en collaboration avec le comité.

## RECOMMANDATION 4

Nous recommandons que l'Office examine la pertinence d'ajouter une option à son processus d'enquête afin de simplifier les enquêtes. Si l'Office décidait de mettre en œuvre une telle option, le processus devrait être soutenu par les éléments suivants :

- a. des lignes directrices dans le manuel des politiques sur les éléments clés qui doivent être satisfaits avant qu'une enquête ne soit simplifiée;
- b. l'obligation de documenter toutes les conclusions et discussions qui doivent être conservées dans le dossier;
- c. une communication appropriée à toutes les parties concernées.

## Réponse de Santé Manitoba

Le Ministère est d'accord avec la recommandation et il a pris des mesures importantes pour adapter les enquêtes à l'évolution des circonstances, tout en assurant l'intégrité du processus.

L'Office a adapté ses processus d'enquête en fonction de considérations essentielles comme les fausses allégations, les accusés mal identifiés ou les renseignements nouveaux qui lui sont communiqués.

Les politiques, les modèles et la formation de l'Office sont actuellement mis à jour pour faire en sorte que toutes les décisions relatives à un cas soient documentées dans le dossier et qu'il y ait une communication appropriée.

## RECOMMANDATION 5

Nous recommandons que l'Office :

- a. évalue la pertinence de confier le processus d'examen à du personnel différent;
- b. mette en œuvre les modifications et procédures nécessaires.

Cela permettrait aux enquêteurs de consacrer leur temps et leur attention aux enquêtes.

### Réponse de Santé Manitoba

Santé Manitoba est d'accord avec la recommandation.

L'Office met actuellement en place une fonction de réception dédiée qui devrait permettre d'améliorer le temps de réponse global de l'enquête.

Le Ministère recrute actuellement un enquêteur supplémentaire pour assurer le respect des délais d'enquête par l'Office.

## RECOMMANDATION 6

Nous recommandons que l'Office produise un rapport, au moins annuellement, qui donne des statistiques sur ses enquêtes. L'Office devrait examiner la possibilité de communiquer des statistiques publiées par des organismes semblables au Canada ainsi que tout autre renseignement qui pourrait être utile au public et aux décideurs politiques.

### Réponse de Santé Manitoba

Le Ministère est d'accord avec la recommandation et il est déterminé à améliorer la transparence en rendant accessibles les renseignements dont les patients, les résidents, les familles et les décideurs politiques ont besoin dans leur processus de prise de décisions.

L'Office met actuellement son site Web à jour afin d'y inclure le nombre et le type d'enquêtes qu'il a menées. D'autres améliorations sont prévues afin d'accroître la transparence vis-à-vis du public.

## RECOMMANDATION 7

Nous recommandons que l'Office produise au moins annuellement un résumé des enquêtes individuelles terminées, qui devrait comprendre :

- a. un résumé de l'allégation initiale;
- b. la qualité de l'agresseur présumé;
- c. le résultat de l'enquête terminée;
- d. les directives afférentes émises par l'Office;
- e. le suivi de la mise en œuvre des directives.

### Réponse de Santé Manitoba

L'Office est d'accord avec la recommandation et il a déjà pris des mesures significatives pour la mettre en œuvre.

Il est extrêmement important d'avoir accès à des renseignements qui mettent en évidence les tendances en matière d'enquêtes sur les établissements, les régions et les systèmes de santé, car elles peuvent avoir une incidence à la fois sur les décisions de placement et les décisions stratégiques.

L'Office met actuellement son site Web à jour afin d'y inclure le nombre et le type d'enquêtes qu'il a menées. D'autres améliorations sont prévues.

## RECOMMANDATION 8

Nous recommandons que l'Office mette en place un processus de priorisation des enquêtes en fonction du risque et que le processus soit documenté dans le manuel des politiques. Les lignes directrices relatives au processus peuvent inclure notamment les éléments suivants :

- a. les facteurs de risque à prendre en compte;
- b. la documentation des motifs de la priorisation et de la conclusion;
- c. les exigences de révision et d'approbation.

### Réponse de Santé Manitoba

Le Ministère est d'accord avec la recommandation et il a commencé à intégrer la priorisation des risques dans ses processus.

Être réceptif aux besoins des personnes les plus vulnérables du Manitoba fait partie intégrante du travail de l'Office visant à renforcer la confiance du public.

Les politiques, les modèles et la formation de l'Office sont actuellement mis à jour pour faire en sorte que toutes les décisions relatives à un cas soient documentées dans le dossier et qu'il y ait une communication appropriée.

## RECOMMANDATION 9

Nous recommandons que l'Office exige que toutes les discussions relatives à la prise de décisions clés soient documentées dans le dossier d'enquête, y compris toute modification apportée aux conclusions de l'enquêteur.

### Réponse de Santé Manitoba

Santé Manitoba est d'accord avec la recommandation.

La documentation des décisions clés est la pierre angulaire de la reddition de compte. L'Office a déjà mis à jour son manuel des politiques pour tenir compte de cette attente, et toutes les discussions relatives aux décisions clés sont documentées dans les dossiers d'enquête.

L'Office a installé un logiciel qui enregistre toutes les activités des utilisateurs.

## RECOMMANDATION 10

Nous recommandons que l'Office mette en place un processus d'assurance de la qualité documenté. Ce processus devrait inclure :

- a. des lignes directrices sur la façon dont les dossiers (examen et enquête) sont choisis pour un audit (p. ex. en fonction du risque);
- b. le nombre de dossiers devant être sélectionnés;
- c. la fréquence des audits;
- d. le recours à une liste de vérification pour l'audit sur laquelle figurent les principales exigences du manuel des politiques;
- e. un processus de suivi de la formation ou de l'information du personnel de l'Office, au besoin;
- f. des exigences de documentation des audits.

### Réponse de Santé Manitoba

L'Office est d'accord avec la recommandation et il a commencé à élaborer un processus d'assurance de la qualité efficace.

Des listes de vérification exhaustives pour les audits sont maintenant une composante obligatoire de chaque dossier, et un plan de formation et d'information du personnel a été mis en place.

D'autres améliorations du manuel des politiques, des processus et de la formation de l'Office sont prévues à la suite de la mise en œuvre d'un processus d'assurance de la qualité documenté.

## RECOMMANDATION 11

Nous recommandons que l'Office instaure des procédures pour s'assurer que les lettres d'avis et les lettres de résultats, comme le prévoit le manuel des politiques, fassent l'objet d'un suivi et soient envoyées. Cela pourrait comprendre notamment :

- a. une liste de vérification des lettres à envoyer;
- b. des approbations.

### Réponse de Santé Manitoba

Le Ministère est d'accord avec la recommandation dans le sens où le processus d'enquête de l'Office doit inclure une communication à différentes étapes.

Les normes de pratique de l'Office ont été mises à jour afin de tenir compte de la communication avec les parties concernées comme élément clé du processus.

Le manuel des politiques et la formation de l'Office seront mis à jour pour tenir compte des attentes en matière de communication à chaque étape du processus d'enquête.

## RECOMMANDATION 12

Nous recommandons que l'Office élabore un processus pour :

- a. faire le suivi de toutes les directives qu'il émet;
- b. produire des rappels à des fins de suivi;
- c. exiger des approbations et de la documentation avant de valider les directives;
- d. avoir des statistiques afin de produire des données sur le suivi des risques et l'analyse des tendances.

### Réponse de Santé Manitoba

Le Ministère est d'accord avec la recommandation.

Le suivi des directives est un fondement important de la reddition de compte et permet de cerner les risques, les tendances et les prochaines étapes nécessaires au cœur du système.

L'Office met actuellement à jour son manuel des politiques, ses processus et la formation donnée aux établissements et au personnel afin de s'assurer de la mise en œuvre de toutes les directives.

L'Office met actuellement à jour son logiciel de rapport afin d'enregistrer et de suivre toutes les directives qu'il émet et de fournir des avis relatifs à celles-ci, ce qui lui permet de cerner et de suivre les risques et les tendances.

# Annexe 1 : Modèle de l'Office pour les audits d'assurance de la qualité des dossiers d'enquête

Examen du dossier [numéro du dossier] \_\_\_\_\_

Réalisé par [nom] \_\_\_\_\_

Témoins/entrevues (documentés)

Documentation

\_\_\_\_\_

[nom]  
Gestionnaire, Office de protection  
des personnes recevant des soins

\_\_\_\_\_

Date

**Cette page a été laissée  
blanche intentionnellement.**

## » Notre vision

Responsabilisation du gouvernement et excellence en administration publique au service des Manitobains.

## » Notre vision

Fournir de manière indépendante des renseignements, des conseils et des garanties concernant les activités du gouvernement et la gestion des fonds publics

## » Nos valeurs

### **Indépendance**

Nous sommes indépendants du gouvernement et réalisons un travail objectif et impartial.

### **Intégrité**

Nous agissons avec honnêteté et appliquons des normes déontologiques élevées.

### **Innovation**

Nous mettons de l'avant l'innovation et la créativité dans nos activités et nos façons de faire.

### **Travail d'équipe**

Nous travaillons en équipe en mettant en commun les connaissances et les compétences de chacun pour atteindre nos objectifs.

### **Vérificateur général**

Tyson Shtykalo

### **Vérificateur général adjoint – Enquêtes et projets stratégiques**

Jeffrey Gilbert

### **Responsables**

Jacqueline Ngai

Ryan Riddell

### **Vérificateur général adjoint – Technologies de l'information et innovation**

Wade Bo-Maguire

### **Audit informatique**

Ian Montefrio

### **Gestionnaire des communications**

Frank Landry

### **Soutien administratif**

Jomay Amora-Dueck

Tara MacKay

### **Conception graphique**

Waterloo Design House



Vérificateur général  
MANITOBA

**Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec notre bureau :**

Bureau du vérificateur général  
330, avenue Portage, bureau 500  
Winnipeg (Manitoba) R3C 0C4

Téléphone : 204 945-3790  
contact@oag.mb.ca | www.oag.mb.ca

-  [Facebook.com/AuditorGenMB](https://www.facebook.com/AuditorGenMB)
-  [Twitter.com/AuditorGenMB](https://twitter.com/AuditorGenMB)
-  [Linkedin.com/company/manitoba-auditor-general](https://www.linkedin.com/company/manitoba-auditor-general)
-  [Youtube.com/@auditorgenmb](https://www.youtube.com/@auditorgenmb)