Quand le système est fatal

Comment une personne âgée est décédée d'une mort évitable alors que le gouvernement suivait les règles



DÉFENSEUR ADVOCATE

Bureau du défenseur du Nouveau-Brunswick
1-833-453-8653
advocate-defenseur@gnb.ca
www.defenseur-nb-advocate.ca

Copie papier ISBN #: 978-1-4605-4737-3

Version PDF ISBN #: 978-1-4605-4738-0

Comment citer ce document : Bureau du défenseur du Nouveau-Brunswick. (2026). *Quand le système est fatal : Comment une personne âgée est décédée d'une mort évitable alors que le gouvernement suivait les règles.*

AVANT-PROPOS DU DÉFENSEUR

Cela aurait pu arriver à n'importe qui d'entre nous.

Cette introduction serait plus facile à écrire si cette situation avait un caractère inhabituel ou aberrant. Si quelqu'un n'avait pas fait son travail, si un rapport avait été égaré, si un problème était passé inaperçu, je pourrais repérer cette défaillance et croire que le système veillerait à ce qu'un tel drame ne se reproduise pas.

Je sais quoi dire quand le système est défaillant.

Mais que puis-je dire quand le système suit ses propres règles à la perfection et que, pourtant, une personne décède d'une mort évitable?

Le présent rapport explique comment une femme âgée a été retrouvée à son dernier jour de vie, seule, étendue au sol à une certaine distance de l'endroit qui avait tenté de la garder en sécurité. Elle est morte précisément de la manière redoutée par le personnel de première ligne, qui avait tiré la sonnette d'alarme : elle a été retrouvée trop tard pour être sauvée, après s'être éloignée de son foyer de soins spéciaux. Tout le monde le savait : le foyer n'était pas en mesure d'assurer sa sécurité. Il serait rassurant que je puisse communiquer un détail remarquable, quelque chose qui nous dirait que cette situation était unique. Si seulement je pouvais dire que cela n'était jamais arrivé à d'autres, ou que cela ne se reproduirait plus. Malheureusement, je ne peux pas.

Il n'y a pas d'événement imprévisible ou de maladie rare expliquant ce dénouement tragique, ni de méchant à blâmer. Il n'y a que la banalité des employés qui exécutent leur travail comme l'exige le système : tous bien conscients des règles, mais aveugles à l'urgence de la situation.

Alice était quelqu'un comme vous et moi. C'était une personne aimante et aimée, qui ressentait, espérait, vivait. Avec l'apparition de la démence, cette cruelle maladie qui frappera plusieurs d'entre nous avec l'âge, elle a dû faire confiance aux autres et s'en remettre à eux pour assurer sa sécurité.

Ce qui a tué Alice en fin de compte, c'est que nous avons trahi cette confiance. Dans sa confusion, elle s'est éloignée de l'établissement et des gens qui pouvaient la maintenir en sécurité, et elle s'est retrouvée dans un endroit où elle ne pouvait pas se protéger.

J'aimerais pouvoir dire que personne n'avait anticipé ce drame. Mais beaucoup de gens savaient ce qui s'en venait. Certains, en première ligne, étaient inquiets et avaient sonné l'alarme et demandé de l'aide. Et puis il y a les autres, ceux qui auraient pu prévoir le drame, mais qui se sont contentés de faire avancer le dossier dans la machine bureaucratique, tellement engourdis par la routine rassurante de la conformité qu'ils ne pouvaient pas voir la personne vulnérable en danger avant qu'il ne soit trop tard.

Quand Alice a réussi à sortir du foyer pour la première fois, elle a été retrouvée sur la route, désorientée, mais indemne. Son médecin a dit qu'elle avait besoin de plus de protection que celle que le foyer pouvait lui fournir. Le personnel du foyer a pris cet avis au sérieux et a demandé au ministère du Développement social de réévaluer Alice, de déterminer ce qui était nécessaire pour qu'elle soit en sécurité et de veiller à ce qu'elle soit transférée dans un établissement plus sûr.

Il a fallu six mois au Ministère pour simplement réaliser l'évaluation, laquelle n'a fait que confirmer ce qui avait déjà été signalé : Alice n'était pas en sécurité là où elle se trouvait. Une autre année s'est écoulée sans que rien ne soit fait pour améliorer sa sécurité.

Au cours de cette année d'attente, dix autres incidents de fugue impliquant Alice se sont produits. Le ministère du Développement social a reçu sept rapports d'incident supplémentaires. Chacun de ces rapports était un signal d'alarme. Or, personne au Ministère n'a porté le dossier à un niveau supérieur pour accélérer son traitement. Personne n'a même proposé de mesures provisoires pour protéger Alice entre-temps.

Pendant son séjour au foyer, Alice est parvenue à s'éloigner de l'établissement à un total de douze reprises. Le personnel du foyer a assuré le suivi en soumettant des rapports d'incident au Ministère, conformément aux procédures. Personne ne savait que le dernier rapport d'incident constituerait le dernier signal d'alarme : le dernier incident d'Alice allait se solder par un décès évitable. La douzième fois, Alice a finalement été retrouvée inanimée, puis est décédée.

Dans le langage dont les bureaucraties se servent pour s'anesthésier face à l'urgence, personne n'était responsable. Les rapports d'incident avaient été reçus et consignés selon les règles. La pile de signalements avait été traitée selon les règles. Le temps d'attente pour un nouveau foyer a été géré selon les règles. Le système a eu ce dont il avait besoin. Pour le personnel traitant la paperasse, c'était la certitude des règles et d'une structure. Pour les responsables des budgets, c'était une économie, puisqu'on n'a pas demandé de dépense extraordinaire. Pour les gestionnaires intermédiaires, c'était la barrière les isolant en tout confort de l'inquiétude et des perturbations de la première ligne, puisqu'il n'existait aucune règle permettant à quiconque de leur dire que leurs règles étaient inefficaces dans cette situation.

Tout le monde a eu ce dont il avait besoin du système.

Tout le monde, sauf Alice. Alice a été retrouvée seule et inconsciente, puis elle est morte.

Dans des rapports tels que *Comment tout s'est écroulé*, j'avais lancé un signal d'alarme selon lequel notre système privilégie la conformité au détriment des résultats. Les gens ont des étapes à suivre et des processus à respecter. Il n'y a aucune place pour l'urgence. Il n'y a rien pour encourager quelqu'un à être celui qui dénonce la souffrance des autres. Il n'y a aucun point dans la plupart des évaluations du personnel pour rapporter l'urgence aux supérieurs. L'inquiétude et la compassion sont laissées aux familles et au personnel de première ligne. Les règles préservent les gens qui les rédigent d'avoir à ressentir de la panique, à s'imaginer le pire.

Quand le pire – prévisible – se produit, les familles sont endeuillées et le personnel de première ligne a le cœur brisé. Et on brandit des micros sous le nez des élus pour leur demander ce qu'ils vont faire pour empêcher un tel drame à l'avenir.

Mais le système est conçu de façon qu'ils ne voient pas le prochain drame venir non plus. Les règles, et la culture qui accorde plus d'importance à la conformité qu'à la compassion ou au bon sens, demeurent en place. Les règles, et la culture qui les vénère, fournissent un service très important. Elles permettent aux gestionnaires de s'épanouir dans la conformité; tant que les règles sont suivies, ils n'entendent jamais ces signaux d'alarme qui pourraient les obliger à porter le dossier à un niveau supérieur, à poser des questions ou à prévenir leurs supérieurs que les règles et les ressources ne sont peut-être pas suffisantes. Ils sont exempts de tout reproche, parce que les règles sont suivies et c'est tout ce qu'on demande.

Plus de deux ans après la publication du rapport *Comment tout s'est écroulé*, j'ai entendu beaucoup de gens dire les mêmes choses. Mais je n'ai vu personne franchir le Rubicon et transformer réellement les programmes sociaux du gouvernement.

Je soupçonne que, silencieusement, certaines personnes se sont convaincues que penser qu'on peut changer le fonctionnement du gouvernement relève de l'idéalisme académique ou de l'absurdité. Nous mesurons la conformité au détriment des résultats parce que c'est ce qu'il faut faire, parce que c'est tout ce qui a toujours été fait.

Je pense qu'il est possible de créer des processus qui obligent les gens à faire remonter les dossiers quand le statu quo ne suffit pas.

Je pense qu'il est possible de changer les cultures afin d'encourager les gens à s'exprimer quand ils remplissent des formulaires et constatent que nous n'offrirons pas à la population ce qu'elle est en droit d'attendre de nous.

Je pense qu'il est possible de réduire la paperasse et de donner au personnel de première ligne les moyens de régler des problèmes.

Je pense qu'il est possible d'évaluer les gestionnaires intermédiaires et le leadership régional selon le bien qu'ils font pour les gens, et non pas selon la rigeur avec laquelle ils remplissent des formulaires.

Je pense que, dans un monde qui est passé des radios-transistors aux iPads, du jeu Pong à la réalité virtuelle, des cassettes 8 pistes au streaming – et le tout en seulement un demi-siècle –, le gouvernement peut aussi changer sa façon de faire les choses. Et j'ai vu que c'était possible.

Il faut seulement avoir la volonté de reconnaître le caractère urgent des choses. Comme les gens qui aimaient Alice et prenaient soin d'elle percevaient l'urgence de sa situation – l'urgence des nombreuses fois où le Ministère a été averti d'une catastrophe imminente.

À un certain moment, il faut qu'un responsable dise aux gens que l'urgence de la compassion doit avoir préséance sur le confort de la conformité.

J’ai une affiche dans mon bureau avec une photo de William Wilberforce. On peut y lire quelques mots qu’il a prononcés, il y a très longtemps, au Parlement britannique pour décrire les horreurs de la traite des esclaves. Il voulait amener les gens à faire face à une réalité douloureuse et les inciter à agir.

« Vous déciderez peut-être de tourner la tête, mais vous ne pourrez plus jamais dire que vous ne saviez pas. »

Je ne sais pas quel sera le point charnière, quand nous voudrons enfin changer ce que nous faisons et rompre le cycle confortable du fonctionnement du gouvernement.

Je sais qu’une femme est morte. Je sais qu’elle n’avait pas à mourir comme cela. Je sais qu’elle est morte, et que le système a fonctionné exactement comme il a été conçu pour le faire. Je sais que cela se produira de nouveau si nous ne changeons pas.

Je ne sais pas ce que les responsables feront avec ces constatations. Je ne sais pas si les médias et les citoyens vont s’indigner et critiquer pendant quelques jours, puis détourner la tête, une fois de plus, jusqu’à la prochaine tragédie. Je ne sais pas si les personnes qui rédigent les lois et celles qui les appliquent feront le travail nécessaire pour prévenir le prochain décès évitable. Mon travail est de veiller à ce qu’ils ne puissent pas dire qu’ils ne savaient pas.

Ils le savent, Alice. Je ne sais pas ce qu’ils feront. La seule chose que je sais, c’est qu’ils ne peuvent plus dire qu’ils ne savaient pas.

AVERTISSEMENT

Ce rapport a été préparé à partir d’informations anonymisées afin de protéger la vie privée des personnes concernées. Les noms, lieux et autres détails susceptibles d’identifier une personne ont été modifiés, généralisés ou omis lorsque cela s’avérait nécessaire pour réduire les risques d’identification. Aucun fait substantiel n’a été modifié. Les événements décrits, leur chronologie ainsi que les enjeux de fond demeurent exacts.

INTRODUCTION

Les circonstances examinées dans le présent rapport sont tragiques, comme il s'agit du décès d'une femme qui est sortie de son foyer de soins spéciaux et qui, quand on l'a retrouvée, est décédée peu de temps après.

Le rapport est un examen de la trajectoire de soins d'Alice, de son placement initial dans un foyer de soins spéciaux à l'incapacité ultime du système de la protéger, en passant par les incidents répétés de fugue et les tentatives d'adapter les soins à ses besoins. Ce rapport est le résultat d'une analyse de l'ensemble des rapports d'incident, des évaluations et des correspondances connexes avec le ministère du Développement social.

En 2024, le défenseur a réalisé un examen exhaustif du système de soins de longue durée, qui a abouti à deux rapports : *Ce que nous voulons tous* et *Comment tout s'est écroulé*. Le premier de ces rapports était un examen rigoureux des défauts du système de soins de longue durée, assorti de recommandations pour l'améliorer. Le deuxième était l'explication des types de faiblesses de gouvernance importantes qui minent de nombreux systèmes. Le rapport *Comment tout s'est écroulé* a exposé des problèmes systémiques majeurs qui entravent l'efficacité de la fonction publique dans la mise en œuvre des lois adoptées par l'Assemblée législative. Il contient une analyse critique de la gestion des politiques sociales par le gouvernement provincial et met en évidence cinq lacunes de gouvernance clés qui contribuent à l'échec des programmes sociaux au Nouveau-Brunswick. Ces lacunes sont les suivantes : l'absence de planification efficace des ressources humaines, un processus budgétaire détaché de la réalité, la préséance donnée au respect des règles plutôt qu'à la nécessité d'obtenir des résultats, l'insuffisance de la collecte et de l'analyse des données et la tendance à financer les crises au lieu d'investir dans des solutions préventives. Elles sont profondément ancrées dans la structure et les processus du gouvernement, entravent l'efficacité de la politique sociale et, au bout du compte, nuisent aux citoyens qui comptent sur ces services.

Plus tard la même année, le défenseur a fait circuler un manuel d'information à l'intention des membres de l'Assemblée législative[1] où était présentée l'approche *La bonne chose, maintenant* visant à guider le processus de décisions opérationnelles. Cette approche est axée sur la définition des problèmes et des résultats voulus, sur l'habilitation du personnel de première ligne à prendre des décisions et sur la priorité donnée aux solutions qui répondent efficacement aux besoins immédiats. Fondée sur les observations du rapport *Comment tout s'est écroulé*, l'approche *La bonne chose, maintenant* préconise de transformer les activités

[1] Bureau du défenseur du Nouveau-Brunswick. (2024). *Manuel d'information à l'intention des membres de l'Assemblée législative.* https://www.defenseur-nb-advocate.ca/fr/resource/guidebook-for-members-of-the-legislative-assembly

réglementées par le gouvernement en passant d'un modèle réactif, axé sur les règles et contraignant à un modèle entrepreneurial, proactif et axé sur les résultats.

Ce qui suit dans le présent rapport est la mise en pratique, fondée sur les tristes circonstances du décès d'Alice, des conseils fournis dans *La bonne chose, maintenant* et dans *Comment tout s'est écroulé*.

Ce rapport découlant du décès d'Alice contient des recommandations ciblées qui visent à réformer les politiques et les pratiques. Ces recommandations visent à améliorer la responsabilisation, à stimuler la réactivité et à assurer l'affectation adéquate des ressources au sein du système qui gère les foyers de soins spéciaux.

Contexte

Alice a emménagé dans un foyer de soins spéciaux après une évaluation des besoins en soins de longue durée par le ministère du Développement social qui a révélé qu'Alice souffrait de démence.

Pendant ses deux premières années et demie au foyer, Alice a vécu paisiblement et sans incident majeur. Dans les mois qui suivèrent, il était cependant clair que sa santé mentale se détériorait, et il est devenu beaucoup plus difficile pour le personnel du foyer de prendre soin d'elle tout en assurant sa sécurité. Alice a réussi à sortir du foyer et a été retrouvée par la suite sur la route, heureusement indemne. Cet événement a conduit le personnel à présenter un rapport d'incident au ministère du Développement social et à demander la réévaluation des besoins d'Alice. Pendant une consultation à la suite de cet incident, le docteur a constaté que la démence avait progressé à un point tel qu'elle avait besoin de plus de soins que ceux que le foyer pouvait fournir en tant qu'établissement de « niveau 2 ». Le Ministère n'a cependant pas réalisé la réévaluation demandée.

Cinq mois se sont écoulés avant qu'Alice ne réussisse à nouveau à sortir de l'établissement. Elle a été retrouvée sur une route. Comme il l'avait fait la fois précédente, le personnel du foyer a envoyé un rapport d'incident au ministère du Développement social et a fait une deuxième demande de réévaluation pour Alice. Deux semaines environ après cette deuxième demande, Alice a été réévaluée par le Ministère, qui a déterminé qu'elle avait besoin de soins de « niveau 3B », validant ainsi ce que le personnel du foyer soupçonnait et ce que le médecin d'Alice avait indiqué précédemment. Alice a été placée sur la liste d'attente provinciale des foyers de soins.

Toutefois, durant l'année qui a suivi sa réévaluation, Alice est quand même restée au foyer de soins spéciaux de « niveau 2 », au lieu d'être transférée dans un foyer de soins où elle pourrait recevoir les soins de « niveau 3B » dont elle avait besoin. Malgré la réévaluation des besoins d'Alice en matière de soins, le foyer de soins spéciaux n'a jamais reçu de financement ou de

soutien supplémentaire de la part du ministère du Développement social pour répondre aux besoins d'Alice entre-temps.

Le personnel a consigné qu'Alice est sortie dix fois de l'établissement durant cette année-là. Le personnel du foyer a adressé sept rapports d'incident au ministère du Développement social.

Près d'un an, jour pour jour, après la réévaluation d'Alice qui a déterminé qu'elle avait besoin de soins de « niveau 3B » – que le foyer de soins spéciaux n'a jamais été en mesure de fournir –, Alice a disparu pour la dernière fois de l'établissement.

Malgré l'intervention de la police, les recherches pour retrouver Alice n'ont pas abouti au cours de l'après-midi et pendant la nuit. On l'a finalement découverte le lendemain après-midi. Les travailleurs paramédicaux l'ont immédiatement transportée d'urgence à l'hôpital où elle est décédée peu après son arrivée.

Une enquête des Services de protection des adultes a conclu que l'allégation d'absence de supervision de la part de l'établissement était sans fondement.

Relever les problèmes

Les problèmes liés au ministère du Développement social dans ce cas sont faciles à décrire. Les voici :

- un long délai pour réévaluer Alice et lui offrir un niveau de soins supérieur;
- la mise en danger de la sécurité et du bien-être d'Alice en ne lui assurant pas un placement correspondant au niveau de soins jugé approprié par l'évaluation;
- l'incapacité d'affecter les ressources supplémentaires nécessaires pour atténuer les risques pour Alice pendant qu'elle restait au foyer de soins spéciaux, malgré les inquiétudes énoncées dans les rapports d'incident répétés;
- aucun sujet de préoccupation particulier ou systémique cerné dans l'enquête des Services de protection des adultes qui s'est ensuivie.

Les motifs de chacun de ces problèmes ne s'expliquent pas aussi facilement.

Il a fallu au Ministère environ cinq mois pour réévaluer les besoins d'Alice après la demande initiale envoyée par le foyer de soins spéciaux. Lorsqu'on l'a interrogé sur ce long délai, le Ministère a répondu que la situation était probablement attribuable au grand nombre de demandes de réévaluation. Le Ministère a confirmé qu'il y a encore de longues listes de clients dans les foyers de soins spéciaux qui doivent faire l'objet d'une réévaluation, et que ses délais de réponse peuvent être considérables.

Même après sa réévaluation, Alice est restée dans un foyer de soins spéciaux qui ne disposait pas des ressources nécessaires pour répondre à ses besoins. Elle y est restée jusqu'à son décès, pendant environ toute l'année qui a suivi la réévaluation du Ministère qui avait déterminé qu'elle avait besoin d'un niveau de soins beaucoup plus élevé.

Pendant cette période, même si le Ministère était au courant qu'Alice avait besoin d'un niveau de soins supérieur à celui que le foyer de soins spéciaux pouvait lui offrir et que celui-ci a continué de lui envoyer des rapports d'incident, il n'a offert aucune réponse ni aucun soutien pour aider le foyer à maintenir Alice en sécurité.

Après le décès d'Alice, une enquête des Services de protection des adultes a eu lieu. À juste titre, l'analyse de l'« absence de supervision » par le foyer de soins spéciaux a permis de conclure que cette allégation était sans fondement. En revanche, l'enquête des Services de protection des adultes n'a pas abordé les préoccupations liées aux mesures – ou plutôt à l'inaction – du Ministère lui-même.

L'analyse du présent rapport portera d'abord sur les problèmes administratifs évidents pendant les dernières années de la vie d'Alice jusqu'à son décès, sous l'angle de la philosophie *La bonne chose, maintenant*. Ensuite, les problèmes de gouvernance liés à cette affaire seront analysés à la lumière du rapport intitulé *Comment tout s'est écroulé*.

ANALYSE – PROBLÈMES ADMINISTRATIFS

Ne pas poser les bonnes questions aux bonnes personnes

Le foyer de soins spéciaux et un professionnel médical ont reconnu à juste titre que la réévaluation d'Alice s'imposait, et le foyer a adressé plusieurs demandes aux autorités compétentes (le ministère du Développement social). En revanche, l'absence de réponse en temps opportun du Ministère indique l'incapacité, au sein du Ministère lui-même, de communiquer rapidement avec les bonnes personnes. Quand un décideur à n'importe quel échelon du Ministère fait face à un problème, il ne sert à rien de présumer que le système n'est pas en mesure d'aborder le problème avec l'urgence nécessaire et, par conséquent, qu'il lui est impossible d'agir. L'acceptation des contraintes internes et le silence à leur sujet compromettent la capacité de l'ensemble du système de déceler et de régler les faiblesses. Ce type de problème aurait dû être signalé par le personnel de la réception des demandes aux superviseurs et transmis à l'échelon hiérarchique le plus élevé au sein du Ministère. Au lieu d'être abordé, le problème ne l'a jamais été parce qu'il n'a jamais été évalué. Il a continué d'exister dans le silence.

Ne pas évaluer le problème et les solutions éventuelles

L'incapacité totale de résoudre le problème s'explique essentiellement par la résignation face aux défaillances du système.

Le foyer de soins spéciaux a compris le problème et le médecin l'a évalué, mais le Ministère était le seul organisme qui aurait pu le résoudre. Tout d'abord, le Ministère lui-même aurait dû

évaluer le problème pour déclencher une action. Mais il ne l'a pas fait. Il n'y a donc eu aucune intervention immédiate – pas même pour tenter d'atténuer le risque, encore moins pour le corriger.

De plus, l'enquête des Services de protection des adultes n'a donné lieu à aucune évaluation du problème réel et, par conséquent, aucune mesure que le Ministère aurait pu, ou aurait dû, mettre en place avant le décès d'Alice n'a été envisagée. L'enquête des Services de protection des adultes s'est plutôt limitée uniquement aux mesures prises par le foyer de soins et, ce faisant, n'a pas permis de traiter la question systémique de la réponse tardive et de l'inaction du Ministère. Cette portée limitée a empêché une analyse exhaustive du problème et de ses causes profondes. Aucune leçon n'a été tirée.

Ne pas donner préséance aux résultats au lieu d'appliquer des règles rigides

Les rapports d'incident et les avis d'experts ont montré clairement les besoins d'Alice; pourtant, la réponse du ministère du Développement social a surtout porté sur ses propres contraintes de charge de cas et de personnel, plutôt que sur la mise en place de mesures provisoires pour répondre aux besoins d'Alice avant son transfert dans un foyer de soins.

En outre, le respect rigide des procédures de la liste d'attente des foyers de soins, même si le Ministère savait que son niveau de soins était insuffisant, a laissé Alice sans le soutien adéquat et a placé le foyer de soins spéciaux devant une tâche impossible. Bien que les règles et les procédures soient importantes, donner la priorité à la sécurité et au bien-être d'Alice aurait dû constituer l'objectif principal.

Ne pas savoir si ce que l'on fait fonctionne

Malgré les multiples rapports d'incident, le plan de soins en place ne fonctionnait pas, comme en font foi les fugues constantes d'Alice. Cette absence d'amélioration aurait dû déclencher une révision et une adaptation du plan pour assurer la sécurité d'Alice. Cela n'a cependant pas été le cas, premièrement à cause du délai de cinq mois pour sa réévaluation par le Ministère et, deuxièmement, à cause de l'absence de suite réelle donnée par le Ministère à sa réévaluation pendant une année entière.

Là encore, l'enquête des Services de protection des adultes n'a pas relevé ni traité cette inaction.

Ne pas comprendre comment une décision prise aujourd'hui influencera l'avenir.

Le long délai pour réévaluer Alice et l'omission de la transférer dans un établissement plus adéquat l'ont maintenue jusqu'à son décès dans une situation où les soins qui lui étaient offerts étaient inadéquats. Aucun exemple plus grave ne peut démontrer à quel point le fait de négliger

d'envisager les répercussions à long terme des décisions est lourd de conséquences pour l'avenir.

Le manque de soutien et de financement pour le foyer de soins spéciaux, pendant qu'Alice était en attente d'un placement dans un foyer de soins, a placé un fardeau excessif sur le personnel du foyer et, au bout du compte, a compromis la sécurité d'Alice. L'absence de mesures prises pour accélérer le transfert d'Alice dans un foyer de soins a exacerbé la situation.

Là encore, l'enquête des Services de protection des adultes n'a pas relevé ni traité cette inaction.

ANALYSE – PROBLÈMES DE GOUVERNANCE

L'absence de planification efficace des ressources humaines

La longue liste d'attente pour les réévaluations et la liste d'attente tout aussi longue pour les placements dans les établissements de soins appropriés indiquent une pénurie de personnel qualifié pour effectuer les évaluations et gérer les besoins de personnes comme Alice. Le manque immédiat de personnel pour réaliser ces évaluations entraîne des délais dans la détermination du niveau de soutien approprié pour la personne.

De plus, l'absence de financement supplémentaire mis à la disposition du foyer de soins spéciaux pour répondre aux besoins croissants d'Alice entre-temps dénote un écart entre l'affectation des fonds et les besoins réels en personnel pour la prestation de services. Les conséquences de cette absence de planification des ressources sont ressenties le plus lourdement par le résident, qui reste dans le flou et qui reçoit des soins inadéquats en attendant sa réévaluation.

Pour coordonner la planification des ressources humaines, les normes de service et les besoins futurs, le ministère du Développement social devrait se poser des questions et faire preuve de diligence pour trouver des réponses. Quelles sont les normes de service en vigueur pour ce programme et quelles données les justifient? Quelle est la demande prévue pour les services de ce programme au cours des cinq et des dix prochaines années et quelles données justifient ces prévisions? Combien de professionnels sont nécessaires pour respecter les normes de service actuelles et prévues et comment ce nombre a-t-il été déterminé? Quel plan de ressources humaines particulier est en place pour que le programme dispose de l'effectif nécessaire pour répondre aux besoins actuels et futurs? Comment les décisions d'affectation des ressources humaines sont-elles prises pour ce programme et quel est le rôle joué par les normes de service et les besoins futurs dans ces décisions?

Processus budgétaire détaché de la réalité

Même si des ressources avaient été fournies au foyer de soins spéciaux pour répondre aux besoins importants d'Alice – ce qui aurait dû être le cas – cela mettrait quand même en évidence une approche de la budgétisation qui donne la priorité à la gestion des crises plutôt qu'aux solutions nécessaires, puisqu'elle n'aurait tout simplement pas dû se trouver dans ce foyer.

De plus, le fait qu'Alice soit restée dans cet établissement de « niveau 2 » pendant un an après l'évaluation qui a déterminé qu'elle avait besoin de soins de « niveau 3B » révèle un manque évident de cohérence entre l'affectation budgétaire dans le système des soins de longue durée et les besoins réels de la population du Nouveau-Brunswick.

Les décisions budgétaires sont prises par les autorités centrales du Bureau du Conseil exécutif et du ministère des Finances et du Conseil du Trésor en fonction souvent des dépenses de l'année précédente. Ces décisions de milliards de dollars sont prises de manière centralisée, en l'absence de toute l'information et du contexte nécessaires provenant des ministères responsables de la prestation des programmes sociaux, et sans prise en compte complète des résultats sociaux réels ni des besoins futurs. Une absence de coordination entre le processus budgétaire, les objectifs cibles et les résultats mesurables pour les citoyens constitue une faiblesse de gouvernance.

Le Ministère devrait se poser des questions et rechercher des réponses dans l'objectif de coordonner le processus budgétaire, les objectifs cibles et les résultats mesurables. Quels objectifs précis de la politique sociale ce programme vise-t-il à atteindre et comment ces objectifs sont-ils mesurés? Quelles données et quelle analyse ont été utilisées pour déterminer l'affectation budgétaire et comment ce budget concorde-t-il avec les objectifs de la politique sociale à atteindre? Si le programme devait bénéficier d'une augmentation de son budget, quelles améliorations précises de la prestation de services ou des résultats seraient escomptées à la suite de cette augmentation, et comment celles-ci seraient-elles mesurées pour déterminer leur succès? Si le budget du programme était réduit, quelles en seraient les répercussions auxquelles on pourrait s'attendre sur la prestation de services ou les résultats et quelles mesures pourrait-on prendre pour atténuer ces répercussions? Comment le rendement du programme est-il suivi et mesuré en fonction de ses objectifs de politique sociale et quels mécanismes sont en place pour assurer la reddition de comptes à l'égard de l'atteinte de ces objectifs?

Incapacité à modifier le système quand il n'atteint pas les résultats escomptés

Le manque de souplesse et d'approche créative dans la résolution de problèmes dans le cas d'Alice, malgré les preuves évidentes de ses besoins et des risques associés à l'omission de lui fournir les soins nécessaires, reflète ce que nous voyons dans de nombreux dossiers. Cela révèle une culture d'application des règles qui fait obstacle à la prestation efficace des services. À

l'heure actuelle, le Ministère ne dispose pas de mécanismes adéquats pour repérer l'absence de résultats, encore moins pour intervenir et aborder le problème.

L'inefficacité et les lacunes de l'enquête des Services de protection des adultes constituent un exemple typique de défaillance de gouvernance, qui survient lorsque le personnel suit un processus structuré totalement dissocié des résultats fondés sur les besoins. De notre point de vue, cette enquête sur le décès choquant d'une résidente d'un foyer de soins spéciaux paraît avoir été menée comme une simple formalité procédurale, plutôt que comme un véritable mécanisme de responsabilisation et d'amélioration de la prestation de services sociaux essentiels. L'enquête n'a pas abouti à des conclusions ou à des recommandations pertinentes pour empêcher la répétition de tels événements à l'avenir. Le Ministère a été informé à de nombreuses reprises que le foyer de soins spéciaux peinait à superviser Alice étant donné qu'elle avait besoin d'un niveau de soins supérieur (que le Ministère n'avait jamais fourni), mais l'enquête n'a pas déterminé la cause de son décès, malgré l'existence de preuves selon lesquelles le Ministère lui-même aurait dû en être tenu responsable. Pour être clair : nulle part dans la *Loi sur les services à la famille* ou ses règlements ou les normes de pratique du Ministère ne figure l'obligation pour un membre du personnel des Services de protection des adultes, ou tout autre méchanisme d'évaluation, d'examiner la conduite du Ministère. L'absence de cet examen n'est peut-être pas surprenante dans ce cas, comme le personnel des Services de protection des adultes suit les normes de pratique du Ministère. La question de l'alignement des normes de pratique sur la volonté de nos élus, telle qu'elle ressort de la *Loi sur les services à la famille*, demeure ouverte. Après tout, le préambule de la *Loi*, qui est une déclaration de l'Assemblée législative concernant ses objectifs, comprend le passage suivant : « … il est reconnu aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux personnes à charge le droit à une protection. »

Des programmes qui donnent la priorité au respect de procédures et de critères d'admissibilité rigides freinent souvent la créativité et la souplesse qui peuvent aboutir à de meilleures issues. Pour ne plus tomber dans cette faille, le Ministère devrait ici aussi se poser des questions et chercher des réponses. De quelle souplesse le personnel de première ligne dispose-t-il pour s'écarter des règles ou des procédures du programme quand cela permettrait d'obtenir de meilleurs résultats pour les clients? Quelle est la fréquence d'exemples de situation où un strict respect des règles du programme a eu des conséquences négatives pour les clients? Quelles mesures doivent être prises pour promouvoir une culture axée sur les résultats au sein du programme, une culture où l'obtention de résultats souhaités a la préséance sur le fait de suivre simplement les règles? Des approches efficaces et innovantes de prestation de services sont-elles connues et diffusées au sein du programme, et le personnel de première ligne pourrait-il être encouragé à adopter les pratiques exemplaires? Est-il prévu de passer en revue et de réviser les règles ou les procédures du programme pour en supprimer les obstacles ou les restrictions inutiles qui empêchent d'obtenir les résultats souhaités?

Manque de données, d'analyse et de suivi

Le manque de réponse à la suite des premiers rapports d'incident déposés par le foyer de soins spéciaux révèle l'incapacité du Ministère à utiliser les données de manière efficace pour repérer les nouveaux risques et y remédier.

La portée limitée de l'enquête des Services de protection des adultes, centrée sur le foyer de soins concerné sans prise en compte adéquate des problèmes systémiques liés à la réponse du Ministère, empêche la collecte de données complètes nécessaires à l'analyse et au suivi visant à traiter la problématique dans son ensemble.

La collecte des données est souvent limitée dans la fonction publique, et même quand les données sont disponibles, elles sont souvent utilisées insuffisamment pour éclairer les améliorations aux programmes ou accroître la responsabilisation à l'égard des résultats.

Pour résoudre ce problème, le Ministère devrait dans ce cas-ci aussi se poser des questions et chercher des réponses. Quelles données précises sont recueillies pour suivre le rendement du programme et mesurer son progrès vers l'atteinte des objectifs de la politique sociale? Comment les données collectées sont-elles analysées et utilisées pour relever les domaines d'amélioration du programme, évaluer l'efficacité des différentes interventions et éclairer les décisions d'affectation des ressources? Existe-t-il des exemples démontrant comment l'analyse des données a abouti à des modifications ou à des améliorations précises dans le programme? Quels mécanismes sont en place pour assurer l'exactitude et la fiabilité des données collectées et comment remédie-t-on aux lacunes ou aux limites des données? Comment le personnel du programme est-il formé à utiliser efficacement les données dans son travail et comment la littératie des données est-elle favorisée au sein du programme?

Dans le cas d'Alice, on ne sait pas clairement comment l'information contenue dans chaque rapport d'incident a été analysée et utilisée pour identifier les domaines d'amélioration du programme, évaluer l'efficacité des différentes interventions et éclairer les décisions d'affectation des ressources.

Aucun budget pour les solutions

Les niveaux de dotation manifestement inadéquats pour réaliser les évaluations et effectuer les placements en temps opportun révèlent une stratégie de financement qui provoque des crises.

L'enquête des Services de protection des adultes n'a pas traité cette question. Mais nul doute qu'un nombre considérable de ressources prévues au budget du Ministère ont été affectées à cette enquête. De nombreux résidents du foyer de soins spéciaux ont été interviewés. De nombreux anciens employés et employés actuels du foyer de soins spéciaux ont été interviewés ainsi que ses exploitants. Cette activité sera sans aucun effet sur la faiblesse de gouvernance qui doit être rectifiée, à savoir les budgets réactifs et axés sur les crises au lieu d'être proactifs et axés sur les résultats.

Dépenser excessivement pour répondre aux crises, tout en sous-finançant les programmes préventifs et les services nécessaires, est une tendance que chaque dimension du gouvernement devrait constamment garder à l'esprit. Une approche aussi réactive traite les problèmes une fois qu'ils se sont aggravés ou analyse ces programmes après les faits, d'une manière faible et impuissante, en augmentant inévitablement les coûts du système et en aboutissant à des solutions moins efficaces. Afin d'éviter cette situation, le Ministère devrait, là encore, examiner les questions qui se posent de toute évidence. Quelle recherche a été effectuée pour savoir quels programmes ou services préventifs pourraient être financés pour réduire la probabilité que des personnes aient besoin des services d'intervention en situation de crise fournis par ce programme? Quels indicateurs de rendement clés ou quelles données ou analyses justifient la répartition de l'affectation actuelle des ressources entre les services d'intervention en situation de crise et les programmes préventifs et comment la rentabilité de cette affectation est-elle évaluée? Y a-t-il beaucoup d'exemples où un manque de financement des programmes préventifs a augmenté la demande pour les services d'intervention en cas de crise et les coûts globaux? Est-il prévu de transférer des ressources aux programmes et aux services préventifs? Quelles sont les stratégies envisagées pour effectuer ce transfert? Comment tire-t-on parti des partenariats avec les organismes communautaires et à but non lucratif pour assurer la prestation de programmes et de services préventifs? Comment l'efficacité de ces partenariats est-elle évaluée?

CONCLUSIONS

L'histoire d'Alice est tragique. C'est un drame que personne ne peut même imaginer pour ses proches placés en foyer de soins. Nous aimerions présumer que ce qui est arrivé à Alice est un événement très rare, que le système de soins de longue durée est conçu de façon à protéger les plus vulnérables d'entre nous, en leur permettant de vivre le reste de leur vie dans la paix et le confort. C'est, bien entendu, la mission que se donne le système, et les personnes qui travaillent dans les foyers de soins et les foyers de soins spéciaux ainsi qu'au ministère du Développement social ont choisi leur travail parce que celui-ci leur tient profondément à cœur. Quand les personnes qui travaillent dans le système font de leur mieux, mais que le système de soins de longue durée ne leur offre pas la structure leur permettant d'agir, des rectifications systémiques s'imposent.

Ce Bureau a examiné le système de soins de longue durée dans son ensemble, un examen qui a débouché sur le rapport *Ce que nous voulons tous* en 2024. Ce rapport a été éclairé par plus de 300 contributions individuelles de membres du public, par plus de 50 mémoires émanant d'organismes, par des douzaines d'entretiens individuels et par l'examen de plus de 350 dossiers de cas par notre Bureau. La rectification de tous les défauts systémiques des soins de longue durée prendra sans aucun doute beaucoup de temps, comme elle entraînera la création de nouvelles dispositions législatives, politiques et structures. Mais des problèmes immédiats

peuvent être réglés d'ici là, et nous ne pouvons pas nous permettre d'attendre pour le faire – Alice non plus ne pouvait pas attendre.

Les foyers de soins spéciaux, les foyers de soins et les Services de protection des adultes constituent des pivots du système de soins de longue durée. Si les défaillances administratives et de gouvernance relevées dans l'approche *La bonne chose, maintenant* et dans le rapport *Comment tout s'est écroulé* ne sont pas rectifiées, il n'y a aucun espoir d'éviter d'autres décès comme celui d'Alice.

Recommandations

Les recommandations suivantes sont présentées au ministère du Développement social en vertu de l'article 23 de la *Loi sur le défenseur des enfants, des jeunes et des aînés*.

1. Le Ministère doit tenir les bureaux régionaux responsables des résultats.

Le Ministère devrait concevoir des « bulletins » fondés sur les résultats pour les bureaux régionaux et intégrer des mesures fondées sur les résultats à l'évaluation de toute l'équipe de direction régionale. Ces résultats devraient être basés sur le bien-être des aînés, des enfants et des adultes vulnérables qui doivent avoir recours aux programmes du Ministère.

2. Le Ministère doit créer des délais obligatoires pour la réponse aux demandes de réévaluation.

Le Ministère devrait fixer des délais clairs et contraignants pour la réponse aux demandes de réévaluation formulées par les foyers de soins spéciaux, les médecins ou d'autres professionnels de la santé. En cas de non-respect de ces délais dans une région, il faut obligatoirement un suivi et une enquête.

3. Le Ministère doit encourager le personnel de première ligne à proposer des solutions et à en assurer la remontée aux échelons supérieurs quand la sécurité et le développement d'une personne vulnérable sont menacés.

Quand l'évaluation conclut qu'une personne a besoin d'un niveau de soins supérieur, mais que celle-ci reste dans un établissement offrant des soins de niveau inférieur en raison des listes d'attente ou de problèmes de placement, le Ministère devrait exiger que :

- le financement provisoire, les mesures de renforcement des effectifs et les plans visant à assurer la sécurité soient consignés;
- les décideurs justifient leur manquement à respecter l'avis d'experts et expliquent leurs décisions concernant les risques.

4. Le Ministère doit créer une culture dans laquelle le personnel peut faire monter à un échelon supérieur les préoccupations suscitées par le manque de ressources, au lieu de se contenter de remplir des formulaires.

Pour veiller à ce que l'information reçue par le Ministère soit désormais suivie de l'application des mesures qui s'imposent, il faudrait mettre en place une politique qui l'obligerait à faire le suivi des rapports d'incidents indiquant une défaillance opérationnelle (p. ex. fugues répétées) et un mécanisme pour déclencher les protocoles de transmission d'informations aux échelons supérieurs quand les risques atteignent un certain seuil.

Le Ministère devrait élaborer et mettre en œuvre une norme et un protocole qui déclenchent immédiatement une révision du placement et des mesures pour les personnes :

- dont l'évaluation détermine qu'elles ont besoin d'un niveau de soins supérieur;
- qui ont été impliquées dans plusieurs incidents à risque élevé;
- qui sont demeurées dans un établissement qui n'offrait pas les ressources adéquates.

5. Le Ministère doit systématiquement prendre ses responsabilités.

Le Ministère devrait modifier ses procédures pour s'assurer que les enquêtes des Services de protection des adultes évaluent non seulement la conduite des établissements de soins, mais aussi la supervision et les décisions ministérielles. Les rapports devraient notamment présenter une analyse de la rapidité et de la pertinence de la réponse par rapport aux risques connus et évaluer si l'attribution des ressources a eu une incidence sur le résultat.