

LE TRANSFERT DE L'HÔPITAL AUX SOINS DE LONGUE DURÉE: LA SITUATION EN ONTARIO¹

Jane E. Meadus
Avocate & Notaire
Avocate institutionnelle
Advocacy Centre for the Elderly

Mise à jour en février 2013

Les hôpitaux de l'Ontario sont surpeuplés. Des milliers de personnes sont sur des listes d'attente pour des maisons de soins de longue durée. Par conséquent, les personnes qui ont besoin de soins à longue durée sont confrontées à plusieurs «politiques» et «programmes» mis en place pour «trâter» avec les problèmes malgré les lois qui régissent le placement.

Les maisons de soins de longue durée en Ontario sont subventionnées par des fonds publics et sont régies par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* qui a été édictée le 1^{er} juillet 2010.² La loi qui contient quelques modifications continue de façon substantielle à protéger les droits des demandeurs en attente de placement dans des maisons de soins de longue durée comme le faisait la loi précédente.³

En 2012, la Clinique juridique spécialisée pour les aînés l'*Advocacy Centre for the Elderly (ACE)* a reçu 250 demandes d'assistance en lien avec les transferts d'hôpitaux. Dans le premier mois de 2013, ce chiffre a grimpé à 50 de ce type de demande! Les patients qui doivent être admis à d'autres centres de soins ou qui ont besoin de soins supplémentaires dans le foyer se font souvent dire qu'ils doivent se conformer avec les politiques des hôpitaux ou des centres d'accès de soins communautaires (CASC). Ces politiques peuvent «exiger» que le patient ou son mandataire choisisse les foyers de soin à partir d'une «courte liste» à partir de laquelle un lit est disponible ou le sera bientôt. S'ils ne se conforment pas à la politique, l'hôpital menace de facturer le taux journalier non assurable qui peut varier de 500\$ à 1500\$ ou plus par jour. Les hôpitaux peuvent aussi exiger que le patient ou le mandataire signe un «contrat» pour indiquer qu'ils sont «d'accord» avec cette politique. En fait, personne n'est tenu de signer un tel contrat. De plus en plus souvent, les hôpitaux bloquent les demandes pour les maisons de longue durée et les travailleurs des CASC refusent d'accepter des demandes des patients d'hôpitaux en se fondant sur leur interprétation des politiques des hôpitaux ou des critères des programmes *Home First/Wait at Home*.

¹ Cet article met à jour et incorpore trois articles précédents préparés par ACE qui s'intitulaient *First Available Bed Policies & Discharge to a Long-Term Care Home from Hospital*, *The Role of Community Care Access Centres in Admission to Long-Term Care from Hospital* et *Discharge from Hospital to Long-Term Care: Issues in Ontario*.

² L.O. 2007, ch. 8.

³ *Loi sur les établissements de bienfaisance, Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos et la Loi sur les maisons de soins infirmiers*.

ADMISSION DANS LES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE ET POLITIQUES DE CONGÉS

Le placement dans les foyers de soins de longue durée est régi par la Loi sur les foyers de longue durée et les règlements qui s'y rattachent. Le coordonateur de placement du CSAC doit travailler avec le demandeur ou son mandataire, si la personne est frappée d'incapacité pour s'assurer que les besoins de la personne sont satisfaits. Les intervenants dans les hôpitaux tels que les planificateurs de congés ou les travailleurs sociaux n'ont pas de rôle à jouer dans le placement en vertu de la Loi.

Lorsqu'un patient est à l'hôpital et qu'il a besoin d'être admis dans un foyer de soins de longue durée, le patient ou son mandataire doit remplir une demande si celle-ci n'a pas encore été remplie par un service dans la collectivité. Si tout va bien, l'hôpital et le patient ou son mandataire seront d'accord au sujet du placement.⁴ En attendant son placement, la personne sera désignée par le médecin dans un programme d'« autre niveau de soins » ou « ANS ». Cela veut simplement dire que la personne à l'hôpital est en attente d'un différent type de soins dans autre endroit qui n'est pas présentement disponible.⁵

Une évaluation est effectuée à l'hôpital par un gestionnaire de cas du CASC afin de déterminer l'admissibilité et les besoins de la personne en termes de soins. Cette évaluation comprend un document d'évaluation par le patient. Une évaluation de la capacité de la personne de prendre une décision relative au placement sera également effectuée.⁶ Une fois que la personne est évaluée par le CASC comme étant admissible pour être admise dans une maison de soins de longue durée,⁷ on demandera à la personne de choisir les foyers pour lesquels elle désire faire une demande. Une personne peut choisir jusqu'à **cinq** foyers de soins de longue durée.⁸ Il s'agit du nombre maximal à moins que la personne soit sur une liste d'attente en cas de crise (ce qui n'est pas probable si la personne est à l'hôpital). Malgré que le demandeur ou son mandataire ne soit pas tenu de faire le nombre maximum de demandes, nous incitons les gens de le faire si possible lorsqu'ils sont à l'hôpital en attente de placement. Les hôpitaux ne sont pas des endroits convenables pour attendre pendant de longues périodes de temps lorsque des soins actifs ne sont pas nécessaires. Le demandeur ou son mandataire doit agir de façon « raisonnable » en faisant une demande de soins de longue durée puisque des pressions sont exercées de la part des hôpitaux.

⁴ Lorsque le patient ou son mandataire refuse de donner son consentement, le processus sera abandonné ou une audience peut être tenue en vertu de la *Loi sur le consentement aux soins de santé*.

⁵ La définition normative d'« ANS » du ministère de la Santé et des soins de longue durée se trouve sur le site web suivant : <https://www.cancercare.on.ca/ocs/alc/>.

⁶ Personne ne peut prendre une décision sur les soins de la personne avant que celle-ci ne soit évaluée, même si elle a été nommée mandataire dans une procuration pour les soins de la personne.

⁷ Si la personne est jugée non admissible pour des soins de longue durée, elle peut faire appel à la Commission d'appel et de révision des services de santé pour une révision de la détermination de l'incapacité: *Loi sur les foyers de soins de longue durée*, par. 43(9).

⁸ Règl. Ont. 79/10, al. 166(1)d).

Les hôpitaux ont souvent des politiques qui exigent que les demandeurs fassent un des «choix» suivants: accepter le premier lit disponible dans n'importe quelle maison de soins, retourner à la maison pour attendre le foyer de leur choix, aller dans une maison de retraite en attendant le foyer de leur choix ou payer le «tarif journalier» pour le lit d'hôpital.

Le consentement pour l'admission dans un foyer de SLD est régi par la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* et Partie III de la *Loi sur le consentement des soins de santé*.⁹ C'est au demandeur ou son mandataire de choisir les maisons de soins pour lesquelles il désire faire une demande. Un consentement éclairé tel que défini dans la Loi est nécessaire avant d'inscrire le nom d'une personne sur la liste d'attente pour un foyer:

Éléments du consentement

46. (1) Les éléments suivants doivent coexister pour qu'il y ait consentement à l'admission à un foyer de soins de longue durée :

1. Le consentement doit porter sur l'admission.
2. Le consentement doit être éclairé.
3. Le consentement doit être donné volontairement.
4. Le consentement ne doit pas être obtenu au moyen d'une déclaration inexacte ni par fraude.

Consentement éclairé

(2) Le consentement à l'admission est éclairé si, avant de le donner:

- a) la personne a reçu les renseignements concernant les questions énoncées au paragraphe (3) dont une personne raisonnable, dans les mêmes circonstances, aurait besoin pour prendre une décision concernant l'admission;
- b) la personne a reçu des réponses à ses demandes de renseignements supplémentaires concernant ces questions.

Idem

(3) Les questions visées au paragraphe (2) sont les suivantes:

1. Les implications de l'admission.
2. Les avantages et les désavantages prévus de l'admission.
3. Les choix parallèles à l'admission.
4. Les conséquences vraisemblables de la non-admission

Lorsque la personne est représentée par un mandataire, il doit se conformer aux règles particulières énoncées dans la *Loi sur le consentement aux soins de la santé* dont voici le libellé:

⁹ L.O. 1996, ch. 2, Annexe A.

Principes devant guider le consentement ou le refus de celui-ci

42. (1) La personne qui donne ou refuse son consentement à l'admission d'un incapable à un établissement de soins au nom de celui-ci le fait conformément aux principes suivants:

1. Si elle sait que l'incapable, lorsqu'il était capable et avait au moins 16 ans révolus, a exprimé un désir applicable aux circonstances, elle donne ou refuse son consentement conformément au désir exprimé.
2. Si elle ne sait pas si l'incapable, lorsqu'il était capable et avait au moins 16 ans révolus, a exprimé un désir applicable aux circonstances, ou s'il est impossible de se conformer au désir exprimé, elle agit dans l'intérêt véritable de l'incapable.

Intérêt véritable

(2) Lorsqu'elle décide de ce qui est dans l'intérêt véritable de l'incapable, la personne qui donne ou refuse son consentement au nom de celui-ci tient compte de ce qui suit:

- a) les valeurs et les croyances qu'elle sait que l'incapable avait lorsqu'il était capable et conformément auxquelles elle croit qu'il agirait s'il était capable;
- b) les désirs que l'incapable a exprimés à l'égard de son admission à un établissement de soins et auxquels il n'est pas obligatoire de se conformer aux termes de la disposition 1 du paragraphe (1);
- c) les facteurs suivants:
 1. S'il est vraisemblable ou non que l'admission à l'établissement de soins, selon le cas:
 - i. améliorera la qualité de vie de l'incapable,
 - ii. empêchera la détérioration de la qualité de vie de l'incapable,
 - iii. diminuera l'ampleur selon lequel ou le rythme auquel la qualité de vie de l'incapable se détériorera vraisemblablement.
 2. S'il est vraisemblable ou non que la qualité de vie de l'incapable s'améliorera, restera la même ou se détériorera s'il n'est pas admis à l'établissement de soins.
 3. Si les avantages prévus de l'admission à l'établissement de soins l'emportent ou non sur le risque d'effets néfastes pour l'incapable.
 4. S'il existe une mesure moins contraignante que l'admission à l'établissement de soins et qui soit appropriée dans les circonstances.

Les exigences en vertu de la Loi sont restrictives, ce qui signifie que la décision peut **seulement** être rendue en conformité avec ces principes. La liste est exhaustive – rien dans les Lois ou les règlements ne permettent de tenir en compte d'autres éléments. Les lois ne font aucunement mention des politiques des hôpitaux, les exigences du système de soins actifs ou d'autres programmes dans le processus de prise de décision. Comme le gouvernement a choisi de ne pas inclure ces politiques ou ces éléments dans la nouvelle loi sur les foyers de soins à de longue durée, il s'agit d'une preuve supplémentaire que les hôpitaux ne peuvent pas « déroger » du processus de prise de décision en imposant leurs propres politiques.

La question est donc de savoir si l'hôpital est tenu de garder le demandeur pendant qu'il attend pour le foyer de son choix. Plusieurs foyers ont de longues listes d'attente. L'hôpital doit-il garder la personne jusqu'à ce qu'un foyer de son choix devienne disponible?

Les règlements de la *Loi sur les hôpitaux publics* exigent qu'une personne quitte l'hôpital dans un délai de 24 heures après avoir reçu le congé de l'hôpital de son médecin.¹⁰ En examinant cette disposition, il semble que lorsqu'un patient ne nécessite pas de traitement, il doit recevoir son congé de l'hôpital avec comme seule exception la période de grâce de 24 heures. Toutefois en réalité, il y a plusieurs personnes à l'hôpital qui n'ont plus besoin de traitement mais qui continuent d'attendre qu'un lit se libère dans un foyer de soins de longue durée ou qu'autre établissement est une place disponible.

Les hôpitaux s'appuient sur cette disposition pour exiger que les gens se conforment à leurs politiques internes d'accepter le premier lit disponible et de déménager dans une maison de retraite avec l'aide du CASC. Toutefois nous croyons que cette pratique n'est pas valable du point de vue juridique. En premier lieu les règlements en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* prévoient spécifiquement que les parents doivent attendre à l'hôpital jusqu'à ce qu'un lit dans un foyer de soins devienne disponible. Le gouvernement a établi un taux journalier maximal qui peut être facturé pendant qu'une personne à l'hôpital est en attente d'un placement; il s'agit du même montant qui peut être facturé à un résident pour l'hébergement de base dans un foyer pour soins (y compris les réductions de taux applicables).¹¹ En second lieu, si cette disposition était mise en application de façon égalitaire dans tous les cas, cela signifierait que **toute personne** qui a besoin d'être hébergée dans un foyer de soins ou dans un autre établissement recevrait son congé dans un délai de 24 heures après ne plus avoir besoin de soins actifs, qu'un lit soit disponible ou non- ce n'est pas le cas.

Il est également clair du point de vue juridique que l'hôpital et le médecin ont tous les deux un devoir de diligence envers le patient qui comprend un congé sécuritaire. Il faut se rappeler pas que c'est le médecin et non l'hôpital qui autorise le congé du patient.

¹⁰ R.R.O., Règl. 965, art. 16.

¹¹ Le taux est présentement de 55,04 \$ par jour. Le gouvernement provincial ajuste le taux annuellement le 1^{er} juillet.

Il y a souvent une mésentente au sujet de ce que signifie un «congé sécuritaire». Si l'hôpital ou le médecin déclare qu'une personne doit aller dans une maison de retraite et est en attente d'un placement dans un foyer de soins, pouvons-nous dire que le congé est donné de façon sécuritaire? Les maisons de retraite sont essentiellement des logements locatifs.¹² Elles ne sont pas l'équivalent des foyers de soins et ne font pas partie du système de santé.¹³ Même si plusieurs personnes choisissent les maisons de retraite pour divers motifs, ce choix ne devrait pas leur être imposé comme solution de rechange à un foyer de soins. Non seulement les maisons de retraite ne sont pas réglementées, elles existent pour faire un profit.

Il y a également une mésentente sur ce que signifie un lit «acceptable». Il est évident que ce n'est pas tous les lits «disponibles» qui conviennent à toutes les personnes hospitalisées en attente d'un placement. À titre d'exemple, une personne peut avoir besoin d'un lit dans une unité de garde en milieu fermé alors que ce n'est pas le cas pour une autre personne. C'est souvent le nœud du problème dans les questions en lien avec le transfert- l'hôpital croit qu'un lit est convenable alors que le demandeur ou son mandataire pense le contraire.

Les placements dans les foyers qui ne sont pas le choix de la personne peuvent être nuisibles pour leur santé physique aussi bien que mentale. Les foyers peuvent être situés loin des familles et de d'autres réseaux de soutien- ce qui entraîne des conséquences désastreuses sur la santé de la personne, y compris la mort. À d'autres occasions, il peut y avoir des lits disponibles parce que les foyers eux-mêmes ne sont pas satisfaisants d'une façon ou d'une autre.¹⁴ Heureusement que les deux lois applicables prévoient que c'est au demandeur ou à son mandataire de prendre la décision relative au placement- les lois ne font mention nulle part que c'est le rôle du personnel de l'hôpital. Par conséquent, une personne ne peut se voir «offrir» un lit pour lequel elle n'a pas fait demande et le fait de ne pas prendre ce lit ne constitue pas un refus. Les lits peuvent seulement être offerts une fois que le demandeur ou son mandataire consente à ce que leur demande soit acheminée au foyer en question, que le foyer accepte la demande et que le CASC offre le lit en conformité avec les règlements.

¹² Les maisons de retraite font partie de la définition des «maisons de retraite» en vertu de la *Loi de 2006 sur la location à usage d'habitation*, L.O. 2006, ch.7.

¹³ La *Loi de 2010 sur les maisons de retraite*, L.O. 2010, ch. 11 a été édictée mais seulement certains articles ont été adoptés. Les maisons de retraite doivent être titulaires de permis et il existe un processus pour signaler les mauvais traitements et la négligence à l'Office de réglementation des maisons de retraite. Toutefois leur capacité de faire enquête et de prendre des actions pour remédier aux problèmes est limitée.

¹⁴ Les demandeurs ou leurs mandataires devraient toujours visiter le foyer de soins avant de l'ajouter sur leur liste d'attente. Les rapports d'inspection sur les foyers se trouvent sur le site web du ministère de la Santé et des soins de longue durée –

http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ltc/26_reporting.aspx.

En général, les patients dans les hôpitaux ne sont pas admissibles à une désignation en cas de « crise », ce qui les mettrait en haut de la liste d'attente. Une personne doit être placée dans la catégorie de crise [TRADUCTION] « par le coordonateur de placement si l'auteur de la demande nécessite une admission immédiate en conséquence à une crise est liée à l'état ou à la situation de la personne qui doit être admise à l'établissement de soins ».¹⁵ Les réseaux locaux d'intégration des services de la santé (RLISS) sont également aptes à désigner des hôpitaux comme étant en « crise » si elles expérimentent des « fortes pressions au plan de sa capacité ».¹⁶ Même lorsqu'un hôpital est désigné comme étant en crise et que les patients ANS se retrouvent à la tête de la liste, ils ne sont pas tenus d'accepter un lit juste parce qu'il devient disponible. La désignation de crise signifie que la personne se retrouve à la tête de la liste d'attente pour tous les foyers qu'elle a choisis. Les demandeurs et leurs mandataires ne sont plus restreints à cinq choix de foyers et peuvent en choisir autant qu'ils veulent.¹⁷

La seule cause entendue jusqu'à maintenant sur la question de transfert de l'hôpital à un foyer de soins est celle de *Duffy c. OHIP*,¹⁸ qui une cause portée en appel après le refus de prestations d'assurance maladie. Mme Duffy, une patiente de l'Hôpital Joseph Brant Memorial attendait d'être placée dans un foyer de soins de longue durée. Malgré que des demandes aient été soumises dans trois foyers, l'hôpital demandait que d'autres foyers soient ajoutés.¹⁹ Le Régime d'assurance-maladie a été informé que le patient avait reçu son congé mais demeurait toujours à l'hôpital. Le Régime a alors mis fin aux prestations pour le lit d'hôpital et l'hôpital a facturé Mme Duffy un montant de 120 \$ par jour pour le lit. La décision a été portée en appel devant la Commission d'appel des services de santé par Mme Duffy qui plaidait qu'elle avait droit aux prestations d'assurance-maladie pour ses frais d'hôpitaux. La Commission a statué que le taux facturé par l'hôpital semblait totalement arbitraire et que la preuve ne démontrait pas que l'appelante ou sa famille avait été avisée de la politique sur les congés. La Commission a conclu qu'il était clair qu'un congé ne signifiait pas simplement de « quitter l'hôpital le jour du congé » comme l'avait plaidé le Régime d'assurance-santé mais devait signifier un placement convenable dans un foyer de soins de longue durée. Par conséquent, la Commission a décidé en faveur de Mme Duffy et a ordonné la couverture des frais par le Régime d'assurance-santé.

Cette cause ne veut pas dire toutefois que le demandeur peut simplement attendre dans un hôpital pour un foyer particulier lorsque par exemple ce foyer a une liste d'attente de trois ans, à moins que ce foyer soit le seul qui peut satisfaire aux besoins

¹⁵ Régl. Ont. 79/10, par. 171(1). Un libellé semblable se trouve à l'art. 39 de la *Loi sur le consentement sur les soins de la santé* qui énonce que pour ce qui est de l'admission une « crise » est liée à l'état ou à la situation de la personne qui doit être admise à l'établissement de soins.

¹⁶ Régl. Ont. 79/10, par. 171(4).

¹⁷ Régl. Ont 79/10, par. 164(4) et art. 171.

¹⁸ Commission d'appel des services de santé (4 février 1999).

¹⁹ À ce moment là, la loi ne comprenait pas un nombre maximal de foyers pour lequel on pouvait faire demande. L'hôpital demandait que 10 foyers soient compris dans la demande.

de la personne.²⁰ Les demandeurs et leurs mandataires doivent agir de façon «raisonnable» lorsqu'ils font des choix. Toutefois, il n'existe pas de définition claire de ce que «raisonnable» signifie et ce concept peut varier d'une situation à l'autre. En plus, demeurer à l'hôpital est rarement dans l'intérêt véritable de la personne. Les hôpitaux ne fournissent pas la même assistance et la programmation sociale que les foyers de soins de longue durée. Les risques de détérioration de l'état du patient pendant qu'il attend pour un placement sont élevés. Ces risques comprennent la perte de mobilité et l'incontinence. En dernier lieu, le fait de demeurer longtemps à l'hôpital augmente les chances de contracter les infections telles que le *MRSA*, le *VRE* et le *C. difficile*. Il faut donc tenir compte de tous les éléments avant de prendre une décision de placement.

En général, la question principale est de se demander si les choix des foyers de soin exprimés par le demandeur ou son mandataire sont appropriés. Du point de vue juridique, l'hôpital ou le CASC ne peut pas simplement être en désaccord ou ignorer la décision du demandeur et le forcer à être admis dans un foyer auquel il n'a pas consenti. Si le patient a été évalué comme étant incapable de prendre une décision de placement, celle-ci revient à son mandataire. Toutefois cela ne peut être fait seulement parce que l'équipe n'est pas d'accord avec la décision de la personne. Si c'est la décision du mandataire qui est jugée non acceptable, le CASC (et seulement le CASC) peut contester la décision du mandataire en déposant une requête auprès de la Commission du consentement et de la capacité en alléguant que le mandataire n'a pas suivi les principes statutaires énoncés dans la Loi sur le consentement pour soins médicaux pour donner ou refuser un consentement.²¹ Il n'existe pas de façon de contester la décision de la personne capable qui ne se «conforme pas aux politiques de l'hôpital» en ce qui concerne ses choix.

LE PLACEMENT À PARTIR DE L'HÔPITAL: PROBLÈMES AVEC LE CASC

En vertu de la *Loi sur les foyers de soins de longue durée*, les coordonateurs des placements du CASC ont des tâches particulières en lien avec le placement qui ne peuvent pas déléguer à d'autres personnes (telles que les travailleurs sociaux dans les hôpitaux ou les planificateurs de congé). Le coordonateur des placements doit déterminer l'admissibilité de la personne relative au foyer de soins de longue durée en conformité avec la Loi. Le CASC est tenu de suivre des règles particulières en lien avec le processus d'admissibilité et d'admission, y compris les règles suivantes:

- Si un demandeur ou son mandataire demande à un coordonateur des placements de déterminer son admissibilité pour un placement dans un foyer de soins de longue durée, le coordonateur de placement **doit** recevoir la demande

²⁰ Un exemple de ceci serait un demandeur qui nécessite de la dialyse péritonéale qui est offerte dans un nombre très restreint de foyers en Ontario.

²¹ *Loi sur le consentement aux soins médicaux*, art. 54.

et déterminer l'admissibilité en conformité avec les critères énoncés dans les règlements.²²

- Le coordonateur des placements peut seulement autoriser l'admission dans les foyers de soins de longue durée **qui ont été choisis par l'auteur de la demande ou son mandataire.**²³
- Le coordonateur des placements doit à la demande de l'auteur de la demande ou son mandataire leur venir en aide avec le choix des foyers.²⁴
- Lorsqu'il vient en aide à la personne pour le choix d'un foyer, le coordonateur des placements doit tenir compte des critères suivants: les préférences de l'auteur de la demande en lien avec son admission et qui sont fondées sur des facteurs ethniques, spirituels, linguistiques, familiaux et culturels.²⁵
- Le coordonateur de placement peut approuver l'admissibilité ou autoriser l'admission dans un foyer de soin particulier seulement si le demandeur ou son mandataire **fait une demande spécifique** pour cette admission.²⁶ Par conséquent, si le demandeur ou son mandataire ne consent pas à ce que la demande aille à ce foyer, cette personne ne pourra pas être admise à cet endroit. Même si un lit est «disponible» dans un foyer qui satisfait certains critères (ex. : une unité de base pour une femme), le coordonateur de placement ne peut pas déterminer si la chambre est convenable à moins qu'il soit autorisé par la personne ou son mandataire.
- «Les programmes de jumelage» qui sont gérés par les CASC et qui utilisent les données des demandes pour identifier les foyers qui satisfont aux besoins des résidents existent seulement à titre d'information. Il n'y a pas d'exigence que la personne fasse demande ou accepte une admission pour le seul motif qu'il y a eu un «jumelage».
- Si une personne a déjà fait demande pour cinq foyers, son admissibilité pour l'admission ne peut pas être **tenue pour compte** avant que la personne retire un de ses choix de la liste.²⁷ Encore une fois, un foyer ne peut pas être retiré de la liste des choix sans le consentement expresse du demandeur ou de son mandataire.

²² *Loi sur les foyers de soins de longue durée*, par. 43(1) et Régl. Ont. 79/10, par. 155(1).

²³ *Ibid.*, par. 44(1).

²⁴ *Ibid.*, par. 44(3).

²⁵ *Loi sur les foyers de soins de longue durée*, par. 44(4).

²⁶ *Ibid.*, art. 43.

²⁷ Régl. Ont. 79/10, al. 166(1)d.

Il n'existe rien dans la loi qui différencie le processus d'admission pour les patients dans les hôpitaux de ceux des demandeurs qui habitent dans la collectivité avec une exception pour les foyers temporaires de soins.²⁸

Refus par le CASC de déterminer l'admissibilité ou de recevoir une demande

Le personnel des CASC ne peut pas refuser de recevoir une demande pour déterminer l'admissibilité en vue du placement. La loi est claire que le coordonateur de placement du CASC **doit** recevoir la demande et déterminer l'admissibilité sur demande.²⁹ Par exemple, le CASC ne peut pas exiger qu'une personne retourne à la maison ou qu'elle se conforme aux politiques de l'hôpital avant que sa demande ne soit acceptée.

C'est également l'obligation du coordonateur des placements de s'assurer que les consentements sont valides et qui sont conformes à la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* et à la *Loi sur le consentement aux soins médicaux*. Si les «choix» sont faits en se fondant sur de la fausse information comme par exemple si les demandeurs ou leurs mandataire se font dire qu'ils **doivent** choisir à partir d'une courte liste ou qu'ils **doivent** choisir un foyer particulier, alors le consentement n'est pas valable et ne peut pas être accepté par le coordonateur de placement. Le coordonateur de placement doit s'assurer que les règles ont été expliquées au demandeur ou à son mandataire conformément à la loi. En fait, lorsqu'il y a un mandataire, le coordonateur de placement est tenu de les aviser des règles au sujet de la prise de décision contenues à l'article 42 de la *Loi sur le consentement aux soins médicaux*.³⁰

Refus du CASC d'accepter les choix ou les changements

La personne ou son mandataire a non seulement le droit de choisir les foyers de soins de longue durée pour lesquelles elle veut faire une demande mais elle peut également modifier leurs choix ou retirer leur consentement en tout temps l'offre d'un placement. Ceci est important puisque les personnes peuvent au début faire certains «choix» croyant qu'il n'existe pas d'autres solutions en raison des «politiques de l'hôpital». Si cela arrive, le demandeur ou son mandataire doit immédiatement entrer en contact avec le coordonateur des placements pour modifier ses choix. Les coordonateurs de placement ne peuvent pas refuser d'effectuer ces modifications pour motif que cela est contraire aux «politiques de l'hôpital». Ils ne peuvent pas refuser d'accepter les modifications à moins que les autres critères sont satisfaits, tels que l'«approbation» par le planificateur de congé ou l'échange d'une «courte liste» d'un foyer à un autre puisque cela aussi serait à l'encontre des critères juridiques.

²⁸ Les lits pour des séjours temporaires peuvent faire l'objet d'une demande seulement à partir de l'hôpital. Le demandeur doit être inscrit sur une liste d'attente pour un foyer régulier de SLD. La demande de lit temporaire n'est pas comprise dans les cinq choix et une fois que la personne est admise, elle ne perd pas sa place sur la liste d'attente régulière.

²⁹ *Loi sur les foyers de soins de longue durée*, par. 43(4).

³⁰ *M.A. c. Benes*, 1999 CanLII 3807 (C.A. ONT).

Le droit de retirer son consentement ou de modifier ses choix est absolu. La loi ne permet pas au coordonateur des placements de restreindre les choix de la personne en lien avec un foyer de soins de longue durée.

Refus du CASC de recevoir une demande des patients se trouvant dans les hôpitaux

Certains CASC refusent de recevoir des demandes pour la détermination de l'admissibilité des patients se trouvant dans les hôpitaux ou ils les acceptent seulement dans des circonstances exceptionnelles. En général cette façon de faire est en lien avec la stratégie «Vieillir chez soi» du ministère de la Santé et des soins de longue durée. Selon cette stratégie, les patients d'hôpitaux sont incités à retourner à la maison avec des soins accrus du CASC dans l'espoir qu'ils peuvent attendre jusqu'à ce qu'un foyer de soins soit disponible ou qu'un lit dans un tel établissement ne soit plus nécessaire.

Même si ce programme mérite des louanges en théorie et peut être avantageux pour certaines personnes, la pratique démontre un nombre croissant de problèmes avec cette approche. Les patients se font dire par l'hôpital et le CASC qu'ils doivent retourner à la maison avant même qu'une demande pour un foyer de soins de longue durée ne soit reçue. Tel que discuté ci-haut, ceci va à l'encontre de la loi exigeant qu'une demande soit reçue et que l'admissibilité soit déterminée sur demande. Les conséquences de ces refus sont que les personnes incapables de pas prendre soin d'elles à la maison ou qui n'ont pas de chez-soi se font dire qu'elles doivent quitter l'hôpital avant même d'avoir eu la chance de faire une demande. Non seulement, de telles politiques rigides sont contre les intérêts des patients, elles peuvent être dangereuses pour les individus dont le CASC sont responsables. Ces politiques ne viennent en aide souvent qu'aux hôpitaux qui ont des problèmes de disponibilité de lits.

Les programmes tels qu'«Attendre à la maison» (Wait at home) et «la Maison d'abord» (Home First) ne sont pas des programmes infaillibles et ne sont pas appropriés pour tous. La participation à ces programmes n'est pas obligatoire et la personne qui en fait la demande doit recevoir tous les renseignements pertinents pour décider si un tel programme est convenable pour elle compte tenu de sa situation particulière. Elle doit de plus faire déterminer son admissibilité et faire demande pour des foyers de soins de longue durée en conformité avec la loi. Le CASC ne peut pas exiger que les personnes participent à ces programmes en les menaçant de ne pas leur offrir d'autres services.

Exigence pour l'admission dans une maison de retraite

Les demandeurs se font souvent dire qu'ils doivent aller dans une maison de retraite en attendant leur placement dans un foyer de soins de longue durée. Tel que nous en avons fait mention, les maisons de retraite ne font **pas** partie du système de financement public et les soins qu'elles offrent ne sont pas règlementés. Même si le

coordonateur de placement est tenu d'informer le demandeur de d'autres choix,³¹ celui-ci n'a pas d'obligation d'aller dans une maison de retraite alors qu'il est admissible à un foyer de soins subventionné.

Refus de recevoir une demande et de déterminer l'admissibilité

Il est clair que lorsqu'on lui en fait la demande, le coordonateur des placements **doit** recevoir une demande d'admission et déterminer l'admissibilité. Les coordonateurs des placements ne peuvent pas simplement refuser de recevoir une demande parce qu'ils ont fait la détermination au préalable que la personne n'est pas admissible. Si aucune demande n'est remplie, le droit de la personne de faire réviser la décision de non admissibilité devant la Commission d'appel et de révision des services de santé est réduit à néant.³²

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE

En réponse aux multiples plaintes reçues en lien avec le processus d'admission à un foyer de soins de longue durée à partir de l'hôpital, le ministère de la Santé et des soins de longue durée a envoyé au moins trois notes de service au RLISS en ce qui concerne la légalité de ce processus.

Au début de 2011, le RLISS d' Erie St. Clair a annoncé qu'il mettait sur pied une politique du «premier lit disponible» exigeant que les personnes en attente d'un foyer de soins de longue durée «acceptent» le premier lit disponible sous peine d'être facturées le taux non assurable. Ruth Hawkins, sous-ministre adjoint (par intérim) a écrit un mémo au RLISS en date du 23 février 2011 en énonçant que la politique n'était pas conforme à la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* et que les hôpitaux et les RLISS n'avaient pas le droit de mettre sur pied de telles politiques. Elle a de plus confirmé que le montant maximal pouvant être facturé aux patients en attente de placements dans les foyers de soins était la quote-part maximale autorisée en vertu des règlements de la *Loi sur l'assurance-maladie*, connu sous le nom de «quote-part pour soins chroniques». Mme Hawkins a confirmé que les RLISS et les hôpitaux ne peuvent pas modifier les règles législatives en lien avec les demandes de placement pour les listes d'attentes et pour les foyers de soins de longue durée.

Le 23 mai 2012, une lettre de Rachel Kampus, sous-ministre adjoint (par intérim) a clarifié que le taux non assurable ne pouvait pas être facturé aux patients si un lit de leur liste de choix de foyers avait été offert et refusé. Il était nécessaire d'apporter cette clarification puisque certains hôpitaux croyaient qu'une personne ne pouvait pas être facturée à moins de refuser leur premier choix de foyer. L'imposition du taux non assurable est logique puisqu'on s'attend à ce que les personnes inscrivent sur la liste que les foyers qu'ils sont disposés à accepter. Le refus d'aller dans ces foyers serait

³¹ Règl. 79/10, par. 154(1).

³² *Loi sur les foyers de soins de longue durée*, par. 43(8).

l'équivalent de la situation ou d'autres patients refuseraient de retourner dans leur chez-soi.³³

La plus récente note de service a été envoyée au RLISS de la part de Catherine Brown, sous-ministre adjoint le 9 janvier 2013. Cette note de service était en réponse aux plaintes que la ministre avait reçues en ce qui concerne les programmes «*Home First*» qui étaient en place dans plusieurs RLISS. Mme Brown a insisté sur le fait que ces initiatives n'étaient pas des «programmes» mais plutôt des «idéologies» et qu'elles devaient être conformes à la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* et aux autres lois. Elle a également énoncé que les patients sont en mesure de faire une demande de placement à partir de l'hôpital et que ces programmes n'étaient qu'une de plusieurs options auxquelles une personne peut avoir recours lorsqu'elle a besoin de soins après son congé.

Malgré que le ministère n'enquête pas directement dans les hôpitaux, nous recommandons que les plaintes au sujet des politiques des hôpitaux soient envoyées au ministère lorsqu'elles ne sont pas conformes à la loi. Toutefois la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité du ministère a le pouvoir d'enquêter auprès des CASC et les plaintes peuvent être déposées par l'entremise de la Ligne ACTION si le personnel du CASC a refusé de recevoir une demande ou s'il ne se conforme pas à la loi.³⁴

CONCLUSION

La nouvelle *Loi sur les foyers de soins de longue durée* énonce les droits des demandeurs de soins de longue durée en appuyant l'importance du consentement et du choix des individus. Les hôpitaux et les CASC n'ont pas le droit de faire des «choix» pour le demandeur. Nous espérons que les demandeurs et leurs mandataires en étant mieux renseignés auront les outils pour mieux faire valoir leurs droits.

³³ Ceci s'applique seulement si un consentement éclairé a été obtenu. Si les choix ont été faits à partir de faux renseignements ou de coercition (ex.: Dire à la personne qu'elle «doit» faire certains choix).

³⁴ Le numéro de téléphone de la Ligne ACTION du ministère de la Santé et des soins de longue durée est le 1-866-434-0144.