Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Préparation et gestion en lien avec la COVID-19

Rapport spécial sur la préparation et la réponse à la pandémie dans les foyers de soins de longue durée

Avril 2021

Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

À Son Honneur le Président
de l'Assemblée législative

À titre de vérificatrice générale, j'ai le plaisir de vous soumettre mon rapport spécial *Préparation et gestion en lien avec la COVID-19*, chapitre 5, en vertu du paragraphe 12 (1) de la *Loi sur le vérificateur général*.

Bonnie Lysyk, MBA, FCPA, FCA
Vérificatrice générale

Avril 2021
Toronto (Ontario)

This document is also available in English.

978-1-4868-4856-0 (PDF)

Photo en couverture :
© iStockphoto.com/xavierarnau

Table des matières

Réflexions 5

1.0 Sommaire 7

Conclusion globale 12

2.0 Contexte 13

2.1 Survol du secteur des soins de longue durée de l'Ontario 13

2.2 Participation de la province au secteur des soins de longue durée 20

2.3 Incidence de la COVID-19 sur les foyers de soins de longue durée de l'Ontario 29

3.0 Objectif et étendue de l'audit 36

3.1 Ce qui motive le Bureau à publier ce rapport 36

3.2 Travaux effectués 37

4.0 Observations détaillées 38

4.1 Les foyers de soins de longue durée sont mal outillés pour prévenir ou réduire les éclosions de COVID-19 en raison de problèmes de longue date liés aux installations, à la dotation ainsi qu'à la prévention et au contrôle des infections 38

4.2 Le secteur des soins de longue durée est largement déconnecté du reste du système de santé 56

4.3 Les mesures d'intervention en réponse à la pandémie ont eu des conséquences imprévues sur les résidents et le personnel des foyers de soins de longue durée 65

4.4 Les retards, les communications ambiguës et l'absence de mesures d'application par le ministère des Soins de longue durée ont nui à l'efficacité des interventions pour enrayer la COVID-19 72

4.5 La surveillance des foyers exercée par le Ministère avant et pendant la pandémie n'a pas permis de remédier aux problèmes répétés de non-conformité 76

Réflexions

Bonnie Lysyk
Vérificatrice générale de l'Ontario

La pandémie de COVID-19 a constitué pour les spécialistes de la santé et les décideurs gouvernementaux du monde entier un défi dont la complexité et l'impact sont à bien des égards sans précédent.

À la fin de mars 2020, lorsque la COVID-19 a commencé à ravager les foyers de soins de longue durée, il est devenu évident que des mesures agressives de prévention des infections, de détection et de soins aux patients étaient nécessaires — immédiatement — pour éviter que les taux de mortalité effarants ne deviennent la norme dans toute la communauté des soins de longue durée de l'Ontario. Malheureusement, ni le ministère des Soins de longue durée, ni le secteur des soins de longue durée n'étaient en mesure, préparés ou équipés pour régler efficacement et rapidement les problèmes engendrés par la pandémie. C'est ce qu'explique le présent rapport — *Chapitre 5 : Préparation et réponse à la pandémie dans les foyers de soins de longue durée* — un des rapports publiés par notre Bureau sur la réponse de l'Ontario à la COVID-19.

Une perspective d'ensemble permet de constater que trois problèmes sous-jacents ont rendu la prise de mesures pratiques et rapides encore plus difficile pour les intervenants concernés. Premièrement, malgré des observations et des recommandations très précises sur la préparation aux épidémies futures formulées par le Comité d'experts sur le SRAS et le contrôle des maladies infectieuses, la Commission sur le SRAS, notre Bureau et d'autres intervenants, les mesures prises au fil des ans ont été insuffisantes pour nous assurer que nous serions mieux préparés en tant que province pour la « prochaine fois ».

Deuxièmement, les préoccupations persistantes et répétées soulevées depuis plus de dix ans au sujet des faiblesses systémiques dans la prestation des soins de longue durée aux personnes âgées n'ont pas été prises en compte dans la plupart des cas.

Troisièmement, le manque d'intégration du secteur des soins de longue durée dans le secteur des soins de santé, aggravé par le calendrier de la réorganisation du secteur des soins de santé, n'a pas permis aux foyers de soins de longue durée de profiter pleinement de l'expertise nécessaire en matière de prévention et de contrôle des infections qui aurait pu être plus largement fournie par les bureaux de santé publique et les hôpitaux.

Le présent rapport renferme 16 recommandations préconisant 55 mesures à prendre pour donner suite

aux constatations de notre audit. La teneur et les recommandations du présent rapport ne devraient pas susciter d'étonnement. Bon nombre des enjeux et des recommandations ont été soulignés ou recommandés par le Bureau, ou ont fait l'objet de discussions publiques ou de publications parmi les divers intervenants que nous avons rencontrés lors de notre audit, ainsi que d'autres groupes et particuliers intéressés.

La mise en œuvre proactive des recommandations formulées dans le présent rapport, de concert avec les recommandations semblables que formulera probablement la Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée, préparerait mieux le Ministère et le secteur des soins de longue durée aux répercussions de futures épidémies, ainsi qu'à d'autres problèmes majeurs et urgents de soins dans la collectivité des soins de longue durée.

Sur une note plus positive, les vaccins ont permis de réduire considérablement les éclosions de COVID-19 et les décès dans les foyers de soins de longue durée au cours des derniers mois. De plus, la province s'est engagée à apporter des améliorations en augmentant le temps moyen de soins directs par résident par jour, ainsi qu'à accroître le nombre de lits disponibles pour les soins de longue durée. Des mesures sont également prises pour répondre aux besoins de formation des préposés aux services de soutien à la personne et pour mettre à jour les exigences de prévention et de contrôle des infections dans les foyers de soins de longue durée. La mise en œuvre de ces engagements et des autres recommandations contribuerait grandement à faire en sorte que les aînés vivant dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario bénéficient de la dignité, de la sécurité et du confort bien mérités qui sont clairement prévus à l'article 1 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

Cordialement,

Bonnie Lysyk, MBA, FCPA, FCA
Vérificatrice générale de l'Ontario

Rapport spécial

Chapitre 5 :

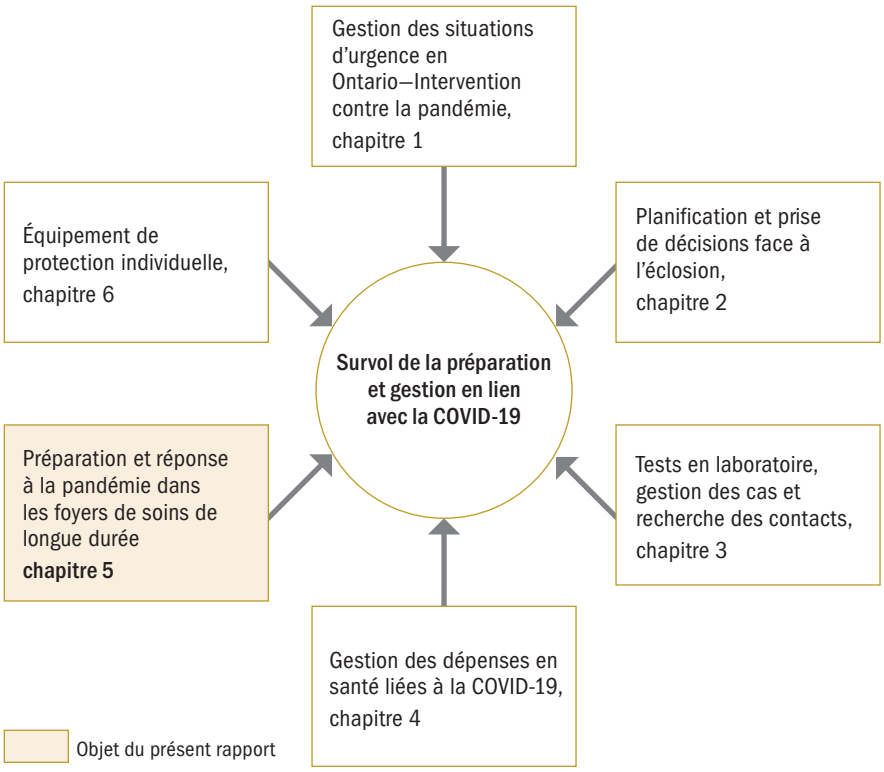
Préparation et réponse à la pandémie dans les foyers de soins de longue durée

1.0 Sommaire

Le présent chapitre fait partie d'une série d'audits préparés par notre Bureau au sujet des mesures prises par la province en réponse à la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) (voir la **figure 1**). Le chapitre 5, Préparation et réponse à la pandémie dans les foyers de soins de longue durée, examine la préparation et la réponse à la COVID-19 du secteur des soins de longue durée de l'Ontario entre le début de la pandémie en janvier 2020 (lorsque le premier cas a été recensé en Ontario) et le 31 décembre 2020. Notre travail porte sur certains des enjeux très médiatisés entourant les répercussions de la COVID-19 dans

Figure 1 : Six aspects clés de l'audit effectué par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



les foyers de soins de longue durée et il fournit des recommandations précises et pragmatiques pour régler ces problèmes.

Le présent chapitre traite d'un secteur important (qui fonctionne habituellement séparément des hôpitaux et de la santé publique dans le système de santé) qui a subi de graves répercussions sur la santé humaine lorsque la COVID-19 a influé de façon directe sur la vie et le bienêtre de nombreux résidents et membres du personnel des foyers de soins de longue durée. Les premiers cas de COVID-19 ont été recensés dans quatre de ces foyers le 17 mars 2020. De mars 2020 au 31 décembre 2020, 475 ou 76 % des foyers de soins de longue durée en Ontario avaient déclaré des cas de COVID19 parmi leurs résidents et leur personnel.

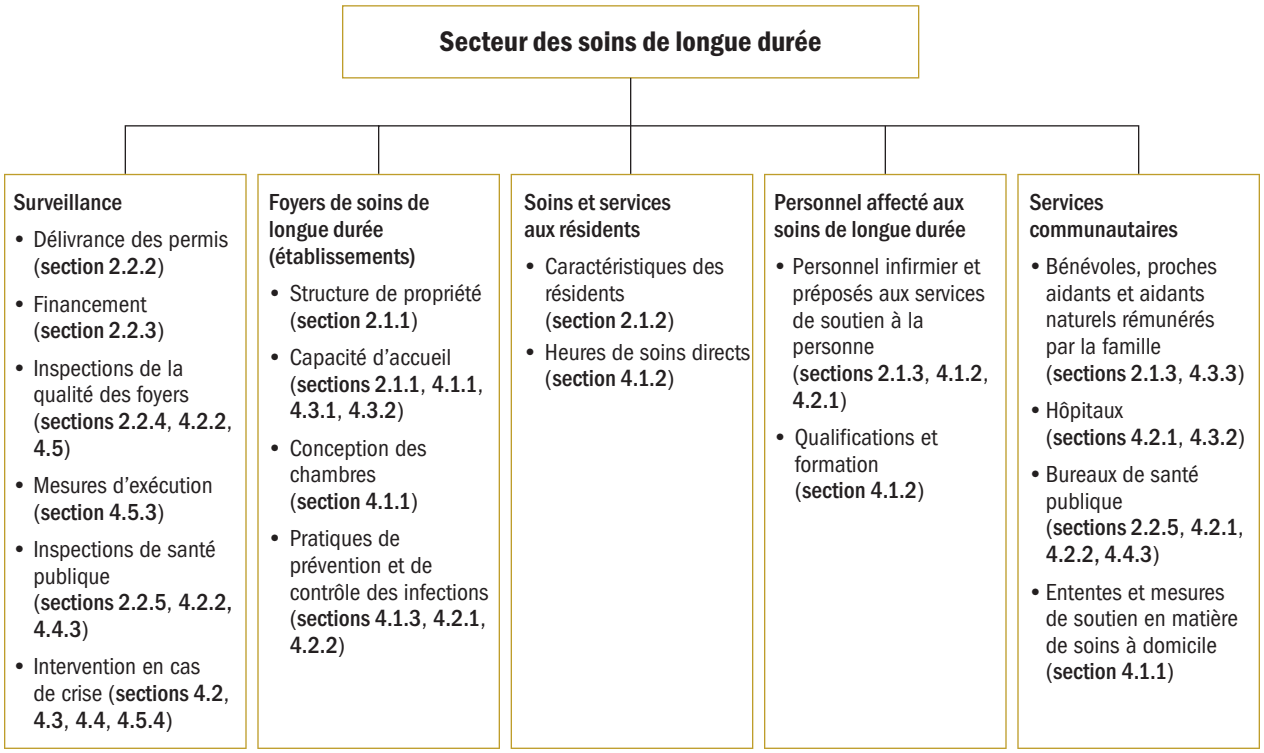
En vertu de l'article 1 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, « … un foyer de soins de longue durée est avant tout le foyer de ses résidents et doit être exploité de sorte qu'ils puissent y vivre avec dignité et dans la sécurité et le confort et que leurs besoins physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et culturels soient comblés de façon satisfaisante. »

Pour satisfaire à ce principe fondamental de la Loi, le secteur des soins de longue durée s'est vu confier des responsabilités dans de nombreux domaines (voir la **figure 2**). Il s'agit notamment de fournir des milieux de vie et des niveaux de dotation convenables, des soins de qualité, l'accès au soutien familial et à d'autres services communautaires et la surveillance des foyers par le ministère des Soins de longue durée (le Ministère).

Les problèmes systémiques de longue date dans le secteur ont été rapidement et fortement amplifiés au début et pendant les première et deuxième vagues de la pandémie, et ils ont contribué aux éclosions et à la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée. Plusieurs autres études et rapports, y compris certains rapports d'audit antérieurs publiés par notre Bureau, ont

Figure 2 : Domaines clés des soins de longue durée abordés dans le présent rapport

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



relevé ces problèmes systémiques de longue date qui sont demeurés largement non réglés au fil des ans par la province, malgré les besoins de santé croissants des résidents au cours de la dernière décennie. Par exemple, comme il est décrit dans notre *Rapport annuel 2019, volume 1*, **section 3.05**, Aliments et nutrition dans les foyers de soins de longue durée, les besoins des résidents dans les foyers sont devenus plus complexes au cours des 10 dernières années, les résidents comptant davantage sur des préposés aux services de soutien à la personne – plus de 85 % des résidents ont besoin d'une aide considérable ou 24 heures sur 24, 7 jours sur 7; environ le tiers des résidents ont des capacités cognitives gravement affaiblies; et 64 % sont atteints de démence.

Voici certains des facteurs qui ont eu des répercussions négatives sur les résidents des foyers de soins de longue durée pendant la pandémie, jusqu'au 31 décembre 2020 :

- **Les résidents vivaient dans des chambres comptant trois ou quatre occupants.** Notre analyse des données autodéclarées sur la COVID-19 dans les foyers du 19 mars au 31 août 2020 – la vague initiale de la pandémie – a révélé que parmi tous les foyers dans lesquels au moins 30 % des résidents ont été infectés en même temps, près des deux tiers comptaient principalement des chambres à coucher qui hébergeaient trois ou quatre résidents. Le Ministère et les réseaux locaux d'intégration des services de santé, chargés de placer les résidents dans les foyers de soins de longue durée, ne savaient pas combien de résidents étaient réellement hébergés dans des unités de trois ou quatre lits lorsque la pandémie a frappé le secteur des soins de longue durée en mars 2020. Les permis pour plus de 26 500 lits dans 257 des 626 foyers de soins de longue durée en Ontario, soit plus de 40 %, doivent venir à échéance en 2025. Le Ministère ne pouvait pas nous dire combien de ces unités devront être rénovées pour se conformer aux normes actuelles du Ministère qui limitent à deux le nombre de résidents partageant une chambre.
- **Le transfert des patients désignés comme autre niveau de soins (ANS) des hôpitaux aux foyers de soins de longue durée a contribué à l'engorgement des foyers.** Par exemple, en mars 2020, 761 transferts de patients nécessitant un ANS ont été effectués des hôpitaux vers des foyers de soins de longue durée, soit 50 % de plus que la moyenne mensuelle de 508 transferts en 2019. Étant donné que les foyers étaient, en moyenne, à 98 % de leur capacité avant la pandémie, selon les données d'occupation du Ministère, les transferts de patients nécessitant un ANS ont accru la pression exercée sur les foyers, qui avaient déjà du mal à endiguer la propagation de la COVID-19.
- **Les foyers de soins de longue durée n'avaient pas suffisamment de personnel et de formation du personnel pour fournir les soins convenables.** Notre analyse de la pénurie de personnel signalée par les foyers au Ministère entre le 19 mars et le 30 juin 2020 a révélé que celle-ci avait atteint un sommet à la fin d'avril, lorsque 36 foyers – allant d'un petit foyer de 56 lits à un grand foyer de 300 lits – ont signalé une grave pénurie le même jour. Au total, 76 foyers ont indiqué de graves pénuries de personnel pendant cette période. De plus, l'étude de dotation menée par le Ministère en juillet 2020 a révélé que les pénuries de personnel, même avant la pandémie, et la complexité croissante des besoins des résidents ont entraîné des écarts entre la formation des préposés aux services de soutien à la personne et les exigences de travail dans les foyers de soins de longue durée. Les programmes de préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) ne sont pas réglementés en Ontario (et au Canada). La réglementation de la profession aiderait à protéger la santé et la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée en établissant des normes de pratique et en mettant

en place des mécanismes de responsabilisation pour les membres.

- **La limitation des visites des familles a eu pour conséquence d'éliminer une source précieuse de fournisseurs de soins aux résidents.** Le 30 mars 2020, la médecin hygiéniste en chef de l'Ontario a émis une directive qui limitait les visites dans les foyers de soins de longue durée aux seuls visiteurs essentiels. Cette mesure visait à contrôler les éclosions de COVID-19 en limitant le nombre de personnes qui entraient dans les foyers. Ce manque de contact a causé aux résidents et à leur famille une détresse affective et physique souvent accompagnée d'une détérioration de l'état physique.
- **La prévention et le contrôle des infections (PCI) n'étaient pas pratiqués de façon uniforme dans les foyers même avant la pandémie de COVID-19.** Notre analyse des résultats des données d'inspection du Ministère pour la période allant de janvier 2015 à décembre 2019 a révélé qu'au total, 765 cas de non-conformité aux exigences en matière de PCI ont été signalés dans 413 foyers, soit environ les deux tiers. Par exemple, les résidents laissaient des articles de soins personnels non étiquetés dans l'évier des toilettes communes et le personnel ne se souciait pas de l'hygiène des mains pendant les repas. Les pratiques efficaces de PCI sont importantes car, d'après notre analyse des renseignements sur les éclosions avant la pandémie de COVID-19, 96,5 % des foyers ont déclaré une éclosion liée à des infections aiguës des voies respiratoires, comme la grippe, entre janvier 2016 et décembre 2019. Au cours de cette période, 42 % des foyers (264) ont déclaré en moyenne de 2 à 13 éclosions par année. De plus, au cours de notre audit de 2019 sur les aliments et la nutrition dans les foyers de soins de longue durée, nous avons constaté que dans les 59 foyers visités, seulement 76 % du personnel et 19 % des résidents avaient été observés en train de pratiquer une bonne hygiène des mains avant ou après un repas.
- **Au départ, les foyers de soins de longue durée n'étaient pas associés aux hôpitaux ou aux bureaux de santé publique pour bénéficier de leur expertise en matière d'éclosions de maladies infectieuses.** Compte tenu du nombre limité de spécialistes de la PCI dans les foyers de soins de longue durée, de nombreux foyers n'avaient pas la capacité de gérer les éclosions de COVID-19 sans soutien externe, par exemple des hôpitaux. Un article paru en septembre 2020 dans le *Canadian Medical Association Journal* a souligné les liens solides entre les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les bureaux de santé publique de la ColombieBritannique, ce qui expliquerait les meilleurs résultats obtenus dans cette province pendant la première vague de la COVID-19. Le 8 juillet 2020, seulement 347 (55 %) des 626 foyers de soins de longue durée de l'Ontario avaient établi un partenariat informel (c.-à-d. sans entente officielle ou protocole d'entente) avec un hôpital local pour permettre aux foyers d'avoir accès à l'expertise en matière de PCI.
- **Une pratique d'application problématique a culminé avec l'abandon complet par le Ministère, à l'automne 2018, de ses inspections globales proactives des foyers afin de combler un arriéré croissant d'incidents graves et de plaintes.** Le nombre d'ordonnances de conformité émises depuis notre audit du programme d'inspection du Ministère (2015) est passé d'une moyenne de 783 par année de 2012 à 2014 à 931 par année de 2015 à 2019. Malgré cette augmentation, le Ministère n'avait toujours pas mis en œuvre nos recommandations de 2015 visant à régler le problème de la non-conformité répétée. De plus, à l'automne 2018, le Ministère a mis un terme aux inspections annuelles globales malgré le fait qu'il avait relevé des cas de non-

conformité importants, y compris des cas de non-conformité aux mesures de PCI.

- Dans le présent rapport, nous relevons d'autres problèmes qu'il est également essentiel d'aborder pour veiller à ce que les résidents des foyers de soins de longue durée soient suffisamment protégés et soignés, ce qui est particulièrement important lorsqu'une éclosion de maladies infectieuses survient dans l'établissement et, dans ce cas, simultanément dans la collectivité. Ces domaines comprennent :
- **Manque de collaboration structurée entre les différents organismes gouvernementaux sur des questions comme les inspections de prévention et de contrôle des infections.** Le ministère des Soins de longue durée a le mandat d'inspecter la conformité des foyers aux exigences de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et du Règlement 79/10, mais seulement trois membres du personnel possèdent l'expertise des mesures de PCI. Par ailleurs, les bureaux de santé publique, dont le personnel possède l'expertise de ces mesures, ne sont pas expressément tenus, en vertu du protocole de PCI du ministère de la Santé, d'effectuer des inspections régulières des foyers de soins de longue durée. À l'heure actuelle, certains bureaux de santé publique n'inspectent les foyers de soins de longue durée que s'ils reçoivent une plainte liée à la PCI concernant un foyer, tandis que d'autres procèdent à des inspections de leur propre initiative.
- **Les interventions visant à enrayer la COVID-19 ont initialement été confiées aux exploitants de foyers.** Le médecin hygiéniste en chef a émis sa première directive obligatoire aux foyers de soins de longue durée le 22 mars 2020. Selon cette directive, les foyers devaient interdire aux résidents de quitter le foyer pour des absences de courte durée et limiter, *dans la mesure du possible* [caractères italiques ajoutés], le nombre de foyers dans lesquels travaillaient les employés. Lorsque des exigences ont finalement été imposées aux exploitants des foyers de soins de longue durée, elles étaient souvent floues, ambiguës et sujettes à interprétation. Par exemple, le personnel contractuel, embauché de façon temporaire par l'entremise d'agences de placement pour pourvoir les postes vacants, a été autorisé à travailler dans plusieurs foyers, ce qui semblait aller à l'encontre de l'intention de l'ordonnance visant à empêcher les employés des foyers de soins de longue durée de travailler à plusieurs endroits.

À la fin de 2020, on dénombrait 78 824 lits dans les 626 foyers dans l'ensemble de la province. Au 31 août 2020, 5 937 résidents et 2 643 membres du personnel avaient contracté la COVID-19, et 1 815 résidents et huit membres du personnel en étaient décédés. À cette date, les résidents des foyers de soins de longue durée représentaient seulement 20,2 % du nombre total de cas de COVID-19 en Ontario, mais 64,8 % de tous les décès liés au COVID. Les 1 815 résidents et huit membres du personnel décédés à cause de la COVID-19 représentaient un taux de mortalité de 30,6 % et 0,3 % pour les résidents et le personnel, respectivement.

Selon les données de l'Institut national sur le vieillissement – un groupe de réflexion de l'Université Ryerson axé sur les enjeux qui touchent la population vieillissante du Canada – l'Ontario affichait le pourcentage le plus élevé (40 %) de foyers de soins de longue durée et de maisons de retraite touchés par la COVID-19 au Canada au 31 octobre 2020.

Le mois de septembre 2020 marque le début d'une nouvelle tendance à la hausse du nombre quotidien de nouveaux cas, soit en moyenne huit cas de résidents et quatre cas de membres du personnel par jour. Au 31 décembre 2020, 11 143 résidents et 4 329 membres du personnel des foyers de soins de longue durée de l'Ontario avaient contracté la COVID-19. De plus, 985 résidents sont décédés à cause de la COVID-19 après le 31 août 2020 pour un

total de 2 800 résidents au 31 décembre 2020; heureusement, le nombre de décès du personnel n'a pas dépassé huit.

- Avec l'arrivée des vaccins, le nombre d'éclosions de COVID-19 et de décès a considérablement diminué dans les foyers de soins de longue durée, mais les problèmes systémiques de longue date qui mettent les résidents en danger ne sont pas encore réglés.

Conclusion globale

Dans l'ensemble, le ministère des Soins de longue durée et les foyers de soins de longue durée n'étaient pas suffisamment positionnés, préparés ou outillés pour répondre efficacement et rapidement aux enjeux créés par la pandémie. Malgré les préoccupations soulevées depuis plusieurs années avant la pandémie, le secteur public n'avait pas encore traité efficacement les faiblesses systémiques de la prestation des soins de longue durée en Ontario. De plus, nous avons remarqué que, malheureusement, la liste des urgences énoncées dans le Règlement 79/10 en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* pour lesquelles les foyers devaient élaborer un plan d'intervention d'urgence ne les obligeait pas à se préparer à une situation d'urgence pandémique comme la COVID-19 avant qu'elle ne survienne.

L'état de préparation du Ministère et sa capacité d'intervenir rapidement et efficacement ont également été entravés par des problèmes comme le manque d'intégration du secteur des soins de longue durée au reste du secteur des soins de santé, ce qui aurait pu fournir à ce secteur une expertise en matière de prévention et de contrôle des infections de la part des bureaux de santé publique.

À compter de février 2020, la province a mis en œuvre un certain nombre de mesures pour faire face aux répercussions de la COVID-19 et réduire au minimum sa propagation. Malheureusement, certaines de ces mesures ont aussi eu des conséquences imprévues sur les résidents et le personnel des foyers en contribuant au surpeuplement et à la pénurie de personnel. Outre ces conséquences imprévues, la province a retardé le mandat, au lieu de recommander certaines mesures, n'a pas donné de directives précises aux foyers et n'a pas effectué d'inspections pour s'assurer que les foyers respectaient les mesures de confinement.

On ne saurait s'étonner de ce qui est noté et recommandé dans le présent rapport. Bon nombre des problèmes et recommandations ont déjà été soulignés ou formulés par le Bureau, ou ont fait l'objet de discussions publiques ou dans des publications de la part des divers intervenants que nous avons rencontrés au cours de notre audit.

La mise en œuvre des recommandations formulées dans le présent rapport devrait mieux préparer le Ministère et le secteur des soins de longue durée aux répercussions des éclosions futures de maladies infectieuses et d'autres problèmes de soins sur les résidents des foyers de soins de longue durée. De même, ce qui est tout aussi important, voire plus, la mise en œuvre de ces recommandations contribuera grandement à faire en sorte que nos aînés vivant dans des foyers de soins de longue durée bénéficient de la dignité, de la sécurité et du confort initialement envisagés et énoncés à l'article 1 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. Le chapitre 6 examine l'impact du manque d'ÉPI sur la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée.

Le présent rapport renferme 16 recommandations et 55 mesures à prendre, dans la foulée des constatations de notre audit.

RÉPONSE GLOBALE

Le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) remercie la vérificatrice générale et son équipe pour les recommandations. Le Ministère partage l'objectif de veiller à ce que les résidents de foyers de soins de longue durée bénéficient de la dignité, de la sécurité et du confort qu'ils méritent.

Avant la COVID-19, le Ministère prenait des mesures pour moderniser le secteur des soins de longue durée afin qu'il soit davantage axé sur les résidents et qu'il fournisse des soins de grande qualité qui répondent aux besoins des résidents. Le Ministère a mis l'accent sur de nouveaux lits de soins de longue durée et sur le réaménagement de vieux lits en fonction de normes de conception modernes, sur les défis systémiques et de longue date en matière de dotation en soins de longue durée et sur les recommandations de l'*Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée* de 2019.

L'expérience dévastatrice et les répercussions de la COVID-19 sur les résidents de foyers de soins de longue durée, le personnel, leurs familles et leurs proches ont mis en lumière les défis de longue date dans le secteur, ainsi que d'autres enjeux qui nécessitent une attention et une réforme urgentes.

Dans ce contexte, le Ministère travaille actuellement dans trois domaines d'intérêt :

- **Intervention en cas de pandémie :** bien que les taux élevés de vaccination des résidents et du personnel aient modifié l'incidence actuelle de la COVID-19 sur le secteur des soins de longue durée, le Ministère et les foyers doivent demeurer vigilants pour réagir aux éclosions et aux développements continus et émergents au cours de la pandémie.
- **Rétablissement :** élaborer et mettre en œuvre un cadre de rétablissement axé sur l'action pour aider le secteur à passer à la nouvelle norme.
- **Modernisation :** redoubler d'efforts pour soutenir des changements durables à long terme dans des domaines comme la dotation en personnel et le financement d'immobilisations; améliorer le rendement, la surveillance et la responsabilisation, de même que la qualité des soins, la qualité de vie des résidents et la confiance du public.

Sous peu, la ministre recevra le rapport final de la Commission sur la COVID-19 dans les soins de longue durée, qui présentera d'autres constatations et recommandations concernant l'expérience du secteur dans le cadre de la COVID-19, y compris des recommandations sur la façon de prévenir la propagation future de la maladie dans les foyers de soins de longue durée. Par ailleurs, l'ombudsman de l'Ontario lance une enquête sur la surveillance des soins de longue durée par le gouvernement pendant la pandémie de COVID-19. Le Ministère a l'intention d'examiner et d'intégrer, s'il y a lieu, les recommandations de la vérificatrice générale dans le présent rapport, ainsi que celles de la Commission et de l'ombudsman à mesure qu'elles deviendront disponibles, car il accorde la priorité aux principales mesures à court, moyen et long termes visant à améliorer le secteur des soins de longue durée et à en faire un endroit plus sûr où les résidents peuvent recevoir les soins dont ils ont besoin et jouir d'une qualité de vie élevée.

2.0 Contexte

2.1 Survol du secteur des soins de longue durée de l'Ontario

Les 626 foyers de soins de longue durée qui étaient en exploitation en Ontario au moment de notre audit doivent fournir des services d'hébergement et de soins ainsi que d'autres services aux adultes qui ont besoin d'avoir accès à des soins infirmiers et personnels 24 heures sur 24 et de l'aide pour la plupart ou la totalité des activités quotidiennes comme manger, se laver et s'habiller.

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (la Loi) régit le processus de placement des personnes dans les foyers et la prestation de soins aux résidents de ces établissements. Selon le principe fondamental de la Loi, un foyer de

soins de longue durée est « avant tout le foyer de ses résidents et doit être exploité de sorte qu'ils puissent y vivre avec dignité et dans la sécurité et le confort et que leurs besoins physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et culturels soient comblés de façon satisfaisante ».

Tous les foyers de soins de longue durée, quel qu'en soit le propriétaire, doivent se conformer aux exigences de la Loi et de son règlement d'application, le Règlement 79/10 (voir l'**annexe 1** pour les principales dispositions de la Loi et du règlement applicables dans le cadre du présent audit).

2.1.1 Foyers de soins de longue durée

Les foyers sont exploités par des entités à but lucratif ou sans but lucratif, y compris des municipalités. Comme le montre la **figure 3**, des entités à but lucratif exploitent 53 % des foyers en Ontario. En vertu de la Loi, les exploitants de foyers sont responsables de tous les aspects de l'exploitation de leur foyer, y compris l'élaboration de programmes – comme ceux liés aux soins infirmiers et au soutien personnel en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), à la nutrition, aux loisirs et aux activités sociales – et l'acquisition des fournitures, de l'équipement (y compris l'équipement de protection individuelle (ÉPI)) et du personnel nécessaires à la prestation de ces programmes. Chaque foyer doit également compter sur une équipe interdisciplinaire responsable de la mise en œuvre de son programme PCI. L'équipe doit se réunir tous les trimestres et inviter le médecin hygiéniste local à être présent.

Au 31 octobre 2020, on dénombrait 78 824 lits dans 626 foyers à travers la province. La majorité de ces lits étaient classés comme des lits de séjours prolongés (**figure 4**), ce qui signifie qu'ils ont été aménagés pour les personnes ayant besoin de soins et d'aide pour une période indéterminée. Les foyers de soins de longue durée peuvent également fournir des lits de courte durée, y compris des lits provisoires pour les personnes qui attendent d'être placées dans un foyer de soins de longue durée après leur séjour à l'hôpital, des lits de soins de convalescence pour les personnes qui ont besoin de soutien intensif temporaire et des lits de relève pour offrir un répit temporaire aux aidants naturels.

Classification des lits selon l'occupation

Les lits des foyers de soins de longue durée sont également classés selon le moment où le foyer a été construit ou rénové et selon qu'il a été construit ou rénové selon les normes d'aménagement du foyer en vigueur au moment de la construction ou de la rénovation.

Les normes d'aménagement des foyers de soins de longue durée ont été établies pour la première fois en 1972 dans un règlement pris en application de la Loi sur les maisons de soins infirmiers, qui a

Figure 3 : Types de foyers de soins de longue durée en Ontario, août 2019

Source des données : ministère des Soins de longue durée

Type de foyer de soins de longue durée	Nombre de foyers	% du nombre total de foyers	Nombre de lits	% du nombre total de lits
Foyers à but lucratif	357	57	41 830	53
Foyers sans but lucratif (autres que les foyers municipaux)	169	27	20 117	26
Foyers sans but lucratif (foyers municipaux)	100	16	16 156	21
Total	**626***	**100**	**78 103**	**100**

* Un foyer particulier qui détient une licence d'exploitation, mais qui était fermé temporairement au moment de notre audit en raison d'une inondation, n'est pas inclus dans les chiffres. Le tableau exclut également les lits rattachés au Programme de subventions d'immobilisations pour les soins prolongés (ELDCAP); ces lits de soins de longue durée sont aménagés dans des hôpitaux de soins actifs qui en assurent l'utilisation. L'ELDCAP a été créé en 1982 pour accroître le nombre de lits disponibles dans les petites collectivités du Nord de l'Ontario.

Figure 4 : Types de chambres dans les foyers de soins de longue durée en Ontario, au 31 octobre 2020

Source des données : ministère des Soins de longue durée

	Description[1]	Nombre de lits	% du nombre total de lits
Lits de soins de longue durée[2]			
Chambre avec services de base	Chambre à deux lits accueillant deux résidents et donnant sur des toilettes attenantes distinctes. Comprend également des chambres communes conçues pour accueillir trois ou quatre résidents, comme le permet le Règlement de 1972 pris en vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*.	35 980	45,65
Chambre à deux lits	Chambres distinctes à un lit accueillant chacune un résident et donnant directement sur des toilettes attenantes partagées.	13 421	17,03
Chambre à un lit	Chambre à un lit accueillant un seul résident et dotée de toilettes attenantes.	28 005	35,53
Total partiel		**77 461[3]**	**98,27[3]**
Lits de soins de courte durée			
Lits provisoires	Lits aménagés pour accroître la capacité en matière de soins de longue durée pour les patients hospitalisés ayant besoin d'un autre niveau de soins (ANS) (c'est-à-dire des patients qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers de courte durée) et qui sont admissibles à une hospitalisation de longue durée, mais sont encore sur une liste d'attente pour obtenir une place dans un foyer.	347	0,44
Lits de soins de convalescence	Lits destinés aux personnes qui se rétablissent après une chirurgie ou une maladie grave et qui ont besoin d'un soutien intensif de façon temporaire. En principe, les personnes qui occupent ces lits vont réintégrer la collectivité dans les 90 jours.	723	0,92
Lits de relève	Lits destinés aux personnes résidant dans la collectivité et dont les aidants naturels ont besoin d'un répit temporaire, ou encore aux personnes qui ont besoin de soins temporaires pour pouvoir continuer de vivre dans la collectivité. Les résidents qui occupent ces lits doivent réintégrer leur résidence dans les 60 jours suivant leur admission.	293	0,37
Total partiel		**1 363**	**1,73**
Total		**78 824**	**100**

1. Les descriptions des trois types de lits de soins de longue durée sont inspirées du *Guide sur l'aménagement des foyers de soins de longue durée* de 2015, sauf indication contraire.
2. Les lits de soins de longue durée sont destinés aux résidents qui ont besoin de soins infirmiers 24 heures sur 24, d'une aide considérable pour les activités de la vie quotidienne, et d'une surveillance fréquente pendant une période indéterminée. La grande majorité des lits dans les foyers de soins de longue durée entrent dans cette catégorie.
3. Le sous-total des lits de soins de longue durée n'est pas égal à la somme des lits dans chaque type de chambre (avec services de base, à deux lits, à un lit). La différence est attribuable à des problèmes connus de déclaration du ministère des Soins de longue durée. Pour cette raison (et parce que les chiffres sont arrondis), le total des pourcentages individuels n'est pas égal au sous-total des pourcentages.

été abrogée en juillet 2010, lorsque la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* est entrée en vigueur. En 1999, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a publié de nouvelles normes d'aménagement dans son *Guide sur l'aménagement des établissements de soins de longue durée* (Guide sur l'aménagement). La **figure 5** résume les principales différences pertinentes entre le règlement de 1972 et le Guide sur l'aménagement de 1999. Le Ministère a effectué des mises à jour mineures au Guide sur l'aménagement depuis 1999. Les dernières ont eu lieu en 2015. Les normes actuelles sont fondées sur le Guide sur l'aménagement de 2015.

Figure 5 : Principales différences entre les normes de conception des chambres énoncées dans le règlement de 1972 pris en vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* et le *Guide sur l'aménagement des foyers de soins de longue durée* (version de mai 1999)

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Principales différences	Règlement de 1972 pris en vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*	*Guide sur l'aménagement des foyers de soins de longue durée (version de mai 1999)**
Mesure dans laquelle un milieu semblable au domicile est établi	Sans objet.	Les foyers doivent comporter des aires d'habitation des résidents, c'est-à-dire des unités de petite taille où les résidents bénéficient d'un milieu de vie plus intime et familier, et où ils peuvent recevoir des services de soutien dispensés par le personnel des foyers de soins de longue durée.
Chambres comptant trois ou quatre lits	Les chambres à trois ou quatre lits étaient permises.	Les chambres à trois ou quatre lits sont interdites. Il ne peut y avoir plus de deux lits par chambre.
Taille des chambres	Les chambres à un lit devaient avoir une superficie d'au moins 10,22 mètres carrés (110 pieds carrés).	Les chambres à un lit doivent avoir une superficie d'au moins 12,08 mètres carrés (130 pieds carrés) par résident.
	Les chambres à deux lits devaient avoir une superficie d'au moins 8,36 mètres carrés (90 pieds carrés) par résident.	Les chambres à deux lits doivent avoir une superficie d'au moins 10,68 mètres carrés (115 pieds carrés) par résident.
	Les chambres à trois lits devaient avoir une superficie d'au moins 8,36 mètres carrés (90 pieds carrés) par résident.	
	Les chambres de quatre lits devaient avoir une superficie d'au moins 7,43 mètres carrés (80 pieds carrés) par résident.	
Partage des toilettes par les résidents	Une salle de toilettes pouvait être commune à jusqu'à quatre résidents.	Une salle de toilettes ne peut être partagée par plus de deux résidents.

Remarque : Les différences indiquées ne constituent pas une liste exhaustive; seules les différences présentant une certaine pertinence au regard des aspects abordés dans le présent rapport sont mentionnées.

* L'objectif des normes de 1999 était de créer des foyers de soins de longue durée à vocation davantage résidentielle et moins institutionnelle afin d'offrir une meilleure qualité de vie aux résidents. Ces normes s'appliquaient aux chambres nouvelles ou rénovées après mai 1999.

Le Ministère classe les lits dans les foyers de soins de longue durée en quatre catégories allant de Nouveau (conformité totale aux normes de 1999) au niveau D (non-conformité aux normes de 1972 et de 1999). La **figure 6** montre comment les lits actuellement utilisés sont classés selon la conformité aux normes du Règlement de 1972 et du Guide sur l'aménagement de 1999 et le nombre de lits dans chaque classification. Les normes actuelles, qui limitent les chambres à un ou deux résidents, avec un maximum de deux résidents partageant une salle de bain, s'appliquent aux exploitants de foyers neufs ainsi qu'aux exploitants qui présentent une demande de renouvellement de permis pour les foyers existants. Nous discutons du processus de délivrance des permis à la **section 2.2.2**.

2.1.2 Résidents de foyers de soins de longue durée

Près de 78 000 adultes vivent dans les 626 foyers de soins de longue durée, qui sont habituellement exploités presque au maximum de leur capacité, dans l'ensemble de la province. Le vieillissement de la population de l'Ontario fera probablement augmenter la demande de soins de longue durée ou de soins à domicile sécuritaires au cours des

Figure 6 : Classification des lits selon les normes de conception du ministère des Soins de longue durée

Source des données : ministère des Soins de longue durée

Classification des lits	Description	Durée du permis[1] (années)	Nombre total de lits[2]	% du nombre total de lits
Nouveau lit	Conforme au *Guide sur l'aménagement des foyers de soins de longue durée* de 1999, ou a été mis à niveau conformément au *Manuel de réfection des établissements de soins de longue durée de catégorie D* de 2002 ou au *Guide de l'aménagement des foyers de soins de longue durée de 2009* ou de *2015*[3].	30[4]	39 508	50,6
Lit de catégorie A	Chambre conforme en grande partie au *Guide sur l'aménagement des foyers de soins de longue durée* (version de mai 1999).	25[4]	6 986	9,0
Lit de catégorie B	Chambre dépassant nettement les normes structurelles énoncées dans le règlement pris en 1972 en vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* (les normes de 1972), mais qui ne satisfait pas aux critères applicables aux chambres « A », de sorte que l'occupation se limite à deux résidents par chambre.	15	5 628	7,2
Lit de catégorie C	Conforme aux normes structurelles de 1972, qui autorisaient l'aménagement de chambres à trois et à quatre lits.	15	24 635	31,5
Mis à niveau Lit de catégorie D	Chambre non conforme aux normes de 1972, mais qui a été améliorée pour être conforme aux lignes directrices sur l'option de mise à niveau des lits de catégorie D, émises par le Ministère en 2002. Cela comporte l'engagement de dépenses d'au moins 3 500 $ par lit pour améliorer la santé, la sécurité ou le bien-être des résidents.	10	1 346	1,7
Total			**78 103[5]**	**100**

1. Les permis délivrés aux foyers municipaux n'expirent pas.
2. En août 2019.
3. Aucun changement important n'a été apporté aux normes entre 1999 et 2015 concernant la conception des chambres.
4. En vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (la Loi), les permis sont délivrés pour une durée de 30 ans ou moins, selon la classification des lits. En janvier 2015, la Loi a été modifiée de manière à prolonger de cinq ans la durée des permis pour les nouveaux lits et les lits de catégorie A, sous réserve des exigences prévues par la Loi.
5. Ne comprend pas les lits d'un foyer particulier qui détient une licence d'exploitation, mais qui était fermé temporairement au moment de notre audit en raison d'une inondation. Le tableau exclut également les lits rattachés au Programme de subventions d'immobilisations pour les soins prolongés (ELDCAP); ces lits de soins de longue durée sont aménagés dans des hôpitaux de soins actifs qui en assurent l'utilisation. L'ELDCAP a été créé en 1982 pour accroître le nombre de lits disponibles dans les petites collectivités du Nord de l'Ontario.

25 prochaines années. Selon Statistique Canada, la proportion de la population âgée de 65 ans et plus en Ontario devrait passer de 16,9 % en 2018 à 26,1 % en 2043.

Selon un rapport de 2019 du Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, en 2018-2019, le temps d'attente médian pour un placement dans un foyer était de 152 jours, soit environ 5 mois. En date du 30 septembre 2020, plus de 37 000 personnes attendaient un placement dans un foyer de soins de longue durée.

Tel que décrit dans notre *Rapport annuel 2019, volume 1*, **section 3.05 : Aliments et nutrition dans les foyers de soins de longue durée**, les besoins des résidents dans les foyers sont devenus plus complexes au cours des 10 dernières années. Par exemple, comme il a été mentionné dans ce rapport, au 31 mars 2019 :

- les résidents éprouvaient des problèmes de santé plus complexes et étaient plus fragiles physiquement;

- plus de 85 % des résidents avaient besoin d'une aide considérable ou 24 heures sur 24, 7 jours sur 7;
- la majorité des résidents avait besoin de fauteuils roulants ou de déambulateurs et dépendait des préposés aux services de soutien à la personne pour se déplacer à l'intérieur du foyer;
- environ le tiers des résidents avaient des capacités cognitives gravement affaiblies — 64 % étaient atteints de démence (une maladie dégénérative qui se répercute sur tous les aspects du fonctionnement).

La **figure 7** présente le profil des résidents des foyers de soins de longue durée en Ontario à partir des données au 31 mars 2009 et au 31 mars 2020. Au cours des 11 dernières années, la proportion de résidents ayant des besoins complexes en matière de soins a augmenté. Par exemple, depuis 2009, la proportion de résidents atteints de maladies cardiaques et de démence a augmenté respectivement de 14,3 % et de 12,5 %. Au 31 mars 2020, 75,9 % des résidents souffraient de maladies cardiaques, 63,2 % de démence (y compris la maladie d'Alzheimer), 28 % de diabète, 18,3 % de maladies pulmonaires comme l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique et 9,7 % de cancer. La durée moyenne du séjour d'un résident dans un foyer de soins de longue durée en Ontario était de deux ans et sept mois au 31 mars 2019, l'année la plus récente pour laquelle ces renseignements étaient disponibles.

Selon un rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) publié en juin 2020, la proportion de personnes âgées (65 ans et plus) qui vivent dans des foyers de soins de longue durée et des maisons de retraite est plus élevée au Canada que la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). De plus, comparativement aux autres pays de l'OCDE, les résidents des foyers de soins de longue durée et des maisons de retraite au Canada sont plus âgés. En effet, 91 % des résidents ont plus de 65 ans et 74 % ont plus de 80 ans (voir la **figure 8**).

2.1.3 Personnel affecté aux soins de longue durée

Selon les données de la plus récente étude de dotation disponible du ministère des Soins de longue durée (diffusée en juillet 2020), en 2018, plus de 82 500 personnes travaillaient dans des foyers de soins de longue durée en Ontario (voir la **figure 9**). Il s'agissait de 43 % d'employés à temps plein, de 45 % d'employés à temps partiel et de 12 % d'employés offrant des services occasionnels et achetés. De plus, 12 500 personnes travaillaient comme nettoyeurs et cuisiniers, ce qui porte le total à environ 100 000 personnes travaillant dans le secteur.

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (la Loi) exige que chaque foyer compte :

- un administrateur qui est responsable du foyer et de sa gestion d'ensemble;
- un directeur des soins infirmiers et personnels qui est un membre du personnel infirmier autorisé ayant pour tâche de superviser et diriger le personnel infirmier et celui des soins personnels;
- un directeur médical qui est un médecin chargé d'évaluer et de traiter les pratiques médicales, les procédures cliniques et les soins aux résidents (cette personne ne peut pas être le titulaire du permis, une personne détenant une participation majoritaire dans le permis ou un membre du conseil d'administration d'une entreprise titulaire du permis).

Il est nécessaire de compter sur un médecin ou un membre du personnel infirmier praticien pour effectuer un examen physique de chaque résident à son admission, puis chaque année; De plus, au moins un membre du personnel infirmier autorisé en service et présent au foyer en tout temps (cette personne doit faire partie du personnel du foyer et être un membre du personnel infirmier régulier du foyer).

Figure 7 : Profil des résidents des foyers de soins de longue durée en Ontario

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé et ministère des Soins de longue durée

	Au 31 mars 2009	Au 31 mars 2020	Variation (%)
Données démographiques sur les résidents[1]			
Nombre total de résidents	75 960	77 968	2.6
Âge moyen des résidents (années)	83	83	–
% des résidents âgés de moins de 65 ans	6,4	6,4	–
% des résidents âgés de 85 ans ou plus	50,0	54,6	9,2
% de femmes	68,8	66,8	(2,9)
% d'hommes	31,2	33,2	6,4
% des résidents présentant les caractéristiques de santé suivantes[1,2]			
Cancer	9,2	9,7	5,4
Démence, incluant la maladie d'Alzheimer	56,2	63,2	12,5
Diabète	24,0	28,0	16,7
Maladie du coeur[3]	66,4	75,9	14,3
Cardiopathie due à l'artériosclérose	11,8	15,6	32,2
Insuffisance cardiaque congestive	12,1	12,7	5,0
Hypertension	50,0	64,1	28,2
Maladie pulmonaire[3]	16,0	18,3	14,4
Asthme	3,4	5,0	47,1
Emphysème/maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	13,8	15,1	9,4
% des résidents présentant les caractéristiques fonctionnelles suivantes[1]			
Partiellement ou totalement dépendant d'une aide pour les activités de la vie quotidienne : alimentation, déplacement, utilisation des toilettes, hygiène personnelle[4]	35,8	35,6	(0,6)
Déclin cognitif important[5]	30,7	33,6	9,4
Signes de dépression[6]	28,1	27,4	(2,5)
Engagement social limité ou nul[7]	45,5	40,3	(11,4)
Durée moyenne du séjour	**2 ans et 7 mois[8]**	**2 ans et 8 mois[8]**	–

1. Selon le Profil des résidents des établissements de soins en hébergement et hôpitaux de soins de longue durée produit par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
2. Les pourcentages sont fondés sur le nombre total de résidents, divisé par le nombre total de résidents évalués. Les patients peuvent être évalués en fonction de plusieurs caractéristiques de santé.
3. Ces pourcentages s'appliquent aux résidents atteints d'au moins une maladie cardiaque ou pulmonaire, peu importe le type. Les types les plus courants de maladies cardiaques ou pulmonaires sont présentés dans les lignes en retrait. Les résidents atteints de plus d'un type de maladie cardiaque ou pulmonaire sont inclus dans les pourcentages relatifs à chaque maladie. C'est pourquoi le total des pourcentages de résidents présentant les différents types de maladies cardiaques ou pulmonaires est supérieur au pourcentage de résidents présentant au moins un type de maladie cardiaque ou pulmonaire.
4. Sur une échelle de 0 à 6 où 0 représente une autonomie complète et 6, une dépendance totale, selon les résultats agrégés d'évaluations qui ont été consignés par les foyers de soins de longue durée et recueillis par l'ICIS. Comprend les résidents ayant obtenu la note Dépendance (5) et Dépendance totale (6).
5. Sur une échelle de 0 à 6 où 0 représente un rendement cognitif intact et 6, un déclin cognitif très important, selon les résultats agrégés d'évaluations qui ont été consignés par les foyers de soins de longue durée et recueillis par l'ICIS. Comprend les résidents qui présentent un déclin cognitif modéré/important (4), important (5) ou très important (6).
6. Selon une échelle de 0 à 14, où une note de 3 ou plus indique la présence possible d'un trouble dépressif, selon les résultats agrégés d'évaluations qui ont été consignés par les foyers de soins de longue durée et recueillis par l'ICIS. Comprend les résidents ayant obtenu une note de 3 (trouble dépressif possible) ou plus.
7. Selon une échelle de 0 à 6, où 0 correspond au niveau d'engagement social le plus faible et 6, au niveau d'engagement social le plus élevé, selon les résultats agrégés d'évaluations qui ont été consignés par les foyers de soins de longue durée et recueillis par l'ICIS. Inclut les résidents qui ont obtenu une note de 1 ou moins.

Figure 8 : Âge des résidents des foyers de soins de longue durée et des maisons de retraite dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé*

	% des répondants	
	Âgés de 65 ans et plus	Âgés de 80 ans et plus
Australie	94	75
Belgique	96	78
Canada	**91**	**74**
France	90	Non disponible
Allemagne	87	65
Hongrie	68	40
Irlande	95	Non disponible
Israël	92	65
Pays-Bas	66	48
Norvège	90	68
Portugal	84	50
Slovénie	Non disponible	57
Espagne	87	69
États-Unis	84	54
Moyenne	**86**	**62**

* Tableaux de données liés au rapport de juin 2020 de l'Institut canadien d'information sur la santé intitulé *La pandémie dans le secteur des soins de longue durée. Où se situe le Canada par rapport aux autres pays?* Ces tableaux de données fournissent des renseignements sur le secteur des soins de longue durée dans 17 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques. Les données ont été recueillies le 25 mai 2020 auprès de diverses sources internationales et nationales.

La Loi ne prescrit pas d'exigences minimales de dotation en personnel autres que celles mentionnées plus haut. Cependant, elle exige que les foyers disposent d'un plan de dotation conforme aux besoins des résidents en matière de soins et de sécurité.

Selon les données du rapport de dotation 2018 du ministère des Soins de longue durée, 61 % du personnel des foyers étaient des préposés aux services de soutien à la personne, qui aident les résidents dans leurs activités de la vie quotidienne comme s'alimenter, se laver et s'occuper de leur hygiène personnelle. Le personnel infirmier autorisé — y compris les infirmières auxiliaires autorisées, autorisées et praticiennes — se classait au deuxième rang, représentant environ 28 % de tout le personnel. Les 11 % qui restent ont fourni des services de soutien et des services administratifs.

En plus du personnel rémunéré, les bénévoles, les membres de la famille des résidents et les soignants privés qui sont embauchés et payés par les familles des résidents contribuent également à fournir des soins et un soutien affectif aux résidents, notamment en les nourrissant, en les soignant et en leur faisant prendre un bain, ainsi qu'en les aidant à faire de l'exercice. Selon l'Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario, la province compte environ 3,3 millions d'aidants naturels. L'Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario est sans but lucratif et il est financé par le ministère de la Santé. Il sert de point d'accès à l'information pour les personnes sans formation médicale qui fournissent un soutien physique et affectif à un membre de la famille, au conjoint, à un ami ou à un voisin. Un rapport publié en novembre 2019 par l'Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario et par The Change Foundation – un groupe de réflexion indépendant sur les politiques en matière de santé – indiquait que 13 % des aidants ontariens interrogés déclaraient fournir des soins à leur proche dans un établissement comme un foyer de soins de longue durée.

2.2 Participation de la province au secteur des soins de longue durée

En juin 2019, la province a séparé les responsabilités de l'ancien ministère de la Santé et des Soins de longue durée en deux ministères distincts : le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée.

Le ministère de la Santé établit les priorités du système de santé de l'Ontario, y compris la santé publique et les soins de santé. L'ombudsman des patients relève du ministère de la Santé.

Le ministère des Soins de longue durée autorise et réglemente les foyers de soins de longue durée.

Figure 9 : Personnel en poste[1] dans les foyers de soins de longue durée en Ontario, 2018[2]

Source des données : ministère des Soins de longue durée

Type de personnel	Fonctions et qualifications	Nombre	% de l'effectif	Type d'emploi (%)		
				Temps plein[3]	Temps partiel	Employés occasionnels et services acquis[4]
Préposés aux services de soutien à la personne et préposés aux soins de santé	• Aider les résidents dans le cadre des activités de la vie quotidienne comme manger, se laver et marcher; accomplir de légères tâches ménagères et d'autres tâches déléguées par des professionnels de la santé autorisés. • Peut détenir un certificat de préposé aux services de soutien à la personne d'un collège agréé en Ontario. • Cette profession n'est pas réglementée.	49 978	61	42	48	10
Personnel infirmier auxiliaire autorisé	• Dispenser des soins aux résidents ayant des besoins peu complexes. • Diplôme d'études postsecondaires en sciences infirmières au niveau collégial. • La profession est réglementée par la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers* et par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.	15 263	18	39	45	16
Professionnels paramédicaux et personnel de soutien des programmes	• Diététistes, ergothérapeutes et physiothérapeutes, travailleurs sociaux et autres personnes fournissant des services de soutien et des services administratifs. • Les qualifications et la scolarité varient selon la profession.	9 405	11	60	31	9
Infirmières autorisées, infirmiers autorisés (IA)	• Dispenser des soins aux résidents ayant des besoins plus complexes et un état de santé plus incertain. • Baccalauréat. • La profession est réglementée par la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers* et par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.	7 846	10	40	42	18
Infirmières praticiennes, infirmiers praticiens (IP)	• Être en mesure de poser des diagnostics, de prescrire des médicaments, d'exécuter des procédures ainsi que de demander des tests diagnostiques et d'interpréter les résultats. • Études universitaires de niveau supérieur, comme une maîtrise ou un certificat dans un domaine spécialisé. • La profession est réglementée par la Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers et par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.	67	<1	63	35	2
Total		**82 559**	**100**	**43**	**45**	**12**

1. Nombre réel d'employés (par opposition à des équivalents temps plein).
2. D'après le rapport du Ministère sur le personnel des foyers de soins de longue durée, produit à partir des renseignements recueillis dans le cadre d'une enquête sur le personnel à participation volontaire qui est menée auprès des foyers de soins de longue durée. Dans le cas du rapport le plus récent (2018), 602 des 626 foyers ont fourni des données.
3. Aux fins du rapport sur le personnel des foyers de soins de longue durée, un employé à temps plein a un horaire régulier d'au moins 75 heures aux deux semaines.
4. Les employés occasionnels ont un horaire irrégulier et n'ont pas d'heures de travail garanties; ils n'ont pas droit à des congés et ne sont pas tenus de donner un préavis légal de cessation d'emploi, sauf indication contraire dans le contrat de travail.

Il effectue notamment les inspections requises en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. Il fournit également du financement, par l'entremise des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), aux foyers de soins de longue durée pour les lits subventionnés par les résidents.

- L'**annexe 2** présente un aperçu schématique du système de soins de santé de l'Ontario lié aux soins de longue durée au 1er avril 2021.

2.2.1 Législation

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (la Loi), qui est entrée en vigueur le 1er juillet 2010, ainsi que son Règlement 79/10, définissent les normes qui s'appliquent à l'ensemble des foyers de soins de longue durée dans la province. La Loi porte sur les droits des résidents, les soins et les services, l'admission des résidents, l'exploitation et le financement des foyers ainsi que la délivrance des permis. Elle confère également au ministère des Soins de longue durée (le Ministère) le pouvoir d'inspecter les foyers pour s'assurer de leur conformité à la loi et le pouvoir de prendre des mesures d'exécution au besoin.

La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (la LPPS) prévoit l'organisation et la prestation de programmes et services de santé publique, la prévention de la propagation des maladies et la promotion et la protection de la santé des Ontariens et des Ontariennes. En vertu de la LPPS, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario (qui relève du sous-ministre de la Santé) peut émettre des directives qui précisent les précautions et les procédures que doivent suivre les fournisseurs de soins de santé, y compris les foyers de soins de longue durée. La LPPS prévoit que les médecins hygiénistes locaux (qui relèvent des conseils de santé locaux des municipalités) peuvent ordonner aux établissements, comme les foyers de soins de longue durée, de prendre des mesures précises aux fins de surveillance, d'enquête et d'intervention en cas d'éclosion de maladies transmissibles. La loi confère aux bureaux locaux de santé publique la capacité d'inspecter les foyers de soins de longue durée pour des questions de santé publique, notamment pour la prévention et le contrôle des infections.

La *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence* autorise le premier ministre de l'Ontario et le Conseil exécutif de l'Ontario à déclarer l'état d'urgence et à émettre des décrets d'urgence. Elle exige également, en vertu de l'article 6, que les ministères élaborent des plans d'urgence pour certains types d'urgences qui leur sont attribués par décret par le lieutenant-gouverneur en conseil. Le décret 1157/2009 confie au ministre de la Santé et au ministre des Soins de longue durée la responsabilité d'élaborer des plans d'urgence concernant la santé humaine, les maladies et les épidémies, les services de santé en cas d'urgence et la continuité des opérations. Le décret exige que ces plans d'urgence décrivent la façon dont les ministères géreront les urgences en matière de santé humaine et assureront un accès continu aux services de santé grâce à la mobilisation continue des partenaires, y compris les bureaux de santé publique, les foyers de soins de longue durée et les hôpitaux.

Une liste des principales dispositions des lois susmentionnées qui sont pertinentes pour le présent rapport d'audit se trouve à l'**annexe 1**.

2.2.2 Délivrance de permis

Le ministère des Soins de longue durée délivre des permis aux exploitants de foyers de soins de longue durée en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* pour une période maximale de 30 ans selon la classification des lits (**figure 6**). Ces exploitants qui souhaitent obtenir un nouveau permis ou renouveler un permis existant doivent construire les nouveaux foyers ou rénover les foyers existants pour se conformer aux normes d'aménagement actuelles du *Guide sur l'aménagement des foyers de soins de longue durée*

(Guide sur l'aménagement) du Ministère (voir la **section 2.1.1**).

Dans les cas où les exploitants de foyers qui renouvellent leur permis ne peuvent se conformer entièrement aux normes actuelles de la structure existante du foyer, ils peuvent demander au Ministère la permission de respecter les « dérogations aux normes d'aménagement » lorsqu'ils rénovent le foyer. Par exemple, les chambres à deux lits peuvent avoir une superficie de 9,75 mètres carrés au lieu de 10,68 mètres carrés, comme l'exigent les normes actuelles. Les dérogations aux normes d'aménagement ne s'appliquent pas aux nouvelles constructions; elles ne visent que les projets de rénovation.

En 2002, 2007, 2014 et 2018, le Ministère a lancé des initiatives de renouvellement des lits pour appuyer la rénovation des lits de niveaux B, C et D afin de se conformer aux normes actuelles. Ces initiatives ont été relativement infructueuses; comme le montre la **figure 6**, près du tiers des lits étant encore classés dans les lits C ou D malgré les normes de conception de 1999 en vigueur depuis deux décennies. Dans le cadre de ces initiatives, le Ministère a versé des subventions au financement de la construction aux exploitants de foyers une fois les rénovations terminées.

Les exploitants de foyers étaient surtout chargés de recueillir les fonds nécessaires pour financer le terrain et les autres coûts en capital des rénovations. Le Ministère verserait ensuite à l'exploitant d'un foyer la subvention – calculée par lit et par jour – pour une période maximale de 25 ans. En septembre 2020, le Ministère a mis à jour son modèle de financement afin qu'il s'applique rétroactivement à tous les projets amorcés depuis juin 2018. La politique accorde maintenant aux exploitants de foyers une subvention initiale au développement ainsi qu'une subvention de financement bonifiée, qui demeure payable sur 25 ans.

En juillet 2018, la province a annoncé qu'elle investirait 1,75 milliard de dollars pour construire 15 000 nouveaux lits et rénover 15 000 vieux lits d'ici 2023. Par la suite, en juillet 2020, la province a annoncé que l'investissement de 1,75 milliard de dollars se traduirait par 8 000 nouveaux lits et 12 000 lits rénovés d'ici 2025. De plus, la province a annoncé dans le Budget de l'Ontario 2020 qu'elle accélérerait, dans le cadre de son programme pilote de construction accélérée (le programme pilote), la construction prévue de 4 foyers de soins de longue durée à Mississauga, Toronto et Ajax qui devraient comporter 1 280 lits prêts à être occupés d'ici le début de 2022. Le programme pilote envisage d'utiliser la construction modulaire (un processus dans lequel un bâtiment est construit hors site en modules, puis assemblé sur place), l'approvisionnement rapide et la mise à profit des terrains des hôpitaux pour terminer la construction des foyers de soins de longue durée des années plus rapidement que l'échéancier de construction traditionnel.

En septembre 2020, les permis de plus de 26 500 lits dans 257 foyers à travers la province devaient expirer en 2025. Le Ministère ne possède pas de données sur la proportion de ces 26 500 lits, qui se trouvent dans des chambres aménagées et exploitées pour accueillir trois ou quatre résidents.

2.2.3 Financement

En 2019-2020, les foyers de soins de longue durée ont recueilli un total de 6 milliards de dollars : 4,4 milliards en financement du Ministère et 1,6 milliard en quote-part des résidents. Le financement provincial annuel aux foyers de soins de longue durée a augmenté de 12,8 % entre 2015-2016 et 2019-2020 (**figure 10**). Les augmentations s'élevaient en moyenne à environ 2,7 % par année. Le Ministère finance conjointement avec les résidents les activités des foyers de soins de longue durée en Ontario comme suit :

- Les résidents paient les frais de logement et de pension en fonction des tarifs établis par le Ministère. Ceux-ci comprennent le coût des services alimentaires et autres services d'hébergement comme l'entretien ménager,

Figure 10 : Financement provincial destiné aux foyers de soins de longue durée, 2015-2016 à 2019-2020 (milliards de dollars)

Source des données : ministère des Soins de longue durée

Exercice	Montant	Variation	Variation %
2015-16	3,9	–	–
2016-17	4,0	0,1	2,6
2017-18	4,1	0,1	2,5
2018-19	4,3	0,2	4,9
2019-20	4,4	0,1	2,3
Total	**20,7**	**0,5**	**12,8**

les services alimentaires, la maintenance et l'administration. Depuis le 1er juillet 2019, le tarif journalier était de 62,18 $ pour les chambres de base (de 2 à 4 lits avec salle de bain commune), de 74,96 $ pour les chambres à deux lits et de 88,82 $ pour les chambres individuelles.

- Les foyers reçoivent du financement du Ministère par l'entremise des RLISS pour quatre catégories : soins infirmiers et personnels; programme et services de soutien; aliments crus; et autres logements (**figure 11**).

Figure 11 : Allocation quotidienne versée par le ministère des Soins de longue durée pour chaque résident des foyers de soins de longue durée, selon la catégorie de financement, avril 2020

Source des données : ministère des Soins de longue durée

Catégorie de financement	Détails	Montant ($)	Allocation (%)
Soins infirmiers et personnels	• Comprend les salaires, les avantages sociaux et la formation du personnel chargé des soins directs, ainsi que l'équipement ou les fournitures qu'utilise le personnel pour dispenser des soins infirmiers et personnels aux résidents • Le personnel de cette catégorie comprend le personnel infirmier autorisé, le personnel infirmier auxiliaire autorisé et les préposés aux services de soutien à la personne qui, au-delà des tâches cliniques, aident les résidents à manger	102,34	57
Services des programmes et services de soutien	• Comprend le personnel, l'équipement et les fournitures requis pour fournir des services de programmes et d'autres services aux résidents • Le personnel de cette catégorie comprend les diététistes autorisés, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleuses et les travailleurs sociaux, les préposés aux loisirs ainsi que d'autres personnes qui fournissent des services de soutien aux résidents	12,06	7
Aliments crus	• Ces fonds doivent servir strictement à l'achat de matières premières alimentaires, y compris des suppléments alimentaires prescrits par un médecin, une infirmière ou un infirmier, ou encore une diététiste autorisée ou un diététiste autorisé • Cela comprend la portion destinée aux résidents des aliments servis à l'occasion d'événements spéciaux (comme les repas de Noël), mais exclut la portion des invités qui ne sont pas des résidents, comme des membres de la famille	9,54[1]	5
Autre frais d'hébergement	• Comprend d'autres dépenses admissibles qui sont définies dans la politique du Ministère et qui ne sont pas comprises dans les catégories précédentes, comme les services alimentaires (préposés au service des repas, cuisiniers), l'entretien ménager, l'exploitation et l'entretien des installations ainsi que les services généraux et administratifs.	56,52[1]	31
Total		**180,46[2]**	**100**

1. Le Ministère accorde un financement à concurrence de ce montant une fois que le foyer de soins de longue durée a appliqué la quote-part des résidents à cette catégorie.
2. Cette allocation quotidienne représente le taux standard pour les résidents dont les besoins sont les moins complexes. Le Ministère applique une formule pour rajuster l'allocation quotidienne de base selon la note globale de complexité des besoins des résidents des foyers de soins de longue durée. En 2020-2021, le Ministère a fourni un financement quotidien supplémentaire de 4,50 $ par résident pour améliorer les services de soins directs et pour tenir compte d'autres coûts de fonctionnement dans l'une ou l'autre des quatre catégories.

Bien que la plupart des fonds du Ministère soient versés par les RLISS, une partie l'est directement par le Ministère.

Le montant réel que le Ministère verse à un foyer peut varier selon ce qui suit :

- son taux d'occupation;
- la complexité des besoins médicaux des résidents, mesurée à l'aide de l'indice des groupes clients, soit la mesure relative des ressources moyennes requises pour répondre aux besoins des résidents;
- le montant perçu sous forme de quotes-parts des résidents. Bien qu'un tarif quotidien soit établi pour les quotes-parts des résidents, le montant réel qui a été perçu sur ces quotes-parts peut se révéler inférieur au tarif quotidien établi par le Ministère parce que les montants facturés aux résidents sont rajustés en fonction de leur capacité de payer le plein tarif. Environ 35 % des résidents reçoivent une aide financière (pour subventionner ou couvrir une partie de leur quote-part) du Ministère pour payer le logement.

Des foyers peuvent toucher des fonds en plus de ce qu'ils reçoivent du Ministère et des résidents. Par exemple, les foyers à but non lucratif peuvent toucher des fonds supplémentaires dans le cadre de campagnes de collecte de fonds et les foyers municipaux peuvent recevoir un financement additionnel de la municipalité.

2.2.4 Inspections des foyers de soins de longue durée par le Ministère

La Loi exige que le Ministère inspecte chaque foyer de soins de longue durée sans préavis au moins une fois par année. Toutefois, la Loi ne précise pas quel type d'inspection il faut effectuer ni n'indique que tous les aspects des activités de chaque foyer doivent être inspectés chaque année.

La Loi exige également que le Ministère effectue des inspections s'il reçoit des renseignements d'une source quelconque indiquant que certains incidents se sont produits, comme des soins inappropriés ou incompétents dispensés à un résident, qui ont causé un préjudice grave ou un risque important d'un tel préjudice au résident.

La Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du Ministère (**annexe 3**) est chargée d'inspecter les foyers de soins de longue durée pour s'assurer de leur conformité à la Loi et à son Règlement 79/10. Une unité centralisée d'établissement des dossiers à Hamilton, qui compte neuf agents de triage, reçoit et évalue chaque plainte et rapport d'incident grave (provenant de toute source) et détermine si une inspection s'impose. Les plaintes et les incidents graves qui nécessitent une inspection sont renvoyés à l'un des sept bureaux régionaux situés à London, Waterloo, Hamilton, Toronto, Sudbury, Oshawa et Ottawa. Au 31 décembre 2020, les bureaux régionaux comptaient 143 inspecteurs. Le nombre d'inspecteurs dans chaque bureau régional variait de 17 à Waterloo à 26 à Sudbury (**figure 12**). Au total, 41 postes demeuraient vacants dans l'ensemble de la province.

Au moment de notre audit de 2015 du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée (le Programme), il existait quatre types d'inspections, à savoir les inspections générales, les inspections qui font suite à des incidents graves, les inspections qui font suite à des plaintes et les inspections aux fins de suivi. Les inspections faisant suite à des incidents graves et à des plaintes sont effectuées en réaction aux rapports d'incidents graves comme des incendies, des décès inattendus ou soudains ou des éclosions de maladies transmissibles et en réaction aux plaintes relatives aux soins reçus par les résidents. Les inspections générales constituent des inspections proactives conçues pour examiner diverses facettes des activités d'un foyer de soins de longue durée (**annexe 4**). La **figure 13** montre le nombre d'inspections des foyers de soins de longue durée effectuées par les inspecteurs du Ministère de 2015 à 2020.

À compter d'août 2016, le Ministère a mis en œuvre une approche d'inspection générale

Figure 12 : Nombre d'inspecteurs par région, au 31 décembre 2020

Source des données : ministère des Soins de longue durée

Région	Nombre de foyers	Nombre de lits	Nombre d'inspecteurs	Nombre de lits par inspecteur
Centre-Est (Kingston)	88	11 783	19	620
Centre-Ouest (Waterloo)	88	9 100	17	535
Hamilton	92	11 593	20	580
London	89	10 365	20	518
Ottawa	94	11 393	20	570
Sudbury	87	9 453	26	364
Toronto	88	15 142	21	721
Total	**626**	**78 829**	**143***	**551**

* Représente le nombre réel d'inspecteurs. Au 31 décembre 2020, 41 postes étaient vacants à travers la province : 7 dans le Centre-Est, 8 dans le Centre-Ouest, 6 chacun à Hamilton, London, Ottawa et Toronto, et 2 à Sudbury.

Figure 13 : Nombre d'inspections effectuées dans les foyers de soins de longue durée selon le type d'inspection, 2015 à 2020

Source des données : ministère des Soins de longue durée

Type d'inspection	2015	2016	2017	2018	2019	2020[1]
Plainte[2]	764	756	512	611	1 055	456
Complète[3]	625	611	636	370	7	0
Incidents graves[4]	615	559	394	526	1 400	696
Suivi[5]	336	254	258	224	331	103
Autre[6]	18	20	13	23	50	21
Total	**2 358**	**2 200**	**1 813**	**1 754**	**2 843**	**1 276**

1. Couvre seulement une période de huit mois allant de janvier à août 2020.
2. Le Ministère reçoit les plaintes émanant de résidents, de membres de leur famille et du public principalement par téléphone (au moyen de la Ligne ACTION, service sans frais offert par ServiceOntario), mais également en personne ainsi que par courriel ou télécopieur. L'unité centrale de réception du Ministère examine les plaintes reçues pour décider si une enquête ou une inspection est de mise. Dans l'affirmative, l'unité attribue à chaque cas un niveau de risque pouvant aller de faible (niveau 1 – risque minime) à élevé (niveau 4 – danger immédiat et risque de préjudice grave ou important). Aux termes de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (la Loi), les plaintes touchant des situations qui présentent un risque élevé doivent donner lieu à une inspection immédiate; si le risque est moyen (niveau 3 et 3+), le Ministère vise à mener une inspection dans un délai de 30 jours. Habituellement, l'inspection faisant suite à une plainte est menée par un ou deux inspecteurs, qui appliquent les protocoles d'inspection correspondant le mieux à la nature de la plainte.
3. On parlera aussi d'inspections de la qualité des services aux résidents. Il s'agit d'inspections proactives conçues pour examiner l'ensemble des activités d'un foyer de soins de longue durée; elles ont une portée plus large que les inspections portant sur des plaintes ou des incidents graves. À l'automne de 2018, le Ministère a décidé de mettre fin à ces inspections et d'effectuer plutôt davantage d'inspections de plaintes, d'incidents graves et de suivi afin de traiter l'arriéré croissant de plaintes et d'incidents graves nécessitant une inspection.
4. Les foyers de soins de longue durée doivent signaler immédiatement les incidents graves au Ministère. Cela inclut les incendies, la négligence ou les mauvais traitements envers les résidents, l'administration de soins de façon inappropriée, l'utilisation inappropriée de l'argent des résidents, les actes illégaux, un décès inattendu ou soudain, un résident porté disparu depuis plus de trois heures, un résident porté disparu qui revient au foyer avec une blessure ou une détérioration de son état, l'éclosion d'une maladie à déclaration obligatoire ou d'une maladie transmissible, et la contamination de la source d'approvisionnement en eau potable. Pour ce qui est des autres incidents, par exemple une chute qui entraîne un changement important de l'état du résident et nécessite son transport à l'hôpital, la défaillance du système de sécurité ou d'autres systèmes importants du foyer pendant plus de six heures, ou encore la disparition de médicaments, les foyers sont tenus d'informer le Ministère dans un délai d'un jour ouvrable. Les foyers signalent les incidents graves au moyen de l'outil Web appelé Système de rapport d'incidents critiques, ou au moyen d'un téléavertisseur si l'incident se produit en dehors des heures de bureau. Le processus d'inspection utilisé pour les incidents graves est le même que celui des inspections découlant de plaintes, qui est décrit plus haut.
5. Si une inspection donne lieu à la signification d'un ordre de conformité à un foyer de soins de longue durée, le Ministère doit effectuer une inspection de suivi pour s'assurer que le foyer a respecté l'ordre dans le délai prescrit et que le problème a été corrigé. On procédera également à une inspection de suivi des ordres du directeur, qui consistera à faire le suivi d'un ordre de conformité donné par le directeur en application de la Loi.
6. Ces types d'inspections peuvent comprendre des inspections proactives entreprises par le bureau régional de services.

plus courte et mieux ciblée, que nous avons décrite dans notre rapport de suivi de 2017 sur le Programme. À l'automne 2018, le Ministère a mis fin aux inspections générales pour régler son arriéré d'inspections de plaintes et de rapports d'incidents graves. Depuis 2019, le Ministère a mené principalement des inspections qui font suite à des plaintes et des incidents graves.

2.2.5 Inspections de santé publique dans les foyers de soins de longue durée

Santé publique

Au sein du ministère de la Santé, il incombe au Bureau du médecin hygiéniste en chef d'établir des initiatives de santé publique et de surveiller les programmes de santé publique offerts par 34 bureaux locaux de santé publique de la province.

Ces bureaux – dont chacun est dirigé par un médecin hygiéniste local et relève d'un conseil local de santé – exécutent des programmes axés sur la prévention et le contrôle des maladies transmissibles. Le ministère de la Santé et les municipalités financent les bureaux locaux de santé publique. Du point de vue de la gouvernance, les bureaux locaux de santé publique ne relèvent pas de Santé publique Ontario ou du médecin hygiéniste en chef. Toutefois, le médecin hygiéniste en chef possède le pouvoir, en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS) dont il est question à la **section 2.2.1**, d'ordonner aux bureaux de santé publique de mettre en œuvre des mesures de santé publique en réaction à un risque pour la santé publique ou à une urgence.

En vertu du paragraphe 10 (1) de la LPPS, tout médecin hygiéniste local est tenu d'effectuer des inspections [des circonscriptions sanitaires] qui sont de son ressort en vue « d'y prévenir, d'y éliminer et d'y réduire les effets des risques pour la santé ». Le conseil local de santé nomme les médecins hygiénistes locaux afin qu'ils gèrent le bureau local de santé publique. La LPPS exige expressément que les médecins hygiénistes locaux inspectent les dépôts d'aliments, y compris les aliments et le matériel, et le lieu utilisé ou destiné à être utilisé comme pension de famille ou meublé. La LPPS ne définit pas une pension de famille ou un meublé. Les bureaux locaux de santé publique ne sont pas expressément tenus d'inspecter de façon proactive les foyers de soins de longue durée en vertu de la LPPS. Cependant, ils peuvent émettre des directives de précaution et de procédure concernant les maladies transmissibles aux foyers de soins de longue durée ou exiger de ceux-ci qu'ils prennent des mesures correctives pour remédier à une éclosion établie.

De plus, en vertu du paragraphe 10 (1) de la LPPS, il incombe à chacun des bureaux de santé publique de l'Ontario de mettre en œuvre des programmes de prévention et de contrôle des infections, ce qui comprend l'inspection des milieux associés à un risque de transmission de maladies infectieuses. Ces inspections doivent être effectuées conformément aux protocoles et aux lignes directrices du ministère de la Santé sur la prévention et le contrôle des infections.

Le ministère de la Santé établit des normes et des politiques de prévention et de contrôle des infections dans le cadre des Normes de santé publique de l'Ontario. Ces normes, établies en vertu de l'article 7 de la LPPS, exposent les attentes minimales à l'égard des programmes et services de santé publique que doit fournir chaque conseil de santé (bureau de santé publique). L'un de ces programmes consiste à prévenir et à contrôler les infections. Les exigences particulières en matière d'inspection des bureaux de santé publique sont les suivantes :

- Le **Protocole de prévention et de contrôle des infections**, 2019 du ministère de la Santé exige que chaque conseil de santé inspecte tous les services de garde et les services personnels autorisés au moins une fois tous les 12 mois. En revanche, les conseils de santé ne sont pas tenus de procéder à une inspection annuelle des foyers de soins de longue durée pour s'assurer qu'ils respectent les mesures de prévention et de contrôle des infections. Toutefois, les bureaux

de santé publique pourraient devoir inspecter un foyer de soins de longue durée s'ils reçoivent une plainte relative à la prévention et au contrôle des infections à domicile. Par ailleurs, le protocole exige que les conseils de santé aient recours à une « approche fondée sur les risques » pour déterminer la priorité et la nécessité de mener des inspections supplémentaires, ce qui pourrait comprendre des inspections proactives des foyers de soins de longue durée dans leur région.

- Le Protocole de gestion des éclosions dans les établissements et le milieu institutionnel, 2018 du ministère de la Santé (**annexe 5**) exige que chaque bureau de santé publique aide les foyers de soins de longue durée à établir et à examiner leurs plans écrits d'intervention en cas d'éclosion au moins tous les deux ans.

2.2.6 Le secteur de la santé et la réorganisation en cours

En mars 2019, la province a annoncé son plan de créer un organisme central relevant du ministère de la Santé, appelé Santé Ontario. Cet organisme est chargé de superviser la prestation des soins de santé à l'échelle de la province, y compris les soins de santé dispensés dans les foyers de soins de longue durée.

En décembre 2019, les cinq organismes provinciaux de santé suivants ont fusionné avec Santé Ontario : Action Cancer Ontario, Cybersanté Ontario, l'Agence de promotion et de recrutement de Professions Santé Ontario, Qualité des services de santé Ontario et Services communs pour la santé Ontario. De plus, le ministre de la Santé a transféré à Santé Ontario 183 postes de gestionnaires ne travaillant pas dans le secteur des soins en milieu communautaire et à domicile des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Toutefois, contrairement aux cinq organismes provinciaux de santé, les RLISS (organismes de la Couronne chargés de coordonner les services de santé à l'échelle locale) n'ont pas fusionné entièrement avec Santé Ontario.

Santé Ontario était chargé de superviser la réorganisation opérationnelle des 14 RLISS dans cinq régions géographiques provisoires. En outre, la prestation de soins à domicile et en milieu communautaire devrait passer des RLISS aux équipes locales de Santé Ontario. Annoncées pour la première fois en décembre 2019, les équipes de Santé Ontario ont été mises sur pied dans le but de faciliter la transition des patients d'un fournisseur de soins de santé à un autre – par exemple entre les hôpitaux et les fournisseurs de soins à domicile – en disposant d'un dossier de patient et d'un plan de soins. Sous la direction des équipes de Santé Ontario, les fournisseurs de soins de santé de la même région doivent travailler en équipe coordonnée.

Toutes les demandes et tous les placements dans des foyers de soins de longue durée en Ontario avaient déjà été pris en charge par les 14 RLISS (renommés Services de soutien aux soins à domicile et en milieu communautaire à compter du 1er avril 2021). Il incombe en outre aux RLISS de distribuer le financement du ministère des Soins de longue durée aux foyers de soins de longue durée. Depuis le 1er avril 2021, les fonctions de planification, de financement et d'intégration des RLISS, y compris la supervision du financement, ont été transférées à Santé Ontario.

Jusqu'à ce que la transition complète des RLISS vers les équipes de santé de l'Ontario soit terminée, les RLISS, qui exercent leurs activités sous le nom de Services de soutien aux soins à domicile et en milieu communautaire, poursuivront leurs activités quotidiennes dans leur province ou territoire actuel, y compris la prestation de services de soins à domicile et en milieu communautaire et de placement en soins de longue durée.

En avril 2019, la province a également proposé des changements au système de santé publique de l'Ontario dans le *Budget de l'Ontario 2019*, notamment en réduisant le nombre de bureaux de santé publique de 35 (à ce moment-là; maintenant seulement 34) à 10 d'ici mars 2021 et en créant

10 nouveaux conseils de santé autonomes avec représentation régionale et locale. Les consultations ont été mises en veilleuse à la mi-mars 2020 pour permettre à la santé publique de réagir à la pandémie de COVID-19.

2.3 Incidence de la COVID-19 sur les foyers de soins de longue durée de l'Ontario

2.3.1 Pandémie mondiale de COVID-19

La COVID-19 est une souche (type) de sept souches connues de maladie appelées coronavirus. Comme une autre souche de coronavirus que la population ontarienne connaît, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), elle présente un danger pour la santé des gens et peut entraîner la mort dans les cas graves.

Les symptômes les plus courants de la COVID-19 ressemblent à ceux de la grippe ou d'un rhume. Ils comprennent de la fièvre, une toux sèche, des difficultés respiratoires et de la fatigue. On ne sait pas encore quels sont les effets à long terme de la COVID-19.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les personnes de plus de 60 ans et celles qui ont des problèmes sous-jacents comme l'hypertension, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et le cancer sont les plus à risque de symptômes graves et de décès faisant suite à la COVID-19. La mortalité augmente avec l'âge. À cet égard, le taux de mortalité le plus élevé touche les personnes de plus de 80 ans. La mortalité augmente également avec la présence de comorbidités (c.-à-d. d'autres maladies ou affections présentes en même temps que l'infection à la COVID-19; les affections décrites comme des comorbidités sont souvent chroniques ou à long terme).

Selon le rapport de février 2020, de la *Mission conjointe de l'Organisation mondiale de la santé et de la Chine sur la maladie à coronavirus 2019*, qui visait à mieux comprendre l'éclosion de la COVID-19 en Chine pour éclairer les mesures de confinement internationales, le taux de mortalité s'établissait à 13,2 % chez les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire, à 9,2 % chez celles atteintes de diabète, à 8,4 % chez celles atteintes d'hypertension, à 8 % chez celles atteintes d'une maladie respiratoire chronique et à 7,6 % chez celles atteintes d'un cancer. En comparaison, le taux de mortalité chez les personnes sans comorbidité s'établissait à 1,4 %.

Selon Statistique Canada, 54 % des quelque 9 500 personnes décédées de la COVID-19 entre le 1er mars 2020 et le 31 juillet 2020 au Canada étaient âgées de 85 ans ou plus. Environ 2 770 personnes, soit 29 %, résidaient dans des foyers de soins de longue durée de l'Ontario. La majorité (90 %) des 9 500 personnes présentaient au moins une comorbidité. La comorbidité la plus commune était la démence, présente dans 38 % de tous les décès liés à la COVID-19. Les autres comorbidités courantes étaient la pneumonie (33 %), les maladies hypertensives (15 %), les maladies cardiaques (13 %), l'insuffisance respiratoire (13 %), l'insuffisance rénale (12 %) et le diabète (12 %). En Ontario, 46 % des personnes décédées de la COVID-19 souffraient de pneumonie, 36 % de démence, 16 % de maladies hypertensives, 14 % de diabète et 12 % de maladies cardiaques.

La COVID-19 se propage le plus souvent d'une personne infectée à une autre ou à d'autres par des gouttelettes respiratoires et des contacts personnels étroits, ainsi que lorsqu'une personne touche une zone infectée, puis touche sa bouche, son nez ou ses yeux avant de se laver les mains.

Les 27 et 28 janvier 2020, le Canada a signalé ses premiers cas confirmés de COVID-19 – un couple de Toronto qui était revenu de Wuhan, en Chine. Le premier décès lié à la COVID-19 au Canada est survenu dans un foyer de soins de longue durée de la Colombie-Britannique le 9 mars 2020. Deux jours plus tard, le 11 mars 2020, l'OMS a déclaré que la COVID-19 était une

pandémie – une maladie infectieuse qui s'est rapidement répandue dans le monde entier.

2.3.2 Statistiques sur les cas et les décès dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario

Mars à août 2020

Les premiers cas de COVID-19 chez les résidents de foyers de soins de longue durée de l'Ontario – dont deux cas dans deux foyers à Toronto, un dans un foyer à Vaughan et quatre dans un foyer à Oshawa – ont été enregistrés dans le Système intégré d'information sur la santé publique du ministère de la Santé le 17 mars 2020. Les premiers cas de COVID-19 chez les membres du personnel des foyers de soins de longue durée – dont un cas dans un foyer à Oshawa, deux dans un foyer à Toronto et cinq dans un foyer à Bobcaygeon – ont été enregistrés trois jours plus tard, soit le 20 mars 2020.

La COVID-19 s'est rapidement propagée dans certains foyers de soins de longue durée de mars à avril 2020 (voir la **figure 14**). En un mois seulement, le nombre de nouveaux cas est passé de 14 résidents et de 8 membres du personnel par jour en moyenne en mars à 128 résidents et à 49 membres du personnel par jour en moyenne en avril, atteignant un sommet le 15 avril, lorsqu'environ 250 nouveaux cas chez les résidents et 60 chez les membres du personnel ont été enregistrés (voir la **figure 14**). Le nombre de nouveaux cas a commencé à diminuer en mai 2020, avec une moyenne de 44 résidents et 19 membres du personnel par jour, pour atteindre un creux moyen d'un résident et d'un membre du personnel par jour en août 2020. Le 31 août 2020, 5 937 résidents et 2 643 membres du personnel avaient contracté la COVID-19, et 1 815 résidents et 8 membres du personnel en étaient morts. Aux fins du présent rapport, la vague initiale de COVID-19 comprend la période jusqu'au 31 août 2020.

Le 31 août 2020, les résidents des foyers de soins de longue durée représentaient 20,2 % du total des cas de COVID-19 en Ontario, mais 64,8 % de tous les décès liés à la COVID-19. Le décès des suites de la COVID de 1 815 résidents et de 8 membres du personnel a été déclaré, ce qui se traduit par un taux de mortalité de 30,6 % et de 0,3 % respectivement.

Septembre à décembre 2020

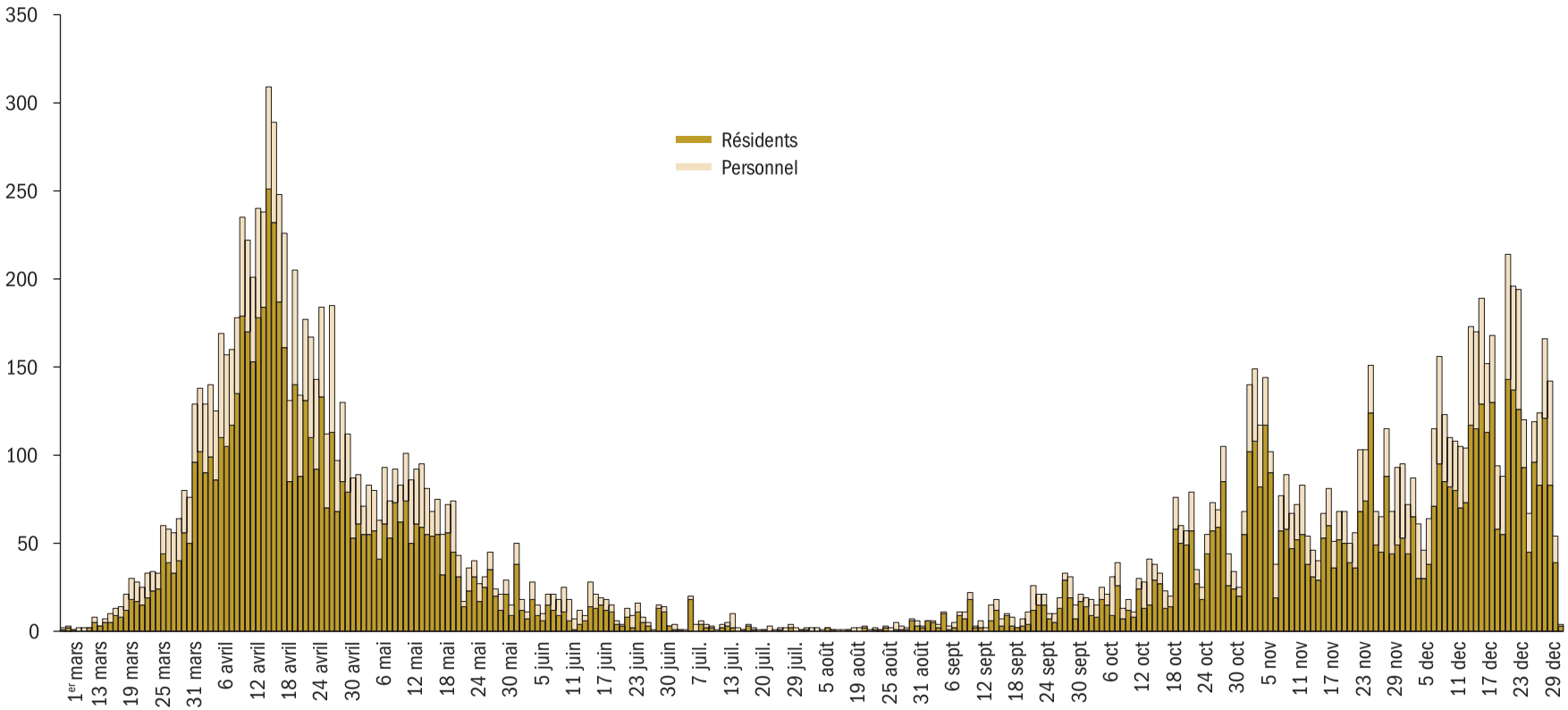
Le mois de septembre marque le début d'une nouvelle tendance à la hausse du nombre quotidien de nouveaux cas, soit en moyenne huit cas de résidents et quatre cas de membres du personnel par jour. Le 31 décembre 2020, Santé publique Ontario a déclaré que 11 143 résidents et 4 329 membres du personnel avaient contracté la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée et que 2 800 résidents et 8 membres du personnel en étaient morts.

Selon les données de l'Institut national sur le vieillissement – un groupe de réflexion de l'Université Ryerson axé sur les enjeux qui touchent la population vieillissante du Canada – l'Ontario affichait le pourcentage le plus élevé (40 %) de foyers de soins de longue durée et de maisons de retraite touchés par la COVID-19 au Canada le 31 octobre 2020. L'Alberta et le Québec affichaient les deuxième et troisième pourcentages les plus élevés. En effet, 33 % et 32 % des foyers de soins de longue durée et des maisons de retraite dans ces provinces étaient touchés par la COVID-19.

La **figure 15a** présente la liste des 15 foyers de soins de longue durée qui ont enregistré le plus grand nombre de décès de résidents jusqu'au 31 décembre 2020, dont 13 foyers exploités par des entités à but lucratif. Ces 15 foyers, qui ne représentent qu'environ 4,4 % de tous les lits dans les foyers de soins de longue durée, ont affiché 28 % de tous les décès de résidents. La **figure 15b** renferme les 15 foyers de soins de longue durée qui affichent le plus grand nombre de cas de résidents. La **figure 16** illustre le nombre et le pourcentage de foyers qui avaient des cas de COVID-19 chez les résidents le 31 décembre 2020, comparativement à ceux qui n'en avaient pas.

Figure 14 : Cas de COVID-19 parmi les résidents et le personnel des foyers de soins de longue durée, selon la date de l'épisode[1], du 1er mars au 31 décembre 2020[2]

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario à partir de données provenant de la base de données du SIISP de Santé publique Ontario



1. La date de l'épisode est déterminée de manière approximative d'après la date d'apparition des symptômes chez le résident ou le membre du personnel.
2. Les données ont été extraites du Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) le 11 février 2021.

Figure 15a : Liste des 15 foyers ayant enregistré le plus grand le nombre de décès de résidents, 31 décembre 2020

Source des données : ministère des Soins de longue durée[1]

	Nom	Ville	Capacité totale (lits)	Nombre de décès		
				Résidents	Employés	Total
1	Orchard Villa[2]	Pickering	233	70	0	**70**
2	Camilla Care Community[2]	Mississauga	236	68	0	**68**
3	Downsview Long Term Care Centre[2]	North York	252	64	1	**65**
4	Carlingview Manor[2]	Ottawa	303	61	0	**61**
5	Altamont Care Community[2]	Scarborough	159	53	1	**54**
6	Tendercare Living Centre[2]	Scarborough	254	52	0	**52**
7	Forest Heights[2]	Kitchener	240	51	0	**51**
8	Hawthorne Place Care Centre[2]	North York	269	51	0	**51**
9	Extendicare Guildwood[2]	Scarborough	169	48	0	**48**
10	Isabel and Arthur Meighen Manor	Toronto	168	48	0	**48**
11	Madonna Care Community[2]	Orléans	160	46	2	**48**
12	Eatonville Care Centre[2]	Etobicoke	247	42	0	**42**
13	Midland Gardens Care Community[2]	Scarborough	299	42	0	**42**
14	Seven Oaks	Scarborough	249	41	0	**41**
15	Westside[2]	Etobicoke	242	40	0	**40**
Total			**3 480**	**777**	**4**	**781**

1. Les données relatives à la COVID-19 sont constamment mises à jour, à mesure que le ministère recueille plus de renseignements. Les chiffres présentés dans cette figure reposent sur les données autodéclarées des foyers, données qui ont été extraites le 31 décembre 2020. Les données compilées à cette date peuvent différer des chiffres rendus publics au moment de la publication du présent rapport.
2. Foyer exploité par un organisme à but lucratif.

Figure 15b : Liste des 15 foyers ayant enregistré le plus grand le nombre de cas chez les résidents, 4 janvier 2021

Source des données : ministère des Soins de longue durée

	Nom	Ville	Capacité en lits	N^bre de cas chez les résidents
1	Altamont Care Community	Scarborough	159	227
2	Orchard Villa	Pickering	233	206
3	Eatonville Care Centre	Etobicoke	247	188
4	Camilla Care Community	Mississauga	236	187
5	Villa Colombo Homes for the Aged	North York	160	171
6	Carlingview Manor	Ottawa	303	170
7	Forest Heights	Kitchener	240	161
8	Downsview Long Term Care Centre	North York	252	152
9	Grace Villa Nursing Home	Hamilton	184	142
10	Hawthorne Place Care Centre	North York	269	138
11	The Village at St. Clair	Windsor	256	134
12	Extendicare Starwood	Nepean	192	132
13	Midland Gardens Care Community	Scarborough	299	128
14	Extendicare Guildwood	Scarborough	169	123
15	Humber Valley Terrace	Etobicoke	158	120
Total			**3 357**	**2 379**

Figure 16 : Foyers de soins de longue durée pour lesquels des cas de COVID-19 chez les résidents ont été déclarés et foyers pour lesquels aucun cas n'a été déclaré

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale à partir de l'information obtenue auprès du ministère des Soins de longue durée*

	Foyers à but lucratif		Foyers sans but lucratif		Tous les foyers	
Vague	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
18 mars au 31 août 2020						
Aucun cas déclaré chez les résidents	235	66,2	181	67,5	416	66,8
Au moins un cas déclaré chez les résidents	120	33,8	87	32,5	207	33,2
1er septembre au 31 décembre 2020						
Aucun cas déclaré chez les résidents	258	72,7	194	72,4	452	72,6
Au moins un cas déclaré chez les résidents	97	27,3	74	27,6	171	27,4

* Les données relatives à la COVID-19 sont constamment mises à jour, à mesure que le ministère recueille plus de renseignements. Les chiffres présentés dans cette figure reposent sur les données autodéclarées des foyers, données qui ont été extraites le 31 décembre 2020. Les données compilées à cette date peuvent différer des chiffres rendus publics au moment de la publication du présent rapport. Les statistiques sur le nombre de lits ont été fournies par le ministère des Soins de longue durée.

2.3.3 Réponse initiale de l'Ontario aux cas de COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée

L'**annexe 6** énumère les principales entités des gouvernements fédéral et de l'Ontario qui interviennent dans les cas de pandémie de COVID-19.

Le 3 février 2020, la province a commencé à recommander des mesures aux exploitants de foyers de soins de longue durée, par le biais de documents d'orientation. Ces mesures visent à contenir la propagation de la COVID-19. Voir l'**annexe 7** pour une chronologie de l'intervention de l'Ontario dans les éclosions de COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée jusqu'au 31 décembre 2020.

Le 14 mars 2020, la province a mis sur pied le Groupe des soins de longue durée – maintenant appelé Groupe d'action COVID – afin de fournir des conseils sur les enjeux liés au secteur des soins de longue durée, y compris les tests et le confinement des épidémies. Au 31 décembre 2020, le Groupe comptait 63 membres.

Le 22 mars 2020, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario a émis ses premières instructions obligatoires, par l'entremise de la Directive n° 3, sept semaines après la première directive recommandée. Selon les instructions obligatoires, les exploitants de foyers de soins de longue durée devaient interdire aux résidents de quitter le foyer pour rendre visite à leur famille et limiter le nombre de foyers dans lesquels le personnel travaille. Jusque-là, les documents d'orientation renfermaient des recommandations que les exploitants pouvaient mettre en œuvre à leur discrétion. Pendant la pandémie, le médecin hygiéniste en chef communique principalement les instructions obligatoires aux exploitants des foyers de soins de longue durée au moyen de la Directive n° 3.

Financement d'urgence durant la première vague de COVID-19

De mars à juin 2020, la province a approuvé un financement d'urgence de 526,7 millions de dollars pour le secteur des soins de longue durée dans sa réponse initiale aux éclosions de COVID-19 touchant les foyers de ce secteur. Le 31 décembre 2020, environ 470,8 millions de dollars avaient été engagés (**figure 17**).

Le 29 septembre 2020, le Ministère a publié le plan automnal de préparation à la COVID-19, qui comprenait un engagement supplémentaire de 540 millions de dollars pour la prévention et le contrôle des infections ainsi que des mesures relatives aux tests de dépistage et à la surveillance afin de protéger les résidents, le personnel et les proches aidants. Dans le cadre de cet investissement

Figure 17 : Ventilation du financement d'urgence de l'Ontario destiné au secteur des soins de longue durée, mars à juin 2020 (millions de dollars)

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario à partir des informations fournies par le Secrétariat du Conseil du Trésor

Catégorie de financement	Détails	Montant accordé au 30 juin 2020	Estimation* du montant dépensé au 31 décembre 2020
Renforcement de la capacité d'urgence	A pour objet d'ajouter environ 1 560 lits pour les soins de longue durée, soit une augmentation d'environ 2 % de la capacité. Cet accroissement de la capacité visait à appuyer la prévention et le traitement de la COVID-19 : • en disposant de davantage de chambres à un lit pour isoler les résidents infectés dans les foyers de soins de longue durée; • et en offrant la possibilité de transférer les patients hospitalisés admissibles dans un foyer de soins de longue durée afin d'atténuer les pressions au niveau des hôpitaux.	21,8	4,5
Prévention et confinement	Vise à couvrir les coûts de fonctionnement immédiats et exceptionnels associés au dépistage de la COVID-19 ainsi qu'aux besoins connexes au chapitre du personnel et de l'équipement, dans 613 foyers de soins de longue durée, ce qui inclut les éléments suivants : • le dépistage de la COVID-19 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 auprès des membres du personnel et des visiteurs afin d'empêcher toute personne malade d'entrer dans le foyer de soins de longue durée; • le dépistage régulier auprès des résidents, afin de contenir les nouvelles infections; • l'affectation de personnel supplémentaire sur tous les quarts pour remplacer les employés malades; • le coût des fournitures liées aux soins infirmiers, aux soins personnels, à l'entretien ménager et à la buanderie.	138,3	125,1
Prime liée à la pandémie	Vise à fournir aux travailleurs de première ligne admissibles – personnel infirmier, préposés aux bénéficiaires et personnel de soutien dans des services comme la diététique et l'entretien ménager – une augmentation salariale de 4 $ l'heure du 24 avril au 13 août 2020, plus 250 $ par mois, à concurrence de 1 000 $, pour travailler au moins 100 heures par mois. La prime liée à la pandémie accordée aux travailleurs des foyers de soins de longue durée s'inscrivait dans le cadre de l'initiative globale de prime liée à la pandémie, qui englobait les travailleurs de première ligne des foyers de retraite, des soins à domicile et communautaires et des services sociaux, les établissements de soins communautaires et les hôpitaux, de même que les travailleurs des services ambulanciers (ambulanciers paramédicaux), des services de santé mentale et de toxicomanie, et des services correctionnels.	346,6	321,2
Couverture du coût des paiements différés aux résidents	A pour but d'indemniser les foyers de soins de longue durée pour le report de six mois – du 1er juillet 2020 au 1er janvier 2021 — de la hausse prévue de 1,9 % des quotes-parts des résidents. Ce report de six mois visait à offrir un répit financier temporaire aux résidents des foyers de soins de longue durée et à leurs familles, durant une période où ils étaient susceptibles d'éprouver des difficultés financières en raison de la pandémie de COVID-19.	20,0	20,0
Total		**526,7**	**470,8**

* Les montants dépensés au 31 décembre 2020 ne sont pas audités.

de 540 millions de dollars, 405 millions devaient servir à soutenir les opérations, y compris la dotation en personnel et les fournitures, et un approvisionnement en équipement de protection individuelle sur une période allant jusqu'à 8 semaines. Les fonds devaient être dépensés entre octobre 2020 et mars 2021.

Soutien opérationnel aux foyers de soins de longue durée dans la première vague de la COVID-19

Le 22 avril 2020, la province a demandé aux Forces armées canadiennes d'aider 5 foyers de soins de longue durée aux prises avec des éclosions de COVID-19 – Altamont Care Community (Scarborough), Eatonville Care Centre (Etobicoke), Hawthorne Woods Care Community (Brampton), Holland Christian Homes (Brampton) et Orchard Villa (Pickering). En juin 2020, la province a demandé aux Forces armées canadiennes de venir en aide à deux autres foyers de soins de longue durée : le foyer Downsview à Toronto et Woodbridge Vista Care Community à Vaughan. Dans le cadre de l'opération LASER, qui s'est déroulée d'avril à juillet 2020, les Forces armées canadiennes ont déployé des équipes composées de personnel infirmier, de techniciens médicaux et de personnel supplémentaire pour fournir du soutien en personnel, aider à la prévention et au contrôle des infections ainsi qu'à d'autres tâches, comme le nettoyage et la préparation des aliments. Les Forces armées canadiennes ont remis leur rapport provisoire sur les cinq premiers foyers le 26 mai et leur rapport d'étape final sur les sept foyers le 14 août. L'**annexe 8** présente un résumé des observations dans le rapport des Forces armées canadiennes et les sections correspondantes du présent rapport où nous discutons des enjeux.

Le 12 mai 2020, la province a émis un décret d'urgence qui donnait au Ministère le pouvoir de remplacer temporairement la direction des foyers de soins de longue durée qui luttent pour contenir les éclosions de COVID-19. Le 25 mai, le Ministère a nommé deux hôpitaux pour prendre en charge deux foyers de soins de longue durée pendant 90 jours. Le 27 mai, le Ministère a annoncé qu'il nommerait des hôpitaux pour gérer temporairement cinq autres foyers de soins de longue durée à Brampton, Etobicoke, North York, Pickering et Scarborough. Selon les Forces armées canadiennes, quatre de ces cinq foyers ne respectaient pas les politiques de prévention et de contrôle des infections ou n'avaient pas adopté de telles politiques et la formation de son personnel laissait à désirer. En outre, les foyers présentaient des pénuries de fournitures médicales et des lacunes dans les installations et soulevaient des préoccupations concernant les normes de soins.

De juin 2020 à juillet 2020, le Ministère a nommé des hôpitaux pour gérer temporairement quatre autres foyers de soins de longue durée à Kitchener, Scarborough, Vaughan et North York.

2.3.4 Autres enquêtes liées à la COVID-19 menées dans les foyers de soins de longue durée

En juin 2020, l'ombudsman des patients de l'Ontario a annoncé que son bureau envisageait d'enquêter sur la crise de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée. Elle a publié en octobre 2020 son rapport comportant des recommandations préliminaires sur les niveaux de dotation, les restrictions imposées aux visiteurs, les procédures de prévention et de contrôle des infections et la communication de l'information. Voir l'**annexe 8** pour obtenir un résumé des questions abordées dans le rapport préliminaire de l'ombudsman des patients et les sections correspondantes du présent rapport où nous discutons des enjeux.

L'ombudsman des patients, bureau relevant du ministère de la Santé qui a été constitué sous le régime de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, reçoit et examine les plaintes concernant les services de santé, y compris ceux qui sont fournis dans les foyers de soins de longue durée. De 2016-2017 à 2019-2020 – la période la plus

récente pour laquelle des données sont disponibles – l'ombudsman des patients a reçu en moyenne 228 plaintes par année concernant les foyers de soins de longue durée. La plupart de celles-ci (22 %) ont trait à la qualité des soins fournis aux résidents.

En vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, la province a mis sur pied le 29 juillet 2020, la commission d'enquête indépendante chargée d'enquêter sur la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée et la façon dont les résidents, le personnel et les familles ont été touchés. Elle s'est également penchée sur l'efficacité des mesures prises par les parties, dont la province et les foyers de soins de longue durée, pour prévenir et contenir la propagation et isoler les malades. La commission, formée de trois membres et dirigée par le juge en chef adjoint Frank Marrocco, a commencé à entendre les témoignages d'intervenants le 2 septembre 2020. Elle a publié une liste de recommandations provisoires le 23 octobre et le 4 décembre 2020 et devrait remettre son rapport définitif au plus tard le 30 avril 2021.

3.0 Objectif et étendue de l'audit

3.1 Ce qui motive le Bureau à publier ce rapport

Au cours des 12 dernières années, le Bureau a audité divers aspects du secteur des soins de longue durée. Notre audit de la prévention et du contrôle des infections dans les foyers de soins de longue durée en 2009, du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée en 2015 et, plus récemment, de l'alimentation et de la nutrition dans les foyers de soins de longue durée en 2019 a révélé des problèmes liés au manque d'expertise en prévention et contrôle des infections (PCI) et aux mesures de PCI inefficaces dans les foyers de soins de longue durée, au manque d'espace pour permettre le regroupement approprié en cohorte de résidents infectieux et à la surveillance inadéquate des foyers par le Ministère.

Au cours du suivi continu en 2020 de notre audit de 2015 portant sur le Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée, la pandémie de COVID-19 a eu des répercussions en Ontario et s'est révélée dévastatrice pour les résidents et le personnel de certains foyers de soins de longue durée. Notre objectif en préparant ce rapport était d'élargir le suivi de l'état des recommandations que nous avions formulées dans l'audit de 2015 sur le Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée et d'évaluer si le Ministère, de concert avec les foyers de soins de longue durée et d'autres partenaires de ce secteur, avait mis en place des systèmes et des procédures efficaces pour :

- faire en sorte que les inspections des foyers de soins de longue durée cernent de façon proactive les risques et les problèmes et règlent les cas de non-conformité aux lois, aux règlements et aux politiques;
- réagir rapidement aux répercussions de la pandémie dans le secteur des soins de longue durée, conformément aux lois et aux règlements applicables ainsi qu'aux pratiques exemplaires;
- dégager et mettre en œuvre les leçons afin d'orienter sa réponse aux éclosions de maladies infectieuses et aux pandémies.

Dans le cadre de notre travail, nous avons défini des critères (voir l'**annexe 9**) pour atteindre notre objectif. Ces critères reposent notamment sur un examen des lois, des politiques et des procédures applicables, des études internes et externes ainsi que sur des pratiques exemplaires. Les hauts fonctionnaires du Ministère ont examiné notre objectif et les critères connexes et ont reconnu leur pertinence.

Autres chapitres spéciaux sur la préparation et la gestion de la COVID-19

Ce rapport s'inscrit dans une série de chapitres spéciaux sur la préparation et la gestion de la COVID-19 de notre Bureau. L'objectif de la préparation de ces chapitres consiste à informer la population ontarienne des leçons apprises et à recommander des mesures pour mieux préparer l'Ontario si un autre événement du genre devait se produire. Voir la **figure 1** qui indique les autres chapitres.

Notre prochain rapport spécial portera sur les problèmes liés à l'équipement de protection individuelle (EPI) dans les foyers de soins de longue durée.

3.2 Travaux effectués

Nous avons effectué nos travaux de la mi-juin 2020 à mars 2021. Nous avons obtenu une déclaration écrite des hauts fonctionnaires du Ministère selon laquelle, le 26 avril 2021, ils nous avaient fourni toute l'information dont ils disposaient et qui pourrait avoir une incidence importante sur les constatations ou la conclusion de ce rapport.

Pour mieux comprendre le secteur des soins de longue durée et le rôle et les activités de surveillance du Ministère, nous avons :

- passé en revue les lois, règlements, politiques et autres documents et rapports pertinents;
- rencontré la haute direction et le personnel du Ministère et interviewé un échantillon d'inspecteurs de la Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du Ministère;
- analysé les données sur les finances, les foyers de soins de longue durée, les résidents et les inspections du Ministère de janvier 2015 à septembre 2020;
- examiné les rapports antérieurs pertinents de notre Bureau et l'état de la mise en œuvre par le Ministère des recommandations formulées dans ces rapports, y compris notre audit de 2015 des réseaux locaux d'intégration des services de santé;
- passé en revue de l'information et des rapports, comme ceux de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), de la Société royale du Canada, de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, du *Canadian Medical Association Journal* et du *Journal of the American Medical Association*.

Notre travail, qui vise à comprendre les répercussions de la COVID-19 sur le secteur des soins de longue durée et à évaluer l'intervention de la province à cet égard, s'est concentré sur la vague initiale de la pandémie jusqu'au 31 août 2020. Voici les travaux que nous avons réalisés :

- une analyse des données sur la COVID-19 du Ministère et de Santé publique Ontario;
- un examen des directives, décrets et communications de la province au secteur des soins de longue durée;
- une demande de renseignements présentée à un échantillon de foyers de soins de longue durée;
- des rencontres des hauts fonctionnaires et du personnel du Ministère, de Santé Ontario et de Santé publique Ontario;
- un sondage auprès de 5 des 34 bureaux de santé publique de la province. Ces cinq bureaux ont enregistré 63 % des cas de COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario entre le 15 janvier 2020 et le 28 février 2021. Il s'agissait de Durham, d'Ottawa, de Peel, de Toronto et de la région de York;
- une rencontre des experts en gériatrie et en maladies infectieuses ainsi que des représentants de divers groupes d'intervenants (**annexe 10**);
- une rencontre du coroner en chef de l'Ontario, que la province avait nommé coordonnateur de l'intervention provinciale en cas d'éclosion;
- l'examen de la documentation fournie par le Ministère à la Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée et des témoignages de diverses personnes et de divers groupes d'intervenants à la Commission du 2 septembre 2020 au 10 mars 2021.

Nous avons également effectué des recherches sur l'information relative à la COVID-19 et sur la réaction d'autres provinces canadiennes afin de comprendre l'incidence de la pandémie et les mesures qui ont été mises en œuvre pour la gérer dans le secteur des soins de longue durée dans ces administrations. Notre recherche visait également à cerner les pratiques exemplaires potentielles.

Nous avons fait appel au Dr David Walker, qui a présidé le Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario et le Comité d'experts sur l'éclosion de la maladie des légionnaires dans la ville de Toronto, à titre de conseiller indépendant pour appuyer notre travail.

L'évaluation du traitement par le Ministère des plaintes individuelles et des rapports d'incidents critiques était exclue de la portée des travaux.

Sources de données

Les données sur les soins de longue durée, y compris les renseignements liés à la COVID-19, sont saisies et déclarées au moyen de divers systèmes (**annexe 11**). À la fin de septembre 2020, le gouvernement a annoncé que l'Ontario était touché par la deuxième vague de la pandémie, dont le nombre moyen de nouveaux cas à l'échelle provinciale s'établissait à 450 par jour. Dans le secteur des soins de longue durée, on comptait en moyenne huit nouveaux cas chez les résidents et quatre chez les membres du personnel par jour ce mois-là. Le 31 décembre 2020, quelque 212 foyers de soins de longue durée étaient aux prises avec une éclosion.

Les statistiques présentées dans le rapport sont fondées sur les renseignements déclarés par les foyers de soins de longue durée au Ministère et ceux compris dans le Système intégré d'information sur la santé publique (maintenant appelé le Système de gestion des cas et des contacts) et les résumés épidémiologiques quotidiens de Santé publique Ontario, ainsi que sur les données publiées pendant nos travaux sur le terrain jusqu'au 31 décembre 2020. Comme pour toute situation d'éclosion en cours, les données sur la COVID-19 sont constamment mises à jour à mesure que le Ministère et les responsables de la santé publique recueillent plus de renseignements. Les données extraites représentent des renseignements connus à un moment donné. Par conséquent, elles peuvent varier selon la date à laquelle les renseignements sous-jacents ont été extraits. D'autres facteurs peuvent également modifier les données, p. ex. le retard dans la déclaration des cas et les changements dans la méthode de collecte des données.

Ce rapport comprend des données statistiques sur le nombre de cas de COVID-19 et de décès, ainsi que sur les mesures mises en place par la province durant la deuxième vague de la COVID-19 jusqu'au 31 décembre 2020 (voir la **section 2.0**).

4.0 Observations détaillées

4.1 Les foyers de soins de longue durée sont mal outillés pour prévenir ou réduire les éclosions de COVID-19 en raison de problèmes de longue date liés aux installations, à la dotation ainsi qu'à la prévention et au contrôle des infections

Notre examen a confirmé que les problèmes de longue date décrits ciaprès n'ont pas été réglés faute de mesures efficaces pendant de nombreuses années, ce qui a nui à la qualité de vie des résidents des foyers. Ces problèmes comprennent les suivants : le fait que jusqu'à quatre résidents partagent une chambre dans des foyers qui ne répondent pas aux normes en vigueur du Ministère, à savoir limiter à deux le nombre d'occupants par chambre; les résidents ne reçoivent pas systématiquement le niveau de soutien nécessaire pour leurs activités quotidiennes à cause du manque de personnel pour fournir des soins; les

résidents risquent de contracter des infections en raison de mesures inadéquates de PCI.

4.1.1 De nombreux résidents partagent une chambre avec jusqu'à trois autres résidents, ce qui n'est pas conforme aux normes d'aménagement énoncées dans le *Guide sur l'aménagement des établissements de soins de longue durée* de 1999 du Ministère

Jusqu'à 257, ou plus de 40 %, des 626 foyers de soins de longue durée de l'Ontario doivent être rénovés pour être conformes aux normes actuelles en matière de chambres, c.-à-d. qu'au plus 2 résidents peuvent partager une chambre. Les permis sont délivrés pour une durée maximale de 30 ans selon l'aménagement des chambres (**figure 6**). Pour que les exploitants de foyers puissent obtenir un permis pour un nouveau foyer ou renouveler un permis pour un foyer existant, la construction ou la rénovation doivent être conformes aux normes d'aménagement actuelles. Le Ministère a publié de nouvelles normes d'aménagement en 1999 dans le *Guide sur l'aménagement des établissements de soins de longue durée*. Toutefois, les exploitants de foyers n'étaient pas tenus de rénover un foyer existant avant l'expiration de leur permis. Par conséquent, l'Ontario compte actuellement de nombreux foyers de soins de longue durée qui sont exploités selon les anciennes normes d'aménagement. Les permis qui visent environ 26 500 lits répartis dans 257 foyers à travers la province expireront en 2025. Le Ministère n'a pu préciser le nombre de places qui devront être réaménagées afin de répondre aux nouvelles normes d'aménagement, selon lesquelles au plus deux résidents peuvent occuper une chambre.

L'analyse des données sur la COVID-19 autodéclarées par les foyers du 19 mars au 31 juillet 2020 a révélé que près des deux tiers de ceux qui ont connu les éclosions les plus importantes durant cette période disposaient surtout de chambres aménagées selon les anciennes normes. Aux fins de notre analyse, nous définissons comme suit le concept d'éclosion grave et d'aménagement ancien :

- Une éclosion grave survient lorsqu'au moins 30 % des résidents d'un foyer ont été infectés au même moment pendant la période visée par l'examen.
- L'aménagement des chambres d'un foyer correspond essentiellement aux anciennes normes lorsque 70 % de ses lits sont classés dans la catégorie C ou D, ce qui signifie qu'ils ont été aménagés et exploités pour accueillir jusqu'à quatre résidents dans la même chambre (**figures 5** et **6**).

L'aménagement plus ancien, qui permet jusqu'à quatre résidents dans la même chambre, a contribué à l'engorgement et à une distance physique insuffisante dans les foyers. Cette situation y augmentait le risque de propagation de la COVID-19. Le Ministère et les RLISS, qui sont responsables du placement des résidents dans les foyers de soins de longue durée, ne savaient pas combien de résidents étaient actuellement logés dans des chambres à trois ou à quatre lits lorsque la pandémie a frappé le secteur des soins de longue durée en mars 2020.

Nous avons également constaté que 15 des 16 foyers, où plus de la moitié des résidents ont contracté la COVID-19 au cours de la période d'examen, soit du 19 mars au 31 août 2020, étaient à but lucratif, dont l'aménagement correspondait aux anciennes normes. Les foyers à but lucratif hébergeaient 53 % des lits dans la province (**figure 3**), mais représentaient 70 % des décès de résidents du 19 mars au 31 août 2020. Plus de la moitié des foyers de soins de longue durée à but lucratif en Ontario comptent surtout des chambres dont l'aménagement est plus ancien. En comparaison, environ 15 % des foyers sans but lucratif et municipaux comportent surtout des chambres selon les anciennes normes.

Selon un article paru en septembre 2020 dans le *Canadian Medical Association Journal*, 63 % des résidents des foyers de soins de longue durée de l'Ontario partageaient une chambre

avec de 1 à 3 autres résidents avant la pandémie de COVID-19. En comparaison, seulement 24 % des résidents des foyers de soins de longue durée en Colombie-Britannique occupaient une chambre partagée avant la COVID-19. L'article indiquait que le 10 septembre 2020, la Colombie-Britannique affichait un taux d'infection des résidents de 1,7 % comparativement à 7,6 % en Ontario.

Le 10 juin 2020, le médecin hygiéniste en chef a émis une directive temporaire pour interdire le placement de nouveaux résidents dans des chambres à trois ou à quatre lits afin de permettre une distance physique suffisante entre eux. La directive temporaire était toujours en vigueur le 31 décembre 2020.

Une étude publiée en novembre 2020 dans le Journal of the American Medical Association a révélé que les résidents des foyers de soins de longue durée de l'Ontario considérés comme « surpeuplés », c.-à-d. où la majorité des résidents occupent des chambres partagées et utilisent des toilettes communes, étaient plus de deux fois plus susceptibles de développer une infection et de mourir de la COVID-19 que ceux des foyers dont les chambres sont principalement à occupant unique. L'étude a porté sur 618 foyers dans lesquels un total de 5 218 résidents a contracté une infection à la COVID-19 et 1 452 en sont morts du 29 mars au 20 mai 2020.

Nous voulions savoir si l'aménagement plus récent des chambres, qui limite le nombre de résidents dans une chambre à seulement deux, a permis de prévenir la propagation de la COVID-19 dans les foyers qui respectaient la directive du 10 juin 2020. Nous avons analysé les données autodéclarées du 19 mars au 31 août 2020 par les foyers et noté que 58 comptaient au moins un cas confirmé de COVID-19 et qu'ils étaient parvenus à maintenir le taux d'infection à moins de 1 % des résidents pendant cette période. Les deux tiers des 58 foyers qui ont pu contenir la propagation de la COVID-19 comportaient surtout des chambres à coucher plus récentes. En effet, environ 70 % des lits de ces foyers étaient classés comme nouveaux lits ou de catégorie A (voir la **figure 6**). En fait, l'étude publiée en novembre 2020 dans le *Journal of the American Medical Association* a révélé, au moyen de simulations, que la conversion des chambres de 4 lits en chambres de 2 lits aurait pu prévenir 998 (19 %) infections à la COVID-19 et 263 (18 %) des décès causés par la COVID-19 dans les 618 foyers de soins de longue durée visés par l'étude.

Les lits supplémentaires prévus ne suffisent pas pour répondre à la demande croissante

Comme le montre la **figure 6**, le tiers des lits de la province sont actuellement classés comme lits C ou D. En d'autres termes, les résidents qui occupent ces lits partagent une chambre avec au plus trois autres résidents. Le risque qu'il y ait des cas de COVID-19 dans des foyers a commencé à diminuer avec l'administration de vaccins à des résidents et des membres du personnel au début de 2021. Toutefois, il subsiste un risque que des éclosions d'autres maladies infectieuses surviennent à l'avenir.

En juillet 2020, la province s'est engagée à ajouter 8 000 lits neufs et 12 000 lits rénovés d'ici 2025. Toutefois, il n'a pas été établi si le plan actuel est suffisant pour répondre à la demande croissante et s'il tient compte de solutions de rechange, comme le recours accru aux services de soins à domicile, aux services d'assistance ou aux maisons de retraite en Ontario. Plus de 37 000 personnes attendaient d'être placées dans un foyer de soins de longue durée le 30 septembre 2020. Par ailleurs, Statistique Canada prévoit que la proportion de la population âgée de 65 ans et plus en Ontario passera de 16,9 % en 2018 à 26,1 % en 2043. Le vieillissement de la population de l'Ontario augmentera donc probablement la demande de soins de longue durée au cours des 25 prochaines années, à moins que d'autres stratégies de soins de longue durée et de soins à domicile ne soient mises en place. Selon les estimations du Conference Board du Canada de 2017, d'ici 2035 – lorsque

la génération du baby-boom (les personnes nées entre 1946 et 1964 environ) aura de 71 à 89 ans – 238 000 Ontariens et Ontariennes auront besoin de soins de longue durée. En 2019, le Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario a estimé que la province devrait ajouter 55 000 nouveaux lits de soins de longue durée d'ici 2033-2034 pour répondre à la demande et que, même avec ces lits supplémentaires, la liste d'attente compterait environ 36 900 personnes.

L'objectif à long terme de la province est d'aménager au total 30 000 nouveaux lits et d'en réaménager 15 000 d'ici 2028. Toutefois, la province s'est engagée, dans le budget de mars 2021, à aménager environ 20 200 nouveaux lits et à en réaménager 15 900. Si l'on tient compte des plus de 26 500 lits dont les permis expireront en 2025, ces engagements se traduiront d'ici 2028 par une augmentation nette de près de 9 600 lits (nombre de lits nouveaux et réaménagés, moins le nombre de lits pour lesquels le permis arrive à échéance). Cela suppose que les permis des 10 600 lits qui arrivent à échéance, mais dont le réaménagement n'a pas encore été financé, ne seront pas renouvelés.

On ne sait donc pas si les exploitants de foyers de soins de longue durée pourront recueillir les fonds nécessaires pour couvrir les coûts de rénovation de leurs installations existantes. Il incombe aux exploitants de financer les coûts de rénovation de leurs foyers afin de respecter les normes d'aménagement actuelles avant l'expiration de leur permis. Les exploitants de foyers ne reçoivent une subvention du Ministère qu'une fois les rénovations terminées. En septembre 2020, le Ministère a révisé la *Politique de financement de l'optimisation des immobilisations dans le secteur des soins de longue durée* afin d'accorder des subventions d'aménagement, variant de 10 % à 17 % du coût total des projets, pour aider à couvrir les coûts initiaux, comme les coûts fonciers et les autres frais de construction. Aux termes de cette politique de financement révisée, le Ministère a approuvé un financement supplémentaire totalisant 761 millions de dollars à 74 foyers pour créer 3 957 lits et rénover 6 796 lits plus anciens.

RECOMMANDATION 1

Pour que tous les foyers de soins de longue durée offrent aux résidents des logements qui répondent aux normes actuelles du ministère des Soins de longue durée et qui sont des endroits où les résidents vivent en sécurité et dans le confort, tel que prévu par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, dans le but de prévenir les éclosions de maladies (comme les infections respiratoires et les infections gastro-intestinales), le Ministère devrait réévaluer son processus d'agrément des foyers de soins de longue durée afin d'exiger des exploitants qu'ils rénovent leurs établissements dans un délai réaliste, mais plus court, pour se conformer aux normes actuelles et aux changements apportés aux normes d'aménagement.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le Ministère reconnaît que la modernisation rapide des foyers est importante afin d'offrir aux résidents un logement sûr et confortable. En septembre 2020, l'appel de demandes du Ministère, qui visait à évaluer l'intérêt pour le réaménagement de foyers existants et la construction de nouveaux foyers, a pris fin. Peu après, soit en novembre 2020 et mars 2021, il a fait un investissement important dans le réaménagement ou la modernisation des places. À ce jour, 2,6 milliards de dollars ont été engagés dans le programme de réaménagement qui prévoit 20 161 nouveaux lits et 15 918 places réaménagées.

Environ 50 % des lits admissibles ont été approuvés aux fins de la modernisation. La progression dans le réaménagement des places sera fonction de la disponibilité d'un financement à l'avenir. Dans le cadre de l'appel

de demandes qui a récemment pris fin, le Ministère a reçu beaucoup plus de demandes de réaménagement que ce que prévoit le financement actuel.

Le Ministère, en collaboration avec le gouvernement fédéral, effectue des investissements immédiats, dans le cadre du Programme d'infrastructure Investir dans le Canada, pour aider les foyers admissibles à procéder à des améliorations en réponse à la pandémie.

De plus, le Ministère évaluera les options futures et les moyens à prendre pour moderniser les installations matérielles afin qu'elles respectent les normes de sécurité et qu'elles procurent un plus grand confort aux résidents.

RECOMMANDATION 2

Afin qu'il y ait suffisamment de lits disponibles pour répondre à la demande croissante en soins de longue durée (en tenant compte des changements apportés à l'avenir aux soins à domicile, aux maisons de retraite et aux services d'assistance), le ministère des Soins de longue durée devrait :

- réévaluer son plan à long terme prévoyant d'ajouter environ 45 000 lits nouveaux ou réaménagés d'ici 2028 (compte tenu du nombre de permis arrivant à échéance) pour déterminer s'il suffira à répondre à la demande future, étant donné l'arriéré actuel sur les listes d'attente et la hausse prévue du nombre de personnes qui auront besoin de soins de longue durée au cours des 25 prochaines années;
- évaluer comment le plan à long terme cadrera avec un plan intégré de soins à domicile et d'autres formes d'hébergement dans les maisons de retraite et les résidences avec services d'assistance;
- revoir chaque année son plan à long terme et le mettre à jour au besoin, en intégrant d'autres options et soutiens potentiels dans la prestation des soins, comme les soins à domicile lorsqu'ils sont possibles.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le Ministère convient qu'il est essentiel de déterminer la meilleure façon de répondre à la demande croissante dans divers milieux de soins, y compris les établissements de soins de longue durée.

Le gouvernement s'est engagé à aménager 30 000 lits en une décennie. En septembre 2020, le Ministère a conclu un appel de demandes visant à évaluer l'intérêt pour le réaménagement de foyers existants et la construction de nouveaux foyers. Peu après, soit en novembre 2020 et mars 2021, il a fait un investissement important pour accroître la capacité. À ce jour, 2,6 milliards de dollars ont été engagés pour le programme d'aménagement qui prévoit 20 161 nouveaux lits et 15 918 places réaménagées. Ces chiffres correspondent à environ deux tiers de l'engagement du Ministère à ajouter de nouveaux lits.

Pour étayer les soutiens offerts à domicile aux personnes inscrites sur la liste d'attente pour les foyers soins de longue durée ou qui y sont admissibles, le Ministère a versé des fonds à 33 collectivités pour leur permettre de mettre en œuvre un programme de services paramédicaux communautaires pour les soins de longue durée. Cette initiative aidera un plus grand nombre d'aînés inscrits sur les listes d'attente à vivre en sécurité plus longtemps dans le confort de leur foyer.

Il faut continuer d'évaluer la demande de soins de longue durée et la meilleure façon d'y répondre, et le Ministère entend poursuivre sa collaboration avec le ministère de la Santé, le ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité et d'autres partenaires pour examiner les possibilités de mieux répondre aux besoins.

4.1.2 Il n'y a pas suffisamment de personnel expérimenté pour fournir le niveau de soins requis aux résidents des foyers de soins de longue durée

Nous avons confirmé que les pénuries de personnel, un autre problème de longue date mis en évidence depuis le rapport de dotation du Ministère en 2008, ont eu une incidence sur la santé et la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée pendant la période de notre analyse. Les niveaux de dotation ne suffisaient pas pour aider les résidents à accomplir les activités de la vie quotidienne comme se laver, utiliser les toilettes, s'habiller et s'alimenter dans la mesure nécessaire pour obtenir des soins complets en temps opportun.

Les groupes d'intervenants et l'étude de dotation menée par le Ministère lui-même en juillet 2020 ont mis en lumière le problème grave de dotation en soins de longue durée qui ne suit pas le rythme de la demande accrue en soins de longue durée et de la complexité croissante des besoins en soins des résidents. Selon l'étude de dotation du Ministère, une offre de main-d'œuvre décroissante, des conditions de travail difficiles (y compris les considérations relatives à la rémunération) et une image publique négative ont contribué aux difficultés de recrutement et de maintien en poste du personnel qualifié. L'étude a révélé que, chaque année, environ 40 % des nouveaux diplômés à titre de préposés aux services de soutien à la personne quittent leur emploi dans l'année suivant l'obtention de leur diplôme. De plus, le Ministère estimait qu'environ 25 % des préposés aux services de soutien à la personne qui ont 2 années ou plus d'expérience quittent la profession chaque année.

Notre analyse de la pénurie de personnel signalée par les foyers au Ministère entre le 19 mars et le 30 juin 2020 a révélé que celle-ci avait atteint un sommet à la fin avril, lorsque 36 foyers – allant d'un petit foyer de 56 lits à un grand foyer de 300 lits – ont signalé une grave pénurie le même jour. Au total, 76 foyers ont indiqué de graves pénuries de personnel pendant cette période. Certains foyers ont signalé des pénuries de mars à juin. La détermination d'une grave pénurie repose sur les éléments suivants : la taille du foyer; le nombre de quarts de travail vacants, surtout dans les rôles clés; si le foyer a épuisé toutes les options; et l'incidence des soins sur les résidents.

Selon l'étude de dotation réalisée par le Ministère en juillet 2020 (dont il est question à la **section 2.1.3**), un foyer de 128 lits a signalé qu'il manquait 10 infirmières et infirmiers autorisés durant une journée de 24 heures. Les pénuries de personnel ont été confirmées lors d'un sondage mené en septembre 2020 par l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO) auprès de ses membres travaillant dans des foyers de soins de longue durée. Cinquante pour cent des répondants ont indiqué que l'effectif a diminué pendant la pandémie. L'AIIO a sondé environ 3 300 des infirmières et infirmiers autorisés travaillant dans des foyers de soins de longue durée. Environ 1 200 infirmières et infirmiers ont commencé à répondre au sondage, et 766 ont répondu à toutes les questions. Plus de 90 % des répondants ont déclaré des pénuries de PSSP au moins à l'occasion ou fréquemment. Plus important encore, 43 % du personnel infirmier a signalé des cas où il n'y avait pas d'infirmière ou d'infirmier autorisé parmi le personnel, ce qui aurait enfreint la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (la Loi) jusqu'à ce que la province modifie son règlement. Le 20 mars 2020, la province a modifié le Règlement 79/10 pris en vertu de la Loi pour prévoir des exceptions à l'exigence réglementaire selon laquelle au moins un membre du personnel infirmier autorisé – qui fait partie du personnel du foyer et plus précisément du personnel infirmier du foyer – est en service et présent dans le foyer en tout temps. La modification permet aux foyers de répondre à cette exigence en ayant un infirmier autorisé qui ne fait pas partie du personnel du foyer ou une infirmière auxiliaire autorisée sous la supervision du directeur des soins infirmiers. Selon le Ministère, ce changement a été apporté pour

tenir compte de la situation où un foyer ne pourrait pas avoir de personnel infirmier autorisé sur place.

Certains intervenants nous ont dit que les pénuries de personnel dans les foyers se sont aggravées lorsque certains membres du personnel ont refusé de se présenter au travail par crainte de contracter la COVID-19, car les foyers ont eu du mal à embaucher du personnel temporaire pour pourvoir les postes vacants. Les intervenants nous ont dit qu'avec moins de personnel pour fournir des soins et aider les résidents, le niveau et la qualité des soins ont diminué considérablement. Les exploitants de foyers qui ont été consultés dans le cadre de l'étude du Ministère sur la dotation ont confirmé cette situation. Ils ont déclaré avoir manqué des bains, ainsi que des soins personnels et d'hygiène, entre autres fonctions de soins de base. Ils ont aussi rapporté que les préposés aux services de soutien à la personne devaient « prendre des raccourcis pour optimiser les heures qu'ils [avaient] à leur disposition », car ils étaient « souvent pressés ». Des intervenants à la Commission d'enquête COVID-19 en soins de longue durée ont également décrit l'incidence de la pénurie de personnel, en citant les exemples suivants :

- une seule infirmière autorisée était en poste pour s'occuper de 99 résidents, ce qui signifiait que l'infirmière pouvait consacrer tout au plus 4 minutes et demie à un résident, en supposant qu'il n'y avait pas d'interruptions d'autres services ni de pauses et que l'infirmière n'effectuait aucun autre travail;
- un seul préposé aux services de soutien à la personne était en devoir pour prendre soin de 30 résidents, ce qui complique la tâche de changer d'ÉPI entre les visites des résidents, d'empêcher les résidents d'errer et d'appliquer les mesures de contrôle des infections;
- il n'y avait que quatre membres du personnel sur un étage où il y en avait d'habitude sept à huit, ce qui signifie que le personnel devait se rendre à plusieurs étages, y compris les unités dont les résidents étaient atteints de la COVID-19 et celles dont les résidents n'étaient pas atteints.

Les résultats de l'inspection par le Ministère de la maison de soins infirmiers Sunnycrest à Whitby le 28 novembre 2020 illustrent les conséquences négatives importantes des pénuries de personnel sur les soins aux résidents. Un inspecteur du Ministère s'est rendu au foyer en réponse à un signalement d'éclosion de COVID-19, considéré comme un incident grave. Les membres du personnel ont dit à l'inspecteur que la dotation se situait à moins de 50 % de son niveau normal. L'examen par l'inspecteur de l'horaire de dotation pour les 28 et 29 novembre a révélé des lacunes dans les 2 jours pour les préposés aux services de soutien à la personne et le personnel infirmier. L'étage où se trouvaient la plupart des résidents atteints de la COVID-19 a été le plus touché par la pénurie. Le personnel infirmier, qui devait administrer des médicaments à 80 résidents, avait jusqu'à 2 heures de retard dans cette tâche, y compris des médicaments comme l'insuline pour lesquels les retards présentent beaucoup de risque. Les membres du personnel ont également dit à l'inspecteur que les pansements et les bandages n'étaient pas effectués en raison de la pénurie de personnel.

L'article du *Canadian Medical Association Journal* publié en septembre 2020 cite des études menées entre juin et août 2020 dans des maisons de soins infirmiers aux États-Unis qui ont montré qu'un faible nombre d'employés et de faibles heures de soins étaient associés à de mauvais résultats pour les résidents, comme des taux plus élevés d'infection à la COVID-19. Par exemple, les maisons de soins de la Californie dont le nombre total de membres du personnel infirmier autorisé est inférieur à la norme minimale recommandée d'un nombre suffisant d'infirmières ou d'infirmiers pour fournir 0,75 heure de soins par résident par jour étaient deux fois plus susceptibles d'être infectées par la COVID-19. À l'inverse, parmi les foyers du Connecticut qui comptent au moins un cas confirmé de COVID-19, chaque augmentation de 20 minutes des soins infirmiers autorisés par résident par jour était associée à une baisse de 22 % de cas

confirmés. Parmi les foyers comptant au moins un décès lié à la COVID-19, chaque augmentation de 20 minutes des soins infirmiers autorisés était associée à une baisse des décès de 26 %.

Bien qu'il n'existe pas d'exigences minimales en matière de dotation en personnel en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (la Loi) au-delà de celles décrites à la **section 2.1.3**, la Loi exige que les foyers aient mis en place un plan de dotation qui prévoit une combinaison de personnel adaptée aux besoins des résidents en matière de soins et de sécurité.

La Loi ne prévoit pas un nombre minimal d'heures de soins directs que doivent fournir le personnel infirmier ou les préposés aux services de soutien à la personne par résident. En 2018, les foyers ont déclaré qu'ils fournissaient en moyenne 3,73 heures ***rémunérées*** de soins par résident par jour, soit 2 heures et 18 minutes par des PSSP, 1 heure et 2 minutes par des IA ou des IAA, et 24 minutes par d'autres professionnels de la santé. Ce nombre est légèrement inférieur à la moyenne de 4 heures recommandée par de nombreux intervenants et dans le rapport de dotation précédent du Ministère daté de 2008. Ce nombre représente une moyenne, ce qui signifie que certains résidents recevaient moins de 3,73 heures de soins directs par jour tandis que d'autres en obtenaient davantage. Compte tenu des différents besoins des résidents, les foyers où certains résidents ont besoin de niveaux de soins importants ne donneraient fort probablement pas assez de temps à ces personnes et offriraient également moins de quatre heures de soins à d'autres résidents.

La composition optimale du personnel, le ratio personnel-résidents ou les heures de soins directs varieraient selon les besoins particuliers des résidents. Néanmoins, l'établissement et l'application de normes relatives aux résidents (compte tenu de leurs besoins particuliers en matière de niveau de soins) permettraient de mieux s'assurer que les résidents reçoivent le niveau minimal de soins et de soutien dont ils ont besoin, conformément aux principes fondamentaux de la Loi. C'est d'autant plus important que, comme le montre la **figure 7**, les besoins des résidents ont augmenté au cours des 10 dernières années.

Notre audit de 2014 sur les soins palliatifs a révélé que l'accès aux services de soins palliatifs n'était pas équitable à l'échelle de la province. Il n'y avait pas d'exigences minimales en matière de formation pour les médecins ou les infirmières et infirmiers qui sont les principaux fournisseurs de soins palliatifs, ce qui pourrait avoir une incidence sur les soins et le confort des patients. Nous avions alors recommandé que les exigences en matière de formation des fournisseurs de soins palliatifs soient incluses dans un cadre stratégique global sur les soins palliatifs pour l'Ontario. Les soins palliatifs sont une considération importante pour les résidents des foyers de soins de longue durée.

En novembre 2020, la province s'est engagée à augmenter les heures de soins directs pour les résidents des établissements de soins de longue durée à une moyenne de quatre heures par jour. L'engagement de quatre heures par résident par jour est fondé sur les heures ***travaillées*** plutôt que sur les heures ***rémunérées*** (qui étaient à la base des 3,73 heures mentionnées au paragraphe précédent). Selon les heures travaillées, la moyenne de 2018 était de 2,75 heures de soins directs fournis par des IA, des IAA et des PSSP par résident. Les heures travaillées sont les heures pendant lesquelles le personnel est présent au foyer et disponible pour le travail. Les heures rémunérées comprennent les vacances, les jours fériés et les avantages sociaux en plus des heures travaillées.

La province s'est engagée à augmenter le financement global des foyers de soins de longue durée de 500 millions de dollars en 2021-2022, de 1 milliard en 2022-2023, de 1,5 milliard en 2023-2024 et de 1,9 milliard en 2024-2025.

L'éducation des préposés aux services de soutien à la personne peut ne pas les préparer suffisamment à l'environnement de travail

L'étude réalisée par le Ministère en juillet 2020 a mis en lumière les écarts entre la formation des PSSP et les conditions de travail dans les foyers de soins de longue durée. Plus précisément, l'étude souligne que « les éducateurs ont tendance à enseigner dans l'environnement idéal », mais que les préposés aux services de soutien à la personne sont confrontés à des conditions de travail plus difficiles que celles auxquelles ils sont préparés par leur formation. Les principales raisons de cet écart résident dans la complexité croissante des besoins des résidents et les pénuries de personnel, qui font souvent en sorte que les préposés aux services de soutien à la personne se voient confier des responsabilités pour lesquelles ils n'ont pas reçu de formation.

Le Règlement 79/10 pris en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* exige que les préposés aux services de soutien à la personne embauchés par les foyers de soins de longue durée aient réussi un programme de préposés aux services de soutien à la personne qui satisfait aux normes établies par le ministère de la Formation et des Collèges et Universités de l'époque et qui comprend au moins 600 heures combinées d'enseignement en classe et d'expérience pratique. Ni le règlement ni les normes (appelées Norme du programme des préposés aux services de soutien à la personne et Norme de formation des préposés aux services de soutien à la personne) ne précisent le nombre minimal d'heures d'expérience pratique requis (sur les 600 heures totales) pour terminer le programme. Les normes n'exigent pas que les étudiants réussissent un examen pour obtenir un certificat de préposé aux services de soutien à la personne.

Les PSSP ne sont pas réglementés en Ontario (ni au Canada). La réglementation de la profession aiderait à protéger la santé et la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée en établissant des normes de pratique et en mettant en place des mécanismes de responsabilisation pour les membres qui ne respectent pas ces normes. Étant donné que les PSSP représentent plus de la moitié du personnel des foyers de soins de longue durée et sont responsables des soins quotidiens directs aux personnes vulnérables ayant des besoins complexes, ces normes de pratique et ces mécanismes de responsabilisation permettraient de s'assurer que les résidents reçoivent des soins appropriés. Dans son étude sur la dotation de juillet 2020, le Ministère a suggéré d'envisager de professionnaliser davantage le rôle des PSSP dans le secteur des soins de longue durée. Les professions réglementées en Ontario comprennent non seulement les infirmières et infirmiers, les diététistes et les pharmaciens, mais aussi d'autres professions comme les forestiers, les arpenteurs-géomètres et les agents immobiliers.

Les personnes peuvent obtenir un certificat de préposé aux services de soutien à la personne d'un collège communautaire, d'un collège privé d'enseignement professionnel ou d'un conseil scolaire. Les établissements d'enseignement individuels déterminent comment leur programme sera offert; les normes n'énumèrent que les résultats d'apprentissage et les objectifs de rendement. Ce sont des compétences que les diplômés du programme doivent pouvoir démontrer. Par exemple, les normes exigent que les diplômés démontrent de façon fiable leur capacité :

- d'aider les clients tout au long de leur vie à accomplir les activités courantes de la vie quotidienne;
- d'aider les clients à prendre des médicaments conformément à l'orientation du plan de soins et à la surveillance d'un professionnel de la santé réglementé;
- de fournir des soins axés sur la clientèle et orientés vers celle-ci qui sont fondés sur des principes éthiques et qui tiennent compte des diverses valeurs et croyances et de différents besoins des clients et de leur famille et qui suivent l'orientation du plan de soins à la clientèle;

- d'établir et d'entretenir des relations d'aide avec les clients et leurs familles, en tenant compte d'une communication ouverte, des limites professionnelles, des politiques des employeurs et du respect des lois sur la confidentialité et la protection des renseignements personnels;
- de promouvoir et maintenir un environnement sûr et confortable pour les clients, leur famille, eux-mêmes et les autres, notamment en mettant en œuvre des mesures de prévention et de contrôle des infections et des procédures de premiers soins en cas d'urgence qui sont conformes au plan de soins, aux politiques, aux procédures et aux lois applicables;
- d'utiliser les pratiques exemplaires pour favoriser un comportement positif et sécuritaire chez les clients aux prises avec des troubles cognitifs et des problèmes de santé mentale.

Nous avons examiné les programmes de certificat de préposé aux services de soutien à la personne à temps plein en Ontario offerts par les 24 collèges communautaires et les 15 collèges privés d'enseignement professionnel qui comptaient le plus grand nombre d'inscriptions pour déterminer s'il y avait des différences dans la prestation des programmes de préposé aux services de soutien à la personne. Nous avons remarqué que tous les collèges communautaires offraient des programmes de 2 semestres, qui durent environ 24 à 30 semaines et comprennent de 140 à 438 heures d'expérience pratique. Les programmes offerts dans les collèges privés d'enseignement professionnel durent environ 29 à 52 semaines et totalisent entre 700 et 800 heures. En général, l'expérience pratique représente environ la moitié des heures totales du programme. Les différences dans les programmes de préposé aux services de soutien à la personne peuvent être attribuables, par exemple :

- à la qualité des instructeurs et du matériel didactique;
- à l'emplacement et au type d'expérience pratique (l'expérience pratique peut être acquise lors de stages dans des foyers de soins de longue durée, des hôpitaux ou d'autres milieux communautaires);
- au nombre d'heures d'enseignement reçues dans des domaines précis, comme le traitement de clients ayant des déficiences cognitives ou des problèmes de comportement;
- à la disponibilité de laboratoires pour faciliter les simulations et les démonstrations.

RECOMMANDATION 3

Pour que les foyers de soins de longue durée puissent toujours disposer du niveau global de personnel nécessaire et approprié pour fournir des soins de qualité et de niveau suffisant aux résidents, conformément à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (la Loi), le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) devrait :

Mesures stratégiques

- élaborer et mettre en œuvre une stratégie provinciale de dotation visant à s'attaquer aux causes profondes des pénuries de personnel dans les foyers de soins de longue durée, qui ont été identifiées dans l'étude sur la dotation menée par le Ministère en juillet 2020 et durant la pandémie de COVID-19 (y compris l'examen des moyens de professionnaliser davantage le rôle des PSSP, par exemple en réglementant cette profession);
- après une certaine période de mise en application de la nouvelle norme d'une moyenne provinciale de quatre heures de soins directs dispensés par des IA, des IAA et des PSSP par résident par jour, réexaminer l'efficacité opérationnelle de la norme pour confirmer que les résidents reçoivent les soins nécessaires compte tenu de la complexité croissante de leurs besoins, qui peuvent varier d'une personne à l'autre et d'un foyer à l'autre;
- intégrer dans une stratégie de dotation des cibles et des objectifs précis à court et à long

terme liés aux niveaux de dotation et à la composition du personnel dans les foyers de soins de longue durée (en tenant compte de la formation et de l'expérience nécessaires des employés, y compris la formation et l'expérience en traitement de la démence et en prestation de soins gériatriques et palliatifs);

Mesures opérationnelles

- surveiller régulièrement l'efficacité de sa stratégie par rapport aux cibles et objectifs établis et prendre des mesures correctives lorsque les cibles et objectifs ne sont pas atteints;
- préparer et fournir des lignes directrices pour les foyers concernant la composition du personnel et le niveau de dotation appropriés selon le niveau de soins requis par les résidents d'après l'indice des groupes clients;
- consigner le niveau de soins prévus qui sont requis pour un résident selon son indice des groupes clients dans des règlements qui sont examinés et mis à jour annuellement au besoin, selon le niveau général de soins des résidents des foyers de soins de longue durée;
- exiger que les inspecteurs vérifient chaque année si les foyers ont mis en place des plans de dotation conformément à la Loi, et si ces plans sont raisonnables, en plus de confirmer que les foyers sont gérés conformément à ces plans.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le Ministère mettra en œuvre les orientations énoncées par le gouvernement dans son plan de dotation pour les soins de longue durée publié en décembre 2020. Ce plan a été éclairé par l'étude de dotation de juillet 2020 et par l'expérience de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée.

Le plan et le budget de 2021 du gouvernement réitèrent l'engagement de fournir en moyenne quatre heures de soins directs quotidiens (mesurés en heures travaillées) fournis par des PSSP, des IAA et des IA. Cette augmentation par rapport au niveau de 2018 (2,75 heures travaillées) est une norme plus élevée que celle recommandée dans l'étude de 2008. L'investissement de 4,9 milliards de dollars sur quatre ans appuiera l'atteinte d'objectifs précis d'une année à l'autre et la création des plus de 27 000 nouveaux postes équivalents temps plein qui seront requis. Il favorisera également une augmentation supplémentaire de 20 % du temps consacré aux soins directs par d'autres professionnels de la santé, comme les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux.

Le Ministère élaborera des directives sur les modèles de dotation à l'intention des foyers de soins de longue durée, conformément à l'engagement pris dans le plan de dotation. Ces modèles peuvent inclure des ratios employés-résidents ou établir un lien entre l'exigence de surveillance continue par une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé et la taille du foyer. Le plan de dotation reconnaît que chaque foyer a besoin d'une certaine souplesse pour élaborer des approches de dotation qui répondent aux besoins particuliers et diversifiés des résidents. Le Ministère s'emploiera à déterminer si l'établissement d'un lien entre les niveaux de soins attendus et les valeurs de l'indice de gestion des cas (IGC) pour les personnes ou les groupes de résidents est un moyen efficace d'offrir des soins accrus et appropriés aux résidents. Cela se fera dans le cadre de l'engagement pris dans le plan de dotation à examiner les composantes du modèle

de financement des soins de longue durée, y compris l'IGC.

Le Ministère évaluera régulièrement les progrès réalisés par rapport aux objectifs à court et à long terme ainsi qu'aux cibles publiques annuelles liées aux soins directs dans le plan de dotation. Il s'est engagé à suivre régulièrement les progrès et à corriger le tir en cours de route si nécessaire.

RECOMMANDATION 4

Pour que les préposés aux services de soutien à la personne nécessaires soient disponibles et qu'ils soient suffisamment formés pour fournir le niveau et la qualité de soins nécessaires aux résidents, conformément à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le ministère des Soins de longue durée devrait :

- travailler avec Santé Ontario, le ministère de la Santé et le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences à l'établissement d'un plan à long terme pour la demande et l'offre de PSSP en Ontario dans le cadre de la stratégie provinciale de dotation pour les soins de longue durée faisant l'objet de la **recommandation 3**;
- surveiller annuellement, revoir et mettre à jour l'information sur la demande et l'offre des préposés aux services de soutien à la personne afin de suivre le plan à long terme;
- travailler avec le ministère des Collèges et Universités à l'évaluation des programmes de formation des PSSP en Ontario et à l'établissement d'un programme standard de formation et d'expérience pratique dans le cadre de sa stratégie de dotation;
- exiger des inspecteurs qu'ils déterminent, dans le cadre des inspections annuelles des foyers de soins de longue durée, si les exploitants s'assurent que les PSSP travaillant dans leurs foyers reçoivent une formation adéquate sur les normes en vigueur.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le Ministère convient qu'il est essentiel de disposer d'une réserve suffisante de PSSP qualifiés pour atteindre les objectifs du plan de dotation pour les soins de longue durée et améliorer la qualité des soins. En janvier 2021, le Ministère a commencé à travailler avec le ministère de la Santé, le ministère des Collèges et Universités et le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences sur ces questions, y compris l'efficacité des programmes éducatifs actuels et annoncés.

Conformément au plan de dotation du gouvernement publié en décembre 2020, on a commencé en janvier 2021 à accélérer et à élargir les parcours d'éducation et de formation afin de préparer et de former les dizaines de milliers de nouveaux employés qui seront nécessaires. Dans un premier temps, le gouvernement a annoncé un investissement de plus de 115 millions de dollars en 2021-2022 pour accélérer la formation de près de 8 200 PSSP par l'entremise des collèges publics.

Dans le cadre de ces travaux, le Ministère collaborera avec ses partenaires pour mettre en place :

- des mécanismes visant à améliorer l'efficacité et la qualité des programmes éducatifs visant à préparer les PSSP à travailler dans des foyers de soins de longue durée;
- des mécanismes permettant de s'assurer que les PSSP travaillant dans les foyers ont reçu une formation appropriée;
- de nouvelles initiatives au besoin.

Le Ministère collaborera avec le ministère de la Santé afin de surveiller et d'évaluer régulièrement l'offre et la demande de PSSP.

4.1.3 L'efficacité des mesures de prévention et de contrôle des infections laissait à désirer dans les foyers avant la pandémie

Notre examen de l'information sur les éclosions de maladies infectieuses non liées à la COVID et des résultats des inspections du Ministère a confirmé la validité des préoccupations soulevées à propos de l'efficacité des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les foyers de soins de longue durée avant la pandémie. Notre examen a aussi constaté que l'inefficacité des mesures de PCI a contribué à l'ampleur de la propagation de la COVID dans les foyers. Comme jusqu'à 257, ou plus de 40 %, des foyers de la province ont des chambres partagées par plus de 2 résidents, il est particulièrement important d'appliquer des mesures de PCI adéquates (voir la **section 4.1.1**).

Notre analyse des renseignements sur les éclosions avant la pandémie a révélé que 96,5 % des foyers ont déclaré une éclosion liée à des infections aiguës des voies respiratoires, comme la grippe, entre janvier 2016 et décembre 2019. Une éclosion se définit comme trois cas qui surviennent dans un délai de 48 heures. Bien que les personnes âgées présentent un risque accru d'infections respiratoires, nous avons noté les tendances inquiétantes suivantes entourant les éclosions signalées par les foyers pendant la période visée par l'examen :

- 43 % des foyers (271) ont déclaré une éclosion chaque année de 2016 à 2019;

Figure 18 : Données chronologiques sur les éclosions d'infections respiratoires aiguës dans les 15 foyers ayant enregistré le nombre le plus élevé de décès parmi leurs résidents, au 31 décembre 2020

Source des données : ministère des Soins de longue durée

			Nombre d'éclosions*				(2016 à 2019)	
	Nom	Ville	2016	2017	2018	2019	Nombre total d'éclosions	Nombre moyen d'éclosions par année
1	Orchard Villa	Pickering	3	7	1	2	13	3,3
2	Camilla Care Community	Mississauga	2	2	2	0	6	1,5
3	Downsview Long-Term Care Centre	North York	0	2	2	0	4	1,0
4	Carlingview Manor	Ottawa	0	0	2	2	4	1,0
5	Altamont Care Community	Scarborough	3	3	3	6	15	3,8
6	Tendercare Living Centre	Scarborough	1	4	5	7	17	4,3
7	Forest Heights	Kitchener	1	3	5	0	9	2,3
8	Hawthorne Place Care Centre	North York	0	1	0	3	4	1,0
9	Extendicare Guildwood	Scarborough	0	3	3	1	7	1,8
10	Isabel and Arthur Meighen Manor	Toronto	0	0	0	0	0	0,0
11	Madonna Care Community	Orléans	0	1	3	2	6	1,5
12	Eatonville Care Centre	Etobicoke	2	1	1	4	8	2,0
13	Communauté de soins de Midland Gardens	Scarborough	5	5	5	2	17	4,3
14	Seven Oaks	Scarborough	2	3	4	7	16	4,0
15	Westside	Etobicoke	2	2	4	5	13	3,3
Total			**21**	**37**	**40**	**41**	**139**	**s.o.**

Remarques : Les 7 foyers qui ont connu entre 10 et 18 éclosions au cours de la période allant de 2016 à 2019 sont surlignés en gris.

* Chaque éclosion peut toucher un ou plusieurs résidents. Le nombre de résidents atteints d'une infection respiratoire aiguë est inconnu.

- 42 % de foyers (264) ont déclaré en moyenne de 2 à 13 éclosions par année de 2016 à 2019;
- 28 % des foyers (176) ont déclaré 10 éclosions ou plus de 2016 à 2019. Sept des 15 foyers, qui comptaient le plus grand nombre de décès de résidents imputables à la COVID le 31 décembre 2020 (**figure 18**), ont signalé de 10 à 18 éclosions entre 2016 et 2019.

Les 20 foyers ayant déclaré le plus grand nombre d'éclosions au cours de cette période en ont signalé en moyenne 6 par année. Midland Gardens Care Community, qui a enregistré 17 éclosions au total de 2016 à 2019, figurait parmi les 20 foyers. Au 4 janvier 2021, 128 patients de ce foyer étaient atteints de la COVID-19. Notre analyse des résultats des données d'inspection du Ministère, pour la période de janvier 2015 à décembre 2019, a révélé qu'au total, 765 cas de non-conformité aux exigences en matière de PCI ont été signalés dans 413 foyers, soit environ les deux tiers. Selon les données des inspections approfondies du Ministère (**figure 19**) – auxquelles il a mis fin à l'automne 2018 –, les cas de non-conformité aux exigences de PCI énoncées dans la Loi se classaient au quatrième rang des violations.

Nous avons également examiné les rapports des inspecteurs de foyers de soins de longue durée pour 2015 et 2019 se rapportant à tous les foyers où au moins la moitié des résidents ont contracté la COVID et où des membres des Forces armées canadiennes ont été temporairement déployés pour fournir un soutien d'urgence. Nous avons constaté que dans les trois quarts de ces foyers : Altamont Care Community, Downsview Long-Term Care Centre, Eatonville Care Centre, Grace Manor, Hawthorne Place Care Centre et Woodbridge Vista Care Community, d'un à six cas de non-conformité aux exigences de PCI énoncées dans la Loi avaient déjà été signalés. Voici quelques exemples de problèmes antérieurs de non-conformité :

- les résidents et le personnel ne respectaient pas les procédures appropriées lorsque des mises en garde contre les contacts étaient affichées sur la porte de la chambre des résidents;
- les résidents laissaient des articles de soins personnels non étiquetés, comme des brosses à dents, des gobelets pour dentiers et des rasoirs jetables, sur le meuble-lavabo dans les toilettes communes;
- le personnel ne respectait pas les règles d'hygiène des mains pendant l'alimentation.

Nous avions soulevé la question du lavage des mains dans les foyers dans notre audit de 2019, à la section « Alimentation et nutrition dans les foyers de soins de longue durée ». Compte tenu de la vulnérabilité des résidents face aux maladies infectieuses, il est essentiel que le personnel se lave fréquemment les mains. Dans les 59 foyers visités au cours de l'audit, nous avons observé que seulement 76 % du personnel et 19 % des résidents appliquaient de bonnes pratiques d'hygiène des mains avant ou après un repas. Encore plus inquiétants étaient les taux variant de 0 % à 35 % dans quatre des cinq foyers individuels où nous avons mené des travaux détaillés. Comme indiqué dans notre rapport, les inspecteurs de la santé publique, qui avaient réalisé les inspections dans les cinq foyers entre janvier 2017 et mars 2019, avaient signalé des problèmes, comme l'absence d'essuie-tout et de savon liquide aux postes de lavage des mains dans la cuisine, les dépôts d'aliments et les salles à manger.

Nous avons examiné la situation dans ces cinq foyers pendant la pandémie de COVID-19 aux fins du présent examen. Un des cinq foyers (Hogarth Riverview Manor à Thunder Bay) n'a signalé aucun cas de COVID-19 parmi ses résidents. Dans les quatre autres foyers :

- le foyer de soins infirmiers Tyndall à Mississauga a enregistré 118 cas de COVID et 34 décès chez les résidents;
- Weston Terrace Care Community de Toronto a enregistré 92 cas de COVID-19 et 34 décès parmi ses résidents;
- Extendicare West End Villa d'Ottawa a enregistré 84 cas de COVID-19 et 18 décès parmi ses résidents;

Figure 19 : Les 10 principales catégories d'exigences législatives non respectées, selon le type d'inspection, du 1er janvier 2015 au 31 août 2020

Source des données : ministère des Soins de longue durée

Rang	Exigences législatives non respectées	Fondement de l'exigence[1]	Nombre d'avis signifiés
Inspection complète			
1	Programme de soins pour chaque résident	Loi (art. 6)	1 595
2	Respect des politiques et dossiers aux termes de la Loi et du Règlement[2]	Règlement (art. 8)	992
3	Soins de la peau et des plaies	Règlement (art. 50)	645
4	Programme de prévention et de contrôle des infections	Règlement (art. 229)	608
5	Administration des médicaments	Règlement (art. 131)	541
6	Entreposage sécuritaire des médicaments	Règlement (art. 129)	526
7	Respect et promotion de la déclaration des droits des résidents	Loi (art. 3)	468
8	Politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents	Loi (art. 20)	456
9	Services d'hébergement	Loi (art. 15)	452
10	Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments	Règlement (art. 135)	410
11	Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas	Loi (art. 24)	410
Inspections à la suite de plaintes relatives au système d'incidents critiques			
1	Programme de soins pour chaque résident	Loi (art. 6)	1 186
2	Respect des politiques et dossiers aux termes de la Loi et du Règlement[2]	Règlement (art. 8)	506
3	Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas	Loi (art. 24)	483
4	Politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents	Loi (art. 20)	466
5	Obligation de protéger les résidents contre les mauvais traitements et la négligence	Loi (art. 19)	458
6	Rapports : incidents graves	Règlement (art. 107)	396
7	Techniques de transfert et de changement de position	Règlement (art. 36)	253
8	Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir	Loi (art. 23)	203
9	Répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs	Règlement (art. 53)	200
10	Administration des médicaments	Règlement (art. 131)	196
Inspections à la suite de plaintes			
1	Programme de soins pour chaque résident	Loi (art. 6)	1 221
2	Respect des politiques et dossiers aux termes de la Loi et du Règlement[2]	Règlement (art. 8)	453
3	Soins de la peau et des plaies	Règlement (art. 50)	274
4	Traitement des plaintes concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer	Règlement (art. 101)	255
5	Administration des médicaments	Règlement (art. 131)	235
6	Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas	Loi (art. 24)	217
7	Respect et promotion de la déclaration des droits des résidents	Loi (art. 3)	192
8	Obligation de protéger les résidents contre les mauvais traitements et la négligence	Loi (art. 19)	189
9	Autorisation d'admission à un foyer (pour un résident éventuel)	Loi (art. 44)	184
10	Exigences générales applicables aux programmes (p. ex. santé, loisirs et programmes sociaux)	Règlement (art. 30)	168

1. Exigences de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (la Loi) et de son Règlement 79/10.
2. Comprend un ensemble de politiques que les foyers de soins de longue durée doivent établir et de dossiers qu'ils doivent conserver. Les politiques requises concernent notamment la promotion de la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence; la réduction au minimum de la contention sur les résidents; les périodes pendant lesquelles les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur doivent être déverrouillées ou verrouillées pour permettre ou empêcher, selon le cas, leur accès non supervisé par les résidents; et l'emplacement de la réserve, la marche à suivre et l'échéancier à respecter pour le réapprovisionnement en médicaments, et l'administration des médicaments.

- Hillsdale Terraces d'Oshawa a enregistré 36 cas de COVID-19 et 13 décès parmi ses résidents.

Aucun des cinq foyers n'a signalé de cas chez son personnel. Les foyers à Mississauga et à Toronto, qui ont affiché le plus grand nombre de cas et de décès, se trouvaient dans les points chauds dans la province, c.-à-d. qui ont été plus gravement touchés que les autres régions par la pandémie.

Selon l'étude des effectifs réalisée par le Ministère en juillet 2020, la propagation rapide de la COVID dans certains foyers donne à penser que les nombreux efforts initiaux visant à prévenir et à contrôler les infections ont été insuffisants. Cette constatation a été corroborée par les évaluations de PCI menées par Santé publique Ontario entre mars et décembre 2020 dans 76 foyers de soins de longue durée. Les évaluations des mesures de PCI effectuées à la demande des foyers ont fait état de 222 lacunes dans leur application, notamment l'utilisation inadéquate de l'EPI, le manque de produits nettoyants et le non-respect des règles d'hygiène des mains.

Des représentants de groupes d'intervenants, comme l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO) et l'Ontario Personal Support Workers Association (OPSWA), nous ont informés que le personnel des foyers de soins de longue durée recevait une formation minimale et non uniforme en PCI. Selon l'OPSWA, la formation en PCI offerte par les foyers de soins de longue durée peut varier de minimale à approfondie selon le foyer.

Cela a été confirmé lors d'un sondage mené en septembre 2020 par l'AIIO auprès de ses membres travaillant dans des foyers de soins de longue durée :

- moins de la moitié (47 %) des répondants ont indiqué que la formation en PCI qu'ils avaient suivie leur permettait pleinement de prévenir et de contrôler les infections dans les foyers;
- seulement 21 % des répondants ont dit avoir reçu une formation en personne, y compris sur la façon d'enfiler et de retirer les blouses, les gants, les masques et les respirateurs;
- 5 % des répondants ont déclaré ne pas avoir reçu de formation en PCI du tout.

En ce qui concerne les programmes et pratiques de PCI dans les foyers de soins de longue durée, environ 9 % des répondants au sondage de l'AIIO ont déclaré que leurs foyers n'avaient pas de programme de PCI en place avant mars 2020, bien qu'il s'agisse d'une exigence prévue par la Loi. L'AIIO a également sondé une soixantaine d'infirmières et d'infirmiers d'autres établissements (hôpitaux et RLISS) qui ont été redéployés dans des foyers de soins de longue durée. Trente-neuf pour cent (39 %) des infirmières et infirmiers redéployés qui ont répondu au sondage de l'AIIO ont indiqué qu'ils n'étaient pas satisfaits des pratiques de PCI dans leurs foyers, et 51 % ont dit avoir été témoins de cas d'inobservation des pratiques exemplaires en matière de PCI.

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a tiré des conclusions similaires à la suite du sondage qu'elle avait envoyé aux 626 foyers de soins de longue durée en novembre 2020. Plus particulièrement :

- seulement 15 % des répondants ont déclaré qu'un membre du personnel se consacrait entièrement au programme de PCI;
- 30 % des répondants ont signalé que les responsables du programme de PCI dans leurs foyers n'avaient pas reçu de formation officielle à ce sujet;
- 9 % des répondants ont précisé qu'un membre du personnel n'était pas chargé de superviser les mesures de PCI dans le foyer, bien qu'il s'agisse d'une exigence prévue par la Loi.

Le Règlement 79/10 afférent à la Loi énonce les exigences relatives au programme de PCI que les foyers doivent respecter. Ils doivent notamment désigner un responsable du programme de PCI et mettre en place un système de surveillance et d'analyse des symptômes d'infection, un système de gestion des éclosions, un programme d'hygiène des mains et un programme d'immunisation contre diverses maladies infectieuses (**annexe 1**). Toutefois, le Règlement ne précise pas le niveau de

formation et d'expérience en PCI que doit posséder le responsable du programme, et le Ministère n'a pas fourni de directives précises à ce sujet. De plus, le Règlement stipule que le programme de PCI doit être conforme aux pratiques en vigueur ou être fondé sur des données probantes, mais le Ministère n'a pas défini clairement la nature de ces pratiques dans une politique, que tous les exploitants de foyers de soins de longue durée seraient tenus de respecter.

Le Règlement 79/10 n'exige pas non plus que les foyers effectuent régulièrement des exercices pour simuler les éclosions de maladies infectieuses et les interventions requises. Les expériences liées à la COVID dans les foyers à Kingston ont souligné l'utilité de tels exercices. En août 2019, avant la pandémie, les foyers à Kingston ont participé à un exercice avec des fournisseurs de soins de santé pour passer en revue les mesures à prendre afin de se préparer à une saison de grippe grave. Le 31 décembre 2020, les 11 foyers à Kingston n'avaient enregistré au total que 7 cas de COVID-19, 5 chez les membres du personnel et 2 chez les résidents.

Comme il est mentionné dans la **section 2.1.3**, 61 % des employés des foyers sont des PSSP qui reçoivent peu ou pas de formation en PCI. Habituellement, les infirmières reçoivent une formation plus intensive en PCI, mais ne représentent que 28 % des effectifs des foyers. Dans son témoignage devant la Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée, le Dr Gary Garber, ancien directeur médical de la prévention et du contrôle des infections à Santé publique Ontario, a expliqué que le manque d'expertise en PCI dans les foyers était attribuable au roulement du personnel. Il a déclaré : [*traduction*] « Il est très difficile de maintenir le niveau d'expertise de base en PCI dans les foyers en raison du roulement excessif. Le personnel peut suivre une formation en hygiène des mains, mais trois mois plus tard, en raison du roulement, il faut repartir à zéro.

RECOMMANDATION 5

Afin de mettre en place les programmes et les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) exigés pour prévenir et limiter les cas et les éclosions de maladies infectieuses dans les foyers de soins de longue durée :

i. le ministère des Soins de longue durée devrait collaborer avec les bureaux locaux de santé publique pour :
   - élaborer et communiquer clairement des directives en matière de PCI qui exposent les exigences précises et détaillées que tous les foyers de soins de longue durée doivent intégrer à leur programme de PCI, notamment le niveau de formation et d'expérience en PCI que doit posséder le responsable désigné du programme ainsi que les exigences relatives à la formation initiale et continue en PCI;
   - rédiger des documents d'orientation à l'appui qui fournissent des ressources supplémentaires aux foyers de soins de longue durée pour les aider à satisfaire aux exigences de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et de son Règlement d'application;
   - établir des exigences de formation obligatoire en PCI pour les membres du personnel des foyers de soins de longue durée, en particulier ceux qui fournissent des soins directs aux résidents, afin de cerner et de combler les lacunes et d'exiger des foyers qu'ils offrent une formation continue en prévision d'un roulement.

ii. le ministère des Soins de longue durée, conjointement avec le ministère de la Santé, devrait :
   - exiger que tous les foyers de soins de longue durée effectuent des exercices annuels, avant la saison de la grippe, qui simulent les éclosions de maladies infectieuses et les interventions requises;

- exiger des bureaux de santé publique qu'ils coordonnent les exercices annuels et y participent avec les foyers de soins de longue durée de leur ressort;
- exiger des bureaux de santé publique qu'ils effectuent au moins une évaluation annuelle du programme de PCI de tous les foyers de soins de longue durée de leur ressort et qu'ils fournissent les résultats de l'évaluation au ministère des Soins de longue durée;

iii. le ministère des Soins de longue durée devrait utiliser les évaluations des programmes de PCI effectuées par les bureaux de santé publique pour orienter son processus d'inspection.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le Ministère convient qu'il doit veiller à ce que les foyers de soins de longue durée mettent en place des pratiques adéquates et efficaces de PCI. Il est essentiel de collaborer avec le ministère de la Santé et les experts en santé publique à l'intégration des pratiques et des protocoles de PCI à tous les aspects des soins de longue durée afin d'obtenir des résultats positifs pour les résidents.

Les réponses qui suivent témoignent de la collaboration avec le ministère de la Santé et le Bureau du médecin hygiéniste en chef, santé publique, pendant l'examen.

En janvier 2021, le ministère des Soins de longue durée a publié un nouveau document d'orientation en matière de PCI à l'intention du secteur qui est conforme aux directives actuelles sur les pratiques exemplaires du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Le document comprend des recommandations sur le niveau de scolarité du personnel de PCI, jusqu'à la certification. Il traite également des composantes recommandées des programmes de PCI fondés sur des données probantes dans les foyers.

De plus, le ministère des Soins de longue durée collabore avec le ministère de la Santé et avec Santé Ontario afin d'établir des carrefours d'expertise en PCI dans les régions sanitaires de l'Ontario. Le financement des carrefours de PCI a été approuvé en 2020-2021. Le Programme des carrefours de PCI a été mis en branle en décembre 2020, et tous les carrefours étaient en place en janvier 2021. La plupart des carrefours sont hébergés dans des hôpitaux dotés d'une expertise avancée en PCI. Les carrefours fournissent une gamme de soutiens aux foyers de soins de longue durée, y compris l'expertise, la diffusion des connaissances et le renforcement des capacités. Les carrefours collaborent avec les bureaux de santé publique et avec Santé Ontario à l'échelle locale.

Santé publique Ontario a été un partenaire clé du soutien aux foyers de soins de longue durée pendant la pandémie, notamment en effectuant des évaluations des mesures de PCI et en élaborant des ressources de formation et d'éducation. Cet organisme a également appuyé la formation des spécialistes en PCI qui ont été déployés dans les foyers.

Le Ministère examinera les éléments de cette recommandation ainsi que toute recommandation connexe de la Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée dans le cadre de sa collaboration continue avec Santé publique Ontario, Santé Ontario et d'autres partenaires afin d'examiner et d'améliorer continuellement les pratiques et protocoles de PCI.

4.2 Le secteur des soins de longue durée est largement déconnecté du reste du système de santé

4.2.1 De nombreux foyers ratent des occasions d'obtenir du personnel et du soutien en PCI des hôpitaux et des bureaux de santé publique

Nous avons confirmé que la plupart des foyers de soins de longue durée n'avaient pas accès à l'expertise ni au soutien en matière de PCI susceptible de sauver des vies au cours des premières phases de la crise de la COVID parce qu'ils étaient largement isolés des autres établissements du secteur de la santé.

Avant la pandémie, la plupart des foyers de soins de longue durée n'avaient pas établi de partenariats officiels avec les bureaux de santé publique et les hôpitaux de leur région, ce qui leur aurait permis de bénéficier de l'expertise en PCI du personnel de ces établissements. Le Dr Gary Garber a confirmé qu'il existe un fossé entre les foyers et les hôpitaux lors de son témoignage devant la Commission d'enquête sur la COVID-19, précisant que jusqu'au printemps 2020, il n'y avait pas de lien réel entre les hôpitaux et les foyers en ce qui concerne les mesures de PCI. Divers groupes d'intervenants ont fait remarquer que, compte tenu du nombre limité de spécialistes en PCI dans les foyers de soins de longue durée, de nombreux foyers n'étaient pas en mesure de gérer les éclosions de COVID-19 sans soutien externe.

Les foyers de soins de longue durée sont supervisés par le ministère des Soins de longue durée. Les hôpitaux sont supervisés par le ministère de la Santé, Santé Ontario et les anciens RLISS, tandis que les bureaux locaux de santé publique, qui sont responsables des interventions en santé publique, relèvent de leur administration municipale respective. Par contre, les foyers de soins de longue durée de la Colombie-Britannique sont supervisés par les autorités sanitaires régionales, qui sont aussi chargées des hôpitaux et des bureaux locaux de santé publique (voir l'**annexe 12**).

Un article paru en septembre 2020 dans le *Canadian Medical Association Journal* (voir la **section 4.4.1**) a souligné les liens solides entre les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les organismes de santé publique de la Colombie-Britannique, ce qui expliquerait les meilleurs résultats obtenus dans cette province pendant la première vague de la COVID-19.

Des rapports ont souligné l'écart d'intégration entre le secteur des soins de longue durée et le reste du système de santé

Dans notre audit des RLISS de 2015, nous avions observé que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'époque n'avait « pas clairement défini ce qui constitue un système de santé pleinement intégré [ni] établi de mécanisme pour évaluer l'efficacité du rendement des RLISS dans leurs rôles de planification, de financement et d'intégration des soins de santé ». Nous avions recommandé que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'époque : 1) établisse des objectifs de rendement propres aux RLISS, et 2) mette en place des indicateurs de rendement pour évaluer la coordination des services de santé. Dans notre suivi de 2017, le Ministère s'était engagé à mettre en œuvre ces recommandations au plus tard en mars 2018.

Lorsqu'en 2018, nous avons fait un suivi de l'engagement du Ministère, nous avions constaté qu'il avait établi des indicateurs de rendement pour évaluer la coordination des services de santé. Au cours de notre suivi, le Ministère nous a cependant fait savoir qu'il ne créerait pas d'objectifs de rendement propres aux RLISS parce qu'il avait établi des objectifs provinciaux pour lesquels tous les RLISS devaient démontrer les améliorations apportées. Nous avions confirmé qu'aucun des indicateurs et objectifs établis ne mentionnait l'intégration des services de santé pour le secteur des soins de longue durée à l'ensemble des services de santé publics offerts en Ontario. Pendant la

période de transition en cours du système des RLISS à un système centralisé de surveillance des soins de santé, il est d'autant plus important pour les responsables de la surveillance d'adhérer à une vision claire et mesurable en ce qui concerne l'intégration des services de santé, de sorte à prendre pleinement compte des besoins des Ontariens en soins de longue durée, maisons de retraite, services d'assistance et soins à domicile et à faciliter l'intégration des relations.

Des rapports récents rédigés par d'autres parties prenantes ont également fait état du fossé entre le secteur des soins de longue durée et le système de santé de l'Ontario. Par exemple, la Note de breffage de juin 2020 du Groupe de travail de la Société royale du Canada sur la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée a souligné l'importance d'intégrer les différents secteurs du système de santé, précisant que ce qui se passe dans un secteur, comme l'éclosion d'une maladie transmissible, peut toucher, et touche en fait, tous les autres secteurs. Selon le rapport *Perfect Storm* publié en décembre 2020 par un comité consultatif d'experts dirigé par le Dr Bob Bell (sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée de juin 2014 à juin 2018) et basé sur les expériences vécues dans les foyers Revera, la COVID-19 a fait ressortir les ruptures entre le secteur des soins de longue durée et l'ensemble du système de santé. Revera, un exploitant canadien à but lucratif de foyers de soins de longue durée et de maisons de retraite, possède 53 foyers en Ontario. Le groupe d'experts a déclaré dans le rapport que les exploitants de foyers doivent s'appuyer sur la contribution et la collaboration des intervenants de l'ensemble du système de santé pour bien fonctionner.

Les partenariats établis par les foyers avec les hôpitaux et les bureaux de santé publique procurent des avantages concrets

Des représentants de certains groupes d'intervenants, comme l'Institut canadien pour la sécurité des patients, nous ont informés que certains foyers ayant une association informelle avec des hôpitaux avaient obtenu le soutien de bureaux locaux de santé publique et avaient été en mesure d'améliorer leurs mesures de PCI. L'efficacité de cette collaboration est illustrée dans l'exemple présenté à la **section 4.1.3** concernant l'exercice de planification en cas d'épidémie de grippe grave, qui a eu lieu en août 2019 dans les foyers de soins de longue durée de Kingston.

De plus, la Division des services aux aînés et des soins de longue durée de la Ville de Toronto a publié, en juin 2020, un rapport sur la réponse à la COVID-19 dans 10 foyers de soins de longue durée exploités par la Ville (c.-à-d. les foyers municipaux). Le rapport soulignait que grâce à leur relation avec le Bureau de santé publique de Toronto, les foyers avaient mis en place des protocoles et des mesures de prévention des éclosions, comme le dépistage actif de la COVID-19, avant qu'ils soient prescrits par la province. Les foyers de la Ville de Toronto ont imposé le port de masques plus d'une semaine avant la province et ont restreint le nombre de visiteurs non essentiels deux semaines avant que la province n'ordonne cette mesure. Avant la pandémie, la Ville de Toronto examinait régulièrement les mesures de PCI dans les 10 foyers qu'elle exploitait. D'ailleurs, pendant la pandémie, chaque foyer a créé une équipe interprofessionnelle pour appuyer la planification des interventions en cas d'éclosion et a désigné un gestionnaire pour travailler avec le Bureau de santé publique de Toronto, Santé Ontario et le Ministère en ce qui concerne la production de statistiques sur les éclosions, les tests en laboratoire, la recherche des contacts, la mortalité, la dotation et les stocks d'EPI.

Nous avons analysé le nombre de cas de COVID-19 dans tous les foyers de soins de longue durée à Toronto, y compris les 10 foyers appartenant à la Ville, 39 foyers à but lucratif et 36 à but non lucratif. Nous avons constaté que le taux maximal d'infection à la COVID-19 dans les 10 foyers municipaux se situait en moyenne à 9 % de leur capacité totale en lits, comparativement à 13 % dans les 36 foyers sans but lucratif et à 15 % dans les 39 foyers à but lucratif. Le taux maximal de

mortalité imputable à la COVID-19 était également inférieur dans les 10 foyers municipaux, s'élevant en moyenne à 3 %, contre 6 % dans les foyers à but non lucratif et 7 % dans les foyers à but lucratif. Notons également que d'autres facteurs ont probablement contribué à ce résultat plus positif pour les foyers municipaux.

Le 8 juillet 2020, seulement 347 (55 %) des 626 foyers de soins de longue durée de l'Ontario avaient établi un partenariat informel (c.-à-d. sans entente officielle ni protocole d'entente) avec un hôpital local. Grâce à ces partenariats, les foyers peuvent avoir accès non seulement à une expertise en PCI, mais aussi à du personnel. Ces ressources auraient été précieuses au cours de la première vague de la pandémie pour les nombreux foyers qui n'avaient pas noué de partenariat. Avant la pandémie, aucun des foyers n'avait établi de partenariat officiel avec un hôpital qui aurait pu l'aider en cas d'urgence.

Par exemple, nous avons constaté que dans le cadre du partenariat conclu entre le Réseau de santé de Scarborough et Altamont Care Community (entré en vigueur le 8 juin 2020) et Extendicare Guildwood (entré en vigueur le 11 juin 2020), les hôpitaux offraient un soutien et un mentorat se rapportant aux mesures de PCI et aux soins cliniques, et les foyers bénéficiaient d'un accès facilité aux services de consultation de spécialistes, y compris en soins palliatifs, gérontopsychiatrie et médecine interne. Du personnel hospitalier s'est notamment rendu au foyer Extendicare Guildwood au plus fort de l'éclosion, alors que près de la moitié de son personnel ne se présentait pas au travail et que le foyer avait du mal à recruter des employés temporaires. Le 11 juin, au début de son entente officielle de partenariat, Extendicare Guildwood affichait le huitième taux en importance de décès de résidents attribuables à la COVID-19 dans la province, soit 47. Les hôpitaux ont par la suite aidé Extendicare Guildwood à dresser un plan de gestion, à mettre en œuvre un programme d'amélioration de la qualité des soins aux résidents, à effectuer une analyse de situation, à formuler des recommandations, à définir des indicateurs de rendement clés et à créer un plan de transition en préparation à la prochaine vague de la pandémie. Pendant la durée de l'entente officielle de partenariat (du 11 juin au 10 septembre) et jusqu'au 31 décembre 2020, un autre résident est décédé en raison de la COVID-19.

La planification des mesures d'urgence dans les foyers de soins de longue durée ne comprenait pas d'interventions en cas de pandémie ou de maladies infectieuses graves

En vertu du Règlement 79/10, les foyers de soins de longue durée sont tenus de mettre en place un plan écrit d'intervention en cas d'éclosion de maladies infectieuses. Cependant, nous avons constaté que la pandémie ne figure pas dans la liste des situations d'urgence du Règlement 79/10, pris en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, pour lesquelles les foyers doivent élaborer un plan d'intervention. La Loi et son règlement d'application exigent que tous les foyers de soins de longue durée disposent de plans d'urgence précisant les mesures à prendre en réponse aux situations d'urgence, comme les incendies, les sinistres dans la collectivité, les alertes à la bombe, les déversements de produits chimiques, et la perte d'un ou de plusieurs services essentiels. Aux termes du Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe, les foyers de soins de longue durée doivent signaler au ministère de la Santé les éclosions d'infections respiratoires et les cas de grippe confirmés en laboratoire. Le Plan n'impose aucune autre exigence aux foyers en cas de pandémie de grippe. Conformément à notre Rapport spécial sur la gestion des situations d'urgence en Ontario – Intervention contre la pandémie, publié en 2020, le Plan provincial d'intervention en cas d'urgence de 2019 du Bureau de gestion des urgences exige que le ministère des Soins de longue durée élabore un plan d'intervention en cas d'urgence liée à la santé et aux maladies humaines. Au moment de la pandémie, aucun plan distinct pour le secteur des soins de longue durée n'était en place.

Les plans d'urgence doivent comprendre des procédures d'évacuation et de réinstallation des résidents au besoin, prévoir des réserves de fournitures et d'équipement nécessaires et désigner des ressources, des organismes communautaires et des établissements partenaires ayant les compétences nécessaires pour participer à une intervention d'urgence. Lors de la première vague de la pandémie de COVID-19, il était clair que de nombreux foyers n'avaient pas désigné d'organismes et de partenaires communautaires qui auraient pu facilement leur prêter main-forte en cas d'éclosion grave, ni établi de relations avec eux. Le personnel des foyers serait mieux en mesure de réagir aux éclosions s'il disposait d'un plan d'urgence clair et systématique qui, par exemple, expose les procédures, prescrit la quantité nécessaire d'EPI et désigne les établissements où réinstaller les résidents atteints de COVID-19 et les organismes partenaires, comme les hôpitaux et les bureaux de santé publique.

Nous avons obtenu des documents de 8 des 10 foyers de soins de longue durée que nous avions contactés, et nous avons constaté qu'ils avaient des plans écrits pour répondre aux éclosions de maladies infectieuses (autres que les pandémies), comme l'exige le Règlement 79/10. Ces plans portaient notamment sur le maintien d'une quantité suffisante d'EPI et sur la collaboration avec des partenaires du système de santé, comme les bureaux de santé publique. Toutefois, ces plans n'étaient pas intégrés à la planification d'urgence des foyers, car cela n'est pas exigé par la loi. L'inclusion des pandémies dans les situations d'urgence et l'intégration des plans d'intervention en cas d'épidémie aux plans d'urgence offriraient une façon plus claire et plus systématique de réagir aux événements tels que la pandémie de COVID-19.

RECOMMANDATION 6

Afin que les foyers de soins de longue durée soient mieux préparés à gérer les répercussions des pandémies et des éclosions de maladies infectieuses à l'avenir, le ministère des Soins de longue durée devrait collaborer avec le ministère de la Santé, Santé Ontario et les réseaux locaux d'intégration des services de santé pour :

- élaborer un plan en cas de pandémie pour l'ensemble du secteur des soins de longue durée, qui décrit clairement les rôles et les responsabilités, les mesures précises à prendre et l'échéancier de ces mesures lorsque survient une pandémie;
- exiger que tous les foyers de soins de longue durée élaborent un plan en cas de pandémie et examinent et mettent à jour régulièrement ce plan dans le cadre de leur planification d'urgence;
- établir des ententes de partenariat officielles entre les foyers de soins de longue durée, les hôpitaux locaux et les bureaux de santé publique, qui comportent des rôles clairs et des dispositions relatives au partage de l'expertise et des ressources dans des situations précises, comme les éclosions de maladies infectieuses et les pandémies;
- mettre à jour le Règlement 79/10 afin d'ajouter la pandémie à la liste des situations d'urgence, pour lesquelles les foyers de soins de longue durée doivent élaborer un plan d'intervention. 4.2.2

RÉPONSE DU MINISTÈRE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le Ministère accepte la recommandation et collaborera avec ses partenaires pour améliorer l'état de préparation des secteurs à gérer pendant une pandémie.

En mars 2021, le Ministère a mis sur pied la Commission consultative sur l'intervention et le rétablissement pour fournir des conseils et des commentaires spécialisés en vue d'élaborer un cadre de rétablissement axé sur l'action pour le secteur des soins de longue durée (SLD). Ce cadre précisera que les foyers de soins de

longue durée font partie du système de soins de santé en général, avec des liens avec les équipes de Santé Ontario, et comprendra des mesures précises pour renforcer la préparation aux situations d'urgence. Les travaux seront également alimentés par toute recommandation pertinente de la Commission des SLD sur la COVID-19.

La planification du rétablissement renfermera un examen des possibilités suivantes :

- officialiser les partenariats entre les foyers de soins de longue durée et les hôpitaux ou autres organismes;
- normaliser les attentes relatives aux plans d'urgence des foyers;
- inclure explicitement la planification en cas de pandémie dans le cadre législatif régissant les SLD.

Les bureaux de santé publique possèdent de l'expertise en PCI, pourtant les inspections de l'application des mesures de PCI dans les foyers sont effectuées par le Ministère

Notre audit a révélé que dans le système de santé actuel de l'Ontario, le Ministère est responsable d'inspecter les foyers pour s'assurer qu'ils appliquent correctement les mesures de PCI, bien que les bureaux de santé publique possèdent l'expertise dans ce domaine.

Le Ministère exerce une surveillance sur l'application des mesures de PCI et a pour mandat d'inspecter ces mesures, mais il n'a pas l'expertise nécessaire pour le faire de façon efficace

La Loi, qui régit l'exploitation des foyers de soins de longue durée, exige qu'ils mettent en place un programme de PCI (voir l'**annexe 1**). Le Ministère est ensuite chargé d'inspecter les foyers pour assurer leur conformité aux exigences de la Loi et du Règlement d'application.

Nous avons constaté que seulement trois employés à la Direction de l'inspection du Ministère ont une expérience en PCI (dont il sera question plus loin dans la présente section). Parmi les 140 inspecteurs actifs le 30 septembre 2020, 74 % étaient des infirmières, 21 % des diététistes, les autres étant principalement des physiothérapeutes. Selon leur profession et les spécialités recherchées durant leur formation, ces inspecteurs ont reçu divers types de formation de l'IAPC, allant d'un niveau de base à un enseignement plus approfondi. Les inspecteurs du Ministère que nous avons rencontrés en entrevue ont affirmé qu'ils n'avaient que des connaissances et une formation limitées en PCI et qu'ils ne savaient donc pas quoi examiner au-delà des quelques exigences énoncées dans la Loi. Plus précisément, le Règlement 79/10 afférent à la Loi exige que les foyers de soins de longue durée disposent d'un plan écrit pour détecter, gérer et contrôler les éclosions de maladies infectieuses ainsi que d'un programme d'hygiène des mains, de dépistage de diverses maladies infectieuses et d'immunisation contre celles-ci. Aux termes du Règlement, chaque foyer doit former une équipe interdisciplinaire pour mettre en œuvre son programme de PCI.

Les inspecteurs du Ministère que nous avons rencontrés en entrevue ont indiqué que la Loi et le Règlement ne renfermaient pas d'exigences suffisamment précises pouvant les aider à vérifier si les foyers avaient mis en place des programmes de PCI efficaces. Ils ont aussi fait savoir que les protocoles d'inspection actuels devaient être améliorés pour qu'ils puissent mieux comprendre ce qu'ils doivent vérifier lorsqu'ils observent l'application des mesures qui devraient être incluses dans le programme de PCI d'un foyer. Les inspecteurs remplissent un certain nombre de listes de contrôle pour évaluer la conformité des foyers aux exigences de la Loi. Toutefois, le Ministère n'a pas fourni d'orientation aux inspecteurs concernant ce qui constitue des « mesures efficaces » ou une pratique exemplaire concernant certains éléments de la liste de contrôle, notamment :

- observer la manipulation des fournitures par le personnel et l'isolement préventif;
- observer comment le personnel applique les mesures de PCI tout en prenant soin des résidents et en les aidant;
- vérifier si le programme de PCI du foyer comprend des mesures pour prévenir la transmission des infections;
- déterminer si le responsable désigné du programme de PCI possède une formation et une expérience appropriées relatives aux maladies infectieuses, au nettoyage et à la désinfection, à la collecte de données et à l'analyse des tendances, aux protocoles de déclaration et à la gestion des éclosions.

Nous avons constaté que la Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du Ministère compte trois inspecteurs spécialisés ayant des antécédents en santé publique et en PCI. Avant 2010, ce rôle fournissait une expertise en PCI lors des inspections annuelles des foyers. Toutefois, au fil du temps, la portée de ce rôle a été réduite, passant des inspections sur le terrain à l'élaboration de politiques et à la prestation de formation. En novembre 2019, le Ministère a mis en œuvre un processus, selon lequel les inspecteurs peuvent demander de l'aide à l'un des inspecteurs spécialisés dans différents domaines, y compris les mesures de PCI. Notre examen des registres du Ministère a révélé qu'entre novembre 2019 et novembre 2020, les inspecteurs avaient présenté seulement 10 demandes d'aide concernant des questions liées à la PCI.

Les bureaux de santé publique possèdent l'expertise en PCI, mais ils n'ont pas reçu le mandat spécifique d'inspecter et de surveiller les foyers de soins de longue durée

Comme mentionné à la **section 2.2.5**, la Loi sur la promotion et la protection de la santé (LPPS) exige que les bureaux de santé publique effectuent des inspections dans le secteur sanitaire de leur ressort afin de prévenir, d'éliminer et de réduire les effets des risques pour la santé. La LPPS exige expressément que les médecins hygiénistes locaux inspectent les dépôts d'aliments et les lieux utilisés ou destinés à être utilisés comme pension de famille ou meublé.

Le Protocole de prévention et de contrôle des infections (Protocole de PCI) du ministère de la Santé, qui énonce les exigences en matière d'inspection visant les bureaux de santé publique, prévoit que chaque bureau inspecte tous les établissements agréés de services de garde et de soins personnels au moins une fois tous les 12 mois. Nous avons toutefois remarqué que le Protocole de PCI n'exige pas que les bureaux procèdent à des inspections régulières des foyers de soins de longue durée pour s'assurer qu'ils respectent les mesures de PCI.

À l'heure actuelle, les bureaux inspectent seulement les foyers de leur propre initiative et lorsqu'ils reçoivent une plainte liée à la PCI concernant un foyer. Bien que le Protocole de gestion des éclosions dans les établissements et le milieu institutionnel du ministère de la Santé (voir l'**annexe 5**) exige que les bureaux de santé publique aident les foyers à préparer leur plan d'intervention en cas d'éclosion et à l'examiner tous les deux ans, cette exigence n'est pas inscrite dans la LPPS qui confère aux bureaux leurs pouvoirs. Toutefois, cette exigence n'est pas expressément mentionnée dans la LPPS et, par conséquent, elle pourrait ne pas être aussi claire qu'elle devrait l'être.

Nous avons sondé les cinq bureaux de santé publique de la province ayant le plus grand nombre de clients : Peel, Toronto, York, Durham et Ottawa, pour comprendre la nature et l'ampleur de leur participation à la surveillance des mesures de PCI dans les foyers de soins de longue durée avant la pandémie. Les cinq bureaux ont signalé divers niveaux de participation :

- Seulement deux bureaux – York et Ottawa – ont déclaré avoir mené des inspections proactives de l'application des mesures de PCI dans les foyers de soins de longue durée avant la pandémie. Notre examen des formulaires utilisés par les deux bureaux pour effectuer les inspections

Figure 20 : Aspects ayant fait l'objet d'inspections par deux des cinq bureaux de santé publique ayant effectué des inspections proactives de foyers de soins de longue durée avant la pandémie de COVID-19

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario à partir de données provenant de diverses sources

Zones inspectées	Ottawa	York
Existence d'un programme de surveillance et de gestion des éclosions	✓	
Exactitude des données de la liste des cas (renseignements détaillés sur les éclosions survenues)		
Disponibilité d'équipement de protection individuelle	✓	✓
Collecte sécuritaire d'échantillons		
Existence d'une politique de vaccination	✓	
Existence de protocoles de nettoyage et de désinfection	✓	✓
Existence de protocoles d'hygiène des mains	✓	✓
Existence d'une politique relative aux visiteurs	✓	✓
Existence de protocoles d'élimination des déchets		✓
Panneaux, affiches et autres indications disponibles pour les résidents, le personnel et les visiteurs	✓	✓
Existence de protocoles en matière de salubrité des aliments		✓

proactives a révélé des différences dans la méthode employée et les sujets traités (voir la **figure 20**). Par exemple, le formulaire d'Ottawa évalue si le foyer a mis en place un programme de surveillance et de gestion des éclosions, contrairement à celui de York. Par ailleurs, le formulaire de York évalue si le foyer a mis en place des protocoles d'élimination des déchets, contrairement à celui d'Ottawa.

- Trois bureaux de santé publique (Peel, York et Ottawa) ont déclaré avoir eu une interaction limitée avec les inspecteurs du ministère des Soins de longue durée. Parmi les exemples de coordination limitée, mentionnons le fait d'informer le Ministère des cas de non-conformité relevés pendant les inspections de santé publique ou de désigner un foyer pour inspection du Ministère. Les deux autres bureaux : Toronto et Durham ont dit qu'ils n'avaient pas coordonné le travail avec des inspecteurs du ministère des Soins de longue durée avant la pandémie.
- Les cinq bureaux ont indiqué avoir mené des activités de sensibilisation dans les foyers avant la pandémie. Par exemple, le Bureau de santé publique de Toronto tient une journée annuelle de sensibilisation dans les foyers de soins de longue durée, au cours de laquelle il fournit de l'information et des ressources relatives aux pratiques exemplaires et aux facteurs à considérer pour maintenir un environnement sain, y compris le contrôle des infections. Les bureaux d'Ottawa et de Peel organisent chaque année une journée de sensibilisation aux éclosions ou aux mesures de PCI pour renseigner sur la gestion des éclosions et fournir une formation en PCI. Lorsque les foyers en font la demande, le bureau de Durham offre des séances de formation en PCI qui portent par exemple sur la façon de rédiger les rapports d'éclosion, le regroupement en cohortes et les analyses d'échantillons en laboratoire.

RECOMMANDATION 7

En vue d'améliorer la surveillance des programmes et des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les foyers de soins de longue durée, le ministère des Soins de longue durée devrait collaborer avec le ministère de la Santé pour examiner et réviser le programme d'inspection du ministère des Soins de longue durée et le Protocole de prévention et de contrôle des infections du

ministère de la Santé afin que, comme suggéré à la **recommandation 5** :

- les bureaux de santé publique soient tenus de coordonner les exercices annuels pertinents mentionnés dans la présente section et d'y participer avec les foyers de soins de longue durée de leur ressort;
- les bureaux de santé publique soient tenus d'effectuer régulièrement des évaluations des programmes et des mesures de PCI de tous les foyers de soins de longue durée de leur ressort et présentent les résultats des évaluations au ministère des Soins de longue durée;
- les inspecteurs du ministère des Soins de longue durée utilisent les évaluations des programmes et des mesures de PCI effectuées par les bureaux de santé publique pour orienter leurs inspections.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le Ministère collaborera avec Santé Ontario, les nouveaux carrefours de PCI et Santé publique Ontario pour assurer la clarté des rôles et des responsabilités à l'égard de la PCI, y compris les processus d'examen et d'évaluation de la PCI. Cela comprendra la confirmation du rôle que les carrefours devront jouer pour soutenir les foyers afin de renforcer davantage la capacité de la PCI et de répondre aux conclusions de l'évaluation.

RECOMMANDATION 8

Pour améliorer la surveillance des programmes et des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les foyers de soins de longue durée, nous recommandons au ministère de la Santé de mettre à jour la *Loi sur la promotion et la protection de la santé* et d'exiger que les bureaux locaux de santé publique aident les foyers de soins de longue durée à préparer et à examiner leur plan d'intervention en cas d'éclosion, ce qui est actuellement prévu dans le Protocole de gestion des éclosions dans les établissements et le milieu institutionnel du ministère de la Santé.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le Ministère appuie le renforcement des partenariats entre les bureaux de santé publique et les foyers de soins de longue durée dans la préparation et l'examen des plans d'intervention en cas d'éclosion.

De concert avec le ministère des Soins de longue durée et des partenaires de la santé publique, le ministère de la Santé mettra en œuvre les leçons tirées de la pandémie pour renforcer le système de santé. Dans le cadre du système de santé et du processus de rétablissement des soins de longue durée, les ministères élaboreront des propositions qui seront soumises à l'examen du gouvernement concernant les exigences structurelles et opérationnelles afin d'améliorer les pratiques de CPI dans le secteur des soins de longue durée, y compris des propositions législatives potentielles liées à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, à ses règlements et aux Normes de santé publique de l'Ontario, ainsi qu'aux mécanismes législatifs et réglementaires du ministère des Soins de longue durée.

En mars 2021, le ministère des Soins de longue durée a mis sur pied le Comité consultatif sur l'intervention et le rétablissement pour fournir des conseils et des commentaires spécialisés en vue de l'élaboration d'un cadre de rétablissement axé sur l'action pour le secteur des SLD. Ce comité fournira des conseils sur les possibilités d'appuyer l'amélioration de la CPI.

4.2.3 La réorganisation du secteur de la santé a soulevé des préoccupations quant à l'intervention opportune de la province en cas d'éclosions dans les foyers de soins de longue durée

Certains des rapports examinés et des intervenants rencontrés en entrevue ont soulevé des préoccupations selon lesquelles la réorganisation du secteur de la santé, qui était en cours au moment de notre audit (voir la **section 2.2.5**), a ralenti la réponse de la province à la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée. La stabilité des structures de direction et de gouvernance facilite la prise de mesures appropriées quand survient une crise.

Le ministère des Soins de longue durée a été séparé du ministère de la Santé en juin 2019, moins d'un an avant la première vague de la pandémie. Le 9 mars 2020, le secrétaire du Conseil des ministres a nommé un nouveau sous-ministre des Soins de longue durée en remplacement du sous-ministre précédent. De plus, en juillet 2020, une nouvelle personne a été nommée au poste de sous-ministre adjoint (SMA) chargé de superviser les activités des foyers de soins de longue durée. Le SMA qui supervisait auparavant le processus d'inspection et les activités des foyers a été réaffecté au poste de SMA responsable des projets d'immobilisations du secteur des soins de longue durée.Bien que ces personnes doivent posséder les compétences administratives nécessaires pour occuper des postes de sous-ministre et de sous-ministre adjoint, l'expérience dans le secteur des soins de longue durée leur aurait permis de comprendre sur le terrain les enjeux et défis critiques de longue date qu'elles devraient relever pendant la pandémie.

Une autre conséquence de la séparation entre le ministère des Soins de longue durée et le ministère de la Santé est que la Table des soins de longue durée (maintenant appelée Table d'action COVID des établissements de soins de longue durée) a été mise sur pied le 14 mars 2020, soit deux semaines après la création de la Table de commandement sanitaire, le 28 février 2020.

RECOMMANDATION 9

Pour mieux éclairer le processus décisionnel du ministère des Soins de longue durée, nous recommandons que le secrétaire du Cabinet inclue dans les critères d'embauche du Ministère que les futurs sous-ministres adjoints et sous-ministres possèdent des connaissances et de l'expérience dans le secteur des soins de longue durée.

RÉPONSE DU SECRÉTAIRE DU CABINET

Les décisions d'embauche des cadres supérieurs de la fonction publique de l'Ontario (FPO) tiennent nécessairement compte d'une grande variété de qualités et de compétences en leadership. Les connaissances et l'expérience sectorielles sont un élément important des critères de sélection des cadres supérieurs, ainsi que d'autres qualités importantes, comme des comportements de leadership novateurs, responsables et collaboratifs qui sont essentiels pour bâtir une fonction publique compétente, diversifiée et efficace.

Les connaissances et l'expérience propres à un secteur continueront de faire partie des critères utilisés pour évaluer les candidats aux postes de cadres supérieurs, mais les décisions de sélection seront toujours prises en tenant compte de toutes les compétences en leadership d'un candidat. À cet égard, nous constatons que les cadres supérieurs sont nommés comme ressource organisationnelle pouvant être déployée stratégiquement, et qu'ils peuvent compter sur leurs équipes ministérielles pour obtenir des connaissances approfondies d'experts en la matière.

RÉPONSE DE LA VÉRIFICATRICE GÉNÉRALE

Le secteur des soins de longue durée bénéficierait du fait que le Ministère dispose de cadres supérieurs possédant une expérience opérationnelle en soins de longue durée.

4.3 Les mesures d'intervention en réponse à la pandémie ont eu des conséquences imprévues sur les résidents et le personnel des foyers de soins de longue durée

En février 2020, la province a mis en œuvre un certain nombre de mesures pour faire face aux répercussions de la COVID-19 et réduire au minimum sa propagation (voir l'**annexe 7**). Ces mesures ont eu des conséquences imprévues sur les résidents et le personnel des foyers, car elles ont contribué au surpeuplement et à la pénurie de personnel. Les mesures qui ont été prises par la suite n'ont pas permis d'atténuer les conséquences négatives des mesures initiales.

4.3.1 Faute d'espace, les foyers n'ont pu isoler convenablement les résidents atteints de COVID-19

L'Ontario Long Term Care Association nous a informés que lorsque la COVID-19 est apparue en Ontario, les foyers n'avaient pas la souplesse voulue ni la capacité en lits pour isoler de manière efficace et sécuritaire les résidents qui manifestaient des symptômes de la COVID ou qui ont contracté la maladie par la suite. Cela s'explique par le fait que les foyers de soins de longue durée ont été conçus pour fonctionner à pleine occupation. Selon les dernières données (mars 2020) du Ministère sur les niveaux d'occupation, les foyers fonctionnaient en moyenne à un taux de 98 % de leur capacité en lits. Au départ, le Ministère n'a pas fourni de conseils précis ni d'aide pour que les foyers puissent isoler les résidents atteints de la COVID afin de prévenir sa propagation en leur sein. Au 31 décembre 2020, le taux d'occupation dans les foyers de soins de longue durée était de 90 %.

Le 30 mars 2020, le médecin hygiéniste en chef (MHC) de l'Ontario a mis à jour la Directive n° 3 afin d'exiger que les foyers regroupent en cohortes les résidents et les membres du personnel afin de prévenir la propagation de la COVID. Le 23 mai 2020, le MHC a ajouté une exigence selon laquelle les foyers devaient se doter d'un plan pour le regroupement en cohortes des résidents en cas d'éclosion de COVID-19 (voir l'**annexe 7**). Les options relatives au regroupement en cohortes comprenaient, par exemple le déplacement des résidents à un autre endroit pour maintenir en tout temps la distance physique de deux mètres; le regroupement des résidents selon leur état lié à la COVID-19; l'utilisation d'autres espaces pour accueillir des résidents, y compris les lits et les chambres de soins de relève et palliatifs. En ce qui concerne le regroupement des membres du personnel en cohortes, les options comprenaient la désignation des membres du personnel qui travailleront dans des secteurs précis du foyer et la désignation de membres du personnel qui travailleront uniquement avec des groupes précis de résidents en fonction de leur état de COVID-19 en cas d'éclosion soupçonnée ou confirmée.

Le 1er avril 2020, le Ministère a publié un document d'orientation qui renfermait des indications limitées sur le regroupement en cohortes, par exemple utiliser d'autres pièces pour isoler les résidents, comme celles réservées aux loisirs. Le 15 avril 2020, le Ministère a fourni des consignes plus détaillées en rapport avec la directive n° 3, notamment traiter tous les membres du personnel et les résidents dans les foyers de soins de longue durée où il était impossible d'assurer la distanciation physique comme s'ils étaient infectés par la COVID-19. Toutefois, les deux versions du document d'orientation n'offraient pas de solutions de rechange à l'extérieur des foyers pour donner suite à la directive sur le regroupement

en cohortes, même lorsque le regroupement était impossible faute d'espace dans un foyer.

Les intervenants consultés ont indiqué que les foyers ne pouvaient pas appliquer efficacement la directive du MHC en raison du manque d'espace. Le maintien de la distance physique s'est révélé encore plus difficile dans les établissements, où les résidents mangent dans des salles communes, par exemple. Les intervenants ont donné les exemples suivants de difficultés et de problèmes liés au regroupement en cohortes :

- supposer, lorsqu'un résident dans un secteur ou une chambre a testé positif à la COVID-19, que les autres résidents du secteur ou de la chambre sont également infectés et leur permettre d'interagir;
- éprouver des difficultés à s'assurer que les résidents s'isolent adéquatement et ne quittent pas leur chambre.

Des intervenants à la Commission d'enquête sur la COVID-19 (voir la **section 2.3.4**) ont donné des témoignages semblables. Voici quelques exemples :

- Le docteur Gary Garber, ancien directeur médical chargé de la prévention et du contrôle de maladies infectieuses à Santé publique Ontario, a témoigné d'un échange téléphonique qu'il a eu avec l'un des foyers de soins de longue durée qui connaissait une éclosion. Lorsqu'on lui a demandé si le foyer a été en mesure de regrouper en cohortes les résidents ayant reçu un résultat positif de la COVID-19 et les isoler des autres résidents, ce dernier a répondu que cela avait été impossible. Selon lui, le foyer a fini par enregistrer un taux d'infection à la COVID-19 de 90 %.
- L'Ontario Health Coalition a relaté un cas dans un foyer de soins de longue durée à Ottawa, où un résident dans une chambre à deux lits a obtenu un résultat positif à la COVID-19. L'autre résident n'a pas été déplacé dans une autre chambre et a contracté la COVID-19.
- L'AIIO a donné en exemple un autre foyer à Ottawa qui a continué à accueillir de nouveaux résidents même après qu'un résident a développé des symptômes de la COVID.

Dans le sondage mené en septembre 2020 par l'AIIO auprès de ses membres, 20 % des répondants ont déclaré que les résidents qui présentaient des symptômes de la COVID n'étaient pas isolés, et 7 % de plus ont indiqué qu'il y avait eu des retards dans l'isolement de ces résidents. Selon 44 % des répondants, l'affectation du personnel n'était pas faite en fonction de l'état lié à la COVID des résidents, c.-à-d. qu'un membre du personnel qui travaillait avec des résidents atteints de la COVID soignait également des résidents qui n'étaient pas infectés. Il ne s'agit pas d'un résultat inattendu étant donné les effectifs des foyers de soins de longue durée.

À la section « Préparation et gestion en cas d'éclosion » du Rapport de 2007, nous avions souligné l'importance de désigner des lieux de quarantaine appropriés pour les personnes infectées n'ayant pas besoin de soins hospitaliers, afin d'alléger le fardeau des hôpitaux au cours de l'éclosion d'une maladie infectieuse. Dans la section « Prévention et contrôle des infections dans les foyers de soins de longue durée » du Rapport de 2009, nous avions recommandé que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à l'époque élabore des directives pour aider les foyers à isoler et à regrouper les résidents qui avaient contracté une maladie infectieuse ou présentaient un risque élevé, en raison de la disponibilité limitée de chambres individuelles. Le Ministère a répondu qu'il prévoyait de réaménager 35 000 places dans les foyers plus anciens au cours de la prochaine décennie afin de les intégrer à des chambres plus grandes comptant au plus deux lits chacune (par rapport aux salles communes à quatre lits dans les foyers plus anciens). De cette façon, « les foyers auront plus de facilité à bien isoler les personnes atteintes de maladies infectieuses ». Entre 2009 et 2019, seulement 3 766 places avaient été réaménagées. Plus de 10 ans plus tard, peu de progrès avaient été réalisés et le problème restait

entier et comportait beaucoup plus de risques et de conséquences pour la sécurité des résidents.

4.3.2 Le transfert de patients nécessitant un autre niveau de soins des hôpitaux vers les foyers de soins de longue durée a contribué au surpeuplement des foyers, alors que différents types d'hébergement n'ont pas été envisagés

Nous avons constaté que le transfert des patients nécessitant un autre niveau de soins (ANS) des hôpitaux vers des foyers de soins de longue durée a contribué au surpeuplement des foyers qui éprouvaient déjà des difficultés causées par la COVID (voir la **section 4.1.1**). Les patients nécessitent un ANS n'ont plus besoin de l'intensité des soins dispensés en milieu hospitalier, mais ils y occupent toujours un lit parce qu'ils n'ont pas d'autre endroit où aller pendant qu'ils attendent de renter à domicile ou d'être transférés dans un centre de réadaptation ou un foyer de soins de longue durée.

Au début de la pandémie, les décideurs craignaient l'encombrement des hôpitaux par suite d'un afflux massif de patients. Bien que cela ne se soit pas produit, les mesures préventives suivantes ont été prises et ont produit les résultats exposés ci-dessous.

- Le 16 mars 2020, le Groupe provincial de commandement pour le secteur de la santé (renommé Groupe de coordination pour le secteur de la santé) a informé les organismes de santé qu'une décision avait été prise afin de maximiser rapidement le nombre de lits de soins actifs disponibles et les placements dans les foyers de soins de longue durée et de réduire le nombre de patients nécessitant un ANS dans les hôpitaux.
- En mars 2020, 761 transferts de patients nécessitant un ANS ont été effectués des hôpitaux vers des foyers de soins de longue durée, soit 50 % de plus que la moyenne mensuelle de 508 transferts en 2019. (Ces chiffres sont fondés sur notre analyse des transferts des hôpitaux vers les foyers de janvier 2019 à août 2020.) Le 30 mars 2020, une fois les transferts terminés, le taux moyen d'occupation des lits de soins actifs dans les hôpitaux s'élevait à 70,9 % (un taux d'occupation de 80 % est considéré comme élevé). Un rapport publié en septembre 2020 par l'Association des hôpitaux de l'Ontario soulignait qu'avant la pandémie, le taux d'occupation des lits de soins actifs dans de nombreux hôpitaux dépassait régulièrement 100 %.
- En avril 2020, 691 transferts ont été effectués, soit 36 % de plus que la moyenne mensuelle de 2019. Le 13 avril 2020, le taux d'occupation des lits de soins actifs en milieu hospitalier se situait à 64 %.

Étant donné que les foyers étaient, en moyenne, à 98 % de leur capacité avant la pandémie, selon les données d'occupation du ministère des Soins de longue durée, les transferts de patients nécessitant un ANS ont accru la pression exercée sur certains foyers, qui avaient déjà du mal à endiguer la propagation de la COVID. Le 15 avril 2020, lorsque le Ministère des soins de longue durée et Santé Ontario ont ordonné aux hôpitaux de suspendre les transferts de patients nécessitant un ANS vers les foyers de soins de longue durée, plus de 933 résidents et 530 membres du personnel avaient déjà contracté la COVID-19 dans 104 foyers différents. Toutefois, le Ministère s'attendait à ce qu'aucun des patients nécessitant un ANS ne soit transféré dans des foyers où il y avait des éclosions actives de la COVID-19 – la Directive n° 3 interdisant l'admission dans des foyers aux prises avec une éclosion.

Le 10 juin 2020, la province a recommencé à autoriser le transfert des patients nécessitant un ANS vers des foyers. La suspension pendant près de deux mois des transferts de résidents nécessitant un ANS dans les foyers de soins de longue durée a entraîné une hausse de ces transferts des hôpitaux vers les foyers en juillet et août 2020. Les transferts de résidents nécessitant un ANS totalisaient 998

en juillet et 829 en août, soit 96 % et 63 % de plus respectivement que la moyenne mensuelle de 2019. Le nombre quotidien de nouveaux cas de COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée était en baisse, passant d'une moyenne de deux résidents et un membre du personnel en juillet et à un résident et un membre du personnel en août 2020. En septembre, le nombre quotidien moyen de nouveaux cas de COVID-19 confirmés dans les foyers de soins de longue durée s'élevait à huit résidents et à quatre employés. En octobre, les chiffres ont augmenté pour atteindre en moyenne 27 résidents et 11 employés par jour. En décembre, cette tendance à la hausse s'est maintenue, avec une moyenne de 81 résidents et 38 employés par jour pour le nombre de nouveaux cas.

Notre recherche a révélé que d'autres provinces et territoires ont trouvé des lieux d'hébergement de rechange pour les patients nécessitant un ANS. Par exemple, en avril 2020 en Saskatchewan, certains hôpitaux ruraux ont été spécifiquement désignés pour accueillir les patients nécessitant un ANS. Au Québec, entre avril et août 2020, environ 200 lits de « transition » ont été créés pour les aînés dans l'Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal, qui avait été fermé auparavant. De ce nombre, 100 lits étaient réservés pour traiter les patients testés positifs à la COVID-19, mais dont l'état était stable. Ces patients n'avaient plus besoin de soins médicaux urgents, mais devaient tout de même être soignés avant de retourner à leur foyer de soins de longue durée. Une autre centaine de lits ont été créés pour des patients non atteints de la COVID, mais qui ne pouvaient pas réintégrer leur foyer.

En mai 2020, l'International Long-Term Care Policy Network – un réseau de chercheurs, de décideurs et d'autres intervenants qui s'emploient à promouvoir l'échange mondial de données probantes et de connaissances sur les soins de longue durée – a publié un rapport sur les politiques et les pratiques internationales visant à prévenir la COVID dans les maisons de santé. Selon le rapport, de nombreux pays avaient pris des mesures pour limiter les transferts directement des hôpitaux vers les maisons de santé pendant la pandémie, recourant parfois à des centres de quarantaine provisoires avant l'admission des patients dans un foyer. Par exemple, les personnes ayant obtenu leur congé d'hôpitaux de l'État de Basse-Saxe en Allemagne ont été transportées dans des centres de réadaptation pour être placées en quarantaine et recevoir des soins de courte durée, avant leur transfert dans un foyer de soins de longue durée.

En Ontario, nous avons trouvé un exemple de placement alternatif pour les patients ANS : Le Centre de soins continus St-Joseph de Sudbury les a transférés à l'hôtel Clarion à partir d'avril 2020.

RECOMMANDATION 10

Afin de réduire au minimum la propagation des maladies infectieuses lorsque les foyers de soins de longue durée sont au maximum de leur capacité, le ministère des Soins de longue durée devrait élaborer un plan en cas de pandémie (voir la **recommandation 6**) pour :

- élaborer une stratégie à respecter en ce qui concerne la capacité en lits des hôpitaux et les placements de patients nécessitant un autre niveau de soins dans les foyers de soins de longue durée;
- collaborer avec le Solliciteur général pour définir et établir des ententes relatives aux lieux d'hébergement de rechange afin de faciliter le regroupement en cohortes approprié;
- dresser des plans d'effectifs d'urgence pour s'assurer que les résidents, qu'ils soient dans des foyers de soins de longue durée ou d'autres lieux d'hébergement, reçoivent des soins adéquats.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le Ministère collaborera avec ses partenaires pour mettre en œuvre des moyens de réduire au minimum ou de protéger les résidents contre

la propagation des maladies infectieuses dans les foyers de soins de longue durée (SLD) dans le cadre de la planification future en cas de pandémie.

En mars 2021, le Ministère a mis sur pied le Comité consultatif sur l'intervention et le rétablissement pour fournir des conseils et des commentaires spécialisés en vue de l'élaboration d'un cadre de rétablissement axé sur l'action pour le secteur des soins de longue durée. Compte tenu des recommandations formulées dans le présent rapport et de toute recommandation pertinente découlant de la Commission sur la COVID-19 dans les soins de longue durée, la planification du rétablissement comprendra :

- la capacité nécessaire pour répondre aux besoins d'isolement dans les foyers conformément aux pratiques rigoureuses de prévention et de contrôle des infections;
- des façons d'améliorer le processus de jumelage des personnes, y compris des patients ayant un niveau de soins alternatif, avec les lits disponibles;
- l'inclusion de mesures d'urgence et de stratégies de décantation dans les plans d'urgence des foyers.

4.3.3 La restriction des visites imposée aux familles a éliminé une source précieuse de fournisseurs de soins et a contribué à la détérioration de la santé mentale et physique des résidents

Le 30 mars 2020, la médecin hygiéniste en chef a émis une directive qui limitait les visites dans les foyers de soins de longue durée aux seuls visiteurs essentiels. Ces visiteurs ont été définis comme étant ceux qui fournissent des services de soutien essentiels, comme la livraison d'aliments, l'inspection, l'entretien et les soins de santé, ou ceux qui rendent visite à un résident très malade ou en soins palliatifs. Cette mesure visait à contrôler les éclosions de COVID-19 en limitant le nombre de personnes qui entraient dans les foyers. La directive a eu comme conséquence négative que les proches des résidents ne pouvaient pas les visiter au cours des mois où elle était en vigueur; elle a été abrogée le 10 juin 2020.

Ce manque de contact a causé une détresse affective aux résidents et à leur famille, qui était souvent accompagnée d'une détérioration de l'état physique des résidents. Le Dr Samir Sinha, directeur des soins gériatriques à l'Hôpital Mount Sinai et au Réseau universitaire de santé de Toronto, a déclaré dans son témoignage à la Commission d'enquête sur la COVID-19, que les restrictions imposées aux visiteurs n'avaient pas permis de concilier les risques d'infection à la COVID et d'isolement social. Divers intervenants qui ont témoigné devant la Commission d'enquête ont donné des exemples des répercussions de l'isolement social sur les résidents.

- Le Dr Sinha a mentionné les taux accrus de malnutrition, de perte d'autonomie fonctionnelle, de problèmes comportementaux et d'administration d'antipsychotiques aux résidents en raison du manque de soins familiaux.
- La Dre Andrea Iaboni, gérontopsychiatre et clinicienne-chercheuse à l'Institut de réadaptation de Toronto, a témoigné que l'isolement des résidents les mettait à risque. Par exemple, après leur isolement, les résidents ont développé des symptômes psychologiques, ils ne parlaient plus, ne quittaient plus leur lit ou n'avaient aucune motivation à vivre.
- L'AIIO a déclaré que les résidents se sentaient déprimés et que l'état des personnes atteintes de démence se détériorait souvent en raison de l'isolement social.
- Les représentants de Revera ont témoigné que l'isolement et le manque de contact avec la famille ont causé le déclin fonctionnel et cognitif des résidents.

Une étude réalisée en novembre 2020 par le Cold Spring Harbor Laboratory (un établissement de recherche et d'enseignement) auprès de tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario

a révélé une augmentation de 1,6 % à la fois des antipsychotiques et des antidépresseurs prescrits aux résidents de mars à septembre 2020, comparativement à janvier et février 2020. Selon les conclusions du sondage du Bureau pour la défense des droits des aînés de la Colombie-Britannique, qui ont été publiées en novembre 2020, entre mars et septembre 2020, il y a eu une augmentation de 7 % des antipsychotiques et de 3 % des antidépresseurs administrés aux résidents qui peinaient à s'adapter en raison de l'absence de contact adéquat avec leurs proches aidants. De plus, la Société Alzheimer du Royaume-Uni a publié les résultats d'un sondage en juin 2020, dans lequel 79 % des 128 maisons de santé ont déclaré que le manque de contact social était à l'origine de la détérioration de la santé et du bien-être des résidents atteints de démence.

Étant donné que les proches aidants, les aidants particuliers payés par la famille et les bénévoles prodiguent souvent des soins aux résidents, notamment en les nourrissant et en les aidant à faire leur toilette, à prendre des bains et à faire de l'exercice, la restriction a mis à rude épreuve les ressources déjà limitées dans certains foyers (voir la **section 4.1.2**).

Selon une étude réalisée en 2015 par Statistique Canada, plus de 20 % des proches aidants qui apportaient un soutien à leurs proches dans un établissement de soins consacraient plus de 10 heures par semaine à leurs soins et des heures supplémentaires lorsqu'ils étaient plus âgés et avaient de graves problèmes de santé comme la démence. Récemment, un rapport publié en juillet 2020 par l'Institut canadien pour la sécurité des patients et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé soulignait que, par le passé, des membres de la famille consacraient 20 heures par semaine aux soins de leurs proches dans les foyers de soins de longue durée. Selon le rapport, ce soutien est essentiel, particulièrement pour les résidents atteints de démence à un stade avancé ou ceux qui ne parlent pas la même langue que leurs fournisseurs de soins rémunérés. La **section 4.1.2** renferme des exemples de l'incidence de la pénurie de personnel.

4.3.4 Les dispositions prises pour remédier à la grave pénurie de personnel causée par l'interdiction de travailler dans plus d'un foyer n'étaient pas suffisantes

Le 14 avril 2020, la province a émis une ordonnance temporaire interdisant au personnel des foyers de soins de longue durée de travailler dans plus d'un foyer – appelée l'ordonnance relative à un seul lieu de travail. À l'instar des dispositions relatives aux visiteurs essentiels de la directive n° 3 (dont il est question à la **section 4.3.3**), l'ordonnance visait à enrayer la propagation de la COVID-19 en limitant le nombre de visiteurs dans les foyers.

Bien que les intentions aient été bonnes, les intervenants ont exprimé des préoccupations parce que l'ordonnance provinciale relative à un seul lieu de travail a aggravé la pénurie de personnel dans le secteur, alors que les exploitants des foyers avaient de la difficulté à embaucher des employés temporaires pour les postes vacants. L'étude sur les effectifs, réalisée par le Ministère en juillet 2020, a fait état de certaines difficultés de recrutement, notamment la peur et l'anxiété du personnel à l'idée de contracter la COVID dans les foyers; les préoccupations quant à l'accès à de l'EPI adéquat; le refus de certaines agences de placement d'affecter du personnel à des foyers particuliers. Le Ministère ne connaît pas les répercussions directes de cette restriction.

Une autre conséquence de l'ordonnance relative à un seul lieu de travail était la perte de salaire possible par le personnel, qui devait quitter un emploi dans d'autres foyers pour se conformer à l'ordonnance. Selon l'étude sur les effectifs du Ministère, près du tiers des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées et un nombre inconnu de préposés aux services de soutien à la personne dans les foyers de soins de longue durée occupaient deux emplois ou plus afin d'arrondir leur revenu. L'incidence réelle de l'ordonnance

variait selon la situation de l'employé. Par exemple, même si certains travailleurs peuvent avoir touché un salaire inférieur en raison d'heures de travail réduites, d'autres peuvent avoir travaillé plus d'heures à l'établissement de leur choix, ce qui aurait diminué l'incidence de l'ordonnance.

À la fin avril, la province a annoncé que les travailleurs de première ligne recevraient une augmentation salariale temporaire de 4 $ l'heure pendant 16 semaines, soit du 24 avril au 13 août 2020, ainsi qu'un paiement forfaitaire mensuel de 250 $ pour ceux travaillant plus de 100 heures au cours de ce mois. Le Ministère a indiqué à l'époque que l'octroi à point nommé de ces soutiens financiers était crucial, surtout pour les travailleurs qui comptaient sur des emplois multiples et qui éprouvaient probablement des difficultés financières après avoir renoncé à un emploi dans d'autres foyers.

Cependant, au 30 juin 2020, 105,7 millions de dollars (30 %) des 346,6 millions approuvés n'avaient toujours pas été versés aux foyers. Qui plus est, le Ministère ne disposait pas d'information sur la proportion de travailleurs admissibles qui n'avaient pas encore reçu leur prime liée à la pandémie, et il ne surveillait pas le moment où l'argent était versé aux travailleurs admissibles. Il a versé les primes aux exploitants des foyers, qui devaient ensuite payer leurs employés. Le **chapitre 4** de *Préparation et gestion en lien avec la COVID-19 : Rapport spécial sur la gestion des dépenses en matière de santé liées à la COVID-19* a révélé que lorsque le Ministère a avancé les fonds aux foyers de soins de longue durée, il n'avait pas cherché à déterminer le montant des primes liées à la pandémie à verser aux travailleurs de première ligne admissibles pour la période visée. Les montants avancés étaient des estimations fondées sur des données historiques tenues par le Ministère. Après le versement des fonds, les exploitants de foyers de soins de longue durée ont fourni un sommaire des primes liées à la pandémie accordées à leurs travailleurs.

Bien que l'interdiction de l'Ontario de travailler dans plus d'un établissement ait été émise le 14 avril, elle n'exigeait pas que les foyers de soins de longue durée se conforment à l'ordonnance avant le 22 avril 2020. L'agent de santé provincial de la Colombie-Britannique a émis une ordonnance interdisant au personnel des foyers de soins de longue durée de travailler dans plus d'un établissement le 26 mars 2020, soit près d'un mois avant l'Ontario. De plus, la Colombie-Britannique a pris des mesures plus rapides pour soutenir le personnel à domicile dont le revenu a baissé en raison de l'ordonnance. Le 10 avril, la Colombie-Britannique a émis un arrêté ministériel exigeant que le gouvernement, les associations de négociation, les syndicats et les employeurs travaillent ensemble afin de protéger les salaires du personnel des foyers de soins de longue durée pour la durée de l'interdiction de travailler dans plus d'un établissement.

RECOMMANDATION 11

Afin que les mesures prises pour enrayer la propagation de la COVID-19 et les éclosions futures de maladies infectieuses dans les foyers de soins de longue durée n'entraînent pas de pénurie importante de personnel ni ne contribuent à la détérioration de l'état de santé mentale et physique des résidents – si les foyers étaient touchés à l'avenir par des éclosions de maladies infectieuses graves –, le ministère des Soins de longue durée devrait élaborer un plan en cas de pandémie (voir la **recommandation 6**) pour :

- identifier et mettre en œuvre les façons dont les proches aidants et les aidants payés par la famille peuvent continuer à prodiguer des soins aux résidents d'un foyer sans mettre en danger la santé et la sécurité des autres résidents;
- déterminer, selon les leçons tirées de l'exécution de l'ordonnance relative à l'interdiction de travailler dans plus d'un

établissement en Ontario et dans d'autres provinces, l'approche la plus efficace pour assurer la sécurité des résidents et du personnel, tout en permettant à ce dernier de travailler le même nombre d'heures qu'avant l'interdiction;
- élaborer des stratégies relatives au personnel d'appoint nécessaire afin de remédier aux problèmes de dotation découlant d'éclosions et de situations d'urgence à l'avenir;
- déterminer si les fonds versés aux foyers de soins de longue durée pour les mesures de dotation ont été utilisés aux fins prévues.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le Ministère collaborera avec ses partenaires à la mise en œuvre de stratégies visant à assurer la mobilisation des familles et des autres fournisseurs de soins, ainsi qu'un effectif suffisant pour fournir des soins efficaces aux résidents, dans le cadre de la planification en cas de pandémie future.

En mars 2021, le Ministère a mis sur pied un comité consultatif sur l'intervention et le rétablissement pour fournir des conseils et des commentaires spécialisés en vue de l'élaboration d'un cadre de rétablissement axé sur l'action pour le secteur des soins de longue durée. La planification du rétablissement comprendra :
- les critères permettant de déterminer s'il y a lieu de modifier les restrictions en matière de dotation, y compris l'interdiction de travailler dans plus d'un foyer;
- les politiques relatives aux visiteurs et aux fournisseurs de soins.

Les foyers de soins de longue durée doivent rendre compte de l'utilisation du financement dans leur rapport annuel. Ils doivent également produire des rapports trimestriels sur les dépenses supplémentaires consacrées aux mesures de prévention et de confinement, y compris la dotation en personnel. Ces rapports servent à éclairer les audits ciblés de l'utilisation du financement, et les fonds non utilisés à des fins admissibles seront recouvrés. Le Ministère envisagera également d'autres mesures appropriées pour accroître la responsabilisation liée à l'utilisation des fonds.

4.4 Les retards, les communications ambiguës et l'absence de mesures d'application par le ministère des Soins de longue durée ont nui à l'efficacité des interventions pour enrayer la COVID-19

4.4.1 La mise en œuvre des mesures visant à enrayer la COVID a initialement été laissée à la discrétion des exploitants des foyers

Dans le **chapitre 2** « Planification et prise de décisions face à l'éclosion » du Rapport spécial sur la préparation et la gestion en lien avec la COVID-19, il est question du retard accusé par la province dans l'application du principe de précaution pendant la première vague de la pandémie. Le principe de précaution stipule que lorsqu'il existe une preuve suffisante d'une menace imminente de préjudice public, des efforts raisonnables doivent être déployés pour atténuer le risque sans attendre une certitude scientifique. Ce principe n'a pas toujours été appliqué rapidement, comme l'atteste le retard de l'obligation imposée aux foyers de soins de longue durée de mettre en place des mesures de confinement.

Notre examen a révélé que les directives initialement communiquées par la province étaient formulées en termes d'orientation, de suggestions ou de recommandations et laissaient en fin de compte les exploitants de foyers décider des mesures à prendre pour protéger leurs résidents âgés, fragiles et malades. Pourtant, la province savait dès mars 2020 que 98 % des personnes décédées des suites de la COVID-19 en Italie étaient des aînés ayant des maladies préexistantes graves.

De plus, deux médecins, qui étaient aux premières lignes de l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère en 2003, ont souligné la vulnérabilité du secteur des soins de longue durée dans les conseils qu'ils ont fournis à la province et qui ont été publiés dans les médias le 14 mars 2020. Ils ont prévenu que la mortalité serait très élevée si des résidents des foyers de soins de longue durée étaient infectés et qu'il était fort probable que la COVID se propage tant chez ces derniers que chez le personnel. Ils ont ajouté que les foyers auraient besoin de soutien pour déterminer les moyens les plus efficaces de prévenir les infections et de traiter les résidents.

La province a émis sa première directive obligatoire le 22 mars. En effet, le médecin hygiéniste en chef a émis une directive visant les foyers de soins de longue durée, selon laquelle ils devaient interdire aux résidents de quitter le foyer pour des absences de courte durée et limiter, dans la mesure du possible [soulignement ajouté], le nombre de foyers dans lesquels les employés travaillaient. Dans son témoignage devant la Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée, l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario a déclaré ce qui suit : [*traduction*] « abstraction faite de la question de savoir pourquoi [cette mesure n'était pas] obligatoire avant le 22 mars, l'utilisation de termes comme «dans la mesure du possible» laisse une grande marge de manœuvre aux employeurs, de sorte qu'ils peuvent ne pas se conformer ».

À la lumière de la rapidité avec laquelle la COVID s'est propagée dans les foyers de soins de longue durée, chaque jour que la mise en œuvre des mesures obligatoires a été retardée a nui aux efforts pour limiter la propagation. Par exemple, il est indiqué au **chapitre 2** « Planification et prise de décisions face à l'éclosion » du Rapport spécial sur la préparation et la gestion en lien avec la COVID-19 qu'un médecin hygiéniste adjoint d'un bureau de santé publique de l'Ontario a envoyé, le 18 mars 2020, un courriel au médecin hygiéniste en chef signalant qu'il était hautement prioritaire que les travailleurs des foyers de soins de longue durée portent des masques en tout temps lorsqu'ils y travaillaient. Le 8 avril, soit trois semaines plus tard, lorsque le médecin hygiéniste en chef a ordonné aux foyers d'exiger que tout le personnel et les visiteurs essentiels portent des masques, Santé publique Ontario avait signalé 498 cas de COVID-19 chez les résidents et 347 cas chez les membres du personnel ainsi que 86 décès de résidents dans les foyers.

Notre examen des interventions dans quelques administrations canadiennes a révélé des différences dans le moment où certaines mesures ont été imposées (**Figure 21**). Bien qu'il ne soit pas le plus lent à avoir imposé des mesures pour endiguer la propagation de la COVID dans les foyers de soins de longue durée, l'Ontario marquait généralement un retard, comparativement à la Colombie-Britannique par

Figure 21 : Calendrier des mesures obligatoires dans certaines administrations canadiennes, mars à juin 2020[1]

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Mesure	ONT.	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	QC
Limiter les visiteurs des foyers aux visiteurs essentiels	**30 mars**	17 mars[2]	20 mars	17 mars	17 mars[3]	14 mars
Exiger que tout le personnel porte des masques dans les foyers	**8 avril**	25 mars	15 avril	28 avril	13 avril	25 mai
Limiter le travail à un seul foyer	**22 avril**	26 mars[2]	23 avril	28 avril	1er mai	s.o.[4]

1. Les dates sont celles de l'entrée en vigueur de la mesure. Certaines mesures sont entrées en vigueur à une date postérieure à celle de l'annonce de la mesure.
2. D'après une lettre du médecin hygiéniste provincial de la Colombie-Britannique envoyée à tous les foyers de soins de longue durée de la province limitant les visites aux visites essentielles, et un ordre donné en vertu de la *Public Health Act* de la Colombie-Britannique par le médecin hygiéniste provincial obligeant le personnel à travailler dans un seul foyer.
3. Les responsables de la santé publique du Manitoba ont recommandé la suspension immédiate des visiteurs dans les foyers de soins de longue durée.
4. Au 30 juin 2020, les responsables de la santé publique du Québec n'avaient pas donné d'ordres pour restreindre les mouvements du personnel entre les foyers.

exemple. Un article paru en septembre 2020 dans le *Canadian Medical Association Journal* (dont il est question dans la **section 4.2.1**) comparait la réponse à la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Il soulignait que pendant la première vague de la pandémie, la Colombie-Britannique était intervenue plus rapidement et de façon plus coordonnée et décisive, et que ses communications étaient plus cohérentes en général.

4.4.2 Les communications ambiguës ont donné lieu à des interprétations divergentes des exigences par les exploitants de foyers

Les groupes d'intervenants que nous avons rencontrés ont dit que le libellé et les consignes de la Directive n° 3, qui contenait la plupart des instructions obligatoires pour les foyers de soins de longue durée (voir l'**annexe 13**), étaient vagues malgré les mises à jour fréquentes. Les foyers ont donc interprété les instructions de façon incohérente. Voici quelques exemples :

- Initialement, la Directive n° 3 qui a imposé des restrictions aux admissions dans les foyers pendant la pandémie n'établissait pas de différence entre les nouvelles admissions et les réadmissions. Par conséquent, dans certains cas, les résidents qui avaient quitté le foyer pour recevoir un traitement médical essentiel n'ont pas pu y retourner.
- Les exploitants et les travailleurs des foyers de soins de longue durée et d'autres intervenants ont interprété différemment les restrictions visant les visiteurs (voir la **section 4.3.3**). Dans un cas extrême, le personnel contractuel, qui est embauché de façon temporaire par l'entremise d'agences de placement pour pourvoir les postes vacants, a été autorisé à travailler dans plus d'un foyer. En comparaison, l'ordonnance de la Colombie-Britannique concernant la limitation des déplacements du personnel des établissements de soins de longue durée s'appliquait également au personnel contractuel.

Les foyers ont également éprouvé des difficultés en raison des messages contradictoires et confus diffusés par les bureaux locaux de santé publique qui portaient sur le regroupement en cohortes, l'admission des résidents dans les hôpitaux et l'utilisation d'EPI. Dans son témoignage devant la Commission d'enquête sur la COVID-19, AdvantAge Ontario, qui représente les fournisseurs sans but lucratif de soins de longue durée, de services et de logements pour les aînés, a souligné une incohérence dans les exigences provinciales. Plus précisément, il a affirmé que selon la politique relative aux visiteurs mise en place par le Ministère, tous les proches aidants et les visiteurs essentiels dans les foyers de soins de longue durée devaient attester avoir obtenu un résultat négatif au test de dépistage de la COVID. Pourtant, la Directive n° 3 émise par le médecin hygiéniste en chef exigeait seulement un contrôle. AdvantAge Ontario a précisé qu'à la fois le Ministère et le médecin hygiéniste en chef ont soutenu que sa directive avait préséance.

Le rapport de juillet 2020 de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, qui portait sur l'incidence de la pandémie dans le secteur des soins de longue durée, présentait les résultats d'entrevues où de nombreux exploitants de foyers ont affirmé que les communications au début de la pandémie portaient souvent à confusion et étaient contradictoires. Par exemple, des exploitants ont signalé l'absence d'orientation concernant l'ordonnance relative à un seul lieu de travail, l'utilisation de l'EPI, les points d'entrée réservés dans les foyers et le regroupement en cohortes de résidents.

RECOMMANDATION 12

Pour que les exploitants de foyers de soins de longue durée appliquent efficacement et rapidement les mesures de contrôle de

la propagation de la COVID-19 et d'autres maladies infectieuses potentielles, le Groupe de coordination pour le secteur de la santé, le médecin hygiéniste en chef et le ministère des Soins de longue durée devraient :

- clarifier dès que possible la portée des exigences et des restrictions, y compris les personnes auxquelles elles s'appliquent, ainsi que les précautions que doivent prendre les exploitants de foyers lorsque les exigences prévoient des exceptions;
- respecter le principe de précaution lorsqu'ils déterminent si les mesures de confinement contre les maladies infectieuses devraient être volontaires ou obligatoires.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Les ministères préciseront rapidement les exigences et les restrictions pour aider les exploitants des foyers de soins de longue durée à prévenir et à contrôler efficacement la propagation de la COVID-19. L'adoption d'une approche préventive a été un facteur clé dans le processus décisionnel de la province durant la pandémie et continuera d'éclairer les interventions dans les soins de longue durée, y compris les mesures de confinement.

4.4.3 Le Ministère et les inspecteurs de la santé publique ne surveillent pas l'application des mesures liées à la COVID-19

Puisque les foyers peuvent ne pas appliquer correctement les mesures et, en fin de compte, être aux prises avec un plus grand nombre d'infections et de décès en raison des messages ambigus et contradictoires communiqués, nous avons demandé au Ministère ce qu'il comptait faire pour s'assurer que les foyers comprennent et respectent systématiquement les diverses directives et ordonnances émises par la province depuis le début de la pandémie. Nous nous demandions particulièrement si des moyens avaient été pris pour aider les foyers à comprendre les différentes mesures de PCI exposées dans les nombreuses mises à jour de la Directive n° 3 et pour les tenir au courant. Le Ministère a répondu que parce que la Directive n° 3 avait été émise en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, les 34 bureaux de santé publique de la province étaient chargés de l'interpréter et d'en assurer la conformité.

Nous avons demandé à quelques bureaux, à savoir Peel, Toronto, York, Durham et Ottawa, comment ils interprétaient leur responsabilité concernant l'application de la Directive n° 3 (voir l'**annexe 12**). Ces cinq bureaux sont les plus importants de la province et sont responsables de la santé de 6,8 millions d'Ontariens au total. Le Bureau de santé publique de Toronto nous a dit qu'il n'effectuait pas d'inspections régulières des foyers de soins de longue durée afin de surveiller la conformité à la Directive n° 3. Il ne croit pas que de telles inspections sont exigées par la Directive ou par son mandat en général. Or, 10 des 15 foyers de soins de longue durée ayant enregistré le plus grand nombre de décès de résidents sont situés à Toronto. Les quatre autres bureaux : Peel, York, Durham et Ottawa estimaient toutefois qu'ils étaient responsables de l'application des directives et ont déclaré avoir pris des mesures en ce sens, comme des visites à l'improviste dans les foyers, une formation supplémentaire en PCI offerte aux foyers et des communications continues avec eux sous forme de notes de service.

Toute confusion entourant les rôles et les responsabilités liés à l'application de la Directive n° 3 pourrait engendrer des lacunes dans la promotion et l'application des principes de PCI dans les foyers. Les bureaux de santé publique ont fait savoir qu'ils avaient besoin de précisions, car les exigences relatives à la surveillance des foyers de soins de longue durée étaient imprécises et fragmentées.

Les exemples de l'insuffisance des mesures de PCI (voir la **section 4.1.3**) et des pratiques inadéquates de regroupement en cohortes (voir la **section 4.3.1**) soulignent l'importance de surveiller et d'appliquer les exigences énoncées dans la Directive n° 3. Dans le sondage mené en septembre 2020 par l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario auprès de ses membres, 27 % seulement des répondants ont déclaré que leurs employeurs (les exploitants de foyers) avaient adopté des politiques et des procédures afin de mettre en œuvre les directives et les ordonnances relatives à la pandémie de COVID-19. Surtout, 22 % des quelque 60 infirmières et infirmiers redéployés dans des foyers de soins de longue durée ont déclaré avoir été témoins de manquements à ces directives et ordonnances gouvernementales.

Les résultats de l'inspection que le Ministère a réalisée le 28 novembre 2020 dans le foyer de soins infirmiers Sunnycrest à Whitby (dont il est question à la **section 4.1.2**) illustrent les importantes conséquences négatives du défaut de se conformer aux directives et aux ordonnances du gouvernement. L'inspection du Ministère a fait suite à un rapport d'incident critique, c.-à-d. que le foyer était aux prises avec une éclosion de COVID. L'inspecteur a conclu que l'exploitant n'avait pas assuré un environnement sécuritaire pour les résidents du foyer, et il a fait les observations suivantes :

- aucun préposé au dépistage portant un EPI complet n'était affecté à l'avant du foyer pour contrôler les personnes qui y entraient;
- lorsqu'un membre du personnel a demandé à l'administrateur du foyer d'amener un résident dans sa chambre située dans l'unité d'isolement, l'administrateur n'a pas respecté les règles d'hygiène des mains ni porté d'EPI;
- un préposé aux services de soutien à la personne est entré dans la chambre d'un résident située dans l'unité d'isolement, puis est sorti dans le couloir sans retirer son EPI pour enfiler un nouvel EPI.

Au moment de l'inspection du 28 novembre, sept résidents et trois membres du personnel étaient atteints de la COVID. Le 4 décembre, 105 résidents et 52 membres du personnel avaient testé positifs à la COVID. Entre le 28 novembre et le 31 décembre 2020, 34 résidents de Sunnycrest sont décédés des suites de la COVID-19, ce qui équivaut au quart des 136 lits de Sunnycrest.

RECOMMANDATION 13

Afin de confirmer que les foyers de soins de longue durée appliquent efficacement les mesures obligatoires pour limiter la propagation de la COVID-19, le ministère des Soins de longue durée et les bureaux de santé publique devraient travailler ensemble à préciser les rôles et les responsabilités et à conclure des partenariats officiels pour mener des inspections dans les foyers afin de vérifier leur conformité à la directive n° 3, qui a été émise en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le Ministère accepte la recommandation. Le Ministère collaborera avec le ministère de la Santé, les bureaux de santé publique et le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences pour répondre aux exigences législatives qui se recoupent et pour clarifier les rôles et les responsabilités en lien avec les inspections de PCI et la conformité à la directive n° 3.

4.5 La surveillance des foyers exercée par le Ministère avant et pendant la pandémie n'a pas permis de remédier aux problèmes répétés de non-conformité

La surveillance qu'exerce le Ministère sur l'exploitation des foyers prend essentiellement la forme d'inspections et de mesures d'application en

vue de remédier aux problèmes de non-conformité, en particulier les cas répétés de non-conformité aux lois, aux règlements, aux politiques et aux procédures. Les inspections visent à permettre au Ministère de relever de façon proactive les risques et les problèmes et à recommander des mesures à prendre pour les réduire et les contrer. Toutefois, notre examen a révélé que les changements récents apportés au programme d'inspection du Ministère ainsi que la façon dont il a exercé sa fonction d'inspection pendant la pandémie l'ont empêché de réduire les risques et de régler les problèmes avant qu'ils n'entraînent des résultats négatifs pour les résidents. Nous avons également constaté que le Ministère prenait des mesures inefficaces pour régler les cas répétés de non-conformité par les exploitants de foyers.

4.5.1 Les inspections complètes proactives ont été suspendues à l'automne 2018 afin de résorber l'arriéré croissant de plaintes et d'incidents critiques signalés

Notre examen a révélé qu'à l'automne 2018, le Ministère avait considérablement modifié son approche globale en matière d'inspection en mettant fin aux inspections complètes ou aux inspections de la qualité des soins fournis aux résidents (voir la **section 2.2.4**). Cette modification a été apportée malgré le fait que les inspecteurs avaient relevé plus de 18 200 cas de non-conformité lors de leurs inspections entre janvier 2015 et juin 2019 (voir les **figures 23a, 23b** et **24**). Depuis la suspension des inspections approfondies, la plupart des inspections visaient uniquement à répondre aux plaintes et aux incidents critiques signalés.

En examinant la documentation fournie par le Ministère sur sa décision de suspendre les inspections complètes, nous avons constaté que la direction du Ministère avait pris cette décision dans le but de résorber l'arriéré croissant de plaintes et d'incidents critiques signalés nécessitant une inspection ou une enquête par le personnel qui aurait été chargé des inspections complètes. Le Ministère n'avait pas les ressources nécessaires pour effectuer des inspections approfondies tout en comblant l'arriéré.

En septembre 2018, il y avait un arriéré d'environ 7 800 plaintes et incidents critiques pour lesquels un suivi ou une inspection devait être effectué. Cet arriéré était de près de 5 000 cas de plus que l'arriéré au moment de notre audit de 2015 sur le Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée. En suspendant les inspections approfondies, le Ministère est parvenu à réduire sensiblement l'arriéré. En décembre 2019, l'arriéré avait diminué à 1 280.

Les inspections approfondies proactives peuvent produire des renseignements plus utiles

Figure 22a: Types de mesures d'application de la loi découlant des inspections complètes

Source des données : ministère des Soins de longue durée

Mesure d'application de la loi	Description	Suivi requis
Avis écrit	Précise les détails de chaque cas de non-respect.	Une inspection de suivi n'est pas requise.
Plan de redressement volontaire	Demande au foyer de préparer un plan de redressement écrit pour assurer la conformité, mais celui-ci n'est pas tenu de le soumettre au Ministère.	
Ordre de conformité	Exige que le foyer prenne des mesures, cesse d'exécuter une action ou prépare un plan afin d'assurer la conformité dans les délais prescrits.	Une inspection de suivi est requise après la date limite.
Renvoi au directeur	Le dossier a été renvoyé au directeur de programme du Ministère, qui pourrait donner un ordre.	Sans objet.

Figure 22b : Mesures d'application découlant de différents types d'inspection, du 1er janvier 2015 au 31 août 2020

Source des données : ministère des Soins de longue durée

Type d'inspection	Nombre d'avis émis	Nombre de plans de redressement volontaires demandés	Nombre d'ordres de conformité donnés	Nombre de renvois au directeur
Plainte	6 821	3 066	948	41
Complète	18 213	9 547	2 049	99
Incident grave	6 848	2 569	1 043	31
Suivi	1 504	471	823	162
Autre	199	80	57	3
Total	**33 585**	**15 733**	**4 920**	**336**

Figure 23 : Mesures d'application de la loi découlant des inspections complètes, du 1er janvier 2015 au 30 juin 2019

Source des données : ministère des Soins de longue durée

Année[1]	Nombre d'avis émis[2]	Nombre de plans de redressement volontaires demandés	Nombre d'ordres de conformité donnés	Nombre de renvois au directeur
2015	6 346	3 066	647	12
2016	4 743	2 569	542	26
2017	4 110	2 260	453	25
2018	2 955	1 626	394	35
2019	59	26	13	1
Total	**18 213**	**9 547**	**2 049**	**99**

1. Année au cours de laquelle une inspection a commencé. Certaines inspections n'ont été effectuées que l'année suivante.
2. Un avis écrit est émis pour tous les cas de non-respect. Un avis écrit est émis pour tous les cas de non-respect Comme l'indiquent les chiffres, de nombreux avis écrits ne font que signaler le non-respect et ne prévoient pas d'autres mesures d'application. Environ la moitié d'entre eux demandent des plans de redressement volontaires, tandis qu'un nombre beaucoup moins élevé exigent des mesures d'exécution plus rigoureuses découlant d'ordres de conformité et possiblement de recommandations de directeurs. Le présent document constitue un document de travail d'audit et est réputé être confidentiel aux termes de l'article 19 de la Loi sur le vérificateur général.

et entraîner des améliorations substantielles des activités générales d'un foyer, comparativement aux inspections se limitant aux plaintes et aux incidents critiques. Ces inspections sont réactives et sont seulement menées après que surviennent des incidents potentiellement préjudiciables aux résidents, tandis que les inspections approfondies peuvent aider à cerner les risques et les problèmes avant qu'ils n'entraînent des conséquences graves pour eux. Toutefois, les plaintes et les rapports d'incident doivent faire l'objet d'un suivi dès que possible pour protéger les résidents lorsqu'il existe des préoccupations immédiates qui ne peuvent pas toujours attendre une inspection approfondie. Lors de notre audit de 2015 de son programme d'inspection, le Ministère nous a informés que l'un des résultats escomptés des inspections approfondies annuelles des foyers de soins de longue durée était la réduction du nombre de plaintes et d'incidents critiques. Cependant, comme mentionné ci-dessus, les plaintes et les incidents critiques ont continué d'augmenter.

Selon leur conception initiale, les inspections approfondies devaient servir à examiner le niveau de satisfaction des résidents et la conformité générale des foyers aux exigences de la Loi selon 31 différents domaines ou protocoles, y compris les mesures de PCI (voir l'**annexe 4**). Par contre, les inspections relatives aux plaintes et aux incidents critiques portent uniquement sur l'objet de la

plainte ou les circonstances entourant l'incident critique. Par conséquent, il est moins probable que de vastes problèmes systémiques soient cernés et réglés dans le cadre étroit de ces inspections comparativement aux inspections approfondies. Par exemple, comme le montre la **figure 19**, bien que la non-conformité aux exigences de PCI ait été le quatrième type de violation le plus souvent signalé dans les inspections approfondies menées entre janvier 2015 et décembre 2019 (sept inspections approfondies ont été effectuées en 2019), il ne figurait pas parmi les 10 principaux problèmes relevés dans les inspections des plaintes ou des incidents critiques.

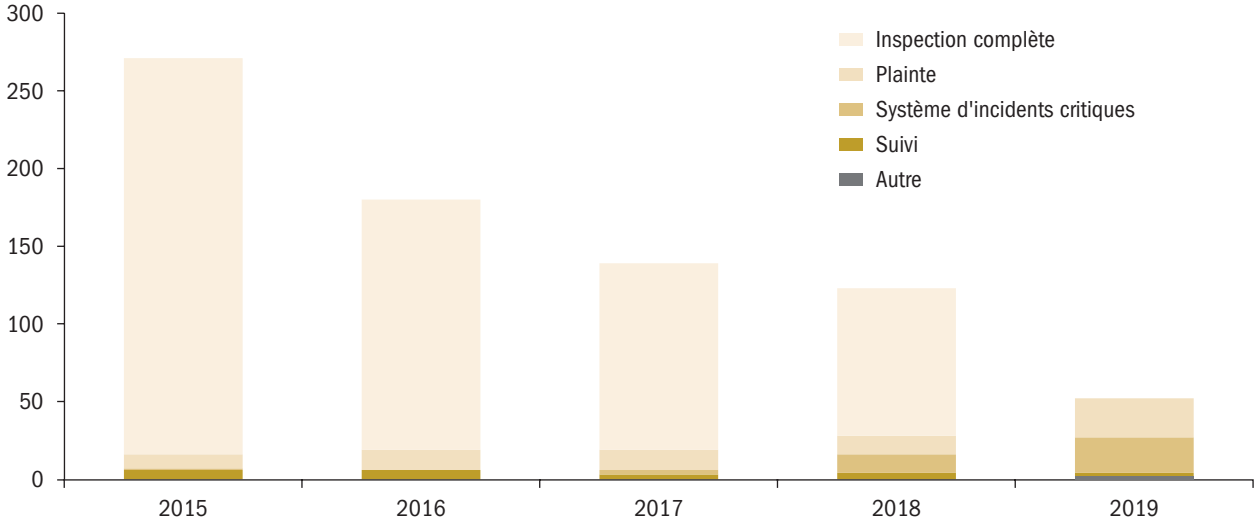
Les inspections complètes ont permis de déterminer que les cas de non-conformité liés aux plans de soins des résidents constituaient le principal problème. Nous avons toutefois remarqué que le Ministère n'avait pas de protocole d'inspection particulier axé sur l'examen d'un échantillon de plans de soins pour confirmer que le résident reçoit des soins conformément à son plan de soins.

La suspension des inspections approfondies a également eu comme résultat de réduire considérablement l'étendue de la surveillance exercée par le Ministère sur les mesures de PCI dans les foyers. Plus précisément, à moins que le Ministère ne reçoive une plainte au sujet d'un foyer ou un rapport d'incident critique à la suite d'une éclosion d'infection, les inspecteurs n'étaient plus tenus d'inspecter de façon proactive les mesures et les programmes de PCI des foyers ni de déterminer si les foyers évaluaient leur programme chaque année, comme l'exige la Loi.

De 2015 à 2017, dans le cadre des inspections approfondies, les inspecteurs ont repéré en moyenne chaque année 179 cas de non-conformité aux mesures de PCI. Même en 2018, dernière année où des inspections approfondies ont été menées et où le Ministère a effectué 40 % de moins d'inspections que la moyenne des trois années précédentes (370 contre 624), les inspecteurs ont tout de même constaté 95 cas de non-conformité aux mesures de PCI. En revanche, en 2019, le Ministère n'a observé que 52 cas de non-conformité aux mesures de PCI lors des inspections des plaintes

Figure 24 : Cas de non-respect des mesures de prévention et de contrôle des infections repérés par type d'inspection, 2015-2019*

Source des données : ministère des Soins de longue durée



* Selon le nombre d'avis écrits émis en vertu de l'article 86 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et de l'article 229 du Règlement de l'Ontario 79/10. Un cas de non-conformité relevé dans le cadre d'une inspection complète peut être lié à un incident grave ou à une plainte qui a fait l'objet d'une enquête au cours de l'inspection complète.

et des incidents critiques, soit moins du tiers des cas cernés lorsque des inspections approfondies annuelles avaient lieu dans chaque foyer (**figure 24**).

Le Ministère nous a informés qu'il avait mis fin aux inspections approfondies parce qu'il ne parvenait pas à réduire le nombre de plaintes et de rapports d'incidents critiques qui lui étaient soumis. Nous avons toutefois constaté que le Ministère avait mis fin aux inspections complètes sans avoir procédé à un examen pour déterminer s'il était possible d'améliorer le processus afin de réduire le nombre de plaintes et d'incidents critiques. Cet examen aurait servi, par exemple à :

- analyser les cas de non-conformité relevés lors des inspections approfondies et les comparer aux types de plaintes et d'incidents critiques signalés;
- recueillir les commentaires des inspecteurs, qui ont des connaissances concrètes des foyers, sur la façon d'améliorer la première étape du processus d'inspection approfondie (voir l'**annexe 4**) afin de déterminer les principaux secteurs de risque à examiner plus à fond à la deuxième étape. La première étape repose sur cinq protocoles obligatoires, tandis que la deuxième fait intervenir les protocoles découlant des résultats de la première étape.

Lors de notre audit de 2018 de Qualité des services de santé Ontario (QSSO), qui fait maintenant partie de Santé Ontario, nous avons constaté que chaque année, QSSO avait identifié des indicateurs de rendement prioritaires (par exemple, le pourcentage de résidents qui ont fait une chute au cours des 30 derniers jours ou qui ont reçu des antipsychotiques sans diagnostic de psychose) que les foyers de soins de longue durée pourraient inclure dans leurs plans annuels d'amélioration de la qualité. Cette information visait à mettre en lumière les points à améliorer au niveau des foyers et des médecins (au moyen de rapports personnalisés). Nous avons toutefois constaté lors de cet audit que l'utilisation de ces indicateurs par les foyers de soins de longue durée et les médecins qui y travaillaient était facultative. En 2017-2018, seulement 57 % des foyers de soins de longue durée ont inclus tous les indicateurs de rendement de QSSO dans leurs plans d'amélioration de la qualité. En mars 2019, seulement 55 % des médecins travaillant dans des foyers de soins de longue durée s'étaient inscrits pour recevoir un rapport personnalisé.

Nous avions recommandé que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'époque, de concert avec QSSO, envisage de demander aux médecins d'utiliser les rapports personnalisés pour améliorer la qualité des soins. Nous avions également recommandé que les organismes de soins de santé dont le rendement était inférieur à la moyenne provinciale d'un indicateur de rendement établi par Qualité des services de santé Ontario soient tenus d'inclure cet indicateur dans leur plan d'amélioration de la qualité. Cette information aiderait également à améliorer le processus d'inspection du Ministère.

4.5.2 Les inspections complètes ont été suspendues, ce qui va à l'encontre de notre recommandation antérieure

La décision du Ministère de suspendre les inspections approfondies est contraire à la **recommandation 3** du Rapport de 2015 sur le *Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée*. Nous avions recommandé que le Ministère accorde la priorité aux inspections approfondies des foyers à risque élevé, plutôt qu'aux foyers à risque moins élevé, en fonction de facteurs comme les plaintes, les incidents critiques et les antécédents en matière de conformité. Nous avions également recommandé au Ministère de déterminer la fréquence à laquelle il procéderait à des inspections approfondies à l'avenir. Il était important de prioriser les ressources d'inspection parce que notre examen avait révélé que les plaintes et les incidents critiques nécessitant des inspections avaient augmenté et qu'ils n'étaient pas résolus en temps opportun. Le Ministère ne disposait pas de

Figure 25 : Différences entre les approches d'inspection, 2011 à 2020

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

	Inspections complètes	Inspections complètes axées sur le risque	Inspections faisant suite à des plaintes et à des incidents graves
Début	2011	2016	2011
Fin	2018	2018	Permanentes et élargies en 2018
Proactives ou Réactives	Proactives	Proactives	Réactives
Déclencheur d'inspections	Le calendrier des inspections est établi d'après plusieurs facteurs, notamment le niveau de risque du foyer, l'expérience et la disponibilité des inspecteurs, et les considérations d'ordre géographique. Les gestionnaires des bureaux régionaux examinent ces renseignements tous les trimestres et assignent ou réassignent les inspections complètes d'après les facteurs susmentionnés.	Ces inspections sont prévues pour les foyers jugés essentiellement conformes lors de la dernière évaluation des risques et du rendement. Elles sont fondées sur plusieurs facteurs, dont le nombre de constatations de non-respect; le nombre de cas d'aggravation de la douleur des résidents et des renseignements provenant des banques, des fournisseurs, et l'information provenant des banques, des fournisseurs ou d'autres créanciers qui soulève des préoccupations au sujet des activités du foyer.	Plaintes ou incidents graves.
Aperçu	L'objectif est d'évaluer la satisfaction des résidents et la conformité des foyers à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. Un échantillon aléatoire de 40 résidents est prélevé aux fins de comparaison des indicateurs de la qualité des soins et de la qualité de vie mentionnés à l'**annexe 4**. Habituellement, trois ou quatre inspecteurs examinent un foyer au cours d'une période de huit jours. Cette inspection doit être effectuée au moins une fois tous les trois ans dans chaque foyer.	Un échantillon aléatoire de 20 résidents est prélevé aux fins de comparaison des indicateurs de la qualité des soins et de la qualité de vie mentionnés à l'**annexe 4**. En général, deux inspecteurs examinent un foyer au cours d'une période de trois à cinq jours. Cette inspection est effectuée au plus deux fois tous les trois ans pour un foyer donné.	Voir les notes de bas de page 2 et 4 de la **figure 13**.
Zones inspectées	Les composantes requises comprennent : l'observation des repas, une entrevue avec un conseil de famille, la prévention et le contrôle des infections, la médication, et une entrevue avec un conseil de résidents. Les renseignements tirés des enquêtes auprès des résidents peuvent inciter les inspecteurs à inclure d'autres protocoles mentionnés à l'**annexe 4**.	Les composantes requises comprennent : une entrevue avec un conseil de famille, la prévention et le contrôle des infections, la médication, et une entrevue avec un conseil de résidents. Les renseignements tirés des enquêtes auprès des résidents peuvent inciter les inspecteurs à inclure d'autres protocoles mentionnés à l'**annexe 4**.	L'objet de la plainte ou les points mentionnés dans le rapport d'incident grave.

ressources suffisantes pour effectuer chaque année des inspections approfondies dans tous les foyers de soins de longue durée et pour traiter l'ensemble des plaintes et des incidents critiques dans les délais prescrits. Selon la politique ministérielle, les inspections des foyers à la suite de plaintes et d'incidents critiques s'effectuent en fonction du niveau de risque : les cas à risque élevé doivent faire l'objet d'une inspection immédiate et les cas présentant un risque moyen, dans un délai de 30 jours.

En août 2016, le Ministère a commencé à mener ce qu'il appelait des inspections axées sur le risque. Comparativement aux inspections approfondies, les inspections axées sur le risque étaient de plus courte durée, nécessitaient moins d'inspecteurs et portaient sur un plus petit nombre d'aspects des activités d'un foyer (**figure 25**). À l'époque, l'objectif du Ministère était d'effectuer des inspections approfondies des foyers présentant un risque de moyen à élevé au moins une fois tous les trois ans et jusqu'à deux inspections axées sur le risque tous les trois ans dans le cas des foyers à faible risque. À la lumière de ces renseignements, nous avons évalué l'état des recommandations formulées en 2015, qui devaient être pleinement mises en œuvre au moment de notre suivi en 2017. Ces inspections de plus courte durée et axées sur le risque représentaient 68 % des plus de 1 300 inspections approfondies menées entre août 2016 et l'automne 2018.

Selon le Ministère, l'approche qu'il a adoptée à l'automne 2018 (**figure 25**) accordait la priorité aux problèmes associés au risque le plus élevé, qui avaient été signalés dans les plaintes et les rapports d'incidents critiques. Le fait de se fier uniquement aux plaintes et aux rapports d'incidents critiques pour déterminer les inspections à effectuer ne constitue pas une approche efficace axée sur le risque.

Nous convenons que les plaintes et les incidents critiques constituent des facteurs qui pourraient signaler un risque de non-conformité. Toutefois, certains types de cas de non-conformité, comme ceux liés aux mesures de PCI, ne sont pas évidents lorsqu'un inspecteur se concentre uniquement sur une plainte ou un incident critique.

De plus, notre examen des renseignements sur les infections aiguës des voies respiratoires déclarées par les foyers a révélé que la majorité des éclosions n'avaient pas fait l'objet d'une enquête du Ministère par le passé. De 2016 à 2019, il y a eu en moyenne 1 150 éclosions d'infections aiguës des voies respiratoires par année dans les foyers de la province. Le Ministère a répondu à seulement 10 % de ces éclosions : il a déterminé que 271 ou 6 % d'entre elles nécessitaient une inspection, tandis que 161 ou 4 % nécessitaient un suivi téléphonique par un inspecteur. La tranche restante de 90 % des éclosions déclarées ne nécessitaient aucune autre mesure parce qu'elles ne répondaient pas à la définition de « tendance » établie dans la politique de triage du Ministère. En vertu de la politique de triage du Ministère, une inspection est jugée nécessaire lorsqu'une « tendance » est relevée. Une tendance est définie comme étant une répétition du même type d'incident ou de problème à trois reprises au cours d'une période de six mois, par exemple trois éclosions en six mois. Ainsi, en conformité avec la politique de triage, un foyer qui signale une éclosion en janvier et février, puis de nouveau en novembre, ne sera pas inspecté.

Au cours de cette période, 264 (42 %) des foyers ont enregistré en moyenne deux éclosions d'infection respiratoire aiguë ou plus par année. En outre, pendant cette période, il a été déterminé que 32 éclosions ne nécessitaient aucune mesure ultérieure, même si de nombreux résidents étaient décédés et, dans un autre foyer, un résident était décédé et plus de 10 cas étaient soupçonnés ou confirmés. Par exemple, une éclosion à Extendicare Falconbridge à Sudbury a entraîné le décès de 7 résidents, et une autre à Cassellholme à North Bay, qui a duré 48 jours, a provoqué 41 cas soupçonnés ou confirmés d'infections aiguës des voies respiratoires.

La gravité des éclosions varie selon le type d'infection, le degré de contagiosité de la maladie,

la durée de l'éclosion et le nombre de résidents infectés. Nous avons remarqué que le formulaire actuel utilisé par les foyers pour signaler les éclosions au Ministère ne comportait pas de zone distincte pour déclarer les statistiques sur les éclosions (comme les cas confirmés, les hospitalisations et les décès) à la fin de l'éclosion. Par conséquent, il se peut que les foyers ne communiquent pas systématiquement cette information au Ministère. De plus, le formulaire ne permet pas aux foyers de déclarer le nombre de résidents touchés séparément du personnel touché. Cette information fournirait une base supplémentaire pour déterminer si une inspection est justifiée, au lieu de simplement vérifier si trois éclosions ont eu lieu au cours d'une période de six mois.

RECOMMANDATION 14

Afin de cerner et de contrer les risques, les problèmes systémiques et les cas de non-conformité dans les foyers de soins de longue durée avant qu'ils ne causent de préjudices encore plus importants aux résidents, le ministère des Soins de longue durée devrait :

- déterminer le nombre d'inspecteurs requis pour effectuer des inspections complètes proactives, tout en traitant les plaintes et les incidents signalés dans les délais prescrits, conformément aux lois et aux politiques du Ministère;
- effectuer des inspections complètes annuelles de tous les foyers, y compris les questions de soins qui font l'objet de plaintes continues, les incidents et les problèmes antérieurs de non-conformité aux lois et aux règlements;
- élaborer un protocole d'inspection axé sur l'inspection directe des plans de soins des résidents;
- examiner et améliorer sa politique de triage pour que les éclosions signalées par les foyers de soins de longue durée fassent l'objet d'une enquête appropriée.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le Ministère convient qu'il doit cerner et régler les problèmes de non-conformité avant qu'ils ne donnent lieu à des résultats plus graves pour les résidents. À cette fin, le Ministère :

- élabore un cadre de la qualité qui définira une compréhension commune de la qualité des soins et de la qualité de vie ainsi que des mesures du rendement pour évaluer les progrès et favoriser l'amélioration continue;
- évalue le programme d'inspection, y compris le triage des plaintes et des rapports d'incidents critiques, dans le but d'élaborer un processus d'inspection normalisé amélioré qui s'aligne sur la gestion du risque dans les inspections réactives et proactives. Cette évaluation comprendra les facteurs qui nécessitent des inspections ou des examens annuels;
- évalue l'utilisation appropriée et l'équilibrage des mécanismes et outils de soutien et de ceux axés sur la conformité afin d'assurer la qualité et d'aider à l'améliorer.

Le Ministère évaluera les éléments de cette recommandation et toute recommandation pertinente de la Commission sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée dans le cadre de ces travaux. Il devra notamment :

- évaluer les besoins en dotation pour appuyer adéquatement la conformité, l'application de la loi et l'amélioration continue de la qualité (la dotation de 32 nouveaux postes d'inspecteur est en cours et devrait être terminée d'ici la fin avril 2021);
- évaluer les autres recommandations du présent rapport concernant les questions qui devraient faire l'objet d'inspections régulières continues.

4.5.3 La non-conformité pose toujours problème, et le Ministère choisit toujours de ne pas imposer d'amendes ni de sanctions

Nos travaux de suivi de 2020 ont révélé que les foyers ne se conformaient toujours pas aux exigences législatives, comme nous l'avions observé en 2015 lors de notre audit du programme d'inspection du Ministère. Du 1er janvier 2015 au 31 août 2020, les inspecteurs du Ministère ont émis 4 920 ordonnances de conformité à 565 foyers pour qu'ils prennent des mesures immédiates, cessent immédiatement les pratiques inappropriées ou préparent un plan pour se conformer à la Loi et au Règlement 79/10 dans un délai précis.

Au cours des cinq années civiles de 2015 à 2019, les inspecteurs du Ministère ont émis en moyenne 931 ordonnances de conformité par année. En comparaison, ils ont émis en moyenne 783 ordonnances par année de 2012 à 2014. Nous avons constaté que, malgré l'augmentation des ordonnances de conformité depuis 2016, le Ministère n'avait toujours pas mis en œuvre les recommandations formulées dans le Rapport de 2015 visant à régler les cas répétés de non-conformité par les exploitants de foyers de soins de longue durée.

Ces recommandations préconisaient que le Ministère : 1) renforce ses processus d'exécution pour traiter rapidement les cas répétés de non-conformité, y compris déterminer quand imposer des mesures d'exécution plus rigoureuses et 2) évalue l'utilisation d'autres mesures d'exécution, comme l'imposition d'amendes ou de sanctions aux foyers. En 2018, la province a adopté des modifications de la Loi et du Règlement 79/10 afin d'autoriser l'imposition d'amendes et de sanctions. Toutefois, au moment de notre suivi en 2020, les modifications n'avaient pas encore été promulguées.

Au cours de nos travaux de suivi en 2020, le Ministère a fait savoir qu'il avait décidé de ne pas imposer d'amendes ou de sanctions, mais qu'il adoptait une approche « de soutien » plutôt que répressive pour surveiller les foyers. Cette décision nous préoccupe grandement pour les raisons suivantes.

- Le Ministère n'a pu expliquer en quoi consistait son approche de soutien ni comment il entend la mettre en œuvre.
- À notre avis, les niveaux et les tendances soutenus en matière de non-conformité donnent à penser qu'il existe des problèmes sous-jacents qui doivent être réglés. La résolution de certains problèmes pourrait être facilitée au moyen d'une approche de soutien qui, par exemple aiderait à déterminer le financement, les effectifs et la formation supplémentaires ainsi que l'orientation que le Ministère pourrait offrir aux foyers de soins de longue durée, alors que d'autres problèmes pourraient nécessiter des mesures d'exécution renforcées afin que les foyers offrent aux résidents un milieu où ils peuvent vivre dans la dignité, la sécurité et le confort et où leurs besoins sont comblés, comme envisagé dans la Loi. Par exemple, notre audit de 2015 du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée avait fait état de cas de harcèlement sexuel et de violence verbale et physique à l'endroit des résidents, qui n'étaient toujours pas réglés de quatre à huit mois après que le Ministère avait émis l'ordonnance de conformité initiale. Il a donc dû émettre une nouvelle ordonnance de conformité.
- Compte tenu des problèmes importants dans le secteur des soins de longue durée (exposés aux sections précédentes) et des difficultés que nous avions signalées dans l'audit de 2015 découlant de l'approche d'exécution peu efficace du Ministère, nous remettons en question sa décision de ne pas exercer pleinement ses pouvoirs d'application existants ou les nouveaux pouvoirs qui lui seraient accordés. Les pouvoirs existants d'application de la Loi comprennent : l'émission d'une ordonnance du directeur, qui peut refuser le financement à un foyer ou lui demander de le rembourser; la prise en charge

de la gestion du foyer par une autre partie; et la révocation du permis d'exploitation d'un foyer. Entre 2011 et 2014, seulement six cas répétés de non-conformité par des foyers, qui se sont produits sur une période d'un an ou plus, ont été portés à l'attention du directeur du programme. De plus, des problèmes ont continué d'être constatés lors de certaines inspections approfondies menées dans des foyers en 2015. Depuis 2010, le Ministère n'a révoqué le permis que de deux foyers et a pris des mesures pour recouvrer des fonds auprès de l'un d'eux parce qu'il n'avait pas remédié aux graves problèmes d'incendie et de sécurité. Dans son témoignage devant la Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée, l'Advocacy Centre for the Elderly a souligné la « surutilisation » par le Ministère d'avis écrits et de plans de mesures correctives volontaires ainsi que son manque de suivi pour vérifier si un foyer s'était conformé au plan

Dans notre audit de 2015, nous avions également recommandé que le Ministère aide les foyers à se conformer à la Loi en fournissant des renseignements et un soutien supplémentaires concernant les moyens de corriger les problèmes et en informant les foyers des pratiques exemplaires. Compte tenu du grand nombre d'ordonnances de conformité émises depuis 2015, cette **recommandation** demeure pertinente. Au cours de nos travaux de suivi, le Ministère nous a informés qu'il comptait régler les cas répétés de non-conformité au moyen de stratégies pour faciliter l'échange de pratiques exemplaires entre les foyers. Pourtant, à la fin de notre examen, aucune stratégie de ce genre n'avait été élaborée.

RECOMMANDATION 15

Afin de tenir responsables les exploitants de foyers de soins de longue durée qui ne se sont pas conformés à maintes reprises aux exigences législatives, selon lesquelles ils doivent fournir aux résidents un milieu où ils peuvent vivre dans la dignité, la sécurité et le confort et où leurs besoins sont comblés, le ministère des Soins de longue durée devrait : :

- analyser la nature et l'étendue des cas de non-conformité relevés, y compris déterminer leur cause profonde;
- déterminer, selon les résultats de cette analyse, à quel moment utiliser une approche de soutien, y compris les raisons pour lesquelles elle serait préférable à une mesure d'exécution plus stricte;
- élaborer une stratégie pour fournir les soutiens nécessaires lorsqu'une approche de soutien est nécessaire et appropriée;
- évaluer dans quelle mesure l'approche de soutien procure de meilleurs résultats (c.-à-d. à l'aide de données probantes claires, déterminer si une approche de soutien améliore manifestement ou non la qualité de vie des résidents et réduit l'incidence des conditions et des événements qui diminuent leur qualité de vie);
- prendre des mesures d'exécution plus rigoureuses lorsque la surveillance révèle qu'une approche de soutien n'a pas produit de meilleurs résultats;
- envisager de promulguer les modifications apportées en 2018 à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, qui l'autoriseraient à imposer des sanctions;
- définir des critères ainsi que les circonstances dans lesquelles les exploitants de foyers doivent payer des amendes, après avoir promulgué les modifications législatives de 2018 laissées en suspens.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le Ministère convient qu'il doit améliorer la responsabilisation en cas de non-conformité répétée. À cette fin, le Ministère :

- élabore un cadre de la qualité qui définira une compréhension commune de la qualité

des soins et de la qualité de vie ainsi que des mesures du rendement pour évaluer les progrès et favoriser l'amélioration continue;
- évalue le programme d'inspection, y compris le triage des plaintes et des rapports d'incidents critiques, dans le but d'élaborer un processus d'inspection normalisé amélioré qui s'harmonise avec la gestion du risque dans les inspections réactives et proactives. Cette évaluation inclura les facteurs qui nécessitent des inspections ou des examens annuels;
- évalue l'utilisation appropriée et l'équilibrage des mécanismes et outils de soutien et de ceux axés sur la conformité afin d'assurer la qualité et d'aider à l'améliorer.

Le Ministère évaluera les éléments de cette recommandation et toute recommandation pertinente de la Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers des soins de longue durée dans le cadre de ces travaux afin d'accroître la responsabilité des exploitants des foyers de soins de longue durée de se conformer aux lois et aux règlements.

Pendant les travaux, le Ministère utilisera tous les outils disponibles pour accroître la conformité à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, y compris, mais sans s'y limiter, les ordonnances des directeurs, les renvois aux directeurs, les ordonnances de gestion obligatoires et les avis de cessation des admissions.

4.5.4 Aucune inspection sur place n'a été effectuée dans les foyers sur une période de deux mois durant la pandémie de COVID-19

Nous avons constaté que pendant près de deux mois, soit du 14 mars au 8 mai 2020, les inspecteurs du Ministère n'avaient pas mené d'inspections sur place des foyers de soins de longue durée. Plutôt, à compter du 21 mars, le Ministère a réaffecté les inspecteurs aux « appels de suivi » auprès des foyers pour qu'ils s'informent de l'état des éclosions, des niveaux de dotation, de l'EPI et des formes de soutien dont les foyers avaient besoin, le cas échéant. Des inspecteurs ont aussi été affectés aux appels des familles des résidents, qui étaient acheminés sur la ligne d'aide aux familles. Les familles des résidents peuvent appeler la ligne s'ils ont des questions ou des préoccupations au sujet des soins que reçoivent leurs proches dans les foyers de soins de longue durée.

Nous avons relevé les problèmes suivants concernant le recours aux inspecteurs par le Ministère pendant cette période.

- Les foyers n'ont pas été informés que les inspecteurs qui posaient des questions pendant les appels n'exerçaient pas de fonction d'exécution, mais plutôt qu'ils offraient un soutien temporaire et recueillaient des renseignements sur les difficultés auxquelles faisaient face les foyers (p. ex. les pénuries d'EPI et de personnel) afin de les transmettre aux hauts fonctionnaires du Ministère. Selon des représentants de l'Ontario Long Term Care Association, certains de ses membres se méfiaient initialement des inspecteurs qui exerçaient ce nouveau rôle temporaire et ils hésitaient à leur signaler des problèmes de peur d'être jugés non conformes à la Loi.
- Avant la pandémie, les inspecteurs ne téléphonaient aux foyers et ne répondaient pas aux questions des familles des résidents. De plus, puisque les inspecteurs ne visitaient pas les foyers, ils devaient d'abord les contacter pour s'informer d'un résident particulier avant de fournir des renseignements à la famille.

Les inspecteurs que nous avons rencontrés en entrevue ont mentionné que parce qu'ils ne pouvaient pas effectuer d'inspections sur place au cours des premiers mois de la pandémie, il leur était très difficile de traiter les plaintes reçues des résidents et des membres de leur famille. Ils avaient pour consigne de téléphoner aux foyers de soins de longue durée uniquement pour relever les cas de non-conformité. Ils n'ont donc pu confirmer si les foyers avaient réglé les problèmes signalés dans

les plaintes. En outre, les inspecteurs n'ont pas pu vérifier si les renseignements fournis par les foyers sur les problèmes signalés étaient complets et exacts et si les problèmes avaient été réglés.

Selon le Ministère, le fait de dépêcher des inspecteurs sans préparation adéquate dans les foyers aux prises avec des éclosions de COVID les aurait mis en danger ainsi que les résidents et le personnel. Cette préoccupation a été soulevée par le président du Syndicat des employés de la fonction publique de l'Ontario dans sa lettre du 22 avril 2020 au premier ministre et à la ministre des Soins de longue durée. Nous avons constaté que les inspecteurs n'étaient pas entièrement formés et équipés en EPI pour effectuer des inspections en toute sécurité avant le 1er mai 2020. Plus particulièrement :

- Le Ministère a envoyé aux inspecteurs le matériel de formation en PCI le 21 avril 2020.
- Les inspecteurs ont reçu l'EPI, comme des masques, des blouses, des visières, des gants, des désinfectants et des lingettes, au cours de la semaine du 27 avril 2020.
- Le 1er mai 2020, le Ministère a envoyé une liste de contrôle aux inspecteurs qu'ils devaient signer pour confirmer qu'ils avaient suivi la formation en PCI en ligne, qui a été fournie par Santé publique Ontario.

La première inspection sur place a eu lieu le 8 mai 2020, soit 51 jours après que le premier cas de COVID-19 d'un résident dans un foyer de soins de longue durée a été enregistré le 18 mars 2020. Nous avons examiné les rapports des 30 inspections effectuées du 8 au 31 mai 2020 et constaté que la moitié étaient toujours menées à distance au domicile des inspecteurs et non sur place. Dans un tiers des cas, les inspecteurs avaient effectué une partie des inspections sur place et d'autres à distance ou hors des lieux. Au cours de l'été 2020, le Ministère a mis à jour sa politique et sa ligne directrice sur l'approche d'inspection à privilégier, y compris le moment où les inspections pourraient être effectuées hors site pendant la pandémie de COVID-19. La politique laisse les inspecteurs et leurs gestionnaires décider du moment où mener une inspection hors des lieux, mais ne précise pas les critères à considérer.

RECOMMANDATION 16

Pour qu'il soit mieux en mesure d'exercer sa fonction d'inspection lorsque surviennent des éclosions de maladies infectieuses et d'autres types d'urgences, le ministère des Soins de longue durée devrait :

- établir immédiatement les critères régissant le moment où les inspecteurs effectuent leur travail sur place pendant une urgence, comme une pandémie, et le type de tâches à exécuter;
- prioriser et mener immédiatement les inspections sur place nécessaires dans les foyers de soins de longue durée, comme celles aux fins de la prévention et du contrôle des infections ou visant les cas répétés de non-conformité, en fonction des risques évalués;
- disposer de stocks suffisants d'équipement de protection individuelle en cas d'éclosion de maladies infectieuses et fournir cet équipement aux inspecteurs ainsi que la formation sur la sécurité requise pour qu'ils puissent effectuer des inspections efficaces dans les foyers.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le Ministère accepte cette recommandation. Les inspecteurs doivent maintenant effectuer principalement des inspections sur place, y compris en cas d'urgence lorsque des mesures de sécurité sont en place. Les motifs d'inspection hors site ou partiellement hors site sont propres à chaque situation et nécessitent une consultation entre l'inspecteur et le gestionnaire.

Le Ministère utilise actuellement une approche fondée sur le risque pour toutes les admissions afin de prioriser le moment des inspections et des enquêtes. Les risques sont évalués au fur et à mesure du triage des admissions. Ils sont également examinés et, si nécessaire, classés par ordre de priorité au niveau du Bureau régional de services par les chefs des inspections.

Les inspecteurs disposent actuellement de l'équipement de protection individuelle approprié, qui continuera d'être mis à leur disposition au besoin. Les inspecteurs ont maintenant reçu la formation en matière de sécurité élaborée par Santé publique Ontario et le consultant en soins de longue durée ou les inspecteurs de l'hygiène du milieu. Cette exigence de formation obligatoire se poursuivra dans le cadre de l'intégration des nouveaux inspecteurs et du recyclage des inspecteurs actuels au besoin.

Annexe 1 : Principales dispositions législatives et réglementaires concernant les foyers de soins de longue durée et la COVID-19

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Exigence législative	Sections du rapport
Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD)	
Article 1. Foyer : principe fondamental « … un foyer de soins de longue durée est avant tout le foyer de ses résidents et doit être exploité de sorte qu'ils puissent y vivre avec dignité et dans la sécurité et le confort et que leurs besoins physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et culturels soient comblés de façon satisfaisante. »	Toutes
Article 5. Foyer : milieu sûr et sécuritaire « Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents. »	Toutes
Paragraphe 8 (3). Soins infirmiers 24 heures sur 24 « Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements (voir le Règlement de l'Ontario 79/10 ci-dessous). »	2.1.3
Règlement de l'Ontario 79/10. Exemptions aux soins infirmiers 24 heures sur 24 3. Pour tous les foyers, dans le cas où une pandémie empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer et où le plan d'urgence visé à l'alinéa 31 (3) d) du présent règlement ne permet pas de satisfaire à l'exigence prévue au paragraphe 8 (3) de la Loi : i. il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente avec le titulaire de permis ou qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre le titulaire de permis et une agence de placement ou un tiers, ii. il peut être fait appel à une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé qui est un employé du titulaire de permis ou qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente avec le titulaire de permis ou qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre le titulaire de permis et une agence de placement ou un tiers si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé peut être consulté, iii. il peut être fait appel à un membre d'une profession de la santé réglementée qui, à la fois, est un membre du personnel du foyer et possède un ensemble de compétences qui lui permettrait, de l'avis raisonnable du titulaire de permis, de fournir des soins à un résident, si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé peut être consulté. Règlement de l'Ontario 79/10, par. 45 (1); Règl. de l'Ont. 72/20, art. 1.	2.1.3
Par. 24 (1), art. 25. Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés : • l'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, le mauvais traitement d'un résident ou la négligence envers un résident, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident; • un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident; • la mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident ou de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la LFSLD, de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* ou de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*. Sur réception des renseignements susmentionnés, l'inspecteur doit effectuer une inspection ou mener une enquête afin d'assurer la conformité aux exigences de la LFSLD. L'inspecteur visite immédiatement le foyer en cause si les renseignements indiquent qu'un cas décrit aux deux premiers points a causé un préjudice grave ou un risque considérable de préjudice grave à un résident.	4.5

Exigence législative	Sections du rapport
Paragraphe 86 (1). Programme de prévention et de contrôle des infections Chaque foyer de soins de longue durée doit mettre en place un programme de prévention et de contrôle des infections qui comprend les éléments suivants (comme le prescrit le Règlement 79/10 pris en vertu de la LFSLD) : • la surveillance, l'enregistrement et l'analyse des symptômes sur une base quotidienne pour détecter la présence d'infections, et les mesures visant à prévenir la transmission des infections; • un système de gestion des éclosions, y compris un plan écrit, pour détecter, gérer et contrôler les éclosions de maladies infectieuses, y compris des responsabilités définies du personnel, des protocoles de déclaration fondés sur les exigences de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, des plans de communication et des protocoles pour recevoir des alertes sanitaires et y répondre; • un programme d'hygiène des mains; • un programme de vaccination et de dépistage de diverses maladies infectieuses pour les résidents et le personnel. Chaque foyer doit disposer d'une équipe interdisciplinaire pour mettre en œuvre le programme et d'un membre du personnel désigné pour coordonner le programme qui possède une formation et une expérience en matière de pratiques de prévention et de contrôle des infections, y compris les maladies infectieuses, le nettoyage et la désinfection, la collecte de données et l'analyse des tendances, les protocoles de déclaration et la gestion des éclosions. L'équipe interdisciplinaire doit tenir des réunions trimestrielles auxquelles le médecin hygiéniste local est invité. Le programme doit être évalué et mis à jour chaque année, et les résultats doivent être documentés. Le titulaire de permis doit s'assurer que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme.	4.1.3, 4.2.2
Paragraphe 87 (1). Plans de mesures d'urgence « Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient mis en place à l'intention du foyer des plans de mesures d'urgence qui sont conformes aux règlements, notamment : a) des mesures permettant de faire face aux situations d'urgence; b) un plan d'évacuation et de relogement des résidents et un plan d'évacuation du personnel et d'autres personnes dans une situation d'urgence. »	4.2.1
Articles 142 à 144, par. 146 (1), 147 (1), 149 (1), (3). Inspections L'inspecteur peut effectuer des inspections en vue de s'assurer que les exigences prévues par la LFSLD sont respectées. Lors d'une inspection, l'inspecteur peut inspecter le foyer ou un lieu exploité relativement au foyer et qui lui fournit des services, examiner des dossiers, interroger des personnes, effectuer des tests et faire appel à des experts pour obtenir de l'aide. Chaque foyer de soins de longue durée doit être inspecté sans préavis au moins une fois par année. Après avoir effectué son inspection, l'inspecteur doit préparer un rapport et en remettre une copie au titulaire de permis, au conseil des résidents et au conseil des familles, le cas échéant. L'inspecteur doit consigner dans son rapport tous les cas détectés de non-respect de la LFSLD.	4.5
Paragraphe 152 (1). Actes de l'inspecteur en cas de non-respect S'il constate que le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence prévue par la LFSLD, l'inspecteur doit remettre au moins l'un des documents suivants selon ce qu'il estime approprié : • un avis écrit de non-conformité au titulaire de permis; • une demande écrite au titulaire de permis pour qu'il rédige un plan de redressement visant à assurer volontairement le respect de l'exigence; • un ordre de conformité exigeant du titulaire de permis qu'il fasse ou s'abstienne de faire quoi que ce soit, ou qu'il soumette et mette en application un plan, pour assurer le respect d'une exigence prévue par la LFSLD; • un ordre d'exécution de travaux et d'activités permettant au titulaire de permis de permettre à des employés, des mandataires ou des entrepreneurs agissant sous l'autorité du Ministère d'exécuter au foyer les travaux ou les activités qui sont nécessaires pour assurer le respect d'une exigence prévue par la LFSLD; • un avis écrit au titulaire de permis et un renvoi au directeur pour qu'il prenne d'autres mesures. *Le 12 décembre 2017, la LFSLD a été modifiée pour donner aux inspecteurs le pouvoir de délivrer un avis de pénalité administrative. Cette modification n'est pas encore en vigueur.*	4.5.3

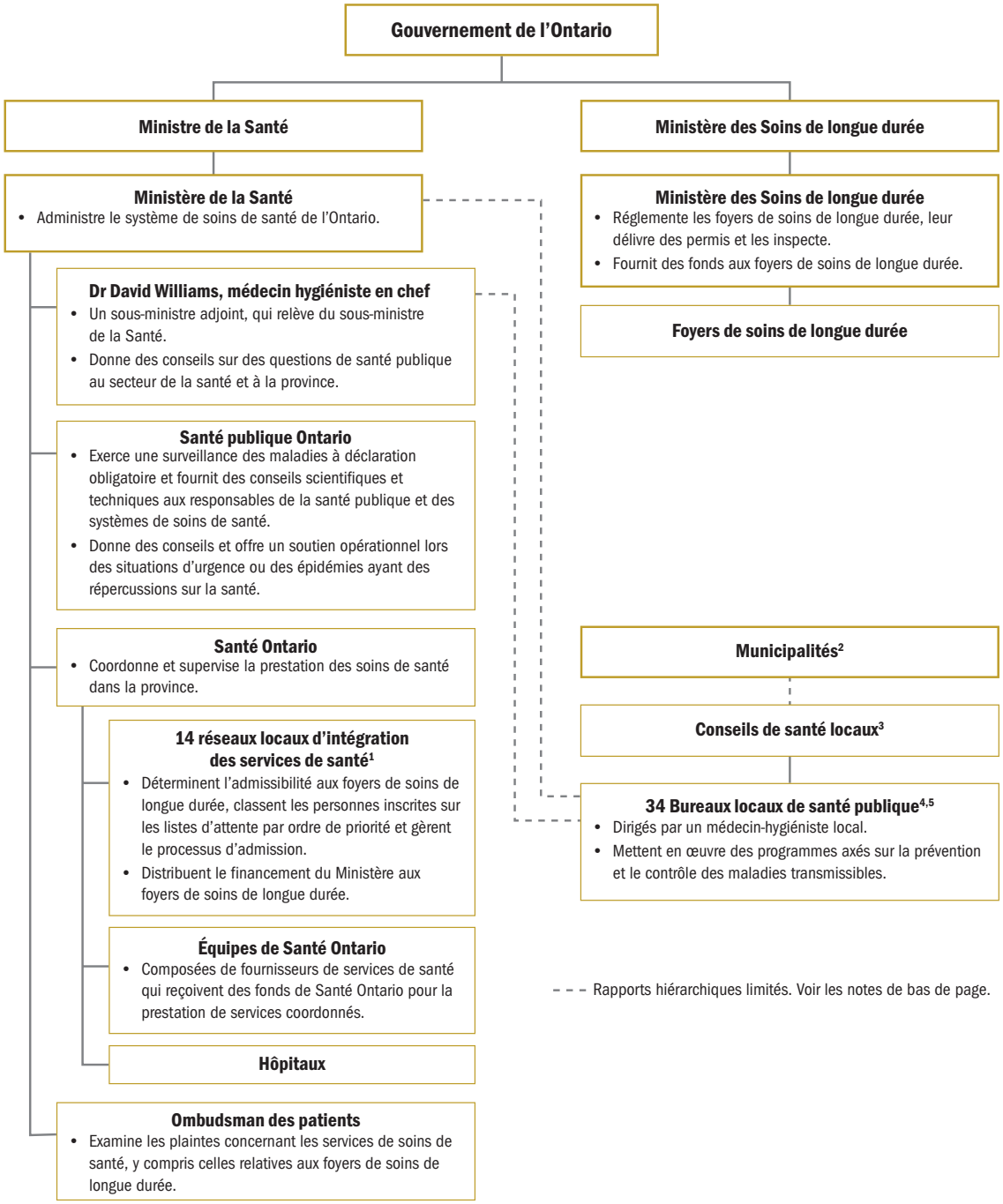
Exigence législative	Sections du rapport
Paragraphe 155 (1). Ordre de remboursement ou de retenue Le directeur peut ordonner qu'un montant précisé du financement octroyé au titulaire de permis soit remboursé par le titulaire ou retenu sur le financement qui lui serait octroyé. Cela comprend le financement fourni en vertu de la LFSLD, de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* ou de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*.	4.5.3
Paragraphe 156 (1). Ordres de gestion obligatoire Le directeur peut ordonner au titulaire de permis de retenir à ses propres frais les services d'une ou de plusieurs personnes que le directeur juge acceptables pour gérer le foyer ou aider à sa gestion, et ce, si le titulaire n'a pas respecté une exigence prévue par la LFSLD et qu'il existe des motifs raisonnables de croire que le titulaire ne peut pas gérer ou ne gérera pas le foyer convenablement ou qu'il ne peut pas le faire sans aide.	4.5.3
Paragraphes 157 (1), (2). Révocation Le directeur peut donner un ordre qui révoque un permis si, par exemple, le titulaire n'a pas respecté une exigence prévue par la LFSLD, si le foyer est exploité d'une manière qui nuit à la santé, à la sécurité ou au bien-être de ses résidents, ou si le titulaire de permis, les dirigeants ou les administrateurs du foyer n'ont pas la compétence voulue pour exploiter un foyer de façon responsable. Si le directeur a donné un ordre révoquant un permis, il peut également donner un ordre prévoyant que le foyer soit exploité par un gestionnaire intérimaire jusqu'à la prise d'effet de la révocation du permis et jusqu'à ce que les résidents du foyer soient logés ailleurs.	4.5.3
Règlement de l'Ontario 79/10 pris en vertu de la LFSLD	
Article 107. Rapports : incidents graves Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le directeur soit immédiatement informé, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, lorsque se produisent des situations d'urgence telles qu'un incendie, un décès inattendu ou soudain, un résident porté disparu depuis trois heures ou plus, un résident qui retourne au foyer avec une lésion ou des changements indésirables de son état, l'éclosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible, et la contamination d'une source d'approvisionnement en eau potable.	4.4
Loi sur la protection et la promotion de la santé	
Paragraphe 10 (1). Inspection Le médecin-hygiéniste inspecte ou fait inspecter la circonscription sanitaire qui est de son ressort en vue d'y prévenir, d'y éliminer et d'y réduire les effets des risques pour la santé.	2.2.5
Paragraphe 13 (1). Ordre relatif à un risque pour la santé Le médecin-hygiéniste ou l'inspecteur de la santé peut, au moyen d'un ordre écrit, exiger d'une personne qu'elle prenne ou s'abstienne de prendre certaines mesures relativement à un risque pour la santé en vue d'éliminer le risque pour la santé ou d'en réduire les effets.	2.2.5, 4.4
Paragraphes 29.2 (1), (2). Ordres lorsqu'une maladie transmissible se déclare Un médecin-hygiéniste peut donner un ordre exigeant qu'un hôpital public ou un établissement (foyer de soins de longue durée) au sein duquel s'est déclarée une maladie transmissible prenne les mesures qui sont précisées dans l'ordre aux fins de la surveillance, de l'enquête et de l'intervention à l'égard de la maladie. Un médecin-hygiéniste peut donner un ordre s'il est d'avis, en se fondant sur des motifs raisonnables et probables, qu'il s'est déclarée ou peut s'être déclarée au sein de l'hôpital public ou de l'établissement une maladie transmissible qui menace la santé des personnes qui s'y trouvent et que les mesures qui sont précisées dans l'ordre s'imposent afin de réduire ou d'éliminer le danger qu'elle présente pour la santé.	2.2.5, 4.4
Paragraphes 62 (1), 67 (1). Médecin-hygiéniste Le conseil de santé nomme un médecin-hygiéniste à temps plein et peut nommer un ou plusieurs médecins-hygiénistes adjoints. Le médecin-hygiéniste relève directement du conseil de santé pour les questions ayant trait aux préoccupations en matière de santé publique et aux programmes et services de santé publique prévus sous le régime de la présente loi ou de toute autre loi dans la circonscription sanitaire qui est du ressort du conseil de santé.	2.2.5

Exigence législative	Sections du rapport
Paragraphe 77.1 (1). Pouvoir d'agir du médecin-hygiéniste en chef en cas de danger pour la santé Si le médecin-hygiéniste en chef est d'avis qu'il existe quelque part en Ontario une situation qui présente ou peut présenter un danger pour la santé de personnes, il peut enquêter sur la situation et prendre les mesures qu'il estime appropriées pour prévenir, éliminer ou réduire le danger.	2.2.5
Paragraphes 77.7 (1) à (5). Directives à l'intention des fournisseurs de soins de santé S'il est d'avis qu'il existe ou qu'il peut exister un danger immédiat pour la santé de personnes quelque part en Ontario, le médecin-hygiéniste en chef peut donner une directive à tout fournisseur de soins de santé ou à toute entité chargée de la fourniture de soins de santé concernant les précautions à prendre et les modalités à suivre pour protéger la santé de personnes n'importe où en Ontario. Les foyers de soins de longue durée sont considérés comme des fournisseurs de soins de santé ou des entités de soins de santé. Lorsqu'il donne une directive, le médecin-hygiéniste en chef prend en considération le principe de précaution si : a) d'une part, il est d'avis qu'une maladie infectieuse ou transmissible s'est ou peut s'être déclarée; b) d'autre part, la directive proposée porte sur la santé et la sécurité des travailleurs et notamment sur l'utilisation de vêtements, de matériel ou d'appareils de protection. Le fournisseur de soins de santé ou l'entité de soins de santé qui reçoit une directive s'y conforme. Cependant, la directive ne peut pas être utilisée pour contraindre des membres d'une profession de la santé réglementée à fournir des services sans leur consentement. Un membre d'une profession de la santé réglementée est un praticien de la santé dont la profession est réglementée en application de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées ou de la Loi sur les praticiens ne prescrivant pas de médicaments*. Les dispositions de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* ou de ses règlements d'application l'emportent sur les dispositions incompatibles du présent article.	2.2.5, 4.4
Paragraphe 80 (2). Inspections L'inspecteur inspecte les circonscriptions sanitaires en vue d'établir dans quelle mesure la présente loi et les règlements sont respectés et de déterminer si l'objet de la loi est réalisé.	2.2.5
Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence	
Articles 7.0.1 et 7.0.7. Déclaration de la situation d'urgence Le lieutenant-gouverneur en conseil (LGC) ou le premier ministre, si celui-ci est d'avis que l'urgence de la situation exige une intervention immédiate peut, par décret ou arrêté, déclarer la situation d'urgence pour l'ensemble ou une partie de l'Ontario s'il est satisfait aux critères suivants : • La situation d'urgence exige une intervention immédiate afin d'empêcher l'émergence d'une situation dangereuse à un point tel qu'elle risquerait de causer un grave préjudice à des personnes ou d'importants dommages à des biens, ou afin d'en diminuer ou d'en atténuer les effets. • Il est impossible de se fier, sans courir le risque d'un retard important, aux ressources dont disposent normalement les ministères du gouvernement de l'Ontario ou un organisme, un conseil ou une commission ou une autre branche du gouvernement, notamment la législation actuelle, ou l'efficacité des ressources visées peut s'avérer insuffisante pour faire face à la situation d'urgence. À moins que le LGC y mette fin plus tôt ou la proroge, la déclaration d'urgence est révoquée au terme de 14 jours. Le LGC peut proroger la situation d'urgence avant qu'elle ne prenne fin pour une autre période d'au plus 14 jours. Sur recommandation du premier ministre, l'Assemblée peut, par résolution, proroger la situation d'urgence pour des périodes supplémentaires d'au plus 28 jours.	2.2.1

Exigence législative	Sections du rapport
Articles 7.0.2 et 7.0.8. Décrets d'urgence Lors d'une situation d'urgence déclarée, le LGC peut prendre les décrets qu'il juge nécessaires et essentiels dans les circonstances pour empêcher que soient causés un grave préjudice à des personnes ou d'importants dommages à des biens, ou pour diminuer ou atténuer un tel préjudice ou de tels dommages si, à son avis, il est raisonnable de croire que le décret permettra d'atténuer le préjudice ou les dommages, et qu'il constitue une solution de rechange raisonnable aux autres mesures qui pourraient être prises pour régler l'urgence. Ces décrets peuvent notamment prévoir les mesures suivantes : réglementer les déplacements; mettre sur pied des installations permettant de s'occuper de particuliers et de veiller à leur bien-être, à leur sécurité et à leur hébergement; fermer des institutions ou des établissements publics ou privés; et exiger que toute personne recueille, utilise ou divulgue des renseignements qui peuvent être nécessaires afin de prévenir l'émergence de la situation d'urgence, d'intervenir si elle se produit ou d'en atténuer les effets. À moins qu'ils soient révoqués plus tôt ou prorogés, les décrets d'urgence sont révoqués au terme de 14 jours. Le LGC ou le ministre auquel le pouvoir a été délégué peut proroger le délai d'application d'un décret d'urgence pour des périodes d'au plus 14 jours.	2.2.1
Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario (mesures adaptables en réponse à la COVID-19)	
Paragraphe 2(1). Décrets d'urgence Les décrets pris en vertu de la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence* qui, le jour de l'entrée en vigueur du présent paragraphe, n'ont pas été révoqués sont maintenus comme décrets valides et exécutoires pris en vertu de la présente loi et cessent d'être des décrets pris en vertu de la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence*.	2.2.1
Paragraphe 3 (1). Durée d'application limitée Les décrets maintenus en application de l'article 2 cessent de s'appliquer 30 jours après qu'ils ont été maintenus, sous réserve de leur prorogation en vertu du paragraphe (2).	2.2.1
Paragraphe 3 (2). Prorogation des décrets Le lieutenant-gouverneur en conseil peut, par décret, proroger la période de validité d'un décret, avant qu'il ne cesse de s'appliquer, pour des périodes d'au plus 30 jours.	2.2.1
Paragraphe 4 (1). Pouvoir de modification des décrets Le lieutenant-gouverneur en conseil peut, par décret : a) sous réserve des paragraphes (2) et (5), modifier un décret pris en vertu de l'article 7.0.2 et maintenu d'une façon qui aurait été autorisée en vertu de l'article 7.0.2 de la Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence si la situation d'urgence déclarée en raison de la COVID-19 était encore en vigueur et que les mentions à cet article de la situation d'urgence étaient des mentions de la pandémie de COVID-19 et de ses effets; b) modifier un décret maintenu en application de l'article 2 afin de traiter des questions transitoires se rapportant à la fin de la situation d'urgence déclarée en raison de la COVID-19, à l'édiction de la présente loi ou au maintien de décrets sous le régime de la présente loi en application de l'article 2.	2.2.1
Article 5. Pouvoir de révocation Le lieutenant-gouverneur en conseil peut, par décret, révoquer tout décret maintenu en application de l'article 2.	2.2.1
Paragraphe 10 (1). Infractions Quiconque ne se conforme pas à un décret pris en vertu de l'article 7.0.2 et maintenu ou gêne ou entrave une personne qui exerce un pouvoir ou une fonction que lui attribue un tel décret est coupable d'une infraction et passible, sur déclaration de culpabilité : a) s'il s'agit d'un particulier et sous réserve de l'alinéa b), d'une amende maximale de 100 000 $ et d'un emprisonnement maximal d'un an; b) s'il s'agit d'un administrateur ou d'un dirigeant d'une personne morale, d'une amende maximale de 500 000 $ et d'un emprisonnement maximal d'un an; c) s'il s'agit d'une personne morale, d'une amende maximale de 10 000 000 $.	2.2.1
Article 17. Fin de la situation d'urgence déclarée en raison de la COVID-19 À moins qu'elle ait déjà pris fin avant l'entrée en vigueur du présent article, la situation d'urgence déclarée en raison de la COVID-19 prend fin, et le Règlement de l'Ontario 50/20 (Déclaration de situation d'urgence) est abrogé.	2.2.1

Annexe 2 : Aperçu du système de soins de santé de l'Ontario en relation avec le secteur des soins de longue durée

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



1. Dans le cadre de la réorganisation en cours du secteur des services de santé, les fonctions administratives des 14 RLISS ont été transférées à Santé Ontario le 1er avril 2021. Depuis le 1er avril 2021, les autres fonctions opérationnelles des RLISS sont désormais désignées par l'appellation Services de soutien à domicile et en milieu communautaire. Les responsabilités des RLISS actuels à l'égard des foyers de soins de longue durée seront transférées au ministère des Soins de longue durée.
2. Comprend les municipalités à palier unique (p. ex. la Ville de Toronto) et les municipalités de palier supérieur (p. ex. les régions de Peel et de Halton).
3. Les conseils de santé locaux fonctionnent selon différents modèles de gouvernance, dont certains font partie de la structure municipale, tandis que d'autres sont distincts.
4. Les bureaux locaux de santé publique reçoivent des fonds du ministère de la Santé et ne font rapport au Ministère que sur les programmes financés.
5. Le médecin-hygiéniste en chef a le pouvoir d'ordonner aux administrations locales de l'Ontario de mettre en œuvre des mesures de santé publique en réponse à un risque pour la santé publique ou à une situation d'urgence.

Annexe 3 : Ministère des Soins de longue durée : Direction de l'inspection des soins de longue durée, décembre 2020

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Ministère des Soins de longue durée

- Réglemente les foyers de soins de longue durée, les inspecte et établit les frais d'hébergement

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

- Surveille la conformité des foyers de soins de longue durée aux lois en vigueur et aux politiques du Ministère
- Dirige la conception, l'élaboration et la mise en œuvre des lois, des règlements et des politiques

Direction de l'inspection des soins de longue durée

- Applique les exigences législatives et réglementaires régissant les droits des résidents des établissements de soins de longue durée, leur sécurité et la qualité des soins qui leur sont prodigués
- Gère les plaintes reçues, assure le triage des problèmes à risque élevé et établit la communication avec les foyers

Bureaux régionaux

1 directeur, 3 cadres supérieurs, 4 agents du secteur de service, 12 gestionnaires d'inspection, 143 inspecteurs[1], 11 membres du personnel administratif

- Effectuent des inspections découlant de plaintes et d'incidents graves ainsi que des inspections complètes et de suivi dans les foyers de soins de longue durée
- Prennent les mesures d'exécution nécessaires pour assurer la conformité des foyers à la Loi

Admission, évaluation et triage

1 gestionnaire, 10 agents d'évaluation et de triage[2], 1 adjoint administratif

- Reçoit et évalue chaque plainte et incident grave signalé et détermine si une inspection est nécessaire
- Attribue un niveau de risque à chaque cas nécessitant une inspection et transmet les cas aux bureaux régionaux

Formation, perfectionnement et recrutement

1 gestionnaire, 4 gestionnaires régionaux de la formation, 2 conseillers en services cliniques, PIQFSLD, 3 conseillers en environnement, 1 spécialiste en apprentissage et perfectionnement

- Élabore et tient à jour les politiques internes de la Direction de l'inspection.
- Gère un processus d'aiguillage pour les bureaux régionaux afin d'obtenir une expertise sur divers sujets liés à l'environnement et à la santé publique

Planification stratégique et élaboration de programmes

1 gestionnaire, 1 gestionnaire de projet, 2 responsables de la qualité, 1 coordonnateur administratif (1 contrat), 1 spécialiste des appels

- Appuie l'élaboration d'un cadre de gestion du rendement au niveau de la direction pour assurer l'amélioration continue de la qualité et l'application uniforme de la politique sur les programmes.

1. À l'heure actuelle, une vingtaine d'inspecteurs ne sont pas actifs en raison d'un détachement, d'une invalidité de longue durée ou d'un autre motif d'absence.
2. Il y a neuf agents d'évaluation et de triage à Hamilton, et un autre à Sudbury.

Annexe 4 : Trente et un protocoles du ministère des Soins de longue durée sont utilisés dans le cadre des inspections complètes et des autres types d'inspections

Source des données : Ministère des Soins de longue durée.
Remarque : Les inspecteurs peuvent examiner les plans de soins des résidents si des préoccupations sont identifiées dans l'un des protocoles qui ont un impact sur les soins aux résidents.

Protocoles d'inspection obligatoires[1]

Les cinq protocoles suivants doivent être examinés à l'étape un ou deux de chaque inspection complète :

1. Observation des repas[2]
2. Entrevue avec un conseil de famille
3. Prévention et contrôle des infections
4. Médication
5. Entrevue avec un conseil de résidents

Autres protocoles d'inspection[1]

Les inspecteurs examinent un ou plusieurs des protocoles suivants à la deuxième étape d'une inspection complète s'ils le jugent nécessaire à la suite de l'examen des dossiers, de leurs observations ou des entrevues :

En lien avec les foyers (déclencheur)

6. Entretien ménager[3]
7. Services de buanderie
8. Services d'entretien
9. Intervention en cas d'incident grave
10. Qualité des aliments
11. Rapports et plaintes
12. Foyer sûr et sécuritaire
13. Collations
14. Dotation en personnel (est-elle suffisante?)
15. Comptes en fiducie[4]

En lien avec les résidents (déclencheur)

16. Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence[3]
17. Dignité, choix et vie privée[3]
18. Prévention des chutes[3]
19. Hospitalisation et changement d'état
20. Recours minimal à la contention[3]
21. Nutrition et hydratation[3]
22. Gestion de la douleur[3]
23. Services de soutien personnel
24. Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles[3]
25. Activités récréatives et sociales
26. Comportements réactifs
27. Soins de la peau et des plaies[3]

À la demande des inspecteurs

28. Critères d'admission et de mise en congé
29. Amélioration de la qualité
30. Facturation aux résidents[5]
31. Formation et orientation

1. Ces protocoles d'inspection peuvent être utilisés lors de n'importe quel type d'inspection. Pour les inspections relatives aux plaintes et aux incidents graves, les inspecteurs utilisent les protocoles d'inspection qui correspondent le mieux à la nature de la plainte ou de l'incident grave. L'inclusion de protocoles d'inspection dans la catégorie des protocoles obligatoires, déclenchés et amorcés par l'inspecteur n'est pertinente que pour les inspections complètes.
2. Ce protocole n'était pas un protocole d'inspection obligatoire pour l'inspection complète axée sur le risque (voir la **figure 25**).
3. Ce protocole a été inclus dans l'inspection complète axée sur le risque (voir la **figure 25**).
4. Les comptes en fiducie sont des comptes bancaires dans lesquels l'exploitant du foyer doit déposer toutes les sommes qui lui sont confiées pour le compte des résidents.
5. La facturation aux résidents correspond aux frais facturés aux résidents pour les biens et services qu'ils reçoivent dans les foyers et qui ne sont pas financés par le gouvernement, comme les coupes de cheveux, la câblodistribution et les lignes téléphoniques.

Annexe 5 : Principales exigences du Protocole de gestion des éclosions dans les établissements et le milieu institutionnel, 2018

Source des données : Ministère de la Santé

Domaine	Protocoles
Généralités	• Établir et tenir à jour des politiques et des procédures pour intervenir en cas d'éclosion de maladies infectieuses dans les établissements. • Aider les établissements à se préparer à gérer des éclosions en établissant des mécanismes pour recueillir des données et en offrant de la formation sur la prévention et la gestion des éclosions. • Communiquer les politiques et procédures relatives aux maladies. • Participer à l'examen et à la révision des politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections et formuler des recommandations en matière de santé pour la prévention, la détection et la gestion des éclosions. • Aider les établissements à élaborer et à examiner des plans écrits d'intervention en cas d'éclosion au moins tous les deux ans.
Détection, enquête et identification	• Informer les établissements qu'ils doivent signaler au médecin hygiéniste toutes les maladies infectieuses. • Collaborer avec les établissements pour mettre au point un système de surveillance pouvant évaluer avec exactitude une éclosion probable ou confirmée. • Aider les établissements à élaborer un plan de communication pour recevoir des notifications et l'information sur les éclosions. • Communiquer aux établissements des renseignements épidémiologiques à jour sur les cas locaux de maladies infectieuses.
Notification : Rapport de la source aux conseils de santé	• Disposer d'un service de permanence afin de recevoir les avis d'éclosion de maladies infectieuses et y répondre. • Fournir de l'aide pour évaluer les éclosions de maladies infectieuses dans les 24 heures qui suivent la réception d'un avis d'éclosion. • Obtenir l'information épidémiologique nécessaire pour étudier, évaluer et contrôler l'éclosion. • Favoriser la collecte des échantillons environnementaux, cliniques et autres nécessaires pour étudier, évaluer, confirmer et contrôler une éclosion.
Gestion	• Aider les établissements à gérer les éclosions de maladies infectieuses; toutefois, il incombe en fin de compte à l'établissement de gérer l'éclosion. • Aider à confirmer l'existence d'une éclosion et à la signaler. • Prendre les mesures qui suivent pour aider les établissements à gérer les éclosions : a) Étudier ou établir une définition de cas en collaboration avec l'établissement; b) Déterminer la population à risque; c) Participer à la recherche de cas actifs; d) Évaluer l'état de l'éclosion chaque jour ou selon la fréquence établie; e) Examiner les listes fournies par l'établissement, y compris les populations à risque et le nombre de cas, et en discuter. • Recommander et aider à mettre en œuvre des pratiques pertinentes de prévention et de contrôle des infections. • Participer aux réunions de l'équipe de gestion des éclosions. • Aider les établissements à élaborer et à mettre en œuvre un plan de communication des risques. • Déclarer si l'éclosion est terminée, après consultation avec l'établissement. • Examiner la réponse aux éclosions avec les établissements après avoir déclaré qu'une éclosion est terminée. • Évaluer la gestion et l'incidence des éclosions et aider à déterminer des stratégies d'amélioration de leur gestion. • Inspecter les établissements pour déceler les éclosions d'infections, les pratiques de prévention et de contrôle des infections, et la préparation et la manipulation des aliments au sein de l'établissement. • Réagir aux problèmes de salubrité des aliments et d'environnement en contexte d'éclosion.

Domaine	Protocoles
Collecte de données, production de rapports et transfert d'information par les conseils de santé au ministère de la Santé, au ministère des Soins de longue durée et à d'autres intervenants	• Communiquer au Ministère et à Santé publique Ontario les données sur les éclosions de maladies importantes pour la santé publique dans un délai d'un jour ouvrable suivant la réception de l'avis d'éclosion ou de l'évaluation d'une éclosion qui n'a pas été signalée par l'établissement. • Mettre à jour le dossier d'éclosion et saisir les données, le cas échéant. • Communiquer le plus tôt possible au Ministère et à SPO toute éclosion ou tout résultat inhabituel ou possibilité que plusieurs instances soient concernées. • Saisir le résumé final des données sur l'éclosion au plus tard 15 jours ouvrables suivant la déclaration que l'éclosion est terminée. • Aider l'établissement à résumer l'éclosion et à mettre en évidence les points à améliorer pour les interventions.

Annexe 6 : Principales entités gouvernementales participant à la réponse de l'Ontario à la COVID-19

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Organisation	Activités à exécuter et autres renseignements
Gouvernement fédéral	
Agence de la santé publique du Canada	• Distribuer aux provinces l'information reçue de l'Organisation mondiale de la Santé. • Recueillir des renseignements sur la COVID-19 auprès des provinces, comme de l'information sur les cas et les décès, aux fins du regroupement des renseignements et de leur transmission à l'Organisation mondiale de la Santé.
Agence des services frontaliers du Canada	• Faciliter la circulation des voyageurs internationaux au Canada, et veiller notamment au respect des restrictions imposées par le gouvernement fédéral concernant les personnes qui peuvent entrer au pays. • Recueillir les renseignements sur les voyageurs internationaux devant être communiqués à l'Agence de la santé publique du Canada afin d'assurer le respect et l'application de l'exigence de mise en quarantaine ou d'isolement de 14 jours établie par le gouvernement du Canada, conformément au *Décret no 4 visant la réduction du risque d'exposition à la COVID-19 au Canada (obligation de s'isoler)*.
Forces armées canadiennes	• Déployer, dans le cadre de l'opération LASER, du personnel médical et de soutien dans sept foyers de soins de longue durée en Ontario d'avril à juillet 2020 pour aider à préparer et servir les repas, nourrir les résidents, aider les résidents à s'occuper de leur hygiène personnelle, accompagner les résidents lors de promenades, préparer et distribuer des produits médicaux et partager des observations avec le personnel soignant. Les Forces armées canadiennes ont publié un rapport provisoire le 24 mai 2020, suivi d'un rapport final le 29 juillet 2020.
Province (secteur de la santé)	
Ministère de la Santé	• Diriger les interventions en matière de soins de santé de l'Ontario pour lutter contre la COVID-19. • Le sous-ministre de la Santé copréside le Groupe de commandement pour le secteur de la santé.
Ministère des Soins de longue durée	• Appuyer l'intervention du ministère de la Santé en participant au Groupe de commandement pour le secteur de la santé et aux sous-groupes sur les foyers de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées. • Élaborer et mettre en œuvre des politiques pour les foyers de soins de longue durée.

Médecin hygiéniste en chef	• Présenter au président de l'Assemblée législative un rapport annuel sur l'état de la santé publique en Ontario.
	• Émettre une directive :
	  • à tout fournisseur de soins de santé ou à toute entité chargée de la fourniture de soins de santé concernant les précautions à prendre et les modalités à suivre lorsqu'il est d'avis qu'il existe ou qu'il peut exister un risque immédiat pour la santé des personnes n'importe où en Ontario;
	  • à l'un ou l'ensemble des conseils de santé ou des médecins hygiénistes locaux pour que soient adoptées ou mises en œuvre des politiques ou des mesures lorsqu'il se produit ou qu'il existe un risque immédiat que se produise un événement de santé publique provincial, national ou international, une pandémie ou une situation d'urgence ayant des répercussions sur la santé n'importe où en Ontario, dans les cas où les politiques ou les mesures sont nécessaires pour appuyer une intervention coordonnée en réponse à la situation.
	• Assumer le rôle de sous-ministre adjoint auprès du sous-ministre de la Santé, et prendre en charge le groupe responsable de la santé publique du ministère de la Santé.

Santé Ontario	• Diriger cinq comités directeurs régionaux.
Santé publique Ontario	• Surveiller les éclosions de maladies infectieuses et fournir des conseils scientifiques au système de soins de santé et au gouvernement de l'Ontario. • Exploiter 11 laboratoires de santé publique qui effectuent des tests de dépistage des maladies infectieuses (y compris sept laboratoires qui effectuent des tests de dépistage de la COVID-19).

Organisation	Activités à exécuter et autres renseignements
Fournisseurs de soins de santé	• Les hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires aident à évaluer et à traiter les personnes atteintes de la COVID-19. • Treize hôpitaux et quatre laboratoires communautaires effectuent des tests de dépistage de la COVID-19. • Environ 149 centres d'évaluation (principalement exploités par des hôpitaux) recueillent des échantillons auprès de personnes qui demandent de subir un test en laboratoire pour le dépistage de la COVID-19.
Province (hors du secteur de la santé)	
Solliciteur général	• Appliquer la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence*, qui a été invoquée le 17 mars 2020 pour obliger un certain nombre d'entreprises publiques et privées à demeurer fermées.
Gestion des situations d'urgence Ontario	• Relève du solliciteur général, et est chargé de surveiller et de coordonner le programme de gestion des situations d'urgence de la province et de superviser ceux des divers ministères et des municipalités de l'Ontario.
Municipalités	
Bureaux de santé publique	• Administrer des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies ainsi que le contrôle des maladies transmissibles, y compris la gestion des cas et la recherche des contacts en lien avec la COVID-19.

Annexe 7 : Chronologie de certains événements clés liés à la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario, du 27 janvier au 31 décembre 2020

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Date	Événement
27 janvier — Le Canada signale son premier cas confirmé de COVID-19 à Toronto, en Ontario.	
3 février	La province publie des consignes sur la prévention et le dépistage de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée.
11 février	La province diffuse des directives mises à jour sur la prévention et le dépistage de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée.
28 février	Le ministère de la Santé de l'Ontario (le Ministère) met en place le Groupe de commandement pour le secteur de la santé afin de donner des conseils au ministère de la Santé, au Conseil des ministres et au premier ministre*.
9 mars	Le Ministère envoie une note de service à tous les exploitants de foyers de soins de longue durée, les enjoignant de procéder activement au dépistage de tous les visiteurs, résidents, résidents réadmis et résidents de retour dans les foyers de soins de longue durée.
9 mars	Le premier décès lié à la COVID-19 au Canada est enregistré dans un foyer de soins de longue durée en Colombie-Britannique.
11 mars — L'Organisation mondiale de la Santé déclare que la COVID-19 est une pandémie.	
11 mars	Le Ministère modifie la note de service du 9 mars pour y inclure également le personnel et les bénévoles.
13 mars	La médecin hygiéniste en chef de l'Ontario recommande que les foyers de soins de longue durée ne permettent que les visiteurs essentiels, comme ceux qui visitent les personnes très malades ou qui effectuent des visites de fin de vie.
14 mars	Le ministère des Soins de longue durée interrompt toutes les inspections sur place des foyers de soins de longue durée, y compris celles portant sur des plaintes et des incidents graves.
17 mars — Le gouvernement de l'Ontario déclare l'état d'urgence.	
17 mars	La province annonce un financement pouvant atteindre 304 millions de dollars pour aider à répondre à la COVID-19, dont 50 millions sont attribués aux foyers de soins de longue durée pour soutenir le dépistage 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, du personnel supplémentaire et des fournitures essentielles.
17 mars	Les premiers cas de COVID-19 chez des résidents dans le secteur des soins de longue durée sont confirmés à Toronto, à Oshawa, à York et à Woodbridge.
20 mars	Les premiers cas de COVID-19 chez des membres du personnel des soins de longue durée sont confirmés à Toronto, à Oshawa et à Bobcaygeon.
20 mars	La province modifie le règlement pris en vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (Règl. de l'Ont. 72/20) pour permettre aux foyers d'embaucher rapidement plus de nouveaux employés afin de prévenir d'éventuelles pénuries de personnel et de consacrer plus de temps aux soins directs aux résidents.
22 mars	Le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario émet une directive (appelée Directive no 3) aux foyers de soins de longue durée pour appliquer immédiatement les mesures suivantes : • ne pas permettre aux résidents de quitter le foyer pour des absences de courte durée afin de rendre visite à leur famille et à leurs amis; • limiter, dans la mesure du possible, le nombre de lieux où travaillent des employés.
23 mars	La province émet une ordonnance temporaire (Règl. de l'Ont. 77/20) pour les foyers de soins de longue durée afin d'assouplir davantage les mouvements du personnel et de permettre aux foyers d'intervenir en cas d'éclosions de COVID-19, de les prévenir et de les atténuer. La province suspend également les courts séjours dans les foyers de soins de longue durée et fournit des conseils aux foyers sur la façon d'utiliser les lits pour soins de courte durée afin de maximiser la capacité des demandeurs en attente d'une admission dans un lit pour soins de longue durée dans un foyer de soins de longue durée.
24 mars	La province modifie le règlement afin de simplifier les processus d'admission, de congé et de réadmission en soins de longue durée.

Date	Événement
25 mars	La province lance le Plan d'action de l'Ontario : En réponse à la COVID-19, un plan de secours d'urgence de 17 milliards de dollars, dont 3,3 milliards en ressources supplémentaires pour le système de santé, plus précisément 243 millions de dollars pour les soins de longue durée.
27 mars	La province émet une deuxième ordonnance temporaire (Règl. de l'Ont. 95/20) pour accroître la souplesse des foyers de soins de longue durée et leur permettre de réorienter leurs ressources humaines et financières vers des tâches essentielles pendant la crise de la COVID-19.
30 mars	Le médecin hygiéniste en chef met à jour la Directive no 3 pour limiter les visites dans les foyers de soins de longue durée aux seuls visiteurs essentiels – ceux qui fournissent des services de soutien essentiels, comme la livraison d'aliments, l'inspection, l'entretien ou les services de soins de santé; ou ceux qui rendent visite à un résident très malade ou en soins palliatifs.
30 mars	En outre, dans la Directive no 3, le médecin hygiéniste en chef ordonne que, dans la mesure du possible, les employeurs collaborent avec les employés pour limiter le nombre de lieux différents où ceux-ci exécutent leurs tâches.
7 avril	Le Ministère lance le Portail ontarien de jumelage pour trier et jumeler les employés et les bénévoles potentiels qui souhaitent participer à la lutte contre la pandémie de COVID-10.
8 avril	Le médecin hygiéniste en chef met à jour la directive no 3 pour : • mettre en œuvre la procédure de port du masque pour le personnel et les visiteurs essentiels; • conserver et entreposer de façon sécuritaire l'équipement de protection individuelle utilisé; • fournir des directives aux membres du personnel et aux groupes de résidents; • recommander aux employeurs de collaborer avec le personnel pour limiter le nombre de lieux de travail du personnel; • dépister la COVID-19; • suivre un protocole de gestion des éclosions. La Directive no 3 mise à jour ordonne également aux foyers de soins de longue durée d'entreprendre immédiatement un dépistage plus agressif — rehaussé à deux fois par jour — du personnel, des visiteurs essentiels et des résidents.
11 avril	Première réunion du Groupe central de coordination de la province, qui a été créé pour prendre des décisions sur les conseils d'un cabinet d'experts-conseils contractuels.
13 avril	La province amorce la livraison le jour même des fournitures et de l'équipement aux hôpitaux, aux foyers de soins de longue durée et aux maisons de retraite, et à d'autres établissements, pour soutenir les travailleurs essentiels dans tous les milieux, et accélère l'envoi des fournitures aux personnes qui en ont le plus besoin.
14 avril	La province émet une troisième ordonnance temporaire (Règl. de l'Ont. 146/20) pour empêcher les employés des foyers de soins de longue durée de travailler à plus d'un endroit. Cette ordonnance entre en vigueur le 22 avril 2020.
15 avril	La province ordonne aux hôpitaux de suspendre le transfert des patients d'autres niveaux de soin des hôpitaux aux foyers de soins de longue durée.
16 avril	La province émet une ordonnance temporaire (Règl. de l'Ont. 156/20) qui permet aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de collaborer avec leurs fournisseurs de services de soins à domicile pour redéployer les travailleurs dans les foyers de soins de longue durée. La province émet une ordonnance temporaire (Règl. de l'Ont. 157/20) qui permet aux municipalités de réaffecter le personnel là où il existe des besoins locaux, y compris les soins de longue durée.
22 avril	La province demande aux Forces armées canadiennes de venir en aide à cinq foyers de soins de longue durée aux prises avec des éclosions de COVID-19.
24 avril	La province modifie le Règl. de l'Ont. 74/20 pour autoriser les hôpitaux à redéployer du personnel dans des établissements de soins de longue durée pour fournir de l'aide.
28 avril	Des membres des Forces armées canadiennes sont déployés dans cinq foyers de soins de longue durée.
8 mai	Le ministère des Soins de longue durée permet aux inspecteurs de reprendre les inspections sur place. Toutefois, les inspecteurs ne sont pas tenus de se rendre sur place pour effectuer des inspections.
12 mai	La province modifie le Règlement de l'Ontario 210/20 pour permettre au Ministère de nommer une personne qui sera chargée de gérer un foyer de soins de longue durée si au moins un résident ou un employé obtient un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19.

Date	Événement
23 mai	Le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario met à jour la directive no 3 pour que les foyers établissent un plan pour les groupes de résidents en cas d'éclosion de la COVID-19.
24 mai	Les Forces armées canadiennes publient un rapport provisoire sur leurs observations dans les cinq foyers de soins de longue durée où ils ont été déployés le 28 avril.
25 mai	Le ministère des Soins de longue durée émet des ordonnances de gestion obligatoire désignant des hôpitaux locaux pour gérer temporairement deux foyers de soins de longue durée. Le Southlake Regional Health Centre gère temporairement le centre de soins infirmiers River Glen Haven à Sutton, et l'hôpital Humber River gère temporairement le centre de soins de longue durée Downsview à North York.
27 mai	Le Ministère annonce qu'il nomme des gestionnaires temporaires dans cinq autres foyers de soins de longue durée — à Brampton, Etobicoke, North York, Pickering et Scarborough. Selon les Forces armées canadiennes, quatre de ces cinq foyers ne respectaient pas ou n'avaient pas les politiques requises, ni du personnel suffisamment formé, et ils présentaient des pénuries de fournitures médicales, des lacunes dans les installations et des préoccupations au sujet des normes de soins.
2 juin	L'ombudsman des patients de l'Ontario lance une enquête sur les plaintes relatives aux foyers de soins de longue durée pendant la pandémie de COVID-19.
2 juin	Le ministère des Soins de longue durée donne un ordre de gestion obligatoire désignant un hôpital pour gérer temporairement un foyer de soins de longue durée à Kitchener.
10 juin	La province commence à autoriser les nouvelles admissions dans les foyers de soins de longue durée en provenance de la collectivité ou des hôpitaux (y compris les patients nécessitant un autre niveau de soins).
12 juin	Le Ministère désigne un hôpital pour gérer temporairement un foyer de soins de longue durée à Scarborough.
17 juin	Le Ministère désigne un hôpital pour gérer temporairement un foyer de soins de longue durée à Vaughan.
16 juin	Le Ministère désigne un hôpital pour gérer temporairement un foyer de soins de longue durée à North York.
29 juillet	En vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, la province met sur pied une commission indépendante chargée d'enquêter sur la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée.
14 août	Les Forces armées canadiennes publient leur rapport final sur la Mission de soins de longue durée, dans lequel il est précisé que la plupart des préoccupations soulevées dans les foyers de soins de longue durée ont été prises en compte. Toutefois, le rapport fait également état de préoccupations en suspens, principalement en ce qui concerne la formation et la surveillance des nouveaux employés pour assurer la mise en place et le respect de mesures uniformes de prévention et de contrôle des infections.
28 août	La province annonce que les résidents de foyers de soins de longue durée peuvent à nouveau quitter leur résidence pour des séjours de courte durée et des absences temporaires.
2 sept.	La province met à jour sa politique sur les visiteurs des foyers de soins de longue durée pour aider les exploitants à mettre en œuvre des pratiques uniformes de visite à l'échelle de la province. Cette politique comprend des directives sur la façon d'autoriser les visites des aidants essentiels en toute sécurité dans les foyers.
25 sept.	Deux nouvelles ententes de gestion volontaire sont établies entre l'Hôpital d'Ottawa et deux foyers de soins de longue durée : Villa Extendicare West End et manoir Laurier Extendicare.
5 oct.	La province met à jour sa politique sur les visiteurs pour s'attaquer aux régions où la propagation communautaire de la COVID-19 est plus élevée, à compter du 7 octobre 2020.
7 oct.	Le ministère des Soins de longue durée facilite la conclusion d'une entente de gestion volontaire entre Unity Health Toronto et Norwood Nursing Home de Toronto.
13 oct.	Le ministère des Soins de longue durée publie une ordonnance de gestion obligatoire dans laquelle il confie au Centre régional de santé Royal Victoria la gestion temporaire du foyer Simcoe Manor Home for the Aged, au nom de la Corporation of the County of Simcoe, à Beeton.
23 oct.	Des équipes de la Croix-Rouge canadienne offrent un soutien à court terme au foyer de soins de longue durée de la Résidence Prescott et Russell à Hawkesbury.
28 oct.	Le ministère des Soins de longue durée émet une ordonnance de gestion obligatoire exigeant que le foyer de soins de longue durée Millennium Trail Manor à Niagara Falls retienne les services de Niagara Health System pour gérer temporairement le foyer.
6 nov.	La province annonce un nouveau cadre pour classer les régions de santé publique en cinq niveaux différents : Vert-Prévenir, jaune-Protéger, orange-Restreindre, rouge-Contrôler et Confinement.

Date	Événement
9 nov.	La province lance le programme Réserve ontarienne de ressources humaines pour le soutien aux aînés, qui met l'accent sur le recrutement, la formation et le déploiement de personnes comme aides de soutien aux résidents (ASR) pour travailler dans les foyers pendant la pandémie de COVID-19. Les ASR aideront les résidents à accomplir leurs activités quotidiennes, y compris l'aide pendant les heures des repas et les pauses nutritionnelles, la coordination des visites et le soutien aux activités technologiques ou récréatives.
12 nov.	La province annonce un investissement supplémentaire de 761 millions de dollars pour construire et rénover 74 foyers de soins de longue durée dans la province. Cet investissement appuie l'engagement du gouvernement pour la création de 30 000 places sur dix ans.
20 nov.	La province s'engage à exécuter 29 projets qui permettraient de créer 1 968 nouvelles places et de moderniser 1 015 places de soins de longue durée. Au total, 23 projets portent sur la construction de nouveaux bâtiments.
25 nov.	Le ministère des Soins de longue durée diffuse une ordonnance de gestion obligatoire désignant l'hôpital Joseph Brant pour gérer temporairement le centre de soins infirmiers Tyndall, à Mississauga.
28 nov.	Le ministère des Soins de longue durée approuve de nouvelles ententes de gestion volontaire pour deux foyers de soins de longue durée. Des ententes sont conclues entre Scarborough Health Network et Rockcliffe Care Community, à Scarborough, et Mackenzie Health et Langstaff Square Care Community, à Richmond Hill.
3 déc.	Le ministère des Soins de longue durée approuve une entente de gestion volontaire entre le Southlake Regional Health Centre et King City Lodge Nursing Home, un foyer de soins de longue durée situé à King City. Le ministère des Soins de longue durée approuve également une entente de gestion volontaire avec Lakeridge Health pour appuyer le Sunnycrest Nursing Home, à Whitby.
14 déc.	Le ministère des Soins de longue durée diffuse une ordonnance de gestion obligatoire entre Revera Long Term Care Inc. et UniversalCare Canada Inc. pour gérer temporairement Westside, un foyer de soins de longue durée situé à Etobicoke.
15 déc.	Le ministère des Soins de longue durée approuve une entente de gestion volontaire entre le Scarborough Health Network et le Craiglee Nursing Home, un foyer de soins de longue durée situé à Scarborough.
16 déc.	Le ministère des Soins de longue durée approuve un contrat de gestion volontaire entre Hamilton Health Sciences et Grace Villa Nursing Home, un foyer de soins de longue durée à Hamilton.
18 déc.	Le ministère des Soins de longue durée approuve un contrat de gestion volontaire entre le Cambridge Memorial Hospital et Cambridge Country Manor, un foyer de soins de longue durée autorisé de Caressant-Care Nursing and Retirement Homes Limited.
21 déc.	Le ministère des Soins de longue durée approuve un contrat de gestion volontaire entre l'hôpital Markham Stouffville et Faith Manor Nursing Home, un foyer de soins de longue durée de Brampton autorisé de Holland Christian Homes Inc.
23 déc.	Les équipes de la Croix-Rouge canadienne commencent à fournir un soutien à court terme à 20 autres foyers de soins de longue durée et maisons de retraite en Ontario.
29 déc.	Le ministère des Soins de longue durée approuve un contrat de gestion volontaire entre le North York General Hospital et Tendercare Living Centre, un foyer de soins de longue durée de Scarborough, autorisé par Tendercare Nursing Homes Limited. Le ministère des Soins de longue durée approuve également un contrat de gestion volontaire entre St. Joseph's Healthcare Hamilton et Shalom Village Nursing Home, à Hamilton.
30 déc.	La province publie le Cadre éthique pour la distribution des vaccins contre la COVID-19, qui a été élaboré en partenariat avec le Groupe de travail sur la distribution des vaccins contre la COVID-19 pour orienter la priorisation et la distribution des vaccins à l'échelle de la province.
31 déc.	Le ministère des Soins de longue durée approuve un contrat de gestion volontaire entre Niagara Health System et Oakwood Park Lodge, un foyer de soins de longue durée de Niagara Falls, et autorisé de Maryban Holdings Ltd.

* Voir le chapitre 2 du *Rapport spécial 2020 sur la préparation et la gestion en lien avec la COVID-19* du *Bureau de la vérificatrice générale : Planification et prise de décisions face à l'éclosion*. Voir l'**annexe 9** pour une liste des sous-groupes formés sous la gouverne du Groupe de commandement pour le secteur de la santé.

Annexe 8 : Observations des Forces armées canadiennes, de l'Ombudsman des patients et de la Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario à partir des données des rapports des Forces armées canadiennes[1] et de l'Ombudsman des patients[2]

Observations	Forces armées canadiennes							Ombudsman des patients[2]
	Altamont Care Community	Downsview Long-Term-Care Centre[3]	Eatonville Care Center	Hawthorne Woods Care Community	Holland Christian Homes	Orchard Villa	Woodbridge Vista Care	
Mauvaises pratiques de contrôle des infections, comme permettre aux résidents positifs à la COVID-19 de se promener, ce qui met le personnel, les autres résidents et les visiteurs à risque d'exposition. (**section 4.1.3**)	✓[4,5]		✓[4,5]	✓[4]	✓[4,5]	✓[4,5]		✓
Le personnel a observé des préoccupations quant à la qualité des soins, comme l'alimentation forcée, l'étouffement ou l'inspiration audible. (**section 4.1.2**)	✓[5]		✓[4,5]	✓[4,5]	✓[4,5]	✓[4,5]	✓[5]	✓
Abandon des inspections de la qualité pour les résidents, qui auraient assuré un examen et une évaluation du protocole de prévention et de contrôle des infections (PCI). (**sections 4.5.1 et 4.5.2**)								
Pénurie de fournitures adéquates et d'équipement de protection individuelle, comme les médicaments périmés. (**section 4.1.3**)	✓[4]		✓[4]	✓[4]		✓[4]		✓
Ambiguïté quant aux pratiques locales, comme le regroupement des résidents. Les exigences du Ministère ont été citées comme raison pour laquelle des résidents ayant obtenu un résultat de dépistage négatif à la COVID-19 vivaient avec des résidents infectés. (**section 4.4.2**)	✓[4]		✓[4]	✓[4]		✓[4]		
Mauvaise communication, comme le manque de chevauchement pendant le changement de quart, ce qui entraîne des cas de non-prestation de soins adéquats. (**section 4.1.2**)			✓[4]	✓[4]		✓[4]		
Pénuries de personnel, notamment un manque flagrant de ressources humaines durant la journée. (**section 4.1.2**)	✓[4]		✓[4,5]	✓[4,5]		✓[4]		✓
Les aidants de la famille se voient refuser l'accès à leurs proches dans les foyers de soins de longue durée et les patients meurent seuls sans leur famille. (**section 4.3.3**)								✓

Observations	Forces armées canadiennes							Ombudsman des patients[2]
	Altamont Care Community	Downsview Long-Term-Care Centre[3]	Eatonville Care Center	Hawthorne Woods Care Community	Holland Christian Homes	Orchard Villa	Woodbridge Vista Care	
Les foyers de soins de longue durée ont connu d'importantes éclosions de COVID-19 en avril lorsque les patients ont été transférés des hôpitaux pour accroître la capacité. (**section 4.3.2**)								
Au début de la pandémie, en mars, il était impossible de faire des tests de dépistage de la COVID-19 à grande échelle. (**Chapitre 3 : Tests en laboratoire, gestion des cas et recherche des contacts**)								✓
Les foyers de soins de longue durée ne peuvent pas procéder efficacement à des regroupements et à l'isolement en raison des limites de l'infrastructure physique. (**sections 4.1.1 et 4.3.1**)								
Les unités des bureaux locaux de santé publique devraient être envoyés dans les foyers pour effectuer des inspections ciblées en temps opportun afin de s'assurer que les foyers mettent en œuvre correctement les mesures proactives de PCI et répondent efficacement aux résultats de leur évaluation. (**section 4.2.2**)								

1. Les Forces armées canadiennes ont publié un rapport provisoire sur leurs observations dans cinq des sept foyers, le 24 mai 2020, suivi du rapport final sur les sept foyers, le 29 juillet 2020.
2. L'Ombudsman des patients a publié son rapport provisoire renfermant des recommandations préliminaires en octobre 2020. Le rapport de l'Ombudsman renfermait également des constatations sur l'accès inadéquat aux services de soins à domicile et en milieu communautaire, les retards dans les interventions non urgentes et la protection des dénonciateurs, qui ne faisaient pas partie de la portée et de l'objectif du présent rapport (voir la **section 3.0 Objectif et portée**).
3. Aucun des problèmes énumérés n'a été constaté au foyer Downsview.
4. Observation figurant dans le rapport provisoire des Forces armées canadiennes (Eatonville Care Centre, Hawthorne Place Care Centre, Holland Christian, Orchard Villa et Altamont).
5. Observation figurant dans le rapport final des Forces armées canadiennes (qui portait sur les foyers inclus dans le rapport provisoire ainsi que le foyer de soins de longue durée Downsview et la Woodbridge Vista Care Community).

Annexe 9 : Critères

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

1. Les rôles, les responsabilités et les exigences en matière de reddition de comptes, y compris en ce qui concerne la gestion et l'intervention en cas d'éclosion de maladies infectieuses et de pandémie, ont été clairement définis pour atteindre les objectifs législatifs.
2. Des partenariats entre le ministère des Soins de longue durée, les foyers de soins de longue durée et d'autres partenaires du secteur des soins de santé, comme les hôpitaux locaux et les bureaux de santé publique, étaient en place pour faciliter la fourniture de personnel et d'expertise en matière de prévention et de contrôle des infections et de gestion des éclosions.
3. Des renseignements pertinents et opportuns sur les établissements des foyers de soins de longue durée, les résidents et la dotation ont été recueillis, analysés et utilisés régulièrement pour éclairer les activités de surveillance continue du ministère des Soins de longue durée ainsi que les décisions prises pendant la pandémie.
4. Les inspecteurs des foyers de soins de longue durée ont une formation suffisante pour évaluer la conformité des foyers aux exigences législatives et réglementaires. Les niveaux de dotation en personnel d'inspection sont suffisants pour effectuer les inspections liées aux plaintes et aux incidents graves dans les délais prescrits ainsi que les inspections complètes proactives.
5. Les mesures de santé publique et les restrictions qui visaient à contenir la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée ont été communiquées clairement et en temps opportun. Les conséquences de ces restrictions ont été examinées afin de minimiser les répercussions négatives sur le niveau et la qualité des soins reçus par les résidents des foyers de soins de longue durée.

Annexe 10 : Associations d'intervenants que notre bureau a rencontrées pour ce rapport spécial

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Nom de l'intervenant	Description
AdvantAge Ontario	Association provinciale représentant les fournisseurs sans but lucratif de soins de longue durée, de services et de logements pour les aînés. Ses membres comprennent des foyers de soins de longue durée municipaux, de bienfaisance et sans but lucratif, des projets de logement pour aînés et des organismes de services communautaires. Les organismes membres desservent annuellement plus de 36 000 résidents de foyers de soins de longue durée en Ontario.
Advocacy Centre for the Elderly	Clinique juridique communautaire spécialisée qui fournit une gamme de services juridiques aux aînés à faible revenu en Ontario. Les services juridiques offerts comprennent des conseils et des services de représentation aux clients individuels et collectifs, l'éducation juridique du public, la réforme du droit et des activités de développement communautaire.
Institut canadien pour la sécurité des patients	Considéré comme l'autorité en matière de sécurité des patients au Canada, l'Institut collabore avec ses partenaires pour la mise en œuvre et l'évaluation de projets mesurables et durables d'amélioration de la sécurité conformes aux priorités pancanadiennes.
CorHealth Ontario	Créé en 2017 après la fusion du Réseau ontarien de soins cardiaques et de l'Ontario Stroke Network, CorHealth Ontario fournit des conseils au ministère de la Santé, aux réseaux locaux d'intégration des services de santé, aux hôpitaux et aux fournisseurs de soins afin d'améliorer la qualité, l'efficience, l'accessibilité et l'équité des services cardiaques, vasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux pour les patients partout en Ontario.
Ontario Long-Term Care Association	La plus importante association de fournisseurs de soins de longue durée au Canada, représentant près de 70 % des foyers de soins de longue durée de l'Ontario. En mettant l'accent sur la défense des intérêts, l'Association s'efforce d'influencer les changements législatifs, stratégiques et réglementaires, d'appuyer l'expansion et le réaménagement du secteur et d'offrir des possibilités de formation afin de répondre aux besoins des résidents.
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario	Syndicat qui représente 68 000 infirmières et infirmiers autorisés et professionnels de la santé. L'Association collabore avec ses membres pour s'assurer que leurs infirmières de première ligne travaillant dans les hôpitaux, en santé publique, dans les centres de santé communautaire, en services à domicile, dans des équipes de santé familiale, en soins de longue durée et dans des cliniques privées peuvent fournir des soins de qualité aux patients.
Ontario Hospital Association (OHA)	Association représentant les hôpitaux de l'Ontario. Les membres du milieu hospitalier aimeraient que l'OHA soit un chef de file dans l'élaboration de nouvelles méthodologies de financement et le leadership éclairé à l'égard d'idées clés qui peuvent contribuer à bâtir un meilleur système de santé et faire en sorte que les hôpitaux de l'Ontario puissent jouer un rôle de premier plan dans la refonte du système au cours des prochaines années.
Ontario Personal Support Workers Association	Association qui s'efforce à améliorer le statut professionnel des préposés aux services de soutien à la personne en Ontario en défendant l'excellence et l'uniformité de la formation, des services, des conditions de travail et de la valeur pour les préposés aux services de soutien à la personne.
Syndicat des employés de la fonction publique de l'Ontario (SEFPO)	Syndicat représentant environ 170 000 employés du secteur public en Ontario. Le SEFPO compte environ 3 500 membres qui travaillent dans des foyers de soins de longue durée et des maisons de retraite, et dans des établissements connexes.
Société ontarienne des ergothérapeutes	Association professionnelle provinciale à participation volontaire représentant les intérêts de quelque 4 500 membres qui sont ergothérapeutes et étudiants en ergothérapie.
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario	Association professionnelle qui représente les infirmières et infirmiers autorisés, les infirmières praticiennes et les étudiants en soins infirmiers en Ontario.

Annexe 11 : Sources de données sur les soins de longue durée

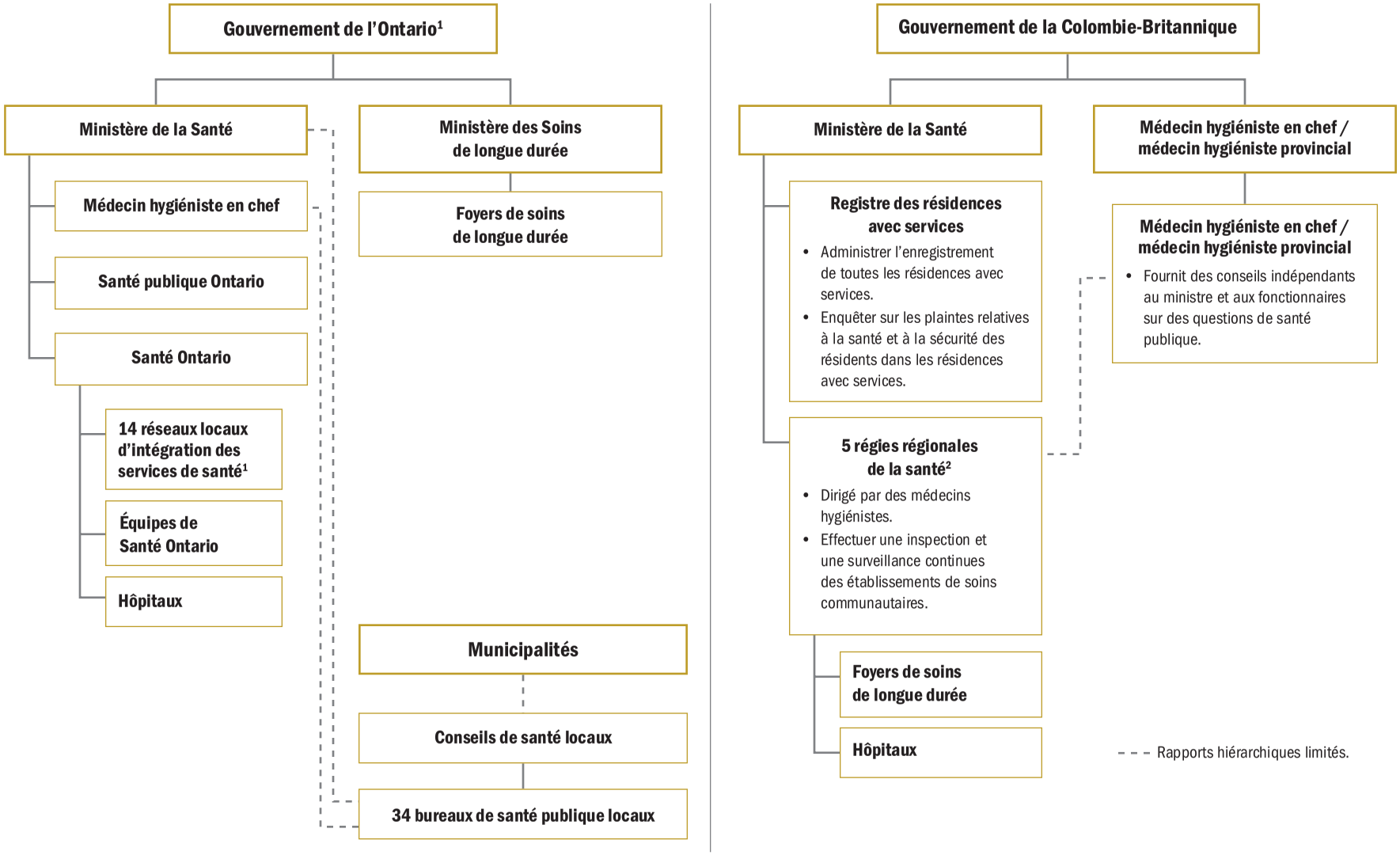
Source des données : Ministère des Soins de longue durée

Source de données	Qui saisit les données?	Qui recueille les données?	Description des données
Système intégré d'information sur la santé publique/ Système de gestion des cas et des contacts (SIISP/ SGCC)	Bureaux locaux de santé publique	Santé publique Ontario	• Principale source de données pour l'information sur la santé publique de l'Ontario. • Contient des renseignements personnels sur les cas positifs de COVID-19 (p. ex., âge, sexe et facteurs de risque). • Saisit des données sur les éclosions de COVID-19 à l'échelle des établissements.
Ensemble de données des inspecteurs du ministère des Soins de longue durée	Inspecteurs du Ministère; personnel des foyers de soins de longue durée	Ministère des Soins de longue durée	• Les inspecteurs appellent quotidiennement les foyers de soins de longue durée et enregistrent les cas de COVID-19 et les décès dans l'ensemble de données. • Le personnel des foyers de soins de longue durée saisit les renseignements à l'échelle de l'établissement. • Le nombre actualisé de cas, de décès et d'éclosions est intégré au Rapport sommaire quotidien des soins de longue durée.
Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO)	Personnel des installations de test de dépistage	Santé Ontario	• Dépôt principal de données sur les tests de laboratoire de l'Ontario, y compris les données sur tous les tests couverts par le RAMO. • Contient les antécédents complets des patients et peut être utilisé pour suivre l'évolution des traitements, soutenir la gestion des maladies chroniques et surveiller l'augmentation du nombre de cas de COVID-19.
Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD)	Personnel infirmier des foyers de soins de longue durée	Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	• Contient des données démographiques, cliniques, fonctionnelles et sur l'utilisation des foyers de soins de longue durée et leurs résidents. • Permet une analyse détaillée des résidents des établissements de soins de longue durée en fonction des caractéristiques cliniques. • L'information est mise à jour tous les trimestres.
Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCO)	Foyers de soins de longue durée	Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCO)	• Saisit les dossiers personnels de décès liés à la COVID-19 dans les heures suivant la confirmation du décès au foyer*. • Les données sont déclarées dans un délai d'un jour et contiennent des détails sur la cause de décès fournis par les cliniciens. • Ne fait pas le suivi des décès du personnel en soins de longue durée et des résidents décédés dans un hôpital.

* Les foyers de soins de longue durée ont reçu le mandat de soumettre le statut de décès lié à la COVID-19 des résidents du 14 avril au 23 juin 2020.

Annexe 12 : Comparaison de l'organisation des systèmes de soins de santé de l'Ontario[1] et de la Colombie-Britannique

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



1. Voir l'**annexe 2** pour une description des différentes entités du système de santé de l'Ontario.
2. Les médecins hygiénistes sont employés par les régies régionales de la santé et relèvent du médecin hygiéniste en chef ou du médecin hygiéniste provincial.

Annexe 13 : Résumé des principaux changements apportés aux exigences en vertu de la Directive no 3 sur la COVID-19 pour les foyers de soins de longue durée, du 22 mars au 7 décembre 2020[1]

Source des données : ministère de la Santé et ministère des Soins de longue durée

Date de diffusion	Exigence
Absences (de courte durée, temporaires et médicales)	
30 mars	« Les foyers de soins de longue durée ne doivent pas permettre aux résidents de quitter le foyer pour des absences de courte durée afin de rendre visite à leur famille et à leurs amis. Il faut plutôt dire aux résidents qui souhaitent aller à l'extérieur de rester sur le terrain du foyer et maintenir une distance physique sécuritaire. »
10 juin	« Les séjours temporaires de courte durée dans les hôpitaux peuvent être envisagés pour les résidents en cas d'éclosion lorsque les résidents ne peuvent être placés dans d'autres zones du foyer qui ne font pas partie de la zone déclarée d'éclosion ou dans d'autres circonstances exceptionnelles (p. ex., sécurité des résidents, conseils du bureau local de santé publique). »
28 août	« Les résidents peuvent quitter le foyer pour un séjour de courte durée pour des raisons médicales, sociales ou autres. Une absence de courte durée ne comprend pas une nuitée, à l'exception des visites d'une nuit à l'urgence. À leur retour au foyer, ils doivent faire l'objet d'un dépistage actif, mais ils ne sont pas tenus d'être testés ou de s'isoler. » « Les résidents peuvent quitter le foyer pour une absence temporaire (une nuitée ou plus) pour des raisons personnelles. À leur retour au foyer, les résidents doivent s'isoler pendant 14 jours. »
14 oct.	« Le résident ou le mandataire spécial doit présenter une demande d'absence au foyer. Les foyers doivent examiner et approuver toutes les demandes d'absence non médicale en fonction d'une évaluation des risques au cas par cas en tenant compte, entre autres, de la capacité du foyer d'appuyer l'isolement pendant 14 jours au retour du résident, de la transmission locale des maladies et de l'activité, et du risque associé aux activités prévues auxquelles s'adonnera le résident à l'extérieur du foyer. » « Si le foyer refuse une demande d'absence, il doit en informer le résident ou le mandataire spécial par écrit, et justifier cette décision. Les résidents dont la demande d'absence est refusée, mais qui souhaitent aller à l'extérieur doivent être avisés de demeurer sur le terrain du foyer et de maintenir une distance physique d'au moins deux mètres de tout autre résident ou membre du personnel. »
Admissions, réadmissions et transferts	
30 mars	« Les foyers de soins de longue durée doivent soumettre les nouveaux résidents et ceux qui reviennent à un test de dépistage pour déceler des symptômes et une exposition potentielle à la COVID-19. Tous les nouveaux résidents doivent être placés en isolement pendant 14 jours à leur arrivée au foyer de soins de longue durée. »
8 avril	« Si les résultats des tests sont négatifs, les résidents doivent demeurer en isolement pendant 14 jours après leur arrivée. Si les résultats des tests sont positifs, les foyers doivent signaler les cas confirmés et suivre le protocole de gestion des cas, qui prévoit de traiter les résidents atteints de maladies compatibles comme étant susceptibles d'être atteints de la COVID-19 en attendant les résultats des tests, et de regrouper les cas confirmés. Les patients transférés de l'hôpital à un foyer de soins de longue durée doivent être testés avant le transfert. »
15 avril	« Les hôpitaux sont priés de cesser temporairement les transferts vers les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite. Toutefois, dans le cas peu probable où un transfert est encore nécessaire, les patients transférés d'un hôpital à un foyer de soins de longue durée ou à une maison de retraite doivent être testés et obtenir un résultat négatif confirmé avant le transfert. » Tous les patients doivent s'isoler pendant les 14 jours suivant le transfert. »
10 juin	Des résidents peuvent être admis ou réadmis dans un foyer de soins de longue durée ou une maison de retraite si un foyer dispose de suffisamment de personnel et peut assurer la mise en place de mesures de préparation en lien avec la COVID-19, comme l'isolement, et si le résident est placé dans une chambre avec au plus un autre résident.

Date de diffusion	Exigence
28 août	« En cas de divergence de points de vue entre un hôpital et un foyer de soins de longue durée quant à la pertinence du retour du résident dans le foyer de soins de longue durée, les parties doivent communiquer avec le coordonnateur ou le bureau de placement local. Si le problème ne peut être résolu, il sera soumis au Ministère. »
7 déc.	« Les personnes qui peuvent contester l'isolement en raison d'un problème médical (p. ex., la démence) ne devraient pas se voir refuser l'admission ou le transfert pour cette seule raison. »
Communications	
30 mars	« Les foyers de soins de longue durée doivent tenir le personnel, les résidents et les familles informés de la COVID-19, notamment au moyen de communications fréquentes et continues pendant les éclosions. »
Préparation en lien avec la COVID-19	
30 mars	Les foyers de soins de longue durée, après avoir consulté leurs comités mixtes de santé et de sécurité ou leurs représentants, le cas échéant, doivent veiller à ce que des mesures soient prises pour préparer le foyer à une éclosion de COVID-19, notamment : • veiller à ce que des trousses d'éclosion soient disponibles; • veiller à ce qu'un équipement de protection individuelle (EPI) suffisant soit disponible et à ce que le personnel soit formé sur son utilisation; • examiner les directives préalables pour tous les résidents, les protocoles de communication et les horaires de travail du personnel; • examiner les activités internes pour assurer la distanciation physique; • examiner les protocoles de nettoyage environnemental; • élaborer des politiques pour gérer le personnel qui pourrait avoir été exposé à la COVID-19.
9 sept.	Les foyers de soins de longue durée doivent discuter avec chaque résident et son mandataire spécial d'un plan de soins avancé, et le documenter. Les foyers doivent communiquer avec les hôpitaux locaux de soins de courte durée au sujet des éclosions, y compris le nombre de résidents dans l'établissement et le nombre de patients qui pourraient être transférés à l'hôpital s'ils sont malades, selon les souhaits des résidents. Les foyers doivent élaborer des politiques pour gérer le personnel qui pourrait avoir été exposé à la COVID-19 et permettre à un organisme qui effectue une évaluation de PCI de partager le rapport avec l'une ou l'autre ou l'ensemble des entités suivantes : bureaux de santé publique, hôpitaux publics locaux, RLISS et ministère des Soins de longue durée dans le cas des foyers de soins de longue durée.
Limitation des lieux de travail	
30 mars	Dans la mesure du possible, les employeurs devraient collaborer avec les employés pour limiter le nombre de lieux différents où ceux-ci exécutent leurs tâches.
15 avril	Nous rappelons aux employeurs des foyers de soins de longue durée qu'ils doivent également se conformer au Règlement de l'Ontario 146/20, pris en vertu de la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence*.
Gestion d'un cas unique visant un résident	
30 mars	Le résident doit être isolé à titre préventif contre la transmission par contact et par gouttelettes, ce qui englobe le port d'un masque et d'une protection oculaire ou d'un écran facial par le personnel à moins de deux mètres du résident, le port d'une blouse à manches longues pour les soins directs lorsque la peau ou les vêtements peuvent être contaminés, le port de gants pour les soins directs et le fait de se trouver dans une seule chambre si possible.
Gestion d'un cas unique visant un membre du personnel	
30 mars	Les foyers de soins de longue durée doivent immédiatement mettre en œuvre des mesures de contrôle en cas d'éclosion présumée. Même si l'exposition du personnel visait une zone précise du foyer de soins de longue durée, il faut envisager d'appliquer des mesures de contrôle des éclosions à l'ensemble du foyer.

Date de diffusion	Exigence
Gestion des visiteurs	
Mar 30	Les foyers de soins de longue durée doivent être fermés aux visiteurs, sauf les visiteurs essentiels. Parmi les visiteurs essentiels, mentionnons une personne qui fournit des services de soutien essentiels (p. ex., livraison de nourriture, entretien et autres soins de santé) ou une personne qui rend visite à un résident très malade ou en soins palliatifs. Si un visiteur essentiel est admis au foyer, il doit : • faire l'objet d'un dépistage à l'entrée pour détecter les symptômes de la COVID-19, y compris la vérification de la température, et ne pas être admis s'il présente des symptômes de la COVID-19; • ne visiter que le résident ciblé; • porter un masque lors de sa visite chez un résident qui n'est pas atteint de la COVID-19. Pour tout visiteur essentiel en contact avec un résident atteint de la COVID-19, l'EPI approprié doit être porté conformément à la directive 1[2].
21 mai	Pour tout visiteur essentiel en contact avec un résident qui constitue un cas soupçonné ou confirmé de COVID-19, l'EPI approprié doit être porté conformément aux directives 53 et 1.
10 juin	À tout le moins, les politiques relatives aux visiteurs doivent : • Être éclairées par la situation actuelle de la COVID-19 dans la communauté et au foyer, et être suffisamment souples pour être réévaluées selon l'évolution de la situation. • Reposer sur des principes tels que la sécurité, le bien-être émotionnel et la souplesse, et aborder des concepts tels que la compassion, l'équité, la non-malfaisance, la proportionnalité (c.-à-d. être adaptées au niveau de risque), la transparence et la réciprocité (c.-à-d. fournir des ressources aux personnes défavorisées par la politique). • Inclure la sensibilisation à la distanciation physique, à l'étiquette respiratoire, à l'hygiène des mains, aux pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI) et à l'utilisation correcte de l'EPI. • Inclure les autorisations et limites relatives aux visites à l'intérieur et à l'extérieur. • Inclure des critères pour définir le nombre et le type de visiteurs permis par résident lorsque le foyer n'est pas en situation d'éclosion, conformément aux politiques du ministère des Soins de longue durée et du ministère des Aînés et de l'Accessibilité. Lorsque le foyer est en situation d'éclosion, seuls les visiteurs essentiels y sont admis. • Inclure les visiteurs qui confirment n'avoir ressenti aucun des symptômes typiques et atypiques de la COVID-19. • Respecter les protocoles de PCI du foyer. • Indiquer clairement que si le foyer n'est pas en mesure de fournir des masques chirurgicaux/d'intervention, aucun visiteur de la famille ne devrait être admis à l'intérieur du foyer. Les visiteurs essentiels à qui l'employeur fournit de l'EPI approprié peuvent entrer dans le foyer. • Inclure un processus de communication avec les résidents et les familles au sujet des politiques et procédures, notamment la reprise progressive des visites familiales. • Indiquer que la non-conformité aux politiques du foyer pourrait entraîner l'interruption des visites du visiteur fautif. • Prévoir un processus de reprise progressive des visites en famille qui précise les visiteurs essentiels.
Équipement de protection individuelle (ÉPI)	
30 mars	Les foyers de soins de longue durée doivent respecter la directive 12 sur la COVID-19 à l'intention des fournisseurs de soins de santé et des entités de soins de santé.
21 mai	Les foyers de soins de longue durée doivent se conformer à la directive 53 sur la COVID-19 à l'intention des hôpitaux au sens de la *Loi sur les hôpitaux publics* et de la *Loi sur les foyers de soins de longue durée*.

Date de diffusion	Exigence
Mesures requises en cas d'éclosion	
30 mars	Lorsqu'un bureau local de santé publique déclare une éclosion dans un foyer de soins de longue durée : • Les admissions de nouveaux résidents ne sont pas permises. • Les réadmissions de résidents ne sont pas autorisées avant la fin de l'épidémie. • Les résidents retirés du foyer par leur famille pourraient ne pas être réadmis avant la fin de l'épidémie. • Le foyer doit fournir un masque à un résident qui quitte le foyer pour une visite en consultation externe, et le résident, s'il peut le tolérer, doit porter le masque pendant sa sortie et subir un test de dépistage à son retour. • Toutes les activités non essentielles doivent être suspendues.
Dépistage des résidents	
30 mars	Tous les résidents doivent faire l'objet d'un dépistage actif et d'une évaluation au moins deux fois par jour — au début et à la fin de la journée —, y compris des vérifications de température, afin de déterminer s'ils présentent de la fièvre, de la toux ou d'autres symptômes de la COVID-19. Les résidents qui présentent des symptômes, dont des symptômes respiratoires légers, doivent être isolés et soumis à un test de dépistage de la COVID-19.
10 juin	Le foyer doit fournir un masque aux résidents qui quittent le foyer pour une visite en consultation externe. Le résident doit porter un masque pendant sa sortie, s'il peut le tolérer, et être soumis à un test de dépistage à son retour, sans toutefois être obligé de s'isoler.
Dépistage du personnel et des visiteurs	
30 mars	Le dépistage actif doit comprendre le dépistage des symptômes et la vérification de la température deux fois par jour (au début et à la fin de la journée ou du quart de travail). Les personnes qui présentent des symptômes de la COVID-19 ne doivent pas être autorisées à entrer dans le foyer et doivent rentrer immédiatement chez elle pour s'isoler. Le personnel du foyer qui est responsable de la santé au travail doit assurer le suivi de tous les membres du personnel qui ont été avisés de s'isoler en raison du risque d'exposition.
21 mai	Si quelqu'un présente des symptômes, les membres du personnel doivent communiquer avec leur superviseur immédiat/directeur ou le représentant en santé et sécurité au travail du foyer.
Groupes de membres du personnel et de résidents	
30 mars	Les groupes de résidents doivent respecter la distanciation physique de deux mètres; ils comprennent les résidents en santé ou malades, les résidents qui occupent des lits ou des chambres de soins de relève et de soins palliatifs ou l'utilisation d'autres chambres au besoin. Les groupes de membres du personnel peuvent comprendre des employés assignés à des résidents malades ou en bonne santé.
Déclenchement d'une évaluation des éclosions	
8 avril	Dès qu'au moins un résident ou un membre du personnel présente de nouveaux symptômes compatibles avec la COVID-19, le foyer de soins de longue durée doit immédiatement déclencher une évaluation de l'éclosion. Si le foyer de soins de longue durée reçoit des résultats négatifs pour la première personne testée, il peut immédiatement interrompre les mesures liées aux soupçons d'éclosion. Si le foyer de soins de longue durée reçoit du laboratoire la confirmation d'un seul cas de COVID-19 visant un résident ou un membre du personnel, il doit déclarer une éclosion. Il faut identifier les résidents, les membres du personnel et les visiteurs qui ont été en contact étroit avec le résident infecté ou ceux de l'unité ou du centre de soins du résident. D'autres tests doivent être effectués sur les personnes infectées, en collaboration avec le bureau local de santé publique, au moyen d'une approche fondée sur les risques liés aux expositions.
Masques universels	
8 avril	Les foyers de soins de longue durée doivent exiger immédiatement que tout le personnel et les visiteurs essentiels portent en tout temps des masques chirurgicaux/d'intervention pendant toute la durée du travail ou des visites au foyer, que celui-ci soit ou non en situation d'éclosion. Pendant les pauses, les membres du personnel peuvent retirer leurs masques, mais doivent rester à deux mètres des autres membres du personnel pour éviter la transmission de la COVID-19 entre employés.

Date de diffusion	Exigence
7 déc.	Lorsque les membres du personnel ne sont pas en contact avec les résidents ou dans les secteurs des résidents pendant leurs pauses, ils peuvent retirer leurs masques chirurgicaux/d'intervention, mais ils doivent demeurer à deux mètres des autres membres du personnel pour éviter la transmission de la COVID-19 entre employés. Les foyers de soins de longue durée doivent mettre en place des politiques concernant le port du masque pour les résidents. Il est fortement recommandé aux résidents de porter le masque dans les aires intérieures communes du foyer s'ils peuvent le tolérer. Les foyers sont également tenus de suivre les directives supplémentaires fournies par les bureaux de santé publique provinciaux ou locaux, ou les règlements municipaux.

1. La directive no 3 a été révisée au moins dix fois depuis le 23 mars 2020, date de sa première publication. Au 31 décembre 2020, la dernière révision remontait au 7 décembre 2020.
2. La directive no 1, concernant l'équipement de protection individuelle (EPI), a été diffusée pour la première fois le 12 mars 2020 et elle visait les précautions contre la transmission par contact et par gouttelettes dans le cadre des soins de routine des patients ou des résidents chez qui la COVID-19 est soupçonnée ou confirmée.
3. La directive no 5, qui a été diffusée pour la première fois le 31 mars 2020 aux hôpitaux publics, énumère les précautions et les procédures nécessaires pour les dépenses et l'entreposage de l'EPI.

Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

20, rue Dundas Ouest, bureau 1530
Toronto (Ontario)
M5G 2C2

www.auditor.on.ca

ISBN 978-1-4868-4856-0 (PDF)

Photo en couverture :
© iStockphoto.com/xavierarnau