

Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée

Rapport final

Le 30 avril, 2021

L'honorable Frank N. Marrocco, président
Angela Coke, commissaire
Dr Jack Kitts, commissaire

Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée

Rapport final

Remerciements	4
Sommaire	8
Introduction	30
Chapitre 1 : Les soins de longue durée avant la COVID-19.....	36
Chapitre 2 : Préparation de l'Ontario à une pandémie	90
Chapitre 3 : La crise de la COVID-19 dans les soins de longue durée	138
Chapitre 4 : Pratiques exemplaires et idées prometteuses	217
Chapitre 5 : Recommandations.....	252
Annexe A – Recommandations provisoires	
Lettre du 23 octobre 2020	285
Lettre du 4 décembre 2020.....	290
Annexe B – Les soins de longue durée et l'intervention en cas d'urgence en Ontario...	297
Annexe C – Une enquête sur une crise en cours.....	326
Annexe C.1 – Décret	340
Annexe C.2 – Mandat.....	341
Annexe C.3 – Mandat modifié	344
Annexe C.4 – Principes directeurs	354
Annexe D – Correspondance concernant l'échéance du rapport final	356

En publiant ce rapport, la Commission reconnaît avoir mené son enquête sur les territoires traditionnels des populations autochtones qui habitent ces terres depuis des temps immémoriaux. Notre reconnaissance et notre respect vis-à-vis des populations autochtones, ainsi que de leurs connaissances et de leurs territoires traditionnels, guident notre engagement envers la réconciliation, dans le cadre de nos efforts collectifs visant à façonner et à renforcer l'Ontario.

REMERCIEMENTS

Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée

Avril 2021

Pour reconnaître la contribution de chacun à ce rapport, il ne suffit pas de réciter leurs noms et de leur adresser un simple remerciement de circonstance.

Les résidentes et résidents, les membres de leur famille et le personnel des soins de longue durée qui ont rencontré les commissaires ont livré un témoignage verbal direct du sentiment de solitude, d'angoisse et de peur qui, à leurs yeux, a marqué à jamais cette période de l'histoire de l'Ontario. Leur volonté de revivre leurs expériences a pour effet d'humaniser le monde sans âme des politiques, des directives et des statistiques. Les commissaires ont été marqués de manière indélébile par ce qui leur a été rapporté.

La description des mesures que la Commission a dû prendre pour s'acquitter de son mandat est loin d'être facile, mais quelques informations permettront sans doute de situer le contexte.

La province a nommé les commissaires le 29 juillet 2020. Le mandat portant création de la Commission exigeait que les commissaires livrent un rapport final au plus tard le 30 avril 2021. Entre ces dates, les commissaires ont interrogé plus de 700 personnes au cours de plus de 170 séances officielles. Ces séances ont fait l'objet de plus de 15 000 pages de transcription. En outre, la Commission a tenu des entrevues confidentielles, notamment avec les familles et le personnel. Le médecin hygiéniste en chef, la ministre de la Santé et la ministre des Soins de longue durée ont rencontré la Commission la dernière semaine de février. À la veille de leur témoignage, la province a produit 211 000 documents et notes personnelles de chacun et chacune de ces témoins. Nous avons reçu et examiné quelque 300 mémoires. Enfin, nous avons rédigé un rapport de plus de 300 pages remis à la ministre des Soins de longue durée le 30 avril 2021.

Il va sans dire que la Commission a bénéficié de l'engagement absolu et inconditionnel de toutes les personnes qui lui sont associées pour mener à bien ses travaux.

Nos secteurs public et privé se sont unis pour apporter à la Commission tout le soutien dont elle avait besoin. Le volume de travail était tel qu'il est impossible de délimiter précisément les tâches de chaque groupe. Cependant, nous pouvons affirmer avec certitude que chaque mot figurant dans ce rapport reflète la combinaison des compétences des deux secteurs et leur détermination unanime à contribuer de manière substantielle à une réforme fondamentale, attendue depuis longtemps et visant à améliorer les conditions dans lesquelles les membres vulnérables de notre collectivité passent leurs derniers jours.

John Callaghan, de Gowling WLG, et Kate McGrann, de Crawley MacKewn Brush, ont assuré la partie juridique en tant que coavocats en chef. M. Callaghan a consacré beaucoup de temps au fil des ans à des enquêtes publiques, notamment les enquêtes sur Walkerton et Cornwall. M^{me} McGrann a récemment assumé les fonctions d'avocate en chef dans le cadre de l'enquête sur Collingwood. Leur leadership, leur éthique de travail et leur engagement constituent un exemple exceptionnel. De plus, ils ont apporté leur expérience pratique considérable en matière d'enquêtes publiques, dont la valeur ne saurait être surestimée.

La sous-ministre adjointe Alison Drummond a dirigé le Secrétariat. Lorsque la province a créé la Commission le 29 juillet, comme on pouvait s'y attendre, aucune infrastructure n'était en place pour la soutenir. M^{me} Drummond a réuni au sein de la fonction publique de l'Ontario un personnel de secrétariat expérimenté et dévoué.

Une enquête comme celle-ci, dont le délai est terriblement court, comporte de nombreux aspects juridiques. Il n'aurait pas été possible de maintenir le rythme dans notre cas sans la contribution de K. Lynn Mahoney, membre chevronnée du groupe de défense des droits du cabinet Gowling WLG Toronto. M^{me} Mahoney a assumé la fonction de conseillère juridique dans le cadre d'enquêtes publiques de grande envergure et d'examens indépendants très médiatisés mandatés par les gouvernements fédéral et provincial de l'Ontario. M^{me} Mahoney a joué un rôle essentiel dans tous les aspects de l'enquête, notamment en présentant les preuves, en préparant les témoins et en participant à tous les volets de la création du rapport de la Commission.

Bien entendu, les avocates et avocats principaux ne peuvent pas accomplir le travail nécessaire à la préparation de ce rapport, et ne l'ont pas fait. J'ai une dette inestimable envers Max Libman, Jessica Boily, Patricia Brooks, Amanda Byrd, Michael Finley, Peter Gross, Magdalena Hanebach, Jennifer King, Joshua Shoemaker, Kavi Sivasothy et Val Pelchat, tous membres du barreau qui ont rempli leur rôle en faisant preuve de professionnalisme et de dévouement. Les heures consacrées à la préparation des témoins, à la rédaction de notes d'information, à la recherche de solutions aux problèmes juridiques soulevés, à la présentation des témoignages et à la contribution à la rédaction du rapport ont été extrêmement longues.

Le Secrétariat était composé de deux directions : Derek Lett, directeur des politiques, et Dawn Palin Rokosh, directrice des opérations. M. Lett a non seulement apporté son expérience considérable dans le domaine des politiques, mais a également supervisé les efforts remarquables de rédaction du personnel du Secrétariat afin de soutenir l'élaboration de recommandations politiques constructives. M^{me} Palin Rokosh a assuré le fonctionnement efficace de la Commission. Elle a également organisé les réunions de la Commission avec les résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée, les membres de leur famille et le personnel travaillant dans ces établissements, et y a participé. En outre, M^{me} Palin Rokosh et M. Alain Daoust ont veillé à ce que nous

puissions mener des entrevues et communiquer correctement avec ces groupes et toute autre personne en français.

La fonction publique de l'Ontario a également été mise à contribution, grâce à l'expérience et aux efforts d'Ida Bianchi, avocate principale au ministère du Procureur général. M^{me} Bianchi a une expérience considérable des commissions d'enquête, notamment la Commission Motherisk et l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée. Elle a préparé les témoins, présenté les preuves, facilité les rencontres avec les personnes hébergées, leurs familles et le personnel, et contribué à la rédaction de certaines parties du rapport.

Jessica Franklin, Angela Walwyn, Adriana Diaz Choconta, Rose Bianchini, Angeline Hawthorn, Sanjay Bahal et Alain Daoust ont apporté un soutien efficace, professionnel et continu à M. Lett et M^{me} Palin Rokosh.

M^{me} Carla Novakovic et M^{me} Lisa Di Felice, toutes deux également membres de la fonction publique de l'Ontario, ont fourni un soutien administratif essentiel et expérimenté.

La Commission a reçu et colligé des centaines de milliers de documents. Les commissaires expriment leur gratitude à Kearren Bailey, la consultante en gestion des documents de la Commission, une juriste accomplie qui compte plus de trente années d'expérience dans la gestion de tous les aspects du soutien juridique, notamment en ce qui concerne les méthodes de gestion d'un volume élevé de documents liés à une affaire et la gestion de projets de commissions d'enquête.

Le cabinet de traduction Larrass Translations a assuré la traduction de ce rapport.

Enfin, les commissaires adressent leurs remerciements à M. Peter Rehak, notre directeur des communications. Comme il a su le faire pour d'innombrables commissions, M. Rehak a veillé à ce que notre Commission soit transparente et à ce que notre message et nos motivations soient compris par les personnes chargées d'en rendre compte.

Tous les commissaires tiennent à remercier ces personnes individuellement pour leur professionnalisme, leur engagement à l'égard de la Commission et de sa mission, ainsi que pour leur éthique professionnelle exceptionnelle.

Nous espérons sincèrement que notre rapport et ses recommandations reflètent fidèlement leur excellent travail.

Sommaire

Prendre soin de ceux qui s'occupaient de nous est l'un des plus grands honneurs qui soient.

– Tia Walker, auteure

Fin 2019, un nouveau coronavirus est apparu à Wuhan, en Chine. Il s'est rapidement propagé dans le monde entier. En mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé déclarait que le virus connu sous le nom de COVID-19 était une pandémie. La vie au Canada, comme dans la plupart des pays, s'est arrêtée. Alors que la COVID-19 commençait à prendre racine au printemps 2020, elle a fait des ravages chez les personnes âgées, en particulier celles qui se trouvent dans des établissements collectifs comme les foyers de soins de longue durée (SLD). À la fin du printemps, il était évident que les taux d'infection et de décès dans les foyers de SLD de l'Ontario comptaient parmi les pires au monde. De tous les décès causés par la COVID-19 en Ontario en 2020, 61 % touchaient des personnes hébergées dans les foyers de SLD. À la fin d'avril 2021, 11 membres du personnel et près de 4 000 personnes hébergées dans des foyers de SLD de l'Ontario en étaient décédés.

Face à l'augmentation du taux d'infection et de décès dans les établissements de SLD, un public horrifié a exigé des réponses : comment se pouvait-il que dans une province aussi riche que l'Ontario, dotée d'un système de santé et de protection sociale évolué, les personnes âgées mouraient à un rythme aussi alarmant?

Le gouvernement provincial a donc mis sur pied la Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée à l'été 2020, alors que la première vague de la pandémie s'atténuait, afin d'enquêter sur la cause de la propagation du virus dans les SLD et sur la façon dont elle a affecté les personnes résidentes, le personnel, les bénévoles et les membres des familles. L'objectif de la Commission était de faire la lumière sur cette tragédie, d'en déterminer les causes et de formuler des recommandations visant à prévenir la propagation de la maladie dans les foyers de SLD.

Les travaux de la Commission ont révélé que l'Ontario n'était pas préparé à une pandémie et que les foyers de SLD de la province, négligés pendant des décennies par les gouvernements successifs, étaient des cibles faciles pour des éclosons incontrôlées. Le personnel, les personnes hébergées dans les foyers de SLD et leur famille ont terriblement souffert pendant cette pandémie. Les personnes résidentes et le personnel de SLD qui ont perdu la vie à cause de la COVID-19 ont payé le prix ultime.

Le manque de préparation de la province à une pandémie et le piètre état du c étaient évidents depuis de nombreuses années pour les décisionnaires, les porte-parole et quiconque s'intéressant à la question. Les décisionnaires politiques et les têtes dirigeantes de l'Ontario n'ont pas pris suffisamment de mesures pendant toutes ces

années, malgré les appels répétés à une réforme. Au contraire, l'engagement et les ressources nécessaires pour se préparer à une pandémie et s'attaquer aux problèmes longtemps négligés des SLD ont été mis de côté au profit de politiques et de priorités budgétaires plus pressantes. Une bonne partie de la population ontarienne n'y a pas fait attention, ou très peu, jusqu'à ce que la maladie et les décès commencent à ravager les foyers de SLD.

En 2003, l'Ontario a été durement touché par une épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Après le SRAS, plusieurs rapports ont été produits pour décrire les mesures à prendre afin de préparer l'Ontario à une pandémie. Tous ces rapports mettaient la province en garde contre les conséquences désastreuses de l'inaction. Pendant un certain temps, ces avertissements ont été pris en compte. En effet, dans les années qui ont suivi le SRAS, la province a élaboré des plans de lutte contre la pandémie de grippe, créé une réserve de fournitures d'urgence et commencé à se préparer sérieusement.

Toutefois, au fil des années, la préparation à la pandémie a cessé d'être une priorité; elle a plutôt cédé à la « tyrannie de l'urgence ». Des alertes de santé publique comme la grippe H1N1 et le virus Ebola ont fait en sorte que l'on accorde une attention passagère à la préparation aux situations d'urgence, mais il n'y a pas eu de volonté durable de faire en sorte que la province soit prête à faire face à une pandémie. Au moment de l'apparition de la COVID-19, les gouvernements successifs avaient laissé 90 % des stocks d'équipements de protection individuelle (ÉPI) de la province se périmer et être détruits, sans être remplacés. Il n'y avait pas de plan global pour faire face à une pandémie.

Pire encore, il n'y avait pas non plus de plan pour protéger la population des établissements de SLD.

Avant la pandémie, de nombreux avertissements avaient été lancés au sujet de la nécessité d'un important remaniement du secteur des SLD de l'Ontario. L'infrastructure de nombreux foyers était désuète et ne répondait pas aux normes actuelles. Contenir un virus dans un tel cadre s'avérerait difficile.

En outre, les ressources du personnel des SLD étaient déjà surexploitées bien avant l'apparition de la COVID-19. Plusieurs rapports avaient demandé l'embauche de personnel supplémentaire pour s'occuper d'une population souffrant davantage de démence et d'autres problèmes médicaux complexes que les générations précédentes. Et pourtant, il n'y avait aucun plan pour fournir un afflux de personnel pour remplacer ceux et celles qui, inévitablement, ne pouvaient ou ne voulaient pas se présenter au travail en situation de pandémie. Dans la plupart des foyers gravement touchés par la COVID-19, la couverture en main-d'œuvre s'est effondrée. Il y avait trop peu de personnel pour s'occuper des personnes résidentes. Le personnel qui a continué à travailler était pour sa part débordé et surchargé.

Pour aggraver cette situation déjà très précaire, une grande partie du personnel manquait d'une formation cruciale en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (PCI), et ne disposait pas non plus du leadership nécessaire pour le guider dans cette période difficile. Malgré les efforts héroïques du personnel resté en première ligne, les personnes résidentes du secteur des SLD ont continué à tomber malades et à mourir.

Malheureusement, la deuxième vague de la pandémie a été encore plus meurtrière que la première dans les foyers de SLD de l'Ontario. L'histoire de l'échec de cette province à protéger sa population la plus vulnérable lors de la deuxième vague se poursuit. Il en ressort toutefois que des problèmes comme le manque de personnel, le manque de formation et le vieillissement des infrastructures des foyers étaient trop profondément ancrés pour pouvoir être surmontés entre la première et la deuxième vague. De toute évidence, l'Ontario doit élaborer, mettre en œuvre et pérenniser des solutions à long terme pour prendre soin de ses personnes âgées et se préparer à une future pandémie.

Le reste du présent sommaire explique comment l'enquête de la Commission a été menée. Nous aborderons les principaux problèmes qu'elle a décelés et qui ont contribué aux souffrances et aux décès survenus dans les foyers de SLD de l'Ontario. La Commission espère de tout cœur que les décideurs politiques et les leaders de l'Ontario tiendront compte – cette fois-ci – des avertissements.

Survol de l'enquête

La Commission a mené son enquête pendant la deuxième vague de la pandémie, de septembre 2020 à mars 2021. Malgré les leçons durement apprises lors de la première vague, la COVID-19 a continué à frapper les foyers de SLD pendant cette période. La Commission a entendu de nombreuses parties prenantes, y compris celles qui se trouvaient en première ligne de l'éclosion. Il s'agissait de familles, de personnes résidentes, de membres du personnel, de représentants des hôpitaux, de titulaires de permis et d'exploitants de foyers de soins de longue durée, de bureaux de santé publique, d'inspecteurs, de spécialistes, de scientifiques, de responsables gouvernementaux, d'associations, de groupes de défense des droits, entre autres. La Commission a ainsi entendu plus de 700 personnes en un peu plus de six mois.

L'enquête a été menée pendant que la pandémie se déroulait. La Commission recevait ainsi des informations en temps réel. Au fur et à mesure que les problèmes auxquels sont confrontés les SLD se précisaient, la Commission a publié deux séries de recommandations provisoires. Conformément à son mandat, la Commission n'a formulé aucune constatation de fait relativement à la responsabilité civile ou criminelle de quelque personne ou organisation que ce soit.

Il est important de mettre en exergue les récits individuels déchirants dont bon nombre de personnes résidentes, de familles et de membres du personnel ont fait part à la Commission. Ces personnes ont subi de terribles traumatismes, et pourtant, elles ont

accepté, avec courage, de raconter leur histoire, permettant ainsi à la Commission d'entrevoir ce que c'était que de vivre cette expérience. Des pertes incommensurables ont été subies, mais la Commission a beaucoup appris de ces témoignages. Il est permis d'espérer qu'en partageant leurs expériences et leurs voix, les personnes qui se sont manifestées contribueront à épargner d'autres personnes lors de la prochaine pandémie.

Au-delà des remerciements adressés aux personnes résidentes survivantes, aux membres des familles et au personnel pour avoir revécu ces événements douloureux, il appartient maintenant à la province d'intervenir afin de résoudre les problèmes que ces personnes ont décrits à la Commission. La volonté de mettre en pratique les recommandations de la Commission ne peut échouer ou faiblir avec le passage du prochain cycle de nouvelles ou le ralentissement économique.

Plusieurs des leçons du SRAS ont été oubliées, mais nous ne pouvons pas oublier les leçons tirées de cette pandémie.

La Commission formule ses recommandations dans le seul et unique but de protéger les personnes résidentes des foyers de SLD, les membres du personnel et leurs êtres chers dans les années à venir.

Il faut s'attendre à une autre pandémie. Et la prochaine fois, l'Ontario doit être prêt.

Aperçu du rapport

Le présent rapport se concentre sur les actions et les inactions ayant contribué de manière substantielle à l'hécatombe qui s'est abattue sur les SLD pendant la pandémie de COVID-19.

Le rapport vise à permettre aux lecteurs de comprendre l'état du secteur des SLD et de la préparation en cas de pandémie avant la COVID-19. Ces sujets sont abordés dans les chapitres 1 et 2. Le chapitre 3 traite de la réponse à la pandémie et de certains succès et échecs sur ce plan, de manière non exhaustive. Le chapitre 4 se penche sur les développements prometteurs dans le domaine des SLD. L'Ontario a la chance d'avoir de nombreux universitaires, porte-parole et prestataires qui élaborent continuellement de nouvelles stratégies pour améliorer le bien-être des personnes âgées et résidentes des foyers de SLD sur son territoire. Le chapitre 5 renferme les recommandations de la Commission. Les annexes à la fin du présent rapport fournissent un survol des rôles et des responsabilités des principales parties prenantes des secteurs de la santé et des SLD de l'Ontario, ainsi qu'un bref examen du processus d'enquête de la Commission. Elles comprennent également les recommandations provisoires de la Commission.

Les SLD avant la COVID-19

Lorsqu'elle a témoigné devant la Commission, la ministre des Soins de longue durée, la D^{re} Merrilee Fullerton, a utilisé le terme « négligé » pour décrire le secteur des SLD et sa population. Sa description s'applique également à l'attitude adoptée à l'égard de cette population par les gouvernements successifs qui n'ont pas voulu s'attaquer à des problèmes complexes et coûteux.

Un grand nombre des problèmes qui sévissaient dans le secteur depuis des décennies – sous-financement chronique, graves pénuries de personnel, infrastructure désuète et piètre surveillance – ont eu des conséquences mortelles pour la population la plus vulnérable de l'Ontario pendant la pandémie.

La promesse législative de l'Ontario à l'égard des résidents des établissements de SLD durée est de leur fournir des résidences qui constituent « un environnement sûr, confortable et familial » et qui favorisent « une qualité de vie élevée ». Lorsque les normes prescrites par la loi ne sont pas respectées – ou que la sécurité, la sûreté ou les droits des personnes résidentes sont compromis – la loi exige en outre que des mesures correctives soient prises. Afin de s'assurer que les besoins et la sécurité des résidents sont satisfaits, la collaboration et le respect mutuel entre les résidents, leurs familles, les fournisseurs de SLD, les soignants, le gouvernement, le personnel et d'autres parties sont indispensables.

Le défi de répondre aux besoins des personnes hébergées et d'assurer leur sécurité s'est accru au cours des 20 dernières années, voire depuis plus longtemps. Comme nous l'avons vu plus haut, les besoins en matière de santé des personnes hébergées dans les foyers de SLD de l'Ontario sont devenus de plus en plus complexes. Avec le modèle de financement actuel, il est devenu difficile de fournir le niveau de soins requis. Cette population dont les besoins médicaux sont plus complexes est plus sensible aux maladies infectieuses comme la grippe, et les éclosions sont chose courante dans les foyers de SLD. Parallèlement, la demande de SLD a continué de croître en même temps que la population vieillissante de la province, ce qui a entraîné des pressions pour élargir rapidement un système déjà surchargé.

La dotation en personnel dans les foyers de SLD est reconnue depuis longtemps comme un problème majeur. Les pénuries constantes, les charges de travail excessives, les taux de roulement élevés et la forte dépendance à l'égard du personnel à temps partiel sont courants dans le secteur. Ce travail est exigeant, et est en grande partie accompli par des femmes – avec une très forte représentation d'immigrantes racialisées dans les postes de préposés aux services de soutien personnel (PSSP). La province a reçu de nombreux rapports qui exposent clairement les pénuries de personnel et les solutions requises, mais peu de changements ont été apportés.

Le système de financement, de gestion et de surveillance du secteur des SLD aggrave ces problèmes. En Ontario, les SLD sont financés par le gouvernement provincial, avec la contribution des personnes résidentes qui en ont les moyens. Bien que le gouvernement soit ultimement responsable de surveiller le secteur, il ne fournit pas de services de SLD. Il compte plutôt sur les prestataires sans but lucratif, à but lucratif ou municipaux pour fournir des services de soins conformes aux normes et aux exigences de la loi.

Avec une population vieillissante et des infrastructures inadéquates, la demande de places et de personnel pour les SLD va augmenter considérablement au cours des prochaines années. Des années de négligence à l'égard des SLD ont amplifié ce défi. De 2011 à 2018, la population des personnes âgées de plus de 75 ans a augmenté de 20 % (de 876 886 à 1 053 097). Cependant, l'offre de lits de SLD n'a augmenté que de 0,8 %, soit un gain net de 611 lits. Il y a maintenant plus de 38 000 personnes dans la province sur la liste d'attente pour des lits de SLD. Dans le présent rapport, le terme « lit » désigne une place dans un foyer de SLD et englobe tous les aspects des soins fournis à une personne hébergée.

Si l'Ontario continue à prendre soin de ses personnes âgées comme il le fait actuellement, il lui faudra, selon des estimations dignes de foi, de 96 000 à 115 000 lits de SLD supplémentaires d'ici 2041 pour répondre à la demande accrue. Bien que d'autres solutions doivent être explorées, y compris un meilleur soutien aux soins à domicile, il est clair que des installations plus nombreuses et plus récentes devront être bâties.

Bien que la Commission ait entendu dire à plusieurs reprises que la COVID-19 a grandement nui à la réputation des foyers à but lucratif, le besoin de dizaines de milliers de nouveaux lits et de lits réaménagés nécessitera une importante injection de capitaux. L'investissement substantiel nécessaire à l'aménagement de nouveaux lits et au réaménagement des anciens s'élèvera à des milliards de dollars. Or, le secteur privé dispose de capitaux disponibles pour ces travaux. Il n'y a cependant aucune raison pour que l'hébergement et les soins soient gérés par la même entité qui aménage ou réaménage les lits.

À l'heure actuelle, il existe des foyers à but non lucratif, à but lucratif et municipaux. La caractérisation des foyers en fonction de leur statut fiscal n'est pas d'une grande utilité. Il est plus pertinent de déterminer si le propriétaire exploite un foyer dans l'optique d'une mission ou dans un but lucratif. Certains propriétaires d'un foyer à but lucratif fonctionnent comme des entités axées sur une mission. D'autres ont des actionnaires et des propriétaires motivés par le profit.

Par exemple, dans certains cas, les foyers à but lucratif sont détenus par des véhicules d'investissement comme des sociétés de placement immobilier (SPI). Alors que la SPI est titulaire du permis et, par conséquent, exerce la responsabilité légale des soins, elle confie à une entreprise distincte la gestion du foyer de SLD et la prestation des soins.

Un foyer de SLD peut représenter un excellent arrangement financier pour les actionnaires, mais il est plus difficile de comprendre l'avantage sur le plan des soins aux personnes hébergées. Les soins prodigués devraient être le seul objectif de l'entité qui est responsable des foyers de SLD. Les entités axées sur la mission, qu'elles soient à but lucratif ou non, devraient être responsables des soins aux personnes résidentes.

Il n'en va pas de même toutefois pour les infrastructures et les autres éléments non associés aux soins. Il convient en effet de noter que la province dispose déjà d'hôpitaux, de palais de justice et de systèmes de train léger sur rail financés par le secteur privé. Bien que chaque cas soit légèrement différent, tous impliquent la construction d'infrastructures, payées d'avance par des entités du secteur privé, qui reçoivent au fil du temps un retour sur leur capital, incluant des bénéfices. Cependant, ce sont d'autres parties qui exploitent les infrastructures dans les faits – tribunaux, hôpitaux, etc. – une fois qu'elles sont construites.

La province devrait adopter cette approche pour les SLD.

Cette approche permettrait au secteur privé de répondre à la demande d'établissements de SLD – puisqu'il a accès aux capitaux nécessaires à leur construction. Elle ferait aussi en sorte que les personnes hébergées reçoivent des soins de la part d'un prestataire dont la mission est axée sur les soins et non sur le profit. D'une manière similaire à celle utilisée dans le secteur hospitalier, la province financerait ensuite des paiements annuels pendant un nombre d'années convenu, suffisant pour garantir que le promoteur récupère son investissement majoré d'un taux de rendement convenu. Cette stratégie d'approvisionnement permettrait également à la province d'exiger, à la fin d'une telle période, que la province (et non le promoteur) détienne l'établissement de SLD et le terrain sur lequel il est construit.

Le moment est venu de revoir le modèle de prestation des SLD et d'adopter une meilleure façon de fournir des soins aux personnes âgées de l'Ontario.

La surveillance et l'application des normes législatives constituent un autre problème auquel sont confrontés les SLD. Dans le rapport de l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée, publié à la mi-2019, l'honorable juge Eileen E. Gillese faisait le constat que le processus d'inspection des foyers de SLD devait être amélioré. La pandémie a révélé d'importantes lacunes dans l'application de la loi, qui n'a guère permis de garantir que des mesures adéquates de PCI soient en place dans les foyers avant l'apparition de la COVID-19.

Enfin, l'état des infrastructures des SLD est une source de préoccupation constante. L'Ontario compte de nombreux foyers anciens qui ont été construits à une époque où les normes de bâtiment autorisaient des chambres de type « dortoir » avec trois ou quatre lits et des salles de bain communes, facilitant ainsi la propagation des maladies. Les anciennes normes n'étaient pas conçues pour répondre aux pratiques actuelles en matière de PCI. Il ne faut donc pas s'étonner que ces foyers anciens aient été les plus durement touchés par la COVID-19. Bien que le gouvernement ait tenté et tente

toujours de les améliorer, ces foyers représentent néanmoins un pourcentage important des foyers de SLD en Ontario.

Les problèmes décrits ci-dessus ne constituent en aucun cas une liste exhaustive des défis auxquels était confronté le secteur des SLD avant la pandémie de COVID-19. Il aurait été impossible d'éviter tous les décès liés à la COVID-19. Toutefois, ces problèmes se sont conjugués afin de créer un terrain propice à la surmortalité.

Aucun de ces problèmes de longue date n'était une surprise pour le gouvernement ou pour les personnes qui travaillent, vivent ou militent dans le secteur des SLD.

Préparation de l'Ontario à une pandémie

À l'instar de nombreuses administrations, l'Ontario n'était pas préparé à la pandémie de COVID-19. Toutefois, cette situation n'était pas inévitable. En 2003, l'Ontario a été victime d'une autre épidémie virale mortelle, le SRAS. Après le SRAS, les gouvernements ontarien et canadien ont commandé plusieurs études qui ont mis en évidence les lacunes des systèmes de santé et d'intervention d'urgence lorsqu'il s'agissait de se préparer à un virus mortel, tant au niveau national que provincial.

D'excellentes recommandations sont ressorties de ces études et, pendant un certain temps, l'Ontario y a prêté attention. La province a ainsi renforcé ses défenses et a commencé à préparer le secteur des soins de santé à réagir à une pandémie. Les éclosions de H1N1 et d'Ebola en 2009 et 2014–2016, respectivement, ont été de sinistres rappels de la menace que peut représenter une éclosion.

Malgré ces sérieux avertissements, l'Ontario a relâché sa volonté de faire de la préparation à une pandémie une priorité. En 2017, la vérificatrice générale mettait en garde le gouvernement contre des lacunes majeures dans les programmes de gestion des situations d'urgence de la province qui pourraient rendre l'Ontario vulnérable dans une situation d'urgence de grande envergure.

Le médecin hygiéniste en chef (MHC) a déclaré à la Commission que, lorsque la province n'est pas aux prises avec une urgence sanitaire, la préparation à une pandémie est souvent mise de côté au profit de préoccupations plus immédiates : « Il est difficile de garder [la préparation à une pandémie] toujours à l'avant-plan, car la tyrannie de l'urgence met toujours les choses de côté. »

Et c'est exactement ce qui s'est passé dans les années qui ont précédé la pandémie de COVID-19. Le ministère de la Santé n'en a pas fait suffisamment pour respecter son obligation législative de planification en cas de pandémie, et le ministère des Soins de longue durée n'a pas pris de mesures suffisantes pour préparer la communauté vulnérable des SLD.

Par conséquent, la province ne disposait pas d'un plan de lutte contre la pandémie à jour et cohérent en 2020. Le plan le plus récent de l'Ontario était principalement conçu

pour faire face à une pandémie de grippe et n'avait pas été mis à jour depuis 2013. Les tentatives ultérieures du gouvernement d'élargir la portée du plan au-delà de la grippe n'étaient pas achevées au printemps 2020. Pour aggraver ce problème, aucun des ministères n'avait effectué de simulations ou d'exercices en vue d'une pandémie. En particulier, aucun exercice ne visait les SLD, où vivent pourtant certaines des personnes les plus vulnérables de la province.

En 2017, avant que la COVID-19 ne frappe l'Ontario, la majorité des stocks de fournitures sanitaires d'urgence de la province, amassés après le SRAS, avait expiré et devait être éliminée. Ainsi, en 2019, la province avait détruit 90 % des réserves, notamment des masques chirurgicaux et des masques N95; ces articles n'ont pas été remplacés, même si les risques que la réserve était censée couvrir n'avaient pas disparu. Au lieu de reconstituer la réserve, les gouvernements successifs ont passé trois ans à délibérer sur les options de politique d'approvisionnement. De plus, de nombreux foyers ne disposaient pas de l'ÉPI nécessaire pour protéger les personnes résidentes et le personnel. Avant la pandémie, la province ne surveillait pas l'état des réserves d'ÉPI dans les SLD et par conséquent, n'était pas au courant de leur situation en matière d'approvisionnement.

Le coût économique de la pandémie a été considérable, éclipsant le coût d'une préparation adéquate à la pandémie. Le produit intérieur brut de l'Ontario a reculé de quelque 45 milliards de dollars en raison de la pandémie. De plus, la province prévoit des dépenses supplémentaires d'environ 25 milliards de dollars et a alloué environ 1,4 milliard de dollars à l'achat d'ÉPI. Ces chiffres ne comprennent pas la part de l'Ontario des dépenses fédérales. Face à ces chiffres, le coût d'une préparation adéquate à une pandémie est insignifiant.

La COVID-19 est peut-être arrivée de façon inattendue en 2020, mais il était tout à fait prévisible qu'un pathogène mortel balaie la planète à un moment donné. Il était également prévisible qu'une pandémie ait un impact disproportionné sur la population ontarienne hébergée dans les SLD. Les gouvernements successifs auraient dû prendre au sérieux les avertissements et les leçons du SRAS. Ils auraient dû se préparer de manière proactive au lieu d'adopter une approche épisodique et réactive. S'ils l'avaient fait, les coûts humains et financiers de la pandémie de COVID-19 auraient été substantiellement moindres.

La préparation à une pandémie doit être une priorité constante. La vie des personnes les plus vulnérables en dépend.

Lorsque la COVID-19 a frappé de plein fouet un secteur des SLD déjà fragile, le coût de ce manque de préparation s'est fait cruellement sentir.

La crise de la COVID-19 dans les soins de longue durée

Lorsque la COVID-19 a frappé l'Ontario, elle a dévasté le secteur des SLD. Au moment de la rédaction du présent document, 11 membres du personnel et près de

4 000 résidents avaient perdu la vie. Les décès parmi les personnes hébergées dans les établissements de SLD représentent plus de la moitié de tous les décès liés à la COVID-19 en Ontario, même si elles ne constituent que 0,5 % de la population. Beaucoup d'autres personnes résidentes et membres du personnel ont été infectés, 14 984 cas ayant été signalés parmi les personnes résidentes et 6 740 parmi les membres du personnel au 14 mars 2021.

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, le secteur des SLD n'était pas suffisamment préparé à une pandémie, alors qu'il aurait dû l'être. Pour aggraver le problème, la réponse de la province a été lente et réactive lorsque le virus a débarqué et a commencé à se propager. Les décisions cruciales sont arrivées trop tard et le système d'intervention d'urgence du gouvernement s'est avéré inadéquat pour protéger de la COVID-19 le personnel comme les personnes hébergées.

À la suite de l'épidémie de SRAS, il a été reconnu que, si l'on n'agissait pas rapidement pour contenir un virus, celui-ci prendrait le dessus. De même, il a été reconnu que, pour protéger le public, les autorités de santé publique devraient suivre le principe de précaution. Ce principe stipule qu'il ne faut pas attendre d'avoir des certitudes scientifiques pour mettre en œuvre des mesures de protection de la santé publique. Dans son rapport de 1997 sur la crise du sang contaminé au Canada, l'honorable juge Horace Krever a décrit ce principe comme suit : « [s]i on a des preuves raisonnables d'une menace imminente à la santé publique, il ne faut pas attendre d'avoir des preuves strictes de l'existence d'un rapport de cause à effet avant de prendre les mesures nécessaires pour contrer ce danger. » Dans une situation d'urgence, la rapidité l'emporte souvent sur la perfection. Malheureusement, au cours des cinq premiers mois de 2020, de nombreuses mesures provinciales de santé publique ont été mises en œuvre trop tard pour avoir un impact positif dans les foyers de SLD.

Les premières discussions du gouvernement sur le nouveau virus ont eu lieu au cours de la première semaine de janvier 2020. Au départ, les préparatifs en Ontario se sont concentrés sur les hôpitaux et non sur les foyers de SLD. En 2003, le SRAS avait ravagé les hôpitaux; la province voulait donc éviter que cette expérience ne se répète. Les premiers préparatifs visant à protéger les hôpitaux de l'épidémie émergente de COVID-19 comprenaient le transfert des malades des hôpitaux vers des foyers de SLD afin de libérer des lits; cela a réduit l'espace disponible dans les foyers de SLD pour l'isolement des personnes ayant reçu un test de dépistage positif et a contribué à la propagation de la maladie.

Comme l'a dit un responsable de l'Association des hôpitaux de l'Ontario à la Commission : « Je pense qu'il est juste de dire que, dès le début, les SLD ont été traités séparément du reste du système de soins de santé en ce qui concerne la coordination de la réponse à la pandémie. »

Pourtant, de nombreux avertissements se sont fait entendre pour signaler que le virus présentait un risque pour les personnes hébergées dans les établissements de SLD.

Ces avertissements n'ont pas été suivis avec une rapidité suffisante. En février 2020, des rapports faisaient état d'éclosions parmi les passagers de navires de croisière comme ceux du *Diamond Princess*, ainsi que dans les lieux de culte et les prisons à l'étranger. La propagation rapide de la maladie dans des « lieux de rapprochement » comme ceux-ci – des endroits où de nombreuses personnes vivent à proximité les unes des autres ou se rassemblent – a montré que les foyers de SLD seraient également à risque. Il était également devenu évident à ce moment-là que le virus posait un risque plus élevé pour les personnes âgées et celles qui avaient des affections médicales préexistantes.

Fin février 2020, une éclosion de COVID-19 s'est déclarée dans un foyer de SLD de l'État de Washington. Le 7 mars, la première éclosion dans un foyer de SLD a été signalée en Colombie-Britannique. Le 11 mars, des foyers de SLD italiens avaient enregistré 827 décès et 12 462 cas confirmés. Un spécialiste a déclaré à la Commission qu'à cette époque, « nous savions que le virus semblait presque cibler les établissements de soins; la reconnaissance initiale de la transmission communautaire dans l'État de Washington et en Colombie-Britannique était associée à des éclosions à taux de mortalité élevée dans les SLD ».

Le 27 février, le MHC a présidé une réunion à laquelle participaient des responsables de Santé publique Ontario, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, des médecins et du personnel du ministère de la Santé, au cours de laquelle « la plupart des spécialistes présents ont convenu que l'incidence généralisée de la COVID-19 était imminente et essentiellement inévitable ». Les sonnettes d'alarme auraient alors dû retentir fortement en Ontario.

Pourtant, au début du mois de mars 2020, le gouvernement a continué d'affirmer publiquement que la menace du virus était faible et qu'elle était liée aux voyages, malgré les preuves croissantes du contraire. Ce message a été inclus dans les notes d'information préparées pour la ministre de la Santé lorsqu'elle s'est adressée à l'Assemblée législative de l'Ontario le 10 mars. Le même jour, le 37^e cas confirmé de COVID-19 dans la province était une personne qui n'avait pas voyagé à l'étranger. À ce stade, la ministre des Soins de longue durée, une femme médecin, avait conclu de façon indépendante que le risque n'était pas faible, et a refusé de déclarer le contraire dans un enregistrement vidéo.

Malheureusement, les responsables médicaux du gouvernement ne partageaient pas la même évaluation du risque que la ministre Fullerton, et ne lui ont pas accordé une large diffusion publique. On a notamment omis de reconnaître clairement que la COVID-19 pouvait se propager dans la collectivité au lieu d'être liée uniquement aux personnes ayant voyagé. La transmission communautaire pose un risque pour les SLD, car elle signifie que n'importe qui peut faire entrer le virus dans un établissement – et pas seulement une personne ayant récemment voyagé. À la mi-mars 2020, les responsables gouvernementaux reconnaissaient que la transmission communautaire ne pouvait être exclue. Cependant, aussi tard que le 24 mars, la médecin hygiéniste en

chef adjointe se demandait encore s'il y avait transmission communautaire de la COVID-19.

De même, le gouvernement a mis du temps à reconnaître le potentiel de transmission asymptomatique, c'est-à-dire la possibilité qu'une personne ne présentant aucun symptôme puisse néanmoins en infecter d'autres, et a tardé à agir en conséquence. À la fin du mois de janvier 2020, les autorités sanitaires chinoises avaient constaté que les symptômes de la COVID-19 apparaissaient dans les 2 à 14 jours suivant l'exposition au virus, et que les personnes ne présentant pas de symptômes pouvaient être contagieuses pendant cette période, laissant ainsi entendre la possibilité d'une transmission asymptomatique. Le 30 janvier, le comité principal de protection de la santé du gouvernement australien a publié des recommandations, citant des données probantes à l'échelle internationale qui suggéraient une transmission asymptomatique. Ce comité estimait qu'il fallait adopter une approche de précaution rigoureuse. Ce constat a été communiqué, par courriel, au médecin hygiéniste en chef de l'Ontario le 31 janvier.

La ministre des Soins de longue durée a déclaré à la Commission que, dès le 5 février 2020, elle redoutait déjà la propagation asymptomatique de la COVID-19. D'autres personnes étaient également inquiètes. Le 18 mars, une médecin hygiéniste adjointe d'Ottawa écrivait au D^r Williams en l'avertissant ainsi : « Les preuves sont maintenant suffisantes pour affirmer qu'il y a plus d'infections asymptomatiques que symptomatiques et que les infections asymptomatiques causent probablement plus de nouvelles infections que les symptomatiques. » Le courriel concluait en disant que des travailleuses et travailleurs de la santé infectés, qui n'avaient pas voyagé et qui étaient asymptomatiques, « pouvaient en fait se retrouver dans des établissements de soins de santé ». Malheureusement, le médecin hygiéniste en chef ne partageait pas ces inquiétudes ni celles de la ministre des Soins de longue durée. Le D^r Williams a déclaré à la Commission que « les données probantes ne permettaient pas de tirer des conclusions ». Il n'a pas agi comme si une transmission asymptomatique était possible et n'a pas donné de directives en ce sens. À son avis, les preuves n'étaient pas claires avant l'été.

Malgré l'inaction du gouvernement, certaines personnes dans le secteur des SLD et la santé publique locale ont pris des mesures proactives, après avoir constaté la réalité de la menace de la COVID-19. Ainsi, la directrice médicale des deux foyers de SLD municipaux de la région de York a communiqué directement avec les foyers de l'État de Washington et de la Colombie-Britannique pour leur demander conseil à la suite des éclosions qui y étaient survenues. Dans un foyer de SLD de Richmond Hill, le PDG a commencé à contacter les fournisseurs d'ÉPI à la fin du mois de janvier et a instauré des politiques de dotation en personnel et de PCI pour protéger les personnes résidentes, bien avant l'adoption de directives gouvernementales similaires. Ce fut le

cas pour un médecin hygiéniste de Kingston, qui a suivi la situation en Chine et a établi de manière indépendante un protocole pour les visites, les inspections et les vérifications de tous les établissements de SLD de la région. Lorsque les restaurants et les bars ont été fermés par la province, il a demandé aux inspecteurs de la salubrité alimentaire du bureau de santé publique de faire des inspections dans les établissements de SLD.

La première éclosion du virus dans un foyer de SLD de l'Ontario a été déclarée le 16 mars 2020. Le virus s'est ensuite répandu comme une traînée de poudre.

Étant donné que la province avait détruit sa réserve d'urgence d'ÉPI et que beaucoup de foyers ne disposaient pas d'un approvisionnement suffisant, de nombreux membres du personnel et personnes résidentes n'ont pas été en mesure de se protéger ni de protéger les autres. Comme on l'avait prévu lors de la création de la réserve d'urgence, la pandémie a entraîné une réduction de l'offre mondiale et une augmentation des prix des articles essentiels comme les ÉPI. Alors que le virus faisait rage, la province a dû se démener pour s'approvisionner. Les fonctionnaires ont travaillé 24 heures par jour pour explorer toutes les pistes possibles, et les foyers ont reçu l'ordre de rationner leurs fournitures.

Ne disposant pas de suffisamment d'ÉPI, les membres du personnel ne se sentaient pas en sécurité au travail et certains ont choisi de rester chez eux pour se protéger et protéger leur famille. Une combinaison de maladie et de peur a aggravé une situation déjà précaire sur le plan du personnel.

Les décisions prises par la province pendant la pandémie de COVID-19 reflétaient l'absence d'un sentiment d'urgence. Alors que le monde en apprenait davantage sur le nouveau virus, d'autres territoires de compétence commençaient à appliquer une approche de précaution pour protéger les personnes résidant dans les foyers. Mais à bien des égards, l'Ontario a tardé à prendre des précautions semblables. Prenons, par exemple, la décision concernant le « port du masque universel », c'est-à-dire l'obligation pour toutes les personnes se trouvant dans un établissement de SLD de porter un masque en tout temps. L'un des avantages de cette mesure est la protection contre la propagation de l'infection par les personnes porteuses du virus, mais asymptomatiques. Ces personnes transmettent la maladie par inadvertance, sans se rendre compte qu'elles sont contagieuses.

Au 9 mars 2020, Santé publique Ontario considérait comme possible la transmission de la COVID-19 par des personnes asymptomatiques. Un représentant du Bureau du médecin hygiéniste en chef a confirmé que cette possibilité aurait, à son avis, justifié l'application du principe de précaution. Le 18 mars, le MHC a été averti que « lorsque la transmission communautaire est évidente ou peut être présumée, l'ensemble des

travailleuses et travailleurs de la santé devraient être considérés comme présentant un risque potentiel les uns envers les autres et pour les patients, et devraient, par conséquent, porter un masque chirurgical dès leur entrée dans un établissement, et jusqu'à leur départ ».

Les hôpitaux de Toronto ont implanté le port du masque universel le 24 mars 2020. Les autorités locales ont recommandé aux foyers de SLD de Toronto le 29 mars. Le MHC ne l'a pas ordonné avant le 8 avril. Or, dans une pandémie, chaque jour compte. Les retards sont mortels.

Le retard dans la décision d'imposer le port du masque universel était probablement attribuable, du moins en partie, aux stocks d'ÉPI déficients.

La province a également tardé à exiger que le personnel de SLD travaille dans un seul foyer afin de réduire le risque de propagation des infections. En vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, le MHC a le pouvoir de publier des directives contraignantes assorties de sanctions prévues par la loi. Au lieu d'utiliser ce pouvoir pour que le personnel soit affecté à un seul établissement, le MHC a d'abord publié une note de service le 19 mars 2020, indiquant que des mesures « devraient » être prises et que, dans certains établissements à haut risque, « il pourrait être possible » de coordonner les tâches des membres du personnel pour qu'ils ne travaillent que dans un seul établissement. Cette recommandation est devenue la « Directive n° 3 » le 22 mars. Celle-ci indiquait que « dans la mesure du possible », il serait préférable que le personnel ne travaille que dans un seul endroit. Cette directive était mal formulée, n'était pas contraignante et n'a pas été universellement suivie.

Il est rapidement devenu évident que la Directive n° 3 n'était pas efficace et ne permettait pas d'atteindre l'objectif de protection des personnes résidant dans des établissements de SLD. En s'adressant à la Commission, le MHC a affirmé que ses pouvoirs ne lui permettaient pas de formuler une directive plus ferme qui aurait obligé les employeurs à interdire au personnel de travailler dans plus d'un établissement. Apparemment, il aurait fallu un décret du Cabinet pour ce faire.

Une pandémie n'est pas le moment de départager l'autorité ou le domaine de compétence d'un représentant de l'État, surtout s'il s'agit du médecin hygiéniste en chef.

L'étendue des pouvoirs du MHC aurait dû être clairement établie bien avant la pandémie. Le 8 avril 2020, le Bureau du secrétaire du Conseil des ministres a communiqué avec le ministère des Soins de longue durée pour lui demander de renforcer le libellé de la Directive n° 3, le but étant d'avoir « plus de consignes que d'encouragements ». Le gouvernement a émis le décret portant sur le travail limité à un seul foyer de SLD le 14 avril, et la conformité n'a pas été requise avant le 22 avril.

La Colombie-Britannique, en revanche, a mis en œuvre une politique relative au travail dans un seul établissement le 26 mars.

La majorité des personnes décédées lors de la première vague de la pandémie sont mortes ou ont été infectées entre le 22 mars et le 22 avril 2020, pendant que la province se demandait qui avait le pouvoir de donner une directive contraignante et quelles étaient les considérations politiques connexes.

Quel que fût l'impact du décret relatif au travail limité à un seul foyer, il est arrivé beaucoup trop tard pour beaucoup trop de personnes.

La nécessité de disposer d'une structure d'urgence avant le début d'une situation d'urgence était l'une des leçons tirées de l'épidémie de SRAS. Le rapport provisoire du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario, également connu sous le nom de rapport provisoire Walker, relevait cette question en 2003 en analysant la réponse de la province au SRAS : « En l'absence de certaines structures nécessaires au ministère pour réagir avec une excellente coordination à une urgence liée à une maladie transmissible, la province a essentiellement dû élaborer son plan au jour le jour. » Ce rapport pourrait tout aussi bien faire allusion à la situation de 2020.

Sans plan bien établi et mis en pratique, le gouvernement s'est retrouvé à élaborer sa réponse d'urgence au fur et à mesure. Comme nous l'avons fait remarquer, une pandémie est un moment inopportun pour créer un plan d'intervention nuancé, bien pensé et complet. À la fin du mois de mars 2020, alors que le coronavirus commençait à se répandre dans les foyers, le gouvernement n'avait pas encore mis au point sa structure d'intervention. En fait, il a engagé un sous-traitant à la fin du mois de mars pour s'en occuper.

Par conséquent, il n'était pas toujours évident de savoir qui était responsable de quoi. Il en était de même pour les foyers de SLD : la Commission a entendu de nombreux membres du personnel qui ont fait remarquer que la direction de leur foyer était incapable d'indiquer clairement les mesures à prendre et les conseils à suivre. Encore une fois, la province n'a pas su tirer les leçons du SRAS; dans le rapport final de la Commission chargée d'enquêter sur l'introduction et la propagation du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), l'honorable juge Archie Campbell avait pourtant recommandé que les voies hiérarchiques soient claires dès le départ.

En même temps qu'elle créait sa nouvelle structure d'intervention, la province essayait encore de déterminer quelle mesure législative lui permettrait d'ordonner un soutien d'urgence aux foyers de SLD en situation de crise. Voilà qui a également entraîné des retards. Le gouvernement n'étant pas sûr de ses pouvoirs en matière d'ordonnances contraignantes, les bureaux de santé publique et les hôpitaux sont intervenus pour remplir le vide. Ainsi, à la mi-avril 2020, le médecin hygiéniste local de la région de

Durham prenait l'initiative d'exercer les pouvoirs que lui confère la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* pour ordonner aux hôpitaux d'intervenir et d'aider les foyers en détresse. D'autres médecins hygiénistes locaux ont emboîté le pas. Le ministère des Soins de longue durée n'a élaboré que plus tard une stratégie visant à faciliter la prise de contrôle des foyers.

Alors que le secteur souffrait déjà d'un manque chronique de personnel, la COVID-19 a provoqué un effondrement des effectifs dans de nombreux foyers. Certains ont perdu jusqu'à 80 % des membres de leur personnel soit parce que ceux-ci refusaient de travailler par crainte pour leur propre sécurité, soit parce qu'eux aussi avaient été infectés.

De nombreux foyers de SLD n'avaient ni les connaissances ni les compétences nécessaires en matière de prévention et de contrôle des infections lorsque la pandémie a frappé. Même si le secteur des SLD a l'expérience des maladies respiratoires infectieuses comme la grippe, de nombreux foyers n'avaient pas les ressources, les connaissances ou l'expérience requises pour mettre en œuvre des pratiques efficaces de PCI. Sans ces importants moyens de défense, les éclosions dans les foyers de SLD étaient inévitables.

Alors que la province s'efforçait tant bien que mal d'augmenter sa capacité de dépistage, la demande de tests de détection de la COVID-19 a continué à dépasser la capacité des laboratoires. Il fallait souvent de sept à dix jours avant de recevoir les résultats des tests. Certains ont été perdus. La Commission a entendu des histoires de foyers qui ont reçu les résultats de tests par télécopieur et par la poste. Le retard dans le dépistage était le résultat du manque de planification de l'Ontario au fil des ans en vue d'une pandémie et de l'absence d'une réponse intégrée des laboratoires utilisant toutes les ressources publiques et privées de la province.

À mesure que les personnes résidant en foyer de SLD étaient infectées, la lenteur des tests rendait difficile, voire impossible, la séparation des personnes malades de celles en bonne santé – une pratique appelée « regroupement en cohorte ». Il était particulièrement difficile d'identifier et de regrouper les résidents qui étaient infectés mais asymptomatiques. Et lorsque les foyers recevaient les résultats des tests, la maladie s'était déjà propagée.

Même s'ils avaient reçu les résultats des tests rapidement, de nombreux foyers n'avaient qu'une expérience limitée des pratiques de regroupement en cohorte. Le peu de consignes provinciales à cet égard n'a pas amélioré les connaissances dans les foyers et les directives du MHC en matière de regroupement en cohorte n'étaient pas utiles. Les foyers qui ont véritablement essayé de faire des regroupements ne se

rendaient pas compte que les patients infectés mais asymptomatiques étaient déplacés d'une pièce à une autre, propageant ainsi la maladie par inadvertance.

En même temps, le personnel restait au front sans avoir assez d'ÉPI, obligé de réutiliser l'équipement ou de suivre des instructions pour en fabriquer avec des bouteilles de boisson gazeuse et des sacs en plastique. Un membre du personnel a comparé cette expérience à un combat : « C'est comme si on allait à la guerre. On sait qu'on va se faire tirer dessus et que des projectiles nous atteindront. Mais il faut quand même aller sur le champ de bataille et attaquer. »

Des membres du personnel ont raconté à la Commission qu'ils pleuraient avant, pendant et après le travail, qu'ils vomissaient dans les vestiaires à cause du stress et qu'ils voyaient mourir en grand nombre des résidents qu'ils aimaient. Souvent, on leur demandait d'envelopper une personne décédée dans un sac mortuaire, de la mettre sur une civière et de la conduire jusqu'au personnel funéraire qui attendait à l'extérieur de l'établissement. Ils ont décrit la culpabilité qu'ils ressentaient de ne pas pouvoir être auprès des résidents lorsqu'ils mouraient, et l'horrible dilemme de devoir choisir entre rester à la maison pour assurer leur sécurité et celle de leur famille s'occuper des résidents qu'ils connaissaient bien. Un membre du personnel qui organisait habituellement des activités récréatives agréables a décrit le désespoir de son nouveau rôle auprès des résidents mourants : « J'étais assise au chevet d'un résident après sa mort, avec un iPad, parce que sa famille voulait le voir une dernière fois. J'ai donc regardé et écouté sa femme et ses enfants adultes parler de leur amour et j'ai pleuré en silence sous mon masque et mon écran facial. » Beaucoup de travailleuses et travailleurs de la santé continuent d'être hantés par cette expérience et auront besoin d'un soutien et de conseils de manière continue.

Pour tenter d'enrayer la propagation de la COVID-19, la décision a été prise d'interdire les visites dans les foyers. Or, les visiteurs – en particulier les membres des familles et les proches – font plus que visiter, ils s'occupent souvent de nombreux besoins quotidiens des résidents. En raison de la pénurie de personnel, et en l'absence de membres des familles pour les seconder, les personnes résidentes ont été confinées à leur chambre pendant de longues périodes, sans accès aux activités de loisirs et sans visite. Avec les restrictions imposées aux visiteurs, la charge de travail du personnel a augmenté. Une personne résidant en foyer de SLD a décrit l'expérience en disant que c'était comme si la réalité avait été suspendue et qu'un cauchemar s'était installé. Beaucoup de personnes ont éprouvé des symptômes de ce que l'on appelle le « syndrome du confinement ». Cette expression est généralement utilisée dans la littérature médicale pour décrire les symptômes que présentent les personnes placées en isolement. En raison des restrictions concernant les visiteurs et de la réduction du personnel, de nombreuses personnes résidentes sont décédées seules dans leur chambre, sans personne pour les aider à mourir.

L'impossibilité de rendre visite à leurs proches et de savoir ce qui leur arrivait a dévasté les membres des familles. Ils voyaient, à distance, des pères, des mères et des grands-parents se détériorer sous leurs yeux. Beaucoup n'ont pas pu leur dire au revoir. Lorsque les visites ont repris, de nombreuses familles ont exprimé leur choc et leur tristesse face au déclin rapide des fonctions cognitives et physiques de leurs proches et à l'augmentation de l'état dépressif; certaines ont fait remarquer que des résidentes et résidents autrefois dynamiques et alertes avaient perdu tout espoir et ne réagissaient plus du tout.

Même en tenant compte des leçons tirées de la première vague, les mesures prises en prévision de la deuxième vague n'ont pas suffi à l'empêcher d'être pire. En fait, un plus grand nombre de personnes résidant dans un foyer de SLD sont décédées au cours de la deuxième vague que de la première. On ne sait toujours pas pourquoi il en est ainsi, malgré les mois dont la province et les foyers ont disposé pour se préparer. Certains ont fait remarquer qu'on n'a pas accordé suffisamment de priorité aux foyers à haut risque, étant donné que 5 % des foyers étaient responsables de plus de la moitié de tous les décès de résidents. D'autres estiment que la prévalence plus élevée de la COVID-19 dans l'ensemble de la province, et donc dans les collectivités entourant de nombreux foyers, explique la plus grande propagation dans les SLD lors de la deuxième vague.

Ce qui est clair, c'est que la préparation des mesures de PCI, le soutien en personnel et les partenariats entre les foyers et d'autres entités comme les hôpitaux auraient dû être des priorités essentielles. Les hôpitaux ont géré certains foyers tout au long de la crise. Cependant, il est inquiétant de constater que les problèmes à l'origine de ces crises n'ont pas été résolus une fois que les hôpitaux ont remis aux foyers la prise en charge de leur gestion. Dans le cadre de la préparation de la deuxième vague, le Ministère, par l'intermédiaire des régions sanitaires de l'Ontario, a cherché à officialiser les arrangements en jumelant chaque foyer avec un hôpital. À l'aide de ce modèle de partenariat, le Ministère créait un « réseau en étoile » au sein duquel les hôpitaux aideraient les foyers en matière de PCI. Cependant, ce système n'a pas été mis en œuvre avant novembre 2020, ce retard signifiant que les hôpitaux n'ont pas eu la possibilité d'avoir un impact significatif sur la création d'une culture de prévention et de contrôle des infections avant l'arrivée de la deuxième vague.

La province a annoncé à la fin du mois de février 2021 l'investissement de plus de 115 millions de dollars pour former jusqu'à 8 200 nouveaux préposés et préposées aux services de soutien personnel (PSSP). Certes, les foyers de SLD ont besoin de plus de PSSP, mais ce financement n'a pas pu les aider à traverser la deuxième vague.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a établi une corrélation entre le manque de personnel (notamment de PSSP), le recours à du personnel d'agence et la

gravité accrue d'une éclosion de COVID-19 dans un foyer lors de la première vague. Il existe également un lien entre ces facteurs et une hausse de la mortalité des personnes résidentes.

Le rôle des inspecteurs provinciaux aurait aussi dû être renouvelé lors de la deuxième vague. Alors qu'aucun nouveau financement n'a été accordé pour les inspecteurs au cours de la première vague, le gouvernement a annoncé en novembre 2020 que 27 nouveaux inspecteurs seraient embauchés pour s'attaquer aux problèmes de la COVID-19. Toutefois, il faut huit ou neuf mois pour former complètement un inspecteur. Par conséquent, les inspecteurs récemment embauchés n'auraient été que de peu, voire d'aucune utilité lors de la deuxième vague.

Au fur et à mesure que de nouvelles données seront analysées, il sera sans doute possible de mieux comprendre les facteurs qui ont contribué à la propagation de la COVID-19, et donc de mieux cerner les raisons pour lesquelles la situation de l'Ontario ne s'est pas améliorée au cours de la deuxième vague. Toutefois, cela n'apportera que peu de réconfort aux familles et aux proches des personnes résidant dans les foyers de SLD qui ont perdu la vie à cause de la COVID-19 pendant ce temps-là.

Pratiques exemplaires et idées prometteuses

Les têtes dirigeantes de tous les niveaux doivent mettre tout leur cœur, et leur esprit, dans la réinvention des soins aux personnes âgées de la province. Cela nécessitera une philosophie de soins ancrée dans le respect, la compassion et la gentillesse pour les personnes qui vivent et travaillent dans le secteur des SLD. Il ne s'agit pas simplement de construire plus de foyers. Il y a lieu de passer à un modèle de soins axé sur la personne, qui motive des comportements différents et récompense l'innovation menant à de meilleurs résultats pour les résidents et le personnel.

Cette transformation devra s'appuyer sur une approche multidimensionnelle, qui reconnaît que les foyers sont à la fois des milieux de vie, des établissements de soins et des lieux de travail. Les foyers de SLD font également partie de l'ensemble du système de soins de santé et de la collectivité.

Les personnes qui entrent dans un foyer de soins de longue durée pour y résider ne perdent pas leurs droits. Elles ont les mêmes droits que n'importe qui d'autre dans la société et ceux-ci doivent être protégés et respectés. Les personnes résidant dans un foyer de SLD ont le droit de recevoir des soins de qualité et méritent de jouir de leur qualité de vie.

Il convient également de prendre soin du personnel qui travaille dans les foyers de SLD. Il faut des dirigeantes et dirigeants dotés d'une bonne intelligence émotionnelle pour favoriser un changement de culture organisationnelle visant à créer des milieux de

travail respectueux et inclusifs, où tous les membres du personnel sont valorisés et éprouvent une grande satisfaction, et sont fiers de leur travail parce qu'ils sont habilités et soutenus pour fournir d'excellents soins. Ces principes sont à la base de ce que la Commission recommande, pour l'avenir, afin de protéger les personnes résidentes, leurs proches et le personnel.

Au milieu de la grande tourmente et de la tragédie causées par la COVID-19, il y a également eu de nombreux exemples de leadership solide et de pratiques prometteuses qui ont contribué à empêcher ou à atténuer la propagation du virus dans plusieurs foyers de SLD. Ces exemples méritent non seulement d'être reconnus, mais servent également de modèles d'approches novatrices qui, mises en œuvre, pourraient contribuer à préserver la santé des personnes âgées de l'Ontario et à améliorer leur qualité de vie.

Un leadership fort s'est avéré essentiel face aux défis sans précédent auxquels étaient confrontés les foyers de SLD. La Commission a constaté que les éléments clés d'un leadership efficace sont constants, quel que soit l'endroit ou la source. Elle a également déterminé que la présence de ces éléments ne se traduisait pas nécessairement par une absence d'éclousions de COVID-19; ils donnent plutôt un aperçu de la mesure dans laquelle les dirigeants ont bien réagi et mobilisé leurs équipes en temps de crise.

Les éléments clés, qui sont examinés plus en détail dans le présent rapport, comprennent l'établissement de pratiques qui soutiennent le personnel et améliorent son moral; la reconnaissance de l'importance de la préparation à une pandémie; le maintien de communications ouvertes et fréquentes avec les familles, le personnel et les personnes résidentes; ainsi que l'établissement et la maximisation des relations avec les partenaires de la santé.

Les dirigeantes et dirigeants efficaces ont non seulement mis à profit leur expérience et leur savoir-faire pendant la pandémie, mais ils ont également apporté une certaine stabilité grâce à leur attitude dans une période chaotique et incertaine. Ils se sont montrés souples, visibles et réfléchis dans leurs actions. Ils ont ainsi gagné la confiance et l'engagement de leurs équipes, ainsi que des personnes résidentes et de leurs proches. Afin de soutenir la gestion efficace des foyers en période de crise, les titulaires de permis et le ministère des Soins de longue durée doivent investir davantage dans le perfectionnement des dirigeantes et dirigeants et la formation en gestion de crise. Ceci inclut les administratrices et administrateurs des foyers de SLD, les directrices et directeurs des soins infirmiers et personnels et les directrices et directeurs médicaux.

Un certain nombre de modèles et de pratiques de soins de santé innovants ont montré leur efficacité et ont apporté espoir, réconfort et stabilité pendant la pandémie. Par exemple, la Commission a entendu des témoignages soulignant la valeur de la

présence du personnel infirmier praticien dans les foyers de SLD. En s'engageant auprès des foyers, soit par l'intermédiaire d'une équipe mobile d'infirmiers et d'infirmières, soit en tant qu'infirmiers praticiens et infirmières praticiennes en poste, ces personnes ont pu mettre à profit leurs compétences distinctes et leur approche pratique pendant la pandémie, surtout lorsqu'il n'y avait pas de responsables médicaux sur place. Le personnel infirmier praticien est une ressource précieuse et devraient continuer à être affecté dans les foyers de SLD de toute la province, au besoin.

D'autres programmes novateurs visant à renforcer la qualité de vie et des soins dans les foyers de SLD comprennent, entre autres, la mise en place d'unités communautaires mobiles de soins palliatifs, la création de modèles de soins centrés sur la personne comme solution de rechange efficace aux approches actuelles d'institutionnalisation, et l'amélioration de la conception des foyers pour répondre à l'évolution des besoins et de la gravité de l'état des personnes qui y résident.

Il est également nécessaire de renforcer les modèles de soins à domicile, non pas pour remplacer les SLD, mais pour les compléter. La Commission a appris que les personnes vivant dans un milieu de soins rapprochés étaient plus exposées au risque d'infection. Par conséquent, les personnes âgées étaient plus en sécurité chez elles pendant la pandémie. Dans sa présentation à la Commission, le groupe Home Care 2020, qui regroupe Bayshore Health Care, Saint Elizabeth Health et les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, a cité des données de Santé publique Ontario selon lesquelles le taux d'infection chez le personnel des soins à domicile était très bas (entre 0,01 et 0,2 %) comparé à celui du personnel des SLD (30 %).

Les renseignements communiqués à la Commission illustrent le rapport coût-efficacité des soins à domicile et l'utilisation de solutions créatives et souples qui ne reposent pas sur une approche unique. En filigrane de toutes ces constatations, on voit que la plupart des gens veulent vieillir chez eux.

Ces stratégies ne doivent pas être présentées comme si elles n'iaient la nécessité de créer ou de réaménager des lits et des installations. Au contraire, elles sont nécessaires dans le cadre d'un continuum de soins qui favorisera un vieillissement sûr et sain, que ce soit dans un foyer de SLD ou ailleurs.

Conclusion

Au moment de la rédaction du présent document, l'Ontario traverse la troisième vague de la pandémie. On peut espérer que le programme de vaccination protégera les personnes hébergées et le personnel des SLD. Toutefois, compte tenu des variants de la COVID-19, il serait prématuré de crier victoire. La vigilance reste de mise.

La Commission s'est vu confier le mandat de mener une enquête sur les causes du nombre excessif de cas de maladie et de décès dans les foyers de soins de longue durée et de formuler des recommandations pour éviter qu'une telle tragédie ne se reproduise.

L'enquête a également pris en compte le constat bien établi selon lequel la demande de SLD va augmenter de manière significative dans un avenir immédiat. La conception des établissements et le surpeuplement ont contribué au nombre excessif de décès liés au secteur des SLD qui hantent ce rapport. Le problème de l'offre ne doit plus traîner. Une nouvelle approche de construction d'établissements de SLD est requise. La province devrait adopter la solution à ce problème décrite ci-dessus et exposée plus en détail dans le chapitre 1. En bref, elle doit adopter une stratégie qui dissocie la construction et les soins.

L'enquête a montré que les lacunes de longue date du secteur des SLD ont joué un rôle prépondérant dans les décès et les ravages que la COVID-19 a infligés aux personnes résidentes, à leurs proches et au personnel qui prend soin d'eux.

On peut également montrer du doigt le manque de planification pour une telle crise. Le fait que les gouvernements qui se sont succédé n'ont pas planifié adéquatement en vue d'une pandémie a abouti à un manque d'équipements de protection individuelle, à une structure d'intervention d'urgence compliquée et à la lenteur de la riposte du gouvernement lorsque la COVID-19 a frappé. Ces problèmes ont été aggravés dès le début par des manquements graves au principe de précaution. Les précautions relatives à la transmission asymptomatique, aux conseils en matière de port du masque et à la limitation du personnel travaillant dans plusieurs foyers auraient dû être prises plus tôt. Cela est également vrai pour les interventions dans les foyers.

Les foyers et les régions qui ont agi dès le début et ont pris proactivement des précautions ont mieux résisté à la pandémie. Leur exemple montre ce qui aurait pu être fait et ce qui doit être fait à l'avenir.

Comme elle aurait dû le faire après l'épidémie de SRAS en 2003, la province doit maintenant accepter qu'il y aura une autre pandémie; il ne s'agit pas de savoir si elle aura lieu, mais quand. L'Ontario doit se résoudre à se souvenir des leçons si douloureusement apprises ces derniers mois, pour que ses foyers de SLD ne soient pas condamnés à voir le passé se répéter.

Introduction

Je vis dans un centre de soins de longue durée depuis une dizaine d'années et je n'ai jamais rien vécu d'aussi terrifiant que ce virus de la COVID-19 [...] Cela a été une expérience horrible dans les soins de longue durée [...] La peur est un supplice. Elle fait monter la pression artérielle. Elle augmente l'anxiété. La peur que nous éprouvons... tout cela a explosé au cours des six derniers mois. C'est douloureux. Nous sommes isolés, seuls, sans famille ni amis pour nous rendre visite. Je ne veux plus jamais revivre cela.

– Barry Hickling, résident d'un foyer de soins de longue durée et membre délégué du conseil d'administration de l'Ontario Association of Residents' Councils

Les années 2020 et 2021 resteront à jamais gravées dans les mémoires comme les années de la pandémie – les années où un nouveau coronavirus a ravagé le monde avec une maladie connue sous le nom de COVID-19. Apparue en Chine en 2019, la COVID-19 a rapidement fait le tour de la planète au début de 2020. L'Ontario n'a pas été épargné. Dans la province, les personnes fragiles et âgées résidant dans les foyers de soins de longue durée (SLD) ont été des cibles innocentes et ont souffert de manière disproportionnée par rapport à tous les autres segments de la société.

Au début de la première vague de la pandémie, les personnes résidant dans les établissements de SLD au Canada, y compris en Ontario, représentaient environ 80 % de tous les décès signalés liés à la COVID-19, l'un des pires bilans parmi les pays industrialisés du monde. La COVID-19 a causé d'importantes pertes de vie et des souffrances indicibles aux personnes résidant dans les foyers de SLD. Alors que les infections et les décès augmentaient, les familles et le personnel ont été bouleversés et consternés. Beaucoup se sont demandé comment on avait pu laisser cette tragédie se produire. Pourquoi les systèmes de SLD et de planification en cas de pandémie de l'Ontario n'étaient-ils pas mieux préparés à protéger les personnes vulnérables? Pourquoi la province n'a-t-elle pas été en mesure de réagir efficacement à une pandémie que les spécialistes avaient prévue depuis longtemps?

La présente Commission a été créée lors de la première vague de la pandémie pour enquêter et faire rapport sur les circonstances de cette tragédie et pour formuler des recommandations sur ce qui peut être fait pour préparer nos foyers de SLD et protéger les personnes âgées vulnérables qui y résideront à l'avenir. Le présent rapport a été rédigé alors que la COVID-19 continuait de sévir, entraînant des infections, des confinements, des hospitalisations et des décès. Heureusement, des vaccins ont maintenant été distribués à la communauté des soins de longue durée, ce qui, espérons-le, permettra de freiner la propagation de la maladie et d'épargner aux personnes résidentes d'autres infections, décès et épreuves.

Pourtant, on se demande toujours comment l'Ontario, une province riche en ressources financières et en mesures de soutien social, n'a pas réussi à protéger sa population la plus vulnérable au moment où elle en avait le plus besoin. Ce rapport cherche à mieux comprendre les raisons et les circonstances de cet échec. Pour ce faire, il est nécessaire de commencer par un aperçu de la façon dont ce tueur silencieux est apparu et s'est propagé, traquant et emportant la vie des personnes âgées dans les foyers de SLD de l'Ontario.

Le 31 décembre 2019, la Commission municipale de la santé de Wuhan, située dans la province du Hubei en Chine, a informé le bureau national de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en Chine d'une épidémie de cas de pneumonie de cause inconnue. L'épidémie était liée à des expositions au marché de gros de fruits de mer Huanan à Wuhan, qui a fermé le 1^{er} janvier 2020.

Le 7 janvier 2020, une semaine après avoir initialement informé l'OMS, les responsables chinois ont isolé un nouveau type de coronavirus à l'origine de la maladie maintenant connue sous le nom de COVID-19. Le 12 janvier, le Bulletin d'information sur les flambées épidémiques de l'OMS a signalé que 41 cas et 1 décès avaient été confirmés.

Pour beaucoup, il ne semblait pas y avoir de raison de s'alarmer. Initialement, la COVID-19 semblait être contenue à l'intérieur de Wuhan, aucun cas n'ayant été signalé en dehors de la ville au 12 janvier 2020. Cependant, lorsque les cas ont commencé à se propager rapidement dans le Hubei et dans d'autres provinces, il est devenu de plus en plus évident qu'il était impossible de contenir le virus à l'intérieur des frontières de la Chine.

Le 20 janvier 2020, le nombre mondial de cas a atteint 282, avec des cas confirmés en Thaïlande, en Corée du Sud et au Japon. Le premier cas présumé confirmé au Canada, un homme de 56 ans rentrant à Toronto après un séjour de trois mois à Wuhan, a été signalé le 25 janvier. Lorsque l'OMS a officiellement déclaré une pandémie mondiale le 11 mars, le nombre de cas dans le monde était monté en flèche pour atteindre près de 120 000, avec plus de 4 000 décès confirmés. Alors que la COVID-19 se répandait dans le monde entier, la question n'était plus de savoir comment l'empêcher d'entrer, mais comment survivre une fois qu'elle était là.

Ce n'est pas comme si personne ne l'avait vue venir. Les organisations mondiales de santé et les spécialistes en épidémiologie avaient lancé de nombreux avertissements quant à l'imminence d'une pandémie. Comme nous le verrons au chapitre 2 du présent rapport, dans les années qui ont précédé l'épidémie de Wuhan, il a été conseillé aux pays de renforcer leurs plans de préparation et d'investir les ressources nécessaires pour protéger leurs populations, en particulier celles qui sont le plus exposées. Malheureusement, tous les gouvernements n'ont pas eu le même sentiment d'urgence

à ce sujet. Au Canada, le gouvernement fédéral a retiré des ressources de son système d'alerte précoce en cas de pandémie, tandis que la province de l'Ontario a fait du surplace sans plan de préparation exhaustif. Les leçons et les tragédies des épidémies et pandémies passées – y compris le SRAS en 2003, la grippe H1N1 en 2009 et l'Ebola de 2014 à 2016 – ont été largement ignorées et n'ont pas incité à prendre des mesures suffisantes. Ce modèle de négligence, répété par les gouvernements successifs, a eu des conséquences désastreuses.

Les caractéristiques distinctes et trompeuses de la COVID-19 sont devenues plus évidentes à mesure que les taux d'infection et de mortalité augmentaient. La possibilité d'une contamination interhumaine avant l'apparition des symptômes a été signalée à la fin janvier 2020 par les autorités sanitaires chinoises. En février, les rapports examinant les éclosions en Chine ont indiqué que les cas bénins, présymptomatiques et asymptomatiques ont probablement contribué à l'augmentation du nombre de cas. Et malgré le fait que la COVID-19 avait certains symptômes communs avec d'autres infections virales comme la grippe, il est devenu de plus en plus clair que le nouveau virus pouvait attaquer et se comporter de manière atypique, avec des conséquences souvent fatales pour les populations âgées.

Les risques étaient connus, et au cours des premiers mois de 2020, l'impact dévastateur des éclosions de COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée était évident dans des pays comme l'Italie et les États-Unis. Et pourtant, lorsque le virus a franchi les portes d'une poignée de foyers de SLD de l'Ontario en mars 2020, peu d'entre eux étaient préparés à l'horreur qui s'annonçait.

La perte de vies humaines due à la COVID-19 est difficile à appréhender. Entre le premier décès dû à la COVID-19 au Canada, le 8 mars 2020, et le premier anniversaire de ce triste événement, 22 239 Canadiens et Canadiennes sont morts du virus. À titre de comparaison, au cours de la période de six ans allant de 1939 à 1945, environ 45 000 Canadiennes et Canadiens sont morts pendant la Seconde Guerre mondiale.

Un an après le début de la pandémie, les chiffres concernant les foyers de SLD de l'Ontario sont stupéfiants. Il y a eu plus de 1 300 éclosions dans les établissements de SLD. Plus de 15 000 personnes résidentes ont contracté la COVID-19 et près de 4 000 sont décédées. Il est important de reconnaître, cependant, que ces dernières n'ont pas été les seules touchées par ce virus dévastateur dans les foyers de SLD. Au 25 avril 2021, on dénombrait plus de 6 700 cas de COVID-19 parmi le personnel, et 11 décès.

Ces chiffres ne rendent pas compte de l'agonie vécue par les personnes résidant dans des foyers de SLD, leur famille et le personnel qui ont vécu la pandémie et sont morts pendant celle-ci. Les chiffres ne racontent pas l'histoire des personnes hébergées qui

implorait de l'aide et des réponses alors que la vie s'échappait lentement de leur corps et que la lumière s'affaiblissait dans leurs yeux.

Les chiffres ne parlent pas du déchirement des familles qui ont regardé par les fenêtres des foyers de SLD pour voir leurs proches enfermés comme des prisonniers. Ils n'illustrent pas leurs supplications constantes, dont beaucoup sont restées sans réponse, ni les efforts inlassables de certains membres du personnel des foyers pour les protéger et les sauver.

Les chiffres ne reflètent pas l'incroyable bravoure, le dévouement et la souffrance du personnel des foyers de SLD et d'autres personnes qui ont risqué leur vie et ont travaillé d'innombrables jours et nuits pour soutenir les personnes hébergées vulnérables pendant la crise et en prendre soin.

Ce rapport prend son origine dans la mort et la dévastation qui ont marqué les foyers de soins de longue durée de l'Ontario pendant la pandémie de COVID-19. Il témoigne de la tragédie vécue par les résidentes et résidents, les familles et le personnel et fait la lumière sur les facteurs qui ont contribué à ce chapitre honteux de l'histoire de l'Ontario.

Des voix de la ligne de front

« Mais l'image que j'ai de ma mère, qui a toujours été une personne très active dans sa communauté et une femme très intelligente et engagée, qui préparait ses vêtements la veille pour qu'ils soient assortis et qui portait ses perles. De toutes les images que j'ai de ma mère au fil des ans, d'abord en tant que jeune infirmière et secouriste lors du bombardement de Londres, puis à toutes les belles fêtes familiales que nous avons, celle qui est gravée dans ma mémoire pour toujours est celle où elle est allongée, portant une couche souillée sans même une couverture pour la couvrir, le bras en l'air, suppliant qu'on lui donne de l'eau et demandant à Dieu pourquoi il l'avait abandonnée alors que les prêtres lui avaient toujours dit qu'il ne l'abandonnerait jamais. On n'oublie pas ce genre de choses ».

– Membre de la famille d'une résidente d'un foyer de SLD

« Je suis dans ce que j'appelle une prison pandémique et en isolement cellulaire depuis avril 2020. L'isolement se produit dans le foyer entier lorsqu'une personne est déclarée positive, et chacun d'entre nous doit rester dans sa chambre sans avoir le droit de prendre une douche; et la même règle s'applique lorsque nous rentrons d'un séjour à l'hôpital. Quatorze jours d'isolement, sans douche. »

– Sage, résidente d'un foyer de SLD

« Ce qu'il faut retenir, c'est que nous avons sauvé la vie de ma mère pendant la pandémie en nous occupant d'elle, car sinon elle serait probablement morte de négligence. Elle a perdu plus de 10 kilos en quelques semaines et était sur le point de mourir de faim parce que nous étions enfermés à l'extérieur et incapables de lui venir en aide pendant que le personnel était en congé pour se remettre de la COVID-19. »

– Membre de la famille d'une résidente d'un foyer de SLD

« Je suis juste fatigué de voir des gens pleurer et dire qu'ils préfèrent mourir de COVID plutôt que de ne pas voir leurs familles. Ce n'est pas normal. C'est injuste pour n'importe quel être humain. »

– Wilbert, résident d'un foyer de SLD

« ... Je trouve que le traitement que nous subissons depuis que le début de cette situation est inhumain. Nous ne sommes pas traités comme des êtres humains. Nous sommes traités comme des résidents qui sont incapables de prendre soin d'eux-mêmes. »

– Maria, résidente d'un foyer de SLD

« ... je n'ai pas pu rejoindre assez vite une résidente qui demandait de l'eau. Alors je suis là, toujours à me demander si elle a encore soif pendant son voyage. Parce que je ne pouvais pas lui apporter de l'eau plus rapidement. Le temps que j'aie cherché de l'eau, j'entends quelqu'un d'autre appeler ou crier. Je sais que la COVID nous a tous servi de leçon. Nous n'étions pas préparés à cette situation. Nous ne l'avons pas comprise. »

– Membre du personnel des soins de longue durée

Chapitre 1 : Les soins de longue durée avant la COVID-19

Je pense que c'est un problème systémique qui dure depuis des décennies. Et aucun gouvernement ne mérite tout le blâme, parce qu'ils ont tous joué un rôle. Ils sont tous coupables. Un changement de mentalité s'impose. Nous ne faisons pas une faveur aux résidents et résidentes. Ils – le personnel et l'administration – ne leur font pas une faveur lorsqu'ils s'occupent d'eux. Ils ne nous font pas une faveur à nous non plus. Nous sommes tous redevables envers ces personnes hébergées. Il faut un changement de mentalité. Chacun mérite un chez-soi où il peut se sentir à l'aise et être lui-même...

– Membre de la famille d'une personne résidente dans un foyer de soins de longue durée

Même avant que la COVID-19 ne ravage les foyers de soins de longue durée (SLD) de l'Ontario, le système au sein duquel ils fonctionnent en était à un stade critique. Pendant des décennies, les gouvernements provinciaux successifs ont négligé le secteur des SLD. En 2020 et 2021, cependant, ces décennies d'inattention ont eu un effet boomerang alors qu'un nouveau coronavirus faisait rage dans des foyers qui étaient en manque chronique de personnel, sous-financés, affligés par des défauts structurels et insuffisamment surveillés par la province. Pour un trop grand nombre d'Ontariens et d'Ontariennes comptant parmi les plus vulnérables, les conséquences ont été mortelles.

La législation provinciale exige que les foyers de SLD soient exploités comme s'ils étaient le domicile principal des personnes qui y résident. La législation reconnaît que les foyers doivent fournir un « hébergement de qualité qui offre un milieu sûr, confortable et familial » et qui favorise « une haute qualité de vie pour tous les résidents ». Elle stipule qu'afin de garantir la satisfaction des besoins et la sécurité des personnes qui y résident, il doit y avoir collaboration et respect mutuel entre ces personnes, leurs familles, les fournisseurs de SLD, les proches aidants, le gouvernement, le personnel et d'autres parties. Lorsque les normes imposées par la loi ne sont pas respectées – ou que la sûreté, la sécurité ou les droits des personnes hébergées sont compromis – la législation exige en outre que des mesures correctives soient prises. (Voir l'annexe B pour une discussion détaillée sur la législation régissant les foyers de SLD, le leadership et le personnel qui y travaille, ainsi qu'une présentation des rôles et des responsabilités des divers acteurs du gouvernement et de la santé publique.)

Le défi de la réalisation de ces objectifs s'est accru au cours des quelque 20 dernières années à mesure de l'évolution du contexte dans le secteur. Les besoins en matière de santé des personnes résidant dans des foyers de SLD de l'Ontario se sont complexifiés, créant des défis liés au niveau de soins requis pour combler leurs besoins. Parallèlement, la demande de SLD continue de croître en même temps que la population de personnes âgées de la province augmente, imposant une pression pour élargir rapidement un système déjà surchargé. Selon certaines estimations, au cours des 20 prochaines années, il faudra créer plus du double du nombre de lits actuels.

Pendant de nombreuses années, la dotation en personnel dans les foyers de SLD a également été reconnue comme un problème important, en raison des défis liés au maintien en poste, à la formation et à la parité salariale, entre autres. La province a reçu plusieurs rapports décrivant clairement le manque de personnel et les solutions requises, pourtant, peu de changements ont été apportés. Si une attention adéquate avait été accordée plus tôt à la dotation en personnel, les foyers de SLD auraient été mieux préparés et plus en mesure de gérer la situation lorsque la COVID-19 a frappé.

La manière dont le secteur est financé, géré et supervisé aggrave ces problèmes. En Ontario, les SLD sont financés par le gouvernement provincial et par les contributions des personnes hébergées qui en ont les moyens. Bien que le gouvernement ait la responsabilité ultime de la surveillance du secteur, il ne fournit pas de services de SLD. Il compte plutôt sur les titulaires de permis municipaux, sans but lucratif et à but lucratif pour fournir des services de soins conformément aux normes et aux exigences dictées par la loi. La surveillance et l'application de ces normes sont discutables. Avec un meilleur système d'inspection et de surveillance en place, les lacunes dans des domaines comme la prévention et le contrôle des infections (PCI) auraient pu être corrigées avant la pandémie.

Enfin, l'état de l'infrastructure des SLD est une préoccupation constante. Il n'y a pas assez de lits pour répondre à la demande actuelle, et encore moins à la demande projetée au vu de la population vieillissante de la province. Dans ce rapport, le terme « lit » est utilisé pour décrire une place dans un foyer de SLD et englobe tous les aspects des soins fournis à une personne résidente en soins de longue durée. Parmi les lits qui existent, beaucoup ont été créés à une époque où les normes de conception des bâtiments permettaient de construire des chambres de trois ou quatre lits avec des salles de bain communes, ce qui rendait difficile, voire impossible, la gestion de l'éloignement physique requis lors d'une éclosion de maladie infectieuse. Ces lacunes font depuis longtemps l'objet de discussions, même si les normes de conception modernes ont en fait été introduites pour la première fois il y a 20 ans.

La province savait donc avant la pandémie qu'elle devait remplacer ces anciens lits. La dévastation causée par la COVID-19 dans plusieurs de ces foyers plus anciens et

surpeuplés a clairement démontré que ce retard pouvait avoir des conséquences mortelles.

L'investissement substantiel nécessaire pour construire de nouveaux lits et réaménager d'anciens lits s'élèvera à des milliards de dollars. En conséquence, il est clair que la province a besoin d'un nouveau modèle qui attirera les investissements dans le secteur tout en redonnant aux Ontariennes et aux Ontariens la conviction que les soins offerts aux personnes âgées sont une priorité.

Tout au long de son enquête, la Commission a entendu dire à maintes reprises que la COVID-19 avait sérieusement nui à la réputation des foyers à but lucratif, dont les résultats avaient tendance à être moins bons en ce qui a trait à la COVID-19. Pourtant, il est difficile d'imaginer pouvoir trouver plusieurs milliards de dollars pour financer la création et le réaménagement de dizaines de milliers de lits sans faire appel au financement en capital privé. Il n'y a cependant aucune raison pour que l'hébergement et les soins offerts soient gérés par la même entité.

La province a déjà recours à des modèles où la construction et la propriété des établissements de soins, comme les hôpitaux, sont distinctes de la prestation de soins. La province devrait adopter cette approche pour les SLD. Un tel modèle permettrait au secteur privé de satisfaire la demande d'établissements de SLD grâce à l'accès au capital requis pour les construire, tout en garantissant que les soins sont offerts par un fournisseur dont la mission est de prodiguer des soins, et non de faire des profits.

La pandémie a montré que le modèle actuel de SLD ne fonctionne pas : le moment est venu de le revoir et d'adopter une meilleure façon de prodiguer des soins aux personnes âgées.

Les problèmes brièvement évoqués ci-dessus – et abordés plus en détail dans le reste de ce chapitre – ne constituent en aucun cas une liste exhaustive des défis auxquels était confronté le secteur des SLD avant la pandémie de COVID-19, et qui continuent de l'affecter aujourd'hui. Ils représentent cependant les problématiques qui ont eu le plus d'impact et certaines des conséquences les plus mortelles lorsque la COVID-19 a frappé. Même si tous les décès dus à la COVID-19 n'auraient pas pu être évités, les problèmes se sont cumulés pour créer un terrain fertile à la surmortalité. Aucun de ces problèmes de longue date n'a surpris le gouvernement ni ceux qui ont travaillé ou vécu dans le secteur des SLD, ou qui l'ont défendu. Pourtant, au printemps 2020, le grand public a subi un électrochoc alors qu'il constatait le nombre effarant de décès survenus dans les foyers de SLD de la province.

La COVID-19 a causé un nombre disproportionné de décès et de souffrances dans ces foyers. Au cours de la première vague de la pandémie, les personnes résidant dans un établissement de SLD ont été à l'origine de 64 % de tous les décès liés à la COVID-19

en Ontario, alors qu'elles ne représentent qu'environ 0,5 % de la population. Aux fins du présent rapport, la première vague de la pandémie est considérée comme ayant pris fin le 31 août 2020, et la deuxième vague le 14 mars 2021.

Il ne sera pas facile de s'attaquer aux problèmes chroniques qui affligent le système de SLD. Il faudra des efforts soutenus et déterminés pour attirer et retenir le personnel, par exemple, et pour mieux gérer les soins des personnes hébergées. Il ne fait aucun doute qu'il faudra construire d'avantage d'établissements pour augmenter le nombre de lits. Mais comme beaucoup l'ont dit, la province ne peut pas se contenter de construire pour se sortir du problème. Afin d'éviter que les ravages de la COVID-19 ne se reproduisent, il faut changer la façon dont les SLD étaient dispensés avant la pandémie – et pour ce faire, il faut des solutions créatives et une volonté politique collective soutenue.

Évolution des soins de longue durée

Afin de comprendre comment les foyers de SLD de l'Ontario sont devenus si facilement la proie de la COVID-19, il importe de se pencher sur l'évolution des SLD dans la province.

En Ontario, les soins aux personnes âgées ont commencé par être pris en charge par les organismes de bienfaisance à la fin du 19^e siècle. Les organisations caritatives chrétiennes des colonies britanniques ont commencé à fournir un refuge aux personnes âgées démunies qui, autrement, auraient été oubliées. Ce refuge, cependant, avait un coût, car ces établissements fonctionnaient comme des maisons de travail. L'ère moderne des SLD a commencé après la Seconde Guerre mondiale avec l'adoption de la *Homes for the Aged Act*, qui comportait des normes modestes et prévoyait un financement partiel pour les foyers. Très vite, un ensemble de foyers publics, privés et caritatifs ont vu le jour, avec des normes variables. L'adoption de la *Nursing Homes Act* de 1966 a entraîné d'autres changements. Cette nouvelle loi, telle que décrite par André Picard dans son livre *Les grands oubliés : Repenser les soins de nos aînés*, prévoyait que « les personnes âgées ne travailleraient plus pour subvenir à leurs besoins; on s'occuperait d'elles avec amour ».

Lorsque le Canada a commencé à mettre en place un système de santé universel dans les années 1950 et 1960, les SLD ne faisaient pas partie des services fournis; ces services étaient en grande partie offerts par le privé et étaient hors de portée pour beaucoup de gens. M. Picard explique que les SLD « ont longtemps végété et ont été grandement négligés, se situant à l'intersection des enjeux de logement, d'aide sociale et de santé ». Le Dr Samir Sinha, directeur du département de gériatrie affilié au Sinai Health System et au Réseau universitaire de santé, a déclaré à la Commission que cela n'avait rien de surprenant : en effet, les SLD n'étaient pas initialement couverts par le

régime provincial de soins de santé, car peu de gens vivaient assez longtemps pour les considérer comme un besoin de santé universel.

Les changements apportés à la *Loi canadienne sur la santé* en 1984 laissaient toujours une grande partie des soins quotidiens apportés aux personnes âgées en dehors du financement public. Au cours des années 1980 et 1990, le modèle mixte de foyers de SLD à but lucratif, sans but lucratif et municipaux a continué d'exister.

De nos jours, la province finance le personnel, la nourriture et les soins personnels des personnes résidant dans des établissements de SLD. Des fonds supplémentaires sont fournis par le gouvernement pour des programmes particuliers, comme l'équipement de prévention des chutes. Les personnes qui en ont les moyens sont tenues de verser une quote-part qui contribue aux frais généraux, aux salaires du personnel non soignant, au financement par emprunt et aux bénéficiaires. Le gouvernement conclut des accords avec les propriétaires des foyers et les réglemente par l'entremise de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, qui contient une multitude d'exigences précises.

L'augmentation des lits en SLD a suivi une progression épisodique au fil du temps. En effet, cette augmentation a tendance à se produire non pas sur la base des besoins, mais en fonction de la volonté politique du moment. Par exemple, en 1998, le gouvernement a annoncé qu'il augmenterait le nombre de lits de 20 000. De 2011 à 2018, cependant, la province a délaissé les SLD au profit des soins à domicile. Pendant cette période, seulement 611 lits nets ont été créés. Autrement dit, de 2011 à 2018, le nombre de lits supplémentaires de SLD a stagné tandis que la liste d'attente pour ces lits s'allongeait.

Options de soins actuelles pour les Ontariennes et Ontariens vieillissants

Les services de soins aux personnes âgées devraient offrir des choix qui permettent à ces personnes de maintenir la meilleure qualité de vie possible ainsi que leur indépendance tandis qu'elles prennent de l'âge. La réalité, cependant, c'est que les personnes âgées de la province reçoivent des soins dans des secteurs cloisonnés. Il n'y a aucune gestion de leur progression dans le système à mesure que leurs besoins en soins changent. En fait, bon nombre d'entre elles sont prises en charge à domicile par des membres de leur famille ou des êtres chers, avec peu ou pas de soutien de l'extérieur.

Pour celles qui bénéficient d'une aide extérieure, les options actuelles comprennent les soins à domicile, les maisons de retraite et les foyers de SLD. Divers organismes soutiennent, à des degrés divers, la capacité des personnes âgées de l'Ontario de rester chez elles et de recevoir des soins au besoin afin de « vieillir à la maison » le plus longtemps possible. En fait, certaines d'entre elles peuvent rester à la maison, avec de tels soins, pour le reste de leur vie, en bénéficiant d'un éventail de mesures

de soutien et de services au besoin. On estime qu'entre 6 et 8 % des personnes âgées reçoivent des soins à domicile financés par l'État. Parmi les services reçus, les trois premiers sont les soins infirmiers (51 %), le matériel ou les fournitures médicales (43 %) et le soutien personnel ou à domicile comme l'aide au bain ou l'entretien ménager (41 %). La disponibilité de ces services est toutefois limitée en raison d'un manque de financement gouvernemental.

D'autres personnes âgées choisissent de déménager dans des maisons de retraite qui se déclinent en différents modèles. Certaines offrent aux personnes résidentes une indépendance totale, tandis que d'autres fournissent des soins croissants à des degrés divers, avec la possibilité de compléter les soins par un éventail de services sur place ou hors site. Il y a plus de 750 maisons de retraite agréées en Ontario. Toutes sont privées et ne reçoivent pas de financement gouvernemental : les personnes qui y résident paient le coût total de leur logement et des services de soins dont elles ont besoin. Bien que les maisons de retraite puissent assurer une transition graduelle des aînés vers le système de soins, il est important de se rappeler que ce ne sont pas tous les Ontariens et toutes les Ontariennes qui peuvent se les payer.

À l'extrémité du spectre des soins se trouvent les foyers de SLD. Comme la Commission l'a entendu, les foyers de SLD sont destinés aux personnes qui ont le plus besoin de soins supplémentaires. Ces personnes sont souvent atteintes de démence ou de troubles cognitifs; elles ont aussi des besoins médicaux complexes supplémentaires. Contrairement aux soins offerts dans les maisons de retraite, ceux qui sont fournis dans un foyer de SLD sont inclus dans le coût de la résidence, et une subvention gouvernementale est offerte aux personnes qui ne peuvent pas payer le montant total de la quote-part.

La question de savoir où les gouvernements devraient orienter leurs efforts et leur financement et quelles parties de ce continuum de soins doivent être soutenues, et dans quelle mesure, a fait l'objet de nombreux débats. La Commission a entendu des intervenants parler de l'importance de chacune de ces options. Chacune a sa place dans la vie des personnes âgées à différents moments. Aux fins de ce chapitre, cependant, l'accent sera mis sur les défis touchant précisément les SLD.

Aperçu des modèles de propriété des soins de longue durée

Il y a 626 foyers de SLD en Ontario qui hébergent plus de 78 000 personnes. Environ 58 % sont à but lucratif (la proportion la plus élevée de participation du secteur privé au Canada), 24 % sont à but non lucratif (p. ex., organismes de bienfaisance, organismes communautaires, hôpitaux) et 16 % sont municipaux. Cela représente 355 foyers à but lucratif et 271 foyers à but non lucratif et municipaux.

De nombreuses études et examens des systèmes au cours des deux dernières décennies ont mis en évidence des variations dans la qualité des soins et l'évolution des personnes hébergées entre les foyers à but lucratif, sans but lucratif et municipaux, notamment sous les aspects suivants :

- **Dotation en personnel** : Les foyers à but lucratif ont tendance à offrir des salaires et des avantages sociaux inférieurs à leur personnel; ils ont un taux de roulement plus élevé, et des niveaux de dotation ainsi qu'une proportion inférieure de personnel détenant des compétences médicales (si l'on considère la combinaison de personnel médical et non médical).
- **Qualité des soins** : Chez les personnes résidant dans des foyers à but lucratif, la prévalence des plaies de pression a tendance à être plus élevée, tout comme le nombre d'admissions à l'hôpital et le nombre de cas d'utilisation excessive et inappropriée de médicaments psychoactifs.
- **Infrastructure** : Les entités à but lucratif exploitent davantage de foyers plus anciens. Ces foyers ont été construits selon les normes de conception en place au moment de la construction, soit avant que les nouvelles normes de structure et de conception provinciales ne soient entrées en vigueur. Par conséquent, on y trouve plus de chambres pour trois et quatre personnes (avec le surpeuplement comme résultat).
- **Préférence des consommateurs** : La liste d'attente pour les SLD est plus courte pour les foyers à but lucratif (32 %) que pour les foyers à but non lucratif et municipaux (68 %).

La Commission est consciente que le rendement relatif des foyers « à but lucratif par opposition à non lucratif » est une préoccupation réelle et que les mérites de l'un par rapport à l'autre font l'objet de débats. Il convient de noter que juridiquement, ces termes ne décrivent que le statut fiscal de chaque entité, ce qui peut avoir un impact sur la manière dont elles lèvent des capitaux. Lorsqu'on fait une distinction entre les foyers, il est plus approprié de parler d'entreprises « axées sur une mission » et de celles exploitées uniquement dans un but « commercial ». Cette terminologie recentre la discussion sur le vrai problème, c'est-à-dire la philosophie et les actions de l'exploitant plutôt que la structure de son entreprise.

Les entreprises axées sur une mission se concentrent sur des objectifs plutôt que sur le succès commercial en tant que fin en soi. Dans la perception générale, on présume qu'il s'agit généralement d'organismes de bienfaisance, de fondations et de sociétés sans but non lucratif, mais elles peuvent également prendre la forme de sociétés à but lucratif poursuivant principalement des objectifs non commerciaux. Dans le domaine des SLD, tous les fournisseurs doivent faire preuve de prudence dans leur gestion afin

de rester financièrement viables, mais la valeur fondamentale de ceux qui sont axés sur une mission consiste à améliorer les soins des personnes hébergées. À l'inverse, l'objectif principal des entités commerciales est le profit : elles existent pour rapporter un bénéfice aux investisseurs qui ont fourni des capitaux pour construire les installations et développer ses activités. Grâce à cet accès au capital des investisseurs, les fournisseurs commerciaux ont la capacité de se développer rapidement. Les foyers à but lucratif prennent de nombreuses formes (en plus d'être à vocation commerciale ou axés sur une mission). Certains appartiennent à des sociétés ouvertes cotées à la Bourse de Toronto. Par exemple, certains foyers à but lucratif sont détenus dans des véhicules d'investissement comme les sociétés de placement immobilier (SPI). Même si une SPI détient un permis de SLD et, par conséquent, est légalement responsable des soins aux personnes qu'elle héberge, elle engage une entreprise distincte pour gérer son foyer de SLD. D'autres foyers à but lucratif appartiennent enfin à des intérêts privés.

La Commission admet que certains propriétaires de foyers « à but lucratif », principalement ceux qui sont axés sur la mission, fournissent de bons soins à leurs résidents et résidentes. Toutefois, assurer des soins uniformes de haute qualité dans tous les foyers et pour toutes les personnes qui y résident doit être le principal objectif d'un programme gouvernemental de soins de santé aussi important.

Soins aux personnes hébergées : sujets de préoccupation

Parmi les quelque 78 000 personnes actuellement hébergées en Ontario, on trouve une petite proportion de personnes plus jeunes ayant besoin de tels soins. Cependant, l'âge moyen en foyer de SLD est de 84 ans. La Commission a appris que les personnes y étaient généralement admises au cours des deux dernières années de leur vie, et que ces foyers enregistraient environ 22 000 décès chaque année. Ces personnes souffrent d'une foule d'affections qui compliquent les soins au quotidien. Ces affections les exposent à un risque accru de problèmes de santé dus aux maladies infectieuses.

Dans une large mesure, les problèmes qui existaient dans le secteur des SLD avant la pandémie de COVID-19 sont le reflet d'un système qui n'a pas su s'adapter à la réalité des besoins de ses résidents. Au cours des deux dernières décennies ou même avant, le profil de santé des personnes hébergées s'est radicalement transformé. Les données démontrent que la personne moyenne résidant en foyer de SLD a aujourd'hui beaucoup plus de problèmes de santé physique et de cognition que les générations qui l'ont précédée. Par conséquent, plus de soins sont nécessaires que par le passé.

Des besoins de plus en plus complexes

Comparativement à il y a 10 ans, les personnes résidant dans des établissements de SLD aujourd'hui se caractérisent par des pourcentages plus élevés de déficience cognitive, d'incapacité physique, d'instabilité médicale et d'incontinence. En 2015, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (depuis le milieu de l'année 2019, ce ministère a été scindé en deux pour créer deux ministères : le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée) a noté que le score moyen des activités de la vie quotidienne (AVQ) – qui évalue à quel point les personnes hébergées en foyers de SLD peuvent effectuer de manière indépendante des tâches comme se brosser les dents, se laver et changer de vêtements – est passé de 3,08 en 2010 à 3,22, ce qui suggère une augmentation des niveaux de dépendance. Conformément à cette constatation, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a signalé à la Commission que plus de la moitié des personnes résidant actuellement dans des établissements de SLD ont un score AVQ de 4 ou plus, ce qui signifie qu'elles ont besoin d'une aide considérable ou complète pour mener à bien les AVQ.

Les niveaux d'acuité (c.-à-d. le degré de gravité de la maladie) ont également augmenté, nécessitant des niveaux de soins et d'assistance quotidiens accrus. Plus de 80 % des personnes hébergées dans un établissement de SLD souffrent d'une forme de déficience cognitive, dont un tiers d'une forme grave, et 86 % ont besoin d'une aide importante pour les AVQ.

La Commission a entendu dire à maintes reprises que les besoins en personnel n'ont pas suivi le rythme de l'augmentation des soins requis en raison de l'acuité accrue et des problèmes médicaux caractérisant la population hébergée.

Ces défis vont en grandissant chaque année. Dans son rapport relatif à l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée effectuée à la mi-2019, l'honorable juge Eileen E. Gillese a trouvé trois raisons expliquant l'acuité croissante des besoins des personnes hébergées dans des établissements de SLD. Tout d'abord, il y a 10 ans, le gouvernement était davantage axé sur les soins à domicile, ce qui permettait à certaines personnes de vieillir chez elles plus facilement. Deuxièmement, les normes plus strictes d'admission en établissement de SLD qui sont actuellement en vigueur signifient que seules les personnes ayant des besoins élevés ou très élevés sont admises. Troisièmement, de nombreux résidents actuels auraient autrefois été pris en charge dans les hôpitaux.

La juge Gillese a conclu ainsi : « Par conséquent, les résidents entrent dans les foyers de SLD à un stade avancé de leur déficience cognitive et physique, lorsque leur santé

est probablement chancelante, qu'ils sont plus fragiles physiquement et que leurs besoins en soins sont plus importants. »

Les personnes arrivent ainsi dans les foyers de SLD avec des problèmes de santé plus complexes et nécessitent davantage d'aide pour effectuer les AVQ. Voilà qui crée une tension entre la préservation d'un milieu familial pour des personnes plus autonomes et la création d'un milieu répondant aux besoins de celles nécessitant des soins de santé de plus en plus complexes et un surcroît d'aide au quotidien. Cela signifie également que plus de personnes résidant en foyers de SLD que jamais sont vulnérables à une affection virale comme la COVID-19.

Population vieillissante et demande croissante de soins

La population des personnes âgées de plus de 75 ans en Ontario augmente. En novembre 2018, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée prédisait que la population âgée de l'Ontario (c.-à-d. les plus de 75 ans) passerait de 980 000 en 2015 à plus de 2,63 millions en 2040. Le Ministère prévoyait en outre que le taux de croissance de cette population atteindrait un sommet d'ici 2023, mais que le nombre total de personnes âgées continuerait de croître, entraînant une demande plus élevée de services de soins à domicile et communautaires, une demande plus élevée de SLD et des listes d'attente plus longues. En janvier 2020, plus de 38 000 personnes étaient inscrites sur la liste d'attente pour des SLD. Leur sort n'a jamais été précisé à la Commission. Certes, certaines obtiendront une place dans un foyer de SLD, mais ces personnes devront souvent attendre des mois à la maison – où l'aide peut être insuffisante – alors que les proches et les proches aidants sont épuisés.

La longue liste d'attente et le fait que les foyers de SLD sont censés être remplis au maximum de leur capacité signifient que même si les Ontariennes et Ontariens sont autorisés à demander une place dans différents foyers jusqu'à concurrence de cinq, ils doivent souvent prendre le premier où une place se libère. Dans ce secteur, il n'existe pas de discipline de marché permettant de sanctionner les foyers dont le rendement est moins bon. Les personnes figurant sur la liste d'attente n'ont guère d'autre choix que d'accepter le foyer qui leur est offert au moment où il leur est offert. Même si un petit pourcentage de celles qui sont sur la liste d'attente ou dans des foyers de SLD pourraient sans doute vivre de façon autonome si davantage de soutien leur était offert dans la collectivité, les données démographiques indiquent clairement une nécessité croissante d'augmenter la capacité dans le secteur des SLD.

En 2019, le Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario (BRF), un organisme indépendant relevant de l'Assemblée législative provinciale, a examiné le besoin futur de lits de SLD en Ontario. Le BRF a analysé l'évolution de la capacité du secteur des SLD en Ontario de 2011 à 2018. Alors que la population des personnes de plus

de 75 ans a augmenté de 20 % (passant de 876 886 à 1 053 097), l'offre de lits de soins de longue durée n'a augmenté que de 0,8 % (passant de 78 053 à 78 664, soit un gain net de 611 lits seulement). Or, à mesure que la population vieillit, la demande de lits de soins de longue durée augmentera. Le BRF a déterminé que d'ici 2033, la province devra mettre en place 55 000 nouveaux lits simplement pour maintenir une liste d'attente d'environ 37 000 personnes.

Ageing Well, un groupe d'éminents économistes et spécialistes en soins de santé de l'Université Queen's, a également noté cette tendance. Appelant à un changement de politique sur la façon dont les personnes âgées sont logées et soignées, l'organisme a déterminé que si les soins destinés aux personnes âgées de l'Ontario continuent d'être gérés de la même façon qu'aujourd'hui, la province aura besoin de 96 000 à 115 000 lits supplémentaires d'ici 2041 pour répondre à la demande accrue. Voilà qui présente ce que Don Drummond, de *Ageing Well*, a appelé un problème « frappant » et « terrible ». Il ne fait aucun doute que les SLD seront confrontés à ce que M. Drummond a justement décrit à la Commission comme un « tsunami » de personnes âgées, et qu'une variété de solutions sera nécessaire pour résoudre ce problème.

La croissance prévue, la santé en déclin et les besoins médicaux complexes des personnes âgées de l'Ontario – sans parler de leur vulnérabilité aux maladies respiratoires – auraient dû mettre la province en état d'alerte rouge face aux effets potentiellement dévastateurs des éclosions de maladies infectieuses. Comme nous le verrons dans les chapitres suivants, beaucoup de travail a été consacré à l'étude de ces questions au fil des ans, et de nombreuses recommandations d'amélioration ont été formulées. Pourtant, les gouvernements successifs n'ont pas pris de mesures valables pour protéger les personnes hébergées en établissement de SLD dans la province.

Besoin de soins palliatifs et de fin de vie

Comme mentionné ci-dessus, la plupart des personnes hébergées dans un établissement de SLD en sont au dernier chapitre de leur vie au moment de leur admission. Un spécialiste des soins palliatifs a dit à la Commission :

Beaucoup de ces résidents bénéficieraient d'une approche palliative, vraiment au tout début, ce qui n'est pas synonyme de soins de fin de vie. Il s'agit plutôt de se concentrer sur le soulagement des symptômes et d'avoir des discussions tôt et à plusieurs reprises sur les objectifs de soins avec la personne, ainsi qu'avec son mandataire spécial, généralement un membre de sa famille.

Pour la majorité des personnes en SLD, la réalité, c'est que l'établissement où elles sont hébergées sera leur dernière demeure. À ce titre, il semble évident que les soins palliatifs, dont l'objectif est de soulager les souffrances et d'améliorer la qualité de vie, devraient être un aspect essentiel de l'offre. La Commission a été choquée d'apprendre que parmi les personnes décédées dans des établissements de SLD en 2016 et 2017, seulement 6 % avaient reçu des soins palliatifs au cours de la dernière année de leur

vie. Bien que le nombre réel de personnes hébergées recevant des soins palliatifs « informels » (c.-à-d. non consignés au dossier) puisse être plus élevé, il est préoccupant de constater que le dossier de la plupart des personnes ayant une espérance de vie inférieure à six mois ne mentionnait pas les soins palliatifs. Une telle lacune suggère que les foyers ne sont souvent pas équipés pour offrir un accès opportun et équitable à des services palliatifs répondant aux besoins des personnes hébergées.

La Commission a également entendu parler de pratiques incohérentes et, parfois, d'attitudes dépassées à l'égard des protocoles de soins de fin de vie dans les foyers de SLD. La fourniture de soins de fin de vie appropriés aux personnes à haut risque de décès dans les mois à venir est d'une importance vitale pour la qualité de vie.

Les soins palliatifs et de fin de vie nécessitent un ensemble de compétences spécialisées ainsi qu'une formation et des pratiques qui, d'après ce que la Commission a appris, font souvent défaut dans les foyers SLD. À l'heure actuelle, aucune norme de formation en soins palliatifs ou de fin de vie n'est requise pour le personnel des établissements de SLD. En conséquence, la qualité et le niveau de services de soins reçus par les personnes hébergées varient.

Les personnes hébergées en SLD devraient avoir facilement accès à des cliniciens qualifiés possédant la formation nécessaire pour dispenser des soins palliatifs et de fin de vie en foyer de SLD, le cas échéant. Pour s'assurer que tel est le cas, le gouvernement doit, après avoir consulté des experts en soins palliatifs et d'autres experts pertinents, ordonner aux foyers de SLD de mettre en place des pratiques exemplaires concernant les soins palliatifs et de fin de vie.

Manque de sensibilité à la diversité

Bien que des soins médicaux appropriés soient clairement une préoccupation vitale dans le système de SLD, ce n'est pas la seule mesure du succès des soins offerts. Les personnes recevant des SLD reflètent la diversité de la population de l'Ontario. Cette diversité comporte des aspects linguistiques, liés à l'orientation sexuelle, religieux, spirituels, raciaux et ethniques. Au cours de son enquête, la Commission a entendu dire que les foyers de SLD ne reconnaissent pas toujours la diversité de leurs résidents et résidentes et qu'il n'y a pas assez de foyers axés sur la culture. Cela peut amener certaines personnes à souffrir d'isolement et d'aliénation. Comme l'a déclaré une personne résidente à la Commission :

[II] y a un manque de compréhension des diverses expériences qui accompagnent les personnes racialisées, et je pense que c'est ce manque de reconnaissance de leurs origines, de leurs expériences, des aspects culturels, et de la façon dont elles interprètent différentes choses qui entraîne beaucoup de malentendus.

La Commission a également entendu un représentant du Senior Pride Network sur cette question :

Pour nous, les personnes âgées LGBTQ de l'Ontario, la pandémie de COVID-19 est un rappel brutal que le système de soins de longue durée de l'Ontario est négligent ou insensible à nos problèmes de santé particuliers, à nos besoins en matière de soins, à nos craintes et à nos préoccupations, ainsi qu'à notre bien-être social et psychologique.

La Fédération des centres d'amitié autochtones de l'Ontario a déclaré à la Commission qu'en raison de l'historique d'oppression, de violence et de racisme envers les Autochtones au sein du système de soins de santé, ces personnes sont souvent méfiantes ou ont des craintes à l'égard des services et des résidences de SLD. Un représentant a en outre déclaré que :

[...] L'expérience qu'ont les Autochtones des foyers de soins de longue durée se caractérise par [...] une aggravation des symptômes de dépression, une augmentation des cas de racisme dans ces établissements et une déconnexion générale de la communauté.

Il existe peu de foyers de SLD autochtones, ce qui oblige de nombreux aînés et aînées à quitter leur communauté lorsqu'ils ont besoin de tels soins. Cela conduit à une perte sur le plan de la vie communautaire et des mécanismes et soutiens familiaux traditionnels, dans un contexte où les familles intergénérationnelles vivent normalement ensemble. La Fédération des centres d'amitié autochtones de l'Ontario a déclaré à la Commission que les centres d'amitié ont vu « des aînés autochtones en soins de longue durée, en particulier ceux qui ne parlent qu'une langue autochtone, être complètement coupés de tout contact social avec leur famille, avec la communauté autochtone locale et avec la société dans son ensemble ».

L'isolement que ressentent certaines personnes hébergées en SLD a été exacerbé pendant la pandémie de COVID-19. Beaucoup ont été incapables de communiquer leurs besoins au personnel ou de contacter leurs proches pour obtenir de l'aide. Cela était particulièrement le cas en présence de barrières linguistiques. Comme l'a déclaré un porte-parole de Conseils des familles Ontario à la Commission :

[...] Il faut penser aux personnes hébergées dont l'anglais n'est pas la première langue, et à l'influence que cela va avoir sur le niveau de soins qu'elles reçoivent, ainsi que sur la façon dont elles seront traitées et comprises par le personnel qui s'occupe d'elles.

La Commission a appris qu'à mesure que les individus vieillissent, ils reviennent souvent à leur langue maternelle et oublient l'anglais quand c'est leur deuxième langue. Voilà qui est particulièrement vrai pour les personnes souffrant de démence. Pour certains, cela signifie qu'ils ne peuvent communiquer qu'avec l'aide des membres de leur famille. Or le fait d'être coupés de leur famille pendant la pandémie a isolé ces personnes.

Au vu de tous les aspects précités, le ministère des Soins de longue durée et les titulaires de permis, la direction et le personnel des foyers de SLD doivent respecter et soutenir la diversité des soins et des services fournis aux personnes résidant dans les foyers. Il est impératif que les réalités de ces personnes soient respectées et que les exploitants et le personnel des foyers de SLD les accommodent. Cela devrait se refléter dans la formation du personnel, les politiques et le fonctionnement des foyers, dans la manière dont les services et les programmes sont fournis, et dans les types de foyers culturellement et linguistiquement accessibles aux Ontariennes et aux Ontariens.

L'importance des familles et des proches

En raison de la pénurie perpétuelle de personnel dans le secteur des SLD – sujet qui sera examiné plus en détail dans la prochaine section de ce chapitre – les familles et les proches sont essentiels pour répondre aux besoins physiques des personnes hébergées. Souvent, on compte sur eux pour aider aux activités de la vie quotidienne, y compris le bain, l'alimentation et la toilette. Parallèlement, les familles et les proches sont les piliers qui soutiennent le bien-être psychosocial et psychologique des personnes hébergées. Un membre d'une famille a exprimé les défis uniques auxquels il a été confronté pour répondre aux besoins de son être cher :

Maman souffre de démence et d'aphasie, ce qui signifie qu'elle ne peut plus parler, sauf pour dire « peut-être », « oui », et « bien sûr ». Elle comprend quand on lui parle directement. Elle répond par des expressions faciales... Ma sœur et moi sommes désignés comme des proches aidants essentiels. Donc, avant le confinement, ma sœur ou moi lui rendions visite tous les jours et passions deux à trois heures avec elle... Donc, après avoir reçu des visites tous les jours, soudainement, après le 17 mars, maman n'avait plus personne qui venait la voir.

La Commission a appris que l'aide des familles et des proches était importante pour les résidents avant que la COVID-19 ne frappe, et qu'elle est devenue critique pendant la pandémie :

Certains viennent tous les jours et certains même plusieurs fois par jour. Oui, il existe un lien plus fort avec le résident ou la résidente, car les membres de la famille qui viennent sont souvent des époux, des épouses, des filles et des fils. Cependant, il y a d'autres raisons. Il y a des personnes qui viennent de leur propre gré et prennent soin d'un vieil ami ou d'un voisin. Il y en a d'autres qui sont des préposées au soutien personnel et qui sont payées pour aider aux repas, au bain et à d'autres fonctions de maintien. Elles sont généralement payées par un membre de la famille qui habite trop loin pour aider par lui-même. En fin de compte, le foyer de soins de longue durée comptait sur ces membres de la famille si souvent présents pour alléger le fardeau du personnel qui prenait soin des personnes hébergées.

La pandémie a mis en lumière une réalité qui existait bien avant l'apparition de la COVID-19 : le système de SLD était, dans une certaine mesure, subventionné par le travail non rémunéré, mais pourtant essentiel des membres de la famille et des proches.

Lorsque la COVID-19 a frappé et que l'accès des membres de la famille et des proches a été restreint, de nombreux foyers se sont retrouvés avec un nombre insuffisant de proches aidants pour s'occuper correctement des personnes hébergées. Ces dernières étaient négligées, effrayées, seules et coupées de ceux qu'elles aimaient et dont elles dépendaient.

Résumé

Tel que décrit dans cette section, au cours des 20 dernières années, on a constaté une augmentation importante du nombre de personnes ayant besoin de SLD, ainsi qu'un besoin proportionnel de soins plus complexes. À bien des égards, c'est le résultat d'une population qui vit plus longtemps. Un fait demeure toutefois : le vieillissement est inéluctable et, pour la grande majorité, le déclin de la santé l'est aussi. Beaucoup de personnes auront donc besoin de SLD à la fin de leur vie. Pour relever ce défi, les Ontariennes et Ontariens doivent accepter le fait qu'il faut en faire davantage pour offrir un milieu sain, sécuritaire et inclusif aux personnes hébergées.

Dotation en personnel : une crise chronique

[L]orsque la pandémie a frappé le secteur, il y avait déjà une crise au niveau de la main-d'œuvre des soins de longue durée. La grande majorité des installations, en particulier celles exploitées dans le secteur à but lucratif, avaient déjà une main-d'œuvre instable et connaissaient une grave pénurie de personnel.

– Andy Savelle, directeur du secteur des soins de santé, UNIFOR

Dans une présentation devant l'Assemblée législative, la D^{re} Merrilee Fullerton, ministre des Soins de longue durée, a décrit la dotation en personnel du secteur comme étant « en crise » même avant la COVID-19. Étant donné l'insuffisance de personnel et l'absence de plan provincial visant à grossir potentiellement le nombre d'employés requis, les soins aux résidents étaient déjà en péril. Il était donc inévitable que les problèmes se révèlent insurmontables face à une urgence sanitaire.

La majorité des membres du personnel du secteur des SLD n'ont pas d'emploi à temps plein et sont moins bien payés que leurs homologues travaillant dans les hôpitaux. Le plus important groupe d'employés du secteur est constitué de préposées et préposés aux services de soutien personnel (PSSP), qui administrent la plupart des soins quotidiens des résidents. La majorité des PSSP sont embauchées pour occuper des postes à temps partiel ou occasionnels. Pour joindre les deux bouts, ces personnes travaillent dans plusieurs foyers et sont souvent confrontées à des conditions difficiles.

Comme l'a déclaré une représentante de Conseils des familles Ontario à la Commission :

[D]e nombreuses PSSP [...] sont des femmes racialisées. Il y a donc un déséquilibre des pouvoirs. De plus, il existe toujours un fossé entre les sexes et les races. Les PSSP subissent donc le racisme de leurs pairs et, dans certains cas, des familles, ce qui les conduit également à quitter un foyer ou le secteur dans son ensemble. Parce que qui voudrait travailler dans un endroit où l'on doit fournir des soins difficiles, intimes, directs si l'on est régulièrement confronté à la déshumanisation?

Actuellement, le gouvernement ne fournit en moyenne que deux heures et 45 minutes de soins par résident et par jour. On sait depuis longtemps que ce niveau est insuffisant. Avant la pandémie, les PSSP pouvaient à peine répondre aux demandes de soins des personnes hébergées, même en redoublant d'efforts. Cette situation créait de la frustration et de l'inquiétude chez le personnel à l'idée de ne pas toujours fournir des soins appropriés. Avec l'apparition de la pandémie et la perte de personnel qui en a résulté – comme beaucoup avaient peur de venir travailler de crainte de tomber malades ou d'exposer leur propre famille à la maladie – celles qui sont restées dans certains des foyers les plus durement touchés se sont retrouvées à faire le travail de nombreuses personnes, dans des conditions qui s'étaient considérablement détériorées.

La charge de travail ingérable s'ajoutait à un cycle préexistant de résidentes et de résidents négligés, d'épuisement professionnel et de roulement du personnel.

Les conditions qui ont conduit à l'effondrement des effectifs dans les foyers les plus touchés étaient prévisibles, comme nous l'expliquerons ci-dessous. Dans les décennies précédant 2020, les problèmes qui ont provoqué l'effondrement du modèle de dotation ont fait l'objet de demandes de corrections répétées. Ces mêmes problèmes, s'ils ne sont pas pris en compte, créeront un obstacle important à l'amélioration des SLD dans les années à venir. Les solutions ne sont pas difficiles à imaginer, mais leur mise en œuvre demandera du temps, des efforts et un financement soutenus.

Si nous ne parvenons pas à relever le défi de la dotation en personnel, la génération qui a donné à ce pays un système de soins de santé financés par des fonds publics a été laissée pour compte par ce même système.

Aperçu de la dotation en soins de longue durée

La COVID a simplement mis en évidence tous les maux qui affligent les soins de longue durée depuis longtemps.

– Membre du personnel d'un foyer de SLD

Le secteur des SLD emploie plus de 100 000 personnes en Ontario. Parmi celles-ci, 58 % sont des préposées et préposés aux services de soutien personnel, 25 % sont

des infirmières et des infirmiers (personnel infirmier autorisé et personnel infirmier praticien autorisé) et 12 % sont des professionnels paramédicaux et du personnel de soutien aux programmes (y compris les diététistes, orthophonistes et audiologistes, les physiothérapeutes et ergothérapeutes, ainsi que les récréothérapeutes, travailleuses sociales et travailleurs sociaux et autres). Les foyers de SLD emploient également du personnel d'entretien ménager, de blanchisserie, d'entretien, de restauration et d'administration. De plus, les foyers passent des contrats avec des médecins traitants pour prodiguer des soins aux personnes hébergées.

La composition du personnel d'un foyer n'est pas prescrite en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*; néanmoins, tous les foyers de SLD en Ontario sont tenus de pourvoir les postes suivants :

1. **Administrateur du foyer** : responsable du foyer et de sa gestion globale.
2. **Directeur ou directrice médicale** : ses responsabilités comprennent l'élaboration, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation des services médicaux; les conseils sur les politiques et procédures cliniques; ainsi que les questions ayant trait aux soins à fournir aux résidents, à la permanence après les heures normales de travail et à la couverture de garde. Ce poste doit être occupé par un médecin.
3. **Directeur ou directrice des soins infirmiers et des soins personnels** : superviser le personnel infirmier et le personnel chargé des soins personnels; ce poste doit être occupé par une infirmière autorisée.
4. **Médecin traitant ou infirmière autorisée ou infirmier autorisé** dans la catégorie élargie (c.-à-d. infirmier praticien ou infirmière praticienne) : faire passer à chaque personne résidente un examen physique dès son admission et une fois par année par la suite, être présent régulièrement au foyer pour y fournir des services, et assurer la permanence après les heures normales de travail et la couverture de garde.
5. **Infirmière autorisée ou infirmier autorisé** : doit être de service et présent au foyer en tout temps.

Les rôles et responsabilités de ces personnes sont abordés plus en détail à l'annexe B.

Au cours de son enquête, la Commission a rencontré de nombreuses personnes travaillant dans le domaine des SLD. Que ce soit publiquement ou de manière confidentielle, ces membres du personnel ont fourni des récits de première main sur leur travail avant et pendant la pandémie. Il est apparu très clairement que la

plupart des personnes qui travaillent dans le secteur des SLD sont passionnées par leur travail et dévouées aux personnes hébergées – qu’il s’agisse du personnel infirmier, des PSSP et des personnes employées dans d’autres parties du foyer. Il est également évident que le système dans lequel ces personnes travaillent est mis à rude épreuve; il n’existe ni marge de manœuvre ni capacité excédentaire.

La pénurie de personnel dans les foyers de SLD est chronique. Les gouvernements successifs étaient conscients du problème, même si aucun n’a fourni de solution viable – malgré les nombreuses demandes et promesses en ce sens. Pour preuve : en juin 2020, l’Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO) publiait une liste répertoriant 35 rapports et recommandations connexes sur le financement et la dotation en personnel des SLD en Ontario ayant été produits au cours des 20 dernières années.

En 2019, le rapport d’enquête de la juge Gillese demandait au gouvernement de mener une autre étude pour déterminer les niveaux de dotation en personnel adéquats pour les SLD. Le rapport – intitulé *Effectifs des foyers de soins de longue durée* – a été publié en juillet 2020. La question de la pénurie de personnel dans les SLD a donc été étudiée de long en large. Comme mentionné dans la première série de recommandations provisoires de la Commission (voir l’annexe A), le temps de se pencher sur ce qui est déjà évident est révolu.

Facteurs contributifs

Plusieurs facteurs sous-tendent la crise chronique de dotation en personnel en SLD. S’il existe des problèmes universels qui contribuent aux pénuries de personnel du secteur, chaque groupe (infirmières et infirmiers, PSSP, etc.) fait également face à ses propres défis. Une chose, néanmoins, reste claire : les fonds alloués au recrutement et à la formation du nouveau personnel continueront d’être gaspillés si l’on ne s’attaque pas aux obstacles de longue date qui ont créé le problème de rétention du personnel, et qui continuent d’y contribuer.

Voici quelques-uns des principaux problèmes qui ont entraîné une pénurie de personnel dans le secteur des SLD, tels qu’ils ont été communiqués à la Commission. Il convient de noter qu’il ne s’agit en aucun cas d’une liste exhaustive. L’objectif est ici de mettre en lumière les problèmes de longue date qui ont contribué à fragiliser cette main-d’œuvre et qui, s’ils ne sont pas résolus, auront des effets tout aussi dévastateurs lors de la prochaine épidémie.

Exode des préposées et préposés aux services de soutien personnel

La Commission a appris que trop peu de personnes s’inscrivaient aux programmes de formation des PSSP afin de répondre à la demande de ce type de personnel. Alors que

l'Ontario diplômé environ 7 000 à 7 400 préposées et préposés aux services de soutien personnel chaque année, 40 % des personnes diplômées ne travaillent jamais comme PSSP ou quittent la profession dans l'année suivant leur formation.

Les PSSP forment la catégorie de main-d'œuvre la plus importante des SLD. Malheureusement, il s'agit également du groupe le plus éphémère. Le recrutement et la rétention des PSSP sont depuis longtemps problématiques. Ainsi, chaque année, 25 % de cette main d'œuvre quitte le secteur. Certaines personnes se tournent vers d'autres secteurs du système de santé qui offrent un meilleur salaire ou des conditions de travail plus favorables, tandis que beaucoup partent, tout simplement. Cela signifie que sur les quelque 58 000 PSSP travaillant actuellement dans les SLD, 14 500 quitteront le secteur cette année – et cela ne comprend pas ceux et celles qui renoncent en raison de la pression que la COVID-19 a ajoutée à un travail déjà difficile.

Même avant la COVID-19, il y avait un exode net des PSSP dans le secteur des SLD. Cela a abouti à une pénurie qui n'a pas été contrée. Avant la COVID-19, la province estimait qu'entre 6 200 et 6 400 PSSP supplémentaires seraient nécessaires d'ici 2023 pour soutenir l'expansion des SLD si les problèmes de rétention n'étaient pas résolus. Lorsque la COVID-19 a frappé, créant des pénuries de personnel en raison de la maladie, de la peur ou des politiques gouvernementales limitant l'exercice de la profession à un seul foyer de SLD, de nombreux établissements se sont retrouvés avec un nombre insuffisant de PSSP pour fournir des soins appropriés à leurs résidentes et à leurs résidents. En juillet 2020, le ministère de la Santé estimait que le secteur de la santé avait besoin de 6 000 PSSP supplémentaires, dont environ la moitié dans le secteur des SLD.

Absence de possibilités de travail à temps plein

J'aimerais aussi simplement évoquer la nature extrêmement précaire du travail dans les soins de longue durée, les études ayant montré que les conditions de travail avaient un impact direct sur les conditions de soins. [...] Il existe une dépendance excessive à l'égard du personnel à temps partiel et occasionnel dans l'ensemble du secteur, en particulier chez les fournisseurs à but lucratif. La grande majorité des emplois dans ces établissements sont à temps partiel, sans avantages sociaux et sans congés de maladie payés.

– Candace Rennick, secrétaire-trésorière, SCFP

Le manque de possibilités d'emploi à temps plein pour le personnel de SLD en général, et pour les préposées et préposés aux services de soutien personnel en particulier, est un problème important qui doit être abordé. Près de 60 % de tous les PSSP ont un emploi à temps partiel ou occasionnel. Parmi ce groupe, environ la moitié ont indiqué préférer travailler plus d'heures. De même, 35 % du personnel infirmier praticien, 41 % du personnel infirmier autorisé et 45 % du personnel infirmier auxiliaire autorisé travaillent à temps partiel dans le secteur, alors que 76,1 % préféreraient occuper un poste à temps plein.

La Commission a appris qu'en raison du manque d'emplois à plein temps, une grande partie du personnel de SLD est obligée de cumuler plusieurs emplois à temps partiel et occasionnel pour gagner sa vie et subvenir aux besoins de sa famille. La situation s'est aggravée pendant la pandémie, lorsque le gouvernement a empêché le personnel de travailler dans plusieurs foyers. Bien que cette mesure fût nécessaire pour limiter la propagation de la COVID-19 d'un foyer à l'autre, elle a aggravé le fardeau financier auquel de nombreuses personnes employées sont confrontées, car la limite d'un seul établissement n'a généralement pas été compensée par une augmentation des heures ou de la rémunération. Suite à l'imposition de cette mesure, un syndicat a signalé que 7 500 des infirmières, infirmiers et PSSP qu'il représente en Ontario avaient quitté leur emploi ou prévoient partir en raison de contraintes financières.

Pendant la pandémie de COVID-19, certains foyers ont offert un emploi à temps plein au personnel, avec des résultats positifs. Comme l'a décrit un PDG, l'emploi à temps plein a profité au personnel, aux personnes résidentes et au foyer :

[D]ans certains cas, plus de 75 % des personnes hébergées dans un établissement de SLD souffrent d'une forme ou d'une autre de démence; le fait d'être entourées de gens connus et en qui elles ont confiance contribue donc grandement à leur bien-être. De plus [...] c'est un atout pour l'entreprise, car nous avons constaté des taux de roulement moindres dans les postes à temps plein que dans les postes à temps partiel.

Comme le souligne l'énoncé ci-dessus, un faible taux de roulement du personnel n'est pas seulement important du point de vue des effectifs : il se traduit également par une amélioration de la qualité et de la continuité des soins.

Bien qu'on reconnaisse que le personnel à temps partiel est nécessaire étant donné que les soins doivent être offerts 24 heures sur 24, le niveau actuel de personnel à temps partiel – parmi les PSSP et les infirmières et infirmiers – n'est pas avantageux pour les personnes hébergées. Le rapport provisoire du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses, également connu sous le nom de rapport provisoire Walker, a conclu que « l'accès à un emploi à temps plein pour de nombreux travailleurs de la santé est clairement inadéquat, et le groupe d'experts estime que les taux existants d'emplois occasionnels, à temps partiel et intérimaires sapent les efforts visant à garantir un lieu de travail stable et homogène ». Dans le rapport final, le Dr David Walker et son groupe de spécialistes ont recommandé qu'à l'avenir, 70 % des postes soient à temps plein. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario recommande la même répartition de 70 % de postes à temps plein et de 30 % à temps partiel dans tous les milieux de soins de santé depuis plus de 20 ans. L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario est également d'accord avec cette répartition de 70/30 dans les SLD.

Tous ces avertissements et recommandations ont été ignorés. En conséquence, le manque chronique de personnel à temps plein a eu un impact négatif sur la capacité des foyers de SLD à riposter efficacement à la COVID-19.

Parallèlement aux efforts visant à recruter, former et retenir davantage de PSSP dans les SLD, la Commission recommande la création de plus de postes de soins directs à temps plein, notamment en fixant un objectif de 70 % de postes à temps plein pour le personnel infirmier et les PSSP dans chaque foyer.

Absence de parité salariale

En plus de faire face à un manque de possibilités d'emploi à temps plein, le salaire horaire moyen du personnel travaillant dans les foyers de SLD est généralement inférieur à celui de leurs homologues en milieu hospitalier. L'absence de possibilités d'emploi à plein temps envenime le problème, car la plupart des personnes travaillant à temps partiel ne bénéficient que très rarement d'avantages sociaux pour compléter ou compenser les bas salaires. La Commission a entendu dire que cette absence de parité salariale avec les hôpitaux, ainsi qu'au sein même du secteur des SLD, aggrave les pénuries de personnel et crée des problèmes à la fois sur le plan du recrutement et de la rétention.

Les soins offerts aux personnes âgées en Ontario doivent comprendre des soins à domicile, des soins actifs et des soins de longue durée. Chacun de ces secteurs ayant besoin de PSSP et d'infirmières et d'infirmiers, les disparités financières qui existent entre eux entraînent des mouvements inutiles de personnel qui, à juste titre, cherche à obtenir des revenus plus importants et plus stables. Cette cannibalisation de la main-d'œuvre d'un secteur par un autre ne contribue pas à améliorer la vie des personnes qui ont besoin de soins.

Pour assurer une dotation suffisante en personnel dans tous les secteurs, il faut s'attaquer à la disparité des revenus dans les soins de santé. La Commission recommande que le personnel offrant des soins directs bénéficie de salaires et d'avantages mieux en phase avec ceux du secteur et ceux des hôpitaux publics.

Profession de la santé non réglementée

[C]e n'est pas tout le monde qui peut être PSSP. [C]es personnes ne sont pas des servantes ni des bonnes. Il n'est pas donné à tout le monde de savoir comment utiliser correctement un lève-personne Hoyer, ni comment appliquer exactement la bonne technique pour le bain. Il s'agit d'un travail nécessitant des connaissances spécialisées.

– Ian DaSilva, directeur des ressources humaines, Ontario Personal Support Workers Association et Association canadienne des travailleurs de soutien

Bien que les PSSP constituent la catégorie de personnel la plus importante dans les foyers de SLD et qu'elles fournissent des services essentiels aux Ontariennes et aux

Ontariens vulnérables – qui sont nombreux à ne pas pouvoir se plaindre de la façon dont le personnel les traite – leur profession n’est pas réglementée, contrairement à leurs collègues infirmières et infirmiers autorisés. En fait, la Commission a appris que les PSSP constituent la plus importante main-d’œuvre non réglementée en Ontario. La Commission a également été informée que le fait d’être une profession non réglementée a contribué au manque de reconnaissance du rôle important que jouent les PSSP dans la prestation de SLD, ajoutant aux problèmes de recrutement et de rétention auxquels le secteur est confronté.

Des tentatives ont été faites pour créer un registre de PSSP qualifiés et formés en Ontario, le plus récent étant un prototype élaboré par l’institut Michener du Réseau universitaire de santé. Bien que ce registre ait fait l’objet d’un essai pilote, la Commission a été informée qu’il était « actuellement dans une certaine impasse » en raison de la COVID-19.

La Commission a aussi appris que le gouvernement avait exploré le modèle de registre à cause de la nature complexe et coûteuse d’un ordre de réglementation professionnelle. Cependant, la création d’un registre ne résoudra pas complètement le problème des PSSP non réglementés. En fait, il faudrait une structure de réglementation pour superviser et gérer le registre.

Par contre, le fait d’affilier les PSSP, au moins au début et après consultation appropriée, à un ordre de réglementation établi dans le secteur des soins de santé pourrait améliorer la situation. Ainsi, les PSSP deviendraient « membres » d’un ordre de réglementation déjà en place, obtenant alors le statut de « professionnels » aux yeux du public et des autres professionnels de la santé.

La réglementation des préposées et préposés aux services de soutien à la personne ne résoudra pas les problèmes de dotation en personnel abordés dans le présent rapport, mais elle permettra de mieux servir les résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée en toute sécurité. Le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée devraient s’assurer que les exigences de base sont en place pour soutenir la réglementation de ces personnes et envisager de confier la réglementation initiale à un organisme de réglementation des soins de santé établi.

Un manque de données précises sur les heures de soins

Comme indiqué précédemment dans ce chapitre, les besoins des personnes hébergées en SLD ont augmenté au cours des dernières décennies. Pourtant, les heures quotidiennes consacrées aux soins n’ont pas connu une augmentation proportionnelle. L’arrivée de la COVID-19 a exacerbé ce problème, entraînant une situation où le personnel déjà surchargé s’est vu submergé – et ce sont les résidents qui en ont fait les frais.

En décembre 2020, le gouvernement provincial s'est engagé à augmenter le nombre d'heures de soins directs par personne hébergée fournies par le personnel infirmier autorisé, par le personnel infirmier praticien et par les préposées et préposés aux services de soutien personnel à quatre par jour, faisant écho à une promesse non tenue formulée par le gouvernement précédent. Dans son engagement – et comme mentionné ci-dessus – le gouvernement indiquait que le nombre d'heures moyen réel de soins par personne hébergée était de deux heures et 45 minutes par jour. Au cours de son enquête, la Commission a passé en revue divers calculs du taux de soins quotidien. Il était évident que les données utilisées étaient incohérentes et qu'elles variaient selon la source. La Commission a été informée que les données recueillies par la province ne reflétaient pas les heures réelles de soins dispensées, mais plutôt les heures de soins prévues. Les pénuries de personnel, les congés et les jours de maladie n'ont pas été pris en compte dans le calcul, ce qui a conduit à un surcomptage des heures de soins réelles. De plus, les données sur les heures de soins sont systématiquement présentées sous forme de *moyenne* – ce qui revient à dire que toutes les personnes hébergées dans tous les foyers ne reçoivent pas la même quantité de soins. La présentation des données concernant les effectifs moyens est trompeuse; le danger réside dans les extrêmes, où les soins sont insuffisants. Le professeur Arthur Sweetman, un économiste ayant collaboré à l'étude de 2020 sur la dotation en personnel en SLD commandée en réponse à la recommandation de la juge Gillese, a fait valoir ce point.

[L]orsque vous commencez à parler de ce qui se passe dans un foyer moyen, vous passez à côté de la vraie difficulté, à savoir d'identifier [...] les foyers peu performants, puis de les aider.

Le professeur Sweetman a déclaré à la Commission que, pour son étude, il avait cherché les 20 à 30 % des foyers qui offraient le plus et le moins d'heures de soins. À son avis, l'examen de ces extrêmes permettrait de mieux comprendre ce qui se passe dans le secteur. Il voulait ainsi non seulement comprendre les heures de soins prodigués dans le foyer « moyen », mais aussi dans ceux figurant aux deux extrémités du spectre. Cependant, cette information n'a pas été mise à la disposition du professeur Sweetman. Il a noté que l'absence de ce type de données constitue un défi pour comprendre un système qu'il décrit comme étant « extrêmement diversifié ».

Il est incontestable que le niveau moyen de soins dans les foyers de SLD est actuellement insuffisant, et que c'est le cas depuis longtemps. Dans certains foyers et pour certaines personnes qui reçoivent moins que la moyenne de deux heures et 45 minutes de soins par jour, la situation est encore pire. En adoptant la norme de soins de quatre heures par jour et par personne hébergée, le gouvernement a reconnu cette réalité.

Le professeur Sweetman a souligné qu'en insistant sur l'exactitude des données, on pourrait identifier les foyers qui ont des problèmes chroniques de dotation en personnel

ou qui fournissent un niveau de soins inadéquat. Cibler ces foyers à des fins d'amélioration, que ce soit en cas de pandémie ou non, aiderait à promouvoir le bien-être et la sécurité des personnes qui y résident.

Absence de formation pertinente

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* inclut l'exigence vague selon laquelle tous les titulaires de permis ont l'obligation de veiller à ce que l'ensemble du personnel possède « les compétences et les qualités requises appropriées pour exercer leurs fonctions » et les qualités requises que prévoit la réglementation. Malgré cela, la Commission a appris que l'expertise du personnel ne répond pas toujours aux besoins particuliers des personnes hébergées. Par exemple, les médecins qui travaillent dans des établissements de SLD en tant que directrices ou directeurs médicaux ne sont pas tenus d'avoir des compétences gériatriques ni une formation sur la fin de vie. Par conséquent, de nombreux foyers de SLD fonctionnent avec des directions médicales qui ne mesurent pas toujours toute l'étendue des besoins des personnes hébergées.

Autre exemple, l'étude sur la dotation en personnel en SLD publiée en juillet 2020 a mis en évidence des écarts entre la formation que les PSSP reçoivent dans les différents collèges et universités et les compétences que leur emploi dans les foyers de soins de longue durée exige. Le *Règlement 79/10* appliqué en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* exige que les PSSP travaillant dans les foyers de SLD suivent avec succès un programme conforme aux normes établies par le ministère de la Formation et des Collèges et Universités et comportant au moins 600 heures d'enseignement en classe et d'expérience pratique combinés. Les collèges communautaires, les collèges privés d'enseignement professionnel et les conseils scolaires offrent des programmes destinés aux PSSP. Il n'existe pas de programme d'études normalisé dans ces divers établissements pour s'assurer que la formation a été dispensée dans tous les domaines requis. Par conséquent, il y a souvent un manque de connaissances lorsque la ou le PSSP travaille dans un foyer de SLD. Le gouvernement devrait établir et mettre en œuvre des exigences minimales normalisées en matière d'études et de formation et pour tous les programmes de formation des PSSP.

La Commission a également appris que le personnel de nombreux foyers, aussi bien intentionné qu'il soit, n'est pas correctement formé aux pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI). De nombreux foyers souffrent en fait d'un manque d'expertise important, malgré les exigences réglementaires d'avoir un coordonnateur ou une coordonnatrice de la PCI parmi le personnel. Après l'éclosion du SRAS, les gouvernements de l'Ontario et du Canada ont commandé des rapports à l'honorable juge Archie Campbell, au D^r David Walker et au D^r David Naylor afin de comprendre pourquoi l'Ontario a fait si piètre figure pendant le SRAS et déterminer les mesures

à prendre pour éviter qu'une telle situation ne se reproduise (voir le chapitre 2 pour plus de détails sur ces rapports et leurs conclusions). La PCI était au centre de ces rapports. Le juge Campbell a clairement indiqué que la PCI, ainsi que la fourniture d'aliments et d'eau salubres, est une priorité absolue pour le système de santé publique de l'Ontario. Dans son rapport, il a noté que la propagation rapide de la maladie exige une attention immédiate pour préserver la santé et sauver des vies. Le D^r Walker a fait remarquer que l'absence de mesures appropriées de contrôle des infections pendant le SRAS a démontré la rapidité avec laquelle le système de soins de santé pouvait être paralysé. Les D^{rs} Walker et Naylor ont tous deux souligné la nécessité d'améliorer les mesures de protection contre les infections aux niveaux provincial et local. En avril 2004, le D^r Walker a recommandé qu'il y ait un professionnel en prévention des infections en place pour 250 lits de soins actifs et de longue durée, et que la province fasse des efforts pour atteindre le ratio d'un professionnel pour 120 personnes hébergées en SLD d'ici 2007.

Une grande partie de ce que le D^r Walker recommandait a été mise en œuvre dans les hôpitaux, qui ont ainsi été bien protégés lorsque la COVID-19 a frappé. Le secteur des SLD n'a toutefois pas mis en œuvre la plupart de ces recommandations. Il n'y avait aucune exigence en soins de longue durée autre que de désigner une personne responsable du contrôle des infections qui devait posséder « formation et expérience en matière de pratique de PCI », pourtant, aucune formation ni accréditation particulières n'était requise pour cette personne.

En 2012, le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses – Prévention et contrôle des infections (CCPMI-PCI) (un comité multidisciplinaire de professionnels de la santé qui conseille Santé publique Ontario sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales) – a fait la recommandation suivante : « Tous les milieux de soins devraient avoir accès à un professionnel certifié en prévention des infections ou à des personnes formées dans ce domaine afin de mettre en œuvre un programme de PCI, ainsi qu'à des ressources proportionnelles à la taille, à la complexité, au type de clientèle et au risque estimatif de la population servie par le milieu de soins. » Le CCPMI-PCI a en outre recommandé que, pour les établissements de SLD, ce ratio s'établisse à un professionnel de la lutte contre les infections pour 150 à 200 lits, selon les niveaux d'acuité.

Malgré ces avertissements et recommandations, lorsque la COVID a frappé, la plupart des foyers de SLD n'avaient pas accès à une personne possédant des connaissances de base sur les pratiques efficaces de PCI, encore moins à une personne dûment formée sur le sujet.

Le roulement régulier du personnel de première ligne, en particulier des PSSP, a exacerbé ce problème.

La désignation d'un responsable de la PCI dans un foyer était en grande partie de la poudre aux yeux – il s'agissait d'un titre sans l'expertise ou le soutien nécessaires pour l'étayer. La Commission a appris que la formation offerte est généralement inadéquate et consiste souvent à visionner une vidéo. Au lieu d'être une spécialiste en PCI parfaitement formée, la personne responsable de la PCI d'un foyer est souvent un infirmier ou une infirmière par ailleurs occupée qui n'a pas été suffisamment formée en prévention et en supervision du contrôle des infections.

Étant donné que les foyers de SLD sont régulièrement confrontés à des éclosions de grippe, le défaut d'assurer la mise en place de responsables de la PCI adéquatement formés est un problème qui aurait dû être corrigé depuis longtemps. Un leadership approprié en matière de PCI garantit que tout le personnel est correctement formé et que les bonnes pratiques de PCI sont suivies. Cela vaut également pour le personnel des agences embauché par les foyers, qu'on dit souvent mal formé aux pratiques de PCI, selon ce que la Commission a entendu dire. Les militaires et le personnel des hôpitaux qui sont venus en aide aux foyers en crise pendant la pandémie de COVID-19 ont fréquemment constaté le niveau insuffisant de connaissances et de pratiques en PCI.

La Commission a appris que les foyers de SLD situés dans les pays où l'on insistait déjà beaucoup sur la PCI ont mieux résisté que ceux de l'Ontario. À Hong Kong, par exemple, où le SRAS a dévasté les foyers de SLD, l'accent a été mis sur la formation et les pratiques en matière de PCI dans les années qui ont suivi. C'est l'une des raisons pour lesquelles les foyers de SLD de Hong Kong s'en sont bien mieux tirés que ceux de l'Ontario pendant la COVID-19.

Une action urgente s'impose

Les problèmes abordés dans la section ci-dessus – y compris le manque d'emplois à temps plein, les bas salaires, l'absence de parité salariale, la lourde charge de travail et un environnement et une culture de travail difficiles – ne constituent en aucun cas une liste exhaustive des facteurs contribuant à la pénurie de personnel dans le secteur des SLD. Néanmoins, ils brossent un tableau clair des difficultés actuelles.

Le recrutement et la rétention du personnel constituent un défi de taille. L'exigence de quatre heures de soins directs quotidiens aux personnes hébergées et la promesse du gouvernement d'ajouter 15 000 lits au cours des quatre à cinq prochaines années (discutée plus loin dans ce chapitre) nécessiteront l'embauche supplémentaire de 25 000 à 30 000 préposées et préposés aux services de soutien personnel d'ici 2024–2025. Si des dizaines de milliers de lits supplémentaires sont également ajoutés au cours des deux prochaines décennies, comme requis, il faudra des dizaines de

milliers de PSSP, d'infirmières et infirmiers et d'autres employés supplémentaires pour s'occuper du nombre prévu de personnes hébergées.

Le recrutement est important.

Chaque instant qui passe sans aborder ces problèmes chroniques de dotation est un moment perdu, et la perte de temps coûte des vies.

Il est temps d'agir.

Besoin de plus de personnel

Les informations reçues par la Commission ont démontré que le rendement d'un foyer pendant la pandémie de COVID-19 était directement associé à sa dotation en personnel. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a constaté que les foyers où le ratio personnel infirmier/résidentes et résidents était plus élevé étaient moins susceptibles de subir une éclosion de COVID-19 (le personnel infirmier comprenant le personnel infirmier autorisé, le personnel infirmier praticien, le personnel infirmier auxiliaire autorisé et les PSSP). L'ICIS a également constaté que le risque d'infection et le taux de mortalité lors de la première vague étaient plus élevés dans les foyers qui avaient manqué de personnel au moins une fois au cours de cette période; les mêmes augmentations ont été constatées dans les foyers qui ont utilisé du personnel d'agence pendant au moins sept jours d'un mois quelconque pendant la première vague.

Le professeur Sweetman a déclaré à la Commission que l'expérience du personnel infirmier travaillant dans un foyer pendant une éclosion (c.-à-d. le nombre d'années que les infirmières et infirmiers d'un foyer ont travaillé dans la province) était un indicateur de rendement solide. S'il n'est pas nécessaire que chaque infirmière, infirmier ou membre du personnel soit hyperexpérimenté, les foyers dotés d'un « leadership clinique » d'expérience ont obtenu de bons résultats dans les scénarios d'épidémie, y compris pendant la pandémie de COVID-19.

Les importants problèmes de personnel cernés avant l'arrivée de la COVID-19 – problèmes qui ont nui à la capacité des foyers à protéger les personnes hébergées contre le virus – continueront de sévir s'ils ne sont pas résolus complètement, efficacement et rapidement.

Pour respecter son engagement de quatre heures de soins quotidiens directs, la province a annoncé en décembre 2020 qu'elle investirait jusqu'à 1,9 milliard de dollars par an d'ici 2024–2025 pour créer plus de 27 000 nouveaux postes de PSSP, de personnel infirmier autorisé et de personnel infirmier auxiliaire autorisé dans les soins de longue durée. En février 2021, la province annonçait des efforts pour attirer et former 8 200 nouvelles et nouveaux PSSP pour les secteurs de la santé (incluant les SLD) de

l'Ontario. C'est un bon départ, mais sans plus. En effet, il reste encore beaucoup à faire pour répondre réellement à la demande actuelle, qui demeure inévitable.

De meilleurs ratios et une meilleure combinaison de compétences sont nécessaires

Ce n'est pas seulement le nombre total de personnes prodiguant des soins qui importe. L'expertise des effectifs doit refléter la diversité des besoins en matière de soins. La législation existante n'impose pas le ratio personnel/résidentes et résidents que chaque foyer devrait employer, ni la combinaison de compétences que chaque foyer devrait avoir (c.-à-d. combien de PSSP par rapport aux infirmières et infirmiers autorisés par rapport aux infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés). Ces détails sont laissés à l'appréciation de chaque foyer.

L'étude de 2020 sur la dotation en personnel en SLD n'a pas suggéré de combinaison de compétences pour les quatre heures de soins nouvellement recommandées par personne hébergée et par jour, tandis que le gouvernement n'a pas encore indiqué quelle sera la composition de l'effectif prévu. La Commission a interrogé de nombreuses parties intéressées bien informées au sujet des combinaisons suggérées, y compris l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). La formule préconisée par l'AIIAO prévoit 20 % d'infirmières et infirmiers autorisés (ou 0,8 heure), 25 % d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (ou 1 heure) et 55 % de PSSP (ou 2,2 heures). L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario recommande la même formule.

Compte tenu du niveau d'acuité des soins prodigués aux personnes hébergées, en particulier du déclin continu de la cognition, il est clair pour la Commission qu'il faut plus de personnel infirmier autorisé dans le secteur des SLD et que la combinaison recommandée par l'AIIAO est raisonnable. La Commission reconnaît également que la composition de compétences appropriée peut différer d'un foyer à l'autre, selon les besoins des personnes hébergées. La recommandation de l'AIIAO reflète le niveau de soins de plus en plus complexe dont les personnes hébergées ont besoin. Si elle était suivie, elle garantirait qu'un nombre suffisant d'effectifs, dotés d'une combinaison appropriée de formation, de compétences et de connaissances, seraient à portée de main pour fournir des soins sécuritaires et de qualité aux personnes hébergées.

La Commission a également entendu parler du besoin d'infirmières et infirmiers praticiens dans les SLD. Comme nous le verrons plus loin au chapitre 4, ces personnes jouissent d'une formation approfondie et peuvent exercer certaines des mêmes fonctions qu'un médecin. La réalité toutefois, c'est que le secteur n'a pas fait appel à elles autant qu'il l'aurait dû, et à l'heure actuelle, on ne compte que 60 à 70 infirmières et infirmiers praticiens travaillant dans le secteur des SLD de l'Ontario.

À seulement 0,6 %, le ratio actuel de personnel infirmier praticien par rapport aux personnes hébergées dans des établissements de SLD est insuffisant. Le gouvernement et le secteur des SLD doivent reconnaître l'importante contribution et l'impact des infirmières et infirmiers praticiens sur la qualité des soins dans les foyers de SLD.

L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario recommandent que le ratio soit fixé à au moins une infirmière ou infirmier praticien à temps plein pour 120 résidentes et résidents – une recommandation appuyée par la Commission.

Il est également évident que les services fournis par les professionnels paramédicaux jouent un rôle essentiel pour prolonger la vie des personnes hébergées et assurer leur qualité de vie pendant leur hébergement. Comme indiqué dans l'étude de 2020 sur la dotation en personnel en SLD, le travail de ces professionnels permet d'augmenter la force et la mobilité, de réduire les trébuchements et les chutes, d'améliorer la qualité du sommeil et de favoriser l'autonomie et la qualité de vie des personnes hébergées. Un investissement visant à accroître la participation des professionnels paramédicaux (y compris les diététistes, les orthophonistes et audiologistes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les récréothérapeutes, les travailleuses sociales, travailleurs sociaux et autres) aux soins dans les SLD est nécessaire afin d'améliorer la santé et la qualité de vie des personnes hébergées.

En plus des quatre heures de soins par jour et par personne hébergée nouvellement recommandées, qui doivent être fournies par du personnel infirmier autorisé, du personnel infirmier auxiliaire autorisé et des préposées et préposés aux services de soutien personnel, le gouvernement s'est engagé à faire passer la durée moyenne des soins dispensés par les professionnels paramédicaux de 30 minutes à 36 minutes par jour et par personne hébergée d'ici 2022–2023, mais cela ne suffit pas. Pour s'assurer que les résidentes et résidents reçoivent les soins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels nécessaires de la part de ce groupe de professionnels, la durée moyenne des soins devrait être portée à 60 minutes par résident et par jour. Bien que cela exigera un investissement financier important, l'absence de changement privera les personnes hébergées de ces soins essentiels. La Commission insiste sur le fait qu'une nouvelle étude sur la dotation en personnel n'est pas nécessaire. Il faut au contraire agir maintenant pour offrir aux personnes hébergées les soins et la qualité de vie qu'elles méritent.

Mise en œuvre plus rapide de la norme de soins de quatre heures

Même si le gouvernement s'est engagé à offrir quatre heures de soins par résident et par jour, il est important de noter que ce seuil ne sera atteint qu'en 2024–2025.

Une telle mise en œuvre par étapes des nouvelles normes de soins est trop lente. En effet, les quatre heures ont été recommandées sur la base des besoins *actuels* des personnes hébergées. L'approche par étapes signifie probablement que la grande majorité de ces personnes seront mortes avant que les quatre heures de soins quotidiens ne soient pleinement mises en œuvre. Il convient également de noter que si l'acuité des soins aux personnes hébergées dans des établissements de SLD continue d'augmenter, il est probable que plus d'heures quotidiennes de soins seront nécessaires d'ici la mise en œuvre finale de la norme de quatre heures.

La Commission reconnaît qu'il ne sera pas possible d'atteindre les quatre heures de soins par jour et par personne hébergée si l'on ne s'attaque pas aux causes sous-jacentes des problèmes de personnel, qui existent depuis longtemps. Même si le gouvernement concrétise son engagement à répondre à la demande future de lits de SLD au cours des prochaines décennies (ce dont il est question plus loin dans ce chapitre), aucune amélioration n'en résultera s'il manque de personnel pour prendre soin des personnes hébergées. Il ne s'agit pas simplement d'ajouter lits ou heures de soins; il doit également y avoir un personnel suffisant – et adéquatement formé – pour fournir des soins appropriés aux personnes occupant ces lits.

Gestion des foyers : rôles et responsabilités flous

S'il est clair que les foyers de SLD doivent relever des défis en matière de dotation en personnel, il est également vrai que le personnel de direction joue un rôle déterminant dans la création et le maintien de milieux de travail constructifs et fonctionnels qui assurent la qualité des soins et la qualité de vie des personnes hébergées. Il est essentiel que la direction réponde aux préoccupations exprimées par les résidents et résidentes, leur famille, leurs proches et le personnel, et s'engage à améliorer continuellement la qualité des soins comme la qualité de vie.

Dans sa deuxième série de recommandations provisoires (voir l'annexe A), la Commission soulignait l'importance du rôle de la direction des foyers dans la détermination de la culture du milieu de travail : la direction doit donner le ton et assurer une orientation pour favoriser le rendement. Voilà qui est d'une grande importance, quel que soit le moment, et à plus forte raison en temps de crise. La qualité de la direction avant la COVID-19 est un facteur important qui a influencé la manière dont les foyers de SLD s'en sont sortis pendant la pandémie.

La législation régissant les foyers de SLD impose la présence de personnel professionnel qualifié et formé pour agir à divers titres. Ce sont ces personnes qui doivent s'assurer que les résidentes et résidents sont correctement pris en charge, restent en sécurité et que leur qualité de vie est maintenue.

La direction médicale

Le règlement d'application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* ne définit pas les exigences en matière de formation continue de la directrice ou du directeur médical dans des domaines clés pour répondre aux besoins des personnes hébergées, notamment la PCI, la médecine gériatrique, les soins aux patients atteints de démence et d'autres dysfonctionnements cognitifs, l'utilisation appropriée des médicaments antipsychotiques, les soins palliatifs et de fin de vie, ainsi que la direction et la gestion de crise. Le règlement devrait être modifié pour exiger que la directrice ou le directeur médical détienne cette formation continue supplémentaire.

Des intervenants ont expliqué à la Commission le rôle important de la direction médicale dans les foyers de SLD. En fait, l'Institut canadien d'information sur la santé a déclaré à la Commission que, d'après son constat, la présence physique constante d'un directeur ou d'une directrice médicale dans un foyer était associée à de meilleurs résultats en ce qui a trait à la COVID-19. En effet, les foyers bénéficiant de la présence d'une direction médicale moins d'un jour par semaine au cours de la première vague présentaient un risque plus élevé d'éclosion grave et de mortalité chez les personnes hébergées.

La Commission a rencontré et entendu des directions médicales bien formées et dévouées aux soins de leurs résidentes et résidents. Ces personnes étaient bien équipées pour faire face à une crise.

Cependant, la Commission a également entendu dire que certaines directions médicales n'avaient pas de formation en médecine gériatrique, en soins palliatifs, en traitement de la démence ni en PCI. Elles n'avaient pas la formation en leadership ni la formation en gestion de crise requises.

S'il y avait eu un système officiel de surveillance, ces lacunes auraient pu être détectées et corrigées, améliorant ainsi les chances de survie et de rétablissement des personnes hébergées.

Le ministère des Soins de longue durée et le ministère de la Santé devraient collaborer avec l'Ordre des médecins et chirurgiens et l'Ontario Medical Association pour créer un système de surveillance formelle pour les directions médicales des foyers de SLD, semblable au modèle du comité consultatif médical pour les médecins ayant des droits hospitaliers. Cette surveillance devrait inclure un examen et une évaluation de l'expertise de la candidate ou du candidat en ce qui concerne les besoins en soins de la population résidente des foyers de SLD (y compris la PCI, la médecine gériatrique, les soins aux patients atteints de démence et d'autres dysfonctionnements cognitifs, l'utilisation appropriée des médicaments antipsychotiques et les soins de fin de vie), ainsi que le leadership et la gestion de crise.

La coordination de la PCI

L'enquête a mis en évidence l'importance du rôle de coordination de la PCI. Il s'agit d'un rôle essentiel au sein du foyer. Comme mentionné précédemment, la Commission a appris que dans de nombreux foyers avant la COVID-19, ce rôle n'était pas considéré comme important et était traité comme un ajout à un emploi à temps plein existant. En fait, bon nombre des coordonnatrices et coordonnateurs de la PCI désignés ne disposaient pas d'un enseignement, d'une formation ou d'une certification en matière de PCI. Voilà qui s'est révélé être un problème important. En effet, lorsque la pandémie a frappé, les informations, protocoles et pratiques concernant la PCI dans les foyers manquaient à l'appel; dans certains établissements, il n'existait même pas une compréhension de base de l'importance et de l'utilisation appropriée des équipements de protection individuelle (ÉPI).

La Commission recommande que la réglementation découlant de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* soit modifiée pour obliger le titulaire de permis à désigner une infirmière ou infirmier autorisé par 120 lits à titre de personne praticienne en PCI. Le rôle de cette personne serait de superviser, mettre en œuvre et maintenir le programme de PCI du foyer. La réglementation devrait établir des exigences minimales précises pour ce qui est de l'enseignement, de la formation et de la certification que l'infirmière ou l'infirmier praticien doit tenir à jour. Cette personne devrait occuper un poste dédié à temps plein relevant directement de la direction des soins infirmiers et des soins personnels. La réglementation devrait également exiger que la formation du personnel en matière de PCI soit dispensée en consultation avec le ou la spécialiste local de la PCI (p. ex., situé chez le partenaire hospitalier ou le bureau de santé publique).

Plans d'urgence et exigences relatives à la PCI

La Partie V de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* traite également des dispositions relatives à la PCI et à la planification d'urgence que les foyers de SLD sont tenus de mettre en œuvre. L'équipe de direction est responsable de ces plans et de ces actions et doit en rendre compte.

Selon la D^{re} Jennie Johnstone, directrice médicale de la prévention et du contrôle des infections à Sinai Health, avant la pandémie, des protocoles bien établis d'écouvillonnage et de tests de dépistage n'existaient pas dans les foyers de SLD, à moins qu'un certain nombre de personnes hébergées ne présentent une maladie respiratoire. Elle a déclaré à la Commission que les foyers de SLD recevaient chacun cinq écouvillons pour la saison de la grippe et que, une fois qu'une épidémie de grippe ou de virus respiratoire était déclarée, ils ne devraient pas continuer à tester. Il fallait plutôt présumer que les personnes hébergées symptomatiques avaient la maladie.

Alors que les foyers de SLD sont tenus de signaler les éclosions de maladies transmissibles, aucune loi ni aucun règlement ne les oblige de rendre compte à qui que ce soit de l'état général de leur préparation à la PCI. La Commission n'a entendu ni vu aucune preuve de tels rapports. La Commission n'a pas non plus entendu de preuves que des vérifications régulières de l'état de préparation en matière de PCI ont été effectuées dans les foyers avant la pandémie. Bien que la Commission ait appris que certains bureaux de santé publique, comme ceux de la région de York et de la région de Peel, avaient pris l'initiative d'effectuer des vérifications de la PCI et de l'environnement dans les foyers avant la pandémie, cela n'était pas obligatoire et la Commission n'a entendu aucune preuve indiquant que c'était la norme.

Il y avait un manque général de préparation en matière de PCI dans les foyers de SLD lorsque la province a déclaré l'état d'urgence en mars 2020. La Commission a eu vent des pratiques de PCI inefficaces et du manque de connaissances de la part du personnel sur la façon de contenir une maladie infectieuse. De plus, l'incapacité des autorités provinciales comme des gestionnaires des foyers à assurer la conformité réglementaire globale signifiait que les foyers présentaient toutes les conditions pour favoriser la pénétration du virus de la COVID-19, et celui-ci s'est effectivement répandu comme une traînée de poudre.

Quelqu'un doit rendre des comptes. Le conseil d'administration du titulaire de permis (sous la signature de la présidence du foyer ou de l'équivalent applicable), devrait certifier publiquement et annuellement au Ministère que des vérifications appropriées ont été effectuées concernant les pratiques de PCI du foyer et du plan en cas de pandémie, y compris en ce qui concerne les stocks de matériel et d'équipement de protection individuelle et de vérification du plan pour faire face à une pandémie. Voilà qui fournira un niveau de sécurité reconnu par la direction du foyer et dont elle sera responsable, dans le but de fournir un milieu sûr pour les personnes hébergées et le personnel. Or, comme nous le verrons ci-dessous, la reddition de comptes à ce niveau fait défaut dans le système actuel.

Surveillance et application de la conformité par le Ministère : une action faible et inefficace

La Commission a entendu des témoignages selon lesquels la surveillance et l'application de la conformité réglementaire par la province ont été inefficaces, surtout dans des domaines qui auraient pu influencer la riposte des foyers de SLD à la pandémie. Or, la surveillance et l'application réglementaire dans un secteur financé par le gouvernement, à plus forte raison s'il est chargé de prendre soin de personnes âgées incapables de vivre de manière autonome, doivent se faire de façon rigoureuse.

Le ministère des Soins de longue durée intervient sur les politiques, le financement, l'inspection et la conformité dans le secteur des SLD. Des questions ont été soulevées au sujet de l'efficacité du système de surveillance et d'inspection de la province, qui est censé protéger et améliorer la sécurité de la population vulnérable résidant dans des foyers de SLD.

Réduction des inspections de la qualité des services offerts aux résidents

En 2013, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a reconnu que des inspections complètes aideraient à déceler les problèmes systémiques affectant les foyers. Par conséquent, il s'est engagé à effectuer une inspection annuelle de la qualité des services aux résidents (IAQSR) dans chaque foyer d'ici la fin de 2014 et chaque année suivante. Environ 100 inspecteurs et inspectrices ont ainsi été embauchés sur deux ans pour soutenir cet effort, portant leur nombre total à 180 à partir de 2015. Ce nombre est resté pour l'essentiel le même au cours des cinq dernières années, avec un financement couvrant 188 postes d'inspecteurs équivalents temps plein en novembre 2020. Presque la totalité des 626 foyers de SLD de la province a fait l'objet d'une IAQSR en 2015, 2016 et 2017.

En 2018, afin d'éliminer un arriéré de près de 3 000 inspections de plaintes et d'incidents critiques, le Ministère a mis en place un programme d'inspection et d'application des normes axé sur les risques. Les foyers de SLD jugés à haut risque devaient faire l'objet d'inspections annuelles plus approfondies, même si l'intention était toujours d'inspecter tous les foyers chaque année. En 2018, cependant, seulement 329 foyers de SLD ont fait l'objet d'une IAQSR. Ce nombre est tombé à 27 foyers en 2019.

La conséquence de l'élimination presque totale des IAQSR, qui visent à fournir un examen holistique des activités dans les foyers, c'est qu'au début de la pandémie, le ministère des Soins de longue durée avait un portrait très limité de l'état de ces établissements, et pratiquement aucune idée de leur capacité en matière de PCI ni de leur état de préparation aux situations d'urgence. C'était une erreur, car les IAQSR sont les seules inspections visant les établissements d'hébergement qui comprennent un examen de la PCI.

Cette question a été soulevée par la Commission dans sa deuxième série de recommandations provisoires à la ministre (voir l'annexe A).

Concentration excessive sur les plaintes et les incidents critiques

En 2019, 97 % des inspections effectuées par le Ministère étaient réactives (c.-à-d. en réponse à des plaintes, des incidents critiques, des suivis et des suivis ordonnés par la Direction des inspections), et de ce nombre, on ne comptait que 28 plaintes et

26 inspections pour incidents critiques liés à la PCI et à la préparation aux situations d'urgence. La Commission a également appris que dans la plupart des cas, les foyers savent à quel moment les inspections allaient avoir lieu.

De plus, les modifications apportées en 2018 au processus d'inspection décrit ci-dessus exigeaient spécifiquement que les inspecteurs « restent concentrés » sur la plainte ou l'incident critique qui les avait amenés au foyer, à moins d'avoir été témoins d'un « problème de niveau 4 » qui mettait les personnes hébergées immédiatement en danger ou à risque. Des violations importantes en tant que telles peuvent donc exister dans un foyer au moment de l'inspection critique, sans toutefois donner lieu à un avis de correction. Une fois l'inspection critique « terminée », il n'y a plus d'inspection pour le reste de l'année. Cela peut expliquer pourquoi les hôpitaux et l'armée ont trouvé des foyers dans divers états de délabrement et de malpropreté qui semblaient antérieurs à la COVID-19. La Commission a ainsi appris qu'un hôpital avait dépensé près de 500 000 \$ pour nettoyer en profondeur un seul foyer.

L'approche des inspections axée sur les plaintes et les incidents critiques fournit un faux sentiment d'assurance, car des foyers enregistrant peu ou pas de plaintes ne sont pas nécessairement le reflet d'un faible risque ni une conformité élevée. Il existe de multiples raisons pour lesquelles une plainte contre un foyer peut ne pas être recevable, y compris le manque de membres de la famille ou de personnes s'exprimant au nom des résidentes et résidents incapables de se faire entendre. Cette approche impose également au personnel, aux familles, aux personnes hébergées, aux proches aidants et au grand public de se familiariser avec les règlements, de détecter et de dénoncer les infractions. Cette situation doit changer.

Manque de mise en application

Avant la pandémie, l'application des ordres émis par le Ministère comme le suivi de vérification de la conformité étaient déficients. En 2019, les deux mesures les plus courantes résultant d'une inspection étaient un avis écrit et un plan de correction volontaire. Aucun des deux n'exige un suivi ou une vérification obligatoire de la part du Ministère pour démontrer la conformité du foyer de SLD.

Le Ministère dispose bien d'un outil plus efficace pour assurer la conformité, mais il est malheureusement rarement utilisé. Les ordres émis par la directrice ou le directeur de la Direction des inspections du ministère des Soins de longue durée permettent en effet d'imposer des sanctions croissantes à un foyer pour non-conformité. Les ordres de la direction peuvent aller d'un avis écrit à l'interruption des admissions, jusqu'à l'imposition d'un ordre de prise de contrôle hospitalier et de sanctions financières, avec la révocation du permis comme sanction ultime. Ces ordres ont clairement le potentiel de faire appliquer les normes; cependant, ils ne semblent être utilisés que dans des

circonstances extrêmes. En effet, il n'y en a eu que 21 au cours des 20 mois compris entre janvier 2019 et août 2020.

D'après les éléments de preuve dont dispose la Commission, les amendes ou les poursuites pour non-respect des ordres en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* sont rarement utilisées comme mesure corrective, ce qui peut expliquer le manque d'empressement des exploitants de foyers de SLD à se conformer.

Il ressort clairement de cette approche adoptée par le Ministère que les titulaires de permis ont peu de raisons de craindre des répercussions en cas de non-conformité. Il est peu probable que les cas de non-conformité soient même découverts, car les inspections sont limitées. De plus, lorsqu'une non-conformité est mise au jour et qu'un inspecteur prend des mesures, il n'y a généralement pas de suivi pour déterminer si le foyer s'est conformé. Dans les rares cas où un ordre est donné, peu de conséquences – voire aucune – résultent d'une violation de la *Loi* ou de ses règlements. Les titulaires de permis n'ont que peu à craindre, car il est improbable que la province ferme leur établissement étant donné le manque criant de lits et la demande croissante de SLD.

Une méthode pour accroître la reddition de comptes et la conformité dans le régime d'inspection est nécessaire, par exemple en exigeant que le foyer rende des comptes par l'intermédiaire de son assureur, qui peut exiger la conformité comme condition de couverture. Le ministère des Soins de longue durée doit reconnaître les assureurs des foyers de SLD comme partenaires naturels de tout régime de conformité et d'application.

Un lourd fardeau réglementaire pour des questions non prioritaires

Le Ministère a été critiqué pour le fardeau réglementaire et administratif excessif imposé aux foyers. Les critiques ont fait remarquer que les foyers sont censés rendre compte de nombreux aspects de leurs activités et que de telles obligations nuisent aux soins qu'ils sont en mesure de fournir aux résidents.

Le personnel des SLD et certains exploitants et associations ont déclaré à la Commission que cette situation a créé une culture axée sur le respect des règles et la production excessive de rapports, mais pas nécessairement liée aux priorités les plus pertinentes pour la santé, la sécurité et le bien-être des personnes hébergées. Plusieurs témoins ont parlé des exigences associées à la production excessive de rapports – une situation courante avant la pandémie – mais qui est devenue intenable lorsque la COVID-19 a frappé.

La nécessité d'une surveillance réglementaire d'un secteur financé par des fonds publics et responsable des soins aux personnes âgées les plus dépendantes de la province est indéniable. Les exploitants des foyers doivent être tenus de rendre des

comptes. Cependant, les exploitants des foyers de SLD, le personnel, les résidentes et résidents et les familles ont tous suggéré à la Commission qu'une réglementation axée sur les bonnes questions et sur le soutien à la conformité, l'amélioration de la qualité et des soins aux personnes hébergées, ainsi que la satisfaction de ces personnes et des familles, constituerait une amélioration par rapport à l'approche actuelle.

Agrément

En Ontario, l'agrément est un processus volontaire pour les foyers de SLD. Ceux qui choisissent de demander l'agrément doivent s'adresser à l'un des deux organismes d'agrément approuvés par le ministère des Soins de longue durée : Agrément Canada ou CARF International (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities), un organisme basé aux États-Unis. Le Ministère offre un incitatif de 0,36 \$ de plus par lit et par jour aux foyers agréés. À la fin de 2020, 84 % des foyers de SLD en Ontario étaient agréés.

Ce processus d'agrément ne semble pas avoir permis de découvrir les problèmes de longue date dont la Commission a entendu parler dans bon nombre de ces foyers pendant la pandémie. De plus, les problèmes décelés au cours du processus d'agrément ne sont divulgués à personne d'autre qu'à l'exploitant.

Un processus d'agrément indépendant, obligatoire et transparent pour tous les foyers, qui ne dépend pas pour son financement des foyers qu'il accrédite, doit être institué.

De plus, le gouvernement de l'Ontario devrait participer aux efforts actuels et futurs visant à mettre en œuvre des normes et des pratiques exemplaires pour les SLD dans tout le pays.

Signalement des foyers à risque

Comme indiqué dans la deuxième série de recommandations provisoires de la Commission (voir l'annexe A), les six indicateurs cliniques utilisés actuellement pour évaluer le rendement des foyers de SLD – comme le pourcentage de personnes qui ont fait une chute, ont ressenti des douleurs ou ont fait l'objet de contentions – constituent une bonne première étape pour faire progresser la transparence et signaler les problèmes dans les foyers. Cependant, ces données, bien que précieuses, ne fournissent pas d'autres informations importantes sur la qualité des soins reçus par les personnes hébergées et sur leur expérience au sein du foyer. Elles ne sont pas non plus utilisées de manière optimale.

Le ministère de la Santé recueille et analyse les données du système pour lui-même et pour le ministère des Soins de longue durée. Il a accès à une variété de sources de données et possède l'expertise nécessaire pour les utiliser afin de produire des

tableaux de bord, des analyses, des indicateurs, des prévisions, des mesures de rendement et des analyses de situation. Les données compilées sur les personnes hébergées dans les établissements de SLD comprennent l'état cognitif, le statut de paiement, la prise d'aliments et l'état de santé. Les paramètres clés suivants ont été mesurés avant la COVID-19 pour déterminer le rendement des foyers :

- rapports d'inspection et processus de plaintes;
- surveillance de routine des transferts aux hôpitaux et des chutes;
- informations (trimestrielles ou annuelles) sur les niveaux élevés d'activités de dotation; et
- d'autres données plus statiques, comme le nombre et la nature des foyers (âge, taille, etc.), les ressources humaines financières et sanitaires, et le nombre de personnes sur la liste d'attente.

Cependant, les informations reçues par la Commission indiquent que des données de qualité en temps réel ne sont pas collectées et largement diffusées en temps opportun pour signaler les problèmes et les porter à l'attention de ceux qui ont besoin de les connaître et qui pourraient protéger les personnes hébergées.

De plus, certaines données générées par les processus continus de gouvernance, de gestion et d'agrément des foyers de SLD ne sont accessibles que localement pour la prise de décision. Ces informations ne sont généralement pas collectées par le gouvernement ni mises en commun avec les ministères, les bureaux de santé publique et les foyers de manière à pouvoir être utilisées pour mieux comprendre le système – et plus important encore, pour sonner l'alarme et déceler les risques. La mise en commun d'une telle information par ces entités aurait permis d'alerter les régulateurs sur des problèmes existants avant la pandémie qui auraient ainsi pu être corrigés. Les foyers auraient alors été mieux préparés à gérer la pandémie. Ce système cloisonné et opaque n'a pas su protéger les personnes hébergées et doit être abandonné.

Des données lacunaires dans trois domaines importants ont été mentionnées à la Commission. En effet, le Ministère ne connaissait pas l'état des fournitures d'ÉPI dans les foyers, l'adéquation des effectifs, ni l'état des pratiques de PCI. Le manque d'informations dans ces domaines s'est avéré critique lorsque la pandémie a frappé.

En outre, comme la profession de PSSP n'est pas réglementée, les informations sur ces travailleurs et travailleuses sont généralement limitées et de piètre qualité. À la lumière du rôle central que jouent les PSSP dans le secteur des SLD, il s'agit d'une lacune importante dans les connaissances. Qui plus est, les expériences des personnes hébergées dans les foyers de SLD, de leurs proches aidants et du personnel ne sont pas systématiquement recueillies pour rédiger les rapports de rendement continus, de sorte qu'il est difficile de vérifier correctement l'adéquation entre les

besoins et les soins offerts, les niveaux d'engagement du personnel et l'évolution des expériences au fil du temps.

La province doit fournir de meilleures données et de meilleurs rapports. Or, un tel système de rapport est chose possible. L'Institut canadien d'information sur la santé, par exemple, rend compte publiquement de la qualité des soins dans les foyers en se basant sur neuf indicateurs de qualité. La Commission a appris que chaque personne hébergée en foyer de SLD en Ontario bénéficie d'une évaluation annuelle, ainsi que d'évaluations trimestrielles plus courtes. Ces informations constituent la base du Système d'information sur les soins de longue durée. Les neuf indicateurs de qualité utilisés par l'ICIS sont déterminés par cette information clinique trimestrielle. Les indicateurs mesurent la qualité des soins dans de nombreux domaines de la santé et du bien-être, y compris les escarres, l'utilisation de moyens de contention physique, les incidents de chutes, l'utilisation d'antipsychotiques, l'aggravation de l'humeur, l'expérience de la douleur, l'aggravation de la douleur, et l'amélioration ou l'aggravation du fonctionnement physique. Pour chaque foyer, l'ICIS détermine si l'établissement se situe dans les 20 % de la tranche inférieure pour l'un ou l'autre des indicateurs de qualité. Cette information est ensuite rendue publique sur le site Web de l'ICIS. La disponibilité de ces mesures fournit des informations sur les soins prodigués dans les foyers – des informations accessibles aux familles, aux personnes hébergées, au personnel, à la direction du foyer et au grand public. Sur la base de ces informations, le rendement relatif de différents foyers, ainsi que celui d'un foyer au fil du temps, peuvent être évalués et utilisés pour déceler les risques pour les personnes hébergées. Dans le même ordre d'idées, l'ICIS a signalé à la Commission que les foyers qui obtenaient de moins bons résultats selon ses indicateurs de qualité étaient plus susceptibles de connaître une éclosion de COVID-19.

Le rendement de chaque foyer de SLD devrait être évalué à l'aide d'indicateurs de rendement clé conçus pour mesurer avec précision la qualité des soins et la qualité de vie des personnes hébergées. Les foyers devraient être tenus de fournir des rapports annuels, qui devraient être mis à la disposition du public.

Les établissements de SLD dans le système de soins de santé en général : des foyers isolés

Les défis en matière de dotation et de gestion décrits ci-dessus représentent certainement un obstacle majeur à la prestation de soins de qualité supérieure aux personnes hébergées dans un établissement de SLD de l'Ontario, tout comme le manque de surveillance efficace. Cependant, il est important de noter que le personnel et la direction des foyers de SLD ne devraient pas travailler en vase clos.

En discutant avec la Commission des questions de prévention et de contrôle des infections dans les foyers de SLD, la D^{re} Allison McGeer, une consultante en maladies infectieuses au Sinai Health System, a évoqué un problème clé lié à la formation sur la PCI. Elle a indiqué qu'avant 2003, les hôpitaux aidaient souvent les foyers en matière de prévention et de contrôle des infections. À la suite de la crise du SRAS, cependant, les foyers de SLD devaient compter parmi leur personnel une personne possédant de l'expertise en matière de PCI. En conséquence, les foyers ne sont plus en relation avec l'hôpital et ses experts en PCI. Au moment où la COVID-19 a frappé, certains foyers étaient effectivement coupés de leurs hôpitaux locaux, et les hôpitaux ne se considéraient pas comme responsables de la PCI dans les foyers.

Ce fossé était malheureux et révélateur de l'isolement désormais accru des foyers de SLD au sein du système de soins de santé en général. Déjà, avant la COVID-19, il n'y avait aucun système en place pour faciliter l'intégration, bien que les interactions entre le secteur des SLD et le système de soins de santé en général soient essentielles. Santé Ontario, les bureaux de santé publique et les hôpitaux ont tous un rôle important à jouer en aidant les foyers de SLD à protéger et à soigner les personnes qu'ils hébergent en cas d'urgence sanitaire.

Néanmoins, de nombreux foyers de SLD n'avaient pas de relations préexistantes ou formelles avec des partenaires de soins de santé locaux, malgré les besoins médicaux aigus croissants des personnes hébergées. Lorsque ces liens existaient, il s'agissait généralement d'arrangements informels et *ad hoc*.

Les relations entre les hôpitaux et les foyers de SLD, par exemple, n'existent généralement que dans les cas où un hôpital est propriétaire exploitant d'un établissement de SLD (p. ex., l'Hôpital Montfort d'Ottawa) ou lorsqu'un hôpital s'est associé à un foyer pour gérer une crise antérieure. Certains foyers avaient des relations informelles continues avec leur hôpital local, mais ils constituaient l'exception plutôt que la règle.

Voilà qui représente une occasion manquée, car les hôpitaux sont dotés de l'expertise, de la formation, de l'équipement et, dans certains cas, du personnel supplémentaire nécessaire pour traiter et contenir rapidement la propagation des maladies infectieuses dans un foyer de SLD.

Au début de la première vague de COVID-19, les foyers sans relation hospitalière préexistante n'ont pas demandé d'aide en ce qui a trait à l'expertise en PCI avant d'être en crise. Au moment où une telle demande a eu lieu, la COVID-19 était hors contrôle et les personnes hébergées ont été infectées : 30 % d'entre elles en sont décédées.

L'apparition de la pandémie de COVID-19 n'a pas initialement modifié cette approche cloisonnée des SLD. En l'absence d'intégration formelle des foyers de SLD dans la communauté de soins de santé au sens large, il n'était pas évident de savoir vers qui les foyers pouvaient se tourner pour obtenir de l'aide dès le début de la pandémie ni de savoir qui était chargé de résoudre les problèmes fondamentaux auxquels ils étaient confrontés pendant la crise.

Le gouvernement de l'Ontario fournit déjà des fonds pour soutenir la mise sur pied des équipes Santé Ontario (ESO) dans toute la province. Les ESO réuniront des fournisseurs et des organismes de soins de santé qui travailleront en collaboration au sein d'une équipe coordonnée afin de fournir un continuum de soins aux patients, quel que soit le fournisseur.

Le gouvernement devrait accélérer la mise en œuvre d'une structure de gouvernance coordonnée et d'un modèle de financement amélioré afin de renforcer et d'accélérer le développement des équipes Santé Ontario et veiller à ce que des équipes Santé Ontario locales et régionales soient mises en œuvre de manière à ce qu'un continuum de soins coordonné englobe tous les foyers de soins de longue durée. (Les équipes Santé Ontario seront abordées plus en détail au chapitre 4 et à l'annexe B.)

Financement inadéquat pour les foyers de soins de longue durée

[L]es personnes hébergées sont plus âgées. Leur état de santé est plus complexe que celui des patients de nombreux autres établissements de soins collectifs. Elles vivent souvent dans des milieux surpeuplés. La pandémie a donc fait ressortir les problèmes de longue date auxquels nous sommes confrontés pour prévenir, détecter, contenir et gérer les éclosions, comme le manque de personnel et le sous-financement.

– Lisa Levin, PDG, AdvantAge Ontario

Comme nous l'avons démontré tout au long de ce chapitre, les défis sont nombreux et complexes lorsqu'il s'agit de s'assurer que les citoyens et citoyennes les plus vulnérables de l'Ontario reçoivent les soins de qualité qu'ils méritent tant. La province n'a pas abordé ces problèmes de longue date – et bien connus – dans les décennies qui ont précédé la COVID-19 et a failli à financer correctement ce secteur vital des soins de santé.

En 2020–2021, le budget provincial des SLD s'élevait à 6,96 milliards de dollars, dont 96 % étaient destinés aux activités quotidiennes, les 4 % restants aux projets de développement et aux dépenses d'investissement mineures. Malgré le fait que la province dépense des milliards de dollars chaque année dans ce secteur, la Commission a entendu dire à de nombreuses reprises, de la bouche de divers intervenants, que les SLD sont chroniquement sous-financés.

Il faut savoir que les dépenses publiques consacrées aux SLD en Ontario sont inférieures à la moyenne des dépenses des pays développés.

Le financement des SLD provient d'une combinaison de fonds en provenance du gouvernement provincial et de quotes-parts des personnes hébergées. Une subvention gouvernementale est accordée aux personnes qui éprouvent des difficultés financières et qui ne sont pas en mesure de verser le montant total de leur quote-part.

Afin de comprendre les défis auxquels le secteur est confronté dans ce domaine, il est nécessaire d'examiner le fonctionnement du financement des foyers de SLD.

Enveloppes de niveaux de soins

Le budget consacré aux soins et à l'hébergement est divisé en quatre enveloppes budgétaires principales, appelées enveloppes de « niveaux de soins ». Ces enveloppes couvrent un éventail de dépenses, allant du personnel et de l'équipement médical à la nourriture et à l'entretien ménager.

En date du 1^{er} avril 2020, les enveloppes de niveaux de soins accordaient 184,96 \$ par jour pour chaque personne hébergée en foyer de SLD (voir la figure 1). En 2019, plutôt que d'augmenter le financement des quatre enveloppes individuelles décrites à la figure 1, le gouvernement a introduit une subvention journalière globale de 4,50 \$ versée par personne hébergée, donnant ainsi aux foyers la flexibilité d'allouer ce montant aux enveloppes à leur convenance. Seule restriction : l'allocation des fonds de cette subvention à l'enveloppe Autres mesures d'adaptation est plafonnée à 1,44 \$ par personne hébergée (ou 32 % de l'indemnité journalière globale).

Figure 1

<p>1 Soins infirmiers et soins personnels</p> <p>102,34 \$ par résident/jour</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins directs, soins infirmiers, équipement et fournitures médicales <p>Adapté selon l'indice de la charge des cas</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'indice de la charge de cas détermine le niveau dans le foyer 	<p>2 Aliments crus</p> <p>9,54 \$ par résident/jour</p> <ul style="list-style-type: none"> • Achat d'aliments crus • Suppléments alimentaires <p>Non inclus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coûts liés à d'autres programmes alimentaires • Coût de la préparation des aliments
<p>3 Services et soutien aux programmes</p> <p>12,06 \$ par résident/jour</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnel des programmes, thérapie, équipement de loisirs et fournitures 	<p>4 Autres mesures d'adaptation</p> <p>56,52 \$ par résident/jour</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salaires • Équipement et fournitures diététiques • Blanchisserie et ménage • Meubles • Coûts d'entretien, de fonctionnement et d'administration

L'enveloppe de financement la plus importante est celle des Soins infirmiers et soins personnels, qui représente 55 % de la subvention journalière totale. Elle est ajustée chaque année en fonction du taux d'occupation de chaque foyer et de l'acuité des personnes hébergées. L'acuité est mesurée par l'indice de la charge de cas ou ICC – une mesure de la complexité des besoins médicaux des personnes hébergées.

Dans le cas des enveloppes Soins infirmiers et soins personnels, Aliments crus et Services et soutien aux programmes, les fonds qui ne sont pas dépensés à la fin de l'exercice financier doivent être retournés au Ministère; ce n'est pas le cas pour les fonds de l'enveloppe Autres mesures d'adaptation. Le modèle de financement permet toutefois une certaine souplesse dans le transfert des fonds excédentaires de certaines enveloppes à d'autres.

Il est important de noter que l'enveloppe Autres mesures d'adaptation est utilisée pour payer les frais généraux, le personnel non soignant, l'administration, le service de la dette et les bénéfices des investisseurs. Ainsi, les foyers à but lucratif ne peuvent prélever des bénéfices que sur l'enveloppe Autres mesures d'adaptation, et non sur les enveloppes qui financent directement les soins des personnes hébergées.

La Commission a été informée que le financement de l'enveloppe Autres mesures d'adaptation provient en grande partie de la quote-part des personnes hébergées. Plus précisément, la quote-part est remise à la province par la personne hébergée. En retour, la province en remet la majeure partie au foyer dans l'enveloppe Autres mesures d'adaptation.

Financement supplémentaire

En plus des enveloppes budgétaires, un certain nombre de sources de financement supplémentaires sont accessibles aux foyers de SLD. Les fonds supplémentaires sont utilisés pour les soins et l'hébergement de base, les mesures de soutien spécialisé, les immobilisations et d'autres initiatives. Les sources de financement supplémentaires proviennent du programme Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, des services spécialisés dans les troubles du comportement, de la vente d'équipement pour aider à la prévention des chutes et des blessures, et de la formation clinique spécifique pour le personnel. Tout montant non utilisé provenant des sources de financement supplémentaires doit être retourné au Ministère.

Utilisation des enveloppes budgétaires

Les foyers sont incités à dépenser tous les montants qu'ils reçoivent dans les enveloppes. Comme nous l'avons vu plus haut, à l'exception du financement des Autres mesures d'adaptation, tout montant non dépensé doit être retourné au Ministère. Cela encourage les foyers à utiliser les fonds dans les catégories stipulées. Toutefois, la Commission a appris que le financement actuel du gouvernement n'est toujours pas

suffisant pour couvrir entièrement les coûts des soins prodigués aux personnes hébergées.

Compléter le financement

Dans certaines circonstances, les foyers à but non lucratif et les foyers municipaux ont dû « compléter » le financement des soins fourni par la province. Ainsi, les foyers à but non lucratif recherchent des subventions ou collectent des fonds pour obtenir des ressources supplémentaires. En outre, leur statut d'organisme à but non lucratif signifie qu'ils ne paient pas d'impôt sur le revenu, contrairement aux foyers à but lucratif. Les foyers municipaux bénéficient d'un avantage fiscal similaire, car ils ne paient pas d'impôts municipaux. Certaines municipalités fournissent également des fonds supplémentaires pour soutenir les soins des personnes hébergées. Les différences dans la manière dont les foyers complètent le financement entraînent une variabilité importante du financement réel des soins par personne hébergée, et probablement aussi des expériences des différents résidents, entre les foyers.

Certaines municipalités utilisent les recettes de leurs taxes municipales pour compléter le financement des soins des personnes hébergées. Par exemple, la Commission a appris qu'en 2016, les gouvernements municipaux ont collectivement contribué à hauteur de 350 millions de dollars en plus de la subvention de financement provinciale, sans compter les dépenses en immobilisations (ou environ 21 600 \$ par lit pour le financement supplémentaire).

Par exemple, dans la région de York, la municipalité paie 46,6 % du coût total des soins, alors que la subvention provinciale n'en paie que 39,5 % – les frais payés par les résidentes et résidents et les frais de service constituant le reste. Si une partie des fonds supplémentaires reçus par les foyers municipaux sert à majorer les salaires du personnel, une grande partie de l'excédent est consacrée aux soins. Voilà qui démontre que certaines municipalités perçoivent clairement que la province sous-finance le coût des soins. La région de York, par exemple, utilise une partie de son financement supplémentaire pour compléter l'enveloppe provinciale pour les Aliments crus de 1,50 \$ par personne hébergée et par jour dans ses deux foyers de SLD, afin que ces personnes reçoivent davantage d'aliments frais, de jus, de meilleures coupes de viande, etc. La Commission a également appris que d'autres municipalités complètent elles aussi le financement, bien qu'à des niveaux variables.

Si l'on considère les fonds supplémentaires investis dans les soins par certaines municipalités et les organismes à but non lucratif, on voit qu'il existe clairement une inégalité entre les foyers quant au montant consacré aux soins d'une personne hébergée. Compte tenu des délais importants dus à la liste d'attente, les personnes en quête d'un placement sont souvent contraintes d'accepter le premier foyer proposé.

Par conséquent, c'est le fruit de la chance si une personne obtient un hébergement dans un foyer qui dispose de fonds supplémentaires pour investir dans les soins, comme ceux exploités par la région de York.

Que le hasard dicte le montant d'argent disponible pour prendre soin d'une personne dans un système provincial de SLD représente une situation inéquitable.

État de l'infrastructure des soins de longue durée : vieillissante et surpeuplée

Je ne pense pas que nous puissions minimiser l'impact de ces chambres à plusieurs lits et de l'entassement de trois ou quatre personnes dans la même chambre, ainsi que du partage de la salle de bains. Ces conditions favorisent clairement la transmission; elles l'alimentent pendant une pandémie. De telles conditions favorisent également la prolifération d'un grand nombre de microorganismes résistants aux antibiotiques, comme la bactérie *C. difficile*, mais en dehors des situations de pandémie, les gens s'en préoccupent moins.

– D^r Kevin Katz, directeur médical de la prévention et du contrôle des infections,
Hôpital général de North York

Comme indiqué ci-dessus, la couverture du coût des soins dans les foyers constitue un défi permanent et sérieux pour la capacité du secteur à prendre correctement soin des personnes hébergées. Il est tout aussi difficile de financer les projets d'infrastructure qui permettront aux foyers de suivre l'évolution des besoins et des demandes de soins.

La Commission a entendu des témoignages de diverses sources suggérant que de tels projets d'infrastructure auraient dû se faire depuis longtemps.

Le ministère des Soins de longue durée a informé la Commission qu'en septembre 2020, un total de 31 399 lits toujours utilisés correspondaient à des normes de conception dépassées. La majorité de ces anciens lits se trouvent dans des foyers à but lucratif. Il est clair que ces vieux lits doivent être remplacés ou réaménagés selon les normes de conception actuelles.

La conception physique des anciens établissements de SLD, dont beaucoup sont construits selon des normes datant des années 1970, peut compliquer la prestation de soins de qualité, notamment en ce qui a trait à la réduction de la propagation des infections. Par exemple, les logements de type pavillonnaire – dans lesquels trois ou quatre personnes partagent une chambre et jusqu'à huit partagent une salle de bain – peuvent rendre difficile la mise en œuvre d'un éloignement physique approprié, d'un nettoyage en profondeur et d'autres pratiques de prévention et de contrôle des infections comme l'isolement et le regroupement en cohorte des personnes malades. La Commission a entendu des intervenants dire que l'espace offert aux personnes hébergées dans les foyers de conception récente est plus grand que dans les foyers

plus anciens. Et contrairement aux anciennes normes de conception, les normes actualisées introduites en 2015 exigent une salle de bain dans toutes les chambres.

Il convient de noter que la problématique des chambres à lits multiples n'est pas la même dans tout le pays. D'autres provinces ont en effet moins de chambres partagées. En Colombie-Britannique, par exemple, 88 % des chambres de SLD sont à occupation simple. En Alberta et à Terre-Neuve-et-Labrador, moins d'un pour cent des lits sont dans des chambres à occupation multiple. En Ontario, par contre, près de 40 % des foyers ont des chambres à lits multiples.

Certains pensent que l'existence continue de ces anciens foyers reflète la valeur que la province accorde aux personnes âgées et à son système de SLD. Comme l'a fait remarquer la D^{re} McGeer, personne ne veut vivre à quatre dans une chambre, mais :

Nous pensons qu'il est tout à fait normal que nos personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer partagent leur salle de bain avec huit ou dix inconnus, qu'elles disposent d'une salle de douche pour 30 personnes et qu'elles vivent dans une chambre à quatre lits sans place pour les visiteurs ni quoi que ce soit d'autre.

Le non-réaménagement de ces vieux foyers a contribué à l'incapacité de certains d'entre eux à contenir la propagation de la COVID-19. À l'avenir, la province doit s'attaquer à ce problème en élaborant un meilleur système de construction et d'exploitation des foyers de SLD.

Construction et exploitation des foyers de soins de longue durée

L'une des raisons expliquant l'état déplorable de l'infrastructure des SLD de la province est que, tout au long des décennies qui ont précédé la pandémie de COVID-19, le gouvernement a été lent – voire impuissant – à inciter les intervenants du secteur des SLD à fournir une offre supplémentaire et à améliorer leurs installations.

Les propriétaires de foyers de SLD sont responsables de la couverture des coûts initiaux des projets de développement, de nombreux propriétaires ayant accès à des prêts auprès de banques ou d'autres sources. Certains organismes sans but lucratif utilisent le programme de prêt d'Infrastructure Ontario, tandis que certains foyers de SLD gérés par des hôpitaux se tournent vers l'Office ontarien de financement.

La principale source de soutien financier offert par le ministère des Soins de longue durée pour les projets de développement des SLD prend la forme de la subvention de financement de la construction (SFC), d'une durée de 25 ans. La subvention est versée au propriétaire du foyer de SLD une fois que le projet de développement a été mené à bien, conformément à toutes les conditions de l'entente de développement avec le Ministère.

Le ministère offre également des possibilités de financement de planification, comme une subvention de planification de 250 000 \$ pour les propriétaires de foyers sans but lucratif et les municipalités afin de soutenir la planification du projet, une fois qu'ils ont signé l'entente de développement avec lui.

Les propriétaires utilisent la subvention de financement de la construction (SFC) parallèlement à d'autres sources de financement, y compris les revenus provenant des frais d'hébergement supplémentaires défrayés par les résidentes et résidents qui occupent des chambres à supplément (c.-à-d. semi-privées et privées), pour financer le réaménagement et la création de lits de SLD.

En 2017–2018, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'époque a alloué 151,5 millions de dollars au secteur, qui ont été utilisés principalement dans le cadre de la SFC, relativement aux foyers de SLD. En mai 2019, la Division des foyers de soins de longue durée du Ministère a indiqué que ce dernier avait investi plus de 1,8 milliard de dollars en SFC dans des projets d'infrastructure de SLD au cours de la dernière décennie.

En décembre 2019, cependant, seuls 177 lits étaient en voie d'être créés, bien que la création de 7 889 lits ait été approuvée.

En 2018, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a observé qu'il y avait réticence à construire des foyers de SLD parce que le rendement offert par la province via l'enveloppe de financement Autres mesures d'adaptation était insuffisant pour attirer les investisseurs privés. En conséquence, la province a augmenté les niveaux de financement. Les programmes antérieurs ne tenaient pas compte de la diversité des coûts immobiliers dans la province; une acre de terrain à Toronto, par exemple, coûte beaucoup plus cher que dans les régions du nord de la province. Le nouveau modèle a donc été conçu pour reconnaître cette disparité et y remédier, car peu de nouveaux foyers étaient construits au cœur des centres urbains les plus coûteux de la province. Le gouvernement a également cherché à apporter son soutien en permettant l'accès aux terres provinciales excédentaires.

En outre, en 2019, certains incitatifs financiers ont été mis en œuvre pour aider les exploitants de foyers à but non lucratif, qui n'ont généralement pas facilement accès au capital et qui doivent recourir à des collectes de fonds pour réunir des fonds suffisants – ceux-ci pouvant ensuite être consolidés par du financement bancaire ou par certaines sources d'emprunts similaires.

Le secteur à but lucratif a facilement accès aux capitaux, à condition que le rendement économique soit attrayant et proportionnel au risque. Actuellement, la majeure partie du paiement du capital est versée pendant la durée du permis, soit généralement entre 25 et 30 ans pour les nouvelles constructions. Le gouvernement fournit aussi un certain

financement pour couvrir une partie du coût d'investissement, payable sous forme de supplément au tarif journalier des lits.

De l'opinion de la province, le coût de création d'un lit est généralement considéré comme étant le même que celui du réaménagement d'un lit existant. En 2017, on estimait que le coût de création d'un lit de SLD se situait entre 289 000 et 536 000 dollars. La valeur actuelle de la contribution de la province à la création ou au réaménagement d'un lit varie de 137 316 \$ dans les régions rurales de l'Ontario à 174 195 \$ dans les grandes régions urbaines. En supposant un coût de création de 350 000 \$ par lit dans une grande région urbaine, avec une contribution provinciale de 174 195 \$ sur 25 ans, on voit que la province défraie environ la moitié du coût d'un nouveau lit de SLD. Le reste des fonds doit être trouvé ailleurs.

Le coût de création d'un nombre suffisant de lits pour répondre à la demande actuelle et future représentera un véritable défi pour le gouvernement. Pour répondre au besoin courant (remplacer les permis qui expirent et satisfaire les personnes figurant sur la liste d'attente), à un coût estimé à 350 000 \$ par lit, il faudra prévoir un capital d'environ 19,8 milliards de dollars.

Selon certaines estimations, au cours des 20 prochaines années, l'Ontario devra créer entre 96 000 et 115 000 lits supplémentaires pour accueillir la population âgée croissante de la province. Si tel est le cas, le coût dépassera 33,6 milliards de dollars en dollars courants, soit 1,68 milliard de dollars par an pendant 20 ans.

Ce chiffre ne tient pas compte des lits existants qui doivent être réaménagés. Comme discuté plus haut, il y a actuellement plus de 31 000 lits en Ontario correspondant à des normes de conception plus anciennes (c.-à-d. des lits de catégorie B, C ou D reclassés). Au coût de réaménagement approximatif de 350 000 \$ par lit, un financement supplémentaire de 10,9 milliards de dollars sera nécessaire pour moderniser ces lits.

Processus d'approbation des permis retardé et prolongé

Le gouvernement actuel s'est engagé à créer 15 000 lits d'ici 2023–2024 et à moderniser 23 000 lits existants d'ici 2028. Malgré cet engagement, la Commission a appris qu'il faut compter deux ans pour recevoir l'approbation d'une demande de permis, puis deux ans et demi supplémentaires pour créer les lits. Un exploitant de foyers de SLD a déclaré à la Commission qu'il avait présenté de nombreuses demandes de réaménagement de ses foyers au fil des ans, mais que celles-ci n'avaient pas abouti. Cet exploitant a indiqué qu'il a actuellement 22 demandes en attente d'une décision de la part du gouvernement pour des projets de réaménagement. La Commission a également appris qu'un autre exploitant a une demande en attente

depuis 2017, mais qu'il est confronté à des problèmes de zonage aux niveaux provincial et municipal qui bloquent les travaux de réaménagement.

La nécessité d'obtenir de multiples approbations à plusieurs étapes rend le processus d'approbation long et coûteux. Le délai d'environ cinq ans qui s'écoule entre la conception et les lits prêts à accueillir des résidentes et des résidents signifie que la province est en rattrapage et se retrouve sans cesse avec un déficit croissant de lits.

Même si 15 000 lits sont créés, les défis liés à la demande croissante de lits de SLD et à une liste d'attente toujours plus longue demeureront. En plus d'un nouveau modèle de financement, la province a également besoin d'un processus d'approbation accéléré et simplifié pour la création de lits.

Nouvelle façon de fonctionner : séparer la construction des soins

Le présent chapitre a dressé le portrait d'un système de SLD truffé de défis. Nombre des problèmes qui sévissent dans le secteur sont présents depuis des décennies. Toutefois, les défis seront considérablement amplifiés par le vieillissement de la population, sans parler de tous les efforts qu'il faudra investir pour veiller à ce que les personnes vieillissent chez elles en toute sécurité et, le cas échéant, dans des foyers de SLD. Afin de relever ces défis, le gouvernement devra s'engager dans un processus à la fois financièrement raisonnable et garantissant que les personnes hébergées seront prises en charge de manière sûre et saine. Comme cela a été démontré dans ces lignes, la création de lits est un élément clé de ce processus.

Entre 2011 et 2018, seulement 611 lits nets de SLD ont été créés, bien que les foyers municipaux et sans but lucratif aient réaménagé certaines installations. Au cours de la même période, le nombre de personnes sur la liste d'attente pour un lit de SLD a augmenté de 78 %. L'expiration des permis de 26 500 lits d'ici 2025 complique la situation. En 2019, la province a introduit des programmes visant à créer 15 000 lits et à réaménager 15 000 lits supplémentaires selon des normes modernes d'ici 2025 (ce chiffre a ensuite été porté à 23 000 lits réaménagés).

La Commission a retenu les services de Morrison Park Advisors (MPA) pour la conseiller sur le statut du secteur des SLD à but lucratif. MPA a confirmé que le secteur des SLD est considéré comme un investissement stable, mais à faible rendement. Les bénéfices ne sont pas réalisés sur les soins, mais sur « l'hôtellerie » (c.-à-d. sur les services d'hébergement des personnes ce qui comprend la chambre et la pension). MPA a informé la Commission que l'exploitation d'un foyer de SLD comporte des risques importants qui doivent être pris en compte lors de l'examen du taux de rendement de l'investissement.

La firme a de plus indiqué que le recours aux capitaux privés pour un service public n'est pas un concept nouveau et qu'il est en fait courant en Ontario. Le secteur des services publics, par exemple, utilise en effet depuis longtemps des capitaux d'investissement privé pour construire et exploiter des installations de production, de transport et de distribution d'électricité, sous la surveillance d'un organisme de réglementation indépendant du gouvernement. La nature indépendante de l'autorité de régulation garantit, dans une certaine mesure, que les décisions sont exemptes d'interférence politique.

En Ontario, la province a utilisé Infrastructure Ontario pour élaborer une foule de solutions novatrices qui permettent de construire des infrastructures publiques avec des fonds privés. La province possède des hôpitaux, des palais de justice et des systèmes de train léger sur rail financés par le secteur privé, pour n'en citer que quelques-unes. Chaque modèle est légèrement différent, mais tous impliquent la construction d'infrastructures payées d'avance par des investisseurs privés qui reçoivent le revenu de leur capital à partir des profits qu'ils font au fil du temps, tandis que l'activité pour laquelle l'infrastructure a été construite, comme le fonctionnement des tribunaux ou la fourniture de soins dans un hôpital, est réalisée par d'autres.

Le modèle de SLD semble être une exception, dans la mesure où l'apport de capitaux privés pour l'infrastructure est combiné à la fourniture de soins – c'est-à-dire que les propriétaires d'établissements de SLD financent la construction et fournissent des services d'hôtellerie tout en assurant les soins aux résidentes et aux résidents. En substance, les entreprises ne font pas de profit sur la partie des soins, elles fournissent les soins à titre d'activité neutre pour le gouvernement en retour d'un bénéfice sur les infrastructures et l'hôtellerie. Pour beaucoup, il peut être difficile de comprendre comment des véhicules d'investissement comme les sociétés de placement immobilier (SPI) peuvent être responsables envers leurs investisseurs et, en même temps, responsables pour les soins offerts. En effet, les SPI sous-traitent cette tâche fondamentale, bien qu'elles en soient légalement responsables.

Il est en effet difficile de voir comment on peut ériger une culture d'excellence en matière de soins alors que ces soins ne sont qu'un moyen de faire des profits sur les infrastructures et l'hôtellerie.

Tel que noté, la COVID-19 a sérieusement entaché la réputation des foyers à but lucratif. La Commission a entendu à plusieurs reprises des personnes exprimer leur méfiance à l'égard du secteur privé lorsqu'il s'agit de fournir des soins. Un nouveau modèle s'impose pour rétablir l'équilibre, un modèle qui attirera les investissements dans le secteur tout en redonnant aux Ontariennes et aux Ontariens la conviction que les soins offerts à nos aînés sont une priorité.

Des fonds pour les dépenses en capital sont clairement nécessaires pour répondre à la demande actuelle et future de lits de SLD supplémentaires. Comme nous l'avons démontré plus haut dans ce chapitre, l'investissement requis pour créer des lits et réaménager les anciens lits est considérable. Le gouvernement doit décider comment financer ce besoin urgent de plusieurs milliards de dollars pour des dizaines de milliers de lits supplémentaires et réaménagés. Selon certaines estimations, dans deux décennies, il faudra créer deux fois plus de lits qu'il n'en existe aujourd'hui; or, au cours de cette même période, la quasi-totalité des permis de foyers actuels aura expiré.

Le moment est venu de réexaminer le volet affaires des SLD.

Il n'y a aucune raison pour que l'hébergement et les soins offerts soient gérés par la même entité. Le modèle actuel dans lequel des entités à but lucratif touchent un bénéfice pour l'infrastructure et l'hôtellerie et que les soins soient offerts à titre de « complément » ne constitue pas un bon incitatif.

Le gouvernement devrait séparer la construction des établissements de SLD des soins dispensés dans ces établissements et reconnaître que l'expertise en construction n'est pas nécessairement appropriée lorsqu'il s'agit de fournir des soins. Par exemple, la construction de foyers de SLD continuerait d'être ouverte au secteur privé en fonction des normes de conception établies par la province. La province pourrait appliquer la même méthode que pour le secteur hospitalier, c'est-à-dire financer des allocations annuelles pendant un nombre d'années convenu, suffisant pour garantir que les promoteurs récupèrent leur investissement et bénéficient du taux de rendement promis. Cette stratégie d'approvisionnement permettrait en prime à la province d'exiger qu'à la fin de cette période, la province, et non le promoteur, soit propriétaire de l'établissement de SLD et du terrain sur lequel il est bâti.

Les promoteurs qui participent au programme obtiendraient un taux de rendement approprié correspondant à un niveau de risque réduit puisqu'ils ne seraient plus responsables des soins des personnes hébergées. Les promoteurs n'auraient aucun rôle à jouer dans les soins fournis dans le foyer de SLD. Une telle réforme permettrait au secteur privé de satisfaire la demande d'établissements de SLD en accédant au capital requis pour construire les établissements, tout en garantissant que les personnes hébergées reçoivent des soins d'un prestataire dont la mission est uniquement de prodiguer des soins.

Après la construction, la gestion du foyer de SLD serait confiée à des exploitants sans but lucratif ou à des exploitants privés motivés par leur mission plutôt que par les dividendes. La province, sous réserve de négociations, paierait les exploitants à peu près comme elle le fait actuellement, mais avec une enveloppe de financement améliorée pour les soins.

En outre, les foyers à but non lucratif sont actuellement confrontés à un obstacle majeur au développement, à savoir qu'ils manquent d'expertise en matière de développement des capitaux. Ce manque d'expertise entraîne des difficultés d'accès au financement, ce qui se traduit par une baisse du nombre de demandes de création de lits acceptées. Comme première étape pour encourager la participation continue des organismes sans but lucratif dans le secteur, la province doit de toute urgence mettre en œuvre un processus d'approbation simplifié et accéléré pour la création et le réaménagement de lits de soins de longue durée favorisant la participation des titulaires de permis municipaux et sans but lucratif existants et nouveaux.

Compte tenu de la demande actuelle et prévue de lits de SLD, il est urgent d'adopter un nouveau modèle de construction de foyers, de fourniture de lits supplémentaires et de prestation de soins. Plus vite cette mesure sera mise en œuvre, mieux les personnes les plus vulnérables de l'Ontario seront protégées à l'avenir.

Remarque concernant les assurances

Tout au long de son enquête, la Commission a entendu dire par des intervenants que le secteur des SLD avait du mal à trouver de l'assurance à prix abordable. Le courtier d'assurance Marsh Canada a indiqué que le marché de l'assurance pour les SLD se resserre depuis des années et que les poursuites judiciaires à la suite de la pandémie de COVID-19 ont fait en sorte que les foyers ont de la difficulté à contracter une assurance responsabilité civile et une assurance pour administrateurs et dirigeants. Il est possible que certains foyers ne puissent plus du tout obtenir d'assurance. En raison de la perte de leur assurance, les foyers ne seront pas en mesure de couvrir les réclamations en matière de responsabilité. Cette perte peut également entraver la capacité de certains foyers à obtenir du financement et à attirer des gestionnaires qualifiés. Une telle instabilité dans l'industrie entraînera en définitive un risque supplémentaire pour les personnes hébergées. Marsh Canada a fourni plusieurs exemples de solutions applicables à l'ensemble de l'industrie. Le Ministère devrait reconnaître que les préoccupations du secteur de l'assurance sont importantes. Si les compagnies d'assurance se retiraient du secteur, cela aurait un impact négatif important sur la construction et l'exploitation des foyers de SLD. Le gouvernement a un rôle à jouer pour veiller à ce que les foyers soient en mesure d'obtenir l'assurance nécessaire et devrait consulter les titulaires de permis de SLD et le secteur de l'assurance pour déterminer les solutions complémentaires nécessaires.

Conclusion

Malgré l'exigence législative selon laquelle les foyers de SLD doivent constituer un « hébergement de qualité qui offre un milieu sûr, confortable et familial » qui favorise

« une haute qualité de vie pour tous les résidents », cela n'a pas été le cas dans tous les foyers au cours des années qui ont précédé la pandémie. Comme nous l'avons vu en détail tout au long de ce chapitre, le système de SLD de l'Ontario était au bord du précipice bien avant l'arrivée de la COVID-19. Les foyers étaient souvent surpeuplés et manquaient de personnel; les infrastructures étaient désuètes, les dirigeants n'étaient pas formés et la connaissance de la PCI était minimale. De plus, ils n'étaient pas soutenus par le reste du système de soins de santé, et comme nous le verrons au chapitre 2, il n'y avait pas de plan pour faire face à une pandémie que les experts jugeaient inévitable.

Dans une guerre contre un pathogène contagieux et virulent, ces lacunes ont mis la table à une déroute dévastatrice.

Des voix de la ligne de front

« En fin de compte, le foyer de soins de longue durée comptait sur la présence fréquente de ces membres de la famille pour alléger la charge de travail du personnel. Six membres de notre conseil de famille viennent tous les jours de l'année nourrir leur femme ou leur mari, ou encore un parent. À chaque repas, à chaque bain et à chaque réunion importante, ils sont là. Ils lavent leurs vêtements, car le foyer perd fréquemment les vêtements de leurs proches. Et ils font cela depuis des années. »

– Harold Curwain, membre de la famille d'une personne hébergée dans un foyer de SLD

« La plupart des nuits, les infirmières auxiliaires autorisées s'occupent de 64 résidentes et résidents et leur donnent des médicaments, ce qui est impossible lorsque vous avez trois personnes en fin de vie d'un côté et des problèmes de comportement de l'autre. Une seule infirmière auxiliaire ne peut pas faire cela à elle toute seule. »

– Membre du personnel des soins de longue durée

« Les PSSP doivent être réglementés, autorisés et formés. Il faut davantage de formation et de compétences en matière de comportements réactifs, comme la démence, la dépression, la bipolarité, la maladie mentale, l'utilisation de l'ÉPI, etc. »

– Membre de la famille d'une personne hébergée dans un foyer de SLD

« Le modèle de soins doit changer et, surtout, le respect et le traitement des personnes âgées et de leurs fournisseurs de soins, les PSSP, les infirmières, doivent changer. Il faut faire une refonte des soins de longue durée. Il ne s'agit pas seulement d'héberger les gens, mais de répondre aux besoins à différentes étapes de la vie avec dignité. »

– Membre de la famille d'une personne hébergée dans un foyer de SLD

« Nous devons être mieux préparés. Nous le devons à ces personnes hébergées. Nous n'aurions pas dû en perdre autant, et nous n'aurions pas dû perdre une collègue qui venait travailler tous les jours et ne voulait pas s'absenter. Elle avait déjà des problèmes de santé et ne voulait pas s'absenter parce qu'elle devait être là pour aider à prendre soin des résidentes et des résidents. »

– Membre du personnel des soins de longue durée

Chapitre 2 : Préparation de l'Ontario à une pandémie

[N]ous savons maintenant que de nouvelles menaces microbiennes comme le SRAS se sont produites et peuvent se produire de nouveau. Cependant, les gouvernements et les hôpitaux n'ont plus aucune excuse pour être pris au dépourvu et pour que les travailleuses et travailleurs de la santé ne puissent pas profiter du niveau maximum de protection offert par l'entremise de l'équipement et de la formation appropriés.

– L'honorable juge Archie Campbell, rapport final de la Commission sur le SRAS

À l'instar de nombreuses administrations, l'Ontario n'était pas préparé à la pandémie de COVID-19. Toutefois, cette situation n'était pas inévitable. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 1, l'Ontario avait dû affronter en 2003 le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), un autre coronavirus mortel, qui l'avait affecté de manière disproportionnée par rapport aux autres provinces. Après l'éclosion du SRAS, les gouvernements de l'Ontario et du Canada ont commandé plusieurs études qui ont mis en évidence les lacunes des systèmes de santé et d'intervention d'urgence, tant au niveau provincial que national, en matière de préparation à un virus mortel.

D'excellentes recommandations sont ressorties de ces études et, pendant un certain temps, l'Ontario y a prêté attention. La province a renforcé ses défenses et a préparé le secteur de la santé à réagir à une pandémie. Les éclosions de H1N1 et d'Ebola en 2009 et 2014–2016, respectivement, ont rappelé de manière funeste la menace que peut représenter une éclosion.

Malgré le caractère saisissant de tels rappels, l'Ontario a renoncé à faire de la préparation à une pandémie une priorité. En 2017, la vérificatrice générale a signalé au gouvernement des faiblesses majeures dans les programmes de gestion des situations d'urgence de la province, qui pourraient rendre l'Ontario vulnérable à une situation d'urgence de grande envergure. Le médecin hygiéniste en chef actuel de la province, le D^r David Williams, a témoigné devant la Commission que lorsque la province n'est pas au milieu d'une urgence de santé publique, les politiques de préparation en cas de pandémie sont souvent reléguées au second plan, au profit de préoccupations plus immédiates : « Il est difficile de garder [la préparation à une pandémie] toujours à l'avant-plan, car la tyrannie de l'urgence met toujours les choses de côté ».

C'est exactement ce qui s'est passé dans les années qui ont précédé la pandémie de COVID-19. Comme nous le démontrerons dans le présent chapitre, le ministère de la Santé n'a pas pris de mesures suffisantes pour s'acquitter de son obligation législative de mettre en place un plan pour faire face à l'éventualité d'une pandémie. Par conséquent, la province n'avait pas de plan d'intervention à jour et cohérent en 2020. Le plan le plus récent de l'Ontario était principalement conçu pour faire face à une pandémie de grippe et n'avait pas été mis à jour depuis 2013. Pour aggraver ce

problème, les ministères responsables n'ont pas effectué de simulations ou d'exercices à l'égard du plan de lutte contre la pandémie de grippe de 2013. Notamment, il n'y a pas eu d'exercices axés sur les SLD, où vit une partie de la population ontarienne la plus vulnérable.

De plus, au moment où la COVID-19 a frappé l'Ontario, la majorité de la réserve de fournitures sanitaires d'urgence de la province, accumulée après le SRAS, avait expiré sans avoir été remplacée. La vérificatrice générale de l'Ontario a signalé en 2017 que 80 % des stocks étaient périmés. À la fin de 2019, 90 % de la réserve – y compris les masques chirurgicaux et les masques N95 – étaient périmés et étaient en voie d'être éliminés, même si les risques que la réserve était censée contrer n'avaient pas disparu. Au lieu de prendre des mesures immédiates en 2017, lorsqu'il est devenu évident que la majeure partie de la réserve était périmée, les gouvernements successifs ont passé trois ans à délibérer sur diverses options stratégiques pour le réapprovisionnement.

Dans les années qui ont suivi le SRAS, l'Ontario a fait l'objet d'autres avertissements précis indiquant que des améliorations étaient nécessaires dans les domaines gouvernementaux ou administratifs pertinents pour la préparation à une pandémie. La province a été avertie qu'elle devait désigner des sites d'isolement avant qu'une autre pandémie ne frappe et améliorer son réseau de laboratoires; or, elle n'a fait ni l'un ni l'autre. Le sous-financement chronique de Santé publique Ontario (SPO) a également entravé la capacité de l'organisme de s'acquitter d'une partie de son mandat.

Tout cela a contribué à un manque de préparation fatal lorsque le virus mortel a frappé les foyers de SLD.

La COVID-19 est peut-être arrivée de manière inattendue en 2020, mais il était tout à fait prévisible qu'un agent pathogène mortel s'abatte sur la planète à un moment donné. Il était également prévisible qu'une pandémie affecterait de manière disproportionnée la population vulnérable de l'Ontario vivant dans des foyers de SLD. L'Ontario a eu de nombreuses occasions de se donner les moyens nécessaires pour sauver la mise dans le cas d'une éventuelle pandémie. Ces occasions ont été gâchées et, au lieu d'affronter la tourmente en position de force, la province s'est retrouvée à construire des digues alors que l'ouragan avait déjà commencé.

Avertissements ignorés

La propagation des maladies respiratoires infectieuses n'est pas un phénomène nouveau. La tuberculose, une maladie contagieuse qui atteint les poumons et qui se propage principalement par voie aérienne, a été l'une des principales causes de décès à la fin du 19^e et au début du 20^e siècle et continue d'affecter de façon disproportionnée certaines populations au Canada. La pandémie de grippe de 1918 – à laquelle la COVID-19 a été comparée en raison des similitudes de ses modes de transmission – a commencé au printemps 1918 et a infecté un tiers de la population mondiale.

La maladie s'est propagée principalement en deux vagues, au printemps et à l'automne 1918, et l'on estime que son bilan se chiffre entre 50 et 100 millions de morts.

Les écloisions de maladies infectieuses n'ont pas été pas de simples anecdotes historiques en Ontario. En 2003, la province a été l'un des épices de la flambée de SRAS. La pandémie de grippe H1N1 de 2009 et la menace posée par la maladie d'Ebola de 2014 à 2016 ont suivi peu de temps après, constituant autant d'avertissements supplémentaires sur les dangers associés à une épidémie en Ontario.

Le SRAS sonne le glas

Si nous ne tirons pas de leçons du SRAS et n'obligeons pas le gouvernement à régler les problèmes qui subsistent, nous paierons un prix terrible lors de la prochaine pandémie.

– L'honorable juge Archie Campbell, rapport final de la Commission sur le SRAS

Apparu en Chine en novembre 2002, le SRAS s'est répandu dans le monde entier en quelques semaines. Comme pour la COVID-19, le SRAS était causé par un nouveau coronavirus, et il n'existait pas de vaccin ou de test rapide pour le combattre.

L'écllosion de SRAS a mis à l'épreuve le système de soins de santé de l'Ontario et plusieurs hôpitaux clés de Toronto ont été débordés. Lorsque le virus a été maîtrisé, plus de 300 personnes avaient été infectées et 44 avaient perdu la vie en Ontario. Les efforts héroïques des travailleuses et des travailleurs de la santé ont sauvé la province d'une catastrophe encore plus meurtrière.

En Ontario, le SRAS a été principalement géré par l'isolement et le contrôle des infections dans les hôpitaux. Étant donné l'importance accordée à la prise en charge et au traitement de la maladie en milieu hospitalier et le fait que les personnes infectées par le SRAS sont plus contagieuses lorsque leurs symptômes menacent davantage leur vie, le personnel de la santé courait un risque accru de contracter et de propager la maladie. Au Canada, plus de 100 travailleuses et travailleurs de la santé sont tombés malades à cause du virus et trois en sont morts.

L'écllosion de SRAS aurait dû servir d'avertissement aux gouvernements provinciaux successifs quant à l'importance de se préparer à une pandémie.

Trois enquêtes ont été menées en 2003 afin d'évaluer l'intervention fédérale et provinciale en réponse au SRAS et d'en rendre compte :

1. **Le Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique** a été mis sur pied par le ministre fédéral de la Santé pour fournir une « évaluation indépendante de la situation actuelle de la santé publique et des leçons retenues pour gérer les maladies infectieuses actuelles et futures ». Le rapport final du comité, le « rapport Naylor », a été publié en octobre 2003.

2. **Le Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses** a été établi par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour « déterminer les principales leçons tirées [de l'éclosion de SRAS] et formuler des recommandations pratiques, ciblées et tournées vers l'avenir concernant la gestion et le contrôle des maladies infectieuses et la capacité de l'Ontario à gérer les urgences de santé publique à l'avenir. » Le comité a publié un rapport provisoire en décembre 2003 avant de publier son rapport final, le « rapport Walker », en avril 2004.

3. **La Commission sur le SRAS** a été créée par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et dirigée par l'honorable juge Archie Campbell pour enquêter sur la façon dont le virus est arrivé en Ontario, comment il s'est propagé et comment la province a réagi à l'éclosion. La Commission a publié son premier rapport provisoire en avril 2004, son deuxième rapport provisoire en avril 2005 et son rapport final – le « rapport de la Commission sur le SRAS » – en décembre 2006.

Chacun de ces rapports mettait le gouvernement en garde contre des lacunes dans la préparation à une pandémie et dans les réserves de fournitures médicales d'urgence, tant au niveau national que provincial. Ils ont également relevé des problèmes majeurs en ce qui concerne la dotation en personnel du secteur de la santé et la prévention et le contrôle des infections (PCI) dans les établissements de soins de santé. Pris dans leur ensemble, ces rapports avaient valeur prophétique en mentionnant que la meilleure chance de la province de lutter contre une pandémie reposait sur une préparation adéquate longtemps à l'avance. De nombreux problèmes liés au système de santé publique rencontrés lors de l'éclosion de SRAS et préfigurés dans ces rapports se sont à nouveau manifestés, avec des conséquences désastreuses pour les SLD, pendant la flambée de COVID-19.

En lisant ces rapports à la lumière de la COVID-19, il est frappant de constater que les leçons du SRAS n'ont pas été assimilées et que les mêmes erreurs se sont répétées. Un examen plus approfondi des conclusions et des recommandations formulées dans les rapports met clairement en évidence les multiples avertissements dont les gouvernements successifs n'ont pas tenu compte.

Constatations sur le manque de préparation

Les trois rapports concluaient que l'éclosion de SRAS a révélé un manque important de préparation à une pandémie en Ontario et dans l'ensemble du pays. Chacun soulignait les défaillances systémiques du système ontarien d'intervention d'urgence sanitaire et a préconisé un renforcement du leadership, de la coordination, de la surveillance et des mesures de réduction des risques. Si ces défaillances avaient été corrigées et si ces

avertissements avaient été pleinement pris en compte, le secteur des SLD de l'Ontario aurait été mieux préparé qu'il ne l'était au début de la pandémie de COVID-19.

Le rapport Naylor indiquait que l'Ontario n'aurait pas été en mesure de résister à deux éclosions simultanées de l'ampleur de celle du SRAS. Par conséquent, le rapport préconisait le renforcement des programmes de surveillance par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Il recommandait également l'élaboration de protocoles clairs pour le leadership et la coordination des recherches futures visant à reconnaître, caractériser et surveiller des nouvelles pandémies, y riposter et en tirer des leçons.

Le rapport Walker constatait que l'éclosion de SRAS « a révélé un manque général de préparation à la gestion des urgences sanitaires » et a souligné que l'amélioration de la capacité de la province à faire face aux urgences sanitaires serait un « acompte sur l'avenir ». Le rapport désignait les instruments nécessaires pour répondre aux éclosions de maladies infectieuses, notamment la mise en place d'un cadre de surveillance global en temps réel. Enfin, le rapport demandait au gouvernement de l'Ontario de collaborer avec les gouvernements fédéral et municipaux pour promouvoir « les possibilités de formation croisée entre la santé publique, les soins actifs, les soins de longue durée et d'autres secteurs ». Comme l'a révélé la pandémie de COVID-19, bon nombre de ces liens, notamment en ce qui concerne les soins actifs, n'ont été établis qu'après le début de la pandémie.

Entre-temps, dans le rapport de la Commission sur le SRAS, le juge Campbell déclarait que l'éclosion avait révélé une « insuffisance systémique de la préparation à l'échelle de la province ». La Commission soulignait également que les établissements de SLD étaient particulièrement vulnérables aux éclosions, en décrivant en détail l'incidence de la légionellose sur le foyer pour personnes âgées Seven Oaks à Toronto en 2005. La Commission concluait que l'éclosion de légionellose, qui a entraîné la mort de 23 personnes résidentes, « a montré le mauvais côté de la riposte de l'Ontario au SRAS : des problèmes systémiques qui ne sont toujours pas réglés ».

De manière tragique, ces problèmes n'avaient pas été corrigés pour l'essentiel dans le secteur des SLD de l'Ontario jusqu'à l'arrivée de la pandémie de COVID-19.

Constatations relatives aux lacunes dans la PCI

Les trois rapports ont constaté des lacunes dans les pratiques provinciales et fédérales en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI). Le rapport Naylor a noté « une énorme pénurie chez le personnel professionnel du domaine de la prévention des infections qui serait nécessaire pour assurer une prévention optimale des infections dans le secteur hospitalier. » Il a également attiré l'attention sur l'insuffisance des liaisons entre les hôpitaux et les bureaux de santé publique concernant les pratiques de lutte contre les infections. (La prestation des services de santé publique locaux est organisée par les bureaux de santé publique correspondant aux régions administratives

de la province. Le rôle des bureaux de santé publique est abordé plus en détail à l'annexe B.)

Le rapport Walker a constaté que l'absence de techniques de base de lutte contre les infections s'étendait à tous les établissements de soins de santé de la province – y compris les établissements de SLD – ainsi qu'aux programmes de formation en matière de soins de santé. Le rapport recommandait également que des efforts soient faits pour s'assurer que davantage de spécialistes en matière de PCI soient disponibles pour servir le secteur des SLD.

Le juge Campbell faisait écho à ce sentiment lorsqu'il a déclaré que l'éclosion de SRAS avait révélé « l'insuffisance des programmes de contrôle des infections pour protéger les personnes hospitalisées et celles qui leur rendaient visite dans les établissements de soins de santé. »

Constatations sur les pénuries de personnel

Les rapports faisaient également état de graves lacunes en matière de dotation en personnel dans les secteurs fédéral et provincial des soins de santé. Le rapport Naylor affirmait que les ressources humaines en santé publique étaient déficientes dans tout le pays et que le SRAS devait être considéré comme un avertissement pour les établissements qui dispensaient une formation en soins de santé, afin qu'ils se préparent mieux aux perturbations futures. Le rapport prévenait également que le manque de personnel praticien de la santé publique formé pourrait entraver les efforts visant à améliorer les infrastructures de santé publique du Canada.

Le rapport de la Commission sur le SRAS comportait des entrevues avec des infirmières et des infirmiers de l'Ontario. Ces derniers y faisaient état d'une grave pénurie de personnel infirmier pendant l'éclosion de SRAS et affirmaient que le salaire versé aux prestataires de soins de santé pendant une éclosion doit être proportionnel aux risques qu'ils prennent. D'autres membres du personnel infirmier cités dans le rapport expliquaient en détail comment la pénurie de personnel les obligeait à travailler dans plusieurs établissements, ce qui a en retour contribué à leur contamination par le SRAS. Le juge Campbell mentionnait également que l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario a mené un sondage auprès de ses membres après l'éclosion et a constaté que près de deux tiers d'entre eux estimaient que leur santé avait été compromise pendant l'éclosion de SRAS. Les mêmes doléances se sont à nouveau fait entendre lorsque la COVID-19 a ravagé les foyers de SLD de l'Ontario.

Le rapport Walker faisait état d'une pénurie similaire en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé, et concluait que « l'Ontario a besoin de professionnels plus nombreux, ainsi que de possibilités de formation et d'avancement de carrière, dans le domaine de la santé publique ». Le rapport soulignait également la tendance croissante dans le secteur des soins de santé de l'Ontario à embaucher des travailleuses et travailleurs de la santé à temps partiel plutôt qu'à temps plein et mettait

en garde contre les risques inhérents à cette approche. La prescience de ces avertissements concernant les problèmes de dotation en personnel qui se manifesteraient pendant la pandémie de COVID-19 est frappante :

Le SRAS a mis en lumière un problème qui existait déjà dans les professions de la santé... l'utilisation d'une forte proportion de personnel employé de manière occasionnelle, plutôt qu'à plein temps ou à « temps partiel permanent ». Le travail à temps plein et « à temps partiel permanent » implique généralement un horaire relativement fixe et un nombre d'heures convenu, tandis que la « précarisation » implique le remplacement systématique du personnel à temps plein et à temps partiel par du personnel employé sur une base ad hoc. Comme l'indique l'un des documents soumis au Comité d'experts, « il faut tendre vers un ratio beaucoup plus élevé de personnel permanent à plein temps. Le personnel à temps partiel/occasionnel travaille dans plusieurs établissements et peut contribuer à la propagation de la maladie ».

Le Comité d'experts a appris que le problème de la précarisation *est plus grave dans le secteur des soins de longue durée* [italiques ajoutés]... mais il demeure une préoccupation dans tous les secteurs des soins de santé. Le personnel occasionnel a tendance à travailler dans plusieurs établissements, ce qui soulève le spectre de la transmission par les travailleurs de la santé.

[...]

En outre, on a dit au Comité d'experts que la règle consistant à ne travailler que dans un seul établissement, imposée pendant la crise du SRAS, signifiait qu'un certain nombre d'établissements qui avaient des taux élevés de précarisation perdaient une grande partie de leur personnel. L'envers de la médaille, c'est que le personnel travaillant de façon occasionnelle a vu ses heures réduites par la règle de « l'établissement unique ». On nous a dit qu'il n'est possible de limiter le personnel à un seul établissement lors d'une éclosion de maladie infectieuse que lorsque l'emploi à temps plein de travailleurs et de travailleuses de la santé est maximisé. En attendant, « l'accent devrait être mis sur la limitation du risque plutôt que sur la limitation de l'emploi. »

[...]

En fin de compte, le Comité d'experts a conclu que la réduction du taux de précarisation, indépendamment de son incidence théorique sur le contrôle des infections, contribue à améliorer la continuité des soins, à accroître la satisfaction et la fidélisation au travail, et à renforcer la cohésion et les capacités de base au sein du système.

Comme nous le verrons au chapitre 3, très peu de progrès ont été réalisés pour réduire le taux de précarisation dans le secteur des SLD de l'Ontario avant la pandémie de COVID-19. Le personnel à temps partiel travaillant dans plusieurs foyers de SLD a ainsi joué un rôle dans la propagation de la COVID-19 entre ces derniers.

L'importance de constituer des stocks de fournitures médicales

Les trois rapports ont également souligné l'importance de maintenir une réserve provinciale de fournitures médicales afin de permettre aux travailleuses et travailleurs de la santé de contenir efficacement une éclosion. Le rapport de la Commission sur le SRAS indique que l'éclosion « a mis en évidence la nécessité de disposer de quantités suffisantes de fournitures médicales, de sécuriser les chaînes d'approvisionnement et de disposer de moyens de distribuer les fournitures ». Le rapport Walker a également

constaté que le SRAS « a révélé des lacunes provinciales et nationales évidentes en ce qui concerne la production et la distribution de fournitures d'urgence ».

Le rapport Naylor a constaté que pendant l'écllosion, l'équipement de protection individuelle (ÉPI) était parfois indisponible pour le personnel de première ligne et à d'autres moments, sous-optimal. Pire encore, une partie de cet équipement indisponible était en fait obligatoire en vertu des directives gouvernementales, ce qui mettait les travailleuses et travailleurs de la santé dans la position frustrante de ne pas pouvoir respecter les directives sans que ce soit leur faute. Le rapport recommandait aux gouvernements provinciaux de veiller à ce que des plans soient créés pour fournir des fournitures médicales au personnel de la santé en dehors du secteur hospitalier.

Résumé

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le SRAS s'est propagé surtout dans les hôpitaux de l'Ontario et a principalement touché les personnes hospitalisées et le personnel hospitalier plutôt que ceux des établissements de SLD. Cependant, dans des endroits comme Hong Kong, le SRAS a également touché les SLD. Les foyers de SLD de Hong Kong ont surmonté la COVID-19 en grande partie grâce aux leçons apprises pendant le SRAS – en particulier, l'importance de la PCI.

La situation était bien différente en Ontario. Comme l'écllosion de SRAS s'est produite principalement dans les hôpitaux, la province a réagi aux avertissements émis par les rapports Naylor, Walker et de la Commission sur le SRAS en préparant les hôpitaux de l'Ontario à gérer une future pandémie. Ces préparatifs ont été en grande partie couronnés de succès, puisque les mesures de PCI dans les hôpitaux s'étaient grandement améliorées au moment de la pandémie de COVID-19.

Il est important de noter, cependant, que les rapports ne limitaient pas leurs avertissements à la préparation des hôpitaux. Chaque rapport exprimait des préoccupations urgentes selon lesquelles la province *dans son ensemble* n'était pas préparée de manière systématique à la prochaine pandémie; et dans certains cas, ces rapports mentionnaient des dangers précis auxquels était confronté le secteur des SLD. Malheureusement, les leçons du SRAS n'ont pas été suffisamment prises en compte dans le secteur des SLD de l'Ontario, et de nombreuses personnes y résidant et leur famille en ont malheureusement fait les frais.

H1N1 : un refrain familial

« En gros, il est donc certain que, un jour ou l'autre, nous devons composer avec une autre pandémie ou avec l'émergence d'une maladie infectieuse telle que le SRAS, et la province devra être en mesure de réagir adéquatement. »

– D^{re} Arlene King, médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, 2010

En 2009, six ans seulement après l'écllosion de SRAS, la pandémie de H1N1 a de nouveau rappelé à l'Ontario l'imprévisibilité de la gravité des virus et la nécessité d'identifier et de protéger de manière proactive les populations à risque accru (dans le cas de la grippe H1N1, plus de la moitié des cas confirmés de l'Ontario étaient des jeunes de moins de 20 ans, avec la plus forte proportion d'entre eux entre 10 et 14 ans). Un ensemble familier de thèmes et d'avertissements a émergé de cette pandémie de grippe : la province ne peut pas baisser la garde; d'autres défis nous attendent. Les spécialistes et les leaders de la santé publique ont insisté sur la nécessité de rester à l'affût des menaces émergentes et de ne pas attendre qu'une catastrophe se produise pour s'attaquer aux problèmes mis en évidence lors des pandémies et des épidémies précédentes.

Si les spécialistes de la santé publique au Canada ont reconnu que les systèmes de santé publique et de soins de santé ont été largement capables de tenir le coup sous la pression de la pandémie de H1N1, ils ont également émis l'avertissement que la complaisance dans les ripostes aux pandémies aurait des conséquences désastreuses à l'avenir.

La D^{re} Arlene King, médecin hygiéniste en chef de l'Ontario pendant la pandémie de H1N1, a prévenu qu'il y aurait bientôt une autre pandémie de grippe ou une autre maladie infectieuse émergente à gérer. Dans son rapport de 2010 intitulé *La pandémie de grippe H1N1 – Comment l'Ontario s'en est-il tiré? Rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario*, elle a constaté que même si les taux de décès et d'hospitalisation signalés dans la province étaient faibles par rapport au reste du Canada, l'Ontario n'est pas sorti indemne de la pandémie de H1N1. Au total, 128 personnes ont succombé au virus et plus de 1 800 ont été hospitalisées.

Bien que la D^{re} King n'ait pas fait précisément référence au secteur des SLD, elle a décrit des mesures applicables pour protéger les populations vulnérables « la prochaine fois. » L'une d'elles consistait à régler les problèmes liés au programme d'immunisation de la province afin de s'assurer qu'il y aurait des vaccins en nombre suffisant pour répondre à la demande.

Une mise en garde similaire a été formulée lors de l'atelier sur la santé publique de 2010 intitulé *The First Influenza Pandemic of the 21st Century: Canada's Response, Lessons Learned and Challenges Ahead (La première pandémie de grippe du 21^e siècle : Réponse du Canada, leçons apprises et défis à venir)*, qui réunissait les administrations de la santé publique, des décideurs et des spécialistes en modélisation des maladies infectieuses de partout au pays. Citant les obstacles logistiques à la distribution rapide des vaccins auxquels sont confrontés les provinces et les territoires, une étude de 2011 résumant les conclusions de l'atelier a réitéré la nécessité d'améliorer la capacité face aux menaces émergentes de maladies infectieuses :

Les maladies infectieuses émergentes qui surviendront dans l'avenir sont susceptibles de poser des défis bien plus importants que ceux posés par la pandémie de H1N1 de 2009. Le Canada

doit relever ces défis et améliorer sa capacité d'intervention d'urgence en intégrant la modélisation, la surveillance, la planification et la prise de décision.

La grippe H1N1 a de nouveau servi à avertir l'Ontario qu'il doit rester vigilant et se préparer à une urgence de santé publique majeure. Une fois de plus, la plupart des recommandations des spécialistes ont été ignorées.

Les mises en garde mondiales s'intensifient

Les mises en garde ne se sont pas arrêtées avec la grippe H1N1. En 2014, deux travailleuses de la santé du Texas ont contracté le virus Ebola, un virus hautement contagieux et mortel. La perspective d'une éclosion d'Ebola au Canada a mis le système de santé de l'Ontario sur le qui-vive. Heureusement, la province a été épargnée. À la fin de la crise d'Ebola en 2016, l'Ontario a entrepris une révision de son approche pour faire face aux menaces de maladie. Comme nous l'expliquons ci-dessous, cette révision n'a pas été achevée dans les années entre l'Ebola et la COVID-19 (c.-à-d. 2016–2020), laissant la province avec un plan incomplet de lutte contre la pandémie la plus meurtrière du siècle dernier.

À la suite de l'éclosion d'Ebola aux États-Unis, le président Barack Obama a mis en garde contre un futur virus mortel transmis par voie aérienne et a préconisé des investissements dans les infrastructures permettant d'identifier et d'isoler la maladie et d'y réagir rapidement. Cet avertissement a été renforcé lorsque le département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis a cité les maladies infectieuses pandémiques comme une menace pour la sécurité de la santé publique nationale dans sa stratégie nationale en matière de sécurité sanitaire de 2019–2022. Cette stratégie soulignait l'importance de répondre aux besoins des personnes vulnérables, y compris les personnes âgées, lors de la planification en réponse aux menaces à la sécurité sanitaire.

Pendant ce temps, sur la scène internationale, les flambées épidémiques préoccupaient les autorités mondiales depuis des années. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il y a eu 1 483 événements épidémiques dans 172 pays entre 2011 et 2018. Ceux-ci impliquaient des affections comme Ebola, Zika et la fièvre jaune. Beaucoup de ces maladies partageaient des caractéristiques similaires : elles se propageaient rapidement, avaient un impact grave ou mortel et étaient difficiles à contenir.

Enfin, quelques mois avant l'émergence de la COVID-19, le Conseil mondial de suivi de la préparation – un organe indépendant de surveillance et de défense des intérêts, coparrainé par l'OMS et la Banque mondiale – a déclaré que le monde courait un risque aigu d'épidémies ou de pandémies de maladies régionales ou mondiales dévastatrices, et que les chances qu'un de ces événements se produise augmentaient. Le rapport annuel publié par le Conseil en septembre 2019 décrivait comment les agents pathogènes respiratoires à fort impact sanitaire, qui se propagent par les gouttelettes respiratoires et peuvent infecter un grand nombre de personnes en peu de temps,

représentaient des risques mondiaux importants. Encore une fois, le message était clair : la menace d'une pandémie d'agents pathogènes respiratoires mortels à évolution rapide était élevée; les pays devaient se préparer au pire. Un avertissement similaire a été publié par l'Université Johns Hopkins.

Résumé

Dans le sillage du SRAS, de la grippe H1N1 et d'Ebola, de nombreux spécialistes sonnaient l'alarme : une nouvelle pandémie, encore plus grave, se profilait à l'horizon. L'une des leçons principales tirées de ces expériences – et un message répété à maintes reprises par diverses sources entre l'éclosion de SRAS et l'arrivée de la COVID-19 en Ontario – était l'importance de la préparation.

Les avertissements des spécialistes sont devenus réalité au début de 2020. Un nouveau virus, initialement identifié à Wuhan, en Chine, s'est répandu dans le monde entier, faisant des millions de morts et infectant des millions d'autres personnes. L'Ontario avait été prévenu – les éclosions précédentes qui lui ont fait subir de nombreuses pertes de vie auraient dû renforcer sa détermination à se préparer. Au lieu de cela, les premières améliorations apportées ont été fugaces, et la préparation à l'échelle du système a cédé la place à d'autres priorités gouvernementales. Au lieu d'assimiler toute l'importance de la préparation, l'Ontario a eu vite fait d'oublier les avertissements antérieurs.

Compte tenu des leçons tirées des pandémies précédentes et des avertissements concernant les pandémies à venir, pourquoi le système des foyers de SLD de l'Ontario n'était-il pas mieux préparé à la COVID-19? La réponse tient en partie au fait que la province n'a pas suffisamment reconnu la probabilité d'une pandémie majeure. Toutefois, comme nous le verrons plus loin, l'Ontario n'a pas non plus réagi aux avertissements et aux recommandations explicites visant à prendre des mesures qui auraient permis à la province d'être mieux outillée pour gérer une telle crise.

Si l'on avait accordé la priorité à la préparation, l'arrivée de la COVID-19 et ses répercussions mortelles sur les populations de SLD de l'Ontario auraient été surveillées de plus près et auraient fait l'objet d'une réaction plus agile et plus décisive.

À l'avenir, le défi consistera à faire en sorte que la préparation ne soit plus un idéal que l'on peut mettre de côté au profit d'autres priorités, mais qu'elle fasse partie des façons de faire de la province.

L'incapacité de l'Ontario à agir

Comme nous l'avons vu plus haut, le SRAS, la grippe H1N1 et le virus Ebola constituaient autant d'avertissements pour l'Ontario sur la menace pandémique et la nécessité de s'y préparer. La préparation à une situation d'urgence exige une action consciente et une attention soutenue. Malheureusement, l'intérêt du gouvernement

pour la préparation a fluctué au gré des urgences sanitaires successives. Par conséquent, les premiers efforts de préparation ont été gaspillés, d'importants avertissements et recommandations ont été ignorés et des mesures cruciales n'ont pas été prises. Les principales recommandations du rapport sur la Commission sur le SRAS, du rapport Walker et du rapport Naylor ont été mises en œuvre en partie ou pas du tout. Certaines des personnes résidant dans les établissements de SLD de l'Ontario en ont payé le prix fort de l'échec de leur gouvernement à consacrer suffisamment de temps à la préparation.

Un début prometteur, mais des efforts en vain

En 2006 et 2007, tenant compte des avertissements du SRAS et reconnaissant le risque d'une pandémie virale, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a demandé 170 millions de dollars pour des initiatives de préparation en cas de pandémie, dont 84 millions de dollars destinés à l'équipement de protection individuelle. Au cours de l'exercice 2006–2007, l'Ontario a donc consacré 83 millions de dollars en dépenses liées à la gestion des éclosions. Les initiatives de préparation du gouvernement pendant cette période comprenaient :

- la création d'une réserve gouvernementale d'équipement de protection individuelle (ÉPI);
- la rédaction de plans détaillés d'intervention en cas de pandémie;
- la création du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) chargé de donner des conseils sur la prévention, la surveillance et le contrôle des infections;
- la création de 14 réseaux régionaux de contrôle des infections (RRCI) pour coordonner le contrôle des infections dans les établissements de soins de santé;
- la création d'un outil de triage pour décider qui recevra des soins critiques pendant une pandémie;
- la création de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé pour fournir à la province des services de laboratoire et d'épidémiologie, afin d'aider à traduire les dernières recherches sur la santé en conseils pratiques; et
- la création de l'Unité de gestion des situations d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

C'était un début prometteur et certaines de ces initiatives se sont effectivement poursuivies jusqu'en 2020. L'Unité de gestion des situations d'urgence du ministère a poursuivi ses travaux et s'appelle désormais la Direction de la gestion des situations d'urgence pour le système de santé. Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses continue de conseiller Santé publique Ontario sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

Toutefois, comme nous le verrons plus en détail ci-dessous, bon nombre de ces premiers efforts ont été gaspillés par manque d'attention. L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, par exemple, est devenue Santé publique Ontario en 2011, mais ses activités ont été entravées par le sous-financement à partir de 2013. Les réseaux régionaux de contrôle des infections ont également connu des difficultés. La Commission a appris qu'en 2011, la petite taille des RRCI posait des problèmes opérationnels. Par conséquent, ils ont été intégrés à Santé publique Ontario en 2011 pour être finalement réorganisés en sept équipes régionales de soutien à la PCI. La Commission a également appris qu'avant le regroupement, les responsables des bureaux de santé publique locaux avaient le sentiment qu'il aurait été plus efficace de verser le financement des réseaux régionaux de contrôle des infections aux bureaux de santé publique.

En outre, l'intérêt de la province pour les stocks d'ÉPI et pour les plans détaillés d'intervention en cas de pandémie était fluctuant. En 2007 et 2008, peu de temps après la création de la réserve d'ÉPI, tous les fonds non dépensés restants de l'allocation initiale de 170 millions de dollars ont été annulés. En 2010, le financement régulier de la réserve a cessé. Après cette date, des achats ponctuels ont été effectués pour préparer la réserve aux menaces émergentes comme Ebola, mais aucun plan global de financement ou de gestion des stocks n'a été mis en place. En raison de l'absence d'un tel plan, la gestion du cycle de vie des stocks est devenue « difficile, voire inexistante ». Ainsi, en 2019, 90 % des stocks étaient périmés.

Quant au plan de lutte contre les pandémies, il a été mis à jour en 2013 en réponse à la pandémie de H1N1, mais a ensuite été mis en veilleuse dans les années précédant la pandémie de COVID-19. Le plan ne fournissait aucune orientation sur la manière de gérer une pandémie dans le secteur des SLD et, comme nous le verrons plus loin, il présentait des lacunes à plusieurs autres égards. Les efforts visant à améliorer le plan ont été interrompus, et le plan en place n'a jamais fait l'objet d'exercices ou de simulations.

Entre-temps, d'autres recommandations importantes de la Commission sur le SRAS qui auraient aidé l'Ontario à améliorer sa capacité à faire face à de futures urgences sanitaires n'ont pas été mises en œuvre. Notamment, la Commission sur le SRAS a recommandé que :

- La principale loi de l'Ontario en matière de santé publique – la *Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS)* – soit modifiée pour que « la planification, la préparation, l'atténuation, la gestion, le rétablissement, la coordination et la communication des risques pour la santé publique au niveau provincial soient placés sous l'autorité directe du médecin hygiéniste en chef... » Cette modification n'a jamais été apportée. Comme nous le verrons plus loin, au cours de la période précédant la pandémie de COVID-19, il n'était pas toujours évident de déterminer quelles entités gouvernementales étaient responsables du

maintien des plans de lutte contre la pandémie et de la réserve d'équipement de protection individuelle de la province.

- La *LPPS* soit modifiée pour offrir la protection aux lanceurs d'alerte parmi le personnel de la santé. Cette modification n'a jamais été apportée.
- La législation ontarienne sur les situations d'urgence soit modifiée pour que les plans d'urgence de la province prévoient des mesures d'indemnisation pour « celles et ceux qui subissent un fardeau injuste de coûts personnels en raison de leur coopération avec les mesures de santé publique comme la quarantaine. » Le rapport Walker a également noté qu'il était important d'offrir une compensation aux personnes qui sont incapables de travailler et qui risquent de perdre leur revenu parce qu'elles sont malades ou mises en quarantaine pendant une crise sanitaire. Comme nous l'avons vu au chapitre 3, l'Ontario n'avait pas mis en place un tel plan de soutien avant la pandémie de COVID-19.

Alors que l'Ontario cessait de se concentrer sur la préparation en cas de pandémie, il continuait de faire l'objet d'avertissements lui indiquant que des mesures précises devaient être prises afin de s'assurer d'être prêt à faire face à la prochaine situation d'urgence de santé publique. Ces avertissements – comme tant d'autres qui les avaient précédés – sont restés lettre morte. La province n'a pas pris les mesures nécessaires pour protéger sa population, y compris les personnes résidant dans des établissements de SLD.

Non-respect du principe de précaution

Avant d'évaluer la préparation et l'intervention de l'Ontario en cas d'urgence, il convient de revoir le principe de précaution. En termes simples, ce principe stipule que « les mesures raisonnables en vue de réduire les risques ne doivent pas attendre que l'on détienne des preuves scientifiques ». Lors d'un point de presse sur la propagation mondiale de la COVID-19 en mars 2020, le Dr Mike Ryan, directeur général du programme des urgences sanitaires de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'a exprimé ainsi : « La vitesse l'emporte sur la perfection [...] et la plus grande erreur consiste à ne pas agir. » Ce principe entre souvent en jeu lorsqu'il s'agit de décider quel type d'ÉPI doit être utilisé en présence d'un virus contagieux.

Le juge Campbell a qualifié le principe de précaution comme étant « peut-être la leçon la plus importante du SRAS » et a recommandé qu'il :

soit adopté expressément en tant que principe directeur au sein des systèmes de soins de santé, de la santé publique et de la sécurité au travail par l'intermédiaire d'exposés de principe, de référence explicite dans toutes les normes et orientations opérationnelles pertinentes, et en étant inclus dans les préambules, les déclarations de principe ou autres, dans la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et dans tous les statuts et règlements relatifs à la santé.

Cette recommandation n'a pas été entièrement mise en œuvre. La *LPPS* a été modifiée de manière à exiger que le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario tienne compte du principe de précaution, mais cette exigence ne s'applique que dans des circonstances très limitées. Le médecin hygiéniste en chef n'est obligé de prendre en considération ce principe que si :

- d'une part, il est d'avis qu'une maladie infectieuse ou transmissible s'est ou peut s'être déclarée; et
- 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.

Aucune autre disposition de la *LPPS* n'oblige le médecin hygiéniste en chef ou tout autre responsable de la santé publique à prendre en compte le principe de précaution. De même, la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, qui définit les droits et les devoirs de l'employeur et du personnel dans les lieux de travail sous réglementation provinciale, mentionne la précaution dans le contexte des devoirs de l'employeur de protéger le personnel, mais n'adopte pas le principe de précaution comme principe directeur général.

Les Normes de santé publique de l'Ontario, qui définissent les exigences de base pour la prestation des services publics dans l'ensemble de l'Ontario, ne font pas référence au principe de précaution. La *Loi sur la santé et la sécurité au travail* et les Normes de santé publique de l'Ontario sont abordées plus en détail à l'annexe B.

Il est clair que ce principe n'a pas été adopté comme principe directeur dans l'ensemble des systèmes de soins de santé, de la santé publique et de la sécurité au travail de l'Ontario, comme l'avait recommandé la Commission sur le SRAS.

Comme nous le verrons au chapitre 3, ce n'est pas, et de loin, le seul manquement au respect du principe de précaution dans la riposte de l'Ontario à la pandémie de COVID-19.

Échec à se préparer à l'inattendu

En 2006, le Conseil des ministres a été informé de la probabilité et du risque d'une future pandémie. Cette séance d'information s'est avérée prophétique, le gouvernement ayant reconnu alors qu'une pandémie de grippe ou d'un autre virus inconnu était imminente :

Les spécialistes en santé publique du monde entier prévoient qu'une pandémie de grippe est statistiquement inévitable, et que si la source n'est pas le virus de la grippe aviaire actuellement en circulation, qui a le potentiel d'évoluer vers une souche qui pourrait provoquer une pandémie chez l'être humain, ce sera un autre *virus inconnu jusqu'ici* [italiques ajoutés]

Cette reconnaissance qu'une pandémie pourrait être causée par un nouveau virus reflétait la conclusion de la Commission sur le SRAS selon laquelle :

La prochaine grande écloison pourrait être causée par quelque chose de complètement différent, de totalement nouveau et d'entièrement inattendu... L'une des principales leçons tirées du SRAS est que nous devons nous préparer non seulement à des menaces potentielles imminentes comme le H5N1, mais aussi à l'inattendu.

De même, un document d'orientation fédéral sur les pandémies, élaboré à la suite de l'écloison de H1N1 de 2009, reconnaissait qu'une pandémie (dans ce cas, une pandémie de grippe) pouvait survenir à tout moment, de n'importe où :

Certaines des principales inconnues concernant la prochaine pandémie sont les suivantes :

- Quand la prochaine pandémie se produira – Même si, historiquement, les pandémies se produisent trois ou quatre fois par siècle, il n'y a pas d'intervalle prévisible. Il ne faut pas supposer que la pandémie de 2009 a accordé un répit et que les efforts de préparation peuvent être ralentis.
- Endroit où la pandémie apparaîtra – Bien que la plupart des souches de la grippe saisonnière apparaissent en Extrême-Orient ou en Asie du Sud-Est, cela n'est pas le cas pour la grippe pandémique. En effet, la pandémie de 2009 est apparue au Mexique. Une pandémie grippale pourrait apparaître n'importe où dans le monde, et le Canada pourrait ne disposer que de très peu de temps avant d'être considérablement touché.
- Ce à quoi la nature de la transmission ressemblera – Les pandémies apparaissent souvent, en premier lieu, en dehors de la saison grippale habituelle (p. ex. à la fin du printemps ou de l'été) et présentent généralement plus d'une vague d'infection. Toutefois, cela n'est pas le cas dans toutes les circonstances ou dans toutes les régions. Une première petite vague pandémique est souvent suivie d'une deuxième plus grande, mais l'ampleur relative des vagues peut différer. La vitesse de transmission peut également varier. Les vagues pandémiques peuvent être intenses ou plus échelonnées dans le temps. Une vague intense exercerait encore plus de pressions sur le système de santé.
- Caractéristiques de la pandémie – Les caractéristiques de base du prochain virus pandémique sont inconnues, notamment son type antigénique (p. ex. H2, H5, H7), sa transmissibilité et sa virulence, ainsi que les groupes d'âge et les groupes cliniques les plus touchés.
- Répercussions de la pandémie – Les quatre dernières pandémies ont permis de démontrer que les répercussions sur la population peuvent varier de faibles à importantes et ne sont pas les mêmes pour toutes les populations ou tous les milieux. Il est important de prendre en considération toutes les possibilités et d'établir des plans adaptables aux différentes circonstances. Cela permettra de garantir que les interventions sont proportionnelles à l'évolution de la pandémie dans toute communauté déterminée.
- Conséquences des interventions – On s'attend à ce que les interventions habituelles contre la grippe saisonnière soient efficaces durant la pandémie. Toutefois, le nouveau virus pourrait être résistant aux antiviraux ou la production du vaccin antipandémique pourrait être retardée ou infructueuse. Le niveau d'utilisation du vaccin et le niveau

d'acceptation des mesures de santé publique par le grand public sont également inconnus. Qui plus est, les interventions pourraient entraîner des suites imprévues.

Enfin, l'Organisation mondiale de la Santé a également reconnu les dangers posés à la santé publique mondiale par une épidémie causée par un nouveau virus. Depuis 2015, l'OMS publie une liste annuelle de jusqu'à 10 « maladies prioritaires » qui nécessitent une attention immédiate de la part des responsables de la santé publique en raison de leur potentiel épidémique ou d'un manque mondial de contre-mesures médicales. Des maladies comme le SRAS et le virus Ebola figurent dans diverses versions de cette liste. En 2018, cependant, une nouvelle maladie a été ajoutée : la maladie X, une affection non identifiée provenant d'une source indéterminée. Après avoir fait cet ajout à la liste, les représentants de l'OMS ont déclaré : « la maladie X est une maladie hypothétique, actuellement d'origine inconnue et de nature à provoquer une épidémie grave pour l'espèce humaine à l'échelle mondiale. »

L'Ontario a été vivement mis en garde de se préparer à une pandémie causée par un nouveau virus inconnu. Mais comme nous le verrons, les préparatifs n'ont pas été suffisants.

Échec de la planification en cas de pandémie

Le SRAS... a appris au système de santé beaucoup de choses sur la vulnérabilité, la préparation et la nécessité d'une planification d'urgence beaucoup plus importante dans le secteur si l'on souhaite gérer efficacement des risques futurs de plus grande ampleur.

– Rapport provisoire du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses, 2003

L'éclosion de SRAS en 2003 a clairement montré que l'Ontario devait se préparer globalement et planifier soigneusement son intervention en réponse aux futures pandémies causées par des virus inattendus. Voilà qui n'a pas été fait. Au lieu de cela, l'Ontario a passé une décennie à s'appuyer sur un plan d'intervention en cas de pandémie de grippe qui n'avait pas été mis à jour depuis 2013, qui n'avait jamais été testé et qui ne protégeait pas la population vulnérable bénéficiant de SLD.

Le fait que l'Ontario n'ait pas agi plus rapidement pour améliorer sa préparation – et pour protéger les personnes vivant dans les établissements de SLD – est d'autant plus déroutant dans le contexte du rapport de la vérificatrice générale de 2017. Ce rapport indiquait clairement que la province n'était pas préparée à une situation d'urgence et que ses plans d'urgence devaient être mis à jour et faire l'objet de simulations. Comme tant d'autres, ces avertissements seront ignorés par la province.

Afin de comprendre l'incapacité de la province à se préparer adéquatement à une future pandémie, et les conséquences de cette incapacité, il convient d'explorer plus en détail divers aspects du processus de planification.

Confusion quant aux responsabilités en matière de planification d'urgence

La *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence* est la loi provinciale qui régit la gestion générale des urgences en Ontario. Le plan provincial global pour les situations d'urgence, appelé Plan provincial d'intervention en cas d'urgence, relève du solliciteur général, par l'entremise du Bureau du commissaire des incendies et de la gestion des situations d'urgence.

Étant donné que les situations d'urgence peuvent survenir dans toute une gamme de circonstances, certains ministères sont tenus par décret de préparer leur propre plan pour faire face aux situations d'urgence dans leur domaine de responsabilité. Par exemple, le ministère des Richesses naturelles doit planifier la lutte contre les feux de forêt, tandis que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (comme on l'appelait à l'époque) est responsable des urgences relevant de « la santé humaine, des maladies et des épidémies. » Des personnes représentant le Bureau du solliciteur général ont confirmé à la Commission que cette responsabilité incluait la conduite de la réponse face à une pandémie comme celle de la COVID-19.

Après la scission du ministère de la Santé et des Soins de longue durée en deux ministères en 2019, le Plan provincial d'intervention en cas d'urgence exigeait que les deux nouveaux ministères aient un plan, en précisant que « les plans [du ministère de la Santé et du ministère des Soins de longue durée] doivent détailler la façon dont les responsabilités sont assumées et décrire la manière dont les ministères gèrent les urgences en matière de santé humaine [...] Le plan demandait également aux deux ministères de coordonner « le système de santé avec les partenaires, notamment : [...] les établissements de SLD ».

La ministre de la Santé, Christine Elliott, a reconnu devant la Commission qu'il lui incombait en dernier ressort de veiller à ce que la province dispose d'un plan pour faire face à une crise sanitaire. Quant au médecin hygiéniste en chef (MHC), il a dit à la Commission qu'il lui incombait avant tout de s'assurer que les plans de lutte contre les pandémies sont en place et mis à jour et a indiqué qu'il siège à divers comités provinciaux, territoriaux et fédéraux qui se réunissent à cette fin. Certes, il devrait s'agir là d'une fonction clé pour le plus haut responsable de la santé publique de la province et d'une priorité pour la ministre. (Pour de plus amples informations sur les rôles de médecin hygiéniste en chef et de ministre de la Santé, voir l'annexe B.) Dans ce cas, cependant, comme nous le verrons plus loin, ni l'un ni l'autre n'a veillé à ce qu'un plan complet soit en place.

Qui plus est, le rôle que le ministère des Soins de longue durée devait jouer dans la préparation en cas de pandémie n'était pas clairement défini.

Le solliciteur général adjoint, dont le ministère est responsable du maintien du Plan provincial d'intervention en cas d'urgence, a déclaré pour sa part à la Commission que toute planification en cas de pandémie relevait du ministère de la Santé.

La ministre de la Santé a reconnu sa responsabilité dans ce domaine, mais a déclaré que le ministère des Soins de longue durée était responsable de la planification à l'égard des soins de longue durée. La ministre des Soins de longue durée, la D^{re} Merrilee Fullerton, a dit à la Commission que son ministère devait être intégré au processus de planification du ministère de la Santé. Cependant, la première sous-ministre du ministère des Soins de longue durée a déclaré à la Commission qu'elle n'avait pas été informée de l'intervention d'urgence en cas de pandémie à son arrivée au nouveau ministère et que l'intervention d'urgence n'était pas une question prioritaire pour le ministère dans les mois précédant la pandémie de COVID-19. Lorsque la COVID-19 a pris le dessus, le ministère des Soins de longue durée ne disposait pas de plan de lutte contre la pandémie. Il n'a pas non plus fait d'effort pour communiquer avec les foyers de SLD afin d'y coordonner l'intervention d'urgence (bien que les foyers aient été tenus d'avoir leur propre plan).

Enfin, la ministre des Soins de longue durée a déclaré à la Commission qu'elle n'était pas au courant du plan provincial d'intervention en cas d'éclosion.

Il transparaît dans tout cela qu'il faut clarifier les rôles respectifs des ministères de la Santé et des Soins de longue durée en ce qui concerne la planification des mesures d'urgence – surtout en ce qui concerne les SLD. Les deux ministères doivent veiller à ce que les rôles et responsabilités soient clairs et que les équipes dirigeantes non seulement connaissent ces rôles, mais les appliquent. Ils doivent également veiller à ce que la sécurité des personnes résidant dans les établissements de SLD soit prise en compte dans tout plan provincial de gestion des urgences.

Les plans de lutte existants contre le risque pandémique sont insuffisants

La Commission a d'abord eu du mal à déterminer sur quels plans la province s'appuyait lorsque la pandémie de COVID-19 a commencé. Les témoignages de divers responsables gouvernementaux étaient contradictoires quant au plan utilisé pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Le médecin hygiéniste en chef a fourni des réponses incompatibles avec celles des bureaucrates responsables du ministère de la Santé.

Au final, la province semble à tout le moins avoir eu recours à deux plans pendant la pandémie : le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (POLPG), publié en 2004 et mis à jour pour la dernière fois en 2013, et le Plan d'intervention d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de 2013. Non seulement ces plans n'ont-ils pas été mis à jour, mais ils leur manquent à tous deux des éléments importants qui auraient permis à la province d'être mieux préparée à la COVID-19.

Le POLPG était principalement axé sur la préparation à une éclosion de grippe majeure, comme son nom l'indique. Il partait du principe que « [l]e virus pandémique se comporte comme les virus de la grippe saisonnière à bien des égards, notamment en ce qui concerne la période d'incubation, la période de transmissibilité et les modes de transmission ».

Toutefois, le virus du SRAS-CoV-2, qui cause la COVID-19, ne se comporte pas comme le virus de la grippe. Par conséquent, le traiter comme un virus de la grippe n'est pas une approche efficace.

Le POLPG abordait également de façon limitée plusieurs éléments qui auraient pu aider la province à mieux réagir à une nouvelle menace virale, notamment :

- l'augmentation de la capacité, de la rapidité et de la fiabilité en matière de tests de laboratoire;
- la gestion de la capacité de traçage des contacts;
- l'élargissement de la portée et de l'efficacité du dépistage des virus;
- la mise en équilibre entre les priorités concurrentes, comme la préservation de la capacité des soins actifs et intensifs;
- l'adoption de l'utilisation des soins virtuels; et
- l'adoption d'outils de communication modernes comme la vidéoconférence.

Ni le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe ni le Plan d'intervention d'urgence du ministère ne contenaient de stratégie de communication complète. La section 6.2 du Plan général d'intervention en cas d'urgence du ministère s'intitulait « Guide sur les communications en cas de risque ou d'urgence ». Cependant, le contenu de cette section portait la mention « en préparation ».

Les directives du Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe sur les communications en cas de pandémie ne traitaient que des communications entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les parties prenantes du secteur de la santé, précisant que les autres communications, comme les conférences de presse, n'étaient « pas décrite[s] dans le présent chapitre car elle[s] échappe[nt] à la portée des communications avec le secteur de la santé ». La nécessité de disposer de protocoles de communication publique efficaces en temps de pandémie n'était toutefois pas une nouveauté pour la province à ce stade. En 2003, le rapport provisoire Walker précisait :

Pour faire face efficacement aux éclosions de maladies infectieuses et aux urgences sanitaires, la province doit fournir des informations crédibles, opportunes et, dans la mesure du possible, fondées sur des données probantes au grand public, aux prestataires de soins de santé et au système dans son ensemble.

Comme le démontre l'insuffisance des directives en matière de communication dans les deux plans d'urgence sanitaire du Ministère, l'Ontario n'a que partiellement mis en œuvre cette recommandation dans les années qui ont suivi le SRAS. Comme nous le verrons au chapitre 3, les familles des personnes résidentes des foyers de SLD ont éprouvé de graves difficultés de communication lorsqu'elles ont tenté d'obtenir des renseignements sur l'état de santé de leurs proches. Entre-temps, la confusion a souvent régné dans les foyers de SLD à cause de communications et de directives

fréquentes et non coordonnées des responsables provinciaux et locaux de la santé publique.

La Commission a également entendu une experte en bioéthique, la professeure Jennifer Gibson, qui siégeait à un comité consultatif gouvernemental de bioéthique pendant la pandémie de COVID-19. M^{me} Gibson a déclaré que, bien que le POLPG renfermait certaines informations techniques à même d'aider le gouvernement provincial à gérer une pandémie, le plan était muet quant aux valeurs éthiques fondamentales qui devraient sous-tendre les processus décisionnels pendant une urgence de santé publique. Elle a fait remarquer que la publication explicite de ces valeurs fondamentales est un facteur important pour renforcer la confiance du public dans la réponse du gouvernement à la pandémie. Mme Gibson a également indiqué à la Commission qu'un tel cadre était inclus dans la version 2008 du POLPG, mais qu'il a été retiré de la version de 2013, celle encore en vigueur aujourd'hui.

Enfin, comme nous le verrons plus en détail ci-dessous, le POLPG ne contenait aucune directive particulière portant sur la façon de gérer une pandémie dans le contexte du secteur des SLD.

La Commission a également été informée d'un certain nombre d'autres documents auxquels le gouvernement s'est référé pour répondre à la pandémie de COVID-19. Cependant, ces documents étaient ou bien propres à certaines maladies comme le syndrome respiratoire du Moyen-Orient, ou bien n'ont jamais été rendus publics. Par exemple, en août 2014, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a rédigé un document d'orientation sur la manière dont les parties prenantes du système de santé devraient intervenir dans les nouvelles infections respiratoires émergentes. Pourtant, des responsables du ministère de la Santé ont confirmé à la Commission que ce document était considéré comme « interne » et que les parties prenantes du secteur de la santé n'avaient jamais été informées qu'il devait être utilisé en cas d'éclosion.

Les préparatifs de la province en cas de pandémie de grippe donnaient bien indirectement quelques indications pour répondre à la pandémie de COVID-19, mais cela ne compense pas l'incapacité de l'Ontario à suivre les conseils du juge Campbell et à élaborer un plan d'intervention complet en cas de pandémie causée par un nouveau virus.

Manque d'information relativement aux foyers de SLD

Le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (POLPG) de 2013 – qui était le plan de lutte en vigueur contre la pandémie dans la province au moment de l'éclosion de la COVID-19 – ne contenait pas de directives précises sur la gestion d'une éventuelle pandémie dans le contexte du secteur des SLD, à part l'obligation pour les foyers de signaler les éclosions au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Les versions précédentes du plan, publiées en 2007 et 2008, contenaient un chapitre entier sur ce sujet, mais il a été supprimé de l'édition 2013. Cela montre bien que la

gestion de la pandémie dans le secteur des SLD n'était pas intégrée à la structure globale d'intervention en cas de pandémie de la province.

À titre de comparaison, le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza de 2018 englobait les foyers de SLD dans ses simulations sur la façon dont des pandémies de gravité variable pourraient affecter le système de santé du pays. Il comprenait un avertissement selon lequel les services de SLD pourraient ne pas être bien arrimés aux processus régionaux et locaux de planification en cas de pandémie, créant ainsi des problèmes pour la prestation des soins de santé dans les foyers dans un tel cas. Le plan fédéral soulignait également que les plans et les réponses à une pandémie ne pouvaient ignorer les services de SLD :

Bien que souvent négligés dans une telle planification, ces services [autres services de santé, y compris les SLD] sont néanmoins essentiels à l'atteinte des objectifs de lutte contre la pandémie [...] Il est impératif que ces organisations prennent part à la planification et soient incitées à mettre en place des plans de continuité des opérations pour qu'elles puissent continuer de servir les patients parmi les plus vulnérables avec un minimum d'interruption durant une pandémie.

Bien que le Plan canadien de 2018 ait abordé les préoccupations relatives aux SLD de manière beaucoup plus efficace que son équivalent ontarien, il est important de noter que les versions précédentes du guide fédéral sur la pandémie abordaient plus en profondeur les implications potentielles sur les établissements de SLD.

Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé de 2011 – comme on appelait alors le guide – consacrait une sous-section entière aux recommandations relatives aux activités de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de SLD. On y expliquait que, compte tenu des expériences avec la grippe saisonnière, « il est probable que les personnes résidant [dans les établissements de SLD] seront vulnérables aux complications graves si elles contractent la grippe causée par la souche pandémique ». Le Plan relevait également les différentes façons dont le virus pourrait s'introduire dans les foyers :

Puisque ces établissements sont des communautés relativement fermées, les visiteurs, TS [travailleuses et travailleurs de la santé] et résidents qui ont voyagé ou fait des visites dans la collectivité, ou les résidents nouvellement admis de la collectivité sont habituellement à l'origine de la transmission du virus grippal dans ces établissements.

Comme le démontrera le chapitre 3, plusieurs de ces prédictions se sont réalisées dans des foyers de SLD lors de la pandémie de COVID-19.

Plans de lutte contre la pandémie non mis à jour

Comme nous l'avons déjà mentionné, dans les années qui ont suivi l'éclosion de SRAS, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a créé le Plan d'intervention en cas d'urgence du ministère et le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (POLPG). Le Bureau de gestion des situations d'urgence (BGSU) de l'Ontario a également rédigé deux plans pertinents à une éventuelle pandémie : le Plan provincial d'intervention en cas d'urgence, qui sert à coordonner l'intervention

provinciale globale dans tout type d'urgence, et le Plan provincial de coordination en cas de pandémie de grippe, qui a été élaboré pour gérer les aspects sociétaux plus larges des pandémies de grippe au-delà du système de santé.

En 2007, le vérificateur général de l'Ontario a recommandé que les plans d'intervention en cas de pandémie de la province soient examinés régulièrement et mis à jour au besoin. Le Plan d'intervention en cas d'urgence du BGSU a été mis à jour en 2008, mais pas le Plan provincial de coordination en cas de pandémie de grippe de 2006. En 2009, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a indiqué qu'il avait mis à jour le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe et que le Plan d'intervention en cas d'urgence du ministère était en cours de révision. Les deux ont été mis à jour à nouveau en 2013, mais aucun des deux n'a été modifié depuis. Une mise à jour du plan d'intervention du BGSU a été réalisée en 2019, mais elle n'avait pas été traduite en français ni codée en format accessible au moment où la pandémie de COVID-19 a frappé.

À la fin de 2019, des éléments importants des plans du ministère de la Santé accessibles au public n'étaient plus à jour. Par exemple, la description des rôles et responsabilités du médecin hygiéniste en chef dans le Plan d'intervention en cas d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ne tenait pas compte du fait qu'en 2018, le médecin hygiéniste en chef s'était vu confier des responsabilités supplémentaires à titre de sous-ministre adjoint du groupe de santé publique du ministère de la Santé. En outre, aucun des deux plans ne tenait compte du rôle de la nouvelle entité Santé Ontario, pas plus que de la récente scission du ministère de la Santé et des Soins de longue durée en deux ministères. (Pour de plus amples renseignements sur les rôles et les responsabilités du médecin hygiéniste en chef, du ministre de la Santé et de Santé Ontario, voir l'annexe B.)

Des responsables du ministère de la Santé ont indiqué à la Commission qu'au début de la pandémie, le ministère était encore en train de déterminer le rôle que le ministère des Soins de longue durée nouvellement séparé jouerait dans une éventuelle intervention en cas de pandémie. Diverses personnes engagées dans le secteur des SLD de la province ont également déclaré à la Commission que le ministère des Soins de longue durée était mal préparé au début de la pandémie.

Comme les plans d'intervention en cas d'urgence et de pandémie du ministère de la Santé n'avaient pas été mis à jour au début de la pandémie de COVID-19, le gouvernement ne pouvait pas s'y fier entièrement. Au lieu de cela, ces plans ont été utilisés simplement comme des documents d'orientation lors de la mise en place d'une nouvelle structure de riposte à la COVID-19.

Le médecin hygiéniste en chef a déclaré à la Commission qu'il lui incombait de mettre à jour le plan de lutte contre la pandémie de l'Ontario et que le plan était mis à jour « pour composer avec les urgences sanitaires. » Il a également reconnu que le POLPG n'avait pas été actualisé depuis 2013. Compte tenu des lacunes du plan citées ci-dessus

– en particulier du fait que le POLPG ne contenait pas de directives précises pour la gestion des éclosions dans les SLD – et du fait que la vérificatrice générale de l’Ontario avait recommandé des examens et des mises à jour périodiques du plan de lutte contre les pandémies au besoin, les plans auraient dû être mis à jour et les rôles et les responsabilités du ministère des Soins de longue durée, clarifiés.

En raison de son incapacité à mettre à jour son propre plan de lutte contre les pandémies, l’Ontario a dû consacrer du temps et des ressources, dès le début de l’éclosion de COVID-19, à la mise en place d’une structure d’intervention. Or, il est impossible d’ériger une telle structure et de réagir efficacement à une pandémie en même temps.

Plans de préparation généraux non achevés

À la suite de l’éclosion d’Ebola en 2014–2016, il est devenu évident que la préparation aux situations d’urgence de l’Ontario souffrait, dans l’ensemble, de lacunes majeures. En effet, le médecin hygiéniste en chef de l’Ontario a déclaré à la Commission qu’après la panique causée par l’Ebola, il était évident que la province devait être préparée à toutes les menaces potentielles de maladies infectieuses – pas seulement à la grippe. Dans une présentation au gouvernement de 2016 sur la préparation de l’Ontario en matière de maladies infectieuses, il est indiqué que « [l]es récentes interventions d’urgence face à de nouvelles menaces de maladies infectieuses ont soulevé des préoccupations quant à l’état de préparation du système de santé. » De toute évidence, une nouvelle approche de la planification de l’Ontario en cas de pandémie était nécessaire.

Par conséquent, en 2016, l’Ontario a commencé à travailler sur un nouveau modèle polyvalent de préparation. Le plan « Création d’un système de soins de santé résilient, prêt à l’action » visait à modifier l’approche de l’Ontario en matière de préparation aux situations d’urgence, en passant du maintien de plans individuels d’intervention répondant à des événements ponctuels au maintien d’un plan unique pouvant servir à répondre à tous les risques potentiels. Il permettrait de « relever les défis associés aux futures menaces infectieuses » et d’élargir la préparation de la province en cas de pandémie au-delà du Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe. Dans le document de 2016 concrétisant la première étape de ce processus, « contrer les menaces infectieuses, y compris celle du virus Ebola », on entend par « menace infectieuse » une maladie infectieuse d’importance pour la santé publique qui peut : se propager en Ontario, au pays ou dans le monde et causer de très nombreux cas de maladie; poser un risque pour les travailleuses et travailleurs de la santé et de nuire aux populations vulnérables; être difficile à prévenir; être difficile à traiter. Il convient de noter que la page Web du gouvernement de l’Ontario sur laquelle se trouvent les Exigences provinciales de base pour contrer les menaces infectieuses porte la mention : « [c]e document a été publié sous le régime d’un gouvernement précédent. » Cette mention n’est pas nécessaire. La diffusion de renseignements qui pourraient

contribuer à protéger la sécurité de la population de l'Ontario ne devrait pas être soumise à des considérations partisans.

Le gouvernement actuel a également reconnu les problèmes découlant d'une approche fragmentée de la préparation. Un document d'orientation d'août 2018 indiquait que l'approche actuelle de la province en matière de gestion des « perturbations » avait entraîné :

- **Des niveaux de préparation incohérents dans l'ensemble du système**

Le manque d'attentes cohérentes dans les secteurs de la santé de l'Ontario a créé des niveaux de préparation inégaux. Les rôles, les responsabilités et les processus de base varient considérablement d'une région à l'autre et d'une perturbation à l'autre, selon le secteur et le risque auquel on s'attaque. Cela limite la capacité de planification à long terme et de renforcement des capacités et entraîne la nécessité de redéfinir les rôles et les responsabilités pendant une perturbation.

- **L'absence de réseaux solides pour soutenir la préparation et l'intervention**

Les réseaux de préparation aux urgences sanitaires n'ont pas le même degré de participation à la gestion des perturbations dans tout l'Ontario. La complexité du système de santé provincial rend difficiles le développement et le maintien des liens existants. Cela a une incidence sur la capacité du système à fonctionner et à intervenir dans les moments de crise, lorsque des réseaux formels et informels solides sont essentiels.

- **Une sensibilisation au risque inégale**

Partout dans la province, le « risque » est compris différemment par les diverses entités de santé. L'absence d'un cadre commun qui maintient et intègre l'information nécessaire à la compréhension de la situation limite les possibilités d'intervention précoce et entraîne une approche inégale de l'évaluation des risques.

- **L'absence de gestion globale des ressources**

L'absence d'un cadre directeur pour la gestion des ressources entraîne des problèmes de disponibilité, d'accès, de maintenance et de durabilité des ressources et des fournitures. Bien qu'il existe de nombreuses ressources et fournitures (p. ex., la réserve provinciale), il y a un manque d'uniformité dans leur disponibilité, la façon dont elles sont ou ne sont pas utilisées pendant un incident et la manière dont ces ressources et fournitures sont achetées, entretenues, recyclées ou éliminées.

- **Une approche inégale en matière de formation**

Les approches en matière de formation et d'apprentissage ne sont pas uniformes dans la province et les travailleuses et travailleurs de la santé ne sont pas toujours convaincus d'avoir les bonnes informations pour agir en toute sécurité. Il en résulte des offres de formation ad hoc, un manque de confiance et l'incapacité d'assurer la préparation du système.

Le même rapport soulignait que l'approche de la province en matière de gestion des situations d'urgence continuait de se concentrer sur les dangers connus et était limitée dans sa capacité à faire face aux risques imprévus à l'avenir :

Bien que la planification ciblant des risques précis augmente la capacité du système à réagir efficacement à certains risques, elle limite la capacité de transférer les leçons apprises à d'autres risques et d'apporter des ajustements du système en temps opportun. Cela perpétue la nécessité de planifier pour chaque risque individuellement. Cependant, la planification individuelle pour chaque risque ou incident n'est pas viable étant donné la diversité croissante des risques, et le fait que chaque risque peut avoir une incidence sur la santé de la population ontarienne et sur le système de santé.

Une présentation avec diaporama électronique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de la même année indiquait que les plans de préparation de la province « ne tenaient pas compte de la nature complexe des perturbations et leur capacité à se manifester de façon inattendue ».

Ces préoccupations ont été amplifiées par le fait que l'Ontario connaissait également à cette époque de profonds changements dans son système de santé en général. Il s'agissait notamment de changements structurels au modèle de prestation du système de soins de santé de l'Ontario, comme la création des équipes Santé Ontario (dont il est question plus en détail au chapitre 4 et à l'annexe B), et de compressions budgétaires envisagées à des programmes et organismes comme Santé publique Ontario. Un document interne du gouvernement indiquait que ces changements rendaient d'autant plus nécessaire la mise en place d'un système de santé résilient et prêt à l'action :

- Cette transformation pluriannuelle, en particulier le passage de 20 organismes provinciaux, y compris les RLISS [réseaux locaux d'intégration des services de santé], à Santé Ontario (SO), sera associée à un changement des responsabilités du système, ainsi qu'à des lacunes potentielles en matière de ressources humaines en santé et de connaissances organisationnelles.
- Voilà qui révèle un besoin croissant de planification collaborative continue pour réduire les vulnérabilités aux risques, afin que la population continue de recevoir des services de santé pendant une urgence ou une perturbation.
- Cependant, en l'absence d'un cadre unificateur [de gestion des situations d'urgence], la mosaïque actuelle d'approches fragmentées limite l'état de préparation général du système de santé et sa capacité à soutenir efficacement la transformation du système de santé.

Malgré quatre années de travail stratégique de la part des fonctionnaires, le Système de santé résilient et prêt à l'action n'avait pas été mis en œuvre au moment où la COVID-19 a frappé la province.

Lorsqu'on leur a demandé pourquoi le plan était resté inachevé quatre ans après le début des travaux, ni la sous-ministre de la Santé, Helen Angus, ni la ministre elle-même n'ont pu fournir de réponse précise.

Parallèlement, lorsque l'avocat de la Commission a demandé au médecin hygiéniste en chef s'il était possible que le système de santé résilient et prêt à l'action soit resté inachevé parce que sa réalisation n'était pas une priorité gouvernementale à une époque où la province n'était pas confrontée à une urgence de santé publique, ce dernier a acquiescé.

Quelle qu'en soit la raison, le fait demeure que le Système de santé résilient et prêt à l'action n'était pas prêt à être utilisé au début de la pandémie de COVID-19. Par conséquent, l'Ontario ne disposait pas d'un plan d'intervention en cas de pandémie à jour, testé ou complet sur lequel s'appuyer. Comme nous le verrons au chapitre 3, cela a gravement entravé l'intervention de la province face à la propagation de la COVID-19 dans les établissements de SLD de l'Ontario.

Absence de simulations et de mises à l'essai du plan d'intervention en cas de pandémie

Le rapport final de la Commission sur le SRAS a souligné l'importance d'organiser des exercices de formation pour renforcer la préparation de la province à de futures éclosions. De nombreuses personnes interrogées par la Commission ont également fait remarquer que les simulations et les exercices forment un élément crucial de la préparation aux situations d'urgence.

Par exemple, Jonathan Suk, du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, a expliqué à la Commission l'importance des « exercices de simulation, des exercices d'entraînement et des exercices sur table pour tester les plans et voir s'ils fonctionnent bien dans la pratique, ainsi que pour essayer de repérer les lacunes. » James Scongack, vice-président de direction des affaires générales et des services opérationnels à Bruce Power et responsable de la préparation aux situations d'urgence, a abordé l'importance des exercices qui tiennent compte de l'environnement d'urgence, y compris la communication avec les parties prenantes et le public. Il a expliqué qu'il est essentiel d'effectuer des exercices sur les plans pour que, lorsqu'une crise survient, tout le monde sache quoi faire. De même, le professeur Terry Lum, chef du département de travail social et d'administration sociale de l'Université de Hong Kong, a déclaré à la Commission que les simulations de contrôle des maladies infectieuses sont une pratique régulière dans les établissements de SLD de Hong Kong depuis 2004. Il a noté à titre d'exemple l'un des avantages de ces exercices : lorsque la pandémie de COVID-19 a commencé, le personnel des établissements de SLD savait déjà très bien comment diluer les produits de nettoyage dans les foyers pour fabriquer un désinfectant.

Les exercices et les simulations peuvent révéler les lacunes des plans d'urgence et donner l'occasion de renforcer les plans en conséquence. Compte tenu de l'expérience de la province en matière de SRAS, de grippe H1N1 et d'Ebola, des exercices et des simulations comportant des révisions périodiques des plans de lutte contre la pandémie auraient fourni de nombreuses indications sur les aspects nécessaires pour faire face à une future pandémie.

L'importance de ces exercices a également été portée à l'attention de la province en 2007 par le vérificateur général de l'Ontario, qui a recommandé que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée effectue périodiquement des exercices de simulation pour tester ses plans d'intervention et en confirmer l'efficacité. Le ministère

a bien effectué certains exercices au début, mais ces derniers ne se sont pas poursuivis dans les années qui ont suivi.

En 2017, la vérificatrice générale a noté dans son rapport qu'entre 2012 et 2016, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée avait effectué une simulation d'urgence de base par an concernant la continuité des opérations gouvernementales, mais n'avait effectué aucune simulation de situations d'urgence spécifiques, y compris les pandémies. Encore une fois, la nécessité de ces exercices n'était pas inscrite de manière profonde dans les activités régulières du gouvernement.

En 2019, une nouvelle version du Plan provincial d'intervention en cas d'urgence du BGUO a réaffirmé que « chaque ministre est chargé de mener des programmes de formation et des exercices de gestion des situations d'urgence afin de s'assurer que les employés de la province et les autres personnes sont prêts à agir conformément aux plans d'urgence de leur ministère respectif. »

En 2020, la vérificatrice générale a effectué un suivi de son rapport de 2017. Ce rapport révélait que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée n'avait effectué aucun test du POLPG ou du Plan d'intervention d'urgence du Ministère au cours des trois années précédentes. La vérificatrice générale a également constaté que le BGSU n'avait effectué aucun exercice concernant le Plan provincial d'intervention en cas d'urgence ou le Plan provincial de coordination en cas de pandémie de grippe.

Des responsables du ministère de la Santé ont confirmé à la Commission qu'aucun exercice général de pandémie ni exercice de pandémie lié aux établissements de SLD n'a été mené par le ministère entre 2013 et 2020. Le ministère des Soins de longue durée n'a pas non plus effectué d'exercice de planification qui aurait permis de se préparer à une pandémie et de relever les défis que pourrait rencontrer le secteur des SLD déjà surchargé.

Bon nombre des problèmes rencontrés pendant la pandémie auraient pu et auraient dû faire l'objet de simulations au préalable. Par exemple, il n'y avait aucun plan pour faire face aux pénuries de personnel lorsque les travailleuses et travailleurs de la santé refusaient de se présenter parce qu'elles ou ils étaient malades, craignaient d'attraper la COVID-19 en raison du manque d'équipement de protection individuelle ou devaient prendre soin d'un proche malade ou d'enfants rentrés de l'école. La perte de personnel dans un secteur déjà affecté par l'insuffisance de la main-d'œuvre représentait un danger évident, mais il n'existait aucun plan pour accroître la capacité.

Un groupe de diététistes autorisés qui travaillent dans des foyers de SLD a également informé la Commission que la pandémie de COVID-19, qui a exacerbé les pénuries de personnel préexistantes, a fait en sorte que de nombreuses personnes résidentes ont souffert de malnutrition et de déshydratation, parfois avec des conséquences mortelles. Ils ont fait remarquer que si la province les avait fait participer aux efforts de planification de la façon dont une pandémie pourrait affecter les établissements de SLD, une grande partie de cette souffrance aurait pu être évitée.

De même, on a tardé à régler la question du personnel travaillant dans plusieurs foyers (dont il est question plus en détail au chapitre 3) pendant que l'on se penchait sur les questions de politique relatives à la main-d'œuvre. Cette question n'était cependant pas nouvelle. Le rapport Walker avait relevé le problème du personnel de SLD travaillant dans plus d'un foyer, risquant ainsi de propager une maladie ou un virus.

Il convient de noter ici qu'au moment de la rédaction du présent rapport, le gouvernement de l'Ontario n'avait pas mis en ligne le rapport Walker dans son intégralité. À l'heure actuelle, seule l'introduction du rapport est publiée sur le site Web du gouvernement et, comme pour les Exigences provinciales de base pour contrer les menaces infectieuses, le passage apparaît avec la mention : « Ce document a été publié sous le régime d'un gouvernement précédent. » Il est difficile de voir comment les recommandations prescrites et importantes du rapport peuvent être mises en œuvre si celui-ci n'est pas facilement accessible dans son intégralité. De plus, il n'est ni utile ni nécessaire d'étiqueter les rapports de cette nature comme étant le produit d'un gouvernement précédent. La préparation à une pandémie n'est pas une question partisane et ne doit pas être qualifiée comme telle.

Orientation limitée offerte aux SLD en dehors du plan d'intervention en cas de pandémie

En dehors du Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (POLPG), le gouvernement de l'Ontario a fourni quelques conseils écrits d'une portée limitée aux foyers de SLD sur la prise en charge des infections respiratoires. Ainsi, un document d'orientation datant de novembre 2018 sur le contrôle des éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de SLD reconnaissait que les coronavirus font partie des virus les plus courants à l'origine des éclosions d'infections respiratoires dans ce milieu. La grande majorité du document, cependant, concernait « [l]a gestion des éclosions de grippe ». La seule indication du document pour répondre à l'éclosion d'un nouveau virus était de déclarer que « [d]urant une éclosion causée par des pathogènes nouveaux et émergents... [les foyers de soins de longue durée] devraient suivre les recommandations expressément formulées pour ce pathogène émergent ».

Comme pour le POLPG de 2013 de l'Ontario, le document d'orientation de 2018 contenait des informations utiles pour répondre à la pandémie de COVID-19. Par exemple, il contenait des recommandations concernant les mesures de PCI; l'ÉPI pour le personnel, les personnes résidentes et celles qui leur rendaient visite; les communications avec les familles et les proches; le transfert des malades à l'hôpital si nécessaire; ainsi que l'isolement des malades.

Il n'en demeure pas moins que ces informations étaient principalement axées sur la gestion de la grippe et ne fournissaient pas de directives complètes sur la gestion d'une éclosion attribuable à un nouveau virus. Cela a été confirmé par la chef, Politiques et programmes en matière de maladies infectieuses du Bureau du médecin hygiéniste en chef lors d'un entretien avec la Commission. La chef a déclaré à la Commission que le

document d'orientation de 2018 sur l'intervention en cas d'éclosion de maladies respiratoires dans les foyers de SLD était « spécifiquement axé sur la grippe lorsqu'un membre du personnel ou une personne résidente pouvait être vacciné ou recevoir [des médicaments antiviraux] pour prévenir et réduire la transmission ». Toutefois, lorsque la pandémie de COVID-19 a commencé, les vaccins n'étaient pas disponibles et les traitements antiviraux, d'aucune utilité.

On lui a également demandé si la province avait déjà envisagé une planification qui prendrait en compte une éclosion virale dans les SLD pour laquelle il n'y avait aucun vaccin ou traitement antiviral. En réponse, elle n'a fait référence à aucun plan de la sorte et a dit à la Commission qu'à la suite de la COVID-19, la province avait tiré d'importantes leçons sur la gestion des flambées virales qui ne répondaient pas aux vaccins ou aux traitements antiviraux.

L'Ontario n'avait pas besoin d'attendre que la pandémie de COVID-19 éclate pour réaliser que le secteur des SLD avait besoin de conseils sur la façon de gérer les nouvelles éclosions de virus non traitables par des médicaments antiviraux ou un vaccin. Comme nous l'avons mentionné à plusieurs reprises dans ce chapitre, l'Ontario a reçu de nombreuses mises en garde de la part de plusieurs sources expertes selon lesquelles une nouvelle éclosion virale était une menace crédible. Si ces mises en garde avaient été correctement prises en compte, la province aurait fourni au secteur des SLD des conseils cruciaux sur la façon de faire face à de telles menaces avant que la pandémie ne commence à ravager les foyers de SLD.

Résumé

Le maintien de plans d'intervention en cas de pandémie complets, à jour et testés est un investissement crucial qui doit être fait maintenant pour assurer une préparation adéquate à l'avenir et la protection efficace des personnes hébergées dans les établissements de SLD de l'Ontario. Le plan d'intervention en cas de pandémie du gouvernement fédéral fait écho à cette notion, en précisant que les gouvernements provinciaux sont chargés de veiller à ce que les plans d'intervention en cas de pandémie soient élaborés, testés et mis à jour périodiquement.

Les ressources et les fonds consacrés à la création préalable d'un plan d'intervention en cas de pandémie seront dérisoires par rapport aux sommes qu'une province devra dépenser si elle se retrouve sans plan efficace lorsqu'une pandémie éclatera. Le déclenchement d'une pandémie n'est pas le bon moment pour mettre à jour les plans existants ou en élaborer de nouveaux. Lorsqu'une urgence de santé publique survient, il faut se concentrer sur l'exécution des plans déjà en place.

Hélas, lorsque la pandémie de COVID-19 est apparue, l'Ontario ne disposait pas d'un plan de préparation complet. La province disposait plutôt une série de plans pour la plupart désuets qui, au mieux, offraient une réponse partielle à une pandémie de l'ampleur de celle de la COVID-19. Ces plans inadaptés ont également compromis la

capacité de la province de limiter les effets de la pandémie sur le secteur des SLD. La nature fragmentaire de la planification de la province en cas de pandémie a été résumée succinctement par la ministre de la Santé quand on lui a demandé quels documents de planification seraient applicables à une pandémie comme celle de la COVID-19 :

Je sais qu'un certain nombre de documents ont été mentionnés, mais il n'y avait pas de plan unique pour faire face à une pandémie de cette nature... Ce n'était pas contenu dans un seul document.

Il est révélateur que la personne qui occupait le poste de directrice générale de la protection de la santé de Santé publique Ontario au début de la pandémie ait dit à la Commission qu'elle ne savait pas quel plan le gouvernement de l'Ontario utilisait pour bâtir sa structure d'intervention en cas de pandémie. En effet, elle a indiqué que Santé publique Ontario et le ministère de la Santé s'appuyaient sur deux documents différents. Malheureusement, au fur et à mesure que la pandémie progressait, on ne lui a jamais dit clairement quel plan était utilisé par le ministère de la Santé. Si la responsable de la préparation en cas de pandémie à Santé publique Ontario n'était pas au courant du plan de lutte contre la pandémie, il est compréhensible que de nombreuses personnes du secteur de la santé en général, sans parler du grand public, soient également confuses quant aux plans d'intervention de la province en cas de pandémie.

Lorsqu'une pandémie frappe, la province doit avoir un plan de réponse à jour, testé, complet, clair et regroupé en un seul document. Étant donné que la province n'a pas mis en place un tel plan, la confusion était inévitable. De plus, l'absence d'un plan adéquat à la veille de la pandémie a compromis la capacité de la province de consacrer son attention et ses ressources à la propagation du virus dans les établissements de SLD.

Défaut de maintenir une réserve d'ÉPI

Les mesures résultant de la planification préalable nécessitent des ressources humaines et matérielles. Il s'agit par exemple de prévoir une capacité de pointe en matière de ressources humaines et d'équipement médical, comme les masques N95, les gants, les blouses, les visières et autres équipements de protection, ainsi que d'une source d'approvisionnement sécurisée et d'un système logistique efficace pour les distribuer.

[...]

Le SRAS n'a pas seulement souligné l'importance de disposer d'une structure efficace de gestion des situations d'urgence, mais il a également mis en évidence la nécessité de disposer de quantités suffisantes de fournitures médicales, de chaînes d'approvisionnement sécuritaires et de moyens de distribuer ces fournitures.

– L'honorable juge Archie Campbell, rapport final de la Commission sur le SRAS

Le juge Campbell a compris que la capacité de l'Ontario de protéger sa population pendant une pandémie dépendait de la disponibilité des fournitures médicales nécessaires en cas d'urgence. Pendant un certain temps, le gouvernement a également reconnu qu'une réserve provinciale était un élément central de la préparation provinciale. En 2006, la province a fait l'achat de stocks de fournitures médicales d'urgence, y compris des ÉPI. Cet enthousiasme initial n'a toutefois pas été soutenu et la réserve n'a jamais été entièrement financée. De plus, les ajouts à la réserve étaient épisodiques en ce sens qu'ils répondaient aux menaces sanitaires les plus récentes du moment, au lieu d'être planifiés dans le cadre d'une stratégie de gestion globale. Au début de la pandémie de COVID-19, la grande majorité des stocks était périmée et n'avait pas été remplacée. Ce problème était aggravé par le fait que de nombreux établissements de SLD ne disposaient pas non plus de stocks importants d'ÉPI. Ces deux problèmes conjugués ont contribué à la pénurie désespérée d'ÉPI dans de nombreux foyers de SLD de la province.

Le coût d'une réserve, le prix d'une pandémie

Dans une soumission au Conseil des ministres de 2006, qui demandait 170 millions de dollars pour des initiatives de gestion des éclosions – dont 84 millions de dollars pour la création d'une réserve – on expliquait qu'une pandémie de grippe exercerait des ravages terribles à la fois sur les vies humaines et sur l'économie de l'Ontario. On a prédit que même une pandémie modérée ferait 18 000 morts et aurait des répercussions économiques de 3 à 10 milliards de dollars.

En fin de compte, le coût du maintien des fournitures d'urgence prévu en 2006 a été éclipsé par l'incidence économique de la COVID-19 sur la province. La pandémie de COVID-19 n'a pas été aussi meurtrière que la pandémie de grippe prédite en 2006; elle s'est toutefois avérée beaucoup plus coûteuse. Depuis l'apparition de la COVID-19, le produit intérieur brut (PIB) de l'Ontario a diminué d'environ 5 % de 2019 à 2020 (soit une différence d'environ 45 milliards de dollars) selon des fonctionnaires du gouvernement ontarien. Avant la pandémie, l'Ontario prévoyait que le PIB provincial augmenterait de 3,3 % de 2019 à 2020 (soit 29 milliards de dollars). La différence entre l'augmentation prévue du PIB et la baisse causée par la COVID-19 a entraîné un coût supplémentaire d'environ 74 milliards de dollars entre ce qui était prévu et ce qui s'est produit. (Au moment où ces chiffres ont été présentés à la Commission, ils n'étaient pas définitifs, car la pandémie de COVID-19 se poursuivait et les données de fin d'exercice de 2020–2021 n'étaient pas encore finalisées.)

Le ministre des Finances de l'Ontario a en outre indiqué qu'à la fin du mois de janvier 2021, les dépenses provinciales de l'exercice 2019–2020 à 2020–2021 avaient augmenté de 25 milliards de dollars en raison de la pandémie (cette somme de 25 milliards ne comprend pas la portion de l'Ontario des dépenses fédérales et ne prend pas en considération les coupes prévues qui ont été retardées par cette pandémie). Dans son budget 2021, la province avait affecté 1,4 milliard de dollars pour

l'achat d'équipement de protection individuelle pour les soins de santé et d'autres secteurs – bien loin de l'estimation initiale de 84 millions de dollars de 2006 pour l'acquisition de ce même ÉPI.

L'investissement dans une réserve fournit à la province une ligne de défense cruciale contre les dangers d'une pandémie sous plusieurs angles. Premièrement, la réserve offre une protection à la population en cas de danger sanitaire. Deuxièmement, elle garantit la disponibilité des fournitures lorsque la communauté mondiale recherche les mêmes produits au même moment et que des pressions s'exercent sur les chaînes d'approvisionnement. Troisièmement, sans ÉPI suffisant, les travailleuses et travailleurs de la santé de première ligne – y compris dans les SLD – ne se sentiront pas en sécurité et risquent de ne pas se présenter au travail. En l'occurrence, le manque d'ÉPI en Ontario a fait en sorte que tous ces dangers se sont concrétisés.

Lorsque la COVID-19 a frappé l'Ontario, la plupart des stocks de fournitures d'urgence de la province avaient expiré et étaient en cours d'élimination. En effet, 80 % des stocks étaient périmés en 2017. Or, les gouvernements successifs n'ont pas pris de mesures pour remplacer ces fournitures. Ils ont plutôt consacré trois ans à un examen des politiques afin d'évaluer la meilleure façon d'acquérir et de stocker une réserve future. Au début de la pandémie de COVID-19, l'Ontario était encore en plein dans cette étude – sans plan clair ni échéance pour le remplacement des stocks de fournitures. À la fin de 2019, 90 % des stocks étaient périmés et en voie d'être éliminés. Les fournitures qui restaient étaient principalement destinées à faire face à une éclosion d'Ebola.

Pour comprendre comment cela s'est produit, il faut revenir à la constitution initiale de la réserve et aux décisions successives qui ont abouti à son épuisement avant l'émergence de la COVID-19 – alors qu'on aurait eu désespérément besoin d'une réserve adéquate.

Constitution d'une réserve provinciale

En janvier 2006, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a demandé des fonds pour la création d'une réserve d'ÉPI, déclarant qu'il existait « une préoccupation mondiale concernant la préparation à répondre à une éventuelle pandémie de grippe chez l'être humain ». Le mémoire indiquait que « les experts en santé publique du monde entier prévoient qu'une pandémie de grippe est statistiquement inévitable [...] On prévoit que plus d'un tiers de la population mondiale pourrait tomber malade au cours d'une nouvelle pandémie de grippe. »

La demande de financement était prémonitoire, prédisant ce qui s'est finalement produit en 2020, lorsque les fonctionnaires ont tenté de se procurer des ÉPI en temps de crise :

Le principal problème auquel toutes les administrations seront confrontées lorsqu'elles commenceront à se préparer à une pandémie de grippe est le manque de capacité de pointe pour les fournitures et l'équipement essentiel à la protection du personnel de la santé et des personnes dont ils ou elles s'occupent. Il s'agit d'un problème grave pendant une pandémie, mais

aussi bien avant qu'elle ne commence, car les pays lancent des campagnes de constitution de réserves et sont obligés de se faire concurrence pour des fournitures rares. En outre, de nombreux articles clés sont produits ou nécessitent des composants produits dans des pays asiatiques qui, selon les spécialistes, pourraient être parmi les premiers touchés par une pandémie de grippe.

[...]

Sans équipement de protection individuelle adéquat, les travailleuses et travailleurs de la santé de l'Ontario peuvent être inutilement mis en danger. Le personnel de la santé peut refuser de travailler sans équipement de protection individuelle adéquat. Le niveau de soins qui peut être fourni à la population pendant une pandémie pourrait ainsi être compromis.

La demande de financement et d'approvisionnement de 2006 notait également que la production nationale de nombreux types d'ÉPI dont la réserve avait besoin pour lutter contre une pandémie, comme les masques, les gants et les blouses, était limitée. Étant donné le manque de capacité de production locale, la nécessité d'une réserve était évidente et les dangers de ne pas maintenir une telle réserve, manifestes. En cas de pandémie, la province serait en effet obligée de se procurer les fournitures dont elle a désespérément besoin dans un marché engorgé où l'offre est minimale et les prix exorbitants. Or, comme nous l'avons souligné ici et ailleurs, c'est précisément ce qui s'est passé pendant la pandémie de COVID-19.

La réserve d'ÉPI a été créée plus tard en 2006. Son objectif formel était de contenir suffisamment d'équipement pour « approvisionner le système de santé pendant quatre semaines de réponse à une pandémie de grippe modérée ». La demande de financement de 2006 pour la réserve envisageait précisément les besoins du secteur des SLD, reconnaissant que cette population aurait probablement des taux d'infection plus importants pendant une pandémie.

L'intention initiale de la réserve semble cependant avoir été mal comprise par les principaux responsables gouvernementaux. Dans leurs présentations à la Commission, les fonctionnaires du ministère de la Santé et du Bureau du Conseil des ministres ont décrit la réserve comme un « complément » ou un « filet de sécurité » censé compléter les stocks d'ÉPI des établissements de santé respectifs. Or, ce n'était ni l'un ni l'autre. La réserve devait être un élément indispensable pour sauver des vies en cas de pandémie. En outre, le médecin hygiéniste en chef a déclaré à la Commission que l'ÉPI de la réserve n'était pas destiné aux établissements de SLD, mais plutôt aux petits prestataires de soins primaires qui n'avaient pas un accès suffisant aux chaînes d'approvisionnement. Voilà qui contredit directement l'objectif de la réserve énoncé dans les documents gouvernementaux qui ont conduit à sa création.

Sous-financement, sous-stockage et fournitures qu'on a laissé expirer

Moins d'un an après la création de la réserve, des problèmes liés à son administration ont commencé à poindre. En 2007, le vérificateur général de l'Ontario a signalé que la

réserve contenait seulement 60 % de la quantité d'ÉPI requise et que l'approvisionnement en masques N95 était limité.

Lorsque le vérificateur général a fait le suivi de l'état des stocks deux ans plus tard, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée s'était procuré presque tout l'équipement médical nécessaire, y compris les masques N95, et prévoyait avoir réuni tous les articles nécessaires pour l'automne 2009.

Des fonctionnaires du ministère de la Santé ont déclaré à la Commission qu'à un moment donné entre 2007 et 2008, tous les fonds restants des 170 millions de dollars initialement alloués aux mesures de préparation à une pandémie ont été annulés et réaffectés à d'autres initiatives gouvernementales. En 2010, le gouvernement a cessé de fournir un financement constant pour la réserve. Après l'interruption du financement régulier, les fournitures n'ont été ajoutées à la réserve que par l'entremise de demandes d'approvisionnement individuelles faites en réponse à des événements précis et à des crises sanitaires.

De plus, les articles de la réserve n'ont jamais fait l'objet d'une rotation, par exemple en distribuant les articles plus anciens aux prestataires de soins de santé avant leur expiration de sorte que la réserve reste « à jour ». Au lieu de cela, la réserve était « statique »; en l'absence de situation d'urgence, les ÉPI restaient inutilisés dans la réserve jusqu'à leur expiration. Le médecin hygiéniste en chef a déclaré à la Commission qu'il est préférable de faire tourner le contenu d'une réserve médicale en cas d'urgence de santé publique plutôt que de le garder statique.

Un rapport interne du gouvernement de 2019 examinant l'historique de la réserve a conclu que la décision de 2010 de modifier le financement de « régulier » à « ponctuel » « a limité les possibilités de réaliser des gains d'efficacité dans la gestion du cycle de vie des stocks » et « a eu une incidence sur la capacité de conclure des accords potentiels de réduction des coûts grâce à une stratégie globale de gestion des stocks ». L'analyse a également noté qu'en raison du modèle de financement, « la gestion du cycle de vie des stocks a [...] été difficile et/ou inexistante ».

Des problèmes relatifs au niveau d'approvisionnement de la réserve sont réapparus plus tard dans les années 2010. La demande de financement initiale du ministère de la Santé et des Soins de longue durée au Conseil des ministres détaillait précisément le nombre d'unités de divers types d'ÉPI qui seraient nécessaires pour gérer une pandémie de grippe touchant 35 % de la population générale de l'Ontario et 50 % de la population des foyers de SLD. Ces volumes avaient été calculés par un groupe de travail d'experts. La D^{re} Jennie Johnstone, directrice médicale de la prévention et du contrôle des infections à Sinai Health, a déclaré à la Commission que les quantités de masques prévues en 2006 pour le secteur des SLD auraient été suffisantes pour répondre à la COVID-19.

Le tableau ci-dessous compare la quantité initiale de certains types d'ÉPI demandée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en 2006 aux quantités réelles en stock au 30 octobre 2013 :

Type d'ÉPI	Quantité recommandée (2006)	Quantité réelle (30 octobre 2013)
Masques chirurgicaux	94 000 000	36 545 000
Gants d'examen	42 000 000	40 450 000
Blouses jetables	25 000 000	24 822 000
Lunettes de protection	13 000 000	1 274 000
Lingettes désinfectantes	134 000 000	3 260 815

En juillet 2019, le ministère de la Santé a averti le Conseil du Trésor et le Conseil des ministres de l'Ontario que « [l]a majeure partie des stocks d'approvisionnement et d'équipement du ministère est périmée ». Le médecin hygiéniste en chef a déclaré à la Commission qu'il préconisait également le réapprovisionnement de la réserve, bien qu'il ait noté que sa principale préoccupation était de veiller à ce que l'approvisionnement en antiviraux de la réserve soit augmenté.

Comme indiqué ci-dessus, à la fin de 2019, 90 % des stocks étaient périmés et le gouvernement entreprenait des efforts organisés pour détruire le matériel périmé. Cependant, il ne semble pas que le gouvernement ait pris des mesures correspondantes pour reconstituer les stocks.

Bob Bell, qui a occupé le poste de sous-ministre de la Santé de l'Ontario entre juin 2014 et juin 2018, a déclaré à la Commission que les masques N95 faisaient partie des fournitures ayant été mises au rebut en 2017 et 2018. Il a souligné que la destruction de ces masques n'était « pas une décision judicieuse », car le seul élément potentiellement défectueux des masques périmés était les élastiques, et que les masques eux-mêmes pouvaient encore être utilisés.

Des responsables du ministère de la Santé ont déclaré à la Commission qu'ils ne se souvenaient pas qu'une politique officielle ait été mise en place ou que des demandes d'approvisionnement aient été faites pour réapprovisionner les articles périmés qui avaient été détruits avant la pandémie de COVID-19. Ils ont également déclaré à la Commission que le gouvernement avait reconnu la nécessité de reconstituer les stocks et que des recherches étaient en cours pour déterminer la meilleure façon de le faire.

La ministre de la Santé était également au courant de la destruction des réserves; en 2019, elle a participé à une réunion avec le Conseil du Trésor pour discuter du coût de l'entreposage et de la destruction des stocks périmés. La ministre a dit à la Commission qu'elle savait que la réserve était en cours de destruction et qu'elle était au courant des recherches concernant la réserve et du fait que le réapprovisionnement était à l'étude,

parallèlement à des plans éventuels pour un nouveau processus d'approvisionnement provincial centralisé.

La ministre a également déclaré à la Commission qu'après avoir appris la destruction des stocks, elle s'attendait à ce que ceux-ci soient reconstitués. Cela ne s'est pas avéré être le cas.

Des responsables du ministère de la Santé ont déclaré à la Commission que des recherches sur de possibles politiques de reconstitution des stocks étaient en cours de 2016 à la fin de 2019, mais qu'elles ont été interrompues une fois que la pandémie de COVID-19 a commencé. Ces recherches traînant en longueur, personne n'a pensé à demander la reconstitution des stocks.

L'indécision sur d'autres fronts avant la pandémie a également contribué à la pénurie d'ÉPI. Dans les années qui ont précédé la pandémie, personne au sein du gouvernement n'a veillé à ce que des contrats soient passés avec les fournisseurs d'ÉPI à des prix fixés à l'avance. Au lieu de cela, une fois la pandémie déclenchée, la province a été soumise aux aléas du libre marché, où l'offre était limitée et les prix exorbitants. Un responsable de Sienna Senior Living a déclaré à la Commission que, dès le début de la pandémie, le prix de l'ÉPI a été multiplié par dix.

De plus, le ministère a confirmé à la Commission qu'aucune loi, aucun règlement, ni aucune politique officielle exigeant que le gouvernement provincial maintienne une réserve d'ÉPI n'a jamais été adopté.

Le gardien de la réserve

Au sein du gouvernement provincial, le ministre de la Santé est chargé de s'assurer que les fournitures sont disponibles pour répondre à une crise sanitaire. Cependant, contrairement à la surveillance exercée par le ministre sur les plans de lutte contre la pandémie de l'Ontario – clairement prévue par décret – le poste ayant la responsabilité directe des stocks était souvent variable. La surveillance de la réserve incombe au sous-ministre adjoint (SMA), mais le sous-ministre à qui a été confiée cette responsabilité a changé au fil du temps. De 2018 à 2020, ce rôle a été attribué au médecin-hygiéniste en chef, qui occupait également le poste de sous-ministre adjoint au ministère de la Santé. Pendant cette période, le médecin hygiéniste en chef exerçait la surveillance des stocks, mais uniquement parce que cette responsabilité était liée à son poste de sous-ministre adjoint et non à son poste de médecin hygiéniste en chef.

La Commission a appris que la responsabilité des stocks était officiellement liée à un sous-ministre adjoint et non au médecin hygiéniste en chef, car les stocks relevaient des achats et de l'approvisionnement. Il s'agit là d'une réponse inadéquate à la question de savoir pourquoi le médecin hygiéniste en chef – qui a déclaré à la Commission qu'il avait la responsabilité principale de veiller à ce que les plans d'intervention en cas de pandémie soient en place et à jour – n'avait pas le contrôle des stocks d'urgence nécessaires pour mettre en œuvre de tels plans.

Compte tenu de l'importance des stocks d'ÉPI pour la riposte de la province à la pandémie dans le secteur des SLD, le responsable des plans de la province en cas de pandémie devra également être responsable des stocks à l'avenir. Cette responsabilité doit relever du médecin hygiéniste en chef et non d'un sous-ministre adjoint.

En outre, le médecin hygiéniste en chef devrait être tenu de faire rapport chaque année à la législature sur toutes les questions relatives aux stocks. Un mécanisme devra également être en place pour donner au médecin hygiéniste en chef la prérogative de désigner les ressources et les niveaux de financement nécessaires pour garantir le bon fonctionnement de la réserve.

Réserves insuffisantes dans de nombreux foyers de SLD

Dans le secteur des SLD, les stocks d'ÉPI dans de nombreux foyers étaient également insuffisants. Cette pénurie a aggravé la situation périlleuse créée par l'insuffisance de la réserve provinciale. Lorsque les éclosions de COVID-19 ont commencé dans les foyers de SLD de l'Ontario, de nombreux établissements manquaient d'ÉPI, ce qui exposait le personnel à des risques et leur faisait craindre de venir travailler.

Le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (POLPG) suggérait que les établissements de soins santé maintiennent leur propre approvisionnement de quatre semaines en ÉPI. Des responsables du ministère de la Santé ont déclaré à la Commission que cette suggestion visait à inclure les foyers de SLD. Cependant, des responsables du ministère ont également déclaré à la Commission que le fait, pour les établissements de soins de santé, de conserver leur propre approvisionnement n'était qu'une recommandation et non une obligation légale. En outre, alors que le ministère encourageait les établissements de santé à maintenir leurs propres stocks, un document interne du gouvernement datant de 2013 indiquait que le ministère « n'a jamais fourni de financement ou de soutien » pour ces stocks. La Commission a appris qu'un tel financement et un tel soutien n'étaient pas non plus disponibles pour les établissements de SLD entre 2013 et le début de la pandémie de COVID-19. Une situation regrettable, car ni la province ni de nombreux foyers de SLD n'avaient suffisamment de fournitures lorsque la COVID-19 a frappé.

Alors que certains foyers de SLD disposaient de suffisamment d'ÉPI, beaucoup n'avaient pas une réserve de quatre semaines d'ÉPI en stock dans les années qui ont suivi l'éclosion de SRAS. En 2007, 80 % des bureaux de santé publique de la province ont déclaré au vérificateur général que plus de la moitié des foyers de SLD de leur territoire ne disposaient pas de stocks d'ÉPI suffisant. Le vérificateur général était d'avis que ces faibles quantités étaient en partie attribuables au fait que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée n'avait pas veillé à ce que les établissements de santé soient au courant des recommandations relatives à la constitution de réserves d'ÉPI dans le plan de lutte contre la grippe pandémique. Au cours des 13 années qui ont suivi, peu de progrès ont été réalisés à ce chapitre.

Au début de la pandémie de COVID-19, l'état des stocks des foyers de SLD ne s'était pas amélioré. Des responsables de Sienna Senior Living ont déclaré à la Commission qu'en janvier 2020, leurs foyers avaient près d'une semaine d'ÉPI en réserve. Au début de la pandémie, AdvantAge Ontario, une association à but non lucratif de SLD, d'hébergement et de services aux personnes âgées, a fait parvenir un sondage sur l'approvisionnement en ÉPI à ses membres. Près de la moitié des répondants ont indiqué qu'ils étaient sous-approvisionnés en ÉPI.

De plus, en mars 2020, Santé Ontario a mené un sondage auprès de 44 foyers de SLD de Toronto sur leurs niveaux d'approvisionnement en masques N95, masques chirurgicaux, visières, lunettes de protection, blouses, gants, lingettes et désinfectants. Pour chaque type d'équipement, au moins la moitié des foyers interrogés disposaient d'un approvisionnement de moins de quatre semaines. Alors que certains foyers de SLD ont déclaré à la Commission qu'ils étaient bien approvisionnés en ÉPI au début de la pandémie, la Commission a également entendu de nombreux foyers, personnes résidentes et membres du personnel dire que l'ÉPI faisait défaut au début de la pandémie.

Résumé

Malgré les avertissements qui se sont fait entendre pendant des années de l'état de la réserve d'ÉPI, et même si l'on connaissait parfaitement son importance pendant une pandémie, la réserve d'ÉPI de l'Ontario en 2019 avait été négligée au point de devenir inutile. Si bien qu'à la veille de la pandémie de COVID-19, l'Ontario n'avait pas de réserve et n'était pas prêt à gérer une augmentation de la demande de fournitures médicales essentielles. Comme nous l'avons déjà mentionné, le manque d'ÉPI dans la province a été aggravé par des pénuries supplémentaires dans les foyers de SLD eux-mêmes. En l'absence d'une réserve, de nombreux foyers se sont appuyés sur des pratiques d'inventaire « juste à temps », qui dépendent d'une fourniture suffisante par la chaîne d'approvisionnement ordinaire. Lorsque cette chaîne d'approvisionnement a été perturbée, de nombreux foyers de SLD ne disposaient pas de suffisamment d'ÉPI approprié pour leur personnel.

Ces pénuries d'ÉPI constituaient un autre facteur important qui a nui à la capacité du gouvernement de l'Ontario de réagir avec l'urgence requise par la COVID-19 et ses effets sur le secteur des SLD.

Échec à désigner d'autres sites de quarantaine et d'isolement

En décrivant les horreurs de l'éclosion de SRAS, le juge Campbell a raconté comment, alors que la crise s'intensifiait, les hôpitaux de Toronto se sont trouvés à court d'installations pour isoler et traiter le personnel de la santé ayant contracté le virus. En outre, comme il n'y avait pas d'autres sites d'isolement prédéterminés, la seule option un tant soit peu viable à court terme était un centre de traitement de la tuberculose

centenaire mis hors service en 2001. Cet établissement ne répondait pas aux normes alors en vigueur pour le traitement des maladies respiratoires et « ne pouvait pas offrir des conditions optimales pour traiter en toute sécurité les patients atteints du SRAS ». Alors que les 14 membres du personnel de la santé soignés dans l'établissement ont fini par se rétablir, une employée travaillant dans l'établissement et son époux ont contracté le SRAS et en sont morts peu après.

Cette expérience – une indication claire de l'importance de disposer d'autres sites de quarantaine et d'isolement – n'a pas incité la province à agir. Ainsi, au début de la pandémie de COVID-19, les ministères de la Santé et des Soins de longue durée n'avaient toujours pas désigné d'autres sites d'isolement. Or, dans les mois qui ont suivi, les foyers de SLD ont cruellement eu besoin de tels sites.

Malgré l'incident ci-dessus survenu au cours de l'éclosion de SRAS, le rapport du vérificateur général de 2007 indiquait que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée n'avait toujours pas officiellement désigné d'autres sites de quarantaine ou d'isolement à utiliser en cas de pandémie future. Le rapport recommandait que le ministère veille à ce que les bureaux de santé publique désignent des sites de quarantaine et confirment que ces sites étaient correctement équipés pour être utilisés en cas de besoin.

Dans sa réponse de 2009 à la recommandation du vérificateur général, le ministère a mentionné la mise sur pied cette année-là de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (maintenant Santé publique Ontario), celle-ci lui ayant fait savoir que si des sites de quarantaine pouvaient être nécessaires en cas d'éclosions de maladies inconnues, ils ne l'étaient pas en cas d'épidémie de grippe. Le ministère a également noté que l'Agence avait formulé les recommandations suivantes :

1. que des sites de traitement non hospitaliers soient envisagés pour les personnes symptomatiques qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers, mais n'ont pas accès à l'isolement à domicile;
2. que des critères relatifs à l'emplacement, à la capacité, à l'équipement, à l'approvisionnement et à la dotation en personnel soient élaborés pour ces sites; et
3. qu'un modèle d'accord soit créé pour les bureaux de santé publique afin de leur permettre de négocier l'acquisition des sites auprès de leurs propriétaires.

Enfin, le ministère a indiqué au vérificateur général qu'il avait besoin de temps pour évaluer les recommandations de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé.

La Commission n'a eu connaissance d'aucun fait démontrant que le ministère des Soins de longue durée ou son prédécesseur, le ministère de la Santé et des Soins de

longue durée, a pris des mesures pour trouver d'autres sites d'isolement ou de quarantaine pour les foyers de SLD entre 2009 et la pandémie de COVID-19. Le ministère a plutôt informé la Commission par lettre que, en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, il incombait à chaque établissement de mettre en place des plans d'urgence pour évacuer ou relocaliser les personnes résidentes au besoin. Le ministère a déclaré qu'il effectuait des inspections pour s'assurer que les foyers avaient des plans d'urgence, mais il a expliqué que « les inspections proactives exigeant un examen des plans d'urgence n'existent pas », ces inspections n'ayant eu lieu qu'après une situation d'urgence.

Les documents gouvernementaux discutant des stratégies de réponse à la pandémie lors de la première vague de COVID-19 ont soulevé la perspective de reloger les personnes (déplacement des résidents des soins de longue durée vers un autre endroit), mais aucun plan concret n'a été élaboré. La ministre des Soins de longue durée a déclaré à la Commission qu'elle avait évoqué la possibilité de reloger les personnes hébergées dans les SLD lors d'une réunion avec les responsables de la réponse à la pandémie de la province en avril 2020, mais que « nous n'avons pas pu le faire au cours de la première vague ».

En revanche, la Commission a appris qu'au début de la pandémie, le gouvernement de Hong Kong avait déjà désigné des établissements comme des centres communautaires et des auberges de jeunesse comme « centres de quarantaine ». Les personnes hébergées dans des centres de SLD dont le test de dépistage était positif ont été envoyées à l'hôpital, tandis que les personnes résidentes ayant été en contact avec ces personnes ont été envoyées dans un centre de quarantaine pour surveiller leur état.

La Commission a entendu des spécialistes médicaux dire que plus un foyer de SLD comptait d'occupants, plus le nombre de cas de COVID-19 et les taux de mortalité augmentaient. Ces spécialistes ont également déclaré à la Commission que le maintien d'espaces temporaires pour héberger les personnes résidant dans des établissements de SLD permet de contrôler efficacement les éclosions graves de COVID-19 dans les foyers déjà surpeuplés.

Certains grands établissements de soins de santé ont réussi à utiliser des espaces d'isolement temporaire pour contenir la propagation de la COVID-19 dans les foyers de SLD. L'hôpital régional de Windsor, par exemple, a réussi à créer un centre de traitement temporaire dans un complexe sportif d'un collège local pour héberger les personnes résidant dans des foyers de SLD dont le test de dépistage de la COVID-19 était positif, aidant ainsi les établissements locaux à maîtriser leurs éclosions de COVID-19.

Si l'hôpital régional de Windsor a sans aucun doute fait preuve d'ingéniosité dans la création de son hôpital de campagne, la mise sur pied réussie d'installations d'isolement n'aurait pas dû dépendre uniquement sur l'ingéniosité des directions locales. Finalement, vers la fin de la deuxième vague, le ministère a pris des

dispositions pour mettre en place un autre centre de relocalisation dans la région du Grand Toronto.

L'Ontario aurait dû être en mesure de faciliter ce processus plus tôt en adhérant à la recommandation du vérificateur général et en veillant à ce que les sites d'isolement des établissements de SLD soient désignés et aménagés avant la pandémie. Le fait que la province ne l'ait pas fait représente une occasion manquée de contenir l'incidence du virus sur les personnes résidant dans les établissements de SLD.

Défaut de financer adéquatement Santé publique Ontario

La création d'une agence de santé publique comme Santé publique Ontario (SPO) était l'une des recommandations les plus importantes du rapport de la Commission sur le SRAS. Cependant, le rapport a précisé que toute amélioration du système de santé publique de la province doit s'accompagner d'un financement suffisant :

Donner au système de santé publique davantage de pouvoirs et de responsabilités sans les ressources nécessaires revient à induire le public en erreur et à laisser l'Ontario vulnérable à des éclosions comme le SRAS.

Malheureusement, à partir de 2013, le financement de l'organisme est resté inchangé pendant huit ans, alors même que ses coûts augmentaient. En privant l'agence de financement, la province a entravé la capacité de Santé publique Ontario de fournir au secteur des SLD de l'Ontario des services d'intervention essentiels dès le début de la pandémie de COVID-19. (Les rôles et les responsabilités de SPO sont décrits plus en détail à l'annexe B.)

Le financement de base de SPO pour couvrir les dépenses opérationnelles de l'exercice 2013–2014 était de 148 millions de dollars. Ce chiffre n'a pas augmenté dans les années qui ont précédé la pandémie de COVID-19, malgré le fait que les demandes en ressources de l'organisme, comme les tests de laboratoire, augmentaient d'année en année. Le personnel de SPO a réitéré ce sentiment à la Commission, en soulignant que l'organisation souffre d'un « sous-financement chronique ».

En 2017, SPO a fait part de ses préoccupations concernant son financement dans son plan d'activités annuel, soulignant que son risque organisationnel le plus élevé était un « [m]anque de financement durable pour continuer... à répondre de manière exhaustive aux nouvelles menaces pour la santé publique ». En particulier, SPO a indiqué que le manque de financement l'obligerait à réduire son personnel et à réaffecter des fonds provenant d'autres programmes de santé publique afin de répondre à la demande croissante de ses services de laboratoire. Le gouvernement a bien annoncé qu'il entreprendrait des efforts pour moderniser et rationaliser SPO en 2019, mais ce projet n'a pas été accompagné d'une augmentation du financement.

En raison du manque de financement, SPO a dû procéder à des compressions simplement pour composer avec les effets de l'inflation. La Commission a également

appris que le manque de financement a empêché l'organisme de réparer ses infrastructures vieillissantes et de mettre à jour sa technologie de laboratoire :

Surtout, le fait de ne pas avoir accordé de financement supplémentaire à SPO a obligé l'organisme à réduire ses effectifs, en supprimant 130 postes équivalents temps plein, notamment du personnel de laboratoire et des épidémiologistes, entre 2014 et 2020. En décembre 2019, l'agence a déclaré avoir réalisé des économies de 13 millions de dollars attribuables à l'élimination de 110 postes à temps plein. Le plan pour l'avenir consistait à supprimer 53 postes vacants à temps plein et à mettre à pied 33 autres membres du personnel à temps plein. Entre l'automne 2019 et la fin de 2020, au moins 10 cadres supérieurs ont quitté l'agence.

De plus, les spécialistes de la PCI de l'agence, qui travaillaient officiellement dans une division autonome de prévention et de contrôle des infections de Santé publique Ontario, ont été intégrés en janvier 2020 à la division des maladies transmissibles de l'agence. La Commission a appris que cette intégration avait gravement affecté le moral de l'équipe de PCI. Dix spécialistes chevronnés de la PCI ont ainsi quitté l'agence entre mars et novembre 2020. Un ancien membre du personnel de SPO a déclaré à la Commission que des difficultés budgétaires ont empêché l'agence de remplacer les spécialistes de la PCI ayant démissionné.

En 2019–2020, SPO a été informée que son budget devait être réduit de 9 %, ce qui a encore exacerbé la pression budgétaire. L'agence faisait face à un déficit de 25 millions de dollars pour l'exercice 2020–2021. De nouvelles compressions budgétaires étaient au programme, avec une réduction prévue de 18 % d'ici 2022–2023.

Durant la pandémie, SPO a participé à l'évaluation et à l'amélioration de la PCI et à la réponse à la crise grâce à son expertise. Cependant, un ancien membre du personnel de l'agence a déclaré à la Commission que les compressions budgétaires avaient amené les spécialistes de la PCI à jouer un rôle moins important dans le soutien des SLD pendant la pandémie qu'ils ne l'auraient fait autrement. L'agence avait longtemps été négligée et la perspective de nouvelles compressions a sans aucun doute incité des membres du personnel talentueux à chercher des occasions ailleurs à un moment où la province avait besoin que tout le monde soit mobilisé.

Non-respect des recommandations relatives à la réforme du secteur des laboratoires

En plus de ses recommandations sur le financement de la santé publique, le rapport de la Commission sur le SRAS a également évoqué l'importance de veiller à ce que l'Ontario dispose d'installations de laboratoire en nombre suffisant avant le début d'une pandémie :

La capacité d'un système de laboratoire à répondre à une éclosion de maladie infectieuse doit précéder toute éclosion à venir, car il est impossible de créer cette capacité pendant une éclosion. [...] La capacité de laboratoire est comme le reste de la santé publique : son importance n'est

pas appréciée. On ne ressent pas non plus l'incidence de ses lacunes, jusqu'à ce qu'une éclosion se déclare et qu'il soit déjà trop tard pour agir.

Dans les années qui ont précédé la pandémie de COVID-19, le gouvernement a été l'objet de plusieurs avertissements sur l'état de son réseau de laboratoires, en particulier la nature fragmentée de sa gestion et de son financement – mais bon nombre des recommandations ont été ignorées.

En 2015, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a convoqué un groupe d'experts pour faire rapport sur le réseau de laboratoires communautaires de la province. Le rapport recommandait que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée établisse un point focal pour la surveillance et le leadership de tous les laboratoires de la province. En 2017, la vérificatrice générale de l'Ontario a suivi les progrès du ministère à l'égard de cette recommandation. Elle a fait remarquer que, bien que le ministère eût créé une direction chargée de superviser les laboratoires communautaires de la province, aucun effort n'avait été fait pour consolider la surveillance de ces installations avec les autres laboratoires en activité dans la province. Ceux-ci comprenaient les laboratoires de SPO, des hôpitaux et des médecins en cabinet, qui fonctionnaient tous en cloisonnement, selon différentes structures de gouvernance et de reddition de compte.

Le rapport de 2017 de la vérificatrice générale a également cité des problèmes supplémentaires causés par la gestion fragmentée de son réseau de laboratoires par la province. En particulier, le rapport constatait que :

- les hôpitaux réduisaient le nombre de tests qu'ils effectuaient et envoyaient les tests qu'ils ne faisaient pas aux laboratoires de SPO ou aux laboratoires privés;
- dans certains cas, les délais de traitement auraient pu être raccourcis si les hôpitaux avaient effectué eux-mêmes les tests au lieu de les faire faire par SPO; et
- les laboratoires privés avaient la capacité d'effectuer plus de tests, mais ils en étaient empêchés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

La vérificatrice générale a recommandé que le ministère mette en œuvre un système de suivi des laboratoires de la province (SPO, hôpitaux et laboratoires privés); qu'il détermine quels types de tests étaient réalisés le mieux selon chaque type de laboratoire; et qu'il ajuste le financement en conséquence. Lorsque la vérificatrice générale a fait le suivi de ces recommandations en 2019, elle a constaté que peu de progrès avaient été réalisés.

Au début de la pandémie de COVID-19, l'Ontario n'avait pas réussi à créer un réseau de laboratoires interconnectés qui aurait permis aux laboratoires publics, hospitaliers et privés de travailler de concert pour lutter contre une pandémie. Comme l'a noté la ministre de la Santé dans son journal en mai 2020 : « Au début de la COVID-19, l'Ontario ne disposait pas d'un système de laboratoires bien intégrés pour faire face

à une pandémie ou à toute autre situation sanitaire nécessitant un grand nombre de tests ». La ministre a ajouté que c'était l'une des raisons pour lesquelles l'Alberta a pu « devancer l'Ontario et les autres provinces en termes de nombre de tests ». Un document interne du gouvernement traitant de la réponse du ministère de la Santé à la pandémie de COVID-19 a également noté que le manque de capacité de laboratoire a entravé la réponse du ministère et que « le système [de laboratoires] existant a conduit l'Ontario à prendre du retard dès le départ dans sa capacité à tester et à traiter les analyses ».

Les étapes pour créer un tel réseau n'ont commencé qu'en mars 2020 – après que la pandémie de COVID-19 eut submergé le système de laboratoires de la province. Comme nous le verrons au chapitre 3, les foyers de SLD ont dû faire face à de nombreuses difficultés pour obtenir des tests à grande échelle et des résultats rapides pendant la pandémie de COVID-19. Certains foyers ont dû avoir recours à des laboratoires privés dont les délais de traitement étaient longs, car les tests dans les hôpitaux partenaires n'étaient pas disponibles. D'autres foyers ont indiqué que les résultats des tests prenaient entre quatre et sept jours pour être communiqués, et que certains résultats ont été perdus.

Ces retards sont encore aggravés par le fait que de nombreux foyers ont été contraints de recourir à une technologie désuète pour recevoir les résultats des tests. Ainsi, certains établissements recevaient les résultats par télécopieur un à la fois avec des lettres d'accompagnement individuelles, alors que d'autres recevaient les résultats par la poste. De plus, selon le sous-ministre des Soins de longue durée, en février 2020, environ un tiers des foyers de SLD n'avaient pas accès au réseau en ligne de résultats de tests de laboratoire de la province.

Si les recommandations de la Commission sur le SRAS concernant l'infrastructure de laboratoires et les examens systémiques recommandés en 2015 et 2017 avaient été mises en œuvre rapidement, l'Ontario aurait très bien pu disposer d'un système de laboratoires centralisé efficace, prêt à répondre à la hausse de la demande de tests causée par une pandémie – en particulier le besoin urgent de tests rapides dans les foyers de SLD. Au lieu de cela, le système de laboratoires de l'Ontario a été miné par des retards et des arriérés. Toutefois, en raison des résultats tardifs des tests, il a été difficile, voire impossible, pour les foyers de SLD d'identifier et d'isoler efficacement les personnes résidentes qui avaient contracté la COVID-19.

Conclusion

L'Ontario... n'a pas tenu compte de nombreux signaux d'alarme. À maintes reprises, des failles systémiques ont été signalées; à maintes reprises, les mêmes problèmes qui s'étaient déjà manifestés pendant le SRAS ont été prédits; et à maintes reprises, les avertissements ont été ignorés.

Le gouvernement de l'Ontario se trouve devant un choix clair. S'il a la volonté politique nécessaire, il peut faire l'investissement financier requis et prendre un engagement à long terme

en faveur d'une réforme impérative pour ramener la protection conférée par la santé publique contre les maladies infectieuses à un niveau raisonnable. Sinon, il peut apporter quelques changements ici et là, faire un investissement symbolique, puis attendre l'hécatombe, la maladie, la souffrance et la catastrophe économique qui viendront dans le sillage de la prochaine écloison.

La force de la volonté politique du gouvernement se mesurera dans les mois à venir par ses actions et ses engagements à long terme.

– L'honorable juge Archie Campbell, rapport final de la Commission sur le SRAS

Il est effarant de constater que le passage ci-dessus – publié il y a plus de 13 ans – est encore d'actualité.

Dans les années qui se sont écoulées entre l'écloison du SRAS et la pandémie de COVID-19, les gouvernements provinciaux successifs de l'Ontario ont regardé passer la pandémie de H1N1 et la panique engendrée par Ebola sans apporter les améliorations tangibles nécessaires à la préparation pandémique de la province. Les gouvernements provinciaux successifs n'ont pas fait les investissements financiers nécessaires ni pris les engagements à long terme qui auraient permis à la province d'être mieux placée pour faire face à une pandémie causée par un nouveau virus. La volonté politique d'offrir une protection réelle à la population de l'Ontario était absente. Et ce sont les plus vulnérables de la province – les personnes résidant dans les établissements de SLD – qui ont le plus souffert de cette situation.

Comme nous l'avons indiqué au début de ce chapitre, le fait que la COVID-19 ait été causée par un nouveau virus n'excuse pas le piètre état de préparation de l'Ontario à une pandémie à la veille de la crise. Des éléments fondamentaux de la préparation faisaient défaut. Les plans de la province en cas de pandémie étaient désuets, non testés et insuffisants. La réserve d'équipement de protection individuelle de l'Ontario avait été laissée à l'abandon et de nombreux articles étaient périmés. Les cris d'alarme lancés par les spécialistes et les organismes gouvernementaux pour trouver d'autres sites d'isolement et réformer le secteur des laboratoires de la province avant la prochaine pandémie ont été ignorés. Des années de sous-financement ont laissé Santé publique Ontario en manque d'effectifs comme de moyens d'agir.

Aucun gouvernement n'aurait pu être entièrement préparé à gérer tous les aspects d'une pandémie comme celle de la COVID-19, en particulier dans le contexte difficile du secteur des SLD. Cependant, à maintes reprises depuis l'écloison du SRAS en 2003, des spécialistes de la santé et d'autres organismes publics ont imploré plusieurs gouvernements de l'Ontario de prendre des mesures qui auraient sans aucun doute laissé la province dans une bien meilleure position pour le faire. Malheureusement pour les personnes résidant dans les foyers de SLD, la volonté inébranlable de ces spécialistes et organismes publics de faire en sorte que la province soit prête à faire face à une pandémie a constamment dû céder le pas à d'autres priorités.

Il s'agit d'une tendance qui doit cesser dès maintenant.

Si le SRAS était un précurseur de la COVID-19, il est effrayant de penser à ce qui pourrait nous attendre au détour. L'Ontario doit se préparer de façon délibérée et systématique à protéger ses personnes les plus vulnérables. Il a besoin d'un leadership politique soutenu et d'une attention particulière pour se préparer à affronter la prochaine pandémie, quelle qu'elle soit.

Des voix de la ligne de front

« ... que font le ministère, la Santé publique et le foyer pour s'assurer que la surveillance de ces foyers est suffisante, et la préparation aux pandémies ou autres problèmes d'urgence qui surviennent[?] »

– Membre de la famille d'une personne hébergée dans un foyer de SLD

« ... une crise survient dans n'importe quelle épidémie. Ça pourrait être une grippe. Ça pourrait être une guerre. Ça pourrait être une catastrophe physique. Mais voir non seulement les soins de longue durée, mais aussi le pays tout entier devant une telle absence de préparation à cette crise me préoccupe vraiment, vraiment beaucoup. »

– Membre de la famille d'une personne hébergée dans un foyer de SLD

« ... durant les premières semaines de l'épidémie, les directives pour l'ÉPI allaient dans tous les sens. Chaque jour, chaque minute de la journée, ça changeait. Un jour, c'était porter le masque, et ne pas en porter le lendemain. C'était porter une blouse et un masque pendant toute la durée de votre service, dans toutes les chambres et à l'extérieur de toutes les chambres, et le contraire. Ça partait dans tous les sens. Tout ce que nous avons appris sur l'enfilement et l'enlèvement était jeté par la fenêtre. »

– Membre du personnel des soins de longue durée

« Combien de PSSP, combien de travailleuses et de travailleurs de la santé doivent mourir parce que nous n'arrivons pas à nous organiser? Je ne pense pas que nous devons être – nous ne devrions pas avoir à mourir pour faire notre travail. Il doit donc y avoir un plan d'isolement réalisable, vraiment réalisable. »

– Membre du personnel des soins de longue durée

« D'autres changements qui auraient dû être mieux mis en œuvre seraient les consignes émanant du gouvernement... parce qu'apparemment beaucoup de ces règles viennent du gouvernement. Elles semblent se produire le vendredi et vers 16 heures. Et lorsque nous essayons de poser des questions à nos responsables, on nous répond : "oh, eh bien, ça peut attendre jusqu'à lundi." Et on nous dit de suivre ces instructions lorsque nous avons des questions pour la fin de semaine. Donc... nous ne savons pas si nous le faisons correctement, pas correctement, ou quoi. »

– Membre du personnel des soins de longue durée

Chapitre 3 : La crise de la COVID-19 dans les soins de longue durée

Début mars 2020, lorsque les premiers cas de COVID-19 sont apparus en Ontario, le secteur des soins de longue durée (SLD) n'était pas prêt pour une pandémie. Les lacunes systémiques de longue date du secteur, évoquées plus haut dans le présent rapport, ont été mises en évidence de manière flagrante lorsque des foyers disposant de personnel, de formations et de ressources limités ont dû faire face à des éclosions qui se sont propagées à une vitesse effarante.

Cette vulnérabilité préexistante a été aggravée par un manque de préparation de la part de la province. Comme nous l'avons vu au chapitre 2, la province n'avait pas planifié un tel scénario ni effectué d'exercices de préparation, malgré des avertissements clairs sur la réalité probable d'une pandémie. Cela a entravé l'intervention de la province, en particulier dans ses foyers de SLD.

Ces lacunes ont eu des conséquences bien réelles – et tragiques. Avant d'examiner comment la COVID-19 s'est installée en Ontario et les facteurs clés qui ont influencé la transmission du virus dans les SLD, ce chapitre commencera par un examen attentif de deux foyers qui en ont subi les conséquences. Si les expériences décrites ci-dessous touchent deux foyers en particulier, elles ne sont pas uniques. En effet, de nombreux autres foyers et leur personnel, les familles et les proches hébergés ont fait part d'histoires similaires à la Commission.

L'absence de préparation à une pandémie et la situation lacunaire des SLD ont coûté des vies et causé des difficultés et des souffrances incommensurables aux personnes hébergées comme au personnel soignant. Leur douleur et leur souffrance, ainsi que celles des familles et de leurs êtres chers, ne doivent pas être ignorées. Il ne faut pas permettre que la situation ayant causé cette douleur et cette souffrance se reproduise.

Comme une traînée de poudre : la propagation de la COVID-19

Le 3 avril 2020, un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 a été signalé au Dr Robert Kyle, le médecin hygiéniste de la région de Durham. Le sujet était un membre du personnel d'Orchard Villa, un foyer de SLD de 233 lits situé à Pickering. Six jours plus tard, le 9 avril, le premier cas chez une personne résidente était signalé. Au cours des semaines suivantes, la COVID-19 allait se répandre comme une traînée de poudre parmi les personnes hébergées comme le personnel.

Le soir du 12 avril, le standard téléphonique de Lakeridge Health – l'hôpital local – a reçu un appel inhabituel : Orchard Villa appelait à l'aide, en raison de la réduction des effectifs et de la détérioration de la situation. Le 13 avril, le D^r Kyle a signalé l'éclosion à la Direction de l'inspection du ministère des Soins de longue durée (MSLD). Entre le 13 et le 17 avril, le D^r Kyle a rencontré des responsables de Lakeridge Health, du ministère de la Santé (MS) et d'Orchard Villa pour faire le point sur la situation.

Même si la pandémie datait déjà de quelques semaines, le D^r Kyle a fait remarquer que la Direction de l'inspection du MSLD « brillait par son absence ». Le 17 avril, alors que la situation s'aggravait, le D^r Kyle et Lakeridge Health ont déployé une équipe de prévention et de contrôle des infections (PCI) à Orchard Villa pour effectuer une évaluation. Le 19 avril, 80 % du personnel était infecté et 98 personnes résidentes avaient reçu un résultat positif à un test de dépistage. Seize personnes résidentes étaient déjà mortes.

Il était urgent d'intervenir. Le 19 avril, en l'absence de tout précédent clair à cet effet, le D^r Kyle a passé en revue les pouvoirs que lui conférait la *Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS)* et a proposé de les utiliser pour stabiliser la situation. L'article 29.2 de la *LPPS*, rédigé à la suite de l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003, donnait en effet aux médecins hygiénistes locaux le pouvoir d'ordonner à un hôpital de prendre les mesures nécessaires pour riposter à une éclosion.

Le D^r Kyle et Lakeridge Health étaient conscients que cette mesure serait la première de ce type appliquée pendant la crise de COVID-19 – la première fois que l'autorité conférée par la *LPPS* servirait à placer un foyer de SLD sous le contrôle d'un hôpital. Ils savaient également que l'article 29.2 peut faire l'objet d'un appel, et qu'un faux-pas pourrait bien entraîner une longue bataille juridique.

Par conséquent, le D^r Kyle et Lakeridge ont demandé à un conseiller juridique de se pencher sur l'article 29.2 et de rédiger un ordre qui permettrait à l'hôpital d'assumer la gestion du foyer. Ils ont également consulté un avocat du ministère de la Santé. Orchard Villa a coopéré dans cette démarche, évitant ainsi qu'un appel vienne mettre des bâtons dans les roues. Tout de même, le D^r Kyle avançait, comme il l'a dit à la Commission, « un peu à l'aveuglette ». Il savait néanmoins qu'il fallait agir.

Le D^r Kyle a donc signifié un ordre en vertu de l'article 29.2 de la *LPPS* le 21 avril, et l'équipe de Lakeridge a débarqué à Orchard Villa le lendemain. La Commission a appris que dès qu'ils ont franchi la porte du foyer, les membres de l'équipe ont constaté la présence de problèmes. L'affichage adéquat était absent. Le personnel avait manifestement une mauvaise compréhension de l'utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle (ÉPI). Le chef d'équipe a décrit « des images très choquantes,

des masques, des blouses, des gants portés en double plus ou moins tout le temps, justement ce qu'il ne faut pas faire avec l'ÉPI. »

Les personnes en service étaient si peu nombreuses qu'elles n'arrivaient pas à garder le foyer propre. Il y avait des déchets partout et rien ne semblait avoir été nettoyé. Pour stabiliser la situation, le foyer a dû subir un nettoyage en profondeur, qui a coûté presque 500 000 \$.

Orchard Villa est un bâtiment de type « C », l'un des plus anciens types de foyers de la province. À l'intérieur, ses différentes pièces et aires communes étaient reliées entre elles. À l'arrivée de l'équipe de Lakeridge, toutes les portes intérieures étaient ouvertes et les personnes résidentes circulaient librement d'une pièce à l'autre, ce qui augmentait le risque que le virus se propage entre personnes bien portantes et malades. Il était évident, selon Lakeridge, que les personnes résidentes étaient incapables de se protéger correctement en portant un masque.

Les effectifs du foyer s'étaient effondrés à environ 20 à 25 % du niveau normal. Les membres du personnel positifs à la COVID – y compris le responsable désigné de la coordination de la PCI – s'isolaient à la maison. D'autres refusaient de se présenter au travail par crainte pour leur propre sécurité et celle de leur famille. Ceux et celles qui restaient faisaient ce qu'ils pouvaient dans les circonstances, malgré leur épuisement psychologique et le fait qu'ils étaient débordés.

En l'absence de plan provincial pour faire face à une telle situation dans plusieurs foyers, le gouvernement a envisagé de faire appel à l'armée. La possibilité d'une intervention militaire avait été envisagée dès la mi-avril, mais le premier contingent des Forces armées canadiennes n'est entré en service à Orchard Villa que le 28 avril. Pendant que la province mettait au point la logistique avec les militaires, d'autres personnes hébergées sont mortes. Ainsi, pendant la première vague de la pandémie de COVID-19, 70 personnes sont mortes à Orchard Villa.

Bien qu'Orchard Villa ait été particulièrement touchée par la COVID-19, elle n'était pas la seule à connaître des difficultés. S'efforçant d'endiguer les progrès du virus lors de la première vague, la province a continué à peaufiner sa structure de riposte tout au long du mois d'avril, alors que la COVID-19 ravageait les SLD. Mais en raison de son manque de préparation, la province courait après le train au lieu de l'arrêter.

À la fin du printemps, les foyers – travaillant de concert avec les hôpitaux, les bureaux de santé publique (BSP) locaux, Santé publique Ontario et la province – sont parvenus à maîtriser les éclosions. Puis, au cours de l'été, une accalmie s'est produite.

Cela n'a pas duré.

Les préparatifs de la province n'ont pas réussi à protéger de la deuxième vague les personnes hébergées dans le secteur des SLD. En fait, la deuxième vague a été pire.

La deuxième vague

Le 23 novembre 2020, après qu'un membre du personnel eut reçu un résultat positif à un test de dépistage, une éclosion de COVID-19 s'est déclarée au Sunnycrest Nursing Home à Whitby. Le test avait été administré le 18 novembre, mais les résultats ont mis près d'une semaine à arriver. Whitby est également située dans la région de Durham et donc, une fois de plus, Lakeridge Health et le D^r Kyle ont été appelés à la rescousse.

Anticipant cette deuxième vague qui était attendue, le ministère des Soins de longue durée avait rédigé et distribué un sondage d'autoévaluation à tous les foyers. Sunnycrest y avait répondu et l'avait retournée à la Région de l'Est de Santé Ontario, comme indiqué. Au cours de l'été, la Région de l'Est de Santé Ontario a rédigé un rapport à l'intention du ministère identifiant Sunnycrest comme l'un des foyers de Durham les moins préparés à faire face à une deuxième vague. Malheureusement, ni Lakeridge Health ni le D^r Kyle ni la Direction de l'inspection du ministère n'ont reçu le résultat du sondage ou l'avis de Santé Ontario. Ni Lakeridge ni le D^r Kyle n'ont été invités à prendre des mesures suite au sondage.

Au moment où la deuxième vague s'est déclenchée, le ministère avait mis au point une procédure relative aux foyers en situation de crise. En utilisant les dispositions de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, la province a émis soit des ordres de gestion obligatoire, soit des ententes de gestion volontaire qui permettaient aux hôpitaux de prendre en main la gestion d'un foyer dans le cas d'une éclosion non maîtrisée. Lakeridge Health est entré à Sunnycrest le 27 novembre en réponse à un appel à l'aide. L'équipe est restée sur place tous les jours jusqu'au 3 décembre, date à laquelle elle a pris en charge le foyer en vertu d'une entente de gestion volontaire.

Lakeridge a constaté à Sunnycrest des problèmes similaires à ceux observés à Orchard Villa quelques mois auparavant. L'équipe de Lakeridge a déclaré à la Commission qu'à son arrivée, des procédures de dépistage insuffisantes étaient en place à l'entrée et étaient effectuées par une adjointe administrative qui ne portait pas d'ÉPI adéquat. Le personnel n'était pas certain de l'ÉPI à porter ni comment l'enfiler ou l'enlever correctement. Dans l'ensemble, Lakeridge a constaté que l'ÉPI était en nombre insuffisant et que les protocoles de PCI de base n'étaient pas en place. La Commission a appris qu'il n'y avait pas de « liste nominative » indiquant quelles personnes résidentes avaient reçu un résultat positif ou négatif, ce qui rendait difficile l'identification et la séparation des malades des personnes bien portantes. Il n'y avait personne en charge de la PCI – le responsable de la PCI du foyer était tombé malade et était en arrêt de travail. Lakeridge a dû faire venir du matériel pour prendre les signes

vitaux, car il n’y avait pas de matériel fonctionnel dans le foyer. On a aussi fait venir des thermomètres à infrarouge, car il n’y avait pas de thermomètres en état de marche sur place.

Comme cela avait été le cas à Orchard Villa, les effectifs se sont effondrés alors que l’éclosion battait son plein. Le personnel était si peu nombreux que l’équipe de Lakeridge est intervenue pour aider à la distribution des médicaments. Afin d’augmenter les effectifs, on a aussi fait appel à la Croix-Rouge.

Comme à Orchard Villa, la maladie s’est rapidement propagée à Sunnycrest. Sept jours après la déclaration de l’éclosion, on dénombrait 80 cas parmi les personnes hébergées et le personnel. Un grand nombre de ces infections se sont produites dans le délai de cinq jours qui s’est écoulé entre le test de dépistage positif du premier membre du personnel le 18 novembre et l’arrivée du résultat de ce test le 23 novembre. Un délai plus court pour ce test aurait pu sauver des vies.

Vingt-neuf personnes résidentes de Sunnycrest sont mortes. L’une d’entre elles, Violet « Lorraine » Anderson, souffrait de démence, mais elle reconnaissait ses proches, pouvait marcher sans aide et était capable de s’occuper de ses besoins personnels. Lorsque sa fille lui a rendu visite le 21 novembre, après avoir enfilé un ÉPI complet, M^{me} Anderson était de bonne humeur. Cinq jours plus tard, M^{me} Anderson a reçu un résultat positif au test de dépistage. Quatre jours après, sa famille a été informée qu’elle allait probablement mourir dans les jours qui suivaient. Mais M^{me} Anderson était une battante : en décembre, elle a échappé aux griffes de la mort cinq fois. Le virus a néanmoins privé M^{me} Anderson de sa capacité de communiquer par vidéo, de reconnaître les membres de sa famille et de comprendre ce qui lui arrivait. Elle ne pouvait plus parler. Pour éviter de la bouleverser, et après avoir consulté le personnel médical sur place, les membres de sa famille ont donc pris la décision déchirante de ne plus l’appeler. Ils n’étaient pas présents dans la pièce, au téléphone ou par vidéo lorsqu’elle est décédée. Elle est morte seule dans sa chambre le 30 décembre 2020.

Trop de personnes dans la province ont vécu des expériences similaires. Au 14 mars 2021, les personnes hébergées dans les foyers de SLD de l’Ontario représentaient 54 % (3 881) des 7 162 décès dus à la COVID-19, malgré le fait qu’elles ne représentent que 0,5 % de la population de la province. En avril 2020, au pic de la première vague, l’Ontario enregistrait une surmortalité de 28 % dans les SLD par rapport aux années précédentes.

La Commission a entendu les familles de nombreuses personnes décédées à Sunnycrest, Orchard Villa et dans d’autres foyers. Elles ont parlé de leurs terribles pertes et de leur angoisse face à la manière dont leurs êtres chers sont morts – trop souvent seuls et dans des conditions déplorables. La Commission est reconnaissante

aux familles, au personnel et aux personnes résidentes qui ont courageusement fait part de leurs expériences souvent déchirantes. L'Ontario ne doit pas oublier les leçons difficiles qui ont été apprises à leurs dépens.

L'épicentre de la crise : la COVID-19 s'enracine dans les SLD

Les SLD sont rapidement devenus l'épicentre de la lutte contre la COVID-19 dans la province.

Le 16 mars 2020, le service de santé publique de Durham signalait la première éclosion de COVID-19 dans le secteur des SLD de la province. Le 18 mars, une éclosion de maladie respiratoire était déclarée dans un foyer de SLD à Bobcaygeon, et le 20 mars, trois personnes résidant dans ce foyer recevaient un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19. Deux jours plus tard, 11 autres foyers étaient en situation d'éclosion, et à la mi-avril, il y avait des éclosions généralisées dans les foyers de SLD partout dans la province, les concentrations les plus fortes se retrouvant à Toronto, Ottawa, la région de Peel et la région du Grand Toronto.

Plus du tiers de tous les foyers de SLD de l'Ontario ont connu une éclosion comportant au moins un cas chez une personne résidente lors de la première vague (de mars 2020 au 31 août 2020). Et pourtant, les dures leçons apprises pendant cette période n'ont pas été retenues; 2 066 personnes résidentes en SLD sont décédées entre le 1^{er} septembre 2020 et le 14 mars 2021 (la deuxième vague), un chiffre qui éclipse le bilan de 1 815 décès de la première vague.

Les données présentées à la Commission par le ministère de la Santé indiquent que les foyers construits selon des normes de conception plus anciennes ont moins bien résisté à la pandémie (voir le chapitre 1 pour une discussion plus détaillée de ces normes). Dans le modèle du ministère de la Santé, ces normes plus anciennes sont associées à l'ampleur des éclosions et au nombre de décès de personnes hébergées. En d'autres termes, les foyers construits à une époque où ces normes étaient en vigueur et qui n'ont pas été modernisés couraient un risque accru d'éclosions plus importantes et plus mortelles. Ces foyers anciens doivent être remplacés ou modernisés.

Soyons bien clairs : ce ne sont pas tous les foyers qui ont essuyé un désastre pendant la pandémie. Le bilan mortel de la COVID-19 n'a pas été réparti uniformément dans les foyers de SLD de la province. Une étude a révélé que pendant la période la plus intense de la première vague, entre mars et mai 2020, 86 % des infections se sont produites dans seulement 10 % des foyers de la province, soit 63 foyers. Une enquête menée par la Commission et analysée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a révélé que de mars 2020 à la fin juin de la même année, 5 % de tous les foyers ont été à l'origine de près de la moitié des cas de COVID-19 chez les personnes

résidentes et d'un peu plus de la moitié de tous les décès dus à la maladie parmi ces dernières. La Commission a entendu parler de plusieurs foyers où la direction a fait preuve d'initiative et a pris rapidement des mesures préventives décisives; plusieurs de ces exemples seront examinés ci-dessous, ainsi que dans le chapitre 4 du présent rapport.

La Commission a également constaté que la province et de nombreux foyers de SLD n'ont pas agi rapidement et de manière préventive pour prendre des mesures visant à prévenir, isoler et endiguer la transmission de la COVID-19. Le manque de planification et de préparation de la province – un schéma répété par des gouvernements successifs – a retardé la mise en œuvre de mesures de protection indispensables.

La riposte provinciale : lente, tardive et réactive à ses débuts

En situation de crise, une intervention rapide, éclairée et décisive est nécessaire pour éviter la tragédie. La rapidité et le respect du principe de précaution sont indispensables. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, ce sont là les leçons tirées de l'éclosion de SRAS en 2003 et des autres urgences sanitaires qui l'ont précédée et suivie. Dans son rapport de 1997 sur la crise du sang contaminé au Canada, par exemple, l'honorable juge Horace Krever a décrit le principe de précaution comme suit :

Si on a des preuves raisonnables d'une menace imminente à la santé publique, il ne faut pas attendre d'avoir des preuves strictes de l'existence d'un rapport de cause à effet avant de prendre les mesures nécessaires pour contrer ce danger.

En 2004, l'honorable juge Archie Campbell a réitéré cet avertissement dans son rapport sur le SRAS, en notant que le principe de précaution s'applique particulièrement dans les cas d'une maladie infectieuse non maîtrisée. Étant donné que des pathogènes comme le coronavirus se déplacent et se propagent rapidement s'ils ne sont pas contenus, la nécessité d'une intervention immédiate en matière de PCI est primordiale.

Pourtant, malgré ces avertissements précoces et spécifiques, la réponse du gouvernement de l'Ontario à l'apparition d'un nouveau coronavirus au début de 2020 a été lente, mal coordonnée et dépourvue de sentiment d'urgence. Le système d'intervention d'urgence du gouvernement s'est avéré inadéquat pour protéger de la COVID-19 le personnel comme les personnes hébergées dans les foyers de SLD.

Plutôt que d'observer le principe de précaution, le gouvernement a maintenu pendant trop longtemps que la COVID-19 présentait un faible risque pour la population de la province. Malgré les risques connus pour les populations vulnérables, la province n'a pas accordé la priorité aux SLD *avant* que la maladie ne soit déjà enracinée dans les foyers, avec des conséquences fatales.

Le manque de préparation de la province a été aggravé par le manque de préparation de nombreux foyers. Des membres du personnel des foyers ont dit à la Commission à quel point ils se sentaient mal préparés à faire face à la pandémie :

Je pense que nous avons eu beaucoup de temps pour planifier, et puis tout d'un coup, quand la COVID a frappé, la confusion a pris le dessus. On s'agitait dans tous les sens... vous savez, les choses changeaient de jour en jour, et les directives de la Santé publique pouvaient changer d'heure en heure. Nous avons eu [...] beaucoup d'aide des services communautaires, et beaucoup de personnel a dû être redéployé.

~

Nous aurions absolument dû avoir un plan en place. Nous savions depuis des mois que la maladie pouvait entrer dans le foyer, mais nous n'avions aucune directive. Très mauvais leadership de la part de nos supérieurs. On posait des questions à l'équipe de direction, on recevait trois réponses différentes et personne ne savait quoi faire. Encore une fois, beaucoup trop de personnes dans les bureaux ne font pas de travail sur le terrain. Elles ne descendent pas voir ce qui se passe dans les unités pour proposer de l'aide afin de faire manger les résidents ou offrir de donner des soins de première ligne, mais elles nous suivent à la trace pour prendre des notes sur notre travail. Voilà qui ne nous aide pas.

Les échecs de la province n'étaient pas le seul problème. Les foyers de SLD sont responsables des soins et de la sécurité de leurs personnes vulnérables, mais beaucoup d'entre eux n'étaient absolument pas préparés à s'acquitter de cette tâche lors de l'apparition de la COVID-19.

Mauvais calculs et occasions manquées

Lors d'une pandémie, il est essentiel d'appliquer rapidement des mesures bien définies pour prévenir l'apparition et la propagation d'une nouvelle infection en se basant sur des données probantes, qui évoluent rapidement.

– D^r Samir Sinha, directeur du service de gériatrie, Sinai Health

Début 2020, les responsables gouvernementaux portaient leur attention à l'émergence d'une nouvelle menace potentielle pour la santé. Le 3 janvier 2020, le D^r David Williams, médecin hygiéniste en chef (MHC) de l'Ontario, informait les médecins hygiénistes locaux de la province qu'il « surveillait activement » une grappe de cas de pneumonie virale non diagnostiqués signalés à Wuhan, en Chine, tout en précisant que le risque pour la population ontarienne était « très faible ».

Les responsables du ministère de la Santé ont d'abord reconnu la nécessité de se préparer, en notant qu'il fallait accélérer certaines « activités de préparation », notamment la PCI. Quelques jours plus tard, la D^{re} Barbara Yaffe, médecin hygiéniste en chef adjointe de l'Ontario, déclarait aux médecins hygiénistes locaux que le risque pour la population canadienne était encore considéré comme très faible, mais leur recommandait tout de même de « commencer à revoir vos procédures au cas où la

situation devait s'aggraver, et de travailler en étroite collaboration avec vos hôpitaux pour assurer une bonne préparation ».

Les SLD ne constituaient pas une priorité dans la réponse initiale du gouvernement. Au lieu de cela, on a mis l'accent sur les hôpitaux – malgré les premiers rapports signalant que les hôpitaux n'étaient pas les seuls à être menacés, mais aussi les établissements de SLD et les autres milieux de soins rapprochés. Lors de la rédaction d'une lettre au personnel de la santé sur les précautions recommandées, le Bureau du MHC et le ministère de la Santé ont discuté de l'opportunité d'inclure des milieux comme les foyers de SLD; mais en fin de compte, ils ont limité leurs recommandations aux hôpitaux.

Le 23 janvier 2020, la D^{re} Yaffe a envoyé une lettre aux partenaires du système de santé recommandant que le personnel de la santé des *milieux de soins actifs* prenne des précautions supplémentaires, notamment en ce qui concerne les maladies transmissibles par voie aérienne, lorsqu'il est confronté à un « risque d'exposition à un cas confirmé, à un cas confirmé présumé, à un cas probable ou à une personne sous surveillance médicale... et/ou à l'environnement du patient ». La D^{re} Yaffe y indiquait que les directives relatives aux autres milieux (comme les SLD) étaient en cours d'examen, et réitérait que le risque pour la population ontarienne demeurait faible.

Le premier cas de COVID-19 en Ontario – également le premier au Canada – a été confirmé deux jours plus tard, soit le 25 janvier 2020. Dans un communiqué de presse rapportant ce cas, la ministre de la Santé Christine Elliott a déclaré que « la province est prête à détecter, prévenir et contrôler activement la propagation de cette maladie grave et infectieuse en Ontario. » L'assurance démontrée par la ministre s'est révélée infondée.

Fin janvier, les données probantes s'accumulaient au sujet des risques courus par les personnes âgées et les personnes souffrant de comorbidités. Il y avait également des preuves que :

- la COVID-19 se présente avec des symptômes ressemblant à ceux d'autres infections virales, ce qui la rend difficile à distinguer d'autres maladies; et
- les personnes âgées et immunosupprimées peuvent présenter des symptômes atypiques.

Les documents d'orientation générale du ministère de la Santé publiés à cette époque reconnaissaient ces risques.

Le 27 janvier 2020, alors que d'autres cas confirmés de COVID-19 apparaissaient en Amérique du Nord, l'Association des soins de longue durée de l'Ontario (OLTCA) a fait part au ministère de la Santé de ses préoccupations concernant la préparation de la province en cas de pandémie et les risques pour les établissements de SLD.

Dans un courriel adressé au Centre des opérations d'urgence du ministère daté du 27 janvier 2020, l'OLTCA soulignait plusieurs problèmes liés au virus émergent qui devaient être réglés le plus rapidement possible. Parmi ceux-ci, signalons la nécessité de directives sur le dépistage du personnel et lors des visites des proches, les préoccupations concernant la mobilité du personnel qui travaille dans plusieurs établissements, les difficultés éprouvées par les établissements pour se procurer de l'ÉPI et les inquiétudes quant à l'incidence de la demande anticipée de lits d'hôpitaux sur l'afflux des patients dans les lits de SLD.

L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIO) a rencontré la ministre de la Santé le 28 janvier 2020. Ses représentants ont posé des questions sur le plan de la province concernant la COVID-19 et ont demandé comment les SLD seraient protégés au même titre que les soins à domicile et les hôpitaux. Beverly Mathers, présidente et chef de la direction de l'AIO, a déclaré à la Commission :

[...] l'une des raisons pour lesquelles nous défendons le principe de précaution, c'est qu'il permet de réduire au minimum la propagation. En ce qui concerne les directives elles-mêmes, nous tenons à dire d'emblée que la directive sur les SLD est arrivée beaucoup trop tard... [Nous] avons rencontré le ministère de la Santé en janvier de cette année et nous avons demandé aux responsables comment ils se préparaient à la COVID en Ontario. Et bien que nous reconnaissons que la ministre Elliott n'était pas la ministre des Soins de longue durée, nous l'avons quand même rencontrée en janvier, et nous lui avons parlé du système de soins de santé dans son ensemble. Nous lui avons posé des questions sur la manière dont elle entendait protéger les SLD, ainsi que les soins à domicile et les hôpitaux. Nous n'avons rencontré le ministère des Soins de longue durée que rarement.

L'AIO a bien rencontré la D^{re} Merrilee Fullerton, ministre des Soins de longue durée, en février. M^{me} Mathers a indiqué à la Commission que la D^{re} Fullerton et son personnel n'avaient pas de réponses aux questions de l'AIO sur l'état de préparation des SLD :

[...] lors de cette réunion, lorsque nous avons soulevé la question de la COVID avec elle, [elle], ainsi que son personnel, n'étaient pas préparés et n'avaient pas de réponses à donner à nos questions sur la capacité des SLD à se prémunir contre la COVID.

Anthony Dale, président et chef de la direction de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, partage l'opinion selon laquelle le secteur des SLD n'a pas été pris en compte dans la réponse de la province à la pandémie :

Je pense qu'il est juste de dire que, dès le tout début, les SLD ont été traités séparément du reste du système de soins de santé en ce qui concerne la coordination de la réponse à la pandémie. Cela a commencé au moment où le ministère a mis en place une table de relations avec les parties prenantes, composée d'un très large éventail d'organisations de prestataires de soins de santé, les deux associations de SLD [de la province] n'étaient pas représentées. Elles n'avaient pas été invitées, et il a fallu des semaines avant que cela ne soit rectifié.

Fin janvier, les autorités sanitaires chinoises avaient constaté que les symptômes de la COVID-19 apparaissaient dans les 2 à 14 jours suivant l'exposition, et que les

personnes asymptomatiques pouvaient être infectieuses pendant cette période, faisant ainsi ressortir la possibilité d'une transmission asymptomatique. Si une personne peut transmettre la maladie en l'absence de tout symptôme, elle peut de cette manière en infecter d'autres par inadvertance. Dans ses directives de santé publique publiées le 30 janvier 2020, le comité principal de protection sanitaire du gouvernement australien citait des données internationales, y compris en provenance d'une grappe de cas en Allemagne, suggérant une transmission asymptomatique. Le comité estimait qu'il fallait adopter « une approche hautement axée sur le principe de précaution ». Ces conclusions ont été communiquées au MHC de l'Ontario par courriel le 31 janvier 2020.

Or, les premières directives officielles du ministère de la Santé à l'intention du secteur des SLD, publiées le 31 janvier 2020, ne donnaient pas lieu à un sentiment d'urgence ou d'inquiétude et ne suggéraient pas la possibilité d'une transmission asymptomatique ou communautaire. Au lieu de cela, elles insistaient sur le fait que « le risque global pour la collectivité reste faible ».

Contrastant de manière frappante avec les messages modérés destinés aux établissements de SLD, des directives claires émanaient le jour même du ministère de la Santé, à l'intention des établissements de soins actifs. Le ministère y expliquait le risque d'introduction de cas asymptomatiques dans les établissements de soins de courte durée que présentaient les voyageurs en provenance de la province du Hubei en Chine et donnait des directives particulières pour la surveillance de ce risque. En ne fournissant pas la même information importante au secteur des SLD, le ministère a exposé le personnel et les personnes hébergées en SLD à un risque accru.

De plus, l'accent mis par la province sur les personnes ayant voyagé à l'étranger en tant que vecteurs de la maladie a eu pour effet de minimiser le risque potentiel d'introduction de la COVID-19 dans les foyers par le personnel et les proches. C'est ce qui ressort d'une note de réunion de la ministre de la Santé précédant la discussion du 12 février 2020 demandée par l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario pour discuter des « précautions à prendre dans les foyers de SLD en ce qui concerne le nouveau coronavirus ». Nous reproduisons un message clé auquel la ministre devait se référer lors des discussions sur le nouveau coronavirus :

Le risque pour les foyers de SLD est faible, car les personnes résidentes peuvent faire l'objet d'un dépistage au cours du processus d'admission et de réadmission et il est peu probable qu'elles soient récemment allées en Chine.

La nouvelle d'une éclosion sur le paquebot de croisière *Diamond Princess* au début du mois de février 2020 a fourni les premières preuves de la transmission asymptomatique et du risque d'infection rapide dans les lieux de rassemblement. Avec d'autres personnes qui ont témoigné devant la Commission, la D^{re} Allison McGeer, spécialiste en contrôle des infections et professeure à l'École de santé publique Dalla Lana et à

l'Institut des pandémies de l'Université de Toronto, a fait remarquer que « dès que nous avons appris l'écllosion sur le *Diamond Princess*, [...] nous avons su que nous allions avoir des difficultés dans les maisons de soins infirmiers [...] ». Malgré cette preuve évidente de problèmes à l'horizon, la province n'a pas reconnu le risque accru pour les personnes vulnérables hébergées en SLD.

Mi-février 2020, des éclosions de COVID-19 avaient été liées à d'autres lieux de rassemblement, notamment des lieux de culte et des prisons en Corée du Sud. Des scientifiques chinois ont signalé que la létalité augmentait sensiblement avec l'âge et les affections médicales préexistantes, et ont noté le risque de transmission entre les prestataires et les personnes hébergées dans les milieux de soins.

La ministre Fullerton, qui a pratiqué la médecine pendant plus de 30 ans avant d'entrer en politique, a déclaré à la Commission qu'elle s'inquiétait de la transmission asymptomatique de la COVID-19 dès le 5 février 2020. Malheureusement, le médecin hygiéniste en chef ne partageait pas son inquiétude. Le D^r Williams a déclaré à la Commission que « les preuves n'étaient pas suffisantes pour tirer de telles conclusions ». Il n'a pas agi comme si la transmission asymptomatique pouvait se produire et n'a pas émis de directives sur cette base. Il a déclaré avoir conservé ce point de vue jusqu'à l'été.

Cette approche n'était pas conforme au principe de précaution – voulant qu'il ne faut pas attendre d'avoir une certitude scientifique pour agir. Il est regrettable que le point de vue de la ministre Fullerton n'ait pas prévalu. Elle s'en est remise à l'expertise du MHC de la province.

En mars, les preuves que les SLD étaient menacés étaient abondantes. Le 27 février, le MHC a présidé une réunion à laquelle participaient des responsables de Santé publique Ontario, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, des médecins et du personnel du ministère de la Santé, où « [l]a plupart des spécialistes présents ont convenu que l'incidence généralisée de la COVID-19 est imminente et essentiellement inévitable ».

Le D^r David Fisman, épidémiologiste et professeur à l'École de santé publique Dalla Lana et à l'Institut des pandémies de l'Université de Toronto, a décrit la situation en mars comme suit :

Je pense que nous en savions pas mal. Nous savions que l'infection par le coronavirus-2 du SRAS avait un taux de létalité très élevé chez les personnes âgées, et nous savions déjà à ce moment-là qu'il avait une propension à provoquer des éclosions dans les milieux de soins.

Nous avons déjà constaté en février en Chine que la létalité augmentait sensiblement avec l'âge. Nous savions que le virus semblait presque cibler les milieux de soins. La reconnaissance initiale de la transmission communautaire dans l'État de Washington et en Colombie-Britannique a été associée à des éclosions à taux de mortalité élevée dans les SLD.

Nous avons reçu des avertissements d'autres pays, et nous savions déjà que les établissements de SLD étaient très vulnérables aux éclosions de maladies transmissibles. Nous le constatons fréquemment avec la grippe et d'autres maladies.

Tout au long de cette phase initiale de la pandémie, le ministère des Soins de longue durée a continué à être mis à l'écart. Début mars, la ministre Fullerton elle-même a insisté sur le fait que le MSLD devait faire partie des communications destinées à son propre secteur :

Je me demande juste pourquoi le ministère de la Santé publie/republie les directives sans le MSLD. Je comprends que le ministère de la Santé soit le principal responsable [de la riposte], mais le MSLD doit faire partie des échanges destinés à son propre secteur.

En discutant de ce courriel avec la Commission, la ministre a souligné l'importance de l'implication des SLD dans la réponse globale du gouvernement :

Je comprends qu'en cas de crise, on ne peut pas avoir plusieurs chefs, car cela risque de brouiller la communication. J'ai donc compris la nécessité d'avoir le ministère de la Santé comme principal responsable, mais je crois fermement que [...] la confiance en notre ministère serait mise en péril si nous n'étions pas en mesure de communiquer avec notre secteur.

L'Association des hôpitaux de l'Ontario a fait remarquer que la scission du ministère des Soins de longue durée et du ministère de la Santé, l'année précédente, avait créé « des cloisonnements et obstacles à une réflexion intégrée sur l'intervention » et que, par conséquent, les SLD n'étaient pas prêts à réagir à la pandémie. Cette perception négative de la scission des deux ministères était partagée par d'autres parties prenantes qui se sont adressées à la Commission.

Pendant la majeure partie du début de la pandémie, le ministère des Soins de longue durée est apparu comme le parent pauvre du ministère de la Santé. Le 31 mars 2020, Blair Hains, chef de cabinet de la ministre Fullerton, s'est à nouveau battu pour être entendu – dans ce cas, au sujet de la nécessité de l'ÉPI. Il a écrit au sous-ministre :

[...] pouvons-nous s'il vous plaît utiliser tous les canaux de communication possibles? Je le ferai avec mes collègues pour veiller à ce que les SLD soient reconnus comme un partenaire égal aux hôpitaux, notamment en ce qui concerne l'ÉPI. La section à la page 7 est particulièrement frustrante : elle affirme que l'ÉPI a été déployé dans les hôpitaux et les établissements correctionnels. Ceci a été fait pendant que les partenaires des SLD étaient sur la ligne. Nous sommes trop souvent le partenaire oublié.

Comme nous l'avons vu plus haut, à ce stade de la crise, l'accent a été mis sur les hôpitaux, surtout parce que la capacité hospitalière était une préoccupation majeure. Comme les SLD, les hôpitaux ont peu de marge au sein de leur système; la crainte était qu'ils soient débordés ou peut-être, comme cela s'était produit lors de l'éclosion de SRAS, qu'ils deviennent le point zéro de la pandémie. Ainsi, alors que les SLD peinaient à se faire entendre, les hôpitaux ont entrepris de vastes préparatifs.

En mars et avril, alors que les hôpitaux se préparaient à un afflux d'admissions liées à la COVID-19, des permis d'urgence temporaires ont été accordés pour créer rapidement une capacité de lits supplémentaires et faciliter le transfert ultérieur de malades de l'hôpital vers des foyers de SLD. Au total, 97 places ont été créées dans 69 foyers, et environ 2 200 patients ont été renvoyés dans des foyers ou des maisons de retraite entre mars et début mai.

Même après le début des éclosions dans le secteur des SLD, le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée ont continué à donner la priorité à ce qui était perçu comme un « urgent besoin de libérer des lits dans les hôpitaux publics » et de préserver la capacité des hôpitaux en cas de flambée. Le 23 mars 2020, les sous-ministres des deux ministères ont donné l'ordre que tous les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) exercent leurs pouvoirs pour promouvoir le « déplacement rapide » de toutes les personnes hospitalisées en attente d'un placement dans un foyer, pour qu'elles quittent l'hôpital et soient prises en charge en SLD.

Ces décisions ont dans les faits réduit l'espace disponible dans les foyers pour l'isolement des personnes ayant eu un résultat positif au dépistage de la COVID, contribuant ainsi à la transmission potentielle de la maladie. Parallèlement, l'ÉPI et d'autres fournitures étaient redirigés vers les hôpitaux, et les foyers de SLD recevaient la consigne d'économiser leurs fournitures. Il ne faut pas s'étonner que cette fixation à préserver les établissements de soins actifs ait eu comme conséquence que les foyers aient été débordés, avec d'autres répercussions dans la foulée. Ainsi, on a dit aux exploitants de foyers de SLD de ne pas envoyer de malades à l'hôpital, et la Commission a entendu dire que les hôpitaux refusaient de les accueillir. De plus, un reportage d'enquête du *Ottawa Citizen* a révélé que la grande majorité des personnes hébergées dans des foyers de SLD qui sont décédées depuis le début de la pandémie ne sont pas allées à l'hôpital.

Selon l'article :

À la mi-mai, 13 % des personnes résidentes de foyers de SLD âgées de plus de 70 ans atteintes de la COVID-19 ont été traitées à l'hôpital, contre 36 % des personnes du même groupe d'âge vivant dans la collectivité.

Le Dr Nathan Stall, gériatre à l'Hôpital Mount Sinai et chercheur associé au département de médecine et au département des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé de l'Université de Toronto, s'est penché sur la question. Il a constaté que le nombre de personnes vivant dans la collectivité et hospitalisées dans les derniers jours de leur vie était relativement constant tout au long de la pandémie; au 28 octobre 2020, ce chiffre se situait entre 75,9 et 88,8 %. Cependant, seulement quelque 15,5 % des personnes hébergées dans les SLD décédées en mars et en avril

ont été transférées à l'hôpital. Ce chiffre a oscillé entre 26,9 et 41,2 % entre mai et octobre.

Une étude récente de l'ICIS valide ces conclusions. L'étude a révélé que 30 % moins de personnes hébergées dans les foyers de SLD de l'Ontario ont été transférées à l'hôpital pour y être soignées pendant la première vague de la pandémie, par rapport à la même période en 2019. Elles étaient aussi beaucoup moins susceptibles d'obtenir un traitement en milieu hospitalier pour la COVID-19 par rapport à la population générale ou même aux personnes âgées vivant à domicile.

En s'adressant à la Commission, le Dr Stall a commenté les répercussions néfastes de cette absence de transfert vers les hôpitaux :

Je pense que c'est important parce que cet état de fait peut très bien avoir contribué à la grande concentration de décès que nous avons observée lors de la première vague. Des gens qui n'ont pas été transférés à l'hôpital auraient pu bénéficier de soins médicaux qui auraient pu leur sauver la vie. D'autres n'ont pas été transférés pour recevoir des soins de base lorsque les foyers étaient en situation de crise, ou pour recevoir des soins palliatifs pour les aider à mourir dans la dignité pendant la première vague, alors que les foyers étaient complètement débordés.

La situation était tragique et intenable. De nombreux groupes estiment que l'accent mis sur les hôpitaux a conduit les personnes hébergées dans les SLD à souffrir de manière disproportionnée par rapport aux autres segments de la société. Le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario (CSHO), l'Advocacy Centre for the Elderly et la Coalition ontarienne de la santé ont déposé une plainte pour atteinte aux droits de la personne sur cette base.

Un angle mort critique : la transmission communautaire

En mars 2020, la province a maintenu qu'il n'y avait pas de transmission communautaire (c.-à-d. des cas ne pouvant pas être attribués à des antécédents de contact ou de voyage). Un communiqué de presse de la province en date du 8 mars indiquait : « Pour l'instant, le virus ne se transmet pas localement. Cependant, étant donné les circonstances mondiales, l'Ontario travaille activement avec les partenaires des villes et de la santé pour planifier en vue d'une possible transmission locale. »

La province a continué de suggérer que le risque de transmission de la COVID-19 en Ontario restait faible et était lié aux voyages à l'étranger. Le 10 mars, ce message a été inclus dans les notes d'information préparées pour la ministre de la Santé avant son discours à l'Assemblée législative de l'Ontario, malgré les preuves émergentes de cas de COVID-19 non liés à des voyages. Le même jour, le 37^e cas confirmé de COVID-19 dans la province était une personne qui n'avait pas voyagé à l'étranger. La personne s'était rendue à Toronto depuis Sudbury pour assister à une conférence internationale sur les minéraux et l'exploitation minière qui s'est tenue du 1^{er} au 4 mars et à laquelle

ont participé plus de 23 000 personnes de 132 pays. La province n'a pas immédiatement classé ce cas comme preuve de transmission communautaire.

Le 12 mars, la ministre Fullerton devait participer à une vidéo sur la COVID-19. Elle était suffisamment préoccupée par la propagation de la COVID-19 pour que ses notes indiquent qu'elle « refusait de dire que le risque était faible ». Une fois de plus, son appréciation du risque était plus élevée que ce que reflètent les communications publiques du MHC et d'autres spécialistes provinciaux de la santé. Lors d'un entretien avec la Commission, elle a expliqué :

Eh bien, pour ce qui est de ma réflexion à l'époque, j'étais très préoccupée à l'idée de produire une vidéo qui montrerait ou dirait aux gens que le risque était faible, même si c'est ce que disaient les spécialistes et les responsables de la santé au Canada. Je ne voulais pas tourner de vidéo qui diffuserait ce message.

Malgré l'inaction des responsables provinciaux de la santé, les autorités locales de santé publique ont commencé à exprimer leurs inquiétudes et à demander des mesures de précaution dans leurs territoires de compétence. Lors d'une conférence de presse tenue le 15 mars, la D^{re} Vera Etches, médecin hygiéniste d'Ottawa, a déclaré :

Nous partons du principe que le coronavirus, la COVID-19, circule à Ottawa, et qu'il y a une transmission communautaire locale du virus. [...] Cela signifie qu'une plus grande distanciation physique entre les gens et l'annulation d'événements de toute envergure serait souhaitable.

Le 16 mars, le cabinet du premier ministre publiait une déclaration reconnaissant l'existence de « preuves croissantes de la propagation communautaire ». Le même jour, la médecin hygiéniste en chef adjointe de l'Ontario notait avec prudence qu'avec le quasi-doublement des nouveaux cas en quelques jours, « nous ne pouvons vraiment pas exclure définitivement la transmission communautaire ».

Cependant, la D^{re} Yaffe a par la suite brouillé les pistes en déclarant au *Globe and Mail* le 24 mars qu'il n'était pas clair que la transmission communautaire était un problème dans la province. Elle a également suggéré que les autorités sanitaires locales n'avaient tout simplement pas été en mesure de relier correctement les nouveaux cas aux voyages internationaux.

Des communications incohérentes sur l'existence de la transmission communautaire et le niveau de risque dans la province ont eu des répercussions importantes sur les SLD.

La ministre des Soins de longue durée a décrit à la Commission comment la reconnaissance limitée de la transmission communautaire, conjuguée à un dépistage insuffisant du personnel, a été un angle mort critique dans la lutte contre la pénétration de la COVID-19 dans les foyers de SLD lors de la première vague :

[...] nous aurions dû percevoir ce qui se passait dans la collectivité aussi. Et je crois que nos tests de dépistage limités au début n'ont pas permis de déceler le niveau de transmission communautaire qui prévalait. Je crois donc que le personnel introduisait [le virus] sans le savoir.

[...] [Le personnel des SLD] faisait un travail héroïque, mais le problème, c'était que [le virus] était présent dans la collectivité et qu'il entraînait dans les foyers.

En l'absence d'une reconnaissance claire du fait que la COVID-19 était (ou pouvait être) transmise localement, y compris de manière asymptomatique, les efforts visant à atténuer le risque que représentaient toutes les portes d'entrée possibles du virus dans les foyers ont stagné pendant une période critique.

Cette inaction dans la reconnaissance et l'endigement de la transmission communautaire a eu des conséquences dévastatrices pour les foyers de SLD. En fait, les propres données du ministère de la Santé démontrent maintenant que les taux de COVID-19 dans la collectivité entourant un foyer de SLD sont associés à un risque accru d'éclosion au sein du foyer, ainsi qu'à la gravité de l'éclosion et au nombre de décès parmi les personnes hébergées.

Une dévastation mondiale ignorée

Ce n'était pas seulement prévisible, c'était prévu. Nous l'avons vu venir en Italie. Nous l'avons vu venir en Espagne, sans parler de ce qui se passait en Asie. Et nous savions que les personnes vivant dans des établissements de SLD seraient privées des soins dont elles avaient besoin.

– Laura Tamblyn Watts, présidente et chef de la direction, CanAge

Avant que la première éclosion de COVID-19 dans un foyer de SLD en Ontario ne soit déclarée le 16 mars 2020, il existait de multiples exemples des répercussions de la COVID-19 sur les personnes âgées et le secteur des SLD un peu partout sur la planète.

- **Italie** : Les foyers de SLD ont été les « premiers milieux d'hébergement du monde occidental à devoir faire face à la pandémie ». Au 11 mars, le pays comptait 12 462 cas confirmés et 827 décès; l'âge moyen des personnes décédées était de 81 ans.
- **Espagne** : La semaine du 15 mars, 65 % des décès dus à la COVID-19 touchaient des personnes âgées de 80 ans ou plus. La même semaine, alors que le virus ravageait un grand nombre des 5 417 établissements de SLD, le gouvernement a annoncé qu'il prendrait le contrôle des résidences pour personnes âgées appartenant à des sociétés privées.
- **Corée du Sud** : Des grappes d'infections à la COVID-19 dans les lieux de rassemblement – y compris les résidences pour personnes handicapées, les hôpitaux de convalescence et les établissements de SLD – ont commencé à être signalées en février 2020. Le 10 mars, plus de 200 cas ont été rapportés dans les résidences pour personnes âgées du pays. La Corée du Sud a adopté une approche de dépistage généralisée qui a permis au gouvernement de localiser

les éclosions et de les contenir. Ainsi, le pays a pu maintenir des taux de mortalité faibles.

- **État de Washington** : Fin février, les médias ont fait état d'une éclosion dans un établissement de SLD à Kirkland, dans l'État de Washington. Le 18 mars, les Centers for Disease Control and Prevention ont publié un rapport sur la propagation de la COVID-19 dans un établissement de SLD entre le 27 février et le 9 mars. Ce rapport indiquait que 81 personnes hébergées, 34 membres du personnel et 14 proches ont été infectés, et que 23 personnes sont décédées.
- **Colombie-Britannique** : La province a signalé la première éclosion dans un établissement de SLD au Canada le 7 mars 2020 – deux personnes hébergées et un membre du personnel de la santé avaient obtenu un résultat positif à un test de dépistage. Le lendemain, une personne résidente est décédée. Au cours des deux semaines suivantes, sept autres sont décédées et 36 personnes hébergées et 18 membres du personnel ont été infectés. L'âge moyen des personnes hébergées était de 87 ans. Le 21 mars, le *Globe and Mail* a publié un reportage d'enquête caractérisant les foyers de SLD comme « le type de logement au Canada qui semble le plus vulnérable dans le contexte de la pandémie mondiale ». À la fin du mois, des cas de COVID-19 chez le personnel et les personnes hébergées ont été signalés dans 19 foyers à Vancouver et dans les environs.

Au niveau local en Ontario, certaines têtes dirigeantes avaient les yeux bien ouverts. Le 3 mars 2020, alors que l'on apprenait l'apparition des éclosions dans les foyers de l'État de Washington et de la Colombie-Britannique, le D^r Monir Taha, médecin hygiéniste adjoint à Santé publique Ottawa, a écrit un courriel au Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé et aux responsables de Santé publique Ontario pour demander si des tests de surveillance de la COVID-19 devraient être mis en place pour les SLD :

Ne serait-il pas temps, dans l'intérêt d'élargir le filet et compte tenu de la vulnérabilité à la forme grave de la maladie dans les SLD et d'autres établissements, d'ajouter automatiquement la COVID-19 au panel de tests lors des enquêtes sur les éclosions de maladies respiratoires signalées dans les foyers/établissements de SLD? Ou, comme deuxième option, si le panel normal est négatif, d'ajouter automatiquement le test de dépistage de la COVID-19?

Qu'en est-il du dépistage automatique des personnes hébergées dans les SLD ou en milieu institutionnel admises à l'hôpital pour une maladie respiratoire? Ou, encore, si le panel normal est négatif?

On a répondu au D^r Taha qu'il n'était pas prévu de mettre en place un système de tests de surveillance des SLD à ce moment-là, mais qu'« au fur et à mesure de l'évolution de la situation, cette décision pourrait être revue ». Le D^r Taha a persisté et a répondu par

courriel le 8 mars 2020 : « Je prônerais cependant de faire de la surveillance du secteur des SLD une priorité après avoir observé, déjà, les exemples de l'État de Washington et de Vancouver ».

Les éclosions commencent

Comme le SRAS avant lui, la COVID-19 illustre une fois de plus que la lutte contre un tueur invasif et silencieux comme un nouveau coronavirus nécessite de la rapidité et l'application du principe de précaution. Comme le montre la discussion ci-dessus, l'Ontario a été lent à prendre les risques au sérieux, a tardé à reconnaître la transmission asymptomatique et communautaire et n'a pas voulu tenir compte des avertissements d'autres administrations. Compte tenu de cette réaction, ce n'était qu'une question de temps avant que des éclosions se multiplient dans les foyers de SLD de la province.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, la première éclosion dans le secteur des SLD en Ontario a été déclarée le 16 mars 2020, et le premier décès signalé le 23 mars. Le 11 avril, on comptait 140 décès, et 11 jours plus tard – le 22 avril – 516 décès. Lors de la première vague de la pandémie, 30 % des personnes hébergées sont mortes. De la fin mars à la fin avril, quelque 1 073 personnes résidentes étaient mortes ou condamnées. Telle est la propagation exponentielle d'une maladie comme la COVID-19. Si l'on ne prend pas immédiatement les précautions qui s'imposent, le bilan des décès s'alourdit.

Le 20 mars, après que la COVID-19 se soit déjà abattue sur le secteur des SLD, Brian Pollard, sous-ministre adjoint des Soins de longue durée, a publié une note de service à l'intention du secteur annonçant des modifications au règlement de la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* afin d'aider à combler les pénuries de personnel. Deux jours plus tard, le MHC publiait sa première directive visant spécifiquement ce secteur. Appelée « Directive n° 3 », elle était destinée à faire l'objet de nombreuses modifications, parfois déroutantes, au cours de la pandémie. Contrairement à une directive antérieure émise à l'intention des hôpitaux (Directive n° 1), la Directive n° 3 n'exigeait pas que le personnel des foyers de SLD prenne quelque précaution que ce soit en ce qui concerne l'ÉPI lorsqu'il s'occupait de cas soupçonnés ou confirmés de COVID-19.

D'autres territoires de compétence ont traité la crise émergente de manière différente. La Colombie-Britannique, par exemple, a pris des mesures de précaution plus rapidement que l'Ontario. Sa capacité à réagir avec agilité est en partie le résultat d'une meilleure préparation générale. La Colombie-Britannique avait mis à jour son plan de lutte contre la pandémie en février 2020, s'assurant ainsi que les rôles et responsabilités en matière d'intervention d'urgence étaient à jour. Voilà qui contraste

fortement avec l'Ontario, où le plan provincial de lutte contre la pandémie de grippe n'avait pas été mis à jour depuis 2013.

En outre, la Colombie-Britannique a commencé à offrir un soutien en matière de prévention et de contrôle des infections (sous la forme d'« équipes d'intervention d'urgence ») à ses foyers de SLD le 7 mars; il s'agissait d'une ressource cruciale que l'Ontario n'a commencé à offrir que plus d'un mois plus tard. La Colombie-Britannique a aussi recommandé le port du masque universel dans ses foyers de SLD le 25 mars alors que l'Ontario n'a pris cette mesure que deux semaines plus tard.

Initiatives prises en l'absence de leadership provincial

Les menaces pour la santé publique peuvent survenir soudainement et sans avertissement, dépassant les capacités d'un bureau de santé et d'un médecin hygiéniste locaux. Dans de tels cas, il est indispensable que des ressources et un leadership centraux soient déployés immédiatement, non seulement pour prêter main-forte au bureau local, mais aussi pour éviter la propagation de la maladie dans le reste de la province.

– Juge Campbell, rapport final de la Commission sur le SRAS

Comme le montre l'exemple de la Colombie-Britannique, l'Ontario aurait pu être plus proactif dans les premiers mois de 2020 pour faire face aux risques potentiels pour les populations âgées. Notamment, le MHC n'a pas émis de directives pour assurer une réponse cohérente à la COVID-19 dans les foyers de SLD. Bien que le D^r Williams ait émis certaines directives, il n'en a formulé aucune à l'intention des conseils de santé ou des médecins hygiénistes locaux, en affirmant qu'il incombait aux entités locales d'adopter des mesures appropriées selon leur région. Cela a entraîné un manque de cohérence dans la riposte régionale à la COVID-19. Pour de nombreux foyers et membres de leur personnel, il était difficile de déterminer qui était responsable au niveau provincial et quelles recommandations ils devaient suivre.

La D^{re} Rhonda Collins, membre du conseil d'administration de l'association Ontario Long-Term Care Clinicians – un organisme sans but lucratif qui défend les intérêts du personnel clinique du domaine des SLD, tout en offrant de la formation ainsi que des services aux membres – a fait remarquer que les directrices et les directeurs médicaux des foyers recevaient des messages contradictoires des bureaux de santé publique :

Nous avons constaté, au sein des bureaux de santé publique, que les messages que nous recevions en ce qui concerne les pratiques de PCI, le regroupement en cohorte, l'isolement et les tests de dépistage variaient d'un bureau de santé à l'autre (il y en a 34 en tout), et qu'il existe encore une certaine incompréhension face à ce qui se passe dans les SLD chez certains de nos partenaires, notamment les hôpitaux et la Santé publique.

Devant cette confusion et ce manque d'orientation, certains bureaux de santé publique locaux et foyers de SLD ont toutefois pris les choses en main. Le D^r Kieran Moore,

médecin hygiéniste local et directeur général du service de santé publique de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington, a déclaré à la Commission que le bureau de santé publique de la région a commencé à prendre des mesures de précaution proactives dès janvier :

[L]orsque nous avons vu en janvier comment la COVID se propageait à Wuhan et comment les personnes âgées étaient touchées, nous avons mis en place des stratégies pour protéger nos personnes vulnérables et nos établissements – parce que nous constatons comment le virus se propageait à Wuhan. Nous avons donc mis en place des stratégies pour protéger nos centres correctionnels, nos foyers de SLD, nos maisons de retraite, et réduire au minimum le taux d'infection dans la population. Cela a toujours été notre objectif que d'avoir un faible taux d'infection dans notre collectivité. Voilà qui a nécessité une stratégie très solide, pas seulement une stratégie pour les SLD. Mais nous savions que si nous maintenions le taux d'infection à un niveau bas, nous protégerions toutes nos populations vulnérables.

Le D^r Moore et son équipe ont surveillé l'éclosion dans l'État de Washington et celle dans les SLD à Vancouver. Le 10 mars 2020, l'équipe du D^r Moore avait établi un protocole de visite, d'inspection et de vérification de tous les établissements de SLD de son bureau de santé publique, sous la supervision de l'infirmière spécialisée en PCI du bureau – une personne qui se consacrait déjà aux foyers de SLD et aux maisons de retraite. Lorsque le gouvernement provincial a fermé les restaurants et les bars, le D^r Moore a réaffecté les responsables des inspections de la sécurité alimentaire du bureau de santé publique aux inspections de PCI dans les foyers de SLD.

Le D^r Moore a rencontré les directions médicales des foyers une fois par semaine pour les tenir au courant des directives et de la situation épidémiologique locale. Le bureau de santé publique a tenu des réunions de coordination hebdomadaires avec le secteur des soins actifs et le système de gestion des incidents en milieu hospitalier. Lorsqu'un membre du personnel d'un foyer de SLD a contracté la COVID-19, le bureau de santé publique a aidé l'établissement à faire des prélèvements de dépistage sur une centaine de résidentes et de résidents.

Le D^r Moore a instauré un confinement précoce le 17 mars, restreignant les visites et exigeant un contrôle actif du personnel et de tous les visiteurs dans les établissements de SLD.

Dans sa présentation à la Commission, le D^r Moore a souligné l'importance de la solide relation que son bureau de santé publique entretenait déjà avec les foyers de SLD :

Eh bien, je connais toutes les directrices et tous les directeurs médicaux. Nous connaissons le personnel infirmier gestionnaire et le personnel infirmier praticien. Nous avons travaillé avec eux de manière longitudinale. Et vraiment, pour être efficace, il faut avoir déjà forgé de tels partenariats.

L'importance des relations préalables entre les bureaux de santé publique et les foyers de SLD a été soulignée par d'autres personnes qui ont présenté des exposés à la

Commission. Cet aspect fait l'objet d'un examen plus approfondi dans les chapitres 1 et 4 du présent rapport.

La région de York et ses deux foyers municipaux étaient également en état d'alerte rouge au début de 2020, grâce au leadership proactif de la municipalité régionale et de la santé publique. Interrogée par la Commission sur ce qui a poussé la région à commencer à se préparer à la COVID-19 en janvier 2020, Lisa Gonsalves, directrice générale des services paramédicaux et des services aux personnes âgées, a répondu comme suit :

[...] nous avons connaissance ce qui se passait. Et donc nous nous sommes restés informés par l'entremise de la Santé publique, et [...] la Santé publique a ouvert son centre des opérations d'urgence sanitaire la troisième semaine de janvier.

Nous recevions donc déjà des informations, que nous avons relayées à l'équipe de direction des SLD. Puis nous avons commencé à sortir nos plans, à analyser nos réserves d'ÉPI; nous avons aussi commencé les tests d'ajustement des masques. C'est ce qui nous a vraiment poussés à agir, et aussi la D^{re} Meunier [directrice médicale, Services paramédicaux et services aux personnes âgées], qui surveillait tout.

Celle-ci nous disait, en même temps : « il faut se rencontrer. Il faut parler de tout ça parce que ça s'en vient. » C'était donc elle le véritable déclencheur.

La région de York a mis en place de façon proactive de nombreuses mesures préventives avant les directives provinciales. Dans une présentation du 22 janvier 2020, la D^{re} Catherine Meunier, directrice médicale des deux foyers municipaux de la région de York, a déclaré aux équipes des foyers qu'elle pouvait « voir que quelque chose se tramait et que nous devions nous préparer. » Elle avait suivi la situation en Chine et ailleurs, ainsi que les premiers cas en Colombie-Britannique et dans l'État de Washington. Comme elle l'a dit :

Je me suis en quelque sorte donné pour mission d'essayer d'être proactive et d'être à l'affût de l'information que je fournissais à la région de York afin d'avoir un coup d'avance et de préparer toute l'équipe, car il était évident que cela allait arriver. Et je pense qu'au début, le secteur des SLD n'a pas vraiment saisi la menace que représentait la COVID pour les foyers, l'interprétation des intervenants étant, vous savez, nous sommes habitués à gérer des éclosions. [...] Mais pour quiconque observait attentivement ce qui se passait, il était évident que nous allions faire face à de réelles difficultés.

La D^{re} Meunier a même communiqué avec la direction médicale du premier foyer de SLD qui a connu une éclosion en Colombie-Britannique, ainsi qu'avec l'administration du foyer en situation d'éclosion dans l'État de Washington, afin de comprendre ce qui pouvait être fait. Ce faisant, elle a cerné les principaux défis à relever pour contenir la COVID-19 : les problèmes de dotation en personnel, la disponibilité des tests de dépistage et une communication claire.

Grâce à ces mesures proactives, la région de York a mis en œuvre des mesures préventives avant les directives provinciales, y compris une politique d'« employeur unique » pour son personnel qui a été adoptée quelques semaines avant la directive provinciale en ce sens. Le problème de dotation en personnel que cela aurait créé dans d'autres foyers (ce dont il est question plus loin dans ce chapitre) n'a pas été aussi grave pour la région de York, car elle a pu y redéployer d'autres équipes municipales et embaucher du personnel d'agence qui était également limité par la règle de l'employeur unique. Notons que les deux foyers exploités par la région de York n'ont pas connu d'éclosion au cours de la première vague.

Autre exemple d'initiative au niveau local : les premières mesures qui ont été entreprises au Mariann Home de Richmond Hill. Le 20 janvier 2020, des membres du personnel du foyer qui se trouvaient en Chine pour rendre visite à de la famille ont contacté le PDG du foyer, Bernard Boreland, pour lui demander s'il pouvait commander de l'ÉPI pour eux, qui leur serait expédié en Chine. Cette demande inusitée a incité M. Boreland à se renseigner sur l'approvisionnement en ÉPI et la situation en Chine, ce qui l'a amené à commencer à préparer le foyer au pire :

Le 20 janvier, des membres de mon personnel se trouvaient à l'étranger et ils m'ont contacté pour me demander [...] si je pouvais commander de l'ÉPI pour eux, des masques chirurgicaux, et les leur envoyer. Évidemment, cela m'a alerté, car toutes nos fournitures proviennent justement de la Chine. Après cet appel, j'ai donc téléphoné à Viki [Scott, Relations de travail et Santé et sécurité au travail au Mariann Home] pour voir ce qu'elle savait de ce qui se passait dans notre secteur d'activité, et j'ai passé quelques appels à mes fournisseurs en février.

Et c'est à ce moment-là qu'ils m'ont dit que nous pouvions nous attendre à une pénurie d'ÉPI en mars et en avril. Nous avons donc continué à commander les fournitures indispensables dont nous avons besoin.

Nous avons également imposé des restrictions sur l'ÉPI en janvier. Lorsque j'ai compris ce qui se passait dans le secteur, nous avons commencé à traiter notre ÉPI comme des médicaments narcotiques : tout a été mis sous clé. J'ai converti une [...] salle à manger que nous avons au sous-sol en salle de fournitures pour la pandémie. Nous avons donc converti cette pièce en aire de stockage.

[...]

En janvier, nous avons également revu tous nos plans de lutte contre une pandémie. Le service diététique s'est assuré qu'il disposait de trois mois d'approvisionnement en produits de papier. Nous avons également introduit – ou créé – un menu de pandémie pour le foyer, juste au cas où nous connaîtrions un manque de personnel ou des problèmes d'approvisionnement. Tout cela a donc été mis au point en janvier et février.

L'approche de Mariann Home était constamment axée sur la précaution tout au long de la pandémie. Le foyer exigeait de son personnel qu'il soit mis en quarantaine avant de retourner au travail, malgré le manque de clarté des directives du ministère à ce sujet. L'établissement a également affecté son personnel à des unités particulières à

l'intérieur du foyer dès le début et a adopté une politique d'établissement unique pour le personnel avant que la province ne l'exige. M. Boreland a décrit à la Commission les efforts qu'il a déployés pour que les familles restent informées de ce qui se passait à l'intérieur des murs. Faisant référence au jour où l'établissement a été fermé à toutes les visites, il a précisé :

J'ai passé, je pense, cinq heures, à appeler moi-même chacun des mandataires pour les informer de ce qui se passait et de la raison pour laquelle nous devons fermer l'établissement, car c'était une directive du ministère. [...] Toute la communication vient de moi. Nous avons donc développé cette relation avec eux. Ils nous font confiance et savent que nous nous surpasserons pour assurer la sécurité de leur proche [...].

À Toronto, l'équipe de direction de Belmont House s'est bien souvenue des leçons de l'épidémie du SRAS. En février, constatant la présence de signes inquiétants dans le monde entier, les têtes dirigeantes du foyer ont revu leur plan de lutte contre la pandémie, commencé à vérifier les réserves en ÉPI et veillé à ce que leur personnel soit formé aux protocoles de PCI. Maria Elias, PDG de Belmont House, a déclaré à la Commission :

Nous suivions de près la situation dans le monde et au Canada, et nous avons déterminé très tôt que tous les signes avant-coureurs d'une pandémie étaient réunis et que nous devons vraiment nous préparer. Nous avons repensé à ce que nous avons fait ici à Belmont pendant le SRAS. Je travaille à Belmont depuis 20 ans; beaucoup de membres de mon équipe de direction travaillent ici depuis de très nombreuses années. Nous nous sommes souvenus de ce que nous avons vécu pendant le SRAS, et nous nous sommes dit que la situation allait se reproduire et que nous ferions mieux de commencer à y réfléchir. Nous avons revu notre plan de lutte contre la pandémie, évalué notre dotation en personnel, notre approvisionnement en nourriture, le contrôle des infections, nos stocks d'ÉPI, et nous avons commencé à nous préparer à ce qui nous semblait inévitable.

Comme Mariann Home, Belmont House a agi de manière proactive, en instaurant le port du masque universel début mars (environ un mois avant la directive provinciale), en communiquant activement avec les familles, en organisant des réunions périodiques au foyer et en effectuant des nettoyages à intervalles réguliers. L'expérience de Belmont House montre également la valeur d'une équipe de direction bien informée et proactive.

Les mesures de précaution prises par les responsables locaux de la santé et les équipes de direction des foyers auraient dû inciter le gouvernement de l'Ontario à adopter rapidement des mesures de précaution similaires. Cependant, il ne l'a pas fait.

Édifier une digue pendant la tourmente : une réponse précipitée

[L]a gestion des urgences [...] consiste essentiellement à réunir les bonnes personnes qui ont une orientation claire et sont habilitées non seulement à exécuter des décisions précises et concises, mais aussi comme nous le disons dans le secteur nucléaire, à vérifier et ajuster et à ne pas faire

confiance, mais vérifier, et revérifier et contrevérifier, vérifier, ajuster, vérifier de nouveau [...] Voilà ce que nous entendons par la gestion des urgences.

– James Scongack, vice-président de direction des affaires générales et des services opérationnels, Bruce Power

À la suite de l'écllosion de SRAS, le rapport provisoire du Comité d'experts sur le SRAS et le contrôle des maladies infectieuses – aussi appelé rapport provisoire Walker – a constaté que la réponse de l'Ontario à l'urgence sanitaire a été entravée par la nécessité de créer des structures d'intervention à la volée. Les mêmes problèmes se sont manifestés dans la riposte à la pandémie de COVID-19. Les auteurs du rapport provisoire Walker auraient tout aussi bien pu écrire « 2020 », et non « 2003 », lorsqu'ils disaient :

En l'absence de certains cadres et structures nécessaires au ministère pour répondre de manière hautement coordonnée à une urgence liée à une maladie transmissible, la province a pour l'essentiel dû élaborer le plan au jour le jour (un problème aggravé par la nature de la maladie). Parallèlement, le ministère a dû s'atteler à la mise en place de certains des outils et véhicules les plus élémentaires pour la communication, l'analyse, la collecte et la diffusion des données scientifiques en constante évolution au sujet de la maladie.

Pour reprendre les termes du Comité consultatif scientifique sur le SRAS de l'Ontario, nous avons « construit une digue au cœur de la tourmente. »

Le résultat global de cette tentative de création de structures et de procédures au niveau ministériel, au beau milieu d'une écloison qui s'est rapidement transformée en un événement d'actualité internationale, a été un manque permanent de clarté sur les rôles et les responsabilités des gouvernements, des agences et des institutions concernés. Les voies et les structures hiérarchiques comme les communications manquaient de clarté.

En l'absence d'un plan clair – tandis que le moment de poser des gestes précoces et préventifs était révolu – la province a été contrainte de créer sa structure d'intervention en réponse à la COVID-19 en temps réel. De plus, comme nous l'avons vu dans le présent rapport et tel qu'expliqué à l'annexe B, le système de santé de l'Ontario au début de 2020 s'ajustait aux changements importants proposés ou mis en œuvre en 2019. La création de Santé Ontario et la scission du ministère de la Santé et des Soins de longue durée en deux ministères n'avaient pas été prises en compte dans la planification des mesures d'urgence. La réduction annoncée par la province du financement de la santé publique – y compris les compressions et la réorganisation touchant Santé publique Ontario – a encore ajouté à l'incertitude quant à la façon dont les différentes parties du système de santé fonctionneraient ensemble en cas d'urgence sanitaire. Compte tenu des changements survenus au cours de l'année précédente, les rôles de chaque ministère, de Santé Ontario et du système de santé publique dans la réponse à la pandémie de COVID-19 n'étaient pas toujours élucidés. En particulier, le retrait du portefeuille des SLD du ministre de la Santé semble avoir contribué à la mise à l'écart du secteur dans la réponse initiale du ministère de la Santé.

Cette confusion des rôles, conjuguée au manque général de préparation, a créé une structure d'intervention comportant de nombreuses redondances et des voies hiérarchiques et de reddition de comptes floues. Cela a conduit à une communication confuse et à un retard dans la priorisation des SLD.

Après le SRAS, le juge Campbell s'est demandé qui devait être responsable en cas d'urgence sanitaire. Après mûre réflexion, il a recommandé que le MHC soit chargé des « décisions médicales, des conseils médicaux et de la communication avec le public », et le commissaire à la gestion des urgences, de toutes les autres questions. Il a insisté pour que les voies hiérarchiques soient claires dès le départ. Bien que le plan de lutte contre la grippe de 2013 et le plan d'urgence provincial de 2019 semblent créer une telle structure, la réalité, c'est que la province a créé une nouvelle structure qui allait devenir un échafaudage complexe au sein duquel ni le MHC ni le commissaire n'avaient d'autorité claire.

Confusion à la table de commandement

Le ministère de la Santé n'a pas établi de structure formelle pour diriger sa riposte à la pandémie avant le 28 février 2020, soit un mois après le premier cas confirmé au Canada.

Cependant, la table de commandement de la Santé, initialement présidée par la sous-ministre de la Santé, n'était pas en fait aux commandes. Elle n'avait qu'un rôle consultatif, fournissant des recommandations aux décisionnaires existants, y compris le premier ministre, les ministres et le Conseil des ministres. La table de commandement de la Santé était soutenue par d'autres tables composées de parties prenantes et de spécialistes.

Cette première structure de réponse sanitaire ne comportait pas de table consacrée aux SLD, bien que la table de commandement ait reconnu, le 28 février, que « les répercussions [de la COVID] sur la santé de la population seront les plus importantes chez les personnes âgées et chez celles souffrant de comorbidités ». La table consacrée aux SLD n'a été créée que le 1^{er} avril, date à laquelle les foyers étaient déjà en situation d'éclosion. La priorité n'a pas été accordée aux SLD, malgré l'abondance des données probantes et avertissements selon lesquels ces derniers seraient touchés de manière disproportionnée par la maladie.

Alors que la première vague de COVID-19 a commencé à faire ses ravages dans les foyers de SLD, la province était encore en train d'improviser sa structure d'intervention. Entre le milieu et la fin du mois de mars 2020, la province a retenu les services de McKinsey & Company, un cabinet-conseil en gestion, pour l'aider à organiser une réponse à l'échelle du gouvernement. McKinsey n'a pas fourni au gouvernement de

proposition finale en la matière avant le 24 avril. Or, à la mi-avril, plus de 127 foyers étaient en situation d'écllosion.

Dans son rapport, McKinsey a souligné l'importance de la prise de décisions au plus bas niveau possible afin de responsabiliser un groupe plus large de leaders et d'aplanir les obstacles. Le cabinet-conseil a proposé la création d'un « centre névralgique » – un comité de coordination chargé d'orchestrer la réponse à l'échelle du gouvernement, de prendre des décisions et d'éliminer tout obstacle à l'action. Appelé par la suite « table centrale de coordination », ce centre névralgique était coprésidé par le secrétaire du Conseil des ministres et le chef de cabinet du premier ministre. La table de commandement de la Santé existante et ses sous-tables relevaient désormais de cette nouvelle table centrale de coordination.

Malgré la recommandation du rapport final de la Commission sur le SRAS du juge Campbell, selon laquelle le MHC devrait diriger la prise de décisions médicales, il n'était pas toujours évident de savoir qui était responsable sur ce plan. Ainsi, le D^r Williams – médecin hygiéniste en chef – n'a émis des directives qu'après avoir consulté la sous-ministre de la Santé et la table de commandement. Cela s'est traduit par un retard dans l'intervention, par rapport à cas de figure où le MHC jouerait un véritable rôle de leader, utilisant son pouvoir discrétionnaire pour émettre des ordres.

En outre, comme décrit ci-dessous, les décisions clés en matière de santé publique n'ont pas été prises par le MHC. La D^{re} Shelley Deeks, alors directrice générale de la Protection de la santé à Santé publique Ontario, a déclaré à la Commission que les spécialistes en santé publique participant à la vaste structure de la table d'intervention en santé – tant en provenance de Santé publique Ontario que du Bureau du MHC – n'étaient pas toujours invités à donner leur avis sur les questions ou les mesures de santé publique.

Des postes clés ont également été attribués à d'autres personnes, et non au MHC. Par exemple, à la fin du mois d'août 2020, le coroner en chef, le D^r Dirk Huyer, a été nommé coordonnateur de l'intervention provinciale en cas d'écllosion.

À l'automne 2020, le secrétaire du Conseil des ministres a entrepris un examen de la structure élargie de la table centrale de coordination à l'échelle de la province. À ce moment-là, il était clair que même le nom de la table de commandement de la Santé était, selon les mots d'Alison Blair, sous-ministre associée de la Santé, « une grande source de confusion pour les gens », car la table ne fournissait des conseils qu'à la ministre de la Santé; elle ne « commandait » pas. Dans le cadre de cette révision, la table de commandement de la Santé a été rebaptisée « table de coordination de la Santé » – à ne pas confondre avec la « table centrale de coordination ».

Au même moment, une autre table a été ajoutée à la structure d'intervention – la « table de leadership des ministres du MS/MSLD pour la réponse pandémique ». Cette table devait prendre « des décisions sur la mise en œuvre des stratégies, politiques et programmes d'intervention sanitaire approuvés par le gouvernement ». Toutefois, malgré ce mandat, cette table n'a pris aucune décision.

La Commission a appris qu'il régnait un manque de coordination et de communication entre les tables; que les membres de certaines tables manquaient d'expertise en matière de SLD; et qu'il régnait de la confusion, même parmi les membres de la table, sur qui faisait quoi, quel était leur rôle et qui prenait les décisions.

Le Dr Kevin Smith, président de la table du Système ontarien de gestion des incidents (SOGI) de la province et président-directeur général du Réseau universitaire de santé, a fait remarquer :

[...] au plus haut niveau, je suppose que la plupart d'entre nous se sont laissé bercer par l'illusion qu'il existait une chaîne de commandement plus claire et plus solide, comme le prévoit la législation, une chaîne partant de l'Agence de la santé publique du Canada et de sa direction médicale jusqu'aux MHC de chaque province. Dans la plupart des provinces qui ont des responsabilités divisionnaires comme l'Ontario, où il existe 34 médecins hygiénistes basés dans les régions municipales, nous pensions qu'en cas de pandémie, la chaîne de commandement serait plus claire et plus orientée vers l'action. Mais ce n'est pas l'expérience que j'ai vécue au SOGI. En effet, j'ai souvent été témoin de problèmes de délimitation des compétences.

Le même message a été répété par d'autres – c'est-à-dire que la structure de leadership et de commandement existante n'était pas adaptée à une réponse rapide. Il fallait quelque chose de plus efficace et davantage axé sur l'urgence.

Une réponse tardive malgré la nécessité d'un déploiement rapide

La plupart des [foyers] qui ont reçu des ordres de gestion les ont reçus avec des retards inexplicables, et seulement après que des dizaines de personnes résidentes et de membres du personnel aient été infectés et que les décès se soient multipliés. En ce sens, la nouvelle réglementation au titre de la loi sur la gestion des situations d'urgence et l'utilisation de ces pouvoirs ont constitué une amélioration, mais dans la pratique, cela reste trop peu, trop tard. De plus, le tout a été appliqué de manière incohérente.

– Coalition ontarienne de la santé

En même temps qu'elle édifiait sa nouvelle structure d'intervention, la province tentait de déterminer quelle mesure législative permettait d'apporter un soutien d'urgence aux foyers. Cela a entraîné des retards dans l'offre d'assistance au moment où elle était le plus nécessaire. La frustration qui en résulte est manifeste dans un courriel envoyé par un haut fonctionnaire du ministère des Soins de longue durée au sous-ministre

Richard Steele le 25 mars 2020, concernant un foyer en situation d'éclosion :

J'aimerais commencer par parler de Pinehurst. Il est totalement inacceptable que nous soyons considérés comme ne faisant rien (ou étant incapables de faire quoi que ce soit) pour aider les choses.

L'article 156 de la *Loi de 2007 sur les soins de longue durée* permet au ministère des Soins de longue durée d'ordonner à un foyer de retenir les services d'une partie choisie par le ministère pour gérer l'établissement. Cependant, il semble que le 7 mai, le personnel du ministère avait conclu que l'article 156 ne conférait pas suffisamment d'autorité pour remplacer rapidement la direction d'un foyer lors d'une éclosion. Les notes d'allocation de la ministre pour la rencontre du Conseil des ministres datées du 8 mai indiquent que :

Bien que la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* autorise la délivrance d'ordres de gestion obligatoire dans des circonstances très restreintes, les dispositions existantes n'envisagent ni ne soutiennent spécifiquement le déploiement rapide d'une autre forme de gestion dans le contexte d'une éclosion de COVID-19.

Par conséquent, le 12 mai 2020, le Conseil des ministres a eu recours à un ordre en vertu de la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence* pour permettre un ordre de gestion obligatoire dans les cas où au moins une personne résidente ou un membre du personnel reçoit un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19. Faisant référence à ces ordres de gestion, la ministre de la Santé Christine Elliott a noté dans un carnet, le 13 mai, la frustration à l'interne causée par le retard pris par le ministère des Soins de longue durée pour « permettre aux hôpitaux qui travaillent maintenant dans les foyers de SLD d'assumer la gestion des foyers qui avaient peu ou pas de personnel de direction disponible ou qui étaient incapables de se conformer aux exigences provinciales en matière de santé publique. » La ministre Elliott a noté qu'« au ministère de la Santé, nous avons été soulagés de cette nouvelle, après avoir été informés par de nombreux PDG d'hôpitaux de la terrible situation qu'ils observaient dans certains foyers de SLD » et que « nous avons exhorté la ministre des SLD à prendre cette mesure et que l'ordre a finalement été donné ».

Malgré cela, les premiers ordres de gestion obligatoires n'ont pas été émis avant le 25 mai 2020, lorsque deux hôpitaux locaux ont été désignés pour gérer temporairement deux foyers de SLD pendant 90 jours. Entre le 25 mai et décembre 2020, sept foyers ont été placés sous des ordres de gestion auprès d'hôpitaux locaux.

Ces ordres sont toutefois arrivés trop tard.

Faire fonctionner les choses au niveau local

Le ministère des Soins de longue durée n'étant pas certain d'avoir les pouvoirs requis pour donner des ordres de gestion obligatoires, les bureaux de santé publique et les hôpitaux ont pris les devants, reconnaissant qu'ils ne pouvaient pas laisser les foyers sans l'aide dont ils avaient si cruellement besoin. Ils savaient qu'ils avaient des outils à leur disposition, mais étaient également conscients qu'ils ne pouvaient pas simplement débarquer dans un foyer et en prendre le contrôle.

À la recherche d'un moyen de donner aux hôpitaux le pouvoir d'intervenir pour protéger les personnes hébergées en SLD, les médecins hygiénistes locaux se sont tournés vers l'article 29.2 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, qui a été rédigée en réponse à l'épidémie de SRAS. Cette loi confère aux médecins hygiénistes le pouvoir d'obliger les hôpitaux et autres établissements, y compris les foyers de SLD, à prendre des mesures en réponse à l'éclosion d'une maladie transmissible.

Comme nous l'avons décrit dans les études de cas au début du présent chapitre, le premier ordre en vertu de l'article 29.2 a été émis par le Dr Robert Kyle à Orchard Villa. Par la suite, d'autres médecins hygiénistes locaux ont emboîté le pas, permettant aux hôpitaux de prendre temporairement en charge la gestion des foyers et d'y stabiliser la situation.

Finalement, le ministère des Soins de longue durée a utilisé son autorité statutaire pour donner des ordres de gestion obligatoires ou volontaires permettant à des hôpitaux de gérer des foyers.

Ce retard dans la recherche d'une solution appropriée n'aurait jamais dû se produire. Une préparation provinciale adéquate – même en janvier, février ou mars – aurait dû révéler qu'une telle solution pourrait être nécessaire. Au lieu de cela, les responsables locaux ont dû se démener pour trouver leurs propres solutions au problème croissant des éclosions de COVID-19 dans les foyers de SLD de leur région.

Recours à des renforts militaires

Alors que les foyers en situation d'éclosion commençaient à perdre le contrôle en avril, leurs effectifs se sont largement effondrés. Les ressources des foyers, des agences ou des hôpitaux étaient insuffisantes pour stabiliser une situation de plus en plus critique. N'ayant plus aucun recours, la province a commencé à envisager de demander une aide militaire. Le 17 avril 2020, la ministre Fullerton a noté dans son carnet : « Renforts militaires nécessaires, qu'ils arrivent dans les 24–48 heures... La situation dans les foyers dégénère rapidement ».

Cependant, les militaires ne commenceraient pas leurs premiers quarts de travail dans les LTC avant 12 jours. La logistique de la demande et du déploiement a pris du temps. Ce retard – comme d’autres auparavant – s’est révélé tragique pour les personnes coincées dans des foyers où les éclosions n’étaient pas maîtrisées. Lorsque les Forces armées canadiennes (FAC) sont finalement arrivées dans les foyers identifiés comme ayant le plus besoin d’aide, elles y ont trouvé des conditions déplorables. Un membre des Forces a relaté son expérience dans un foyer :

Gros souci avec le moment de l’arrivée. Les équipes de Renfort aux soins de santé civils ont noté que 26 personnes étaient mortes de déshydratation avant l’arrivée de l’équipe des FAC, en raison du manque de personnel pour leur prodiguer des soins. Elles sont mortes alors qu’elles n’avaient besoin que « d’eau et d’un brin de toilette. »

Dans un autre foyer, les militaires ont noté :

L’équipe de Renfort aux soins de santé civils a décrit que lorsqu’elle est arrivée au foyer de SLD, il y avait « des excréments et du vomi sur le sol et sur les murs ». Un membre de l’équipe s’est aperçu que deux personnes avaient des excréments séchés sous leurs ongles depuis longtemps.

L’équipe a signalé qu’il y avait eu des décès dus à la déshydratation et à la malnutrition. Elle a déclaré qu’au cours de son séjour, la direction du foyer était inexistante et que même si elle devrait être présente sur place tous les jours, elle ne l’était pas. L’équipe a toutefois noté que l’état des personnes hébergées s’est amélioré de façon spectaculaire depuis l’arrivée des équipes des FAC.

Les militaires ont formulé des observations spécifiques concernant les foyers auxquels ils ont prêté main-forte :

- communication inefficace entre le personnel administratif et le personnel;
- pratiques en matière de PCI et d’ÉPI inadéquates;
- manque de propreté dans certaines zones des foyers;
- fournitures inadéquates;
- nutrition et alimentation inadéquates;
- le recours à du personnel intérimaire lorsqu’il est disponible, sans s’assurer qu’il soit formé aux compétences cliniques nécessaires pour fournir des soins; et
- des regroupements inadéquats en cohorte, ainsi que la circulation du personnel entre les unités sans enfilement ou enlèvement d’ÉPI ou lavage des mains systématique après avoir apporté des soins à une personne résidente.

Les comptes rendus des militaires en ont choqué plus d’un par leurs descriptions de ce qu’ils avaient observé dans les foyers. Les comptes rendus indiquaient que le personnel des foyers était dépassé par les événements et « peinaient à maintenir des normes de soins fondamentales qui, dans certains cas, exposaient les personnes hébergées à des risques élevés ».

Sur le terrain des soins de longue durée : qui est responsable?

Il est clair que la réponse provinciale tardive à la pandémie de COVID-19 a conduit à une situation de plus en plus désastreuse dans les foyers de SLD de l'Ontario.

Les directives, orientations, informations et conseils destinés aux foyers provenaient de diverses sources impliquées dans la réponse à la pandémie, notamment le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée, les bureaux de santé publique et les réseaux locaux d'intégration des services de santé. Le volume des communications, leur complexité et le fait que les interprétations variaient selon les régions ont rendu plus difficiles leur compréhension et leur application.

Dès le départ, les foyers ont dû faire face à un manque de leadership clair de la part de la province. La directrice générale des services paramédicaux et des services aux personnes âgées de la région de York a reçu 470 documents de la province entre la fin de mars 2020 (soit au début de la pandémie) et la fin de janvier 2021, chacun d'entre eux devant être examiné et mis en application. Beaucoup étaient confus et nécessitaient une interprétation. Ce sentiment a été décrit brièvement par Maria Elias, de Belmont House, qui a déclaré :

Je pense qu'il est important de noter que, dans l'ensemble, nous avons besoin de messages plus clairs dans les premiers jours, mais même maintenant, ça reste très confus. Qui est responsable? Nous avons Santé Ontario, le RLISS de Toronto, le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée, qui nous envoient tous leurs propres communications, et nous recevons en plus des directives de différents organismes. Nous recevons les mêmes documents en provenance des différentes directions du gouvernement, et cela finit par être très déroutant et accablant. Il serait donc très utile de disposer d'une source d'information unique et d'un message clair, pour savoir qui fait quoi.

Le volume et la complexité des communications sur la riposte à la pandémie dans les SLD ont exacerbé les défis auxquels les foyers étaient confrontés.

L'importance du leadership et de la communication

Dans le même ordre d'idée, il est clair que les foyers qui disposent de gestionnaires solides, présents sur place et bien formés dans les rôles d'administration, de direction médicale et de direction des soins infirmiers et des soins personnels s'en sortent mieux et sont mieux à même de s'occuper des personnes résidentes et de leur famille. Dans leurs comptes rendus provisoires et finaux, les Forces armées canadiennes et les hôpitaux qui sont intervenus dans un certain nombre de foyers au cours de la première vague ont montré du doigt un leadership inadéquat comme principal facteur de la gravité des éclosions.

Certains foyers avaient des responsables hautement qualifiés, employés à temps plein, présents sur place et aux compétences solides, qui étaient attentifs à tous les aspects

des soins aux personnes hébergées, y compris la planification en cas de problèmes qui pourraient affecter leur sécurité et leur bien-être. La Commission a constaté que les éléments clés d'un bon leadership étaient les mêmes, quels que soient la taille, l'emplacement ou la structure de propriété d'un foyer. Elle a également constaté qu'un bon leadership ne pouvait pas être étroitement corrélé à l'absence de cas de COVID-19 dans le foyer, mais plutôt à la manière dont les leaders planifient, réagissent et mobilisent leurs équipes en temps de crise.

La Commission a entendu parler à maintes reprises des avantages d'avoir en place des leaders toujours capables d'anticiper les événements. Les premières mesures que ces leaders ont prises consistaient à tirer parti des connaissances et de l'expérience institutionnelles, comme celles acquises lors de l'épidémie de SRAS, et à revoir et mettre en œuvre les plans de lutte contre la pandémie dès que les échos de la COVID-19 leur sont parvenus.

Comme nous l'avons vu au chapitre 4, un élément commun parmi ces leaders était de s'assurer que les efforts et les sacrifices du personnel étaient reconnus, et que des messages constants de soutien et de compassion étaient communiqués dans les moments d'extrême fatigue, de stress et de deuil. Ces leaders ont trouvé des moyens novateurs pour tenter d'alléger le fardeau du personnel, notamment grâce à l'achat d'épicerie et de produits pour le personnel afin de réduire au minimum l'exposition possible au virus présent dans la collectivité.

Le leadership ne s'exerce pas en vase clos. Le manque d'expérience et de compétences en matière de gestion de crise peut nuire à la capacité d'agir rapidement lorsque la situation l'impose.

Le leadership médical, par exemple, variait considérablement d'un foyer à l'autre. Certains directeurs et directrices médicaux et médecins traitants ont participé activement et se sont rendus quotidiennement sur place pendant la pandémie, tandis que d'autres ont refusé d'entrer dans les foyers ou n'ont fourni que des conseils virtuels.

Les médecins qui sont restés à l'écart l'ont fait pour différentes raisons. Dans certains cas, les administrations des foyers leur ont demandé de ne pas venir sur place, car ils craignaient de faire ainsi entrer la COVID-19; dans d'autres cas, les médecins avaient leurs propres craintes de contracter ou de propager la COVID-19. D'autres encore n'avaient pas de formation formelle en PCI ou n'avaient pas accès à l'ÉPI. Quelle qu'en soit la raison, le résultat fut le même dans la plupart des foyers : les malades n'ont pas eu accès à un traitement médical rapide et à des soins de fin de vie dans la dignité.

Un membre du personnel a partagé ces réflexions avec la Commission :

Je suis parti du travail l'autre jour, et quand je suis rentré chez moi j'ai dit : « c'est comme une zone de guerre. » Je n'ai aucune idée de ce qui se passe. Les messages sont extrêmement

contradictoires et je me sens horriblement mal parce que j'ai une formation en santé et sécurité, alors je devrais savoir comment agir, non? [...] Nous devrions savoir ce que nous faisons au point où nous en sommes. Nous sommes dans le pétrin. »

Dans certains cas, le manque de clarté sur les mesures à prendre a été aggravé par l'incapacité des foyers à communiquer efficacement avec leur personnel :

[...] [les] messages contradictoires qui sont véhiculés dans le cadre de cette pandémie ne sont qu'un symptôme d'un problème plus important. Vous savez, le manque d'écoute à l'égard du personnel et la bureaucratie qui affecte en fin de compte les personnes dont nous prenons soin sont sans commune mesure.

~

[O]n nous donnait des directives qui changeaient constamment, qui étaient très confuses et, dans le meilleur des cas, minimales. Ça a commencé dès le début. Vous savez, lorsque nous posions des questions sur certaines des directives qui provenaient des SLD, même avec l'équipe de direction, on nous répondait qu'ils communiquaient avec nous par courtoisie. Par courtoisie. Imaginez.

~

Des communications au sujet de l'évolution de la pandémie, de l'éclosion dans notre foyer, il n'y en avait pas. Purement et simplement. Nous prenions nos nouvelles dans les bulletins d'information. C'est de là que venait la communication.

Les familles ont également souffert de ces défaillances de la communication. Beaucoup n'ont pas pu savoir si leurs proches étaient encore en vie. Au cours de son enquête, la Commission a entendu de nombreuses familles. Une porte-parole d'une famille a fait remarquer :

Il n'y avait pas de communication. Il était impossible d'avoir des nouvelles de ma mère. Nous étions malades d'inquiétude, et à juste titre, car elle est morte. [...] Nous avons besoin d'être avec nos proches quand ils sont en train de mourir, quand ils sont malades. Ils ont besoin de nous. Quand ils sont isolés, ils deviennent dépressifs. Ils n'ont personne à qui parler. Il n'y a personne qui s'assure qu'ils vont bien.

La Commission a entendu parler de multiples cas où même les personnes hébergées dans le foyer n'avaient aucune information sur ce qui se passait, notamment sur le décès de leurs pairs ou sur la durée des mesures de confinement. Comme l'a expliqué une personne résidente :

[N]ous n'étions pas tenus au courant si quelqu'un décédait ou quoi que ce soit. Nous finissions par l'apprendre quelques jours plus tard, et je pense que [...] même si nous aimons tous vivre ici [...] comme je l'ai dit, la communication n'était pas bonne. C'est là où le bât blesse. La communication est vraiment déficiente.

Il est clair pour la Commission qu'une mauvaise communication avec le personnel, les personnes hébergées et les familles amplifie les sentiments d'isolement et d'impuissance en cas de crise. Pire encore, cela rend une réponse coordonnée à une crise beaucoup plus difficile à atteindre.

Sommaire

Les avertissements de la première heure concernant le risque pour les personnes âgées et les lieux de rassemblement auraient dû inciter la province à prendre rapidement des mesures de précaution pour protéger les foyers de SLD. Cela n'a pas été le cas. En conséquence, la population vulnérable des SLD et les personnes qui en prenaient soin ont été la proie des disparitions, des souffrances et des deuils qui ont suivi.

La catastrophe : comment la COVID-19 a pu se propager

Afin de déterminer comment la crise de la COVID-19 s'est aggravée si rapidement, le reste de ce chapitre explorera les facteurs clés ayant contribué à l'horreur qui s'est déroulée dans les foyers de SLD de l'Ontario.

« Nous avons un problème » : la ruée vers l'ÉPI

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, au début de l'année 2020, la plupart de l'ÉPI adapté à la COVID-19 dans la réserve provinciale était périmé ou avait déjà été éliminé. Ce qui restait avait été acheté pour se prémunir contre l'Ebola.

La situation qui avait été prédite par le gouvernement en 2006 – lors de la demande initiale de financement pour la création d'une réserve – était en train de se produire en temps réel : la propagation rapide de la COVID-19 avait alimenté la demande et exercé des pressions sur les chaînes d'approvisionnement habituelles. Les prix ont été multipliés par dix, voire plus, car l'ÉPI était en demande dans le monde entier. Pour aggraver le problème, l'offre nationale était très limitée. Comme on l'avait constaté en 2006, une grande partie de l'ÉPI était toujours fabriqué en Chine. Et comme l'avait signalé le vérificateur général dans son rapport de 2007, la plupart des foyers de SLD ne disposaient pas de stocks suffisants.

La situation a été résumée avec justesse par le MHC, qui a écrit ce qui suit dans ses notes d'une réunion du 10 mars 2020 portant sur l'ÉPI : « En ce qui concerne l'offre – honnêtement – nous avons un problème. »

Les efforts pour s'approvisionner en ÉPI

Le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, qui était responsable de la réserve, a déclaré à la Commission qu'il avait été surpris de découvrir qu'une grande partie de l'ÉPI était fabriqué en Chine. Le D^r Williams « supposait que les entreprises qui nous fournissaient l'équipement le fabriquaient au pays ». Ce n'est qu'au cours de

la deuxième ou troisième semaine de février que le Dr Williams a reconnu qu'il s'agissait d'« un gros problème ».

En tant que responsable de la réserve, le MHC aurait dû être au courant de ce fait élémentaire. En effet, la soumission présentée au Conseil des ministres en 2006 pour demander le financement d'une réserve a mis en évidence le fait que le Canada n'avait pas de fournisseurs nationaux et qu'une pandémie se déclencherait probablement en Asie, là où sont situés les fournisseurs. Même un niveau modeste de préparation à une pandémie aurait pu révéler cette défaillance. Pour aggraver la situation créée par la destruction des stocks, il n'existait pas de contrats préexistants de fourniture d'ÉPI qui auraient permis de fixer les prix à des niveaux raisonnables et de garantir un réapprovisionnement rapide. Lorsque la COVID-19 a frappé, l'Ontario s'est retrouvé seul dans la course effrénée de tous les pays du monde pour se procurer de l'ÉPI.

Les armoires étant vides et aucune infrastructure de production nationale n'étant disponible, le personnel du ministère de la Santé a commencé à s'activer fébrilement pour se procurer tout l'ÉPI possible. Dans une séance d'information interne en date du 28 janvier 2020, le ministère de la Santé indiquait avoir entamé un processus d'approvisionnement urgent et non concurrentiel en ÉPI, étant donné que les réserves de la province étaient limitées.

Début février, des pressions sur la chaîne d'approvisionnement se faisaient déjà sentir. Lors d'une séance d'information le 8 février sur les réserves d'ÉPI, on a noté :

Le CDC [Centres américains de contrôle et de prévention des maladies] et d'autres spécialistes en santé publique suggèrent que les systèmes de santé du monde entier doivent être prêts à faire face à une pandémie au cas où les mesures d'endiguement mondiales ne fonctionneraient pas.

[...]

Les fabricants accordent la priorité aux régions du monde où sévissent des éclosions [...] et, par conséquent, les zones qui ont le plus besoin d'ÉPI. Les fabricants ne pourront satisfaire à l'achat d'ÉPI par les provinces à l'heure actuelle, étant donné les pressions mondiales qui s'exercent sur la chaîne d'approvisionnement.

En l'absence d'une chaîne d'approvisionnement et de contrats établis, le personnel du ministère de la Santé s'est efforcé de créer un système à la volée et de combler les lacunes en matière d'approvisionnement du mieux qu'il pouvait.

Au départ, les demandes d'ÉPI des foyers ont été adressées à l'adresse électronique ou à la ligne directe du Centre des opérations d'urgence du ministère pour la coordination et l'établissement des priorités. La première distribution à un foyer de SLD en réponse à une telle demande a eu lieu le 19 mars 2020. Aussi tard que le 27 mars, le ministère travaillait encore à l'établissement d'une approche pour

traiter les demandes d'ÉPI et peaufiner la structure logistique. La première attribution hebdomadaire proactive d'ÉPI n'a pas eu lieu avant le 11 avril, date à laquelle l'attribution et les rapports hebdomadaires ont commencé, peu après que le port du masque universel eut été rendu obligatoire (voir ci-dessous).

Les notes du carnet de la ministre de la Santé Christine Elliott ont révélé à quel point l'approvisionnement en ÉPI est devenu chaotique. Elle a décrit un monde louche où l'offre mondiale était si restreinte et la demande si importante que des personnes sans scrupules tentaient d'en tirer profit. Dans la nuit du 2 avril 2020, la ministre Elliott a reçu un appel l'informant que 30 millions de masques N95 de 3M pourraient être disponibles auprès d'un courtier aux États-Unis. Elle a saisi l'occasion et a convoqué une téléconférence d'urgence avec le Conseil du Trésor du Conseil des ministres. Le Conseil a approuvé un montant de 280 millions de dollars pour cet achat potentiel, sur la base du coût « de base » d'un masque, étant donné la concurrence internationale intense. L'argent a été versé sur un compte séquestre auprès d'un cabinet juridique. La ministre Elliott a expliqué à la Commission qu'elle avait dû « littéralement aller à la chasse [aux masques] à travers le monde parce qu'ils n'arrivaient pas ». Le courtier avait d'abord indiqué qu'ils se trouvaient aux États-Unis, puis au Royaume-Uni, puis à Singapour – pour finalement renvoyer la province au siège américain de 3M. Lorsque la province a communiqué avec 3M, la société a déclaré ne pas être au courant de cette proposition de transaction.

Les masques ne sont jamais arrivés, mais la province a pu récupérer l'argent du compte séquestre.

Des réserves limitées dans les foyers de SLD

Compte tenu de la pénurie d'ÉPI et de l'absence d'une réserve provinciale, la province a conseillé aux organisations de soins de santé, y compris les foyers de SLD, de mettre en place une « intendance des réserves », c'est-à-dire de « rationner les stocks ». Au départ, les foyers de SLD étaient laissés à eux-mêmes; ils devaient avoir accès à leurs propres chaînes d'approvisionnement et ne pouvaient pas dépendre d'un filet de sécurité provincial.

Joe La Marca, directeur de la Protection de la santé de la région de York, a décrit les efforts déployés par la région pour envoyer de l'ÉPI aux foyers, qui n'ont pas tardé à se rendre compte de la vitesse à laquelle les réserves fondaient pendant une pandémie :

Au début, un certain nombre de foyers se sont retrouvés dans une situation désespérée, peut-être parce qu'ils n'avaient pas pris conscience de leur rythme de consommation d'ÉPI. Ils nous ont d'abord dit que tout allait bien, mais ce n'est que lorsqu'ils se sont vus en situation d'éclosion qu'ils

ont réalisé, mon Dieu, je n'en avais pas assez. [...] [N]ous avons donc comblé cette lacune [...] leur avons distribué des gants, des masques, des lingettes et des blouses [...] selon la taille du foyer, pour leur permettre de tenir pendant les 48 premières heures. [...]

La pénurie d'ÉPI dans les foyers et la consigne de conserver soigneusement le peu qu'ils avaient ont amené de nombreux membres du personnel à craindre pour leur propre sécurité pendant qu'ils prodiguaient des soins. AdvantAge Ontario, une association sans but lucratif de SLD, de logements et de services aux personnes âgées, a décrit à la Commission ses tentatives pour trouver de l'ÉPI en situation de crise :

[N]ous avons lancé des appels à des groupes de bénévoles pour qu'ils confectionnent des masques en tissu. Nous faisons des recherches et achetons des équipements pour restériliser les masques. Nous avons [...] collaboré avec des groupes communautaires, des entreprises locales, des organisations, vous savez, pour consolider l'approvisionnement en ÉPI du mieux possible, parce que nous savions qu'il s'agissait d'une stratégie très importante pour prévenir la COVID.

[...]

[C]ertaines des premières directives indiquaient le nombre de fois que vous pouviez utiliser un masque avant de devoir le remplacer, une méthode de conservation qui suscitait beaucoup d'inquiétude parmi le personnel.

Selon le sous-ministre adjoint de la Santé responsable de l'analyse des données, avant la première vague de COVID-19, le ministère ne faisait pas le suivi des réserves d'ÉPI dans les foyers de SLD. Par conséquent, il n'était pas au courant de l'état des réserves.

La province a donc demandé à Santé Ontario de mener un sondage auprès des organisations de soins de santé, y compris les foyers de SLD, au sujet de leurs réserves d'ÉPI. Le taux de réponse a été plus faible dans le secteur des SLD que dans les autres secteurs.

Dès le 26 janvier 2020, l'Association des soins de longue durée de l'Ontario a informé la province que certains de ses membres n'étaient pas en mesure de faire remplir les commandes de masques N95. Le 15 mars, l'association a déterminé que la pénurie d'ÉPI constituait l'un des principaux problèmes du secteur. Certains foyers hésitaient à signaler les pénuries au ministère des Soins de longue durée (leur organisme de réglementation) de crainte d'être jugés non conformes. Le 16 mars, le ministère des Soins de longue durée a reconnu l'approvisionnement en ÉPI du secteur comme un besoin émergent.

Les représentants de l'Ontario Personal Support Workers Association et de l'Association canadienne des travailleurs de soutien ont décrit leurs tentatives désespérées pour trouver des moyens de protéger leurs membres :

Nous avons des PSSP à qui nous recommandions littéralement, à cause de la pénurie d'ÉPI, d'enfiler des sacs poubelles. On leur expliquait comment enfiler les sacs poubelles. On leur montrait à fabriquer un masque à partir de grosses bouteilles de boissons gazeuses en plastique.

Même en avril, lorsque la table de contrôle –formée afin de coordonner la surveillance, l'accès et la distribution de l'ÉPI – a commencé à distribuer de l'ÉPI de manière proactive, les stocks étaient encore inférieurs à la quantité optimale. En 2006, dans la foulée du SRAS, il a été recommandé que la réserve provinciale en cas de pandémie dispose d'un approvisionnement de quatre semaines, soit 94 millions de masques chirurgicaux (à raison de 23,5 millions par semaine, ou 3,3 millions par jour) prêts à être expédiés aux milieux de soins de santé qui en auraient besoin. Le 2 avril 2020, les stocks provinciaux s'élevaient à 1,9 million.

Des soldats sans armure : les répercussions sur le personnel

La pénurie d'ÉPI dans les foyers a laissé le personnel désemparé et craignant pour sa propre sécurité. Par conséquent, la couverture de main-d'œuvre en a souffert, car la peur de ne pas être protégé a incité le personnel à rester chez lui. Une telle issue avait pourtant été prédite en 2006, lorsque le Conseil des ministres a été avisé que « sans ÉPI adéquat, le personnel de la santé pourrait refuser de se rendre au travail ».

Un membre du personnel a fait part à la Commission du stress lié au fait de travailler sans ÉPI suffisant :

Nous ne cessons de répéter que nous avons besoin de plus d'ÉPI. Il y avait quatre personnes par chambre. Nous devons utiliser une blouse par chambre et l'accrocher à l'arrière de la porte. Et puis on a fini par nous laisser avoir quatre blouses par chambre et par jour, mais nous devons les accrocher à l'arrière de la porte, les unes à côté des autres. C'était mentalement et physiquement épuisant.

D'autres membres du personnel ont fait état d'un manque apparent de précautions en matière d'ÉPI dans certains foyers, à cause de la reconnaissance tardive par la direction de la menace posée par la nouvelle maladie :

Au début, nous ne disposions pas non plus d'une quantité abondante d'ÉPI. Notre direction nous disait que nous n'en avons pas besoin. Nous n'avions pas de COVID dans l'établissement, alors la consigne était de continuer à travailler.

~

Quand la question s'est posée pour la première fois, nous leur avons demandé des masques, et ils ont dit que nous n'en avons pas besoin, que la maladie n'était pas dans notre foyer. Nous leur avons parlé des personnes hébergées qui tombaient malades, et ils nous ont dit de ne pas nous inquiéter. De faire tout simplement notre travail. Et puis, lorsque la maladie a commencé à se répandre comme une traînée de poudre dans le foyer, nous n'avions aucune indication sur les précautions à prendre avec une personne atteinte de la COVID.

~

Les gens avaient des problèmes respiratoires, mais on nous a dit que ce n'était pas la COVID. Et puis quand on s'est rendu compte [que c'était le cas], ils ne nous ont pas distribué d'ÉPI ou quoi que ce soit. J'ai moi-même contracté la COVID, et j'ai été malade comme un chien. J'étais tellement malade que je ne pouvais même plus respirer à un certain moment, j'avais une respiration sifflante, et j'avais peur d'y laisser ma peau.

Dans certains cas, les membres du personnel qui se sentaient sous-protégés ont été mis devant l'horrible dilemme de devoir choisir entre leur propre sécurité et celle de leur famille et la sécurité des personnes dont ils s'occupaient. Un membre du personnel a raconté à la Commission une telle expérience et la culpabilité qui y est associée :

J'ai travaillé dans une unité positive à la COVID. Un jour, j'ai tout simplement abandonné mon poste. Au début de mon service, plusieurs membres du personnel et moi-même sommes allés voir notre DSI [directrice des soins infirmiers]. Nous l'avons suppliée de nous donner des N95, et elle nous a dit : « Non, vous n'en aurez pas. Ils sont pour le personnel hospitalier, pas pour nous. » Il régnait tellement de peur et d'anxiété à ce moment-là. Et j'avais aussi une famille à protéger en même temps, donc je me sentais très coupable de ce que j'étais forcé de faire. Le lendemain, la DSI nous a fait venir dans son bureau. Elle nous a montré tout l'ÉPI qu'elle gardait sous clé et dit qu'aucun d'entre nous n'en aurait.

Malgré leurs craintes, de nombreux membres du personnel ont continué à se présenter au front pour prodiguer des soins. Comme l'a décrit un membre du personnel, ils ont revêtu leur armure et sont partis au combat :

J'avais peur. Mais je devais quand même travailler. C'est comme partir pour la guerre. Vous savez qu'on va tirer sur vous. Vous allez recevoir des projectiles. Mais vous devez quand même y aller et attaquer. C'est ce que je ressentais.

Le port universel du masque arrive trop tard

Malheureusement pour les personnes hébergées dans les foyers de SLD, la province a attendu trop longtemps pour rendre obligatoire le port universel du masque.

Le 9 mars 2020, Santé publique Ontario considérait qu'il était possible que la COVID-19 soit transmise par des personnes asymptomatiques. Un représentant du Bureau du médecin hygiéniste en chef a confirmé que cette possibilité, sans être une certitude scientifique, aurait justifié l'application du principe de précaution dans son esprit.

Le 18 mars, le D^r Taha, de Santé publique Ottawa, a écrit au D^r Williams pour l'exhorter à adopter le port du masque universel, malgré la pénurie persistante d'ÉPI. Selon le D^r Taha, les données probantes étaient suffisantes pour affirmer qu'une transmission asymptomatique avait lieu – et que le port universel du masque était indiqué de toute urgence. Il vaut la peine de reproduire dans son intégralité l'avertissement du D^r Taha :

Cher David,

Comme l'accent est mis sur le personnel de la santé qui a voyagé à l'étranger, les points suivants ne reçoivent pas l'attention immédiate qu'ils méritent.

- Les données probantes sont désormais suffisantes pour affirmer qu'il y a plus d'infections asymptomatiques que d'infections symptomatiques,
- et que les infections asymptomatiques provoquent probablement plus de nouvelles infections que les infections symptomatiques.
- Cela suggère fortement que lorsque la transmission communautaire est évidente ou que l'on peut raisonnablement supposer qu'elle a lieu (par exemple, sur la base des faibles temps de doublement du nombre cumulatif de cas),
- alors il y a un fort risque que le personnel de la santé infecté qui n'a pas voyagé et qui reste asymptomatique travaille activement dans des établissements de soins de santé.
- Par conséquent, lorsque la transmission communautaire est évidente ou peut être présumée, tout le personnel de la santé devrait être présumé présenter un risque potentiel pour ses collègues et les personnes hébergées,
- et par conséquent ils doivent tous porter un masque chirurgical dès leur entrée jusqu'à leur sortie.

Je sais qu'il y a une pénurie d'ÉPI, mais il faut y remédier.

Je sais aussi qu'il y aura des arguments pour dire qu'il n'y a pas de preuve de l'efficacité de la recommandation ci-dessus, mais je retournerais l'argument et je dirais que le fardeau consiste maintenant à prouver que la recommandation ci-dessus (c'est-à-dire que tout le personnel de la santé doit porter un masque à tout moment au travail pour prévenir la propagation asymptomatique) ne fonctionnera pas et n'est pas indiquée, et qu'en l'absence de telles preuves, il convient de maintenir la recommandation.

Il existe d'autres implications du même ordre d'importance de la transmission asymptomatique, mais ce qui précède constitue une priorité urgente.

Merci pour tout le travail acharné que vous accomplissez. Nous traversons une période difficile mais il faut prendre des décisions, des décisions qui gagneraient certainement à être éclairées par davantage de données.

Le Dr Taha n'était pas le seul à penser que le port universel du masque devrait être obligatoire. Les spécialistes de la PCI du réseau hospitalier de Toronto se sont réunis de manière informelle le dimanche 22 mars et ont déterminé que le port du masque universel était approprié. Les hôpitaux du centre-ville de Toronto étaient dans la position enviable de disposer de suffisamment d'ÉPI. Ils ont institué le port du masque universel le 24 mars, à l'aide d'une directive rédigée au cours de la fin de semaine. La table des soins de longue durée de la région de Toronto a fait de même le 29 mars. Comme nous l'avons mentionné plus haut, certains foyers ont également décidé d'adopter le port du masque universel, de leur propre initiative, au mois de mars. Malheureusement, la province n'a pas agi avec la même diligence.

Le 2 avril, la veille du jour où le premier cas de COVID-19 a été signalé parmi le personnel d'Orchard Villa, le sous-ministre des Soins de longue durée, Richard Steele, a soulevé la question du port universel du masque auprès du Dr Williams.

Il lui demandait d'envisager un recours plus large à l'ÉPI, même si la province n'était pas « en mesure » d'en recommander l'utilisation en tout temps :

Devrions-nous en fait envisager une utilisation plus large de l'ÉPI par le personnel, en particulier les masques chirurgicaux? Comme nous en avons parlé hier, si nous ne sommes pas en mesure de recommander leur utilisation en tout temps, existe-t-il une approche basée sur le risque pour étendre l'utilisation au-delà de la consigne actuelle?

Or, le Dr Williams n'a rendu obligatoire le port du masque universel dans les SLD que le 8 avril.

La Commission a entendu la D^{re} Jennie Johnstone, directrice médicale de la prévention et du contrôle des infections à Sinai Health, dire que l'intervalle de deux semaines entre le 24 mars et le 8 avril était une période critique durant laquelle la COVID-19 s'est intensifiée, de nombreux foyers commençant à connaître des éclosions. En parlant de l'adoption du port du masque universel par les hôpitaux de Toronto, la D^{re} Johnstone a souligné l'importance d'une intervention rapide :

Chaque jour comptait. C'était un cycle de 24 heures et [...] les choses changeaient de minute en minute. Si vous pensez à [...] un centre hospitalier, on ne met pas normalement en œuvre un énorme programme de changements de pratiques en 12 heures. Nous avons pris la décision le 22 mars, le dimanche soir, et j'ai eu une conversation avec le PDG et l'équipe de direction le lundi matin, pour ensuite déployer le tout le jour même. Ce rythme n'est donc pas celui que nous connaissons en temps normal.

Lorsque la Commission lui a demandé si les hôpitaux avaient pris cette décision parce qu'ils avaient compris que le temps était compté, elle a répondu : « C'est exact. » Par ailleurs, elle a expliqué pourquoi le délai de deux semaines a joué un rôle aussi néfaste :

Je pense que cela aurait fait une grosse différence dans le contexte des SLD. Ce délai est survenu à un moment où la COVID-19 commençait à s'intensifier dans la collectivité, et avec le recul, je pense que beaucoup de foyers ont commencé à connaître des éclosions vers la fin du mois de mars.

Un responsable du Bureau du MHC a expliqué le délai dans l'instauration du port du masque universel en notant qu'avant le 8 avril, il n'y avait pas de preuve que cette mesure était efficace pour prévenir la transmission par une personne malade. Il semble toutefois à la Commission que les preuves étaient suffisantes pour adopter une approche de précaution dès la troisième semaine de mars.

Dans ses premiers temps, l'expérience de la région de Toronto en matière de port universel du masque a démontré qu'une approche de précaution doit aussi prendre en compte des considérations pragmatiques. La mise en œuvre du port universel du masque exige par exemple que les exploitants de foyers connaissent le nombre de masques utilisés systématiquement chaque jour. Les besoins de chaque foyer peuvent alors être déterminés en fonction des stocks d'ÉPI actuels et nécessaires.

Il est raisonnable de se demander si la pénurie importante d'ÉPI à l'époque a joué un rôle dans la décision d'attendre le 8 avril pour mettre en œuvre le port du masque universel – étant donné qu'une telle directive entraînerait clairement une utilisation accrue d'ÉPI. En effet, comme indiqué ci-dessus, il semble probable que le manque d'approvisionnement en ÉPI ait joué un rôle dans ce délai, du moins en partie.

Revera, un grand exploitant de foyers de SLD, a indiqué qu'il a fallu attendre le 13 avril pour obtenir de l'ÉPI le jour même. Revera a indiqué qu'à ce moment-là, 97 % de toutes les infections qu'il a connues lors de la première vague s'étaient produites. Le point de vue de Revera est compatible avec celui de la D^{re} Johnstone : le fait d'avoir tardé à intervenir en ce qui concerne le masque a coïncidé avec l'enracinement de la COVID-19 dans les SLD.

Aucune ligne de défense : les lacunes en matière de PCI

La préparation, la formation, le matériel et les protocoles pertinents revêtent une grande importance. En fait, c'est tout ce que nous avons pour faire face à de nouvelles menaces.

– D^{re} Penny Sutcliffe, médecin hygiéniste, Sudbury et districts

L'ÉPI n'a guère de valeur si l'on ne sait pas comment l'utiliser.

L'utilisation correcte de l'ÉPI n'est qu'une des nombreuses pratiques de PCI essentielles pour protéger les personnes hébergées et le personnel des SLD contre la transmission virale.

Comme nous l'avons vu dans les chapitres 1 et 2 du présent rapport, de nombreux foyers de SLD de l'Ontario manquaient des connaissances et de l'expertise adéquates en matière de PCI lorsque la pandémie a frappé. Bien que le secteur des SLD ait de l'expérience en matière d'éclosions de maladies respiratoires infectieuses comme la grippe, de nombreux foyers n'avaient pas les ressources, les connaissances ou l'expérience nécessaires pour mettre en œuvre des pratiques efficaces en matière de PCI. Or, sans cette ligne de défense de base, les éclosions étaient inévitables.

Outre l'absence d'ÉPI et le manque de connaissances institutionnelles en matière de PCI, les foyers ont mis à mal d'autres pratiques exemplaires de la PCI :

1. **Surveillance** : sans la possibilité de détecter rapidement le virus par des tests de dépistage, il est difficile de l'endiguer. Cette situation est compliquée par la possibilité d'une transmission asymptomatique par des personnes ignorant totalement qu'elles sont malades (voir plus loin).
2. **Restrictions liées aux infrastructures** : avec quatre personnes par chambre dans de nombreux foyers et, dans certains cas, huit personnes partageant une salle de bain, il est difficile d'empêcher la transmission. De nombreux foyers ne

disposaient pas d'endroits pour isoler les malades ou pour séparer les personnes bien portantes des malades.

3. **Pénurie de personnel** : moins il y a de personnes sur le terrain, plus il est difficile de prendre les mesures appropriées, y compris les mesures de base comme le nettoyage des surfaces.

Le personnel des SLD a décrit ces défis à la Commission :

Le contrôle des infections. Comment pouvez-vous faire du contrôle des infections avec quatre personnes par chambre? Nous savons ce qui doit être fait, mais nous ne pouvons pas le faire concrètement. Il n'y a pas de plan. Il n'y avait absolument aucun plan de contrôle des infections quand le virus a frappé. Je n'en revenais pas.

~

La majorité du personnel de l'établissement, qu'il s'agisse du personnel infirmier, de la diététique, de l'entretien ménager ou de la blanchisserie, n'a même pas fait l'essai d'ajustement pour savoir quel masque était approprié dans notre foyer. Et ceux d'entre nous qui, selon vous, ont fait l'essai d'ajustement, ils se sont fait dire que le masque N95 pouvait être utilisé deux fois, peut-être trois fois, quatre, qui sait, peut-être cinq. C'était totalement inacceptable.

Des spécialistes de la PCI provenant d'hôpitaux et de bureaux de santé publique ont été appelés dans les foyers pour effectuer des évaluations de la PCI et donner des conseils sur les mesures de contrôle appropriées.

Le North York General Hospital, par exemple, a réuni une équipe de quelque 11 praticiennes et praticiens de la santé, dont deux médecins, une infirmière ou un infirmier praticien et huit infirmières et infirmiers auxiliaires ayant de l'expérience dans le domaine des soins aux personnes âgées et provenant du service des urgences. L'équipe a fourni un éventail complet de mesures de soutien, y compris l'expertise en PCI, les tests de dépistage, la gestion de l'éclosion, la formation, l'éducation et le soutien médical. Au cours de la première vague de la pandémie, le North York General a ainsi effectué 64 évaluations et des centaines de séances de formation sur la PCI, administré 5 600 tests de dépistage grâce à ses unités mobiles et fourni d'innombrables heures de travail sous forme de personnel de première ligne, de personnel environnemental et de soins médicaux.

Ces efforts locaux se sont tenus depuis mars 2020, mais la province n'a pas encore comblé son retard. Même si le ministère de la Santé était au courant du « sous-développement » de la PCI dans les foyers, il a fallu attendre le 10 avril pour qu'il propose la création d'« équipes mobiles de PCI » pour résoudre le problème. À la même période, les fonctionnaires du ministère des Soins de longue durée cherchaient à obtenir les noms de spécialistes de la PCI et se disaient préoccupés par le fait que la disponibilité de l'expertise externe en PCI devenait limitée.

Ce n'est que le 24 avril 2020 qu'une directive ministérielle a été émise pour exiger que tous les exploitants de foyers autorisent l'entrée du « personnel nécessaire » et coopèrent avec celui-ci, y compris le personnel hospitalier et les équipes de PCI. Il semble que des équipes d'intervention d'urgence de PCI coordonnées au niveau provincial aient ensuite été déployées fin avril ou début mai 2020.

Il est difficile de former le personnel d'un foyer aux procédures de PCI appropriées en plein milieu d'une pandémie. Il faut du temps et de la constance pour créer de bonnes habitudes. Joe La Marca, directeur de la Protection de la santé de la région de York, l'a expliqué ainsi :

L'une des choses que nous avons apprises très tôt, c'est que lorsque nous nous rendions sur place pour faire une évaluation, ça restait un exercice ponctuel. Après notre départ, il était parfois très difficile pour le foyer de continuer à mettre en pratique certaines de ces connaissances en PCI et c'est là que nous avons dû soit augmenter le nombre de personnes envoyées pour [...] donner plus de formation sur place. C'est ainsi qu'a pris naissance l'approche des évaluateurs en PCI. Cela a en quelque sorte permis de faire le pont entre [...] le moment où nous faisons l'évaluation et [...] le moment où nous quittons le foyer pour nous rendre à la prochaine éclosion – parce qu'il y avait des éclosions partout. Nous recherchions une certaine continuité, ou des champions, pour nous assurer que le foyer appliquait certaines de ces recommandations, notamment en ce qui concerne l'enfilement, l'enlèvement et l'utilisation correcte de l'ÉPI.

La D^{re} Vera Etches, médecin hygiéniste d'Ottawa, abonde dans le même sens :

Et nos apprentissages et nos observations ont montré que la formation est un élément parmi d'autres, mais qu'elle nécessite vraiment une surveillance et un renforcement continuel. Cela signifie que le leadership et la supervision en matière de PCI doivent véritablement s'exercer sept jours sur sept, voire 24 heures sur 24.

À l'avenir, les pratiques en matière de PCI doivent être observées de manière proactive et rigoureuse afin que les éclosions puissent être contenues ou évitées.

Regroupement en cohorte

Une autre pratique exemplaire importante en matière de PCI est le regroupement en cohorte, c'est-à-dire la possibilité d'isoler et de regrouper les personnes malades et bien portantes parmi les personnes résidentes et le personnel. Bien que la province s'attende à ce que les foyers aient la capacité de procéder à de tels regroupements, elle n'a pas fourni de directives appropriées en ce sens. Par conséquent, le personnel de nombreux foyers n'avait que peu ou pas de connaissances sur la manière de le faire efficacement. Dans certains cas, plutôt que de servir d'outil important de PCI, le regroupement s'est traduit dans les faits par la propagation de la COVID-19 à une population plus vaste.

À compter du 30 mars 2020, la Directive n° 3 exigeait que le personnel et les personnes hébergées soient regroupés en cohortes de « personnes bien portantes et malades ».

Le document ne contenait pas d'instructions sur la manière de procéder au regroupement en cohorte, et le ministère n'a pas non plus fourni d'orientation en la matière. Malheureusement, avec la transmission asymptomatique, il n'était pas toujours possible de déterminer qui était bien portant et qui était malade. Au moment où la Directive n° 3 a été publiée, la transmission asymptomatique du virus suscitait suffisamment d'inquiétudes pour que le principe de précaution soit appliqué. Pour ce faire, il aurait fallu que la Directive n° 3 fournisse des orientations précises sur la manière dont les foyers devaient faire face à cette réalité.

La directive faisait référence à un document de 2018 du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses portant sur les pratiques exemplaires en matière de PCI. Toutefois, ce document ne renfermait pas de consignes sur la façon de regrouper en cohorte correctement et en toute sécurité les personnes hébergées et le personnel – et à plus forte raison dans un établissement qui opère à capacité ou presque.

De plus, certains chercheurs ont décrit le regroupement en cohorte dans le but de lutter contre les infections comme un concept nouveau pour la plupart des foyers de SLD. Il ne faut donc pas s'étonner si le personnel n'avait pas l'expérience nécessaire pour le faire correctement. Malgré les multiples modifications apportées à la Directive n° 3 et ce manque général de connaissances dans le secteur des SLD, la Directive n'a jamais fourni d'indications sur la manière de composer avec le fait qu'une personne contaminée par la COVID-19 pouvait transmettre la maladie de manière asymptomatique.

En essayant tant bien que mal de se conformer aux directives, les foyers ont regroupé en cohortes distinctes les personnes symptomatiques et celles asymptomatiques. Le problème tenait au fait que les personnes présymptomatiques et asymptomatiques qui avaient été exposées à la COVID-19 étaient souvent porteuses du virus et pouvaient le transmettre.

Le Dr Dylan Kain, un spécialiste des maladies infectieuses à Sinai Health, a mené une étude rétrospective qui a démontré comment un foyer avait essayé de procéder au regroupement en cohorte selon les instructions contenues dans la Directive. Ne connaissant pas la nature asymptomatique de la maladie, le foyer a involontairement regroupé en cohorte des personnes infectées (mais asymptomatiques) et des personnes non exposées, et a ainsi involontairement propagé la COVID-19 de chambre en chambre. Or, tout cela était évitable. En effet, dès le début de la pandémie, Hong Kong était au courant du risque de transmission asymptomatique. Dans les foyers de SLD de Hong Kong, de nombreuses personnes partageaient une chambre. Les personnes qui recevaient un diagnostic de COVID-19 étaient placées en cohorte avec d'autres personnes ayant reçu le même diagnostic. Parallèlement, les personnes

exposées ont été regroupées en cohorte avec d'autres personnes exposées à la maladie. Ainsi, les personnes non exposées ne couraient pas de risque supplémentaire.

À la fin du mois de mai 2020, la province a finalement pris des mesures pour combler ce manque de connaissances en proposant des webinaires sur l'utilisation de l'ÉPI et les pratiques appropriées de regroupement en cohorte. N'empêche qu'à ce moment-là, la première vague avait déjà fait des ravages dans les foyers de SLD et causé plus de 1 450 décès parmi les personnes hébergées.

Nulle part où aller : la relocalisation

Lorsque les foyers ne peuvent pas isoler adéquatement les malades, une solution de rechange consiste à les transférer dans un autre établissement, comme un hôpital ou un hôpital de campagne.

Malgré les preuves qu'une stratégie de relocalisation pour les foyers de SLD pourrait prévenir l'infection, la province n'a pas adopté une telle stratégie lors de la première vague de la pandémie. La première initiative dans ce sens menée par la province n'a été annoncée qu'à la fin décembre 2020.

Le ministère des Soins de longue durée et le ministère de la Santé n'ont pas donné l'ordre d'approuver des centres de relocalisation au cours de la première vague. Et sans une initiative du gouvernement ou d'autres acteurs du secteur de la santé, les foyers individuels n'avaient tout simplement pas les ressources nécessaires pour établir des centres de relocalisation individuels. En revanche, la Commission a entendu le professeur Terry Lum de l'Université de Hong Kong dire que, dans ce pays, le gouvernement se servait de tels centres pour isoler les personnes exposées pendant 14 jours afin de s'assurer qu'elles ne pouvaient pas transmettre la maladie par inadvertance. Les personnes qui avaient reçu un résultat positif à un test de dépistage étaient placées en isolement dans les hôpitaux. Cela ne s'est pas produit en Ontario.

Dans certaines parties de la province, cependant, des initiatives ont été prises pour aménager des centres de relocalisation de rechange. Ainsi, en mars 2020, l'Hôpital régional de Windsor – en coordination avec le lieutenant-colonel Andy Stewart, membre retraité des Forces armées canadiennes – a pu identifier des lieux convenant à l'aménagement d'un hôpital de campagne. En fin de compte, c'est le Sportsplex du Collège St. Clair qui a été retenu, et en 17 jours, l'hôpital de campagne devenait opérationnel et pouvait accueillir 100 malades.

Dans sa deuxième série de recommandations provisoires, la Commission a proposé que les ministères s'inspirent du succès de l'hôpital de campagne de l'Hôpital régional de Windsor comme modèle pour l'aménagement rapide d'autres milieux de soins en cas de crise.

En janvier 2021, la province a ouvert son premier centre de soins spécialisés à Etobicoke pour desservir Toronto. Le centre a généré de la capacité en permettant aux foyers qui présentent un risque élevé de COVID-19 de relocaliser des malades. Au moment de la rédaction du présent document, l'établissement pouvait offrir jusqu'à 90 places, même s'il n'a ouvert ses portes qu'avec 30 lits. Le Toronto Grace Health Centre, un hôpital spécialisé dans les soins aux personnes âgées, y prodigue des soins.

En expliquant pourquoi il a fallu tant de temps pour créer le centre de soins spécialisés, la ministre Fullerton a cité les conseils de la table de bioéthique, ainsi que les préoccupations concernant les droits des personnes hébergées. Elle a fait remarquer qu'il y a également des problèmes d'infrastructure et de personnel à résoudre. Les solutions de rechange comme les hôtels ou les hôpitaux de fortune nécessitent des ressources humaines en santé, ce qui comprend une équipe opérationnelle et une équipe de commandement. Pour être efficace, ce système dépend aussi beaucoup de l'aide du personnel hospitalier qui vient prêter main-forte. Lors d'un entretien avec la Commission, le MHC a fait remarquer que « nous avons des installations, mais pas le personnel ».

Toutes ces considérations auraient pu et auraient dû être prises en compte dans les plans de préparation en cas de pandémie. Lorsque la COVID-19 a frappé, quelque 10 mois se sont écoulés avant que la décision de mettre en place un centre de relocalisation soit prise. De toute évidence, c'était beaucoup trop long. La ministre Fullerton a déclaré à la Commission que le gouvernement recevra un rapport sur le succès du centre de soins spécialisés. Ce rapport devrait être rendu public.

La Direction de l'inspection absente lors de la première vague

Comme nous l'avons vu au chapitre 1, dans les années précédant la pandémie, les inspections de la qualité des soins aux résidents avaient été presque totalement abolies. Or, si des inspections plus rigoureuses avaient eu lieu, on aurait pu remédier beaucoup plus tôt aux lacunes en matière de PCI dans les foyers.

Les responsables des inspections ont commencé à travailler à distance le 16 mars 2020, le jour même où la première éclosion a été signalée dans les SLD. Au lieu d'effectuer des visites sur place, le personnel devait téléphoner dans les SLD pour vérifier la situation, gérer les plaintes entrantes, trier les problèmes à haut risque et établir une communication continue.

L'efficacité de cette nouvelle approche est discutable. Une correspondance datée du 30 mars 2020, en provenance de la personne déléguée du Syndicat des employés de la fonction publique de l'Ontario siégeant au comité des relations avec les employées et les employés du ministère, suggère que les foyers n'avaient que peu de temps pour

répondre aux demandes de renseignements du personnel d'inspection à distance, étant donné qu'ils devaient faire face aux éclosions et assurer des soins directs. Certains responsables des inspections étaient démoralisés, confus et frustrés car les directives pouvaient changer en l'espace de quelques jours. La situation sur le terrain a été décrite comme suit :

De nombreux responsables des inspections ne savent plus où donner de la tête avec le torrent d'informations qu'on leur communique. Certains estiment que le processus est si pénible et confus qu'on n'arrive pas à le suivre au quotidien.

Certains foyers ont refusé de répondre au personnel chargé des inspections en disant qu'ils étaient déjà en proie à une éclosion (pas nécessairement de COVID) et que ces appels leur causaient un surcroît de travail en monopolisant du temps qu'ils n'avaient pas. Ces personnes travaillent déjà 16 heures par jour pour essayer de tenir le coup.

Plusieurs responsables des inspections ont aussi dit qu'il serait judicieux de les consulter avant de mettre en place politiques et procédures.

De nombreux foyers étaient mécontents de ces appels et le faisaient savoir à leurs interlocuteurs. Un membre du personnel d'un foyer a dit à un inspecteur qu'il n'avait pas une minute de libre dans la semaine pour lui parler. Il faut savoir que le personnel est déjà tenu de transmettre les mêmes renseignements à une foule de personnes.

Un responsable des inspections a déclaré qu'il était difficile de ne pas pouvoir venir en aide aux foyers. Ceux-ci sont trop occupés pour pouvoir s'entretenir avec quiconque. Dans ces circonstances, le moral n'est pas au beau fixe.

Cette impression que la Direction de l'inspection n'avait pas d'orientation claire en ce qui concerne sa riposte à la COVID-19 en mars 2020 se reflète également dans un courriel du 27 mars adressé par le directeur de la Direction de l'inspection aux responsables des inspections :

L'incertitude qui règne et le rythme effréné auquel notre environnement quotidien et professionnel évolue font en sorte que la situation est difficile à suivre et parfois même à comprendre. Je veux que vous sachiez que je me suis senti frustré et parfois impuissant de ne pas être en mesure de fournir à chacun d'entre vous des orientations et des conseils opportuns sur la façon de procéder dans l'exercice de nos fonctions. Tenez bon et sachez que l'équipe de direction et moi-même faisons de notre mieux pour vous fournir les directives nécessaires afin de continuer à avancer dans notre travail indispensable.

Le 29 avril, alors que la COVID-19 faisait toujours rage dans les foyers, une liste de contrôle a finalement été fournie au personnel chargé des inspections pour qu'il procède à des évaluations de la PCI. Un outil de cette sorte, détaillé et propre à la PCI, n'était pas disponible avant la pandémie. S'il avait existé, il aurait pu alerter le ministère des Soins de longue durée sur les lacunes pré-pandémiques en matière de PCI.

Toutefois, comme c'était le cas pour l'effectif dans les foyers de SLD, il n'y avait pas de « capacité de pointe ou de ressources d'appoint » disponibles pour déployer rapidement des responsables des inspections dans les foyers. Avant la pandémie et

pendant la première vague, l'inspecteurat ne disposait pas d'un financement suffisant pour pourvoir le nombre de postes prévu; ce n'est qu'en novembre 2020 qu'il recevra des fonds supplémentaires pour augmenter ses effectifs à plein temps.

Le train déraillé : l'effondrement de l'effectif

De tous les défis posés aux SLD par la pandémie de COVID-19, l'un des plus importants a été la pénurie de personnel. En fin de compte, c'est le personnel qui fait fonctionner un foyer. C'est lui qui s'occupe des résidentes et des résidents dans une très large part et, dans de nombreux cas, de leurs soins intimes – en les aidant à manger, à prendre leurs médicaments, à se laver, à s'habiller et à aller aux toilettes. Sans personnel, le train sort de ses rails.

L'Institut canadien d'information sur la santé, s'appuyant sur les résultats d'un sondage mené par la Commission auprès des foyers de SLD, a trouvé que les foyers comptant davantage de personnel infirmier (y compris des infirmières et infirmiers autorisés [IA], infirmières et infirmiers praticiens [IP], infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés [IAA] et des préposées et préposés aux services de soutien à la personne [PSSP]) par personne étaient moins susceptibles de connaître une éclosion de COVID-19 au cours de la première vague de la pandémie. L'ICIS a également constaté que la gravité d'une éclosion et le taux de mortalité des personnes hébergées au cours de la première vague étaient plus élevés dans les foyers où il manquait 25 % de PSSP au moins une fois au cours de cette période.

L'ICIS a conclu que :

- « le personnel de santé est vital pour la réponse à la pandémie, y compris pour la capacité à augmenter l'échelle des activités en toute sécurité »; et que
- « la dotation en personnel constitue peut-être la pratique de PCI la plus efficace au sein des foyers. »

La province était depuis de nombreuses années au courant de la crise du personnel dans les soins de longue durée. Comme nous l'avons vu dans les chapitres 1 et 2, le secteur est confronté depuis des lustres à des problèmes de recrutement et de rétention du personnel. Les associations de défense des soins de longue durée, les spécialistes du secteur, les syndicats, les foyers de SLD et leur personnel actuel ont répété à maintes reprises à la Commission que la crise de dotation en personnel qui a précédé la pandémie a été un facteur clé dans l'hécatombe qui s'est abattue sur les foyers de SLD de l'Ontario.

Lorsque la pandémie a frappé, on a demandé au personnel de s'occuper de personnes vulnérables dans des conditions brutales – et parfois atroces. La Commission a entendu le personnel des SLD, les syndicats et d'autres parties prenantes évoquer les

difficultés quotidiennes auxquelles sont confrontés les PSSP, le personnel infirmier et les autres membres du personnel chargés de protéger les personnes hébergées.

Au fur et à mesure que la COVID-19 se répandait dans le système, les administrations des foyers ont commencé à être confrontées à des pénuries de personnel sans précédent. Les causes de l'absentéisme du personnel pendant la pandémie étaient multifactorielles. Notons :

- des membres du personnel qui sont tombés malades après avoir contracté le virus;
- les exigences d'auto-isolément après un voyage à l'étranger;
- l'obligation de garder ses enfants à la maison; et
- la crainte de contracter le virus et d'infecter d'autres personnes, notamment les enfants et les membres de la famille immunodéprimés.

Compte tenu des informations diffusées dans les médias sur la nature infectieuse de la COVID-19 et la vulnérabilité des populations âgées comme des personnes souffrant de problèmes de santé préexistants, la peur s'est rapidement répandue parmi le personnel des foyers. Lorsque la population a appris que des membres du personnel de SLD avaient succombé au virus en avril, la confiance du personnel s'est encore affaiblie et l'anxiété a atteint son paroxysme. Et comme nous l'avons vu plus haut, la pénurie d'ÉPI n'a fait qu'accentuer leurs craintes.

Des pénuries sans précédent

La situation est devenue telle que certains jours, il n'y avait que deux personnes dans tout le bâtiment pour s'occuper de tout le monde. Un jour, deux PSSP, qui avaient de la fièvre, se sont présentées pour le quart de jour. Elles ont été autorisées à rester, parce que si elles partaient, il n'y avait littéralement plus personne pour s'occuper de qui que ce soit.

– Un membre du personnel des SLD

La pénurie de personnel dans certains foyers était si grave pendant les éclosions que, dans un cas au moins, la direction et le personnel ont fait appel à quiconque pouvait les aider, y compris des membres de leur propre famille. Marcia Barry, avocate de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, a décrit à la Commission les difficultés éprouvées par une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) pour obtenir du renfort dans un foyer de SLD d'Ottawa, où 53 résidents et 29 employés ont fini par être déclarés positifs.

[...] l'une des IAA a un jour fait venir son fils de 18 ans et son père, qui ont tous deux été embauchés sur-le-champ et affectés en partie comme PSSP, et en partie comme agents d'entretien, faisant tout ce qu'ils pouvaient pour aider dans le foyer. [...] Hélas, aucune de ces nouvelles recrues n'avait d'expérience dans le domaine des soins de santé et elles n'ont reçu aucune formation ni

orientation, notamment en ce qui concerne le contrôle des infections et l'ÉPI. Et malheureusement [...] l'IAA et les deux membres de sa famille ont fini par contracter le virus.

Les lacunes entourant la prévention et le contrôle des infections étaient encore aggravées par le recours à du personnel inexpérimenté et à du personnel d'agence. Malgré les directives réglementaires exigeant une formation obligatoire en PCI, il est évident que de nombreux foyers n'avaient pas reçu une formation suffisante dans ce domaine avant la COVID-19. Ne possédant pas les compétences nécessaires, le personnel est resté dans l'ignorance des protocoles appropriés, pendant que le roulement rapide de personnel attribuable à la pandémie laissait peu de temps ou de ressources pour former le nouveau personnel. Sans cette formation, tant les membres du personnel restant que du nouveau personnel se sont exposés, eux et les personnes avec lesquelles ils étaient en contact, à de grands risques.

Les équipes du personnel assumaient une énorme responsabilité lorsqu'une éclosion survenait dans un foyer de SLD. Les repas devaient toujours être préparés et livrés aux personnes résidentes, et les installations devaient être nettoyées et désinfectées de fond en comble, surtout les chambres où se trouvaient des personnes testées positives à la COVID. La pandémie a mis en lumière le travail et le dévouement souvent sous-estimés des cuisinières et cuisiniers, des aides diététiques et du personnel d'entretien ménager. Un cas de contamination par la COVID-19 ou l'absence de personnel dans ces secteurs pouvaient rapidement mettre un foyer au bord de la catastrophe. Cette situation a également illustré la nécessité de fournir une formation en PCI et des ÉPI appropriés à tous les membres du personnel, quel que soit leur rôle.

Les membres du personnel des foyers de SLD sont dévoués et ont travaillé dans des circonstances extrêmement difficiles tout au long de la pandémie. Souvent, leur visage a été le dernier qu'a vu un résident ou une résidente avant de mourir. Ces gens se sont occupés des personnes résidentes même s'ils savaient qu'ils se mettaient, eux-mêmes et leur famille, en danger. Il ne fait aucun doute que les risques étaient réels. Ainsi, au 25 avril 2021, 6 924 membres du personnel avaient été infectés à la COVID-19 et, malheureusement, 11 en étaient décédés. La tragédie qui s'est déroulée dans les foyers de SLD de la province a touché non seulement les personnes hébergées, mais aussi les familles et les proches des membres dévoués du personnel qui ont souffert et sont morts de la COVID-19. Leur dévouement et leur professionnalisme ne doivent pas être oubliés.

Des charges de travail impossibles à gérer et des ratios dangereusement bas

Du 12 septembre au 4 octobre 2020, l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario a mené, auprès de ses membres travaillant dans des foyers de SLD, un sondage sur leur expérience depuis mars 2020. Dans les données recueillies, qualifiées de « troublantes » par l'AIO, 43 % des répondants ont déclaré que, depuis le mois de

mars, il y a eu des cas où aucune infirmière ou d'infirmier autorisé n'était présent sur place. De plus, 11 % ont déclaré que leur foyer avait enfreint la norme relative à la présence de personnel infirmier autorisé plus de quatre fois dans un mois donné.

La pénurie chronique de personnel décrite dans les chapitres précédents du présent rapport a été exacerbée par la pandémie, la charge de travail du personnel ayant souvent doublé, triplé ou même quadruplé dans des conditions impossibles à gérer. À cela s'est ajoutée une augmentation des responsabilités, le personnel devant désormais contacter les familles, évaluer les résidentes et résidents plusieurs fois par jour, administrer des médicaments, fournir des soins palliatifs et s'occuper des dépouilles des personnes récemment décédées. Dans ces circonstances, il était inévitable que les personnes hébergées ne reçoivent pas le niveau de soins approprié dont elles avaient besoin et qu'elles méritaient. En outre, les quarts de travail consécutifs et l'aide aux personnes atteintes de démence et manifestant des comportements réactifs ont accru la demande de personnel dans des foyers qui en manquaient déjà cruellement.

Les charges de travail difficiles à gérer et les ratios personnel-personnes résidentes disproportionnés ont été aggravés par les restrictions en matière de visites imposées aux membres des familles et aux proches, qui, avant la pandémie, avaient souvent un rôle de proche-aidant essentiel.

À maintes reprises, la Commission a entendu dire que l'insuffisance de l'effectif avait eu un impact direct sur la capacité du personnel à mettre en œuvre des pratiques efficaces de PCI et à répondre aux besoins de base des résidentes et résidents, notamment sur le plan de l'hydratation, de la nutrition, de l'hygiène et de l'interaction humaine. Outre les décès dus à la COVID-19, des personnes sont mortes à la suite de négligences découlant du manque d'effectifs. Par exemple, la Commission a appris que la malnutrition et la déshydratation étaient attribuables à une insuffisance de personnel disponible pour répondre aux besoins des personnes résidentes. En raison de ces conditions, certaines personnes ont passé leurs dernières heures dans un isolement complet et ont fini par mourir seules.

Des effets dévastateurs

La Commission a entendu de nombreux témoignages de membres du personnel qui ont fait plus que leur devoir pour soutenir les personnes résidentes, les familles et les collègues pendant la pandémie. Ils se sont sacrifiés en faisant plusieurs quarts de travail et en ne voyant pas leur propre famille et leurs proches pendant des semaines ou des mois. Comme l'a raconté un membre du personnel d'un foyer de SLD :

On arrive au travail en pleurant. On pleure pendant et après le travail. On vomit dans les vestiaires. On essaie de reprendre le dessus avant de rentrer chez nous pour retrouver nos proches, si c'est

possible étant donné qu'avec la COVID, la plupart d'entre nous devons nous isoler. Le trouble de stress post-traumatique est de plus en plus présent sur nos lignes de front. Le sentiment de culpabilité est lourd à porter. Nous sommes des personnes très compatissantes et attentionnées. Je risque ma vie pour sauver la mère ou le père de quelqu'un tout en étant éloignée de mes propres parents. Le stress est insupportable.

Les membres du personnel ont souvent été les seules personnes présentes auprès des résidents au moment de leur décès. Ils devaient alors effectuer les procédures post-mortem. Ces tâches incombent généralement aux coroners ou au personnel funéraire, mais ces derniers se sont vu interdire l'accès aux foyers au début du mois d'avril. Le personnel des foyers de SLD devait notamment mettre les personnes décédées, dont il avait pris soin, dans des housses mortuaires, étiqueter les corps avec les données d'identification nécessaires, puis les transporter sur une civière jusqu'au corbillard qui les attendait. Le personnel a expliqué à la Commission qu'il n'était pas outillé pour accomplir ces procédures avec la dignité et le soin qui s'imposent et l'ÉPI requis :

Le moment le plus difficile et le plus dur, je ne peux pas l'oublier, c'était lorsqu'une personne mourait et qu'il n'y avait personne de sa famille à ses côtés. J'en suis encore traumatisée. Et nous, moi y compris, nous devons envelopper le corps dans un sac de plastique, un sac noir, et ensuite le pousser sur une civière jusqu'à l'extérieur du foyer. Ce fut l'expérience la plus dévastatrice de toute ma vie. Et je sais que je n'étais pas protégée à ce moment-là.

Qu'ils aient été témoins de la souffrance et de l'angoisse de personnes auprès desquelles ils n'avaient tout simplement pas eu le temps de se rendre ou de la mort indigne de celles qu'ils aimaient et dont ils s'occupaient, les membres du personnel de première ligne ont décrit des sentiments extrêmes d'impuissance, de culpabilité et de regret, tant sur le plan personnel que professionnel.

Nous étions des héros, nous sommes devenus des zéros. [...] Nous avons cinq PSSP pour 58 personnes hébergées. Et ce monsieur qui était en train de mourir. Nous avons fait de notre mieux pour aller dans sa chambre le plus souvent possible et lui prodiguer des soins [...] mais malheureusement, il est mort seul. Nous n'étions pas là quand il est mort. [...] Après le décès d'une personne résidente, on est censé se ressaisir et, même si on est émotionnellement attaché à cette personne – ce qui arrive –, il faut malgré tout passer à la prochaine tâche en un clin d'œil. [...] On devient des familles de substitution. Les personnes résidant en foyer de SLD connaissent nos voix, elles connaissent notre toucher, et c'est important. Et je crois qu'il est inhumain de ne pas pouvoir passer du temps supplémentaire auprès d'une personne mourante ou une personne qui se sent seule ou qui a un problème.

Les membres du personnel non infirmier ont pour leur part vu leur rôle complètement chamboulé. Les activités récréatives pour les personnes résidentes ont disparu pendant le confinement et le personnel a été réaffecté à d'autres tâches. La Commission a entendu dire que la perte d'activités qui favorisaient la stimulation physique, mentale et psychologique des personnes hébergées a non seulement eu des répercussions

importantes sur leur santé et leur bien-être général, mais a également affecté le moral du personnel qui auparavant préparait et dirigeait des programmes avec soin et fierté.

Comme l'a souligné une animatrice des loisirs d'un foyer de SLD, dans un mémoire à la Commission, le plaisir que procure l'animation de jeux interactifs ou l'organisation de soirées de cinéma a été remplacé par le désespoir de devoir tenir des iPads pour que les familles puissent faire leurs adieux à leurs proches :

Comme membre du personnel des loisirs, j'enfilais mon ÉPI et m'asseyais au chevet d'un résident ou d'une résidente [avec] mon iPad pour faciliter un dernier « au revoir » [...] Je me suis retrouvée assise au chevet d'un résident après sa mort, avec un iPad, parce que sa famille voulait le voir une dernière fois. J'ai donc regardé et écouté sa femme et ses enfants adultes parler de leur amour et j'ai pleuré en silence sous mon masque et mon écran facial. »

À la suite de ces expériences traumatisantes, beaucoup de membres du personnel continuent de faire face à des problèmes de santé mentale, notamment la dépression et une anxiété accrue, sans recevoir d'aide. Ils sont nombreux à vivre seuls leur deuil et à s'efforcer d'accepter ce dont ils ont été témoins, tout en continuant à travailler dans les foyers où les tragédies ont eu lieu.

Le personnel qui s'est battu pendant la pandémie et qui en porte les marques ne doit pas être oublié. Les titulaires de permis de foyers de SLD devraient mettre des services de counseling à la disposition des personnes résidant dans les foyers et du personnel qui y travaille. Ils devraient en assumer le coût qui, d'aucune manière, ne devrait être répercuté sur les personnes résidentes ou le personnel.

Retard dans les restrictions du mouvement de personnel et dans le soutien apporté

Alors que les niveaux de dotation en personnel étaient extrêmement bas pendant la pandémie, le personnel représentait également une porte d'entrée potentielle pour la COVID-19 dans un foyer. Deux mesures visant à remédier à ces inquiétudes concurrentes – la directive portant sur le travail limité à un seul foyer de SLD et la décision d'accorder au personnel une prime de pandémie – ont pris du temps à se concrétiser.

Décret portant sur le travail limité à un seul foyer

Au cours des premiers mois de la pandémie, des données probantes laissaient à penser que les éclosions de COVID-19 dans les établissements de SLD se produisaient parce que le personnel qui travaillait à temps partiel dans plus d'un foyer transportait involontairement le virus d'un endroit à l'autre. La solution recommandée fut donc de limiter le travail du personnel à un seul foyer.

Cependant, comme pour l'exigence du port du masque universel, dont il a été question plus haut, la province a mis du temps à agir, en partie parce qu'elle ne s'était pas préparée à cette éventualité et qu'elle a ensuite procédé à un examen de ses politiques, alors qu'il aurait fallu agir. Limiter le personnel à un seul lieu de travail comportait certes un inconvénient : la crise de dotation qui existait déjà avant la pandémie s'en trouverait exacerbée, et il en résulterait inévitablement une plus forte compression de la main-d'œuvre.

Dans ses observations adressées au Conseil des ministres le 14 avril 2020, alors qu'elle demandait un décret d'urgence pour limiter le travail du personnel des foyers de SLD à un seul endroit, la ministre Fullerton a reconnu la probabilité d'une transmission asymptomatique par le personnel et a également expliqué les raisons pour lesquelles un si grand nombre de membres du personnel devaient travailler à plus d'un endroit :

Il est de plus en plus évident que de nombreuses éclosions sont le résultat de l'introduction involontaire du virus dans les foyers par le personnel asymptomatique. Nous savons qu'un nombre considérable de personnes travaillant dans le secteur des soins de longue durée occupent un emploi à temps partiel, souvent dans plus d'un établissement – dans un autre foyer de SLD, dans une maison de retraite ou ailleurs – afin de pouvoir travailler à temps plein.

Les propos de la ministre Fullerton n'auraient pas dû surprendre. La province était consciente, bien avant la COVID-19, du risque que représentait, pour les personnes hébergées, le fait d'avoir du personnel travaillant dans plusieurs foyers de SLD. Comme nous l'avons vu au chapitre 2, le problème a été signalé par le D^r David Walker au début de 2004, dans le rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses. En avril 2020, le D^r Williams a admis devant les médias :

Dès le début, nous avons des inquiétudes concernant le personnel travaillant dans plusieurs établissements. Nous avons déjà été confrontés à ce problème lors de l'épidémie de SRAS et un peu lors de la crise du H1N1 il y a quelques années [...] Et nous savions que ce problème était constant.

À titre de médecin hygiéniste en chef, le D^r Williams a le pouvoir de publier des directives contraignantes assorties de sanctions prévues par la loi, en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Au lieu d'utiliser ce pouvoir au début de la pandémie, le D^r Williams a toutefois demandé au personnel de ne travailler que dans un seul foyer. Le 19 mars 2020, il a écrit dans une note de service adressée aux exploitants des établissements de SLD :

Les travailleuses et travailleurs de la santé qui sont employés à plusieurs endroits doivent s'identifier auprès de leurs gestionnaires et élaborer un plan individualisé pour gérer leur travail dans ces différents lieux au cours de la pandémie. Dans certains milieux à haut risque, il pourrait être possible de prendre des dispositions avec les membres du personnel pour qu'ils ne travaillent que dans un seul établissement.

On a expliqué à la Commission que le MHC commence souvent à intervenir par des lettres d'avertissement avant de passer à l'utilisation de pouvoirs plus coercitifs. La Commission reconnaît que ce processus peut convenir en « situation normale », mais qu'en cas d'urgence sanitaire telle que la pandémie de COVID-19, des mesures rapides et contraignantes s'imposent. En l'occurrence, la note de service mentionnée ci-dessus n'a pas eu l'effet escompté.

La recommandation contenue dans la note de service est devenue une directive le 22 mars 2020. La Directive n° 3 indiquait que « dans la mesure du possible »,

les employeurs doivent collaborer avec les employés afin de réduire le nombre de lieux de travail où ceux-ci sont assignés afin de minimiser les risques d'exposition à la COVID-19 pour les résidents.

La formulation « dans la mesure du possible » allait à l'encontre du but recherché, car elle faisait de la directive une simple suggestion. Celle-ci n'était pas contraignante et par conséquent, elle n'a pas été universellement suivie.

Il est rapidement devenu évident que la Directive n° 3 n'était pas assez rigoureuse. En s'adressant à la Commission, le médecin hygiéniste en chef a expliqué que ses pouvoirs ne lui permettaient pas de publier une directive plus ferme obligeant les employeurs à interdire au personnel de travailler dans plus d'un établissement. Étant donné que tout ce scénario avait été prévu par le D^r Walker 16 ans avant l'arrivée de la COVID-19 en Ontario, le débat sur l'étendue des pouvoirs du MHC aurait pu être réglé bien avant la pandémie. Néanmoins, à la fin du mois de mars 2020, le Bureau du MHC et le personnel du Ministère ont commencé à discuter de la manière de renforcer la Directive. On a alors pensé qu'un décret d'urgence émanant du Conseil des ministres pourrait renforcer le message. Toutefois, avant de pouvoir recommander un tel décret, il fallait procéder à une analyse des politiques, en tenant compte notamment des aspects liés à la main-d'œuvre. Tout cela a pris du temps, dans un contexte où des personnes asymptomatiques ont involontairement propagé la COVID-19 en se présentant au travail, comme l'a reconnu la ministre des Soins de longue durée.

Le 8 avril 2020, il n'y avait toujours rien de prêt pour le Conseil des ministres. Le secrétaire du Conseil des ministres a donc communiqué avec le ministère des Soins de longue durée pour lui demander de renforcer de toute urgence le libellé de la Directive n° 3. Comme l'expliquait sa demande, le but était d'avoir « plus de consignes que d'encouragements ». Toutefois, il a fallu attendre encore six jours, soit jusqu'au 14 avril, avant que le décret portant sur le travail limité à un seul foyer de SLD ne soit publié. Et la conformité n'a pas été requise avant le 22 avril.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la majorité des personnes décédées lors de la première vague de la pandémie sont mortes ou ont été infectées entre le 22 mars et le 22 avril. Quel que fût l'impact du décret relatif au travail limité à un seul foyer, il est

arrivé beaucoup trop tard pour beaucoup trop de personnes. Une pandémie n'est pas le moment de débattre des pouvoirs relatifs du MHC et du Conseil des ministres, ni de faire un travail politique qui aurait pu facilement être accompli bien à l'avance – si seulement les mises en garde du D^r Walker avaient été prises en compte.

Par ailleurs, au moment de la publication du décret relatif au travail dans un seul établissement, celui-ci n'était assorti d'aucune mesure de soutien qui aurait permis d'éviter les répercussions négatives sur les effectifs. Par exemple, il n'y avait aucune obligation de donner un horaire à plein temps à une personne travaillant à temps partiel, même si de nombreux foyers l'ont fait. Aucune indemnisation n'était prévue pour les personnes engagées à temps partiel qui perdaient des heures parce qu'elles ne pouvaient travailler que dans un seul foyer. Rien n'empêchait d'ailleurs ces personnes d'avoir un deuxième emploi en dehors du secteur des soins de santé, où elles pouvaient contracter la COVID-19 et ensuite la transmettre par inadvertance à un foyer. Quant au personnel d'agence, il pouvait toujours travailler dans plus d'un foyer. Tous ces exemples étaient des lacunes connues dans la décision relative au travail limité à un seul foyer. La plus grande crainte était que de nombreuses personnes travaillant à temps partiel quittent tout simplement le secteur. On ne sait pas exactement combien l'ont fait, mais on estime souvent que le décret a déstabilisé une main-d'œuvre déjà fragile.

Il convient également de noter que les autres provinces et territoires n'ont pas tous été aussi lents à agir. Ainsi, la Colombie-Britannique a ordonné au personnel des SLD de travailler dans un seul établissement beaucoup plus tôt que l'Ontario, mettant en œuvre sa politique dès le 26 mars 2020. Son cadre de mise en œuvre prévoyait le travail à plein temps limité à un seul établissement pour tous les membres du personnel des foyers de SLD, mais également une augmentation de leur salaire horaire. L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario a souligné ces différences entre les approches de la Colombie-Britannique et de l'Ontario dans son mémoire à la Commission.

Même en Ontario, certains foyers et certaines régions ont adopté une approche différente. Comme nous l'avons vu plus haut, la région de York (qui administre deux foyers municipaux) et Mariann Home ont mis en œuvre, pour leur personnel, des règles concernant le travail dans un seul établissement et pour un seul employeur bien avant l'entrée en vigueur du décret d'urgence provincial. Pour la région de York, cela a été fait le 25 mars 2020 et pour Mariann Home, au début du mois d'avril.

Prime de pandémie

Le 25 avril 2020, soit environ deux mois après le début de la pandémie, le gouvernement de l'Ontario a annoncé une prime temporaire liée à la pandémie (en vigueur du 24 avril au 13 août 2020), destinée au personnel de première ligne travaillant

dans plusieurs secteurs des soins de santé : hôpitaux, maisons de retraite, foyers de soins de longue durée et autres milieux de soins rapprochés.

La Commission a appris que la province avait annoncé une prime de pandémie supplémentaire pour les PSSP le 1^{er} octobre 2020 et qu'elle avait communiqué les détails précis de cette prime le 30 novembre 2020. Toutefois, le 13 janvier 2021, environ 29 % des foyers admettaient n'avoir pas encore commencé à verser à leurs PSSP les fonds supplémentaires destinés à « stabiliser la main-d'œuvre ».

La prime de pandémie visait plusieurs objectifs :

- offrir un soutien et un répit supplémentaires au personnel de première ligne;
- encourager le personnel à poursuivre son travail;
- attirer des employés et employées potentiels; et
- contribuer à conserver un effectif suffisant pour maintenir la sécurité et fournir des services critiques en première ligne.

L'augmentation salariale était une mesure qui s'imposait.

Malgré une augmentation des infections parmi les personnes résidentes et le personnel et malgré les décès plus nombreux de personnes résidentes au cours de la deuxième vague, la prime de pandémie alors touchée par les PSSP a été inférieure à celle de la première vague (c.-à-d. qu'elle a été réduite à 3 \$ l'heure pendant la deuxième vague, comparativement à 4 \$ l'heure plus une prime forfaitaire de 1 000 \$ pour le personnel ayant travaillé 100 heures ou plus au cours d'une période désignée de quatre semaines pendant la première vague). De plus, le manque de personnel est resté un problème tout au long de la première et de la deuxième vague de la pandémie.

Congés de maladie

Les congés de maladie payés pour les travailleuses et les travailleurs ont été amplement vantés par les milieux politique, médical et universitaire comme une mesure de contrôle importante pour encourager ces personnes à rester à la maison lorsqu'elles sont malades.

En Ontario, les dispositions en matière de congés de maladie ont fluctué au fil des ans. La *Loi sur les normes d'emploi* prévoyait en janvier 2018 dix jours de congé non payé. La *Loi* a ensuite été modifiée pour rendre obligatoire un total de deux jours de congé de maladie payé et de huit jours de congé non payé. Puis, en 2019, le gouvernement actuel a modifié la *Loi* afin de supprimer les jours de maladie obligatoires pour les employés; à ce jour, rien n'a été fait pour rétablir les congés de maladie.

Comme nous l'avons vu tout au long de ce rapport, un nombre important de travailleuses et de travailleurs du secteur des soins de longue durée sont employés à temps partiel, ou de manière occasionnelle, et sans avantages sociaux tels que des congés de maladie payés. Lorsque la pandémie a fait son apparition, ces personnes ne disposaient d'aucun filet de sécurité législatif qui leur aurait permis de s'absenter du travail sans perte de salaire.

Une étude réalisée en 2019 par *BioMed Central Public Health* – une revue à comité de lecture qui publie des articles sur l'épidémiologie des maladies et la compréhension de la santé publique – a révélé que la prévalence des travailleuses et travailleurs qui continuent à travailler alors qu'ils sont atteints d'une maladie infectieuse varie de 35 à 97 %. Un document de Santé publique Ontario indique que plusieurs études ont signalé que des travailleuses et travailleurs restent au travail quand ils sont malades parce qu'ils ne seraient pas payés autrement.

Santé publique Ontario était bien consciente des problèmes liés à l'absence de congés de maladie payés aux premiers stades de la pandémie. La question avait été portée à l'attention du gouvernement bien avant que la première vague de COVID-19 ne s'abatte sur la province.

Le 4 février 2020, un groupe de 179 médecins a publié une lettre ouverte au gouvernement pour exprimer ses inquiétudes. Les médecins y abordaient plusieurs questions qu'ils jugeaient problématiques dans le monde du travail en Ontario. Ils soulignaient que le régime législatif de la province n'encourage pas les travailleuses et travailleurs à suivre les recommandations des médecins et à rester chez eux quand ils sont malades – en tout cas, pas sans devoir renoncer à leur salaire. Les personnes concernées sont notamment celles qui travaillent dans des établissements de SLD. À l'appui de leurs conclusions, les médecins présentaient les données probantes suivantes :

La littérature médicale indique systématiquement que les personnes qui n'ont pas de congé de maladie sont plus susceptibles de se rendre au travail quand elles sont malades et d'exposer les autres à une infection. En outre, les recherches montrent que les travailleuses et travailleurs n'ont pas d'autre choix que d'envoyer leurs enfants à l'école lorsque ceux-ci sont malades, car ils n'ont pas les moyens de prendre un congé non payé ou de payer une gardienne. En l'absence de congés de maladie payés, les enfants et les adultes transmettent des infections à l'école et au travail, ce qui aggrave la contagion dans toute la province.

Selon les médecins, les jours de congé de maladie payés sont une mesure essentielle pour réduire la propagation des maladies, et dans leur lettre, ils demandaient au gouvernement de l'Ontario de rétablir les dix jours de congé mobile pour urgence personnelle, dont sept seraient payés.

Au cours de la première et de la deuxième vague de la pandémie, la province n'a pas accordé de jours de congé de maladie payés aux travailleuses et travailleurs du secteur des SLD. Au moment de mettre le point final au présent rapport, la province réexaminait cette question. La Commission reconnaît pour sa part que les efforts visant à soutenir les membres du personnel afin qu'ils ne se rendent pas au travail – pour des raisons financières – lorsqu'ils sont malades, protégeront davantage les personnes résidant dans les foyers de SLD à l'avenir.

De mal en pis : restrictions imposées aux visiteurs

Pour endiguer la vague de contagion dans les foyers de SLD, la province a limité l'accès des visiteurs. Même si les décisionnaires étaient bien intentionnés à cet égard, il semble qu'ils n'aient pas apprécié à sa juste valeur le rôle essentiel d'aidant naturel que jouent les visiteurs, en particulier les membres des familles. Et lorsque les droits de visite ont été limités, les résidents en ont souffert.

Incohérences au début de la pandémie

Les restrictions concernant les visiteurs ont été mises en place le 13 mars 2020, lorsque le ministère des Soins de longue durée a publié un « guide d'orientation » à l'intention des foyers. Afin de réduire la probabilité de transmission de la maladie, les visites ont été limitées aux visiteurs essentiels uniquement. L'expression « visiteurs essentiels » a été définie comme « des personnes qui visitent une personne résidente qui est très malade ou en fin de vie ». Cette formulation – en particulier l'expression « très malade » dans un contexte où l'état de santé des personnes hébergées est généralement très précaire – a été source de confusion pour le personnel et les familles.

Comme nous l'avons déjà mentionné, le médecin hygiéniste en chef a publié la première version de la Directive n° 3 le 22 mars 2020. Celle-ci recommandait que les visites entre les personnes résidentes et les membres de leur famille aient lieu à l'extérieur. La politique relative aux « visiteurs essentiels » publiée par le ministère des Soins de longue durée et la politique relative aux « visites à l'extérieur » de la Directive n° 3 ont créé de la confusion parmi les parties intéressées et des frictions au sein du gouvernement lui-même en raison de la contradiction apparente entre la possibilité de rendre visite comme « visiteur essentiel », d'une part, et de rendre visite à l'extérieur, d'autre part. Le personnel du ministère des Soins de longue durée a exprimé son mécontentement à l'égard de cette directive à l'interne et a fait remarquer que le nombre de familles qui chercheraient à visiter leurs proches à l'extérieur pourrait créer un « cauchemar logistique ».

Le 30 mars 2020, le médecin hygiéniste en chef publiait la deuxième version de la Directive n° 3. De manière générale, cette version harmonisait la politique des visiteurs du MHC avec celle du ministère des Soins de longue durée. D'avril 2020 à juin 2020, le MHC et le Ministère ont collaboré pour tenter d'élargir la politique relative aux visiteurs de façon à ce qu'elle englobe les visiteurs essentiels et les aidants naturels.

Répercussions des restrictions imposées aux visiteurs

Dans la version de la Directive n° 3 publiée le 30 mars 2020, les visites étaient à nouveau limitées aux visiteurs essentiels; il était interdit à tous les autres visiteurs d'entrer dans un foyer de SLD. La définition de « visiteurs essentiels » était désormais « une personne rendant visite à une personne résidente très malade ou en phase palliative ». À défaut d'avoir un proche très malade ou en fin de vie, les membres des familles ou les aidants naturels n'étaient donc pas autorisés à entrer dans les foyers; les visites pouvaient seulement se faire par téléphone, par vidéo ou à travers une fenêtre.

Comme nous l'avons fait remarquer plus haut, la définition de personne « très malade » n'était pas limpide. Étant donné la gravité de l'état de nombreuses personnes résidant dans un foyer de SLD, cette définition pouvait englober un large éventail de maladies. Finalement, on a laissé aux médecins et au personnel clinique des foyers le soin de déterminer qui était « très malade ». Même à cela, la Commission a appris que la directive autorisant les visites aux patients en soins palliatifs n'a pas toujours été respectée, et que certaines personnes sont décédées sans la présence de membres de leur famille.

Bon nombre des personnes qui se sont adressées à la Commission comprenaient la nécessité de restreindre le nombre de visiteurs au début de la pandémie, mais estimaient qu'il aurait fallu faire davantage pour répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des personnes résidentes.

Sans le soutien des proches aidants ou des membres des familles, le bien-être des personnes résidant en foyer s'est considérablement dégradé. Le bien-être mental et physique de bon nombre d'entre elles dépendait en effet de la famille et des amis. Avant la pandémie, les membres des familles faisaient des visites quotidiennes pour les aider à se nourrir, à s'habiller, à aller à la toilette et pour leur tenir compagnie. Ce soutien a pris fin lorsque la politique de restriction des visites est entrée en vigueur en mars 2020. Comme nous l'avons déjà dit, la perte de l'aide d'appoint apportée par les membres des familles a également alourdi le fardeau du personnel, qui comptait sur eux pour partager une partie de la charge des soins quotidiens.

Des personnes résidant en foyer de SLD ont raconté à la Commission comment les restrictions relatives aux visites et le confinement à leur chambre les avaient affectées :

C'est comme si tout notre univers s'était arrêté à cause de la pandémie et qu'un véritable cauchemar s'était installé.

~

[...] on s'est rendu compte qu'on était vraiment isolé et beaucoup de personnes ont dit que c'était comme être en prison sauf que les prisonniers sont mieux traités.

~

J'aimais sortir deux ou trois fois par semaine pour assister à des conférences, me promener avec mes enfants, faire des activités avec les gens du foyer. Mais tout cela s'est arrêté d'un seul coup et je me suis retrouvée toute seule.

~

Je me sens très isolée. Nous n'avons pas le droit de sortir de nos chambres, donc nous ne voyons plus nos amis. [...] Je passe toute la journée seule dans ma chambre. Moi et ma télé.

La politique a eu des effets particulièrement dévastateurs sur les personnes résidant en foyer de SLD et souffrant de démence ou d'autres problèmes médicaux complexes.

Un grand nombre de personnes hébergées ont été confinées à leur chambre, la plupart du temps sans visite et sans accès aux activités de loisirs, ce qui a aggravé les effets de la politique.

La table consultative scientifique sur la COVID-19 de l'Ontario a signalé que beaucoup de personnes résidant dans les foyers de SLD ont éprouvé des symptômes de ce que l'on appelle le « syndrome du confinement ». Cette expression est généralement utilisée dans la littérature médicale pour décrire l'anxiété intense et la privation sensorielle que ressentent les personnes placées en isolement. Les conséquences du syndrome du confinement sont très variées et peuvent se traduire par des changements sur les plans suivants :

- **Santé physique et bien-être** : aggravation des maladies chroniques, déshydratation, malnutrition, maîtrise inadéquate de la douleur et plaies de pression.
- **Santé mentale et fonctions cognitives** : solitude, anxiété, troubles de l'humeur, dépression et autres problèmes de santé mentale, dont la perte de sens de l'utilité, les troubles de stress post-traumatique et/ou les idées suicidaires, la toxicomanie, les changements cognitifs comme le delirium, et les comportements réactifs.
- **État fonctionnel** : mobilité réduite, risques de chutes, incontinence vésicale et/ou intestinale et perte des capacités fonctionnelles.

En raison de la diminution sans précédent du personnel, du recours fréquent à du personnel d'agence qui ne connaissait pas les personnes hébergées et de l'impossibilité pour les membres des familles de défendre les intérêts de leurs proches, la qualité des soins dans les foyers de SLD a également diminué. La Commission a entendu des témoignages selon lesquels les médicaments n'étaient pas distribués à temps ou n'étaient pas administrés à la bonne personne.

[I] y a eu de la confusion dans la distribution des médicaments parce que nous n'avions pas de personnel régulier connaissant nos habitudes, nos médicaments et nos besoins. J'ai eu deux fois des erreurs de médicaments. Si je n'avais pas été vigilante et consciente de ce qui se passait, cela aurait pu avoir des conséquences. J'aurais été atteinte psychologiquement et physiquement.

~

Vous savez, les personnes résidentes recevaient des médicaments qui ne leur étaient pas prescrits, ou bien nous arrivions et trouvions notre belle-mère qui nous remettait des pilules. Certaines de ces pilules étaient les siennes, d'autres non.

Lorsque les visites des familles ont de nouveau été autorisées, le soulagement ressenti à l'idée d'avoir enfin accès aux proches hébergées en foyers de SLD a souvent été éphémère. Beaucoup de familles ont exprimé leur choc et leur tristesse face au déclin rapide des fonctions cognitives et physiques de leurs proches. Elles ont fait état de l'augmentation de leur état dépressif et certaines ont fait remarquer que des résidentes et résidents autrefois dynamiques et alertes avaient perdu tout espoir et ne réagissaient plus du tout. La Commission a également appris qu'il était souvent difficile pour les membres des familles de renouer le contact avec les résidentes et résidents, étant donné qu'aucun contact physique n'était autorisé et que les masques dissimulaient le visage et étouffaient la voix des personnes.

Un membre de la famille d'une personne hébergée a décrit ainsi le désespoir silencieux qu'éprouvaient de nombreux résidentes et résidents :

L'intérieur de la résidence est devenu silencieux. Les personnes hébergées ne pouvaient plus aller d'un endroit à l'autre. Il n'y avait plus de visiteurs, et ma mère s'était résignée à attendre, près de son téléphone, un appel éventuel d'un de ses enfants.

Au fil des mois, les règles relatives aux visites ont continué à évoluer. Les visites à l'extérieur ont été autorisées, puis les visites à l'intérieur, et enfin les visites déterminées en fonction de la désignation de la collectivité dans le cadre du plan de confinement provincial. L'évolution constante des règles a entraîné une confusion et une frustration constantes pour les personnes résidentes et les familles. Vivian Stamatopoulos, professeure agrégée, a déclaré à la Commission :

Il y avait donc [...] différentes règles en fonction d'un code de couleurs. Et c'était un véritable cauchemar d'essayer de s'y retrouver avec les familles, parce que [...] les informations étaient toujours confuses, changeaient constamment, et les familles ne savaient pas à quoi s'en tenir.

Les craintes et les frustrations des personnes résidentes et des familles étaient réelles, et les directives changeantes concernant les visites rendaient la situation encore plus pénible.

Goulot d'étranglement : dépistage, tests et capacité des laboratoires

Comme nous l'avons vu au chapitre 2, le système de laboratoires de l'Ontario est entré dans la pandémie de COVID-19 sans être préparé. Plusieurs foyers de soins de longue durée et hôpitaux ont indiqué à la Commission que le retard dans le traitement et la communication des résultats des tests a affecté leur capacité à contenir l'ampleur des éclosions de COVID-19. Il fallait souvent de sept à dix jours avant de recevoir les résultats des tests et certains ont même été perdus. Lorsque les foyers recevaient les résultats des tests, la maladie s'était déjà propagée; sans résultats, il était difficile d'identifier et d'isoler les personnes infectées.

Le Dr Joel Kennedy, chef de la division de médecine hospitalière à Lakeridge Health, a expliqué à la Commission que lorsque les résultats des tests sont retardés, un effet d'entraînement se met en place. Non seulement le retard empêche de contenir la maladie, mais il exerce également une pression sur l'ensemble du système de santé en entraînant un nombre plus élevé de transferts des foyers de SLD vers les hôpitaux.

Reconnaissant que les laboratoires de santé publique seuls ne parviendraient pas à effectuer suffisamment de tests, la province a décidé de combiner les services des laboratoires de Santé publique Ontario, des laboratoires hospitaliers et des laboratoires privés. Mais l'Ontario imposait des restrictions concernant les tests de laboratoire qui pouvaient être effectués. L'accent était mis sur les hôpitaux, de sorte que le nombre de tests mis à la disposition des établissements de SLD était limité.

Le 25 janvier 2020, Santé publique Ontario a identifié le premier cas de COVID-19 dans la province, en utilisant le protocole de test qu'elle avait établi au début du mois pour le « pathogène inconnu » provenant de la Chine. Bien qu'elle fût la première province à effectuer ses propres tests de dépistage de la COVID-19, l'Ontario a démarré lentement. Au 26 février, les laboratoires de santé publique n'avaient testé que 629 échantillons. Les personnes résidant dans des établissements de SLD, le personnel et les visiteurs n'étaient pas considérés comme une priorité à ce moment-là, les voyageurs en provenance de l'étranger étant la cible principale des efforts de dépistage.

La capacité des laboratoires et la mise en place de centres d'évaluation dans toute la province ont commencé à s'accroître à la fin du mois de mars 2020. Selon Santé publique Ontario, 49 227 tests de dépistage de la COVID-19 ont été effectués entre le 1^{er} et le 29 mars, soit l'équivalent de 1 697 tests par jour pour cette période.

Le 24 mars, Santé publique Ontario a prévenu que la capacité provinciale existante

pour les tests de dépistage ne correspondait pas à la demande anticipée, entraînant des temps d'attente allant jusqu'à quatre à six jours dans certains centres. Elle a également fait remarquer que les prévisions de la demande réelle de tests étaient beaucoup plus élevées que ce que la politique de santé publique en vigueur permettait de réaliser.

La Commission a appris que les provinces et territoires où le dépistage de la COVID-19 s'est déroulé efficacement pendant la première vague de la pandémie disposaient déjà d'un réseau de laboratoires intégrés pour coordonner les tests. L'Ontario n'était pas du lot. Ce n'est qu'à la fin de mars 2020 qu'un réseau provincial de diagnostic officiel a été créé pour superviser et coordonner les tests entre les laboratoires participants. Mais au même moment, la COVID-19 dévastait déjà les foyers de SLD de la province.

Le nombre de tests traités est passé à 5 500 par jour à la mi-avril et à 10 000 par jour à la fin du mois, mais cela ne représentait toujours que la moitié de l'objectif quotidien fixé par le Réseau provincial de diagnostic.

Retards dans la communication des résultats des tests

Comme la demande de tests continuait de dépasser la capacité des laboratoires et que le Réseau provincial de diagnostic n'atteignait toujours pas ses objectifs en matière de tests, il y a eu des retards dans la communication des résultats des tests aux personnes résidant dans les foyers de SLD et au personnel. Pour les foyers en proie à une éclosion, cette situation était catastrophique, avec un effet direct et désastreux sur la transmission du virus dans les foyers. Si l'Ontario s'était préparé en mettant en place une stratégie destinée à faire passer la capacité des laboratoires à un niveau suffisant pour réagir à une pandémie, l'issue aurait probablement été différente pour de nombreux foyers.

Ces problèmes ont persisté lors de la deuxième vague. La Commission a entendu parler, par exemple, d'un foyer qui a déclaré une éclosion le 23 novembre 2020 et qui, le 28 novembre, attendait toujours de recevoir les résultats de tests pour 47 membres du personnel et 33 résidentes et résidents.

Un représentant d'AdvantAge Ontario a exposé, devant la Commission, la problématique des retards dans la communication des résultats des tests :

Il y avait aussi un foyer touché par une éclosion à cause d'un membre du personnel et d'une personne résidente ayant contracté la COVID. Des tests de dépistage ont été faits, mais il a fallu huit jours avant d'obtenir les résultats pour tout le monde. On s'est alors aperçu qu'il manquait les résultats de deux tests et on a téléphoné pour savoir ce qu'il en était. Heureusement que quelqu'un a pensé à téléphoner car on a constaté quelques jours plus tard que l'un de ces tests était positif.

Cela faisait donc dix jours que quelqu'un était positif dans ce foyer et que personne ne le savait.

Technologie dépassée et pénurie d'écouvillons

La Commission a entendu dire que de nombreux foyers ne disposaient pas de la technologie nécessaire pour avoir accès au Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO), ce qui signifie qu'ils n'étaient pas en mesure de recevoir les résultats des tests par voie électronique. Ils devaient plutôt s'en remettre à une technologie désuète.

Le sous-ministre des Soins de longue durée a indiqué que le SILO, qui permet la réception des résultats de laboratoire par voie électronique, était toujours en cours de déploiement dans les établissements de SLD au moment où la pandémie a éclaté, bien qu'il existe depuis près de 30 ans et qu'il soit devenu la norme dans la plupart des établissements de soins de santé. Pour certains foyers, cela signifiait que les résultats des tests étaient envoyés par télécopieur, parfois dans une pile que le personnel du foyer devait trier, et parfois avec seulement des numéros de cas et aucun nom de patient. Dans d'autres foyers, les résultats des tests étaient envoyés par la poste.

La lenteur de la communication des résultats des tests a souvent empêché la direction des établissements de prendre rapidement des décisions éclairées concernant la nécessité d'isoler les personnes résidentes et/ou le personnel en vue de contenir la transmission potentielle de l'infection.

Le manque de matériel de dépistage a encore aggravé les retards dans les tests. Au début de la pandémie, les foyers de SLD ne disposaient pas de suffisamment d'écouvillons pour effectuer tous les tests nécessaires. En général, les foyers n'en conservaient qu'une petite quantité pour tester les maladies respiratoires, comme la grippe.

La Commission a pu constater que lorsque la pandémie a été déclarée en mars, l'Ontario manquait d'écouvillons pour le prélèvement d'échantillons nasopharyngés et de réactifs pour la réalisation des tests. Santé publique Ontario a également été confrontée à une pénurie de techniciennes et de techniciens et de matériel d'analyse requis pour tester le flot d'échantillons reçus. Tout cela a entraîné un arriéré de tests et a retardé la communication des résultats aux foyers de SLD.

Des conseils ignorés, et un système débordé

À la lumière des difficultés liées à la capacité de dépistage et des laboratoires lors de la première vague de la pandémie, et à la demande de la table de commandement de la Santé, le gouvernement a mis sur pied, le 5 avril, un comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage pour qu'il contribue à l'élaboration de la politique provinciale en matière de dépistage.

Au début du mois de mai 2020, le comité d'experts a averti les autorités que la province n'avait pas suffisamment de matériel pour « tester tout le monde ». Par conséquent, la coprésidente du comité, la D^{re} Jennie Johnstone, a indiqué que la généralisation des tests de dépistage des personnes asymptomatiques ne constituait pas une stratégie de santé publique durable et ne devait pas être poursuivie. Également coprésidente du comité, la D^{re} Vanessa Allen, de Santé publique Ontario, était du même avis.

Malgré cet avis, le gouvernement a annoncé le 29 mai son plan intitulé « Protéger la population ontarienne grâce à un dépistage accru », dans le but d'élargir les tests de surveillance des personnes asymptomatiques dans toute la province et d'offrir à « quiconque le souhaitait la possibilité de se faire tester ». Ces tests ont été mis à la disposition de la population à partir du 24 mai. Or, à cette date, la capacité de la province était réputée totaliser 24 522 tests par jour tout au plus. De toute évidence, elle n'allait pas être en mesure de tester toutes les personnes qui le souhaitaient et d'analyser les résultats de ces tests.

La capacité des laboratoires de l'Ontario était déjà mise à rude épreuve. À ce moment-là, la province avait introduit une série de politiques de tests de surveillance, notamment pour le personnel des établissements de SLD, les personnes y résidant et les visiteurs. Les retards dans la communication des résultats des tests positifs allaient faire perdre un temps précieux aux foyers de SLD.

Le 6 juillet 2020, le comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage a recommandé au médecin hygiéniste en chef que la province limite les tests de dépistage de personnes asymptomatiques dans les populations à faible prévalence de la COVID-19 et à faible risque. Il a réitéré cette recommandation le 18 août 2020 en faisant remarquer que « les tests de dépistage des personnes asymptomatiques ne confèrent qu'une faible valeur et ne sont pas recommandés dans un contexte de prévalence réduite » et que ces tests ne devraient être utilisés que lorsqu'ils ajoutent une « forte valeur ».

Voilà encore un conseil qui n'a pas été pris en considération.

Ce n'était pas la seule fois que l'avis des scientifiques a été écarté. En voici un autre exemple. Le 13 novembre 2020, la province a annoncé un nouveau plan pour faire face à la hausse de la transmission communautaire, qui avait été reconnue comme l'un des plus grands facteurs de risque et de prédiction de l'infection d'un foyer par la COVID-19. Ce plan a donné lieu à un système de confinement par code de couleurs. Plus la COVID-19 était répandue dans la collectivité, plus la vigilance était de mise.

Afin de déterminer les niveaux appropriés de gravité, on a demandé à Santé publique Ontario de fournir des conseils sur les seuils épidémiologiques qui pourraient être utilisés pour guider la prise de décision concernant les mesures de santé publique.

En septembre, Santé publique Ontario recommandait donc que la catégorie la plus élevée de restrictions (couleur grise, ou « confinement », dans le système de code de couleurs de la province) s'applique à toute population comptant plus de 25 cas par 100 000 habitants par semaine.

En octobre, la table des mesures de santé publique, une sous-table d'experts établie pour recommander des mesures sanitaires afin de lutter contre la COVID-19, a été avisée que le seuil pour la catégorie la plus élevée de restrictions devrait être de 40 cas par 100 000 habitants par semaine.

Cet avis a été approuvé non seulement par la table des mesures de santé publique, mais aussi par le D^r Williams. Malgré tout, la province a annoncé un seuil de 100 cas par 100 000 habitants par semaine, ce qui était *quatre fois plus élevé* que le seuil recommandé par Santé publique Ontario et a alarmé de nombreux membres de la communauté scientifique.

Pendant plusieurs jours, la communauté scientifique est restée muette à la suite de l'annonce du gouvernement. Le 11 novembre 2020, cependant, la D^{re} Shelley Deeks, alors directrice générale de la Protection de la santé de Santé publique Ontario, a rompu le silence et a déclaré à la presse que le gouvernement agissait contrairement aux conseils des scientifiques. Elle a reconnu que la science et la santé publique ne représentaient qu'une partie de la décision politique en matière de confinement de la société, mais elle estimait que les recommandations devaient être transparentes et connues du public. Le D^r Williams approuvait l'avis scientifique qui avait été rejeté, mais n'a rien dit publiquement à ce sujet, laissant le soin à la D^{re} Deeks de diffuser l'information. À la suite de la déclaration de celle-ci, la province est revenue sur sa position et a adopté le seuil recommandé de 40 pour 100 000.

Le D^r Williams a déclaré à la Commission qu'il pensait être tenu à une obligation de confidentialité puisqu'il avait donné cet avis au Conseil des ministres. Or, il avait l'autorité nécessaire pour rendre public l'avis des scientifiques. À titre de médecin hygiéniste en chef de la province, sa principale responsabilité concerne la santé de la population ontarienne.

Tant le rapport sur le SRAS que le rapport Walker recommandaient que le médecin hygiéniste en chef soit indépendant et qu'il ou elle ait le pouvoir et le devoir de communiquer avec le public quand il ou elle le juge nécessaire. Tout doute entourant la source, le moment ou les motifs d'une information sur la santé publique nuit à la confiance du public.

En temps de pandémie, l'avis des scientifiques doit être rendu de manière transparente et publique. En cas d'urgence sanitaire, le public a le droit d'être mis au courant des avis donnés sur des questions importantes, directement par le ou la médecin hygiéniste

en chef. Il n'aurait pas fallu laisser à la D^{re} Deeks le soin de communiquer l'avis en question.

Bien que le ou la médecin hygiéniste en chef ait l'obligation légale de présenter un rapport annuel sur l'état de la santé publique en Ontario à l'Assemblée législative, il ou elle n'a pas l'obligation de faire état à la population d'autres questions de santé publique. Il ou elle a seulement la *permission* de faire rapport sur d'autres questions de santé publique au public ou à toute autre personne qu'il ou elle estime appropriée.

Les recommandations du rapport sur le SRAS visant à prévoir des mesures pour la « sauvegarde de l'indépendance du MHC » n'ont été que partiellement appliquées dans les modifications apportées à la législation ontarienne. Les recommandations de ce rapport devraient être entièrement mises en œuvre et le ou la MHC devrait avoir l'obligation de faire rapport directement au public lorsqu'il ou elle estime qu'il est dans l'intérêt public de le faire.

Lenteur dans l'adoption des tests rapides

Les tests rapides de dépistage de la COVID-19 ont été approuvés par Santé Canada et mis à la disposition des foyers de SLD de l'Ontario à l'automne 2020 par les services d'approvisionnement du gouvernement fédéral.

Le projet pilote d'administration des tests rapides dans les foyers de SLD de l'Ontario a commencé à la fin du mois de novembre 2020. Les tests sur place nécessitent des ressources opérationnelles et en personnel importantes. Pour la plupart des foyers, il n'était tout simplement pas possible d'affecter deux ou trois membres du personnel à l'administration des tests. Malgré cela, à la fin du mois de janvier 2021, le Ministère leur a demandé d'intensifier l'utilisation des tests antigéniques rapides chez les personnes asymptomatiques.

L'intégration des foyers de SLD à l'ensemble du secteur de la santé pourrait assurer la collaboration de partenaires compétents et prêts à utiliser rapidement des tests pour protéger les personnes résidentes en cas d'épidémie de maladie infectieuse. Même si la Commission a appris que le Ministère avait entamé des consultations avec les laboratoires et les pharmacies communautaires pour résoudre les problèmes de ressources humaines dans les foyers en ce qui concerne l'administration des tests rapides, les dispositions nécessaires n'étaient pas en place pour protéger les personnes résidant dans les foyers lors de la deuxième vague.

Préparation à l'automne et à la deuxième vague

À la fin du mois de mai 2020, la COVID-19 semblait reculer. Le 20 mai, on comptait quelque 2 458 cas parmi les personnes résidant dans les foyers de SLD et 1 564 parmi le personnel de ces foyers. Le 20 juin, ces chiffres étaient tombés respectivement à 241 et 347. Même si cette accalmie offrait aux personnes résidentes, aux familles et au personnel un moment de répit, une deuxième vague était non seulement prévisible, mais aussi historiquement inévitable.

L'été 2020 était le moment de se préparer à la deuxième vague, qui était prévue pour l'automne, d'après le schéma de la pandémie de grippe de 1918. Avec les leçons tirées de la première vague et tout un été pour renforcer les soins de longue durée, il était raisonnable d'anticiper que la deuxième vague serait moins dévastatrice que la première. Mais ce ne fut pas le cas.

Au cours de la deuxième vague – du 1^{er} septembre 2020 au 14 mars 2021 – un nombre plus élevé de décès a été enregistré dans les établissements de SLD que pendant la première, et ce, malgré la chute du taux de mortalité d'environ 33 % à 21 % entre les deux vagues.

Il est difficile d'évaluer exactement pourquoi la deuxième vague a été plus fatale que la première. Au fur et à mesure que de nouvelles données seront analysées, il sera sans doute possible de mieux comprendre pourquoi la situation de l'Ontario ne s'est pas améliorée pendant la deuxième vague, malgré les mois de préparation à sa disposition. Toutefois, cela n'apportera que peu de réconfort aux familles et aux proches des personnes résidant dans les foyers de SLD qui ont perdu la vie à cause de la COVID-19 pendant ce temps-là.

En élaborant un plan de préparation à l'automne pour la deuxième vague, le ministère des Soins de longue durée a cherché à tirer des leçons tant des réussites de la première vague que des aspects à améliorer. Ce faisant, le Ministère a écouté ses principaux partenaires, notamment les hôpitaux, la santé publique, les autres ministères et les groupes du secteur des soins de longue durée. Le Ministère a ensuite déterminé trois domaines prioritaires pour la préparation de la deuxième vague : les partenariats avec les hôpitaux, la prévention et le contrôle des infections, et la dotation en personnel. Il a également demandé aux foyers de réaliser une évaluation de leur état de préparation afin qu'ils puissent mesurer leur propre niveau de préparation et déterminer les lacunes dans ces trois domaines « clés ».

Pour « éviter que les tragédies ne se répètent » dans le secteur des soins de longue durée, le gouvernement a affecté près de 540 millions de dollars à de nouveaux investissements dans le cadre de son plan de préparation à l'automne afin de financer

les coûts supplémentaires de dotation en personnel, d'équipement de protection et d'autres mesures de prévention.

Pourtant, malgré l'outil d'autoévaluation et l'engagement d'un demi-milliard de dollars destiné à protéger les personnes résidant dans des établissements de SLD, on a quand même assisté à une « répétition des tragédies » lors de la deuxième vague.

Autoévaluations réalisées et oubliées

Dans le cadre de ses préparatifs de l'automne, le ministère des Soins de longue durée a conçu, à l'intention des foyers, une autoévaluation portant sur des aspects tels que les partenariats, la PCI et la dotation en personnel. On a ainsi demandé aux foyers de s'évaluer en fonction d'un certain nombre d'indicateurs de préparation.

Les résultats des autoévaluations des foyers ont été transmis aux bureaux régionaux respectifs de Santé Ontario, qui ont ensuite fourni au Ministère une évaluation de la situation des foyers dans leur région. La Commission a constaté qu'en dépit des autoévaluations, le Ministère n'a effectué aucun suivi auprès des foyers.

En outre, les autoévaluations n'ont pas été remises au bureau local de santé publique, à l'hôpital partenaire ou même aux inspecteurs du Ministère. Y compris dans les cas où le bureau régional de Santé Ontario avait relevé une situation inquiétante dans un foyer, il semble que rien n'ait été fait avec cette information. La Commission a entendu parler d'un foyer que le bureau régional de Santé Ontario avait reconnu comme source de préoccupations pour la deuxième vague, mais cette information n'a pas été communiquée à l'hôpital auquel il était associé, ni au bureau local de santé publique, ni aux inspecteurs du Ministère. L'éclosion de la deuxième vague dans ce foyer a provoqué près de 80 cas de COVID-19 parmi les résidentes et résidents ainsi que parmi le personnel; en ce qui concerne les premiers, environ 30 % en sont décédés.

La Commission a constaté que le Ministère n'a pas évalué l'efficacité de l'autoévaluation; cependant, les résultats dévastateurs de la COVID-19 lors de la deuxième vague indiquent que beaucoup de foyers n'étaient pas réellement préparés.

Jumelage des foyers avec les hôpitaux : trop peu, trop tard

Avant la première vague de la pandémie, et comme nous l'avons indiqué au chapitre 1, de nombreux foyers de SLD n'avaient pas de relations préexistantes ni officielles avec des partenaires de soins de santé locaux, malgré les besoins médicaux aigus croissants des personnes hébergées. Lorsque ces liens existaient, il s'agissait généralement d'arrangements informels et *ad hoc*.

Lorsque la pandémie s'est propagée, les hôpitaux ont été appelés en renfort dans les foyers en crise, et les bureaux de santé publique ont dû innover pour que ces foyers reçoivent de l'aide. Toutefois, de tels partenariats n'ont été mis en place que par région et de manière ponctuelle.

À la fin du mois d'avril 2020, le gouvernement a établi une sous-table consacrée au comité du système de gestion des incidents des soins de longue durée, sous l'égide de la table de commandement de la Santé. Celle-ci avait pour objectif de coordonner le soutien au secteur des soins de longue durée. S'appuyant sur des réussites comme celles de la région de Durham (décrites plus haut dans le présent chapitre), une directive ministérielle a été publiée le 24 avril 2020, exigeant que les foyers acceptent l'aide des hôpitaux lorsqu'elle leur était offerte. Même si, grâce à cette approche, de nombreux foyers ont bien reçu l'aide dont ils avaient tant besoin au cours de la première vague, il n'y avait toujours pas d'entente officielle en place.

Le système a généralement bien fonctionné pour s'occuper des foyers en crise car les hôpitaux les ont gérés. Cependant, une fois le contrôle de la gestion remis entre les mains des foyers, on craignait que les problèmes qui avaient donné lieu aux crises ne soient pas résolus.

Par exemple, en ce qui concerne la PCI, une grande partie du savoir-faire de la province se trouve dans les hôpitaux, dans les bureaux de santé publique et à Santé publique Ontario. En prévision de la deuxième vague, Santé publique Ontario a préparé du matériel de PCI supplémentaire, mais on ne sait pas exactement combien de foyers l'ont utilisé, ni dans quelle mesure on a réussi à changer de cette manière la culture des soins de longue durée.

Comme la D^{re} McGeer l'a fait remarquer à la Commission, « il n'est pas possible de changer, en l'espace de quatre mois, le comportement de 75 000 membres du personnel qui, en général, ont une formation et un bagage nettement insuffisants ». Le partenariat entre les foyers de SLD et les hôpitaux en vertu de la directive ministérielle était une solution à court terme qui a aidé les foyers à résister à la tempête de la première vague, mais qui ne les a pas préparés à se débrouiller seuls au cours des vagues suivantes.

Dans le cadre de la préparation à la deuxième vague, le Ministère, par l'intermédiaire des régions sanitaires de l'Ontario, a cherché à officialiser les dispositions prises en jumelant chaque foyer avec un hôpital. Il voulait ainsi s'assurer que les partenaires de soins de santé savaient ce que l'on pouvait attendre d'eux pendant la deuxième vague, afin de garantir la disponibilité des ressources appropriées.

À l'aide de ce modèle de partenariat, le Ministère créait un « réseau en étoile » au sein duquel les hôpitaux aideraient les foyers en matière de PCI. Cependant,

la D^{re} Johnstone a expliqué à la Commission que ce système n'avait pas été mis en œuvre avant novembre 2020, ce retard signifiant que les hôpitaux n'ont pas eu la possibilité d'avoir un impact significatif sur la création d'une culture de prévention et de contrôle des infections avant l'arrivée de la deuxième vague.

PCI : Manque de transparence concernant la disponibilité et l'utilisation du financement

Parmi les « investissements clés » de la province, s'élevant à près de 540 millions de dollars et destinés à la protection des personnes résidant dans des établissements de SLD, figuraient 20 millions de dollars pour l'embauche de spécialistes formés en PCI et 10 millions pour la formation en PCI du personnel, nouveau et existant. Les données détaillées sur la façon dont cet argent a été dépensé au cours de la deuxième vague n'ont pas été mises à la disposition de la Commission.

La Commission sait toutefois que le salaire annuel des spécialistes de la PCI est d'environ 120 000 \$, avec avantages sociaux. Les 20 millions de dollars prévus pour l'embauche de spécialistes en PCI ne permettaient que de fournir 30 000 \$ par foyer. Des experts ont comparé ce programme avec celui mis en œuvre au Québec, où des équipes de PCI ont été placées dans chaque foyer avant la deuxième vague. Quant à la manière dont les foyers ont dépensé les sommes allouées à la formation en PCI, cette question n'était pas élucidée non plus au moment de la conclusion de l'enquête de la Commission. Celle-ci a entendu parler d'un foyer où, même lors de la deuxième vague, la personne responsable de la PCI n'avait même pas suivi le cours vidéo de quatre heures.

Le gouvernement a également alloué 61,4 millions de dollars pour apporter des améliorations mineures aux installations des foyers en matière de PCI – telles que, par exemple, la mise en place de barrières en plastique et d'autres dispositifs de distanciation physique – et 40 millions de dollars pour indemniser les foyers touchés par les changements dans le nombre d'occupants en raison des restrictions imposées aux chambres à trois et quatre lits. Des fonds ont également été affectés pour permettre aux foyers de rémunérer du personnel supplémentaire, pour les indemniser du report imposé par le gouvernement de l'augmentation de la quote-part des personnes hébergées et pour leur verser une prime de pandémie temporaire. Encore une fois, au moment où l'enquête de la Commission s'est terminée, on ne savait pas exactement comment les foyers avaient dépensé tout cet argent.

Dans son rapport au Conseil du Trésor demandant l'allocation des 540 millions de dollars pour la préparation à la deuxième vague de la pandémie, le Ministère a souligné que « les investissements proposés pourraient ne pas suffire pour couvrir tous les coûts, selon la propagation, la durée et la progression de la pandémie ».

Comme aucune analyse n'a été mise à la disposition de la Commission pour expliquer comment cet argent a été dépensé, il est difficile de savoir si le financement a été adéquat ou quel impact, le cas échéant, il a eu sur la protection des personnes résidant dans des établissements de SLD et celle du personnel pendant la deuxième vague.

Ce que l'on sait, c'est qu'un rapport sur les dépenses de la première vague a démontré que le financement provincial n'avait pas couvert tous les coûts de la COVID-19. Dans un rapport au Conseil du Trésor, le Ministère a indiqué qu'un total de 110 millions de dollars avait été affecté au financement de la prévention et du confinement et que le secteur avait dépensé 196 millions de dollars. On ignore si le financement de la deuxième vague a été également insuffisant et, le cas échéant, si cette insuffisance a mis les résidentes et résidents en danger.

Dotation en personnel : pas de plan d'ensemble

Le troisième aspect d'importance majeure qui a fait l'objet des efforts de préparation de la province à la deuxième vague est celui de la dotation en personnel. Comme nous l'avons souligné au chapitre 1 et au début du présent chapitre, les pénuries existantes de personnel ont été exacerbées au cours de la première vague étant donné que la directive portant sur le travail limité à un seul foyer de SLD a réduit le nombre de travailleuses et travailleurs disponibles, et que l'épuisement en a poussé d'autres à quitter le secteur. Le plan provincial d'aide à la dotation en personnel a consisté en grande partie à permettre aux foyers d'avoir accès à des fonds pour augmenter le soutien en matière de personnel. À la fin du mois de février 2021, la province annonçait ainsi l'investissement de plus de 115 millions de dollars pour former jusqu'à 8 200 nouveaux préposées et préposés aux services de soutien personnel. Toutefois, ce financement est arrivé trop tard pour aider les foyers à traverser la deuxième vague.

L'absence d'un plan d'ensemble pour l'embauche en Ontario pendant la deuxième vague a exaspéré des défenseurs de droits tels que Doris Grinspun, présidente-directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, qui a dit à la Commission :

Ce qui est tragique, c'est qu'il ne s'est rien passé pendant l'été parce qu'il n'y a pas eu, encore une fois, de directive du gouvernement indiquant que le financement devait servir à embaucher des gens. Donc rien ne s'est passé pendant l'été. Et nous craignons fort de nous retrouver dans la même situation difficile qu'auparavant.

Le rôle des inspecteurs et inspectrices a également été renouvelé pendant la deuxième vague. Alors qu'aucun nouveau financement n'a été accordé pour le personnel d'inspection au cours de la première vague, le gouvernement a décidé, en novembre 2020, d'embaucher 27 nouveaux inspecteurs et inspectrices pour s'attaquer aux problèmes de la COVID-19. Mais, comme l'a appris la Commission, il faut huit ou

neuf mois pour former complètement un inspecteur ou inspectrice. Par conséquent, le personnel d'inspection récemment embauché n'aura été que d'une utilité limitée lors de la deuxième vague.

La Commission a entendu dire qu'en raison de la pénurie de personnel d'inspection, certains foyers en proie à la pandémie n'ont pas été inspectés du tout. En fait, les données du Bureau du médecin hygiéniste en chef montrent que 71 % des éclosions survenues dans des foyers de SLD entre le 21 août 2020 et le 21 septembre 2020 étaient des récurrences. Dans 61 % de ces établissements, on a dénombré plusieurs cas au sein d'un même foyer, ce qui suggère une transmission intramurale. On connaît aussi le cas d'un foyer ayant subi quatre éclosions sans aucune inspection : 156 résidentes et résidents ont été atteints ainsi que 82 membres du personnel, 14 personnes résidentes étant décédées. Lorsqu'on lui a demandé pourquoi aucune inspection complète du foyer n'avait été effectuée, le responsable de l'inspection de la conformité du ministère des Soins de longue durée a répondu que c'était en partie parce qu'il n'avait pas les ressources nécessaires pour envoyer des inspecteurs et inspectrices.

Résumé

L'analyse de ce qui s'est passé durant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 se poursuivra. Pour faciliter cette importante démarche, le gouvernement doit fournir, tant pour l'ensemble des établissements que pour chaque foyer en particulier, des données transparentes et détaillées sur l'utilisation des centaines de millions de dollars de financement alloué pour la lutte contre la pandémie. Cette information aidera les chercheurs et chercheuses à trouver des réponses susceptibles de contribuer à l'amélioration de la protection des Ontariennes et Ontariens hébergés en SLD.

Conclusion

Les lacunes de longue date du secteur des SLD ont joué un rôle prépondérant dans l'hécatombe pandémique qui s'est abattue sur les personnes résidentes, leurs proches et le personnel qui prend soin d'eux. On peut également montrer du doigt le manque de planification pour une telle crise. Le fait que les gouvernements qui se sont succédé n'ont pas planifié adéquatement en vue d'une pandémie a abouti à un manque d'équipements de protection individuelle, à une structure d'intervention d'urgence compliquée et à la lenteur de la riposte du gouvernement. Ces problèmes ont été aggravés dès le début par des manquements graves au principe de précaution. Les précautions relatives à la transmission asymptomatique, aux conseils en matière

de port du masque et à la limitation du personnel travaillant dans plusieurs foyers auraient dû être prises plus tôt. Cela est également vrai pour les interventions dans les foyers.

Les foyers et les régions qui ont agi dès le début et ont pris proactivement des précautions ont mieux résisté à la pandémie. Leur exemple montre ce qui aurait pu être fait et ce qui doit être fait à l'avenir. La Commission a pris connaissance de nombreuses pratiques prometteuses qui ont contribué à réduire la transmission de la COVID-19 et à améliorer la vie des personnes résidentes, certaines étant décrites plus en détail au chapitre 4. Nous devons envisager d'adopter ces pratiques; nos parents, nos grands-parents et toute la population aînée de notre province ne méritent rien de moins.

Comme elle aurait dû le faire après l'épidémie de SRAS en 2003, la province doit maintenant accepter qu'il y aura une autre pandémie; il ne s'agit pas de savoir si elle aura lieu, mais quand. L'Ontario doit se résoudre à être prêt et donc veiller à ce que ses foyers de SLD le soient également.

Des voix de la ligne de front

« Maman a été confinée à sa chambre pendant huit semaines de suite parce que, chaque semaine, une autre personne de la résidence ou un autre membre du personnel était testé positif. [...] Donc ma mère, qui est une personne extrêmement sociale, a dû rester dans sa chambre. Et que faire, enfermée 24 heures par jour, sept jours par semaine, à part regarder les murs? »

– Membre de la famille d'une résidente d'un foyer de SLD

« On ne peut pas couper l'accès à nos proches. Ils veulent désespérément nous voir et nous voulons désespérément les voir. Il faut absolument trouver un moyen de nous laisser entrer et d'aider. Nous n'hésiterons pas à nous faire tester et nous serons heureux d'utiliser l'ÉPI nécessaire. Et nous allons alléger le fardeau des préposées et préposés aux services de soutien personnel. »

– Membre de la famille d'une personne hébergée dans un foyer de SLD

« L'équipe de direction était introuvable. Ses membres restaient dans leur bureau, ne sortaient pas, et n'aidaient pas à nourrir les personnes hébergées. Non seulement ils n'aidaient pas, mais ils ne donnaient aucune directive appropriée. Tout était tellement chaotique et désordonné. [...] Dans une situation de combat ou de fuite, ils ont choisi la fuite et ont laissé le personnel désarmé, sans équipement de protection individuelle. Il nous a fallu les dénoncer pour qu'ils apportent enfin des ÉPI appropriés au personnel. Les gens tombaient malades. C'était tellement triste. »

– Membre du personnel des soins de longue durée

« Ils ont été testés. Leur test est négatif. Pourquoi ne pouvons-nous pas les étreindre? Pourquoi ne pouvons-nous pas les toucher ou simplement leur tenir la main? Nous devons garder nos distances. Vous voyez, ils ont passé un test qui prouve qu'ils sont négatifs. Alors pourquoi ne peuvent-ils pas nous toucher, même pour cinq minutes seulement? »

–Personne hébergée dans un foyer de SLD

« Mon cher mari ne comprend pas ce qu'est la COVID, ce qu'est la pandémie. Nous avons essayé de lui expliquer, mais il ne comprend pas. Il ne saisit pas l'impact que cela a sur nous, sur notre famille. Sa famille ne peut plus lui rendre visite et sa propre épouse non plus; il souffre donc d'isolement et il a peur. Il vit dans la tristesse. Il doit rester dans sa chambre. Il est amputé des deux jambes et, par conséquent, la plupart du temps, il est alité, tout seul dans sa chambre. »

– Membre de la famille d'un résident d'un foyer de SLD

Chapitre 4 : Pratiques exemplaires et idées prometteuses

Pour enquêter sur la cause d'un si grand nombre de décès et d'infections dans les foyers de soins de longue durée (SLD), la Commission a dû braquer les projecteurs sur les défaillances qui ont contribué à cette tragédie. Néanmoins, elle a également constaté des cas où un leadership et des pratiques solides ont permis de prévenir ou d'atténuer la propagation de la COVID-19 dans de nombreux foyers de SLD de la province. Le présent chapitre met en lumière ces exemples. La Commission a également pris connaissance d'innovations prometteuses dont la mise en œuvre pourrait contribuer à préserver la santé des personnes âgées de l'Ontario et à améliorer leur qualité de vie. Ces innovations sont abordées ci-dessous.

Comme il a été évoqué dans les chapitres précédents du présent rapport, l'Ontario fait face à une demande croissante de soins et de services destinés à sa population âgée. Les personnes âgées constituent le groupe démographique qui croît le plus rapidement dans la province. Selon un rapport, l'augmentation prévue du nombre de personnes âgées en Ontario d'ici 2041, en particulier des 75 ans et plus, exercera « une pression sans précédent sur les services de soins de longue durée et de soins de santé en Ontario ». Il est urgent que le gouvernement s'occupe des besoins de cette population.

Les personnes qui ont payé le plus lourd tribut à la pandémie méritent une réponse qui tient compte de leur dignité et de leur valeur. Il incombe aux dirigeantes et dirigeants élus de la province et à quiconque encadre la prestation des soins aux personnes les plus vulnérables de l'Ontario de procéder à des changements qui leur permettront de vivre en sécurité, dans la dignité, et de bénéficier du respect de leur autonomie et de leurs volontés. Les pratiques et les innovations présentées ci-dessous sont la preuve qu'il n'est pas nécessaire de « repartir à zéro » sur ce front. Partout dans la province, il existe déjà des pratiques exemplaires mises en œuvre par des responsables résolus, ainsi que des projets à divers stades de développement qui contribueraient grandement à promouvoir la sécurité et la dignité des personnes âgées de la province.

Valeur d'un leadership solide et responsable

Comme indiqué dans les chapitres précédents du présent rapport, la plupart des personnes résidant dans un foyer de SLD présentent une certaine forme de déficience cognitive associée à un certain nombre d'autres problèmes de santé chroniques. Ces personnes ne peuvent pas vivre seules ni même être prises en charge à leur domicile.

Elles ont besoin de recevoir des soins permanents qui répondent à leurs besoins en matière de soins médicaux et personnels et qui les aident à accomplir les activités de la vie quotidienne. Le principe fondamental de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et la Déclaration des droits des résidents intégrée à la loi exigent que ces soins soient dispensés avec dignité. En particulier, la Déclaration des droits stipule que les résidentes et résidents ont le droit de ne pas faire l'objet de négligence de la part du titulaire de permis ou du personnel, d'être convenablement logés, nourris, tenus et soignés, et de vivre dans un milieu sûr et propre.

La pandémie a mis davantage en exergue les faiblesses connues qui empêchaient les foyers de fournir des services conformes au principe fondamental et à la Déclaration des droits des résidents. La Commission a recueilli les témoignages de nombreux membres du personnel qui se sont battus pour aider les personnes hébergées, mais qui ont fini par être surchargés. Le personnel a finalement été dépassé par le nombre de personnes qui nécessitaient au départ un niveau élevé de soins et qui étaient désormais malades et mourantes. Les membres du personnel ont déclaré se sentir coupables et honteux. Les familles et les proches ont rapporté se sentir constamment stressés et inquiets à propos des soins prodigués à leur proche et frustrés par le manque de communication transparente de la part des foyers.

La Commission a recueilli des données relatives à l'ensemble des 626 foyers de soins de longue durée de l'Ontario; elle n'a en revanche pas obtenu de renseignements détaillés sur les expériences vécues dans chacun d'eux. Il convient de noter que la majorité des foyers n'ont pas connu de graves éclosions. Bien qu'une grande partie des témoignages entendus par la Commission au cours de son enquête portent sur les causes et les conséquences des éclosions graves, la Commission a également appris que des foyers, aussi bien en Ontario qu'ailleurs, avaient mis en place des plans ou des processus qui leur ont permis de prendre des mesures précoces et décisives pour prévenir ou atténuer la propagation de la COVID-19. En outre, la Commission a été mise au courant de l'existence de gestionnaires en mesure de soutenir le personnel et de veiller à ce que les familles soient tenues informées.

La Commission a également pris connaissance de la manière dont les actions d'autres acteurs du système de santé, notamment les bureaux locaux de santé publique et les hôpitaux, ont aidé les foyers à prévenir ou à contenir la propagation de la COVID-19. Si certains de ces partenariats ont été établis pendant la pandémie, d'autres existaient déjà et ont permis aux partenaires d'intervenir rapidement pour venir en aide aux foyers de SLD en difficulté.

De l'avis de la Commission, la preuve d'une réponse efficace ne se résume pas à l'existence ou non d'une éclosion : dans certains foyers, des facteurs échappant à tout

contrôle ont contribué à la propagation de la COVID-19. Certains des exemples présentés ci-dessous concernent des foyers qui ont effectivement connu des éclosions. Cependant, tous les exemples impliquent des dirigeantes et dirigeants qui ont adopté une attitude proactive et ont accepté de répondre des résultats obtenus dans les foyers de SLD dans lesquels ils travaillaient ou qu'ils soutenaient. Il s'agit notamment du personnel de l'administration, des directrices ou directeurs des soins et des directions médicales des foyers de SLD. Tout au long de l'enquête, la Commission a également relevé des cas où des médecins et du personnel travaillant dans des bureaux locaux de santé publique, ainsi que des médecins et du personnel infirmier travaillant dans des hôpitaux, ont apporté leur leadership et leur soutien aux foyers de SLD. Ces dirigeantes et dirigeants :

- ont pris conscience de l'urgence de la situation à un stade précoce de la pandémie;
- ont agi avec détermination;
- ont dirigé, mobilisé et soutenu leur personnel de manière efficace;
- ont élaboré et mis en œuvre des solutions créatives;
- ont su tirer parti des relations à l'intérieur et à l'extérieur de leur propre organisation pour faire face à la crise;
- ont fait preuve d'intelligence émotionnelle et d'empathie dans leurs interactions avec les résidentes et résidents, le personnel et les familles; et
- ont assumé la responsabilité de gérer la pandémie dans les foyers de soins de longue durée où ils travaillaient ou de soutenir les foyers de SLD de leur collectivité.

Les sections suivantes examinent les moyens par lesquels ces responsables ont pu améliorer la situation dans certains des foyers de SLD de la province.

Soutien au personnel

Lors des présentations du personnel des foyers de SLD, la Commission a pris connaissance de l'importance du soutien offert par l'équipe de direction. À maintes reprises, la Commission s'est fait expliquer que le manque de soutien avait eu une incidence directe sur le moral du personnel. Les membres du personnel ont exprimé leur appréciation à l'égard des gestionnaires qui ont participé aux tâches relatives aux soins pendant la pandémie et qui ont veillé à les tenir informés en tout temps.

La communauté des soins de longue durée s'accorde largement à dire que la dotation en personnel est un enjeu important pour le secteur, si ce n'est le plus important. Comme il est révélé tout au long de ce rapport, les problèmes de dotation en personnel dans les foyers de SLD ne datent pas d'hier et sont omniprésents.

La Commission ne saurait trop insister sur la nécessité d'améliorer les conditions de travail dans les foyers de SLD. Ces établissements ne peuvent fonctionner sans un personnel bien rémunéré, bien formé et engagé qui bénéficie d'un soutien dans son travail. Comme il a été mentionné précédemment dans ce rapport, l'augmentation du nombre de postes à temps plein est également essentielle à l'amélioration des conditions. Des conditions plus favorables amélioreront non seulement le recrutement et le maintien du personnel, mais aussi la capacité d'un foyer à prévenir une éclosion d'infections. Les auteurs d'une récente étude britannique publiée dans *The Lancet* ont interrogé 5 126 foyers de SLD en Angleterre et ont constaté un lien entre les conditions de travail du personnel et le risque d'une éclosion. Parmi les facteurs associés à un risque accru d'éclosion, on peut citer :

- le recours fréquent à du personnel infirmier engagé par des agences;
- des ratios de dotation en personnel plus faibles;
- le personnel travaillant à plusieurs endroits; et
- l'incapacité à regrouper en cohorte le personnel avec les personnes hébergées infectées ou non infectées.

De même, une étude préparée pour la Commission par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a établi une corrélation entre :

- une proportion plus élevée de personnel infirmier par rapport aux personnes hébergées et une probabilité réduite d'éclosion; et
- une pénurie de préposées et préposés aux services de soutien personnel (PSSP) ou un recours aux PSSP engagés par des agences et une gravité accrue des éclosions et des taux de mortalité plus élevés chez les personnes hébergées.

Au cours de ses audiences, la Commission a été informée des pratiques mises en œuvre dans certains foyers de SLD qui ont permis d'améliorer les conditions de travail et de remonter le moral du personnel pendant la pandémie. Ces exemples, présentés ci-dessous, démontrent que les responsables peuvent contribuer à limiter l'impact sur le personnel en faisant preuve de créativité et de souplesse en temps de crise. Ils mettent également en lumière un problème qui a été soulevé à de nombreuses reprises lors des rencontres de la Commission avec le personnel des foyers de SLD, à savoir le manque de soutien et d'appréciation. Selon les propos d'un membre du personnel recueillis par la Commission :

La pandémie de COVID-19 a pratiquement rendu impossible le travail dans les foyers de soins de longue durée. Le personnel souffre. Les directives changent constamment. Il n'y a aucune communication de la part des gestionnaires. Nous devons assumer davantage de responsabilités. Nous avons perdu nos jours fériés et nos congés. Nous travaillons constamment en sous-effectif. Et tout cela se traduit par une augmentation du stress, une absence de travail d'équipe, et vraiment, nous avons le moral à plat, quoi...

Quelle que soit la performance du foyer en matière de prévention ou d'endiguement de l'éclosion, le personnel a expliqué comment les problèmes de dotation en personnel préexistants se sont aggravés pendant la pandémie, principalement en raison de la limitation du travail à un seul établissement (voir chapitre 3).

La Commission a pris connaissance de plusieurs mesures prises par les foyers pour remédier aux pénuries de personnel pendant cette période. Parmi ces mesures, citons :

- proposer aux membres du personnel à temps partiel de travailler à temps plein pour les encourager à choisir ce foyer comme employeur unique;
- embaucher des membres du personnel soignant du privé qui travaillent déjà pour les personnes hébergées en tant qu'aides-infirmières et aides-infirmiers;
- embaucher des membres de la famille comme employés dans le cadre de contrats à court terme; et
- accorder une prime de deux dollars l'heure au personnel en plus de la prime liée à la pandémie offerte par le gouvernement.

Dans les foyers qui sont parvenus à prévenir ou à contenir la propagation de la COVID-19, la direction semblait également comprendre les circonstances difficiles que traversait le personnel. En plus d'embaucher du personnel supplémentaire et d'augmenter les salaires, ces équipes de direction ont adopté d'autres méthodes de soutien. Ces dernières comprenaient :

- Le redéploiement du personnel, y compris de l'équipe de direction, pour soutenir le personnel soignant. Un directeur général a décrit comment le personnel redéployé, dont lui-même et d'autres membres de l'équipe de direction, s'est mis à la tâche pour aider le personnel soignant :

Nous sommes intervenus aux étages, nous avons nettoyé les sols, nous avons servi les résidentes et résidents, tout le monde a mis la main à la pâte et nous avons réussi à mobiliser plus de 20 membres de notre personnel... pour qu'ils travaillent aux étages avec les personnes hébergées, qu'ils les mettent en contact virtuellement avec leurs familles à l'aide d'iPad.

- Une communication régulière avec le personnel par l'entremise de divers canaux, notamment le courrier électronique, les notes de service, les réunions et les séances publiques.
- Des déplacements dans le foyer pour apporter un soutien émotionnel au personnel.
- Dans la mesure du possible, l'autorisation pour les membres du personnel les plus exposés à la COVID-19 de travailler à domicile et d'obtenir un congé payé si leur travail ne peut être effectué à distance.

- La possibilité pour les membres du personnel de prendre un congé sans solde s'ils craignent de contracter la COVID-19 en raison des risques pour leur famille, et de l'aide pour demander la Prestation canadienne d'urgence.
- La prise en charge des frais d'hébergement des membres du personnel vivant séparés de leur famille compte tenu de la nécessité de protéger les membres de leur famille et les personnes hébergées contre le risque de COVID-19.
- La fourniture d'équipements de protection individuelle (ÉPI) supplémentaires aux membres du personnel qui se rendent au travail en transport en commun.
- La possibilité pour le personnel d'acheter des produits d'épicerie par l'intermédiaire du fournisseur de denrées alimentaires du foyer, afin qu'il puisse éviter de se rendre dans un supermarché.
- La mise en place d'un Programme d'aide aux employés pour aider le personnel à gérer le stress et l'épuisement professionnel pendant la pandémie.
- La création d'occasions de faire preuve d'appréciation pour le travail acharné du personnel, notamment par la mise en place d'un « tableau des héros et héroïnes » pour afficher les lettres de remerciement des personnes hébergées et des familles, et la mise à disposition de repas spéciaux pour le personnel.

Bien que ces mesures puissent sembler insignifiantes, la Commission a entendu de la part de bon nombre de membres du personnel que de tels gestes revêtaient de l'importance. À l'autre bout du spectre, la Commission a entendu le témoignage d'une membre du personnel qui a contracté la COVID-19 et est tombée gravement malade. Elle était contrariée parce que son employeur ne lui a apporté aucun soutien pendant sa maladie.

Ces exemples ne sauraient constituer une solution à la crise de longue date relative à la dotation en personnel des foyers de SLD. S'ils sont présentés dans ce rapport, c'est pour montrer que des pratiques efficaces de leadership en situation de crise, notamment une prise de conscience des défis rencontrés par le personnel et un engagement à mettre tout en œuvre pour améliorer les conditions de travail, permettent de protéger le personnel contre la maladie et de le soutenir sur le plan émotionnel.

Préparation

L'enquête de la Commission a révélé des exemples de conséquences dévastatrices résultant d'un manque de préparation. Toutefois, elle a également pris connaissance de certains cas où une planification préalable et une intervention rapide sont susceptibles d'avoir contribué à prévenir ou à atténuer une éclosion.

Disposer d'un plan d'intervention en cas de pandémie préexistant

L'expérience de l'Ontario avec le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et celle de nombreux foyers de SLD lors des première et deuxième vagues de la pandémie de COVID-19 montrent clairement qu'une réponse efficace passe par un plan efficace.

La Commission a conclu que bon nombre des responsables des foyers de SLD de l'Ontario n'ont pas su appliquer cette leçon tirée de l'éclosion de SRAS en 2003.

Disposer d'un plan d'intervention en cas de pandémie à jour avant une éclosion permet à un foyer de comprendre rapidement les mesures que la direction et le personnel doivent prendre pour prévenir ou contrôler la propagation. L'existence d'un tel plan dispense de devoir en élaborer un « à la va-vite », après le début d'une éclosion. La valeur d'un plan à jour et communiqué avec clarté peut être observée dans l'exemple de l'expérience de Hong Kong face à la pandémie, ainsi que dans quelques foyers de SLD exemplaires en Ontario qui ont su prévenir la propagation de la COVID-19.

En 2003, Hong Kong a connu une éclosion grave du SRAS qui a fait des ravages dans les maisons de soins infirmiers de la ville. La Commission a rencontré le professeur Terry Lum, directeur du département de travail social et d'administration sociale de l'Université de Hong Kong. M. Lum venait de terminer une étude portant sur l'impact de la politique en matière de SLD mise en œuvre après le SRAS et sur sa contribution au succès de Hong Kong dans la prévention d'une éclosion de COVID-19 dans ses maisons de soins infirmiers. Hong Kong n'a pas connu d'éclosions jusqu'en juin, et a rapidement pris des mesures pour lutter contre celles qui se sont produites au cours de l'été. Lors d'une présentation à Provincial Geriatrics Leadership Ontario après la publication de son article, M. Lum a noté qu'au 23 septembre 2020, 16 maisons de soins infirmiers (2 %) avaient connu une éclosion, 105 personnes y avaient été infectées et 30 étaient décédées.

Après l'éclosion de SRAS, le gouvernement de Hong Kong a élaboré et publié *Guidelines on Prevention of Communicable Diseases in Residential Care Homes for the Elderly* (Directives sur la prévention des maladies transmissibles dans les foyers de soins résidentiels pour personnes âgées). Les foyers de SLD de Hong Kong sont tenus de suivre ces directives. Ils doivent par ailleurs compter parmi leur personnel une ou un responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) formé par le gouvernement et chargé de coordonner les procédures de PCI dans le foyer, conformément aux directives. Il s'agit notamment de former le personnel au contrôle des infections, aux pratiques de désinfection et à l'utilisation des équipements de protection individuelle. Les responsables de PCI sont chargés d'organiser un exercice annuel consacré à la PCI.

L'enquête de la Commission a révélé que certains foyers ontariens étaient prêts à faire face à la COVID-19, soit parce qu'ils avaient tiré les leçons nécessaires de l'épidémie de SRAS, soit parce qu'ils ont commencé la planification des mesures à prendre dès qu'ils ont appris l'existence du nouveau virus, soit les deux. La Commission a rencontré la PDG d'un foyer de Toronto qui avait mis en place un plan de lutte contre la pandémie, une mesure qu'elle a qualifiée d'« impérative » à la suite du SRAS. Le plan couvrait les pratiques de PCI telles que l'isolement, le regroupement en cohorte, la limitation du personnel à un seul étage et l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle. Aussi bien cette directrice que les autres PDG consultés par la Commission ont suivi la progression du virus dès son apparition en Chine, ont compris qu'il représentait une menace pour les personnes hébergées et ont commencé à se préparer avant que le premier cas ne soit signalé en Ontario. En agissant de la sorte, ces responsables ont démontré qu'ils adhéraient au principe de précaution, la leçon fondamentale identifiée par l'honorable juge Archie Campbell et la Commission sur le SRAS et abordée tout au long du présent rapport. Pour reprendre les propos de Maria Elias, PDG du foyer de SLD Belmont House :

Nous avons repensé à ce que nous avons fait ici à Belmont pendant le SRAS. Je travaille à Belmont depuis 20 ans, beaucoup de membres de mon équipe de direction travaillent ici depuis de très nombreuses années, et nous nous sommes souvenus de ce que nous avons vécu pendant le SRAS, et nous nous sommes dit que la situation allait se reproduire. Nous avons jugé bon de commencer à réfléchir à la question.

Assurer une prévention et un contrôle fiables des infections

J'ai l'impression que si nous avions eu davantage de conversations en amont sur les pratiques de contrôle des infections et si nous avions organisé des réunions sur la santé et la sécurité pour nous préparer à la pandémie et de manière générale – avant d'être réellement touchés, vous voyez – et puis, au beau milieu de la pandémie, si nous avions tenu des réunions hebdomadaires sur la santé et la sécurité pour discuter, par exemple, de la situation du foyer aujourd'hui et des mesures que nous allons prendre à l'avenir, je pense que cela aurait changé la donne.

– Membre du personnel infirmier en soins de longue durée

Être prêt à affronter la pandémie supposait de savoir que de solides pratiques de prévention et de contrôle des infections constituaient une protection essentielle contre l'introduction et la propagation de la COVID-19 dans un foyer de SLD. La Commission a été informée par plusieurs sources de la faiblesse des pratiques de PCI dans de nombreux foyers qui ont connu une grave éclosion. Dans la première série de recommandations provisoires de la Commission, l'importance de disposer d'une expertise en matière de PCI dans les foyers de SLD a été soulignée. Dans les foyers qui ont su prévenir une éclosion, la direction a pris certaines ou l'ensemble des

mesures suivantes pour s'assurer de la protection de leurs résidentes et résidents contre l'infection :

- Évaluer régulièrement les fournitures d'équipement de protection individuelle du foyer, aussi bien avant que pendant la pandémie. Par exemple, au cours des 10 dernières années, Mariann Home, un foyer à but non lucratif de Richmond Hill, a commandé des fournitures de soins infirmiers et d'ÉPI supplémentaires avec ses fonds excédentaires à la fin de chaque année. En décembre 2019, la direction a commandé des équipements de protection individuelle, notamment des masques N95, des masques chirurgicaux, des blouses d'isolement, des lingettes et des gants. Mariann Home s'est également assuré d'avoir des masques de la bonne taille pour le personnel. Le foyer dispose d'un programme d'ajustement des masques N95 depuis huit ans. Deux employés désignés et formés effectuent les tests.
- Mettre en œuvre une politique universelle de port de masque avant celle du gouvernement.
- Adopter la règle de l'employeur unique avant que le gouvernement ne l'impose et offrir du travail à temps plein aux membres du personnel à temps partiel jusqu'à la fin de la pandémie.
- Affecter le personnel à une seule unité du foyer.
- Disposer d'un plan pour séparer les personnes hébergées malades de celles qui sont bien portantes.
- Former le personnel à l'utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle et contrôler régulièrement son utilisation par celui-ci.
- Organiser régulièrement des réunions de l'équipe de direction et du comité de la santé et de la sécurité au travail du foyer pour s'assurer que les décisions sont prises rapidement et qu'elles sont communiquées en temps opportun.
- Réaménager les locaux du foyer pour créer des chambres d'isolement en cas d'éclosion, ou utiliser des installations à l'extérieur du foyer pour isoler les personnes malades. Par exemple, à Hong Kong, où la plupart des foyers de SLD sont surpeuplés, le gouvernement a récupéré des installations récréatives et les a transformées en installations d'isolement pour les personnes hébergées ayant été en contact avec une personne infectée.
- Mettre en place une règle d'isolement de 14 jours pour le personnel rentrant de vacances.
- Vérifier régulièrement la température des personnes hébergées.
- Renforcer le nettoyage du foyer.

En plus de prendre connaissance des mesures prises par les responsables des foyers pour répondre aux préoccupations relatives à la PCI, la Commission a également entendu des organismes de santé externes qui, après avoir appris que la crise se

profilait dans les foyers de SLD, se sont mobilisés pour apporter leur soutien et un leadership en ce qui concerne la PCI et d'autres aspects. Parmi ces initiatives, citons les suivantes :

- La communication régulière entre un bureau local de santé publique et les foyers de SLD de celui-ci. À Peterborough, la D^{re} Rosana Salvaterra, médecin hygiéniste locale, a organisé une téléconférence hebdomadaire entre un bureau local de santé publique et les foyers de SLD de la région. Au cours de ces échanges, le bureau partageait des informations avec les foyers et passait en revue leurs plans d'urgence et d'intervention en cas de pandémie. Comme le souligne la D^{re} Salvaterra :

Ce travail a donc commencé en janvier, et nous nous attendions à ce que le secteur soit vulnérable compte tenu de ce que nous constatons au niveau international et du fait que les personnes âgées de plus de 70 ans connaissent des taux de mortalité et de morbidité plus élevés. Nous avons déterminé que ce secteur, composé à la fois de personnes âgées placées en institution et de personnes âgées indépendantes, allait être plus vulnérable et nous l'avons signalé à notre collectivité.

- Le redéploiement des inspectrices et inspecteurs de la santé publique des secteurs tels que la restauration vers les foyers de SLD, et la création d'une liste de contrôle basée sur des données probantes et sur l'expertise en matière de PCI, que chaque inspecteur ou inspectrice passe en revue avec le foyer de SLD.
- La création, par les hôpitaux ou un groupe régional de fournisseurs de soins de santé, « d'équipes d'intervention d'urgence » ou d'attaque composées de professionnels de la santé. Ces équipes se rendaient dans les foyers de SLD et fournissaient tout un éventail de services d'assistance, notamment en matière de tests, de gestion des éclosions, de formation, d'éducation et de soutien clinique.

Communication avec les familles et les proches

De nombreuses personnes hébergées et plusieurs familles ont confié à la Commission qu'elles avaient été confrontées à des difficultés lorsque les foyers étaient fermés aux visites. Les résidentes et résidents ont évoqué leur sentiment de solitude et d'isolement. Les familles ont fait part de l'anxiété et du stress causés par le manque d'informations sur la situation du foyer et sur l'état de leur proche. La Commission a recueilli des témoignages déchirants de familles qui n'ont pas été contactées lorsque leur proche était mourant et qui n'ont appris le décès qu'après coup.

En effet, il se peut qu'il ait été difficile de communiquer régulièrement avec les familles tout en gérant la crise de la COVID-19. Néanmoins, certains foyers ont su trouver des moyens de tenir les familles informées. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 3,

lorsque le ministère des Soins de longue durée a ordonné le confinement des foyers de SLD, le PDG d'un foyer a pris l'initiative d'appeler tous les mandataires de chaque personne hébergée pour les informer personnellement du confinement. D'autres efforts en matière de communication ont été déployés :

- Organisation de téléconférences hebdomadaires avec les familles.
- Organisation d'une séance de discussion publique pour les familles.
- Embauche de membres des familles pour pallier la pénurie de personnel. Bien que cette décision ait été prise pour résoudre les problèmes de dotation en personnel, elle a eu un avantage supplémentaire : les membres du personnel issus des familles sont devenus une source de communication constante pour les autres familles, grâce à des appels téléphoniques réguliers.

Promotion des relations avec les autres partenaires de la santé

Au cours de l'enquête de la Commission, un thème commun est ressorti : un grand nombre de foyers de SLD qui ont réussi à prévenir une éclosion ou à la maîtriser efficacement ont indiqué que leur réussite tenait à leur capacité à accéder au soutien et aux services d'autres fournisseurs de soins de santé, comme les hôpitaux et les bureaux locaux de santé publique. Les foyers de SLD fonctionnent en grande partie comme des îlots de soins, séparés du système de soins de santé général. La pandémie a révélé les problèmes inhérents à cette situation. Comme l'a fait remarquer un PDG, la pandémie de COVID-19 a mis en évidence la nécessité de rattacher le secteur des soins de longue durée au système de santé au sens large.

Au cours des réunions, les commissaires ont appris l'existence de relations préexistantes entre les foyers de SLD et les bureaux locaux de santé publique, ce qui a facilité l'accès des foyers à l'expertise en matière de PCI. Certains médecins hygiénistes locaux ont réuni des comités pour partager leurs connaissances sur la gestion de la propagation des maladies.

Certains bureaux locaux de santé publique ont assuré la communication et apporté leur soutien aux foyers qui le sollicitaient. D'autres ont adopté une position plus proactive. Par exemple, le D^r Kieran Moore, médecin hygiéniste pour Kingston, Frontenac, Lennox et Addington, a déclaré à la Commission que ses collaborations continuent et ses partenariats solides avec les foyers de SLD lui ont permis d'agir rapidement pour venir en aide aux foyers de son territoire. Le D^r Moore a indiqué qu'il travaillait depuis des années avec les foyers de SLD sur la prévention et la gestion des infections. Bien qu'il ait toujours favorisé la collaboration avec les foyers de SLD, il a fait savoir qu'il était prêt à utiliser ses pouvoirs d'application de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* afin d'assurer le respect de la réglementation. Le 10 décembre 2020, le D^r Moore a donné un ordre applicable à des catégories en vertu de l'article 22 de la *Loi sur la*

protection et la promotion de la santé afin d'imposer des exigences aux propriétaires et aux exploitants d'organismes de soins à domicile et en milieu communautaire. L'objectif était de garantir des pratiques de PCI plus solides et de mettre en place des tests de surveillance obligatoires pour le personnel travaillant dans des structures de soins communautaires et à domicile. Le Dr Moore estime que sa fonction et les pouvoirs que lui confère cette loi lui permettent et lui imposent d'assumer un rôle de leader :

J'ai toujours estimé qu'il s'agissait d'un rôle clé de la santé publique... Vous êtes le chef de file et vous faites savoir au secteur des soins actifs, aux foyers de SLD et aux maisons de retraite les attentes que vous avez à leur égard. Le leadership n'est pas toujours bien accueilli, mais je pense qu'il est essentiel à notre pratique...

La Commission a également appris que des hôpitaux avaient tendu la main à des foyers de SLD pour leur apporter un soutien avant et pendant la pandémie. Par exemple, l'équipe de direction de Kensington Health, un organisme de soins de santé de Toronto qui offre plusieurs services de santé, y compris des soins de longue durée et des soins palliatifs, a attribué sa capacité à réagir face à la pandémie en partie à sa relation préexistante avec l'Hôpital Women's College. Il y a deux ans, ce dernier a pris contact avec Kensington Health pour lui proposer des ressources, principalement sous forme de soins virtuels. Après le début de la pandémie, l'Hôpital Women's College est devenu une source d'aide essentielle, en apportant son aide concernant les ÉPI, en garantissant des pratiques efficaces en matière de PCI et en fournissant du personnel supplémentaire.

Équipes Santé Ontario

À l'heure actuelle, l'Ontario prend des mesures pour favoriser une meilleure coordination des services grâce à la mise en place des équipes Santé Ontario (ESO). Les ESO répondront à tous les besoins en matière de soins de leurs patients et établiront des connexions directes avec le type de soins dont ils ont besoin afin d'assurer des transitions en douceur. Parmi les services proposés par une ESO, citons les suivants :

- les soins primaires;
- les soins hospitaliers;
- les soins à domicile et en milieu communautaire;
- les soins palliatifs;
- les soins résidentiels de longue durée; et
- les soins de santé mentale et de toxicomanie.

Amy Olmstead, directrice générale intérimaire des équipes Santé Ontario, a fait remarquer que l'initiative des ESO vise à fournir une approche intégrée des soins :

Nous avons de nombreux fournisseurs dans de multiples secteurs de soins, ce qui peut entraîner des disparités, des doubles emplois, un manque de coordination, une dépendance excessive vis-à-vis des hôpitaux et une dépendance insuffisante vis-à-vis des soins primaires, une négligence de l'autogestion et des soins de santé préventifs, ainsi que des incitations financières qui ne sont pas harmonisées et qui renforcent l'expérience cloisonnée du système de santé... Nous avons constaté dans d'autres pays une tendance à l'intégration et à la responsabilisation des systèmes de soins...

La loi régissant les équipes Santé Ontario est la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*, qui établit les équipes comme un nouveau modèle d'organisme, de financement et de prestation des soins de santé. Les groupes d'organismes qui souhaitent former une ESO doivent soumettre une demande d'approbation. Au moment de la rédaction du présent rapport, on comptait 42 équipes Santé Ontario.

La vision consiste à ce que, à terme, les ESO s'engagent dans des ententes de responsabilité et reçoivent une enveloppe de financement intégrée de Santé Ontario, l'agence qui supervise l'initiative. Il existe toutefois des dispositions de gouvernance et des financements préliminaires pour les équipes Santé Ontario afin de soutenir les efforts de collaboration. L'idée est de permettre aux ESO d'évoluer vers des partenariats capables de fournir un continuum complet de soins et d'être responsables des résultats en matière de santé de l'ensemble de la population qu'ils desservent. Contrairement aux réseaux locaux d'intégration des services de santé, qui, auparavant, administraient et supervisaient les soins de santé, les équipes Santé Ontario seront gérées par les fournisseurs de services eux-mêmes et supervisées par Santé Ontario. (Les équipes Santé Ontario et les réseaux locaux d'intégration des services de santé sont abordés plus en détail à l'annexe B.)

Les équipes Santé Ontario en sont à un stade précoce de développement. Au fil de la progression de la pandémie, une partie des membres des équipes Santé Ontario ont apporté leur aide aux foyers de SLD qui faisaient partie de l'équipe, même si ces derniers ne relevaient pas de leur responsabilité pendant la pandémie.

Parmi les exemples de partenaires des équipes Santé Ontario qui ont prêté main-forte aux foyers de SLD pendant la pandémie, citons :

- la collaboration entre les partenaires pour partager avec les foyers de SLD les connaissances acquises par les hôpitaux en matière de prévention et de contrôle des infections, qui se sont révélées essentielles lors de la réponse à la pandémie de COVID-19;
- la création et la mobilisation d'équipes d'intervention d'urgence bénévoles pour soutenir les foyers de SLD qui ont besoin de personnel;

- la mise en place de tables rondes sur la COVID-19 afin de rassembler les secteurs, dont celui des soins de longue durée, et de renforcer les relations qu'ils entretiennent;
- la collaboration entre les secteurs pour élaborer des plans d'évacuation afin de favoriser le transfert rapide et sûr des patients dans l'éventualité d'une écloison à grande échelle dans les foyers de SLD;
- la création d'entrepôts régionaux pour coordonner la fourniture d'équipements de protection individuelle dans tous les secteurs, y compris les soins de longue durée;
- le soutien apporté pour déterminer les besoins critiques en matière de personnel et l'accès aux aides nécessaires et à la formation associée pour le personnel des soins de longue durée;
- l'accélération de la mise en œuvre d'initiatives de soins virtuels pour les soins de longue durée (et d'autres secteurs);
- la transition vers des rendez-vous virtuels et téléphoniques pour les patients qui quittent le service des urgences ou les unités des malades hospitalisés, et des références provenant de la communauté (médecin généraliste) et des foyers de soins de longue durée; et
- la transition des visites aux services d'urgence des hôpitaux vers des visites virtuelles pour les patientes et les patients des foyers de SLD qui présentent certains problèmes de santé.

L'Hôpital Michael Garron de Toronto fait partie d'une équipe Santé Ontario et a travaillé avec plusieurs foyers de SLD dans sa zone de desserte. Le Dr Jeff Powis, directeur médical de la prévention et du contrôle des infections à l'Hôpital Michael Garron, a décrit l'impact que l'accent mis par l'hôpital sur la collectivité au sens large a eu sur son approche de la pandémie :

Notre vision consistait à consolider la santé et la collectivité. Nous voulions donc faire le nécessaire pour notre collectivité. Et cela nous a parfois amenés à prendre des décisions difficiles impliquant de trouver le juste équilibre entre les intérêts de notre hôpital et ceux de notre collectivité. Souvent, ils se rejoignaient, mais nous devons nous assurer d'agir dans l'intérêt de la collectivité... Étant spécialiste de la prévention et du contrôle des infections, je me concentrais auparavant sur un périmètre restreint, et cette expérience m'a donné le pouvoir et la motivation nécessaires pour commencer à envisager ma collectivité comme mon centre d'intérêt.

Le personnel de l'Hôpital Michael Garron a profité de la relation préexistante entre son équipe d'intervention infirmière et les foyers de SLD pour favoriser une relation de confiance, de collaboration et de soutien avec ces derniers. Grâce à cette relation, l'hôpital a pu identifier les lacunes relativement à la disponibilité des équipements de protection individuelle et aux connaissances et expertises en matière de PCI. Le soutien apporté aux foyers de SLD comprenait des visites dans les établissements eux-mêmes. Selon Philip Anthony, chef de l'équipe de liaison COVID-19 de l'hôpital, « on ne peut

pas assurer la PCI depuis une distance de 15 km. La coordination est impossible via un appel Zoom ou par téléphone. Il faut être présent, car nous avons entendu à maintes reprises des “Ouais, tout va bien, tout va bien” ».

À force de persévérance et de patience, l'hôpital a été en mesure d'aider les foyers sans entente de gestion. Le personnel hospitalier a indiqué que les foyers avec lesquels il travaillait étaient mieux préparés à la deuxième vague.

Le travail accompli par le personnel de l'Hôpital Michael Garron en partenariat avec les foyers de SLD montre comment les objectifs du modèle des équipes Santé Ontario, notamment la coordination des prestataires de services, et le développement de relations de confiance, de collaboration et de soutien peuvent faire une différence en temps de crise.

L'Hôpital général de North York, également membre d'une équipe Santé Ontario, a souligné que son réseau ESO était indispensable à l'aide apportée aux foyers de SLD tout au long de la pandémie. Le soutien de l'hôpital comprenait la création de l'équipe d'intervention d'urgence mentionnée plus haut.

L'expérience de la pandémie de COVID-19 a révélé la valeur des partenariats et de la collaboration dans le cadre du soutien apporté aux foyers de SLD. À la suite du travail des équipes Santé Ontario pendant la pandémie, le plan de mise en œuvre des ESO a été revu pour inclure des modifications apportées au processus de demande. Les personnes qui soumettent une demande sont maintenant encouragées à s'engager dans la santé publique et les établissements de soins collectifs (y compris les foyers de SLD), à soutenir les réponses régionales face à la COVID-19, et à fournir l'ensemble du continuum de soins à leurs populations de patients.

Résumé

Une grande partie des témoignages entendus par la Commission au cours de cette enquête portait sur les défis préexistants dans le secteur des soins de longue durée (SLD), qui ont abouti à une situation tragique dans un certain nombre de foyers. Bon nombre de ces défis existent toujours. Cependant, les exemples discutés ci-dessus démontrent clairement que ce secteur compte également des pratiques exemplaires et des dirigeantes et dirigeants qui ont conscience de leur rôle et de leurs responsabilités. À mesure que le système avance dans ses efforts pour relever les défis, il peut tirer des leçons de ces excellents exemples. L'enquête a également révélé la valeur des partenariats et des collaborations entre les différents fournisseurs de soins de santé. Ces collaborations doivent être encouragées, et le gouvernement devrait s'empresse de les mettre en place et de les faire fonctionner. Compte tenu de l'expérience des foyers de SLD pendant la pandémie, il est essentiel que ces établissements soient

intégrés dans le système de santé au sens large. Il ne devrait pas être facultatif pour les foyers de SLD de faire partie d'une équipe Santé Ontario.

Pratiques émergentes et idées novatrices

Au cours de son enquête, la Commission a pris connaissance de pratiques, de projets et de modèles émergents susceptibles de contribuer à améliorer la santé et la qualité de vie des personnes âgées de l'Ontario. La Commission a été informée de ces idées par un large éventail de parties prenantes, notamment des universitaires, des groupes de défense d'intérêts et des dirigeantes et dirigeants du secteur des soins de longue durée, ainsi que des personnes hébergées, des familles et du personnel. Il est évident que de nombreuses personnes et de nombreux groupes sont déterminés à améliorer la vie des personnes âgées de l'Ontario. Certaines des pratiques émergentes et des innovations qui ont été partagées avec la Commission sont présentées ci-dessous.

Le personnel infirmier praticien dans les foyers de soins de longue durée

Le personnel infirmier praticien est formé d'infirmières et infirmiers en pratique infirmière avancée (PIA) qui possèdent une vaste expérience et une formation universitaire. Les infirmières et infirmiers praticiens (IP) travaillant dans les foyers de SLD sont capables d'évaluer, de diagnostiquer et de traiter les personnes hébergées atteintes de maladies chroniques, de répondre à des problèmes graves épisodiques et de prescrire des médicaments et d'autres traitements. Les infirmières et infirmiers praticiens encadrent également le personnel et travaillent auprès des résidentes et résidents et de leur famille pour aider à la planification des soins et à la prise de décision.

L'importance du personnel infirmier praticien pour le secteur des SLD a été abordée précédemment dans ce rapport. Actuellement, il est en relation avec les foyers de deux manières différentes. Tout d'abord, certains membres du personnel font partie d'équipes d'intervention infirmière. L'objectif de ces équipes est de renforcer les capacités des foyers de SLD en fournissant un soutien clinique et une formation au personnel et en améliorant les normes d'évaluation des personnes hébergées. Un autre objectif de ces équipes est de limiter le transfert des résidentes et résidents à l'hôpital en leur fournissant des soins dans leur foyer de SLD.

La Commission a appris que les équipes d'intervention infirmière ont fourni un soutien sur le terrain pendant la crise de COVID-19, y compris des informations sur la transmission, la prévention de la propagation, l'isolement et le regroupement en cohorte, et l'utilisation adéquate des équipements de protection individuelle.

Ensuite, plusieurs infirmières et infirmiers praticiens agissent en tant que personnel infirmier praticien traitant dans les foyers de SLD. Le gouvernement a lancé le

programme de personnel infirmier praticien traitant en 2014. Il s'était engagé alors à employer 75 IP dans les foyers de SLD financés par les pouvoirs publics. À ce jour, 60 de ces postes sont pourvus. Le personnel infirmier praticien traitant assure la formation et l'encadrement du personnel infirmier, le soutien direct aux personnes hébergées, la communication avec les familles, la gestion clinique et les soins palliatifs et de fin de vie. Il peut également fournir l'aide médicale à mourir.

L'étude sur la dotation en personnel en SLD que le gouvernement a menée à la suite de l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de SLD (l'enquête Gillese), et qui a été publiée à l'été 2020, évoquait de manière positive le recours au personnel infirmier praticien dans les foyers de SLD :

Certains foyers des soins de longue durée ont mis en œuvre un modèle misant sur les services de personnel infirmier praticien pour appuyer le leadership clinique dans les foyers des soins de longue durée. Le personnel infirmier praticien (IP) augmente le leadership clinique présent dans le foyer et peut assurer efficacement la liaison avec la directrice médicale ou le directeur médical, qui est habituellement moins souvent sur les lieux, surtout lorsque les membres du personnel infirmier praticien possèdent une expertise en médecine gériatrique. L'IP prend en charge l'éducation et l'encadrement de l'équipe clinique et soutient la prestation des soins directs. Il peut également aider à la gestion des médicaments, à la réduction de la polypharmacie et sa présence a été attribuée à la réduction du besoin de transférer des résidents à l'hôpital, la réduction des frais hospitaliers et l'amélioration de l'expérience des résidents. Nous suggérons au ministère d'aller immédiatement de l'avant avec la phase trois de l'Initiative de recrutement du personnel infirmier praticien traitant dans les foyers des soins de longue durée et d'envisager d'autres possibilités d'expansion.

La Commission a été informée que les foyers de SLD dotés de personnel infirmier praticien avaient été en mesure de mieux gérer la pandémie que les foyers qui ne leur avaient pas fait appel. Un médecin qui a traité des personnes résidant dans des foyers de SLD pendant la pandémie a souligné l'importance des soins de base dispensés par le personnel infirmier praticien :

Il y avait un certain nombre d'établissements qui disposaient de personnel infirmier praticien sur place, et... elles sont excellentes. Elles ne prennent pas en charge un grand nombre de personnes. Elles se concentrent sur un petit nombre de patients. Elles passent beaucoup de temps à leur chevet. Et elles sont tout aussi capables qu'un médecin de prodiguer les soins de base... dont ces patients ont besoin. Et cela permet vraiment de répondre à cet aspect très important que j'essaie de faire passer, à savoir la présence sur le terrain.

Une étude récente menée par la professeure Katherine McGilton, scientifique principale au Réseau universitaire de santé, ainsi que plusieurs de ses collègues, a examiné le rôle et les responsabilités du personnel infirmier praticien pendant la pandémie. L'étude a révélé que les IP ont amélioré les soins prodigués aux personnes hébergées pendant la pandémie de quatre manières :

1. En contenant la propagation de la COVID-19 en servant d'intermédiaire entre la direction et le personnel pour communiquer et mettre en œuvre les recommandations évolutives relatives à la COVID-19, et en assurant une formation et un encadrement sur l'utilisation appropriée des équipements de protection individuelle.
2. En fournissant de manière indépendante, dans les foyers où l'accès à une directrice médicale ou un directeur médical est limité ou inexistant, des soins cliniques aux personnes gravement malades; en travaillant à la planification préalable des soins; en discutant des objectifs de soins; ainsi qu'en assurant des soins de fin de vie appropriés. Un membre du personnel infirmier praticien interrogé dans le cadre de l'étude a déclaré : « J'évaluais chaque personne hébergée. Et les médecins ne venaient plus, alors j'étais pour ainsi dire leurs yeux et leurs oreilles. Dès que je voyais quelqu'un dont l'état commençait à se dégrader, j'appelais les familles, je commençais à discuter des soins de confort, je demandais quel niveau de soins apporter. »
3. En apportant un soutien au personnel et aux familles.
4. En faisant le lien entre les différents fournisseurs de soins de santé. Le personnel infirmier praticien collabore avec les foyers de SLD et les services de soins actifs pour créer des politiques, des stratégies et des algorithmes visant à établir des liens entre les foyers de SLD, les hôpitaux de soins actifs et les services d'urgence. L'étude précise : « Le personnel infirmier praticien a décrit l'élaboration de solutions uniques avec les gestionnaires des foyers de SLD et les partenaires externes et plusieurs IP ont exprimé l'espoir de maintenir ces relations après la pandémie. »

La présence d'une ou d'un IP dans les foyers de SLD présente des avantages considérables. L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et l'Association des infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario se sont prononcées à l'unanimité en faveur de l'élargissement du programme de personnel infirmier praticien traitant. L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario estiment que le ratio approprié serait d'une ou d'un IP pour 120 personnes hébergées. La Commission adopte ce ratio et préconise vivement de renforcer la présence des infirmières et infirmiers praticiens dans les foyers de SLD.

Amélioration des soins palliatifs et de fin de vie

La Commission a été informée que la durée moyenne du séjour d'une personne résidant dans un foyer de SLD est de deux ans, et que la plupart y restent jusqu'à la fin de leur vie. S'il est évident que les soins palliatifs et de fin de vie devraient être essentiels dans les foyers de SLD, la Commission a découvert que la prestation de ces

types de soins est insuffisante dans de nombreux foyers. La pandémie a révélé les faiblesses des soins palliatifs et de fin de vie dispensés dans un certain nombre de foyers. La Commission a pris connaissance du sort de nombreuses personnes hébergées qui sont mortes effrayées, seules et dans la douleur. Un solide programme de soins palliatifs et de fin de vie aurait pu permettre d'éviter cette situation tragique.

La Commission a appris qu'il était difficile, avant la pandémie, de fournir des soins palliatifs et de fin de vie de bonne qualité dans les foyers de SLD. Le Dr Amit Arya, spécialiste des soins palliatifs, a fait remarquer :

Beaucoup de ces personnes hébergées profiteraient vraiment d'une approche de soins palliatifs, dès le début, ce qui ne signifie pas des soins de fin de vie, mais l'intégration d'une sorte de priorité à la gestion des symptômes et des discussions précoces et fréquentes sur les objectifs des soins avec le résident ou la résidente, ainsi qu'avec son mandataire spécial, qui est généralement sa famille ou des membres de sa famille.

Dans son mémoire à la Commission, Hospice Palliative Care Ontario (HPCO) a cité un rapport de 2018 de l'Institut canadien d'information sur la santé. Ce rapport, intitulé *Accès aux soins palliatifs au Canada*, a révélé que parmi les personnes hébergées décédées dans un foyer de SLD en 2016 et 2017, seulement 6 % avaient été enregistrées comme ayant reçu des soins palliatifs au cours de leur dernière année de vie. Le rapport souligne que bon nombre des 94 % restants ont probablement reçu des soins palliatifs, même si cette information n'a pas été enregistrée, tout simplement parce que la plupart des établissements de SLD considèrent les soins de fin de vie comme un élément essentiel de leur pratique. Le rapport identifie certains obstacles à la prestation de soins palliatifs, notamment le manque de compétences, de connaissances et d'évaluation pluridisciplinaires, ainsi que le manque d'outils nécessaires à la prestation de services spécialisés en soins palliatifs.

Lors de sa présentation à la Commission, l'Advocacy Centre for the Elderly a fourni plus de détails sur l'état des soins palliatifs dans les foyers de SLD et sur leur impact pendant la pandémie :

Les foyers de soins de longue durée ne pratiquent pas bien les soins palliatifs. Ils n'ont pas... de médecins dans les foyers. Ils ne sont pas assez agiles, ils n'ont pas accès à ce type de médicaments. Ils ne font pas d'intraveineuses, en général... Les personnes hébergées étaient maintenues dans le foyer et souffraient beaucoup à la fin de leur vie, ce qui n'aurait jamais dû se produire.

Le Réseau ontarien de soins palliatifs a élaboré le Cadre de prestation des services de santé en soins palliatifs afin d'améliorer l'accès aux soins de fin de vie dans la collectivité, y compris dans les foyers de SLD. Dans son mémoire, HPCO a noté qu'il y avait une « déconnexion entre les politiques et la pratique sur le terrain » malgré l'existence de ce cadre. Cette situation est devenue tristement évidente pendant la pandémie, comme l'indique le rapport soumis au gouvernement provincial par les

Forces armées canadiennes après avoir été sollicitées pour prêter assistance aux foyers en crise. Un médecin spécialisé dans les soins palliatifs a qualifié la situation de « catastrophe humanitaire ». Des membres du personnel infirmier, des médecins et des administratrices et administrateurs de soins de longue durée ont fait écho à ces sentiments lors des forums organisés par HPCO.

HPCO a par ailleurs noté que « s'il est possible que l'amélioration de l'accès aux soins palliatifs n'ait pas eu d'impact sur le taux de mortalité liée à la COVID-19, le fait de mourir sans bénéficier d'une gestion appropriée de la douleur et des symptômes a privé ces personnes de confort et de qualité de vie au cours de leurs derniers jours. »

Kensington Health fournit à la fois des soins de longue durée et des services de soins palliatifs. Des porte-paroles ont fait part à la Commission de la valeur du soutien qu'ils reçoivent de leur équipe de soins palliatifs pour fournir des soins palliatifs et de fin de vie de qualité aux personnes résidant dans leur foyer de SLD :

Nous avons la chance d'avoir des médecins spécialisés dans les soins palliatifs à proximité de notre centre. Nos médecins peuvent les appeler et leur dire : « Je rencontre des difficultés avec une personne en fin de vie dont l'état est complexe. Pouvez-vous m'aider ? » Ils peuvent venir, examiner la personne, recommander différents types de médicaments et rendre la fin de vie beaucoup plus confortable pour les personnes mourantes.

En plus de recevoir le soutien de son centre de soins palliatifs, Kensington Health travaille en étroite collaboration avec les médecins spécialisés en soins palliatifs de l'Hôpital Princess Margaret.

La Commission a également été informée qu'une plus grande intégration avec les équipes de soins palliatifs de la collectivité, ainsi que la désignation d'un responsable des soins palliatifs sur place, améliorerait les soins palliatifs et de fin de vie dans les foyers de SLD. Par exemple, l'équipe régionale de consultation en soins palliatifs d'Ottawa et de Champlain, composée de 13 IP et infirmières et infirmiers en pratique infirmière avancée, soutient les soins palliatifs et de fin de vie dans la collectivité et dans les foyers de SLD. Un médecin a décrit le travail de cette équipe comme faisant « une différence comme le jour et la nuit » dans la prestation des soins palliatifs et de fin de vie.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, de nombreuses personnes résidant dans des foyers de SLD sont très malades et passent le reste de leur vie dans leur foyer. Pour ces raisons, il est impératif que les foyers de SLD acquièrent la capacité et l'expertise nécessaires pour dispenser d'excellents soins palliatifs et de fin de vie.

Modèles de soins axés sur la personne

Il est possible de gérer un foyer qui répond aux besoins médicaux des adultes vulnérables tout en leur permettant de s'épanouir et de réaliser leur potentiel, quelle que soit l'étape de leur vie.

– Moira Welsh, journaliste et auteure

La Commission a recueilli les témoignages de plusieurs groupes qui préconisent des modèles de soins associés au mouvement en faveur d'un « changement de culture ». Ce mouvement promeut les soins axés sur la personne ou sur le résident ou la résidente. Les modèles de soins associés au mouvement en faveur d'un changement de culture sont guidés par un certain nombre de principes. Par exemple :

- Les soins sont orientés par les besoins de la personne hébergée dans toute la mesure du possible.
- Les unités sont petites (10 à 15 personnes résidentes) et donnent l'impression d'être dans un foyer plutôt que dans une institution.
- Les repas sont préparés dans les unités, et les personnes hébergées ont accès à la cuisine et participent à la préparation des repas.
- Les routines dans le foyer sont organisées de manière à favoriser des relations étroites entre le personnel, les personnes hébergées et les familles. Pour cela, il est nécessaire de disposer d'un personnel affecté à chaque unité.
- Le personnel est habilité à répondre de manière appropriée aux besoins des personnes hébergées.
- La structure organisationnelle est horizontale et les systèmes de gestion participative sont encouragés.
- Des processus sont mis en place pour permettre une évaluation continue et une amélioration de la qualité.

En 2019, la Ville de Toronto a sollicité Pat Armstrong pour analyser les modèles associés au mouvement en faveur d'un changement de culture. Elle est professeure à l'Université York et chercheuse principale du projet *Reimagining Long-Term Residential Care*, lancé en 2011 et qui a donné lieu à de nombreuses publications portant sur les soins de longue durée au Canada et dans d'autres pays. La M^{me} Armstrong et son équipe ont examiné des modèles de changement de culture tels que le Butterfly Home, la Green House, Wellspring et Eden Alternative.

Bien que l'équipe ait identifié des défis méthodologiques dans l'évaluation de ces modèles de soins, elle a noté que, dans l'ensemble, la recherche soutient la capacité des modèles de changement de culture à influencer la qualité de vie et des soins. Cette constatation s'appuie sur l'utilisation de mesures telles que la rotation du personnel et les absences du travail, et sur l'amélioration des indicateurs de soins standard tels que

la présence de plaies de pression. M^{me} Armstrong et son équipe ont conclu que les données probantes soutiennent une « stratégie visant à tirer des leçons de tous les modèles, en adaptant les pratiques prometteuses à des foyers spécifiques et à leurs populations ».

Maira Welsh, journaliste d'enquête au *Toronto Star*, a été invitée à rencontrer les commissaires. M^{me} Welsh a réalisé de nombreux reportages sur les soins de longue durée dans la province et est l'auteure de *Happily Ever Older: Revolutionary Approaches to Long-Term Care*. En ce qui concerne les modèles qui mettent l'accent sur les soins axés sur la personne, M^{me} Welsh a observé ce qui suit :

Ces idées partagent un ADN commun, principalement axé sur la gentillesse, ce qui est unique. Ce qui est unique et très intéressant, c'est que chaque foyer procède différemment et ce qui est révélateur, c'est la nécessité de s'y tenir avec détermination. Les responsables que j'ai rencontrés s'efforcent constamment de maintenir leurs philosophies afin que le foyer ne retombe pas dans ses vieilles habitudes.

Jill Knowlton, directrice de l'exploitation de Primacare Living Solutions, un fournisseur privé de foyers de SLD à but lucratif, et Mary Connell, infirmière autorisée et conseillère en matière de démence pour la région de Peel, ont fourni à la Commission de nombreux détails sur le développement des Butterfly Homes en Ontario. La région de Peel et Primacare Living Solutions ont toutes deux transformé des foyers de SLD traditionnels en Butterfly Homes.

Cette transformation implique à la fois un changement dans l'aménagement du foyer et un exercice de gestion du changement pour aider le personnel et la direction à faire la transition vers des soins axés sur les personnes hébergées.

Le modèle Butterfly, développé par David Sheard, repose sur la conviction que « pour les personnes atteintes de démence, ce sont les sentiments qui comptent le plus, que l'intelligence émotionnelle est la compétence de base » et que « les personnes atteintes de démence peuvent s'épanouir dans un environnement stimulant où ceux qui vivent et travaillent ensemble savent comment être axés sur la personne ».

Incidence sur les personnes hébergées des modèles de soins axés sur la personne

M^{me} Knowlton et M^{me} Connell ont déclaré à la Commission qu'elles avaient observé de nombreux avantages pour les personnes résidant dans leurs Butterfly Homes. Ces avantages sont les suivants :

- réduction de la douleur;
- réduction de l'utilisation de médicaments antipsychotiques supérieure à 50 %;

- réduction spectaculaire des comportements réactifs (elles n'ont signalé aucun comportement réactif);
- engagement social accru;
- aucune perte de poids et aucune utilisation de suppléments nutritionnels; et
- satisfaction accrue des familles.

Les observations de M^{me} Knowlton et de M^{me} Connell concordent avec une étude de deux Butterfly Homes en Alberta et des études sur la Green House, un autre modèle de soins axés sur la personne. Les études sur ces deux modèles révèlent que les résidentes et résidents ont une meilleure qualité de vie. Les études ont également révélé une plus grande satisfaction de la part de leurs familles.

En ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections, M^{me} Knowlton a fait remarquer :

Les personnes résidant dans le foyer se consacrent à leur foyer en tant que membres de cette famille, et le personnel fait lui aussi partie de cette famille... Même au sein du foyer, le personnel n'est pas déplacé... Nous ne considérons donc pas le personnel comme une paire de mains que l'on peut transférer lorsque l'on est à court de personnel ou déplacer ailleurs. Le personnel fait partie de cette famille, et il y reste. Et dans le cadre de la PCI, quel est le terme que nous utilisons? Nous utilisons le terme « cohorte ». Qu'est-ce qu'une cohorte? La cohorte désigne votre famille, votre foyer... Donc le personnel est affecté au foyer ou à la cohorte. La capacité de séparer les ménages... vous pouvez les compartimenter... Vous avez un petit groupe de membres du personnel et de personnes hébergées. Le personnel n'est pas dispersé et déplacé dans tout le foyer.

M^{me} Knowlton et M^{me} Connell ont indiqué qu'à la date de leur présentation, il n'y avait que deux cas de COVID-19 recensés dans leurs foyers et qu'aucun décès n'était à déplorer. Cela concorde avec les études récentes montrant une incidence et une mortalité liée à la COVID-19 plus faibles dans la Green House et dans d'autres modèles de petites maisons de soins infirmiers.

Incidence sur le personnel des modèles de soins axés sur la personne

Les modèles qui englobent les principes du mouvement en faveur d'un changement de culture contiennent plusieurs caractéristiques destinées à favoriser un plus grand engagement de la part du personnel, notamment :

- en favorisant des relations étroites entre le personnel, les personnes hébergées et les familles (il faut pour cela réduire la rotation du personnel et affecter le personnel à un seul groupe de résidentes et résidents);
- en donnant des moyens d'action au personnel pour qu'il puisse répondre de manière appropriée aux besoins des personnes hébergées; et

- en adoptant un processus décisionnel collaboratif, ce qui implique une hiérarchie réduite, une gestion participative et l'octroi d'un certain pouvoir décisionnel à des membres du personnel tels que les préposées et préposés aux services de soutien à la personne.

La Commission a été informée que le personnel des Butterfly Homes exploités par Primacare et la région de Peel est en mesure de fournir de meilleurs soins aux personnes hébergées parce qu'il utilise une approche de fournisseur de soins universels. M^{me} Knowlton a décrit cette approche comme étant une approche dans laquelle « les aides en diététique, les préposées et préposés à l'entretien ménager, les récréologues, les aides en physiothérapie, les préposées et préposés aux services de soutien personnel et les infirmières et infirmiers sont tous considérés comme faisant partie de l'équipe d'action du foyer et ont tous le même poids dans cette équipe... Nous dépassons donc le ratio d'un [membre du personnel] pour cinq [personnes hébergées]. »

M^{me} Knowlton et M^{me} Connell ont expliqué en quoi ce changement d'approche encourage le personnel à se considérer comme faisant partie d'un foyer et d'une famille. Ce modèle a permis de réduire l'absentéisme, les blessures et le roulement du personnel dans les Butterfly Homes qu'elles ont créés.

Coût et défis de la mise en œuvre du modèle Butterfly

M^{me} Knowlton a indiqué être en mesure d'exploiter un Butterfly Home sans frais supplémentaires. Son affirmation est cohérente avec une étude, réalisée en 2011, qui a conclu que si les coûts d'investissement pour mettre en place une Green House plus petite et axée sur les personnes résidentes sont plus élevés que ceux des maisons de soins infirmiers de conception traditionnelle, le coût d'exploitation de ce type de foyer est néanmoins similaire.

M^{me} Knowlton et M^{me} Connell ont expliqué que la mise en œuvre du modèle Butterfly impliquait un changement radical de la stratégie de gestion qui nécessitait l'adhésion de toutes les personnes concernées, en particulier de la direction. Comme l'a noté M^{me} Welsh lors de sa présentation, les maisons de retraite et les foyers et communautés de soins de longue durée qu'elle a visités lorsqu'elle préparait son livre existent parce qu'ils « avaient des responsables motivés, et sans cette motivation personnelle, le changement a peu de chances de réussir ». Ces observations rejoignent les conclusions d'une étude américaine de 2013 examinant les caractéristiques des foyers qui mettent en œuvre un modèle de changement de culture. L'étude a noté que la mise en œuvre nécessite un investissement important, une vision et un leadership stable et compétent.

Une conception des infrastructures qui améliore la lutte contre les infections et la qualité de vie

Avec les virus qui se propagent dans la communauté, c'est dans les milieux de vie collective que les problèmes de transmission se posent le plus, n'est-ce pas? Les endroits où les gens sont entassés, où ils sont en très grand contact les uns avec les autres... dans les milieux de vie surpeuplés, non seulement il y a plus de transmission, mais il y a aussi un potentiel de propagation que l'on ne rencontre pas dans d'autres cadres où les gens rentrent chez eux, sont séparés les uns des autres.

– D^{re} Allison McGeer, conseillère en maladies infectieuses, Sinai Health System

L'infrastructure et l'aménagement d'un foyer de SLD constituent un facteur important pour prévenir la propagation des infections. La Commission a rencontré le D^r Nathan Stall, gériatre à l'Hôpital Mount Sinai de Toronto. Il a notamment abordé la question de la relation entre l'infrastructure d'un foyer et la propagation de la COVID-19.

Dans une étude achevée en août 2020, le D^r Stall et ses collègues ont constaté que les foyers fortement surpeuplés présentaient un risque significativement accru d'incidents et de mortalité liés à la COVID-19.

Comme nous l'avons expliqué dans une autre partie de ce rapport, la Commission a appris que les anciennes normes de conception, qui autorisaient des chambres communes avec trois ou quatre lits et des salles de bain communes, étaient associées à une propagation accrue de la COVID-19 dans les foyers touchés par une éclosion et, par conséquent, à un plus grand nombre de décès liés à la COVID-19 chez les personnes hébergées.

Si l'approche adoptée par Hong Kong, décrite plus haut, prouve qu'il a été possible de contenir la propagation de la COVID-19 même dans les foyers surpeuplés, d'autres idées de conception innovantes pourraient permettre d'atteindre le même résultat et d'améliorer la qualité de vie.

La Commission a rencontré la D^{re} Diana Anderson, spécialiste en gériatrie et architecte, et Ansar Ahmed, ingénieur. La D^{re} Anderson est actuellement chercheuse en neurologie gériatrique au VA Boston Health Care System. La D^{re} Anderson et M. Ahmed sont tous deux directeurs chez Jacobs, une société de services professionnels techniques. Ils ont évoqué l'importance de la conception et du milieu bâti en tant qu'éléments du système de soins. Ils ont cité des recherches montrant que la planification et l'architecture sont des déterminants essentiels de la santé. Ils préconisent une conception « empathique », qui oriente les processus de conception du point de vue de l'utilisateur final.

La société Jacobs a récemment organisé une table ronde avec des universitaires, des fournisseurs de services, des responsables de systèmes de santé, des cliniciennes et

cliniciens et des conceptrices et concepteurs afin de réfléchir à des réponses à un certain nombre de questions difficiles liées à la prestation de soins dans les foyers de SLD. Le mémoire au gouvernement qui en résulte stipule que :

Le milieu bâti est une composante thérapeutique essentielle de l'expérience des soins de santé; si l'architecture semble passive, elle a en réalité une forte dimension active, car elle peut inhiber ou favoriser certains comportements qui influencent fortement l'expérience globale des soins de santé.

Bien que nous soyons conscients que les éclosions de maladies infectieuses se produisent dans ces milieux où les personnes hébergées ont des problèmes médicaux complexes et où le personnel est souvent présent, la transformation des foyers de SLD en milieux plus cliniques et institutionnels est probablement une approche réactive à la pandémie actuelle et nous recommandons de faire preuve de prudence dans ce domaine. Nous recommandons plutôt un cadre proactif qui vise à rendre ces milieux plus résilients dans l'ensemble, en veillant à ce qu'ils ne perdent pas les caractéristiques limitées du foyer, tout en renforçant leur capacité à gérer la préparation aux situations d'urgence.

La D^{re} Anderson a fait remarquer que le « milieu bâti » peut gérer le contrôle des infections par l'isolement et la décentralisation de l'espace, en contrôlant le flux des personnes dans l'espace et en s'assurant que le personnel peut être séparé : « Le flux du personnel est différent du flux des patients et du flux des soignantes. Il s'agit là de problèmes de conception que nous pouvons résoudre. »

D'autres éléments de configuration, tels que les fenêtres, l'acoustique, l'éclairage et l'emplacement d'une pièce à l'étage, peuvent également améliorer les résultats en matière de santé, tout comme les matériaux de surface qui éliminent les germes (p. ex., l'alliage de cuivre).

Dans un article récent, la D^{re} Anderson et un certain nombre de ses collègues ont mis en évidence les preuves que les foyers qui emploient un modèle de soins axé sur la personne, avec des unités autonomes, un nombre réduit de résidentes et résidents, des chambres individuelles et un personnel dédié, peuvent améliorer le contrôle des infections et la qualité de vie des personnes hébergées et du personnel. Ils ont établi un lien entre le risque de propagation de la COVID-19 et le nombre de membres du personnel et de visiteurs accédant à un même bâtiment, les déplacements du personnel entre les chambres de plusieurs personnes hébergées et les zones communes uniques très fréquentées comme les salles à manger ou les espaces de séjour. Une étude récente a examiné spécifiquement les performances de maisons de soins infirmiers plus petites, telles que les modèles Green House et Butterfly, pendant la pandémie de COVID-19. L'étude a révélé que ces modèles comptaient moins de cas de COVID-19 et de décès liés à cette maladie.

Une conception efficace des établissements de soins de longue durée ne considère pas le bâtiment de manière isolée. Au contraire, l'environnement qui entoure le bâtiment est tout aussi important et implique les aspects de conception suivants :

- L'accès à des espaces de transition, tels que des porches, des alcôves et des bancs, qui permettent de voir la rue. Comme l'a noté la D^{re} Anderson dans sa présentation : « Ainsi, cette idée de camaraderie [est] facilitée par ce contexte matériel, les places et les porches. Le concept de porche est quelque chose que nous avons perdu au fil des ans. Permettre aux personnes âgées de côtoyer le monde extérieur. Je pense que c'est un concept puissant. »
- L'espace pour faire de l'exercice, l'accès à la nature et l'exposition au soleil et à l'air frais. Ces éléments sont importants tant pour la lutte contre les infections que pour la qualité de vie : « Le plein air peut stimuler la vitamine D bénéfique pour les résidentes et résidents et fournir un environnement inhospitalier aux agents pathogènes grâce à la réduction de l'humidité, aux rayons UV et aux effets diluants de l'air frais et du mouvement de l'air. »
- La proximité du foyer avec la collectivité d'origine de la personne.
- L'intégration du foyer aux services de santé et sociaux, ainsi qu'aux services d'urgence.
- Une conception qui favorise le potentiel piétonnier et l'activité pour promouvoir l'exercice physique et la socialisation en toute sécurité.

Schlegel Villages est une entreprise familiale axée sur une mission et à but lucratif qui construit et exploite des maisons de retraite et des foyers de SLD. Son modèle est un exemple d'intégration des foyers de SLD avec des espaces extérieurs et la communauté au sens large, y compris l'accès aux services médicaux et communautaires.

James Schlegel, président-directeur général de Schlegel Villages, a rencontré la Commission. Il a décrit la conception de la rue principale et de la place du village qui fait partie de leur modèle et qui constitue la « colonne vertébrale sociale » du village. La conception intègre également des patios extérieurs et des aménagements paysagers pour encourager les gens à passer du temps à l'extérieur. La place est le lieu de rassemblement central, et elle contribue à relier les personnes résidant au village et la population de la communauté environnante :

Il s'agit donc d'un modèle social conçu pour... encourager la socialisation et les liens sociaux de nos résidentes et résidents. Nous constatons que... le plus gros déficit qu'ils ont quand ils viennent chez nous est le désengagement dans la vie... Donc, cette conception est vraiment destinée à les reconnecter, à les réengager dans la vie et à créer des opportunités pour eux de nouer de nouvelles amitiés, d'apprendre de nouvelles choses, de contribuer, de poursuivre leurs passions, toutes ces choses qui font que la vie vaut la peine d'être vécue. Il se trouve que nous dispensons également de nombreux soins qui aident les gens à atteindre cet objectif, ce qui constitue un modèle très social.

... c'est aussi un modèle de plaque tournante... Nous incorporons donc des choses comme nos centres de santé situés sur notre rue principale... des équipes satellites de santé familiale dont les médecins fournissent un service médical à nos résidentes et résidents, mais proposent aussi des services médicaux aux personnes de tous les âges. Donc, une jeune maman et ses enfants peuvent venir au cabinet du médecin. Il leur arrive de venir à la maison de retraite locale et d'attendre dans la rue principale pour voir le médecin, et il se peut qu'ils rencontrent une personne hébergée et entament une conversation avec elle. Mais c'est... une façon non seulement de fournir des services médicaux qui sont plus efficaces, selon nous, pour nos personnes hébergées, mais aussi d'amener la communauté dans notre village et de connecter nos résidentes et résidents avec la communauté extérieure.

De nombreuses sources ont affirmé à la Commission que le gouvernement aurait tort de répondre à la demande de soins de longue durée en construisant davantage d'établissements du même type que ceux qui prédominent actuellement dans le secteur. Dans son récent ouvrage intitulé *Les grands oubliés : Repenser les soins de nos aînés*, André Picard fait écho à ce que de nombreuses sources ont déclaré à la Commission :

Ce qui doit remplacer beaucoup de nos institutions décrépies, ce sont des installations plus petites, plus familiales, construites en fonction des besoins des résidents... Il faudra du temps avant de pouvoir inscrire l'infrastructure et l'architecture dans le 21^e siècle. Et ce ne sera pas donné. Mais c'est une chose essentielle. Dans l'intervalle, nous pouvons faire en sorte que les installations existantes soient plus conviviales. En déployant quelques efforts, nous pouvons encore offrir de très bons soins dans ces vieux immeubles... Pendant que nous modernisons et remplaçons les résidences de soins de longue durée, les éléments suivants devront tous y être automatiquement inclus: chambres et salles de bain privées ou semi-privées, espaces communs chaleureux, accès facile à l'extérieur, climatisation, planchers antidérapants, services de buanderie et de nettoyage et préparation des repas sur place. Il est aussi important que les foyers de soins soient une partie intégrante de la communauté et non pas confinés à l'abri des regards.

Les innovations en matière de soins axés sur la personne et de conception des infrastructures décrites ci-dessus sont des exemples d'idées émergentes susceptibles d'améliorer la santé et la sécurité des personnes hébergées et leur qualité de vie. La province, qui s'efforce de répondre à la demande de lits dans les foyers de SLD, devrait mettre en place des mesures incitatives pour que ceux qui développent et construisent ces foyers intègrent des modèles de soins et de conception innovants qui permettront d'améliorer le contrôle des infections et la qualité de vie.

Résumé

Dans le rapport final de l'enquête Gillese, l'honorable juge Eileen E. Gillese a constaté un engagement en faveur de l'innovation dans le secteur des soins de longue durée :

... de nombreuses parties prenantes du système des SLD recherchent activement les innovations et les nouvelles technologies pour favoriser l'excellence dans la prestation des soins aux personnes hébergées. C'est important, car l'innovation et la technologie ont le potentiel

d'économiser du temps et des coûts, de réduire les erreurs humaines, d'améliorer les résultats pour les résidentes et résidents et d'assurer une surveillance.

Les informations que la Commission a recueillies auprès de diverses parties prenantes confirment la position de la juge Gillese, à savoir qu'il existe des pratiques émergentes et des innovations susceptibles de résoudre les problèmes qui minent les soins de longue durée. La pandémie a clairement fait ressortir que les responsables des foyers de SLD de cette province ne peuvent plus se permettre d'attendre pour apporter ces améliorations. Il est temps que le gouvernement tire parti de la créativité et de l'innovation qui se manifestent déjà dans le secteur pour faire en sorte que les personnes résidant dans des foyers de SLD puissent vivre en sécurité et dans la dignité.

Élargissement des options de soins à domicile

La forte concentration de décès, associée à l'isolement des personnes hébergées, a conduit certaines personnes à réclamer une nouvelle conception des foyers pour personnes âgées, tandis que d'autres ont plaidé pour la suppression de ces établissements et l'investissement dans des solutions de rechange au sein de la collectivité. Ces deux points de vue opposés représentent une fausse dichotomie dans les soins aux personnes âgées. Pour améliorer les soins de longue durée dans un contexte post-pandémique, il faudra investir davantage dans les services de soins communautaires tout en modifiant la nature et la dimension des foyers pour personnes âgées.

– David C. Grabowski, *The Future of Long-Term Care Requires Investment in Both Facility- and Home-Based Services*

De nombreuses personnes âgées de l'Ontario et leurs familles ont besoin d'un niveau de soins qui ne peut être fourni que dans un foyer de SLD. Cependant, la Commission a également constaté qu'un nombre important de personnes qui vivent actuellement dans des foyers de SLD ou qui occupent un lit d'hôpital avec le statut « niveau de soins alternatif » (NSA), en attendant d'être placées dans un foyer de SLD, pourraient être soignées à domicile avec les soutiens appropriés.

Au cours de son enquête, la Commission a découvert que les personnes âgées de l'Ontario vivant à leur domicile étaient plus en sécurité pendant la pandémie; beaucoup moins d'entre elles ont été exposées à la COVID-19 ou en sont mortes. Cependant, les soins à domicile constituent une option limitée pour les personnes qui n'ont pas les moyens de les payer à titre privé.

La prestation de soins à domicile est régie par la *Loi de 1994 sur les soins à domicile et les services communautaires*, ainsi que par les contrats que les réseaux locaux d'intégration des services de santé ont conclus avec des fournisseurs de services tels que Soins de santé Bayshore, Saint Elizabeth (SE) Health et les Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON) du Canada. (Au moment de la rédaction du présent rapport, le gouvernement transférait les responsabilités des réseaux locaux d'intégration des

services de santé à Santé Ontario. Cette transition est présentée plus en détail à l'annexe B.) Les personnes qui reçoivent des soins à domicile peuvent avoir des besoins de santé importants et complexes. Cependant, la capacité de fournir ces services est limitée en raison des dépenses restreintes du gouvernement en matière de soins à domicile. Il convient de noter que le Canada a l'un des niveaux de dépenses les plus bas en matière de soins à domicile parmi les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques. Le Canada dépense 6 dollars pour les foyers de SLD pour chaque dollar dépensé pour les soins à domicile. En revanche, les pays réputés pour la grande satisfaction de vie de leur population âgée dépensent davantage pour les soins à domicile que pour les soins en établissement.

Ce qui suit est une discussion des pratiques existantes en matière de soins à domicile en Ontario et des options pour les élargir. La Commission ne suggère pas que les soins à domicile sont une panacée pour tous les problèmes qui rongent le secteur des soins de longue durée. La majorité des personnes résidant dans des foyers de SLD ont besoin de ces établissements, et il est impératif que la province améliore les soins qui leur sont prodigués. Il y a toutefois une place pour des soins dotés de ressources et d'un soutien adéquats, dans l'éventail des mesures de soutien et des services, destinés aux personnes hébergées qui pourraient vivre chez elles, mais en sont incapables en raison des lacunes du système actuel de soins à domicile.

Plusieurs facteurs plaident en faveur d'un investissement plus important dans les soins à domicile.

Le vieillissement à domicile est souhaitable, envisageable et plus sûr pour de nombreuses personnes

La grande majorité de la population canadienne souhaite vieillir chez elle. Dans un rapport intitulé *Ageing Well*, le groupe de travail sur les politiques de santé applicables à la COVID-19 de la School of Policy Studies de l'Université Queen's s'est appuyé sur un sondage décrivant les principales raisons pour lesquelles les personnes âgées de l'Ontario souhaitent vieillir chez elles. Celles-ci comprennent la commodité de l'emplacement, l'attachement affectif et les sentiments de sécurité et d'indépendance.

En outre, selon une analyse récente de l'Institut canadien d'information sur la santé portant sur les données de 2018–2019, environ une personne hébergée sur neuf nouvellement admise dans un foyer de SLD aurait éventuellement pu être soignée à domicile. Ces personnes peuvent se retrouver en foyer de SLD simplement parce qu'elles n'ont pas les moyens de se faire soigner de manière adéquate à domicile.

La Commission a également appris que les personnes qui vivaient en collectivité étaient plus exposées au risque d'infection. Par conséquent, les individus qui vivaient à

domicile pendant la pandémie étaient plus en sécurité. Dans son mémoire à la Commission, le groupe Home Care 2020, composé de Soins de santé Bayshore, SE Health et VON Canada, a cité des données de Santé publique Ontario indiquant que le taux d'infection du personnel des soins à domicile était très faible (0,01–0,2 %) comparativement à celui du personnel des foyers de SLD (30 %).

Les services à domicile et en milieu communautaire sont flexibles et adaptables

Les auteurs du rapport *Ageing Well* ont noté que les personnes âgées ont besoin de quatre principaux types de soutien. Le modèle actuel de soins à domicile donne la priorité aux soins visant à remédier aux limitations physiques et mentales, tandis que les trois autres types de soutien – relatifs au logement, au mode de vie et aux besoins sociaux – ne sont pas pris en compte de manière adéquate.

Au cours de son enquête, la Commission a pris connaissance de plusieurs modèles existants et proposés pour la prise en charge des personnes âgées à leur domicile et dans leur communauté, qui assurent les quatre types de soutien primaire.

Par exemple, la Commission a été informée de l'existence de collectivités de retraités se formant naturellement (NORC). Une NORC est un complexe résidentiel qui n'est pas spécifiquement prévu pour les personnes âgées mais qui, au fil du temps, devient habité principalement par des personnes âgées. Les NORC situées dans des quartiers favorables et ayant accès à des services intégrés ont réussi à permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles plus longtemps. L'une des NORC présentées dans le rapport *Ageing Well* est la communauté Oasis à Kingston. Un groupe de personnes âgées vivant dans un immeuble de la ville a créé Oasis après avoir réussi à faire pression sur le gouvernement régional pour obtenir des fonds annuels destinés à un certain nombre de services de soutien pour les résidentes et résidents de l'immeuble. Elle est décrite dans le rapport comme suit :

Oasis accueille une soixantaine de personnes âgées qui vivent de façon autonome et bénéficient de certains services de soutien, tels que des repas collectifs et servis par un traiteur trois fois par semaine, des programmes d'exercices, des événements sociaux, des employés de soutien sur place, des films et des cours d'art, le partage de compétences et des projets visant à soutenir la communauté dans son ensemble. Une personne chargée de la coordination sur place soutient les programmes d'Oasis et aide les membres à trouver des aides communautaires pour répondre à l'évolution de leurs besoins et de leurs capacités. Selon un rapport d'étude de cas du Réseau universitaire de santé, les personnes hébergées ont témoigné que « le programme a joué un rôle déterminant dans la gestion de leurs propres maladies chroniques et a apporté un précieux soutien aux aidants qui s'occupent d'un proche atteint de démence ». En fait, les 12 premières personnes résidant à Oasis et admissibles à un foyer de SLD ont refusé de rejoindre ces foyers et sont restées à Oasis en raison des avantages que le programme apporte à leur santé et à leur vie.

La Commission a également rencontré Mathieu Fleury, conseiller municipal d'Ottawa, qui a présenté deux modèles de soutien destinés à des groupes d'Ontariennes et Ontariens âgés vivant en milieu communautaire. La Société de logement communautaire d'Ottawa propose un programme provincial appelé « Vieillir chez soi » dans plusieurs de ses immeubles d'habitation pour personnes âgées. Le programme coordonne un certain nombre de mesures de soutien, notamment les services d'entretien ménager, le transport, les visites du personnel infirmier, les soins personnels et l'intervention en cas de crise.

M. Fleury a également fait référence au Carlington Health Hub, un projet qui a reçu des fonds de la Ville d'Ottawa pour construire des logements abordables avec des services intégrés de santé et de soutien social pour les personnes âgées. D'après les architectes qui l'ont conçu, le Carlington Health Hub offrira :

Les logements locatifs abordables pour les personnes âgées comprennent 42 appartements locatifs indépendants sur les trois étages supérieurs du nouveau bâtiment. Les commodités offertes dans l'immeuble sont une buanderie commune, des salons, de larges cages d'escalier éclairées pour encourager l'utilisation des escaliers, un patio sur le toit avec des parcelles de jardin communautaire, une salle communautaire pour les grands rassemblements et des sentiers pédestres autour de la propriété avec un grand nombre d'arbres et de bancs. Cette phase du projet est maintenant terminée.

La phase suivante du projet comprend la relocalisation du centre de santé communautaire Carlington au rez-de-chaussée de l'annexe, avec une connexion de l'intérieur à l'installation existante. Elle prévoit également la rénovation du bâtiment existant pour d'autres programmes de soins de santé communautaire.

La Commission a également reçu un mémoire de l'OpenLab du Réseau universitaire de santé. Ce laboratoire réunit des cliniciennes et cliniciens, des malades, un personnel de recherche, des conceptrices et concepteurs et des responsables de l'élaboration des politiques afin de trouver des solutions aux problèmes de santé et aux problèmes sociaux. Dans son mémoire, intitulé *Vertical Aging : The Future of Aging in Place in Urban Canada*, OpenLab a développé deux ou trois innovations potentielles qui peuvent « libérer le potentiel des NORC ». Ces innovations comprennent :

- **Digital Neighbour Network** : une plateforme de partage entre pairs qui élargit le soutien informel aux personnes âgées.
- **Connected Care Hub** : un modèle hybride de soutien sur place et virtuel pour assurer des services sur place, complétés par une technologie virtuelle et des services de télésanté.
- **Espaces sociaux** : réaménagement de bâtiments de grande hauteur pour favoriser l'engagement social.

Le gouvernement ne manque pas de sources de créativité et d'innovation sur lesquelles il peut s'appuyer pour relever les défis du secteur des soins de longue durée de la province. La province, qui entreprend de remédier à la situation de ses foyers de SLD, devrait également explorer les programmes et les services offerts par d'autres territoires de compétence au Canada et à l'étranger.

Par exemple, la Commission s'est penchée, à maintes reprises, sur le Danemark qui fait figure de leader en matière de soins aux personnes âgées. Depuis les années 1970, le Danemark s'efforce de donner la priorité à l'indépendance des personnes âgées et n'a pas recours à l'institutionnalisation de la vieillesse. Le Danemark offre des programmes de « réadaptation », qui ont été décrits comme « l'enseignement des compétences nécessaires pour rester à la maison ou la correction des facteurs qui peuvent atténuer la progression de leur fragilité ou de leur vieillissement ». Les services de réadaptation s'étendent de la physiothérapie à la suite d'une intervention chirurgicale à l'apprentissage de la préparation de repas plus nutritifs. Les municipalités danoises effectuent également des visites annuelles gratuites à domicile pour les personnes de plus de 75 ans afin d'évaluer leur fragilité ou leur risque de fragilité et de déterminer qui pourrait bénéficier d'un programme de réadaptation. Le pays a connu une diminution du recours aux maisons de soins infirmiers au cours des 30 dernières années.

Le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées – un réseau de recherche qui collabore avec des partenaires du secteur industriel, du secteur des soins de santé, des universités, des organisations non gouvernementales et du secteur privé afin d'améliorer les soins aux personnes âgées fragilisées – a dirigé un contingent qui a observé directement l'approche adoptée par le Danemark pour prendre soin de cette population vulnérable. Dans un article décrivant les observations du contingent, les auteurs ont conclu :

Les populations vieillissantes sont un phénomène mondial, et de nombreuses personnes, systèmes de soins et nations s'efforcent de relever les défis posés par le vieillissement. Il est donc judicieux pour le Canada d'apprendre des autres. La visite au Danemark était une tentative visant à orienter les changements en matière de soins au Canada. De même, il existe au Canada de nombreuses innovations sur la scène locale dont nous pouvons tirer des enseignements et qui peuvent être transposées à l'échelle provinciale ou nationale. Plus important encore, pour que les connaissances permettent d'améliorer la vie des personnes âgées fragilisées, *elles doivent être appliquées.* [italiques ajoutés]

Les soins à domicile sont rentables

La Commission a pu noter que les soins à domicile sont beaucoup moins coûteux que les soins de longue durée. Le rapport *Ageing Well* cite des études qui ont évalué le coût des soins en institution en 2014 à 60 200 dollars, alors que celui des soins à domicile formels s'élevait de 18 000 dollars.

Les services de soins nécessaires pour assurer un meilleur soutien à domicile nécessiteront sans doute des investissements supplémentaires, mais il se peut que ce système reste plus rentable que le placement dans un foyer de SLD de personnes qui pourraient être soignées à domicile.

Une membre du groupe responsable du rapport *Ageing Well* a comparé la communauté Oasis décrite ci-dessus avec un immeuble à appartements de situation similaire, mais ne bénéficiant pas des services offerts par Oasis. Elle a constaté que les personnes vivant dans l'immeuble recevant les services d'Oasis nécessitaient 50 % de services de soins à domicile en moins et que le délai médian d'admission dans un foyer de SLD était d'un an.

Améliorer les soins à domicile et en milieu communautaire

Les personnes âgées disposant de ressources financières peuvent généralement réunir les services de logement et de soutien nécessaires pour leur permettre de vieillir chez elles. Celles qui ont des moyens modestes, en revanche, n'ont pas un accès adéquat à ces services. Une autre complication vient du fait que le financement limité a entraîné un rationnement des services et de longues listes d'attente pour les recevoir. Cette situation déplorable peut conduire les personnes ayant des moyens limités à figurer sur la liste d'attente pour l'admission dans les foyers de SLD. De plus, le modèle actuel de soins à domicile ne répond pas à l'ampleur et à la diversité des besoins des personnes âgées de l'Ontario, ce qui favorise encore plus le recours aux foyers de SLD.

La Commission a été informée de la demande des fournisseurs de soins à domicile en faveur d'une modification du mode de rémunération de ces services. Home Care 2020 a plaidé en faveur d'un modèle de financement relationnel qui passe « du financement à la visite au financement d'un ensemble de services qui englobent une gamme de services de soins infirmiers et de soutien personnel, fournis sur une certaine période ». Un exemple de ce type de modèle a été proposé par SE Health, qui travaille actuellement en partenariat avec d'autres responsables des soins à domicile, des cliniciennes et cliniciens, du personnel de lieux d'intervention, des patientes et des patients et des familles pour concevoir des formules de « soins de vie » destinées à donner accès à plus de 65 types de services différents ancrés dans les soins à domicile.

Les défis liés aux soins à domicile en Ontario ne relèvent pas seulement du financement. Dans un rapport intitulé *Ageism is Killing Older Adults*, Seniors for Social Action Ontario décrit ainsi le manque de soins à domicile et en milieu communautaire :

Par le passé, le gouvernement n'a pas répondu aux demandes des personnes âgées qui souhaitaient pouvoir rester chez elles en cas de problèmes de santé ou de handicap. Le système de soins à domicile de la province continue d'être une véritable pagaille sous-financée,

caractérisée par des soins mal coordonnés et peu fiables, et un nombre dérisoire d'heures de soins à domicile disponibles pour ceux qui en ont besoin. Il n'y a jamais eu de solution de rechange au placement dans une institution.

La Commission estime qu'un solide programme de soins à domicile peut jouer un rôle dans le soutien des personnes âgées et leur sécurité dans la communauté. Comme nous l'avons vu plus haut, les soins à domicile présentent un certain nombre d'avantages ainsi que de bonnes raisons économiques justifiant un investissement. Le fait de recevoir des soins à domicile est aussi un souhait exprimé par de nombreuses personnes. Toutefois, il est important de noter que l'amélioration de l'accès aux soins à domicile ne remplace pas le travail nécessaire pour améliorer les foyers de SLD. Même si une personne sur neuf résidant dans des foyers de SLD pourrait rester chez elle si elle bénéficiait des soutiens appropriés, les huit autres ont besoin du niveau de soins fourni dans un foyer de SLD. Comme indiqué plus haut, les soins de longue durée et les soins à domicile ne s'excluent pas mutuellement; il convient plutôt de disposer d'un éventail d'options permettant de fournir les bons services au bon moment, et de renforcer la capacité de tous les acteurs du système à travailler ensemble pour assurer des transitions sans faille.

Conclusion

La conclusion du rapport sur le Danemark dont il est question ci-dessus fait écho à ce que la Commission a recueilli auprès des nombreuses personnes qui ont fait des présentations ou préparé des mémoires : il est temps de cesser de réfléchir aux problèmes des soins de longue durée et de commencer à mettre en œuvre un changement global. Comme le souligne André Picard dans son livre :

Depuis l'avènement du régime d'assurance maladie, il y a eu au moins 150 enquêtes, audiences parlementaires, groupes de travail et rapports sur le piteux état des soins de longue durée, des soins à domicile et des soins aux aînés, sans parler des articles de médias, des travaux universitaires et des cris du cœur des familles. Et pourtant, très peu de recommandations ont été mises en œuvre. Le résultat est une situation de négligence qui est le fruit d'une indifférence institutionnelle... pour laquelle les aînés ont payé un lourd tribut, avant et pendant la pandémie... Le message le plus évident à retenir du carnage semé par la pandémie est de cesser de nous tourner les pouces et de commencer dès maintenant à mettre en œuvre des réformes sérieuses.

Les informations contenues dans ce chapitre indiquent que les parties prenantes du système de soins de longue durée disposent du leadership, de la créativité et de la capacité d'innover. Il est grand temps que le gouvernement et les autres leaders du système s'appuient sur ces piliers. Le moment est venu de relever les défis que pose la prestation de soins aux personnes âgées en Ontario, et de s'engager à assurer leur sécurité et à améliorer leur qualité de vie.

Chapitre 5 : Recommandations

Le meilleur moment pour changer de cap en vue de mieux s'occuper du bien-être des personnes âgées, c'était il y a de nombreuses années. Le deuxième meilleur moment, c'est maintenant.

–Rapport *Ageing Well*

La Commission a été créée par la province afin de répondre au « besoin du gouvernement de mettre en place un processus accéléré pour examiner la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario ».

En réponse à la grave crise que traverse le secteur des soins de longue durée (SLD), la Commission a publié deux séries de recommandations provisoires au cours de son enquête. La première série, publiée le 23 octobre 2020, portait sur le besoin urgent de personnel supplémentaire dans les foyers de SLD, l'augmentation des soins directs dispensés aux personnes hébergées et le renforcement du soutien et de la collaboration du secteur de la santé en faveur de ces établissements. La deuxième série, publiée le 4 décembre 2020, portait quant à elle sur trois autres facteurs permettant de réduire les risques et d'améliorer la qualité des soins prodigués aux personnes âgées : un leadership et une responsabilisation efficaces, l'expansion et l'amélioration des indicateurs de rendement, ainsi que la réintroduction d'inspections annuelles complètes et l'amélioration de l'application de la loi. Les recommandations provisoires sont incluses à l'annexe A du présent rapport.

Les recommandations finales de la Commission reposent sur les éléments définis dans ses recommandations provisoires et viennent les compléter afin de combler les importantes lacunes du système de soins de longue durée. Comme nous l'avons vu dans les trois premiers chapitres du présent rapport, ces lacunes sont un fléau qui touche le secteur depuis des années. Lorsque la COVID-19 a frappé l'Ontario, elles ont exacerbé les terribles répercussions que la pandémie a eues sur la population vulnérable que constituent les personnes résidant dans des foyers de SLD et sur les personnes qui les prennent en charge.

L'avenir du secteur doit être ancré dans le respect, la dignité, la compassion et la bienveillance envers les personnes résidant et travaillant dans les foyers de SLD.

Certaines des recommandations des commissaires ont été incluses dans les chapitres précédents du présent rapport, mais toutes les recommandations finales sont présentées dans leur intégralité dans ce chapitre. Ces recommandations peuvent exiger un financement supplémentaire ainsi que des modifications législatives ou

réglementaires et elles nécessiteront certainement la prise en compte d'autres mesures de soutien de la part des acteurs gouvernementaux et des foyers de SLD. La Commission compte sur les mesures d'appui nécessaires pour mettre en œuvre ou promouvoir ces recommandations, le cas échéant.

Préparation à une pandémie

Afin de s'assurer que les personnes résidant dans les foyers de SLD ne sont pas exposées à des risques inutiles liés à la propagation de maladies infectieuses, les recommandations qui suivent visent à remédier aux lacunes de la province et des foyers de SLD en matière de préparation à une pandémie. La préparation à une pandémie constitue un aspect crucial si l'on veut éviter qu'une telle tragédie ne se reproduise.

Principe de précaution

En 1997, le rapport de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada a décrit le principe de précaution comme suit :

Si on a des preuves raisonnables d'une menace imminente à la santé publique, il ne faut pas attendre d'avoir des preuves strictes de l'existence d'un rapport de cause à effet avant de prendre les mesures nécessaires pour contrer ce danger.

En 2006, le rapport final de la Commission indépendante chargée d'enquêter sur l'introduction et la propagation du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a résumé ce principe en stipulant que « l'absence de certitude scientifique ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives visant à réduire les risques ».

1. Tous les plans d'intervention en cas de pandémie de la province de l'Ontario qui ont une incidence sur la réponse du secteur des soins de longue durée à une pandémie doivent être orientés par une appréciation et une application appropriées du principe de précaution.
2. La Commission réitère la recommandation du rapport de la Commission chargée de l'enquête sur le SRAS selon laquelle le principe de précaution devrait « être expressément adopté comme principe directeur dans l'ensemble des systèmes de santé, de sécurité publique et de sécurité des travailleurs de l'Ontario ». La crise de COVID-19 dans les foyers de SLD a prouvé que le principe de précaution doit également être expressément adopté comme principe directeur dans le système de soins de longue durée de l'Ontario. Cela devrait se faire par l'entremise d'un énoncé de politique, d'une mention explicite dans l'ensemble des normes opérationnelles, directives, lignes directrices et protocoles pertinents, et d'une intégration (par la voie du préambule ou

autrement) dans les lois pertinentes sur les foyers de SLD et la santé publique, notamment la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD)* et la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Plus précisément, le *Règlement de l'Ontario 79/10* devrait être modifié de manière à exiger que le principe de précaution régisse le programme de prévention et de contrôle des infections (PCI), le système de gestion des éclosions et le plan écrit d'intervention en cas d'éclosion de maladies infectieuses de chaque foyer de SLD.

3. La réponse à une pandémie doit être conforme aux preuves scientifiques disponibles et aux conseils des experts en santé publique, y compris ceux du médecin hygiéniste en chef et de Santé publique Ontario. Lorsque les foyers de SLD, les responsables de la santé publique, les fournisseurs de soins de santé, les représentants du gouvernement ou toute personne participant à la direction de l'intervention de l'une ou l'autre de ces parties s'écartent des preuves ou des conseils d'experts en santé publique pour répondre à une menace à la santé publique, une explication claire et publique de cette dérogation doit être fournie.
4. Le gouvernement devrait modifier la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* afin de préciser que le médecin hygiéniste en chef a le pouvoir d'émettre tout commentaire, même public, sans autorisation préalable.

Plans d'intervention en cas de pandémie

L'Ontario n'était pas préparé à protéger le personnel et les personnes résidant dans les établissements de SLD en cas de pandémie, malgré les avertissements sans équivoque des experts, des fonctionnaires et de la vérificatrice générale dans les années qui ont précédé la pandémie de COVID-19. Les plans existants étaient dépassés et n'avaient pas été testés, ce qui a rendu les foyers plus vulnérables aux épidémies qu'ils ne devraient être.

La planification en cas de pandémie est plus efficace lorsqu'elle est achevée et testée avant qu'une urgence de santé publique ne survienne. Les recommandations suivantes sont destinées à préparer le secteur des soins de longue durée de la province à la prochaine urgence de santé publique.

Foyers de soins de longue durée

Le secteur des soins de longue durée doit tirer les leçons de cette pandémie afin de préparer une réponse efficace aux futures menaces à la santé publique. Les recommandations qui suivent introduisent des exigences précises en ce qui concerne les plans d'intervention en cas de pandémie pour les foyers de SLD.

5. La province doit modifier le *Règlement de l'Ontario 79/10* afin de définir des exigences précises pour les plans écrits obligatoires des foyers de SLD en cas d'éclosion de maladies infectieuses. Ces exigences doivent stipuler que le plan doit :
- a. énoncer le principe de précaution (« l'absence de certitude scientifique ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives visant à réduire les risques ») et exiger explicitement que ce principe guide l'exécution du plan;
 - b. identifier clairement la personne responsable de la coordination de la réponse du foyer en cas d'éclosion;
 - c. exiger une communication régulière, proactive et en temps opportun avec les personnes résidant dans les foyers de SLD, leur famille et leurs proches, les mandataires spéciaux, les proches aidants essentiels et toute personne désignée par la personne hébergée ou le mandataire spécial :
 - i. au début de toute éclosion de maladie infectieuse;
 - ii. pendant une éclosion, y compris des mises à jour proactives concernant l'état du foyer en général et l'état de santé des personnes hébergées;
 - iii. chaque fois qu'une nouvelle équipe de direction est mise en place;
 - iv. en réponse aux demandes d'information.
 - d. prévoir des dispositions pour que les proches aidants essentiels puissent accéder en personne aux personnes hébergées en toute sécurité;
 - e. prévoir l'organisation de visites régulières à distance entre les personnes hébergées, leur famille et leurs proches pendant une éclosion;
 - f. inclure une stratégie pour prévoir les pénuries de personnel et y répondre afin de s'assurer que le foyer ne se retrouve pas face à une crise de personnel. Cette stratégie doit faire appel aux ressources dont dispose le foyer par l'intermédiaire des partenaires de soins de santé ou des équipes Santé Ontario et réduire le plus possible le

recours au personnel issu d'agences. Elle doit tenir compte non seulement du remplacement des membres du personnel malades ou absents, mais aussi des besoins accrus en soins des personnes hébergées pendant une éclosion. À l'interne, la redondance doit être intégrée aux tâches des membres clés du personnel de sorte que si un membre clé du personnel s'absente du foyer pendant une éclosion pour cause de maladie, d'auto-isollement ou d'autres facteurs, sa fonction essentielle n'est pas perdue;

- g. inclure un système qui garantit que le foyer maintient une réserve d'équipement de protection individuelle (ÉPI) et d'autres articles nécessaires en cas de pandémie (voir ci-dessous) en quantité suffisante pour intervenir au cours d'une éclosion de maladie infectieuse;
- h. inclure un plan pour regrouper les résidentes et résidents afin d'éviter la transmission de maladies infectieuses (« regroupement en cohorte ») avec un personnel approprié dédié à chaque cohorte, et inclure également un plan pour déplacer certaines personnes âgées vers un ou plusieurs autres sites (relocalisation) si les mesures de regroupement en cohorte sont jugées peu susceptibles de contenir une éclosion. Des accords devraient être conclus au préalable avec les partenaires de soins de santé du foyer pour faciliter les plans de regroupement et de relocalisation, et ces accords doivent être revus et testés chaque année et mis à jour si nécessaire;
- i. exiger du foyer de SLD qu'il :
 - i. évalue en permanence et fournisse des informations complètes et en temps opportun au bureau de santé publique concernant la nécessité de procéder au regroupement en cohorte ou à la relocalisation (lorsqu'il est peu probable que les mesures de regroupement en cohorte permettent d'endiguer une éclosion).
 - ii. consulte le bureau de santé publique et coordonne avec lui les mesures appropriées de regroupement en cohorte et de relocalisation à mettre en œuvre.
- j. dans le cas où les personnes hébergées sont confinées dans leur chambre afin de minimiser la propagation des maladies infectieuses, exiger de la directrice médicale ou du directeur médical qu'elle ou il évalue en permanence l'impact d'un tel confinement sur la qualité des

soins et la qualité de vie de ces personnes et qu'elle ou il collabore avec les partenaires de santé concernés afin de procéder aux ajustements appropriés, si nécessaire;

- k. exiger des exercices et des tests annuels du plan d'intervention du foyer en cas d'éclosion de maladies infectieuses. Les partenaires de santé du foyer de SLD, notamment le bureau de santé publique et l'équipe Santé Ontario, devraient participer aux exercices et aux tests annuels. Les résultats de ces derniers devraient être communiqués au ministère des Soins de longue durée et au bureau de santé publique dans le cadre du régime de la conformité et d'inspection dont il est question plus bas.
6. Les titulaires de permis de foyers de SLD devraient être tenus de publier le plan d'intervention du foyer en cas d'éclosion de maladies infectieuses et tout autre plan connexe sur le site Web du foyer, et de rendre cette information accessible au public dans d'autres formats, sur demande. Les titulaires de permis devraient également mettre en ligne et rendre accessibles dans d'autres formats les coordonnées de l'administrateur ou de l'administratrice du foyer et, dans le cas des foyers détenus par des entreprises, d'une personne-ressource de l'entreprise.

Gouvernement provincial

Les foyers de SLD ne peuvent pas se préparer de manière efficace aux éclosions de maladies infectieuses si les plans provinciaux d'intervention en cas de pandémie ne sont pas en place. Les recommandations qui suivent portent sur la planification provinciale nécessaire pour protéger les personnes hébergées et le personnel de première ligne.

7. La province doit définir clairement les rôles respectifs du ministère de la Santé et du ministère des Soins de longue durée dans la gestion des situations d'urgence sanitaire, en particulier en ce qui concerne la planification en cas d'urgence relative aux soins de longue durée, et mettre à jour le décret 1157/2009 en conséquence. La province doit également veiller à ce que la sécurité des personnes résidant dans des établissements de SLD soit prise en compte dans tout plan provincial d'intervention d'urgence.
8. Le gouvernement doit veiller à ce que des plans exhaustifs d'intervention en cas de pandémie prévoyant divers scénarios soient élaborés, mis à jour, testés, pratiqués et communiqués à tous les échelons (provincial, régional, municipal et dans chaque foyer de SLD). Ces plans doivent inclure des rôles et des

responsabilités bien définis et délimités et identifier une chaîne de commandement claire et directe. En particulier, le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée doivent mettre au point un plan tous risques exhaustif pour le secteur des soins de santé, qui comprend des dispositions pour celui des soins de longue durée. Ce plan doit être mis à la disposition du public. Le médecin hygiéniste en chef devrait assumer la responsabilité de ce plan et en rendre compte chaque année à l'Assemblée législative.

9. La préparation et la réponse à une pandémie dans le secteur des soins de longue durée de la province devraient être explicitement prévues dans les plans provinciaux, régionaux et locaux d'intervention en cas de pandémie. Les titulaires de permis de foyers de SLD, la direction, le personnel de première ligne, les résidentes et résidents et leurs proches devraient être consultés au sujet des dispositions du plan d'intervention en cas de pandémie relatives aux soins de longue durée. La province doit s'assurer que les dispositions du plan d'intervention en cas de pandémie concernant les soins de longue durée :
 - a. incluent une stratégie pour faire face aux pénuries graves de personnel dans les foyers de SLD, notamment en déterminant les endroits où une capacité de mobilisation ou d'autres ressources peuvent être nécessaires et en déployant le personnel essentiel dans les foyers de SLD en cas de pénurie de personnel;
 - b. veillent à offrir du soutien aux membres du personnel pour qu'ils ne se présentent pas au travail – pour des raisons financières – lorsqu'ils sont malades;
 - c. exigent des inspections sur place des foyers de SLD, en temps opportun, afin de s'assurer que ces derniers mettent correctement en œuvre des mesures appropriées et proactives en matière de PCI. Ce plan devrait donner la priorité aux foyers à haut risque d'éclosion sur la base des informations disponibles. Il devrait inclure un dispositif permettant de soutenir et de compléter l'expertise en matière de PCI dont dispose le foyer par l'intermédiaire de la praticienne ou du praticien en PCI dont il est question plus en détail à la recommandation no. 24;
 - d. veillent à ce que toute augmentation des hospitalisations liées à la pandémie ne se traduise pas par :

- i. le transfert des patients vers des foyers de SLD qui sont déjà surchargés et qui manquent de ressources et de personnel;
 - ii. le fait de ne pas transférer les personnes résidant dans des foyers de SLD à l'hôpital pour qu'elles y reçoivent des soins qui sont nécessaires.
 - e. incluent des dispositions pour déplacer les personnes résidant dans des foyers de SLD vers d'autres établissements afin d'éviter la propagation de maladies infectieuses si le médecin hygiéniste local ou le médecin hygiéniste en chef en décide ainsi;
 - f. assurent la coordination et la hiérarchisation de l'ensemble des informations, directives et documents d'orientation envoyés au secteur des soins de longue durée par toutes les sources gouvernementales en cas d'urgence. Un dépôt central convivial regroupant tous ces documents devrait être constitué de manière à ce que l'on sache précisément quels sont les informations, les directives et les documents d'orientation les plus récents, afin que les foyers puissent facilement repérer les informations les plus récentes et savoir ce qui leur est demandé. Lorsque des directives ou des documents d'orientation révisés sont publiés, ils doivent inclure une version annotée laissant voir les modifications apportées.
10. Les plans gouvernementaux d'intervention en cas de pandémie doivent inclure des stratégies visant à garantir une capacité de mobilisation suffisante de la part des laboratoires pour faire face à divers défis, tant au point de vue de la capacité de dépistage que de la période de sollicitation accrue des laboratoires. La stratégie de capacité de mobilisation des laboratoires doit donner la priorité aux soins de longue durée pour l'accès à un dépistage efficace et à la communication rapide et efficace des résultats du dépistage. Il s'agit notamment de veiller à ce que les foyers de SLD aient la capacité technologique de recevoir les résultats des tests médicaux par voie électronique.
11. Les plans d'intervention en cas de pandémie doivent inclure tous les actifs des laboratoires provinciaux, qu'ils soient publics ou privés, et tous ces actifs doivent être informés des conditions des plans qui s'appliquent à leur cas. Les plans d'intervention en cas de pandémie doivent faire en sorte que le système de laboratoires de l'Ontario soit connecté et coordonné, et que les laboratoires et les foyers de SLD soient interconnectés.

12. La priorité attribuée à l'accès aux vaccinations pour les résidentes et résidents, le personnel et les proches aidants essentiels doit reconnaître et tenir compte de la vulnérabilité des personnes résidant dans des foyers de SLD en cas de pandémie.
13. Si des tests rapides, fiables et cliniquement acceptés pour le dépistage d'un virus ou d'un autre agent pathogène à l'origine d'éclotions de maladies infectieuses sont disponibles, le gouvernement devrait veiller à ce que chaque foyer de SLD de la province reçoive en priorité les outils, l'équipement et le soutien nécessaires pour faciliter le dépistage rapide des personnes hébergées, du personnel, de la direction et des visiteurs.
14. Les plans d'intervention en cas de pandémie de la province doivent comprendre une stratégie visant à garantir que le personnel des salons funéraires et le personnel du Bureau du coroner peuvent s'acquitter en toute sécurité de leurs tâches habituelles pour la disposition respectueuse des personnes décédées dans les foyers de SLD pendant une écloison de maladie infectieuse en utilisant les mesures de précaution appropriées, notamment les pratiques de prévention et de contrôle des infections. Il ne doit pas incomber au personnel infirmier, aux préposées aux services de soutien personnel (PSSP) ou aux autres membres du personnel employés par les foyers de SLD d'accomplir les tâches normalement exécutées par les fournisseurs de services funéraires ou le coroner pour les personnes décédées (y compris leur transfert dans les sacs mortuaires).
15. Pour s'assurer que les plans provinciaux d'intervention en cas de pandémie sont prêts à être activés à court préavis, ils doivent être examinés, évalués et mis en pratique chaque année. La province devrait établir une stratégie de mise à l'essai qui comprend un examen des plans d'intervention en cas de pandémie et des simulations complètes qui font appel à toutes les parties prenantes clés participant à la mise en œuvre du plan. Les résultats des simulations devraient être diffusés aux principales parties prenantes participantes afin qu'elles les examinent pour améliorer les plans d'intervention en cas de pandémie. Les plans doivent également être mis à jour rapidement.
16. Dans le cadre de sa planification en cas de pandémie, la province devrait s'assurer qu'il existe un processus central d'approvisionnement en équipement de protection individuelle et en autres fournitures nécessaires qui clarifie les lois, les politiques et les pratiques exemplaires en matière d'achat et de chaîne d'approvisionnement. Dans la mesure du possible, ce processus devrait mettre l'accent sur le maintien dans la province de l'Ontario d'une capacité de

fabrication d'ÉPI. Le processus d'approvisionnement devrait inclure des accords préexistants pour garantir que les ressources nécessaires sont disponibles à des prix et des quantités préétablis.

Réserves provinciales en cas de pandémie

Dans le cadre de sa planification de la capacité de mobilisation en cas d'urgence, la province doit maintenir des réserves provinciales en prévision d'une pandémie, comprenant des équipements de protection individuelle et d'autres fournitures nécessaires.

Étant donné l'importance des réserves pour l'intervention de la province en cas de pandémie dans le secteur des soins de longue durée et celui des soins de santé en général, la personne responsable des plans d'intervention en cas de pandémie de la province doit aussi être, à l'avenir, manifestement responsable des réserves.

17. Le médecin hygiéniste en chef doit être responsable des réserves de la province en cas de pandémie.
18. Cette responsabilité doit inclure la garantie que les réserves provinciales contiennent un approvisionnement suffisant pour permettre au gouvernement de répondre de manière appropriée aux besoins susceptibles de survenir dans les foyers de SLD en cas de pandémie.
19. Le gouvernement devrait fournir le financement nécessaire pour :
 - a. s'assurer que les réserves provinciales en prévision d'une pandémie sont suffisantes pour soutenir une réponse provinciale aux besoins actuels et prévisibles et aux menaces à la santé publique, notamment les maladies infectieuses connues et nouvelles. Les réserves devraient contenir des fournitures adéquates pour soutenir les foyers de SLD, au besoin, en cas d'éclosion d'une maladie infectieuse, notamment d'une pandémie. Les foyers de SLD devraient avoir un accès prioritaire aux fournitures provenant des réserves provinciales;
 - b. gérer activement les réserves provinciales en prévision d'une pandémie afin d'éviter l'expiration des stocks de fournitures avant qu'ils ne puissent être utilisés.
20. Le médecin hygiéniste en chef est tenu de rendre compte chaque année à l'Assemblée législative de toutes les questions relatives aux réserves, dans le cadre du rapport annuel prévu par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

21. La province devrait apporter toutes modifications législatives nécessaires pour désigner le médecin hygiéniste en chef comme responsable de la gestion des réserves, conformément aux recommandations énoncées ci-dessus.

Traiter les répercussions de la COVID-19 pour les personnes hébergées et le personnel

Comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises tout au long de ce rapport, la pandémie de COVID-19 a eu des répercussions importantes et durables sur le bien-être émotionnel et psychologique du personnel des établissements de SLD et des personnes qui y résident.

22. Les titulaires de permis des foyers de SLD devraient mettre des services de counseling à la disposition des personnes qui résident et travaillent dans ces foyers pendant la pandémie. Ils devraient assumer le coût de ces services de counseling et ne devraient en aucun cas le répercuter sur les personnes hébergées ou le personnel.

Prévention et contrôle des infections

La prévention et le contrôle des infections jouent un rôle essentiel dans la lutte contre les maladies infectieuses. L'absence de normalisation et de hiérarchisation des meilleures pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections dans les foyers de SLD a empêché bon nombre de ces derniers de se préparer de manière efficace à lutter contre la COVID-19, ce qui a eu des conséquences catastrophiques. Comme il en a été question à plusieurs reprises dans ce rapport, les pratiques efficaces en matière de PCI exigent une attention et des ressources ciblées en tout temps.

23. Tous les foyers de SLD de la province doivent être tenus de respecter les mêmes normes en matière de PCI. Ces normes, qui devraient comprendre des exigences relatives à la constitution de réserves en prévision d'une pandémie, devraient être établies, publiées et régulièrement révisées et mises à jour par Santé publique Ontario.
24. Afin de s'assurer que les foyers de SLD ont un accès significatif à l'expertise en matière de PCI, le *Règlement de l'Ontario 79/10* devrait être modifié de la façon suivante :

- a. exiger du titulaire de permis qu'il nomme une infirmière autorisée à temps plein pour 120 lits à titre de praticienne de la PCI du foyer. Cette personne, qui remplace le coordonnateur de la PCI parmi le

personnel actuellement requis, devrait faire rapport directement à la directrice ou au directeur des soins infirmiers et des soins personnels;

- b. établir des exigences minimales précises pour ce qui est de la formation et de la certification en matière de PCI que la praticienne en PCI doit tenir à jour. Les praticiennes en PCI des foyers de SLD doivent être formées et soutenues par des spécialistes en PCI de l'hôpital local ou du bureau de santé publique, selon le cas;
- c. exiger que la praticienne ou le praticien en PCI assume les fonctions précédemment attribuées à la coordonnatrice ou au coordonnateur de la PCI parmi le personnel et que cette personne supervise, mette en œuvre et maintienne le programme de PCI du foyer et la formation requise du personnel en la matière, en consultation avec la ou le spécialiste local de la PCI.

25. Le ministère des Soins de longue durée et le ministère de la Santé devraient modifier le *Protocole de gestion des éclosions dans les établissements et les milieux institutionnels, 2018* afin de prévoir expressément la participation des hôpitaux locaux pour soutenir les foyers de SLD dans leurs pratiques de PCI, incluant une entente de gestion connexe si nécessaire, ainsi que toute autre modification législative nécessaire pour faciliter le programme de PCI.

26. Le *Règlement de l'Ontario 79/10* devrait être modifié pour exiger que le titulaire de permis :

- a. veille à ce que les membres de l'équipe interdisciplinaire de PCI du foyer, déjà requis par le règlement, reflètent l'effectif du foyer, y compris les représentants du personnel infirmier, des préposées aux services de soutien à la personne, de l'entretien ménager, de la restauration et du personnel administratif. La praticienne ou le praticien en PCI du foyer doit être à la tête de l'équipe interdisciplinaire de PCI;
- b. s'assure que le programme de prévention et de contrôle des infections du foyer est conforme aux normes, aux pratiques exemplaires et aux principes clés établis par Santé publique Ontario;
- c. s'assure que son ou ses foyers de SLD maintiennent une réserve d'équipement de protection individuelle et d'autres fournitures nécessaires sous la supervision de la praticienne en PCI du foyer; la réserve doit être facilement accessible et réapprovisionnée

régulièrement pour garantir que les fournitures sont utilisées avant leur date d'expiration;

- d. exige que la praticienne ou le praticien en PCI veille à ce que l'équipement de protection individuelle soit également mis à la disposition de tout le personnel et des visiteurs, au besoin;
- e. veille à ce que le personnel reçoive une formation sur la PCI, dispensée par le personnel praticien en PCI du foyer, aux intervalles minimums suivants :
 - i. au début de leur emploi dans le foyer de SLD;
 - ii. annuellement;
 - iii. chaque fois qu'un changement est apporté aux politiques ou aux pratiques en matière de PCI;
 - iv. au début et tout au long d'une éclosion de maladie infectieuse dans le foyer de SLD.

Renforcer l'intégration du système de soins de santé

Avant la pandémie de COVID-19, de nombreux foyers de SLD n'avaient pas établi de relations avec le système de santé au sens large, en particulier avec les hôpitaux. Si de tels partenariats avaient pu profiter aux résidents et au personnel avant la pandémie, ils sont devenus cruciaux lorsque les foyers en proie à l'épidémie ont soudainement et désespérément eu besoin de l'aide qualifiée de professionnels de la santé. Des partenariats *ad hoc* se sont formés au fur et à mesure que les foyers de SLD commençaient à être en crise. Le succès de ces partenariats démontre la nécessité de renforcer l'intégration des SLD dans le système de soins de santé de la province.

- 27. Le gouvernement devrait accélérer la mise en œuvre d'une structure de gouvernance coordonnée et d'un modèle de financement amélioré pour renforcer et accélérer le développement des équipes Santé Ontario.
- 28. Le ministère de la Santé et Santé Ontario doivent collaborer avec le ministère des Soins de longue durée lors de la mise en œuvre des équipes Santé Ontario locales et régionales afin d'assurer un continuum de soins coordonné qui inclut tous les foyers de SLD.

Améliorer les soins axés sur les personnes hébergées et la qualité de vie

Les personnes qui vivent dans des foyers de SLD sont aimées par leur famille, leurs amis et les personnes qui s'occupent d'elles. La plupart souffrent de troubles cognitifs et/ou de problèmes de santé chroniques et ont donc besoin de soins cliniques et d'une assistance pour les activités de la vie quotidienne, 24 heures sur 24. Le principe fondamental de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD)* « est celui selon lequel un foyer de SLD 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 ». Cette exigence devrait être évidente pour tous ceux qui s'occupent de cette population vulnérable. Les recommandations qui suivent visent à garantir que les personnes hébergées reçoivent les soins qui leur sont promis dans la *LFSLD*.

Les droits des personnes hébergées

Comme nous l'avons vu au chapitre 1 du présent rapport, en raison des problèmes de longue date qui affectaient déjà le secteur avant la pandémie, de nombreuses personnes hébergées dans des foyers de SLD ne recevaient pas les soins dont elles avaient besoin et qu'elles méritaient. Comme indiqué au chapitre 3, lorsque la COVID-19 est entrée dans les foyers, de nombreuses personnes hébergées étaient soumises à l'isolement et à des niveaux de soins décroissants dans un environnement marqué par la peur et l'incertitude. Cette situation ne devrait jamais être oubliée et ne devrait jamais se répéter.

29. Le gouvernement devrait modifier le principe fondamental de l'article 1 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* afin de reconnaître expressément que les résidentes et les résidents des foyers de SLD ont des besoins complexes en matière de santé physique et mentale, notamment en raison de déficiences cognitives, et de promettre que les titulaires de permis veilleront à ce que ces besoins soient satisfaits.
30. Le ministère des Soins de longue durée devrait modifier le *Règlement de l'Ontario 79/10* pour inclure une présomption contre l'interdiction de tous les visiteurs dans les foyers de SLD aux prises avec une épidémie en raison des effets négatifs de l'isolement sur la qualité de vie et la santé des personnes hébergées. Toute modification des règles de visite pendant une écloison de maladie infectieuse doit viser à imposer le minimum de restrictions possibles aux visiteurs des personnes hébergées en établissement de SLD.

31. Afin d'éviter de séparer les personnes hébergées de leur famille et de leurs proches lors de futures éclosions de maladies infectieuses, la province devrait modifier le *Règlement de l'Ontario 79/10* pour reconnaître le rôle des « proches aidants essentiels » (personnes « désignées par le résident ou son mandataire spécial [...] pour fournir des soins directs au résident »). Les proches aidants essentiels peuvent être des membres de la famille, des êtres chers ou des personnes engagées pour fournir des soins à la personne hébergée. Une formation de base sur la PCI, y compris l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle, devrait être exigée pour pouvoir se qualifier à titre de proche aidant essentiel. La formation devrait être obligatoire pour tous les proches aidants essentiels, au moins une fois par an et au début de toute éclosion de maladie infectieuse. La modification devrait garantir que les proches aidants essentiels qui se sont conformés à ces exigences de formation soient autorisés à entrer dans le foyer.
32. Les titulaires de permis doivent s'assurer que leur foyer tient à jour une liste de contacts pour toutes les personnes, y compris les proches aidants essentiels désignés par la personne hébergée et/ou son mandataire spécial. La direction de chaque foyer doit déléguer un membre de l'équipe de direction pour coordonner la communication régulière avec les familles et les proches au sujet des activités et des questions clés du foyer. Les titulaires d'un permis de foyer de SLD, les exploitants et le personnel de la direction doivent être tenus responsables de veiller à ce que le foyer communique de manière proactive et régulière avec les personnes choisies par les résidentes et les résidents.
33. Afin de permettre aux familles et aux proches des personnes hébergées de surveiller les soins offerts et d'y contribuer, les foyers de SLD doivent autoriser la mise en place et l'utilisation appropriées de la vidéosurveillance à la demande de toute personne hébergée, de ses « mandataires spéciaux, le cas échéant, et de toute autre personne désignée par le résident ou les mandataires spéciaux. »
34. Les personnes résidant dans les foyers de SLD ont besoin de liens sociaux et autres, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du foyer. Afin de s'assurer que ce besoin est constamment satisfait, la province devrait apporter les modifications législatives suivantes :
 - a. la Déclaration des droits des résidents devrait être modifiée pour inclure le droit à la technologie nécessaire pour permettre de « communiquer avec quiconque de manière confidentielle, de

recevoir les visiteurs de son choix et de consulter quiconque en privé et sans entrave »;

- b. le *Règlement de l'Ontario 79/10* découlant de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, concernant les droits, les soins et les services offerts aux personnes hébergées, devrait être modifié pour exiger des titulaires de permis qu'ils fournissent une connexion Wi-Fi fiable et un accès constant et fréquent à la technologie, comme les tablettes et les téléphones intelligents, afin de faciliter les communications à distance avec des personnes extérieures au foyer.

- 35. Les médecins qui dispensent des soins en foyer de SLD doivent obligatoirement être physiquement présents en cas de besoin et dans les 24 heures suivant la demande de soins.
- 36. Les titulaires de permis de foyer de SLD doivent veiller à ce que les personnes hébergées reçoivent des soins palliatifs et de fin de vie appropriés. À cette fin :
 - a. les titulaires de permis doivent s'assurer que ces personnes ont facilement accès à des médecins qualifiés possédant la formation nécessaire pour dispenser des soins palliatifs et de fin de vie dans le foyer, le cas échéant;
 - b. le ministère des Soins de longue durée doit, après avoir consulté des experts en soins palliatifs et d'autres experts compétents, exiger que les foyers de SLD mettent en œuvre les meilleures pratiques en matière de soins de fin de vie.

Diversité et inclusion

Les personnes résidant dans des foyers de soins de longue durée reflètent la diversité de la population de l'Ontario. Le ministère des Soins de longue durée, les titulaires de permis de foyers de SLD, la direction et le personnel doivent respecter et soutenir cette diversité dans les soins et les services fournis.

- 37. La Déclaration des droits des résidents devrait être modifiée pour s'aligner plus étroitement sur les motifs de discrimination interdits dans le *Code des droits de la personne de l'Ontario*.
- 38. La Déclaration des droits des résidents prévoit le droit au respect du mode de vie et des choix personnels. Les personnes hébergées ont également le droit de bénéficier d'une assistance raisonnable de la part du titulaire du permis pour cultiver leurs intérêts et vivre selon leur potentiel. Conformément à ces droits,

les titulaires de permis doivent reconnaître et respecter les histoires et les choix sociaux, culturels, religieux, spirituels et autres des personnes hébergées. Par exemple, les titulaires de permis devraient être tenus de :

- a. reconnaître et respecter les relations entre conjoints 2S-LGBTQ+ et entre membres de la famille choisis et non biologiques en général, ainsi que dans toute règle ou politique concernant les visites et la fourniture de soins essentiels aux personnes 2S-LGBTQ;
- b. veiller à ce que les personnes hébergées reçoivent des soins adaptés à leur culture et à leur langue. Il peut s'agir notamment d'aliments traditionnels, d'activités et de possibilités de socialisation dans leur langue première, d'activités adaptées à leur culture, de l'observation de fêtes, de pratiques et de services religieux et spirituels.

Services en français

Les résidentes et résidents francophones doivent recevoir des soins et des services culturellement et linguistiquement appropriés.

39. Pour protéger les droits des francophones dans les établissements de SLD, le ministère des Soins de longue durée devrait :

- a. concevoir et mettre en œuvre une stratégie provinciale visant à accroître les services de SLD en français et à augmenter le nombre de lits dont l'occupante ou l'occupant peut être servi en français en accordant la priorité aux désignations en vertu de la *Loi sur les services en français*, et aux désignations culturelles en vertu de l'article 173 du *Règlement de l'Ontario 79/10*;
- b. adopter une définition claire des « lits occupés par des francophones » qui exclut les foyers de SLD n'ayant pas démontré leur capacité à fournir des services en français.

Relever les défis en matière de ressources humaines

Comme décrit dans les chapitres 1 et 3 du présent rapport, les problèmes de ressources humaines de longue date en soins de longue durée ont compliqué les efforts de gestion des éclosons de COVID-19 dans les foyers. Ces problèmes comprennent la pénurie de personnel, une combinaison de compétences insuffisante et l'absence de possibilités de formation pour le personnel. Les recommandations

suivantes portent sur les problèmes de ressources humaines, qui ont exacerbé les effets dévastateurs de la COVID-19 dans les foyers de SLD.

Besoin urgent de personnel qualifié

La Commission a entendu des témoignages accablants selon lesquels le secteur des soins de longue durée était en proie à un double problème de dotation en personnel avant la pandémie. Il y avait d'une part une pénurie générale de personnel – en particulier de personnel offrant des soins directs – et d'autre part une combinaison inadéquate de personnel pour répondre aux besoins de soins de santé de plus en plus complexes des personnes hébergées.

Ces problèmes ont rapidement conduit à une crise lorsque la COVID-19 est entrée dans les foyers de SLD. Comme pour de nombreux aspects de cette pandémie, les personnes hébergées et le personnel de première ligne ont subi les conséquences les plus graves de cette incapacité à résoudre la crise du personnel.

La situation du personnel en soins de longue durée est intenable. Des mesures immédiates doivent être prises pour y remédier.

Accélérer la mise en œuvre du plan de dotation en personnel des soins de longue durée

40. Le gouvernement doit accélérer la mise en œuvre du Plan de dotation pour les soins de longue durée de l'Ontario (2021–2025) (le « Plan de dotation ») pour combler le besoin urgent de personnel qualifié dans les foyers de SLD de la province, en apportant les modifications nécessaires pour intégrer les recommandations ci-dessous.
41. Le gouvernement doit, avec l'aide des principales parties prenantes (notamment les personnes hébergées, les familles et les proches, ainsi que le personnel de première ligne), définir immédiatement des objectifs précis et mesurables permettant de suivre clairement les progrès de la mise en œuvre du Plan de dotation. Il doit également élaborer un moyen de mesurer le succès du Plan de dotation, car ce plan a un impact sur les soins et la qualité de vie des personnes hébergées, ainsi que sur les conditions de travail du personnel.
42. Pour renforcer la responsabilité et accroître la transparence de la mise en œuvre du Plan de dotation, le gouvernement devrait :
 - a. exiger des titulaires de permis qu'ils fournissent des rapports publics réguliers sur les progrès réalisés par chacun de leurs foyers de SLD pour atteindre les objectifs du Plan de dotation discuté dans la recommandation 44;

- b. charger les inspecteurs du ministère des Soins de longue durée de vérifier ces rapports dans le cadre du processus d'inspection;
- c. fournir des rapports publics, y compris des informations provenant des rapports individuels des foyers mesurant le degré et le succès de la mise en œuvre du Plan de dotation par le secteur. Le gouvernement devrait afficher ses rapports d'étape sur le site Web du ministère des Soins de longue durée de manière à ce qu'ils soient faciles à trouver et à lire.

43. Le gouvernement doit mettre en œuvre son Plan de dotation de manière à ne pas compromettre la prestation des services de soins à domicile.

Augmenter le nombre d'employés qualifiés

44. Le gouvernement devrait mettre en œuvre de toute urgence l'augmentation prévue dans le Plan de dotation afin de « [f]aire passer la quantité moyenne de soins pratiques directs fournis par le personnel infirmier autorisé, par le personnel infirmier auxiliaire autorisé et par les préposés aux services de soutien à la personne à quatre heures par jour par résident ». Pour atteindre l'objectif de quatre heures de soins infirmiers directs et d'aide à la personne, il faudrait augmenter le nombre d'employées par personne hébergée et modifier leur charge de travail pour qu'elles puissent consacrer plus de temps aux soins directs à chaque personne hébergée. Le point de départ de la combinaison ciblée du personnel pour les quatre heures de soins directs devrait être le suivant, avec un ajustement pour refléter les besoins des personnes hébergées :

- a. 20 % d'infirmières autorisées et infirmiers autorisés;
- b. 25 % d'infirmières auxiliaires autorisées et infirmiers auxiliaires autorisés;
- c. 55 % de préposées et préposés aux services de soutien à la personne.

45. Le gouvernement devrait s'assurer que ses mesures de recrutement permettent de disposer d'un personnel qualifié qui satisfait les besoins croissants en matière de santé mentale et de soins complexes de la population résidant dans les établissements de SLD. En particulier, le recrutement doit viser à assurer des soins appropriés offerts par le personnel infirmier auxiliaire autorisé, le personnel infirmier autorisé, le personnel infirmier praticien et des préposées et préposés aux services de soutien à la personne. Le recrutement devrait viser

à accroître le niveau de compétences dans les foyers de SLD. Les heures d'aide aux personnes hébergées ne doivent pas être comptabilisées dans la moyenne cible de quatre heures de soins directs par personne.

46. Les infirmières praticiennes et infirmiers praticiens sont sous-utilisés en soins de longue durée. Le rôle de ce personnel infirmier dans les établissements de SLD devrait être élargi afin de mieux utiliser leurs compétences, et un plus grand nombre devrait être embauché pour répondre aux besoins de la province. L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario recommandent, et la Commission l'approuve, que le ratio adéquat soit fixé à au moins un membre du personnel infirmier praticien à temps plein pour 120 personnes hébergées. Le gouvernement devrait augmenter le nombre d'infirmières praticiennes ou d'infirmiers praticiens travaillant en soins de longue durée et cibler ce ratio tout en veillant à ce que tout ajustement résultant de la combinaison de personnel décrite ci-dessus permette de fournir des soins directs de qualité égale ou supérieure.
47. Pour faire suite aux recommandations ci-dessus concernant les services en français, les efforts de recrutement du ministère des Soins de longue durée, des titulaires de permis et de la direction des foyers de SLD devraient être ciblés afin d'attirer et de retenir du personnel infirmier auxiliaire autorisé, du personnel infirmier autorisé, du personnel infirmier praticien et des préposées et préposés aux services de soutien à la personne francophone.
48. L'objectif d'augmentation de l'accès des personnes hébergées aux professionnelles et professionnels paramédicaux dans le Plan de dotation est insuffisant compte tenu de leur importante contribution à l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie de leur clientèle. L'objectif gouvernemental d'heures-soins moyennes par jour et par personne hébergée fourni par le personnel paramédical – notamment le personnel de diététique, d'orthophonie et audiologie, de physiothérapie, d'ergothérapie, de récréothérapie, de travail social et autres – devrait passer de 36 minutes (l'objectif fixé dans le Plan de dotation) à 60 minutes.

Retenir et attirer le personnel

Les conditions de travail et la culture organisationnelle des foyers de SLD doivent être améliorées afin de mieux attirer, recruter, former et maintenir le personnel en poste.

Améliorer les conditions de travail et la rémunération

49. Le ministère des Soins de longue durée doit insister pour que les titulaires de permis modifient les conditions de travail de manière à réduire le recours aux agences et au personnel à temps partiel, et doit offrir le financement nécessaire pour appuyer ces changements, lesquels doivent notamment permettre de :
- a. créer davantage de postes de soins directs à temps plein. Un objectif de 70 % de postes à temps plein pour le personnel infirmier et les préposées et préposés aux services de soutien à la personne devrait être fixé pour chaque foyer;
 - b. réviser les ententes conclues avec le personnel offrant des soins directs et procéder à des ajustements pour mieux aligner les salaires et avantages au sein du secteur avec ceux offerts dans les hôpitaux publics.
50. Les titulaires d'un permis de foyer de SLD doivent recruter des gestionnaires possédant les compétences et la capacité nécessaires pour diriger et créer un milieu de travail respectueux et inclusif. Afin d'améliorer le moral du personnel, les titulaires de permis doivent créer une culture d'entreprise fondée sur la compassion et d'autres valeurs.

Soutenir l'amélioration de l'éducation, de la formation et du perfectionnement

51. La mise en œuvre du Plan de dotation par le gouvernement devrait en priorité « soutenir la formation continue du personnel et l'avancement professionnel des soins de longue durée pour le personnel des soins de longue durée » afin de favoriser le maintien en poste des personnes qualifiées, expérimentées et dévouées. Conformément aux recommandations formulées par l'honorable juge Eileen E. Gillese dans le cadre de l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée, cette formation devrait être suivie pendant les heures de travail normales et le personnel devrait être rémunéré pour le temps consacré à la formation. La formation devrait accorder la priorité :
- a. aux soins gériatriques;
 - b. aux compétences et pratiques visant à s'occuper efficacement des personnes atteintes de démence et de maladies connexes résidant dans un foyer de SLD;

- c. à une formation complète et significative sur les soins palliatifs et de fin de vie dans le cadre des soins de longue durée;
- d. à la formation sur la PCI (abordée plus en détail ci-dessus).

52. La province doit modifier le *Règlement de l'Ontario 79/10* afin de définir les exigences de formation continue pour les professionnelles et les professionnels de la santé des SLD, y compris de la directrice médicale ou du directeur médical, dans des domaines clés répondant aux besoins des personnes hébergées. Ces domaines sont la PCI, la médecine gériatrique, les soins aux patients atteints de démence et d'autres dysfonctionnements cognitifs, l'utilisation appropriée des médicaments antipsychotiques, les soins palliatifs et de fin de vie, ainsi que le développement du leadership et la gestion de crise. En plus de ces exigences, et conformément aux recommandations de la juge Gillese, le *Règlement de l'Ontario 79/10* devrait être modifié pour éliminer les exemptions de formation prévues aux paragraphes 222(1) et (3).

Réglementer les préposées et préposés aux services de soutien à la personne

La réglementation des préposées et préposés aux services de soutien à la personne ne résoudra pas les problèmes de dotation en personnel abordés dans le présent rapport, mais elle permettra à ces membres du personnel de mieux servir les personnes hébergées en toute sécurité.

- 53. Le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée devraient veiller à ce que des exigences fondamentales soient instaurées pour soutenir la réglementation des préposées et préposés aux services de soutien personnel et voir si la réglementation initiale pourrait être fournie par un organisme de réglementation des soins de santé établi.
- 54. Le gouvernement devrait, avec l'aide des parties prenantes concernées, établir et mettre en œuvre des exigences minimales normalisées en matière de formation pour les préposées et préposés aux services de soutien à la personne.

Renforcer la surveillance de la direction médicale

- 55. Le ministère des Soins de longue durée et le ministère de la Santé doivent collaborer avec l'Ordre des médecins et chirurgiens et l'Ontario Medical Association pour créer un système de surveillance formelle pour les directrices et directeurs médicaux des foyers de SLD, semblable au modèle du comité consultatif médical pour les médecins ayant des droits hospitaliers. Cette surveillance doit inclure un examen et une évaluation de l'expertise du candidat

en ce qui concerne les besoins en soins de la population résidente des foyers de SLD (y compris la PCI, la médecine gériatrique, les soins aux patients atteints de démence et d'autres dysfonctionnements cognitifs, l'utilisation appropriée des médicaments antipsychotiques et les soins de fin de vie), ainsi que le leadership et la gestion des crises.

Financement

Comme nous l'expliquons ci-dessous, le financement des soins de longue durée de la province doit être augmenté et réorienté pour permettre au secteur de répondre efficacement aux demandes de soins des personnes hébergées, des personnes en attente de placement et de l'importante augmentation prévue de la demande de la capacité en SLD.

Financement opérationnel : investissement accru dans les soins

Le financement actuel du gouvernement pour les soins infirmiers et les soins personnels est insuffisant. Les recommandations suivantes partent donc de la présomption que le gouvernement augmentera le financement opérationnel pour répondre aux besoins des personnes hébergées et se concentrera sur la manière d'allouer ce financement plus efficacement.

56. Le financement global des soins infirmiers et personnels doit répondre aux besoins de santé généraux des personnes hébergées en foyers de SLD. L'approche actuelle, qui utilise l'indice de la charge de cas pour répartir l'enveloppe budgétaire fixe entre les foyers en fonction de leurs besoins relatifs, est inadéquate. L'indice de la charge de cas ne doit être utilisé que comme une mesure des besoins pour orienter le financement global des soins infirmiers et des soins personnels. Le financement de ces soins devrait être augmenté pour refléter ce besoin global.
57. En plus de la recommandation ci-dessus, la Commission approuve la mise en œuvre de la recommandation de la juge Gillese visant à « encourager, reconnaître et récompenser financièrement les foyers de SLD qui ont démontré une amélioration du bien-être et de la qualité de vie de leurs résidents. » L'amélioration des résultats relativement aux personnes hébergées doit être précise et mesurable (par exemple, l'expérience globale de la personne, de la famille, des proches et du personnel; l'utilisation appropriée des médicaments antipsychotiques par rapport aux autres foyers; le maintien du poids; la diminution des infections).

58. Le ministère des Soins de longue durée devrait promouvoir activement les foyers qui font la transition vers d'autres modèles de soins reconnus et axés sur la personne, et les financer. Des exemples de ces modèles sont présentés au chapitre 4 du présent rapport.
59. Il est important de donner aux personnes âgées le choix des soins qu'elles reçoivent et de leur permettre de vieillir chez elles, dans la mesure du possible. C'est pourquoi le gouvernement devrait augmenter le financement des services de soins à domicile, y compris les modèles novateurs de prestation de ce type de soins. Il devrait aussi accroître le financement des mesures de soutien communautaire aux personnes âgées.

Construction de foyers de soins de longue durée

Comme indiqué au chapitre 1 du présent rapport, la province devra créer 55 000 lits de soins de longue durée supplémentaires d'ici 2033, simplement pour maintenir la liste d'attente actuelle. La Commission a également appris que l'Ontario devra créer entre 96 000 et 115 000 lits supplémentaires d'ici 2041 pour répondre à la demande croissante de placements dans des foyers de SLD. Ces chiffres ne tiennent pas compte des lits existants qui doivent être réaménagés.

Depuis 2018, la province a mis à jour le Programme de développement du secteur des foyers de SLD grâce à un modèle de financement amélioré, et a créé le Programme pilote d'accélération de la construction. Bien que ces programmes aient généré quelques créations d'établissements, ils ne tiennent pas compte de la longue liste d'attente ni de la demande croissante prévue de lits de SLD. Ils ne résolvent pas non plus les difficultés d'accès au capital que rencontrent les fournisseurs à but non lucratif. Il en résulte une baisse du nombre de demandes de création de lits acceptées pour les fournisseurs à but non lucratif.

Le moment est venu de réexaminer le volet affaires des soins de longue durée.

Bien que la Commission ait entendu dire à plusieurs reprises que la COVID-19 avait grandement nui à la réputation des foyers à but lucratif, il faut trouver les dizaines de milliards de dollars requis pour financer la création et le réaménagement de dizaines de milliers de lits, et il est difficile d'imaginer qu'on puisse y parvenir sans faire appel au financement privé en capital. Cela ne signifie pas pour autant que le statu quo doive être maintenu.

Comme indiqué au chapitre 1, une approche différente de la construction et de l'exploitation des foyers de SLD est nécessaire pour répondre à la demande actuelle et future. La Commission reconnaît que le gouvernement, en répondant aux besoins actuels et prévus, doit adopter un processus, tout en faisant preuve de prudence

financière, garantissant que les personnes hébergées reçoivent des soins appropriés et encourager l'innovation pour continuellement améliorer la qualité.

Le gouvernement devrait séparer la construction des établissements de SLD des soins dispensés dans ces établissements. Ce modèle est conforme au programme pilote d'accélération de la construction de la province pour les soins de longue durée. Un tel modèle est déjà utilisé dans les hôpitaux de l'Ontario, où la construction et la propriété des installations sont distinctes de la prestation des soins.

Par exemple, la construction de foyers de SLD continuerait d'être ouverte au secteur privé de sorte que les capitaux nécessaires à la construction des installations seraient toujours accessibles. La province paierait pour que l'établissement soit utilisé comme un foyer de SLD, ce qui permettrait d'offrir un rendement pour les investisseurs qui ont injecté le capital nécessaire à la construction. Elle accorderait un permis aux exploitants sans but lucratif ou aux exploitants à but lucratif qui sont motivés par leur mission plutôt que par les dividendes pour gérer les foyers de SLD. La province fournirait des fonds suffisants pour les opérations conformément à la manière dont elle fournit actuellement le financement opérationnel.

Enfin, la conception des foyers a un impact sur la qualité de vie des personnes hébergées et sur la qualité des soins. Dans le cas d'une écloserie de maladie infectieuse, ces répercussions sont accrues, en particulier dans les foyers où les chambres sont de type salle commune avec toilettes partagées, ce qui peut compliquer la mise en œuvre de mesures de prévention et de contrôle des infections. Les chambres à trois ou quatre lits sont progressivement supprimées, mais d'autres changements sont aussi nécessaires.

60. Comme indiqué ci-dessus et plus en détail au chapitre 1, le gouvernement doit de toute urgence mettre en œuvre un modèle de construction et de réaménagement des établissements de SLD afin de garantir la création d'une capacité de SLD de qualité pour répondre à la demande actuelle et prévue de lits dans la province. Ce modèle devrait séparer la construction du foyer de son exploitation. Les personnes peuvent être compétentes en matière de construction, mais pas nécessairement pour ce qui est de l'exploitation.

61. Le modèle de construction et de réaménagement des établissements de SLD doit également prévoir des mesures incitatives appropriées pour :

- a. créer des unités plus petites et autonomes dans les foyers existants et nouveaux;

- b. construire des foyers de groupe plus petits pour élargir les choix dans le cadre d'un continuum de soins pour les personnes âgées;
 - c. intégrer les foyers dans la communauté élargie des services sociaux et de santé.
62. La province devrait fournir un soutien et des incitatifs supplémentaires pour les demandes provenant d'organismes qui donnent la priorité aux soins adaptés à la culture et à la langue afin de répondre aux besoins des personnes de diverses origines ethniques.
63. La province doit de toute urgence mettre en œuvre un processus d'approbation simplifié et accéléré pour la création de lits de SLD réaménagés et nouveaux, qui facilite la participation des titulaires de permis municipaux et sans but lucratif existants et nouveaux. La province devrait également insister pour que les gouvernements municipaux rationalisent leur processus d'approbation municipale pour la création de foyers de SLD.
64. Le ministère doit revoir et mettre à jour le *Guide sur l'aménagement des foyers de soins de longue durée de 2015* dès que possible pour répondre aux besoins d'infrastructure de longue date. Les normes de conception doivent faciliter la mise en œuvre des meilleures pratiques de prévention et de contrôle des infections. Les mises à jour du guide sur l'aménagement devraient inclure :
- a. un espace suffisant pour permettre un regroupement en cohorte efficace des personnes hébergées en cas d'éclosion de maladie infectieuse;
 - b. des solutions de conception pour faciliter la fourniture efficace de soins palliatifs;
 - c. la modernisation des systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation. Les systèmes de ventilation des foyers existants doivent être améliorés de toute urgence pour les rendre conformes à la norme révisée et assurer un entretien régulier.
65. Les exigences relatives à la délivrance de permis en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* doivent être mises à jour pour refléter la conformité aux modifications apportées au *Guide sur l'aménagement*.

Accroître la responsabilité et la transparence dans les soins de longue durée

La qualité des soins dépend de la qualité du leadership et de la responsabilisation à tous les niveaux. Les pratiques de surveillance de la conformité et de l'application des lois par la province doivent faire en sorte que les titulaires de permis soient responsables de fournir des soins sûrs et respectueux, tels qu'exigés par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. Les titulaires de permis et la direction du foyer dirigent et supervisent le personnel, et leurs décisions ont un impact direct sur la vie des personnes hébergées et de celles qui s'en occupent. Lorsque le leadership, à quelque niveau que ce soit, fait défaut, les personnes qui travaillent dans le système et qui en dépendent en paient le prix.

Le leadership, la responsabilité et la surveillance faisaient, dans une large mesure, défaut dans le système et dans de nombreux foyers avant que la COVID-19 ne frappe. Ces lacunes ont contribué à la peur, à l'incertitude et à la détérioration des soins et de la qualité de vie des personnes hébergées, de leurs proches et du personnel de première ligne pendant la pandémie.

Les personnes hébergées, leur famille et leurs proches, ainsi que le public, ont le droit de savoir comment les foyers de SLD sont financés, régis et exploités, et de connaître leur rendement. La responsabilité et la transparence sont requises à tous les paliers du secteur des soins de longue durée. Les recommandations présentées renforcent le leadership, la responsabilité et la surveillance des soins de longue durée afin de mieux protéger les personnes hébergées et le personnel.

66. Le ministère des Soins de longue durée doit exiger des titulaires de permis de foyers de SLD qu'ils affichent publiquement :

- a. des informations à jour sur les personnes ayant un pouvoir décisionnel au niveau du propriétaire ou du titulaire de permis, y compris leur nom, leurs coordonnées et leur rémunération annuelle, ainsi que les organigrammes pertinents du titulaire de permis et de toute entreprise retenue pour gérer le foyer de SLD;
- b. l'Entente sur la responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée conclue entre le réseau local d'intégration des services de santé/Santé Ontario et le titulaire du permis du foyer, et les accords de financement direct conclus entre le ministère des Soins de longue durée et le titulaire du permis du foyer de SLD;

- c. le plus récent rapport annuel vérifié des foyers de SLD.

Indicateurs et normes de rendement publics

- 67. Les six indicateurs cliniques utilisés dans les rapports sur le rendement des foyers de SLD de Qualité des services de santé Ontario constituent un bon premier pas vers la transparence et le signalement des problèmes dans les foyers. Toutefois, les foyers de SLD devraient surveiller d'autres indicateurs et en rendre compte publiquement afin de fournir des informations importantes aux personnes hébergées, aux familles et au grand public. Ces indicateurs supplémentaires – dont la nature et la collecte devraient être normalisées dans l'ensemble du secteur des soins de longue durée – devraient inclure l'expérience des familles et du personnel, l'engagement de la directrice médicale ou du directeur médical, les indicateurs de dotation en personnel comme la combinaison de personnel offrant des soins directs et les ratios de personnel offrant des soins directs par rapport au nombre de personnes hébergées.
- 68. Les titulaires de permis de foyers de SLD devraient être tenus de fournir des rapports publics sur ces indicateurs de rendement clés au moins une fois par an. Ces rapports, qui devraient être publiés sur les sites Web des foyers, devraient être accessibles et faciles à comprendre pour le public. En plus de fournir des informations actuelles, ces rapports publics devraient suivre le rendement des foyers individuels au fil du temps, mesuré à l'aide des indicateurs de rendement clés. Ces rapports devraient être examinés et vérifiés dans le cadre du régime d'inspection complet décrit ci-dessous.
- 69. Les foyers de SLD fournissent actuellement des données sur les personnes hébergées à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en utilisant le Système d'information sur les soins continus. Le système fournit une image rétrospective des aspects de la vie et des soins des personnes hébergées. L'ICIS a mis en œuvre une nouvelle norme d'évaluation (interRAI-SLD) et un nouveau système d'établissement de rapports (le Système d'information intégré interRAI ou SIIR) dans d'autres territoires de compétence, qui permettent de recueillir des données sur les personnes hébergées en temps quasi réel, ce qui améliore considérablement l'accès aux données en temps opportun dans les situations de crise. Le gouvernement devrait consulter l'ICIS et les parties prenantes du secteur des soins de longue durée, puis élaborer un plan de transition pour introduire le nouveau système d'évaluation et de rédaction de rapports en Ontario. Le plan de transition devrait être achevé dans les six mois suivant la première consultation avec l'ICIS et comprendre un plan de mise en

œuvre rapide, y compris des rapports d'étape publics affichés sur le site Web du ministère des Soins de longue durée.

70. Le ministère de la Santé devrait collaborer avec le ministère des Soins de longue durée pour recueillir et analyser les données sur la main-d'œuvre des SLD afin de déterminer les profils de dotation actuels, l'atteinte des objectifs de dotation, et soutenir la planification et les stratégies en matière de ressources humaines à l'échelle de la province et des foyers.
71. Un processus d'agrément indépendant est nécessaire. Ce processus ne doit pas dépendre des foyers qu'il agréé pour son financement. Il doit être prévu pour tous les foyers.
72. Le gouvernement de l'Ontario devrait participer aux efforts actuels et futurs visant à mettre en œuvre des normes et des pratiques exemplaires pour les soins de longue durée dans tout le pays.

Conformité et contrôles d'application complets et transparents

Le régime d'inspection et d'application des soins de longue durée n'a pas permis de résoudre adéquatement les problèmes de conformité de longue date avant ou pendant la pandémie. La province doit insister pour que le ministère des Soins de longue durée, le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences, et les bureaux de santé publique coordonnent leur travail afin de mener des inspections complètes et efficaces. Si les inspections doivent être l'occasion d'apporter des améliorations, les manquements graves et répétés doivent entraîner des conséquences sérieuses. Le bien-être et la sécurité des personnes hébergées n'en requièrent pas moins.

Conformité

73. Pour soutenir les foyers de SLD dans leurs efforts de conformité et d'amélioration de la qualité, le ministère des Soins de longue durée devrait créer une unité ministérielle de soutien à la conformité, comme l'a recommandé la juge Gillese dans l'Enquête publique sur la sécurité des foyers de SLD. L'unité de soutien à la conformité devrait encourager l'utilisation d'outils de formation sur la conformité, l'encadrement, l'échange sur les meilleures pratiques, ainsi que le suivi et la rédaction de rapports sur les améliorations, et apporter de l'aide en ce sens.
74. Le Ministère devrait reconnaître que les préoccupations du secteur de l'assurance sont importantes. Si les compagnies d'assurance se retiraient

du secteur, cela aurait un impact négatif important sur la construction et l'exploitation des foyers de SLD. Le gouvernement a un rôle à jouer pour veiller à ce que les foyers soient en mesure d'obtenir l'assurance nécessaire. Il devrait consulter les titulaires de permis de SLD et le secteur de l'assurance pour déterminer les solutions supplémentaires nécessaires.

Inspections

75. Le ministère des Soins de longue durée devrait mettre en place un régime complet et coordonné d'inspection des foyers de SLD impliquant le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences et les bureaux de santé publique. Le régime d'inspection doit garantir que les résidentes et résidents jouissent de la qualité de vie et reçoivent la qualité de soins promise dans le principe fondamental de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, et qu'un lieu de travail sûr et sain est offert au personnel. Le régime d'inspection doit recueillir des informations auprès des personnes hébergées, de leur famille et de leurs proches, ainsi que du personnel de première ligne. Les ministères et les bureaux de santé publique doivent rapidement mettre en commun les données, les conclusions et les mesures de contrôle de la conformité qui en résultent, afin de garantir que la réglementation gouvernementale sur les foyers de SLD est cohérente, coordonnée et complète.
76. Les inspections menées dans le cadre du régime d'inspection des foyers de SLD doivent être inopinées. Le régime d'inspection doit inclure :
- a. les inspections annuelles complètes de la qualité des services aux résidents (IQSR) menées par le ministère des Soins de longue durée; les résultats du rapport d'amélioration continue de la qualité doivent être examinés et audités dans le cadre des IQSR;
 - b. l'inspection annuelle du programme de PCI, y compris la conformité aux exigences de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et du *Règlement de l'Ontario 79/10*; l'adéquation du programme de PCI du foyer et de la formation connexe; et l'évaluation de la suffisance des fournitures et des réserves de PCI du foyer, qui doit être effectuée par le bureau de santé publique. Cette inspection doit inclure une consultation avec les partenaires de la PCI concernés. Pour faciliter ces inspections, le gouvernement devrait modifier les Normes de santé publique de l'Ontario ainsi que les protocoles et les lignes directrices connexes. Il s'agit notamment de modifier le *Protocole de prévention et de contrôle des infections 2019*

afin de désigner les foyers de SLD comme troisième catégorie d'établissements soumis à une inspection par le bureau de santé publique au moins une fois par an pour vérifier le respect des pratiques de PCI, avec des modifications correspondantes aux autres protocoles de PCI;

- c. le conseil d'administration du titulaire de permis, sous la signature de la présidente ou du président du conseil (ou l'équivalent applicable), devrait certifier publiquement chaque année au ministère des Soins de longue durée que le titulaire a effectué les vérifications appropriées du programme de PCI et du plan de lutte contre la pandémie du foyer, y compris la suffisance de la réserve en cas de pandémie et la mise à l'essai du plan;
- d. les inspections ciblées à la suite de plaintes, d'incidents critiques et de tendances révélées par les données générées par le régime d'inspection doivent continuer à être menées par le ministère ou le bureau de santé publique concerné, avec l'aide d'autres autorités le cas échéant. Le ministère des Soins de longue durée devrait consulter le personnel des foyers, les résidentes et résidents, leur famille et leurs proches sur la façon de protéger adéquatement les dénonciateurs afin de garantir le signalement en temps opportun des préoccupations concernant le fonctionnement des foyers et le traitement des personnes hébergées.

77. Le gouvernement doit fournir le financement nécessaire à la mise en œuvre du régime d'inspection complet. Ce financement doit notamment permettre de s'assurer qu'il y a suffisamment d'inspecteurs pour mener les inspections requises, et que ces inspecteurs reçoivent les instructions et la formation nécessaires pour mener les inspections efficacement.

Contrôles d'application

La province doit accroître ses efforts pour assurer le respect de la conformité aux lois par les foyers de SLD afin de protéger la sécurité et le bien-être des personnes hébergées.

78. Les résultats des inspections du ministère des Soins de longue durée, du ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences, et des bureaux de santé publique doivent constituer la base d'un régime de conformité clair et continu. Ce régime devrait inclure :

- a. des conséquences proportionnées et croissantes en cas de non-conformité; les constatations répétées de non-conformité doivent entraîner des conséquences de plus en plus graves, pouvant aller jusqu'à des mesures comme des ordres de gestion obligatoires et le transfert du permis d'exploitation du propriétaire du foyer de SLD;
- b. un système centralisé de rapports publics qui fournit des informations importantes et actuelles sur le statut de conformité et d'application des lois de chaque foyer, y compris :
 - i. les dates des inspections les plus récentes et des informations sur la cause et le résultat des inspections, y compris les problèmes découverts et la manière dont ils ont été résolus ou corrigés;
 - ii. les ordonnances d'exécution en vigueur et les problèmes non résolus découverts lors de l'inspection, y compris l'état d'avancement de toute mesure d'exécution ou corrective et tout délai d'exécution ou de correction;
 - iii. les données historiques pertinentes (par exemple, résultats d'inspection historiques et ordonnances d'exécution avec des informations sur la façon dont ces problèmes ont été résolus ou corrigés).

Enquêtes en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*

Cette enquête a été menée en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* qui autorise les enquêtes sur « les causes de maladie et de mortalité dans une partie quelconque de la province ». Les outils mis à la disposition de la Commission lui ont permis de travailler rapidement et efficacement. Toutefois, des améliorations sont possibles. Les recommandations suivantes devraient faciliter les enquêtes futures sur les causes de maladie et de mortalité en Ontario.

79. Le gouvernement devrait revoir les dispositions supplémentaires de la *Loi sur les enquêtes publiques* et envisager d'intégrer d'autres dispositions qui pourraient aider les enquêteurs à mener de telles enquêtes en vertu de l'article 78 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Toute modification de ce type doit continuer à garantir que les enquêtes sont effectuées rapidement avec un maximum de flexibilité.

80. À plus d'une occasion, la Commission s'est vu rappeler l'importance des mesures de protection des dénonciateurs et recommande donc de renforcer les protections offertes dans le cadre des enquêtes menées en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.
81. Le gouvernement doit prendre des mesures pour assurer la production opportune et ordonnée de documents pour les enquêtes futures.

Garantir l'accès du public aux rapports sur la santé publique

De temps à autre, le gouvernement de l'Ontario étudie des questions de santé publique. Les rapports qui en résultent portent sur des questions d'intérêt et de sécurité publics et sont, par nature, non partisans.

82. Afin de garantir que les rapports sur la santé publique restent accessibles pour une consultation et une utilisation ultérieures, tous ces rapports devraient être soigneusement archivés publiquement et facilement accessibles dans Internet. En outre, d'autres documents d'intérêt pour la santé publique, comme le plan de l'Ontario pour contrer les maladies infectieuses dont celle de l'Ebola, publié en 2016, ne devraient pas être étiquetés comme étant le produit d'un gouvernement précédent.
83. La ministre des Soins de longue durée a déclaré à la Commission que le gouvernement recevra un rapport sur le succès du centre de relocalisation appelé Centre de soins spécialisés. Ce rapport devrait être rendu public.
84. Le gouvernement devrait veiller à ce que les sites Web et les rapports de la Commission restent accessibles en ligne indéfiniment.

Réaction au rapport de la Commission

La situation désastreuse dans laquelle se sont retrouvées les personnes hébergées en établissement de SLD et celles qui s'occupent d'elles ne doit jamais se reproduire. Des mesures immédiates et durables doivent être prises pour résoudre les problèmes que la pandémie a mis au jour et améliorer la situation. La Commission recommande donc que :

85. aux dates des premier et troisième anniversaires de la publication du présent rapport, le ministère des Soins de longue durée dépose à l'Assemblée législative un rapport destiné aux parties prenantes et au public décrivant dans quelle mesure il a mis en œuvre les recommandations de la Commission.

The Honourable Frank N. Marrocco, Chair
Angela Coke, Commissioner
Dr. Jack Kitts, Commissioner

L'honorable Frank N. Marrocco, président
Angela Coke, commissaire
Dr Jack Kitts, commissaire

Madame la Ministre,

**« Accablant, émotionnel »... « solitaire, déprimé »... « muselé, piégé »... « abattu, ennui »...
« frappé de terreur »**

- Mots utilisés par les résidents des foyers de soins de longue durée et les membres du conseil d'administration de la Ontario Association of Residents' Councils pour décrire les expériences qu'ils ont vécues pendant la première vague de la COVID-19.

De nombreux témoins ont fait des récits déchirants de leurs expériences pendant la première vague de la pandémie qui a entraîné la perte tragique de vies, de leurs souffrances et des répercussions dévastatrices qu'elle a eue sur les résidents, les familles et le personnel. On nous a rapporté que les foyers de soins de longue durée n'ont pas été pris en compte dans les plans provinciaux initiaux d'enrayement de la COVID-19 jusqu'au moment où les premiers résidents sont morts, et on nous a imploré que cela ne se répète pas une fois la crise passée. Nous avons aussi entendu de nombreux avis sur la raison pour laquelle 45 % des foyers n'ont pas connu d'éclosion. Nous continuerons de recueillir de précieuses informations qui nous seront utiles dans la formulation de nos recommandations définitives pour protéger les résidents et le personnel des foyers de soins de longue durée dans l'avenir.

Ce que nous avons appris jusqu'ici, c'est qu'à la fin d'avril 2020, lors de la première vague de la pandémie, 55 % de tous les foyers de soins de longue durée ont connu des éclosions de COVID-19 et que 75 % de tous les décès liés à la COVID-19 dans la Province sont survenus dans les foyers de soins de longue durée. Au nombre des caractéristiques communes aux foyers les plus touchés, on peut citer : l'emplacement dans les collectivités ayant des taux d'infection les plus élevés, un déficit dans la gouvernance, une pénurie d'effectifs avant la COVID et aggravée par celle-ci, et un manque de mesures efficaces de prévention et de contrôle des infections, notamment la difficulté à regrouper et à isoler les résidents positifs, souvent en raison des limites du cadre physique.

Nous vous adressons la présente correspondance aujourd'hui parce que nous faisons face à la deuxième vague, et, étant donnée l'urgence permanente de la situation et les risques élevés dans les foyers de soins de longue durée, notre Commission formule quelques recommandations anticipées par rapport au personnel, aux relations de collaboration et à la prévention et au contrôle des infections (PCI). Sur la base d'informations que nous avons réunies à ce jour, nous estimons que c'est le moment de formuler ces recommandations anticipées, conformément au principe de précaution, plutôt que d'attendre d'avoir plus de certitude alors que la pandémie continue de se propager.

independent thorough inclusive timely | indépendante approfondie inclusive opportune

Ces recommandations anticipées ne constituent pas notre dernier mot ni la totalité des conclusions et recommandations au sujet des questions sur lesquelles nous avons été instruits d'enquêter. Nous continuons notre enquête et envisageons de soumettre notre rapport définitif au gouvernement d'ici le 30 avril 2021.

Augmentation des effectifs

« Donc, au moins depuis 2001, de nombreux rapports ont été rédigés confirmant ce que savait le personnel dans les foyers de soins de longue de durée, c'est-à-dire que les soins de longue durée sont grossièrement inadéquats et que, au vu de l'acuité et des besoins de santé des résidents qui a augmenté au fil des ans, les effectifs sont insuffisants. »

- Beverly Mathers, Directeur général de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Tous les témoins sont convenus que les résidents des foyers de soins de longue durée en 2020 constituent un groupe beaucoup plus fragile que ne l'étaient les résidents dix ou vingt ans auparavant; 81 % des résidents souffrent d'une forme ou d'une autre de déficience cognitive. Pour cette raison, la qualité des soins et la qualité de vie des résidents des foyers de soins de longue durée dépend du recrutement adéquat d'un personnel polyvalent et qualifié disponible pour la prise en charge de leurs besoins cliniques, récréatifs, sociaux et de la vie quotidienne.

Nous avons entendu, de manière répétée et cohérente, des plaintes au sujet des pénuries d'effectifs avant la COVID-19 et les raisons des vieux défis que constituent le recrutement et la rétention du personnel dans les foyers de soins de longue durée. Les défis en matière d'effectifs ont été très bien documentés par de nombreux rapports sur le sujet. La COVID-19 a jeté une lumière crue sur ces défis. De même, ces rapports antérieurs ainsi que les témoignages expliquent comment l'amélioration de l'environnement de travail des travailleurs peut renforcer la capacité à attirer les personnes désireuses de travailler dans le secteur des soins de longue durée et, au bout du compte, améliorer la qualité des soins aux résidents. Nous reconnaissons que le ministère accorde des fonds pour l'augmentation des effectifs dans le cadre du Plan de préparation des centres de soins de longue durée à la COVID-19, notamment une augmentation de salaire temporaire pour les préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) jusqu'en mars 2021. En outre, **nous formulons les recommandations suivantes:**

1. En plus de l'augmentation des effectifs des PSSP, il faut veiller à ce que les efforts en matière de recrutement du personnel répondent au besoin d'une polyvalence adéquate de celui-ci afin de satisfaire les besoins en matière de soins de santé de plus en plus difficiles et complexes des résidents.
2. Alors que tous les témoins sont convenus de la nécessaire flexibilité des effectifs, étant donné le caractère permanent (24/7) des opérations dans les foyers, il faut créer plus de postes à plein temps pour assurer la stabilité et la rétention du personnel ainsi que la permanence des soins aux résidents.
3. Au-delà de ces démarches initiales, identifier les investissements permanents nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une stratégie globale de gestion des ressources humaines qui réponde à l'ensemble des questions relatives aux effectifs du secteur. L'Étude sur les effectifs des foyers de soins de longue durée du ministère publiée en juillet 2020 identifie la

meilleure option pour l'avenir. Une autre « étude » sur l'Étude n'est pas nécessaire. Ce qui est nécessaire, c'est la mise en œuvre en temps opportun des conclusions de l'Étude.

4. Conformément à cette étude, la Commission recommande un minimum de couverture quotidienne de quatre heures de soins directs par résident. Le gouvernement doit augmenter les fonds permanents pour le recrutement de plus d'infirmiers et de préposés aux services de soutien à la personne afin d'accroître leur ratio personnel/résident et d'assurer plus d'heures de soins sur la base des besoins des résidents.
5. Au regard du rôle essentiel des familles et des soignants dans la satisfaction non seulement des besoins en matière de soins physiques mais également de bien-être psycho-social des résidents, nous réitérons les appels des résidents, des familles et des soignants à garantir aux familles et aux soignants un accès permanent, sûr et géré aux résidents des foyers de soins de longue durée.

Renforcer les relations et la collaboration dans le secteur des soins de santé

« Nous connaissons les infirmiers gestionnaires, les infirmiers praticiens. Nous avons longtemps travaillé avec eux. Et vraiment, si vous voulez réussir, il vous faut des partenariats au préalable. »

- Dr. Kieran Moore, médecin et directeur de KFL&A Public Health

Nous avons appris que les collectivités dans lesquelles il existait antérieurement à la COVID-19 des relations entre les foyers de soins de longue durée et les partenaires du secteur de la santé ont pu mieux mobiliser les ressources et soutenir les foyers qui faisaient face à l'éclosion. Il nous a été rapporté par de nombreux témoins que grâce aux interventions rapides et au soutien des unités de santé publique et des hôpitaux, des éclosions de la pandémie ont pu être évitées et que dans les foyers où sont survenues celles-ci, il a été possible de les enrayer. Ces résultats ont été accomplis grâce au partenariat sur site dans les foyers, une formation efficace à la PCI, des tests et des dépistages efficaces pour empêcher la transmission de la collectivité vers les foyers et une intervention rapide pour identifier les résidents positifs à la COVID-19 qui ont ensuite pu être regroupés pour éviter la propagation. Nous estimons qu'en travaillant en collaboration avec les partenaires de soins de santé locaux, les foyers de soins de longue durée peuvent atténuer les répercussions d'une deuxième vague.

Alors que la capacité des hôpitaux peut se trouver amoindrie par rapport à la première vague, ils demeurent la source logique de l'expertise médicale sur le terrain et de l'expertise PCI ainsi que des ressources pour soutenir les foyers de soins de santé de longue durée en collaboration avec les unités locales de santé publique.

Recommandations:

1. A court terme, il faudrait immédiatement mettre en œuvre un modèle de collaboration dans les collectivités où se trouvent des foyers de soins de longue durée susceptibles de connaître des difficultés (sur la base des expériences passées, des taux d'infection élevés dans les collectivités environnantes ou d'autres données). Ces relations entre les foyers de soins de longue durée, les hôpitaux locaux et les unités de santé publique doivent être fondées sur la confiance, la collaboration et le respect entre tous les acteurs en raison de l'expertise qu'apportent toutes les parties à la priorité que constitue la santé, la sécurité et le bien-être des résidents.

2. Votre ministère travaille avec le Ministère de la Santé pour formaliser ces relations de manière proactive. Il n’y a pas lieu d’attendre jusqu’à la survenue d’une éclosion pour qu’un hôpital assiste ou soit obligé d’assister un foyer de soins de longue durée. Des appuis clairement définis et une capacité adéquate de chaque foyer à faire face à une éclosion doivent être en place et mobilisés rapidement lorsqu’il survient une situation d’urgence.

Améliorer les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI)

« ..pendant la vague initiale, nous avons vraiment vu la pertinence et la nécessité d’avoir un appui PCI spécialisé pour les foyers de soins de longue durée dans l’ensemble de la Province.. »

- Jane Sinclair, Commissaire en chef, AdvantAge Ontario

Il nous a été rapporté à maintes reprises que l’adhésion aux mesures de PCI fondées sur des preuves est essentielle pour éviter la transmission de la collectivité environnante vers le foyer et pour éviter la contamination à la fois du personnel et des résidents du foyer à la COVID-19. Il nous est revenu que dans de nombreux cas, il était impossible de connaître la personne responsable de la conformité aux mesures de PCI, notamment en ce qui concerne la suffisance des fournitures et la formation adéquate du personnel. Nous avons compris que dans de nombreux vieux foyers de soins de longue durée, les infrastructures physiques constituent un obstacle au bon respect des pratiques de PCI, telles que le regroupement des patients positifs à la COVID-19. Nous sommes conscients des défis que représentent les tests, la surveillance et la reconstitution de parcours qui sont nécessaires dans l’ensemble du système pour réduire les éclosions.

Il est important de poursuivre le renforcement des mesures de PCI afin de protéger les résidents, le personnel, les familles en visite et les soignants des éclosions. A cet égard, nous formulons les recommandations suivantes :

1. S’assurer que chaque foyer de soins de longue durée dispose d’un responsable PCI capable de superviser, d’évaluer et de s’assurer de la conformité avec des protocoles corrects, d’appuyer et de fournir une formation de base à tout le personnel et d’accéder au centre local d’expertise de PCI de la manière indiquée.
2. Améliorer les ressources et la capacité du ministère des Foyers de soins de longue durée à fournir immédiatement un appui de conformité. A court terme, le personnel d’inspection de votre ministère et d’ailleurs qui peut être formé, ainsi que celui de l’unité de santé publique locale, doit être envoyé dans les foyers pour effectuer des inspections ciblées en temps opportun afin de s’assurer que ceux-ci appliquent correctement les mesures de PCI et répondent effectivement à l’évaluation de leurs résultats. Ces inspections doivent accorder la priorité aux visites aux foyers sur la base des mêmes mesures de risques que celles utilisées pour notre première recommandation dans la section Relations et Collaboration ci-dessus.
3. Fournir, les résidents des foyers de soins de longue durée étant une population très vulnérable et présentant, à ce jour, les taux de décès dus à la COVID-19 les plus élevés, un accès absolument prioritaire aux tests et à la communication rapide des résultats pour les résidents et le personnel. Le gouvernement doit également accorder la priorité aux foyers de soins de longue durée en matière de tests sur place et moins intrusifs au fur et à mesure qu’ils deviennent disponibles.

4. Les résidents positifs à la COVID-19, notamment dans les vieux foyers doivent se voir offrir la possibilité d'être transférés dans d'autres environnements afin d'éviter la transmission du virus et de les aider à guérir. Étant donné que de nombreux foyers de soins de longue durée ne peuvent efficacement regrouper et isoler en raison des limites des infrastructures physiques, chaque foyer doit travailler avec son hôpital, les partenaires de santé publique et d'autres intervenants à la mise en place de plans pour rapidement transférer les résidents vers d'autres établissements s'il est judicieux et sûr de le faire. Le plan doit identifier ces établissements à l'avance.

Comme vous le savez, la Commission a été annoncée le 29 juillet 2020 avec la mission d'enquêter notamment sur la raison pour laquelle la COVID-19 a eu de telles répercussions dévastatrices sur les résidents, leurs familles et le personnel des foyers de soins de longue durée dans l'Ontario. L'enquête déterminera si les mesures prises par la Province et les autres parties pour éviter, isoler et enrayer la propagation sont adéquates et formulera des recommandations sur la manière de mieux protéger les résidents et le personnel de nos foyers de soins de longue durée dans l'avenir. Le travail de notre Commission est différent des commissions traditionnelles où les enquêtes et les recommandations sont formulées après la survenue de la crise. Nous effectuons notre travail pendant la pandémie de la COVID-19, une deuxième vague d'infections déferlant sur la Province, y compris sur les foyers de soins de longue durée.

Dans le cadre de la phase d'enquête à ce jour, nous avons rencontré plus de 200 personnes de presque 50 groupes, dont des experts, des associations, des syndicats, des gestionnaires de foyers de soins de longue durée, des familles et des responsables gouvernementaux. Notre site Web identifie ceux qui sont comparus devant la Commission à ce jour et comprend les diapositives de présentation et les transcriptions (<http://www.ltccommission-commissionsld.ca/fr/index.html>). Nous avons également reçu à ce jour de nombreuses dépositions de personnes et d'associations intéressées à contribuer au travail de la Commission.

Sur la base de notre enquête en cours, notre rapport définitif présentera un compte rendu de ce qui s'est passé au cours de la première vague de la pandémie et fournira un large éventail de recommandations relatives aux défis systémiques de la COVID-19 et aux facteurs qui ont contribué à la tragédie dans les foyers de soins de longue durée.

Nous attendons impatiemment de recevoir vos réponses à nos recommandations anticipées et votre comparution devant la Commission tandis que nous poursuivons notre enquête.



L'honorable Frank N. Marrocco
Président



Angela Coke
Commissaire



Dr. Jack Kitts
Commissaire

cc. L'hon. Christine Elliott, vice-première ministre et ministre de la Santé

The Honourable Frank N. Marrocco, Chair
Angela Coke, Commissioner
Dr. Jack Kitts, Commissioner

L'honorable Frank N. Marrocco, président
Angela Coke, commissaire
Dr Jack Kitts, commissaire

le 4 décembre, 2020

Madame la Ministre,

Comme on peut le constater, la province traverse une deuxième vague de la pandémie de la COVID-19 et les résidents des foyers de soins de longue durée (SLD) continuent d'être exposés à un risque accru. Depuis la publication de notre lettre provisoire et de nos recommandations le 23 octobre, plus de 100 foyers ont été touchés par une éclosion et plus de 300 résidents sont décédés.

Il s'agit de notre deuxième lettre provisoire contenant des recommandations. Elle met l'accent sur la qualité des services aux résidents en raison de la vulnérabilité persistante des foyers de SLD et sur des informations complémentaires fondées sur les preuves que nous avons reçues depuis notre première lettre provisoire.

Nous sommes conscients que de nombreux facteurs augmentent le risque que ce virus pénètre dans les foyers de SLD et cause des infections généralisées et des décès. Par exemple, nous avons appris que la prévalence et la transmission du virus dans la collectivité est un indicateur important de la propagation dans les foyers de SLD. Toutefois, certains facteurs qui peuvent être efficaces pour réduire les risques et améliorer la qualité des services pour les résidents des foyers de SLD peuvent être abordés à court terme. Parmi ces facteurs, on note :

1. Un leadership efficace et responsabilité;
2. Des indicateurs de rendement pour évaluer l'état de préparation de chaque foyer à la prévention et à la gestion des éclosions de la COVID-19; et
3. Des inspections ciblées pour évaluer la conformité aux mesures connues pour réduire les répercussions du virus.

1. Leadership et responsabilité dans les foyers de SLD

Selon le principe fondamental de la *Loi 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. » Il faut un leadership efficace et de la responsabilité à tous les niveaux du secteur des SLD pour s'assurer que les résidents et le personnel vivent et travaillent dans un environnement défini par ce principe fondamental. Dans les mois à venir, la Commission continuera à examiner le leadership à tous les niveaux et ses répercussions sur les soins aux résidents et sur le personnel des foyers de SLD. Dans cette lettre provisoire, nous nous focaliserons en priorité sur le leadership dans les foyers.

Nous avons appris de la première vague que le leadership sur le terrain est important. Nous avons appris que les foyers où les dirigeants étaient omniprésents et clarifiaient les rôles et responsabilités du personnel s'en sortaient mieux que ceux où les dirigeants étaient moins engagés. Les foyers disposant de dirigeants efficaces étaient mieux préparés, avaient moins d'éclosions et maîtrisaient mieux les éclosions lorsqu'elles survenaient.

Les rapports provisoire et final des Forces armées canadiennes (FAC) sur les observations qu'elles ont faites dans les foyers de SLD où elles ont été affectées en Ontario ont clairement identifié la mauvaise communication entre les dirigeants et le personnel, la mauvaise intégration du nouveau personnel, des niveaux inappropriés de supervision et des préoccupations concernant les compétences cliniques et la qualité des services aux résidents comme étant les principaux facteurs ayant contribué aux crises dans ces foyers. Le rapport provisoire des FAC indique que les dirigeants des foyers de SLD reconnaissent qu'ils doivent s'améliorer.

Nous avons également entendu des témoignages selon lesquels l'équipe de direction d'un foyer sans but lucratif de Toronto, un endroit où la transmission interne était élevée, a fait preuve de leadership dans la préparation face à la pandémie et la gestion de celle-ci. L'équipe de direction a surveillé de façon proactive la situation mondiale et la situation au Canada au début février pour se préparer à d'éventuelles répercussions. La haute direction a tenu des réunions pour activer et examiner les plans de lutte contre la pandémie, sur la base de leur expérience du SRAS. Au début février, leur évaluation comprenait l'examen des effectifs, de la nourriture, de la PCI et des fournitures d'EPI, ainsi que la mise en œuvre du port obligatoire du masque, avant la mise en place des directives gouvernementales. La communication régulière de la direction avec le personnel et les familles (visites informelles des PDG, etc.) était une pratique courante. Grâce à cette approche proactive et pratique, le foyer n'a enregistré aucun cas positif à la COVID-19 lors de la première vague et aucun cas jusqu'à présent au cours de la deuxième vague.

Nous avons également appris qu'il y avait de la confusion quant à savoir qui était responsable du maintien de la qualité des services aux résidents des foyers pendant la pandémie. Il n'était pas clairement établi à qui incombait cette responsabilité dans les équipes de direction des foyers de SLD, équipes composées du directeur exécutif, du directeur des soins infirmiers et personnels et du directeur médical, et ces dirigeants n'étaient pas toujours accessibles ou présents sur place. Nous avons également reçu des informations concernant les études, la formation et les ressources financières que les dirigeants du secteur sont censés avoir pour assumer et exercer efficacement leurs fonctions.

L'expérience montre qu'un leadership efficace exige souvent des décisions difficiles. Le regroupement en cohortes, l'isolement et le transfert sont des exemples de décisions difficiles et opportunes que les dirigeants des foyers de SLD doivent prendre durant une éclosion.

Étant donné que 40 % des foyers de SLD disposent de salles à plusieurs lits dans lesquelles la maladie se propage rapidement et qui ont une capacité limitée à regrouper en cohortes et à permettre l'isolement sur place, les dirigeants de ces foyers doivent travailler avec leurs partenaires de santé locaux, les résidents et les familles afin d'élaborer des plans d'urgence pour transférer les résidents, si cela s'avère nécessaire. L'expérience de l'Hôpital régional de Windsor et du foyer de SLD Heron Terrace est instructive pour illustrer la façon dont un leadership, une planification et une exécution décisifs peuvent être combinés dans un effort singulier pour sauver la vie des résidents lorsqu'un foyer fait face à une grave éclosion.

« Il est devenu évident que Heron Terrace ne pouvait pas poursuivre ses opérations, même avec un soutien de la part du personnel des soins à domicile et en milieu communautaire, et des discussions ont été entamées assez rapidement sur la possibilité de transférer les résidents, pour des raisons de sécurité. »

David Musyj, président-directeur général de l'Hôpital régional de Windsor

Cela est conforme à notre précédente recommandation selon laquelle les résidents positifs à la COVID-19, notamment dans les foyers pour personnes âgées, doivent se voir offrir la possibilité d'être transférés dans d'autres environnements afin de prévenir la transmission du virus et de les aider à guérir.

La personne responsable de la qualité des services aux résidents dans chaque foyer doit travailler avec son hôpital, les partenaires de santé publique et d'autres intervenants à la mise en place de plans pour transférer rapidement les résidents vers d'autres établissements, s'il est judicieux de le faire. Le plan doit identifier ces établissements à l'avance.

Nous avons également appris que les foyers de SLD en Ontario et dans d'autres pays (par exemple à Hong Kong depuis 2004) où il y avait un membre du personnel formé et attiré à la prévention et au contrôle des infections (PCI) étaient mieux à même de prévenir et/ou de contrôler la propagation du virus.

« ...le gouvernement exige que tous les foyers de soins de longue durée aient un membre du personnel, généralement une infirmière, qui soit désigné comme responsable du contrôle des maladies infectieuses dans le foyer de soins de longue durée. »

Professeur Terry Lum, Université de Hong Kong et interRAI

Bien que le règlement de la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) exige que chaque foyer dispose d'un coordonnateur de programme de PCI et que des progrès aient été réalisés pour améliorer l'accès à l'expertise de la PCI par l'entremise des centres d'expertise de la PCI depuis nos recommandations d'octobre, beaucoup reste encore à faire dans certains foyers.

Tant que la pandémie n'est pas terminée, nous vous recommandons d'exiger que :

- Un membre de l'équipe de direction composée du directeur exécutif, du directeur des soins infirmiers et personnels et du directeur médical de chaque foyer de SLD soit **clairement désigné comme responsable de la qualité des services aux résidents**. Cette personne doit être présente sur place chaque jour à temps plein et être responsable de la qualité des services aux résidents. La province doit fournir les ressources financières nécessaires pour soutenir efficacement la personne responsable de la qualité des services aux résidents dans l'exercice de son rôle et de ses responsabilités.

2. Indicateurs de rendement

Les six indicateurs cliniques actuellement évalués dans les rapports sur le rendement des foyers de SLD, tels que le pourcentage de résidents qui ont chuté, ont ressenti des douleurs ou ont été contenus physiquement, sont un excellent premier pas pour faire progresser la transparence et signaler les problèmes dans les foyers. Bien que précieuses, ces données ne fournissent pas d'autres indications importantes sur la qualité des services reçus par les résidents et sur leur expérience dans le foyer. De plus, les chiffres les plus récents se fondent sur les données de 2018-2019 et sont hébergés sur une plateforme en ligne autre que celle où sont hébergés les rapports d'inspection des foyers.

Du point de vue de la qualité des services, les foyers devraient surveiller et rendre compte des autres indicateurs qui fourniraient des informations supplémentaires importantes aux résidents, aux familles et au grand public et par rapport auxquelles les foyers peuvent être évalués.

Les indicateurs dans des domaines tels que les effectifs (par exemple, la composition des effectifs, le ratio résidents/employés et le ratio résidents/employés ayant une expertise clinique, le niveau d'engagement du personnel, etc.), les fournitures d'EPI et la satisfaction des résidents et des familles concernant les soins dispensés au foyer devraient être contrôlés et faire l'objet de rapports publics.

Nous comprenons que la surveillance et la conformité aux pratiques de santé publique, l'EPI, la PCI et les effectifs ont pris une importance récente en raison de la pandémie et ne sont pas régulièrement surveillés comme les autres mesures. La responsabilité et l'obligation de rendre compte de la supervision de cette tâche devraient incomber au responsable de la qualité des services aux résidents du foyer.

Par conséquent, nous recommandons que des mesures immédiates soient prises pour :

- **Inclure des mesures de rendement telles que la satisfaction des résidents et des familles, l'engagement du personnel, les niveaux des effectifs et la fourniture d'EPI dans les rapports de rendement des foyers de SLD.**
- **Afficher publiquement les rapports de rendement des foyers** dans un endroit unique et centralisé pour que le public et les autres foyers puissent évaluer et comparer les foyers les uns aux autres. Ces informations devraient être mises à jour plus souvent et être présentées de manière conviviale avec l'état des inspections de chaque foyer pour que le public puisse y effectuer des recherches et accéder à un tableau complet du rendement de chaque foyer.

3. Inspections

Des questions et des préoccupations ont été soulevées quant à l'efficacité du système de surveillance et d'inspection de la province, dont le principal objectif est de protéger les personnes vulnérables dans les foyers de SLD.

Sur la base des témoignages donnés devant la Commission, des informations partagées par les fonctionnaires et de la recherche menée par la Commission, plusieurs questions ont été soulevées qui, selon la Commission, nécessitent une attention urgente. Il s'agit notamment de la décision prise à l'automne 2018 de mettre fin aux inspections de la qualité des services aux résidents dans tous les foyers de soins de longue durée, du manque apparent d'uniformité dans l'application des règles et de l'approche cloisonnée des inspections par le ministère des Soins de longue durée (MSLD), le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences (MTFDC) et les inspecteurs de la santé publique.

a) L'élimination des inspections annuelles de la qualité des soins aux résidents

En 2013, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a reconnu que des inspections complètes aideraient à identifier les problèmes systémiques dans les foyers et s'est engagé à effectuer une inspection de la qualité des services aux résidents dans chaque foyer par la fin 2014 et chaque année suivante. La quasi-totalité des 626 foyers de SLD ont fait l'objet d'une inspection de la qualité des services aux résidents en 2015, 2016 et 2017.

De plus, environ 100 inspecteurs ont été embauchés sur deux ans pour soutenir cet effort, portant le total à 180 en 2015. Nous notons que ce nombre est resté largement le même au cours des cinq dernières années, avec 175 inspecteurs de SLD travaillant actuellement dans le cadre du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée (PIQFSLD).

En réponse à la recommandation de la vérificatrice générale en 2015 « d'accorder la priorité aux inspections complètes découlant des plaintes et des incidents critiques survenus dans les foyers de SLD et d'autres facteurs de risque » pour effacer un arriéré de près de 3 000 inspections découlant de plaintes et d'incidents critiques, le ministère a introduit une approche d'inspection et d'application fondée sur le risque.

Les foyers de SLD jugés à haut risque devaient faire l'objet d'inspections annuelles plus approfondies, même si tous les foyers devaient encore être inspectés chaque année. En 2018, 329 foyers de SLD ont fait l'objet d'une inspection de la qualité des services aux résidents. Cependant, ce nombre a chuté à 27 foyers en 2019.

Cette réduction du nombre d'inspections, qui vise à fournir un examen global des opérations dans les foyers, a laissé au ministère un tableau incomplet de l'état de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et de la préparation aux situations d'urgence.

Il s'agit d'une lacune importante, car les inspections de la qualité des services aux résidents sont les seules inspections axées sur les résidents qui doivent inclure un examen de la PCI. De par leur nature, une plainte découlant des problèmes quotidiens dans un foyer est très peu susceptible d'identifier les problèmes posés par l'équipement et les processus qui seraient utilisés en cas d'urgence.

Il est important de noter que nous n'avons trouvé aucune indication que des inspections proactives aient été lancées par le MSLD lorsque les éclosions de la COVID-19 ont commencé dans le monde. Du 1^{er} mars au 15 octobre 2020, seulement 11 foyers de SLD ont fait l'objet d'une inspection proactive.

Nous recommandons au ministère :

- **De réintroduire les inspections annuelles de la qualité des services aux résidents pour tous les foyers de SLD et d'exiger que toutes les inspections réactives qui ont lieu pendant la pandémie incluent un examen du programme de PCI.** Cela fera en sorte que tous les foyers de SLD reçoivent un examen et une évaluation du protocole de PCI et que les éventuelles violations soient identifiées chaque fois qu'une inspection du MSLD a lieu dans le foyer pendant la pandémie.
- **De demander un financement approprié dans le prochain budget provincial de 2021 pour embaucher et former de nouveaux inspecteurs afin de mettre en œuvre les inspections annuelles de la qualité des services aux résidents dans chaque foyer de SLD du système.** Ces ressources sont importantes pour répondre aux besoins actuels ainsi qu'à la demande anticipée qui sera créée avec les nouveaux lits supplémentaires qui seront mis en service dans les deux à cinq prochaines années.

b) Application

Outre la suppression des inspections, nous sommes préoccupés par l'apparent manque d'application des règles et de suivi de la vérification du respect des ordonnances émises par le ministère.

En 2019, les deux mesures d'exécution les plus courantes étaient l'avis écrit et le plan de correction volontaire. Ni l'une ni l'autre n'exige un suivi ou une vérification obligatoire de la part du foyer de SLD pour illustrer le respect de l'exigence de la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

De 2018 à 2020, le plan de soins a toujours été considéré comme le principal domaine de non-conformité identifié lors des inspections découlant de plaintes. Cela illustre le volume élevé de plaintes qui ont dû être formulées au sujet du plan de soins des résidents. Il est intéressant de noter que les questions relatives à la PCI figurent rarement dans la liste des dix premiers domaines de non-conformité identifiés lors des inspections découlant de plaintes, montrant qu'elles ont rarement fait l'objet d'une inspection.

Les ordonnances de direction (OD) semblent n'être appliquées que dans des circonstances extrêmes. Il n'y en a eu que 21 émises entre janvier 2019 et août 2020.

De plus, il semble que les amendes ou les pénalités au terme de poursuites pour non-conformité aux ordonnances émises dans le cadre de la LFSLD sont rarement appliquées comme une forme de mesure corrective, ce qui peut illustrer le manque de désir manifeste des exploitants de SLD de se conformer.

Nous recommandons au ministère :

- **D'améliorer l'application en accordant la priorité à des réponses rapides en cas de non-respect des ordonnances de la PCI et du plan de soins.**

c) Coordination des inspections

Enfin, il semble qu'il n'existe pas d'approche uniforme des inspections effectuées par le MSLD, le MTFDC et les unités de santé publique.

Cela s'explique probablement par le fait que les inspecteurs des trois organisations ont tendance à exercer leurs fonctions de façon indépendante. Si des problèmes qui ne relèvent pas de leurs mandats respectifs surviennent pendant les inspections, ils peuvent informer ou consulter leurs homologues, mais il n'existe pas de protocole clair ou largement utilisé pour l'échange d'informations ou le suivi.

Cette approche incohérente des inspections s'est avérée extrêmement préjudiciable pour la PCI dans les foyers de SLD. Avec la quasi-suppression des inspections de la qualité des services aux résidents et les inspections minimales déclenchées par les plaintes ou les incidents critiques de la PCI, les inspections du MSLD n'ont guère aidé à identifier de façon proactive les lacunes dans le contrôle des infections dans les foyers et à y remédier. Les inspections du MTFDC étaient axées sur les normes de santé et de sécurité au travail, telles l'accès aux EPI, mais uniquement en ce qui concerne le personnel, et non les résidents. Les organismes de santé publique ont fourni des conseils sur les meilleures pratiques en matière de PCI, mais dans certains cas, elles ne semblaient pas disposer de ressources ou de capacités suffisantes pour soutenir l'application pratique dans les foyers.

Par conséquent, nous recommandons que des mesures immédiates soient prises pour :

- **Éliminer l'approche cloisonnée des inspections du MTFDC, des unités de santé publique et du MSLD par l'entremise de formations croisées, de la mise en place d'un système centralisé de partage de rapports et d'équipes d'inspecteurs pour traiter des questions transversales précises.** Le partage d'informations sur les exigences législatives croisées, telles que la PCI, garantirait la communication et l'application uniforme des normes, et la formation croisée permettrait d'envoyer des inspecteurs des trois organisations pour soutenir les foyers dans les situations d'urgence.

Conclusion

Tel qu'indiqué dans notre lettre précédente, qui contenait nos premières recommandations provisoires, contrairement à d'autres enquêtes publiques, les travaux de notre Commission sont menés durant la pandémie de la COVID-19, et pendant qu'une deuxième vague d'infections se produit dans la province, y compris dans les foyers de soins de longue durée.

Comme pour notre première série de recommandations provisoires, il ne s'agit pas de nos observations finales sur les questions soulevées dans cette lettre.

Sur la base de notre enquête en cours, notre rapport final présentera un compte rendu de ce qui s'est passé au cours de la première vague de la pandémie et fournira un large éventail de recommandations relatives aux défis systémiques de la COVID-19 et aux facteurs qui ont contribué à la tragédie dans les foyers de soins de longue durée.



L'honorable Frank N. Marrocco
Président



Angela Coke
Commissaire



Dr. Jack Kitts
Commissaire

cc. L'hon. Christine Elliott, vice-première ministre et ministre de la Santé

Annexe B : Les soins de longue durée et l'intervention en cas d'urgence en Ontario

Afin d'évaluer l'incidence de la COVID-19 sur le système de soins de longue durée (SLD) de l'Ontario, il est utile de comprendre les rôles et les responsabilités des personnes engagées dans la réponse à la pandémie dans les foyers de SLD de la province.

Dans les foyers de SLD, les titulaires de permis (exploitants), la direction et le personnel ont tous leurs propres rôles et responsabilités en ce qui concerne le fonctionnement général des foyers et la protection de ceux-ci contre les éclosions de maladies infectieuses.

D'autre part, les systèmes de soins de santé, de santé publique et d'intervention en cas d'urgence de l'Ontario sont extrêmement complexes. Au niveau provincial, ces systèmes sont gérés par des ministères tels que le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée, avec le soutien d'agences gouvernementales comme Santé publique Ontario (SPO). En plus de leurs pouvoirs et responsabilités généraux, bon nombre de ces entités ont des pouvoirs et responsabilités supplémentaires qui sont mobilisés lors d'une urgence de santé publique.

Au niveau régional, les bureaux de santé publique (BSP) sont responsables de la prestation des services de santé *publics* à la population en général. Avant le 1^{er} avril 2021, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) planifiaient, finançaient et administraient certains services de santé *individuels* pour les personnes vivant dans les communautés locales de l'Ontario. Il s'agissait notamment de superviser les processus d'admission et de placement dans les foyers de SLD.

Pour ajouter à cette complexité, il faut savoir qu'au début de la pandémie de COVID-19, deux éléments clés du secteur de la santé de la province faisaient l'objet de remaniements majeurs. En juin 2019, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a été scindé en deux ministères distincts : le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée. En outre, bon nombre des rôles et des responsabilités des RLISS ont été transférés à une nouvelle agence de santé appelée Santé Ontario.

Le 1^{er} avril 2021, l'Ontario a annoncé que la plupart des fonctions de planification et de financement des réseaux locaux d'intégration des services de santé seraient transférées à Santé Ontario (il en sera question plus loin). Les RLISS, désormais appelés Services de soutien à domicile et en milieu communautaire, ont maintenu leur surveillance des admissions et des placements dans les foyers de SLD. Sauf indication contraire, les renseignements sur les RLISS et sur Santé Ontario contenus dans la présente annexe sont à jour en date du 31 mars 2021.

Dans la présente annexe, nous commencerons par décrire les structures de leadership au sein des foyers de SLD. Nous décrivons ensuite les rôles et les responsabilités des leaders de la santé publique et des soins de santé, ainsi que des systèmes de services d'urgence de l'Ontario. Enfin, la législation et les directives pertinentes seront brièvement abordées, le tout dans le but de comprendre l'incidence de tous ces acteurs sur la réponse à la pandémie de COVID-19 au sein des foyers de SLD.

Les SLD

Les foyers de SLD fournissent aux personnes hébergées des soins 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Il s'agit notamment de services de santé professionnels, d'aide aux soins personnels comme le bain et l'alimentation, et de services comme les repas et l'entretien ménager. Les personnes résidant dans ces foyers ont des besoins complexes en matière de soins de santé et, à ce titre, les foyers se sont dotés de divers postes de direction afin de s'assurer que toutes les exigences législatives et réglementaires pertinentes relatives à ces établissements sont respectées. Ces rôles et responsabilités sont abordés ci-dessous.

Titulaire de permis de foyer de SLD

Le titulaire de permis est l'entité qui reçoit l'approbation officielle du gouvernement pour exploiter un établissement de soins de longue durée. Les entités pouvant être titulaires de permis sont les sociétés à but lucratif, les sociétés sans but lucratif, les municipalités et les Premières Nations.

Les titulaires de permis sont soumis à un certain nombre d'exigences détaillées dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD)* et son règlement connexe (détaillé ci-dessous). La principale responsabilité du titulaire de permis est de « veille(r) à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents ». Des fonctionnaires du ministère des Soins de longue durée ont déclaré à la Commission que cette responsabilité exige, entre autres, que les titulaires de permis veillent à la sécurité des personnes résidentes en cas de pandémie.

En vertu de la *LFSLD*, les titulaires de permis doivent fournir aux personnes résidentes plusieurs services essentiels, notamment des services médicaux, des services de soins infirmiers et de soutien personnel, des services de diététique et d'hydratation et des soins de rétablissement. En ce qui concerne les services de santé, les titulaires de permis doivent s'assurer qu'un médecin ou une infirmière ou infirmier autorisé :

- procède à un examen physique de chaque personne résidente au moment de son admission;
- procède à un examen physique annuel de chaque personne une fois par an, après son admission, et établit un rapport écrit des résultats de l'examen;

- se rend régulièrement au foyer pour fournir des services, notamment des évaluations; et
- participe à la fourniture d'une couverture après les heures normales et d'une couverture de garde.

Sous réserve de certaines exceptions détaillées ci-dessous, le titulaire de permis doit veiller à ce que, avant que le personnel ne commence à travailler dans un foyer, il reçoive une formation portant, entre autres, sur la prévention et le contrôle des infections (PCI). Cette formation doit comprendre un enseignement sur l'hygiène des mains, la transmission des infections, les pratiques de nettoyage et de désinfection et l'utilisation de l'équipement de protection individuelle (ÉPI). Le titulaire de permis doit aussi veiller à ce que le personnel soit formé sur la manière de nettoyer et d'assainir l'équipement qu'il utilise dans le cadre de son travail.

En cas d'urgence ou de circonstances imprévues empêchant la formation d'un membre du personnel avant qu'il ou elle ne commence à travailler, le titulaire de permis peut offrir une formation en PCI dans la semaine suivant l'entrée en fonctions.

Le titulaire de permis doit également veiller à ce que le personnel qui est en contact direct avec les personnes résidentes reçoive une formation dans des domaines supplémentaires, notamment les soins aux personnes atteintes de démence, la gestion des comportements agressifs ou problématiques et la prestation de soins palliatifs.

Sous réserve de certaines exceptions, le titulaire de permis doit veiller à ce que le personnel reçoive une nouvelle formation dans les domaines susmentionnés une fois par an.

Le titulaire de permis n'est pas tenu de fournir cette formation au personnel qui travaille dans un foyer sur une base contractuelle ou dans le cadre d'un contrat entre le titulaire de permis et une agence de placement. Le titulaire de permis est toutefois tenu de lui fournir des renseignements sur la PCI avant son entrée en fonctions.

En plus d'imposer des obligations aux titulaires de permis, la *LFSLD* attribue également des responsabilités à trois postes de cadres : l'administrateur, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et le directeur médical.

L'administrateur

On entend par « administrateur » la personne responsable d'un établissement de SLD donné et de sa gestion quotidienne. Le nombre d'heures par semaine qu'elle passe à travailler dans un foyer est dicté par le nombre de lits.

En général, un administrateur doit avoir fait entre deux et trois ans d'études postsecondaires, posséder trois ans d'expérience dans une fonction de gestion et démontrer des compétences avérées en matière de leadership et de communication. Cette personne doit aussi suivre un cours portant sur l'administration des foyers de SLD

avant de pouvoir être embauchée. Ces exigences ne s'appliquent pas aux personnes qui ont déjà occupé un poste d'administrateur de foyer de SLD.

En dehors de sa responsabilité dans la gestion générale du foyer, l'administrateur n'a pas beaucoup de responsabilités explicitement énoncées dans la législation ou les règlements pertinents. Dans la pratique, cependant, cette personne s'occupe souvent des questions de dotation et de personnel, gère les plaintes concernant le fonctionnement du foyer et entretient des relations avec les parties prenantes externes.

Directeur des soins infirmiers et des soins personnels

Chaque foyer de SLD doit employer un directeur ou une directrice des soins infirmiers et des soins personnels (direction des soins infirmiers). La direction des soins infirmiers est chargée de diriger et de superviser le personnel infirmier et des services de soutien personnels du foyer, ainsi que leurs services. Toutes les directions des soins infirmiers doivent être des infirmiers ou infirmières autorisés ayant acquis au moins un an d'expérience de travail dans le domaine des soins de longue durée et trois ans d'expérience dans un poste de gestion ou de supervision. Ces exigences ne s'appliquent pas aux personnes ayant déjà travaillé comme directeur des soins infirmiers dans un établissement de SLD.

Comme pour l'administrateur, le nombre d'heures que la direction des soins infirmiers doit passer à travailler sur place dans le foyer de SLD dépend du nombre de lits.

En général, les responsabilités de la direction des soins infirmiers comprennent le recrutement et l'établissement des horaires du personnel infirmier et des préposées et préposés aux services de soutien personnel (PSSP), la réponse aux plaintes liées aux soins infirmiers, ainsi que le signalement des incidents critiques et les enquêtes à leur sujet.

Directeur médical

La *LFSLD* exige également que chaque établissement soit doté d'un directeur médical ou d'une directrice médicale (direction médicale). La direction médicale, qui doit être un ou une médecin, est généralement chargée de conseiller le titulaire du permis sur les questions relatives aux soins médicaux dans le foyer.

Les responsabilités propres à la direction médicale comprennent :

- l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des services médicaux dans le foyer;
- l'offre de conseils sur les politiques et procédures cliniques, le cas échéant;
- la communication des attentes en matière de soins aux médecins traitants et aux infirmières et infirmiers autorisés;

- le traitement des questions relatives aux soins aux personnes résidentes, à la couverture après les heures normales et à la couverture de garde; et
- la participation aux comités interdisciplinaires et aux activités d'amélioration de la qualité.

Hormis l'obligation pour la direction d'être un ou une médecin, la législation n'exige pas de formation ou d'accréditation particulière pour qu'une personne puisse travailler en tant que direction médicale. En fait, la direction médicale est exemptée des exigences en matière de formation prévues par la *LFSLD* dans des domaines comme les soins aux résidentes et résidents atteints de démence, la gestion des comportements problématiques ou agressifs et la prestation de soins palliatifs. Cette exemption s'applique également dans certaines circonstances précises aux médecins et à certaines infirmières et infirmiers autorisés qui travaillent dans des foyers de SLD.

Soins infirmiers et services de soutien personnel

Tous les foyers de soins de longue durée doivent maintenir des programmes organisés encadrant les services de soins infirmiers et de soutien personnel nécessaires pour répondre aux besoins des personnes résidentes. À cette fin, les foyers doivent s'assurer qu'il existe un plan de dotation en personnel écrit pour leurs programmes de soins infirmiers et de services de soutien personnel. Ce plan doit :

- assurer une composition du personnel conforme aux besoins évalués des personnes résidentes en matière de soins et de sécurité;
- définir l'organisation et la programmation des quarts de travail du personnel;
- promouvoir la continuité des soins en réduisant au minimum le nombre de membres du personnel différents qui fournissent des services de soins infirmiers et de soutien personnel à chaque résident;
- inclure un plan de secours pour la dotation en personnel infirmier et en soins personnels permettant de faire face aux situations où le personnel, y compris le personnel infirmier, ne peut se présenter au travail; et
- être évalué et mis à jour au moins une fois par an conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en leur absence, conformément aux pratiques en vigueur.

La législation ne fournit pas de détails précis sur ce qui constitue une composition appropriée du personnel.

Les foyers sont également tenus, en vertu de la *LFSLD*, de limiter le recours au personnel temporaire, occasionnel ou d'agence.

Soins infirmiers

Tous les foyers doivent avoir au moins une infirmière ou un infirmier autorisé sur place en tout temps. Sauf dans un ensemble restreint de circonstances exceptionnelles,

l'infirmière ou l'infirmier sur place doit être à la fois une personne employée du foyer et un membre actif du personnel infirmier du foyer. Ni l'administrateur ni la direction des soins infirmiers ne peut se substituer à l'infirmière ou à l'infirmier sur place.

Étant donné que les infirmières et infirmiers qui travaillent pour des agences de soins infirmiers ne sont pas des personnes employées du foyer, elles ne sont généralement pas autorisées à agir comme infirmières ou infirmiers sur place dans un foyer de SLD. Il existe toutefois certaines circonstances exceptionnelles dans lesquelles une infirmière ou infirmier d'agence est autorisé à faire office d'infirmière ou d'infirmier sur place.

Préposées et préposés aux services de soutien à la personne (PSSP)

Les préposées et préposés aux services de soutien à la personne jouent un rôle crucial dans les soins quotidiens. Leur responsabilité consiste à aider les personnes résidentes dans toutes les activités de la vie quotidienne et de l'hygiène personnelle, comme le bain, l'habillage et l'accompagnement aux toilettes; à aider la personne à se rendre à divers endroits du foyer et à en revenir; à aider la personne à prendre ses repas; et à consigner tous les aspects non infirmiers et non médicaux de la vie quotidienne de la personne.

Il n'existe actuellement aucune exigence de formation uniforme pour les PSSP dans les foyers de soins de longue durée. Bien que le règlement d'application de la *LFSLD* stipule que toute personne embauchée comme PSSP par un titulaire de permis doit avoir suivi un programme de formation approuvé par le ministère de la Formation et des Collèges et Universités de l'Ontario, il existe de nombreuses exceptions à cette règle. Dans certains cas, une personne peut être embauchée comme PSSP dans un foyer de SLD sans avoir suivi la formation, à condition que, de l'avis de la direction du foyer, elle possède les compétences requises pour ce faire.

Par exemple, un titulaire de permis peut embaucher une personne qui « détient un diplôme ou un certificat conféré dans un autre territoire » pour travailler en tant que PSSP, à condition que :

- la personne fournisse la preuve de l'obtention de son diplôme au titulaire du permis;
- le programme suivi comprenne au moins 600 heures d'enseignement et d'expérience pratique; et que
- la personne « possède un ensemble de compétences équivalant, de l'avis raisonnable du titulaire de permis, à celui que devrait posséder, selon les attentes du titulaire de permis, une personne ayant terminé [un programme de formation de PSSP de l'Ontario] ».

Toutefois, le règlement ne fournit pas de détails supplémentaires sur le type de diplôme ou de certificat qui pourrait bénéficier de cette exception.

Coordonnatrice ou coordonnateur, Prévention et contrôle des infections

Chaque titulaire de permis doit s'assurer que son foyer dispose d'un programme de PCI (voir ci-dessous). Le titulaire de permis doit également désigner l'un des membres du personnel du foyer comme coordonnatrice ou coordonnateur du programme de PCI du foyer. Cette personne doit avoir une formation et de l'expérience dans les pratiques de PCI comme les maladies infectieuses, le nettoyage et la désinfection, la collecte de données et l'analyse des tendances, les protocoles de rapport et la gestion des éclosions. La législation ne précise toutefois pas la formation ou les compétences précises que doit posséder cette personne.

Bien que des responsabilités législatives particulières ne lui soient pas attribuées, les documents d'orientation sur les SLD du gouvernement de l'Ontario indiquent que ses activités peuvent inclure :

- la réception de rapports sur de potentielles éclosions dans des foyers de SLD;
- la surveillance des maladies infectieuses dans les foyers et l'analyse des données qui en résultent;
- la consultation des BSP sur les éclosions potentielles dans les foyers de SLD et la remise à ceux-ci des informations sur les personnes infectées;
- au sein de l'équipe affectée à cette fin, la gestion des éclosions dans un foyer; et
- la coordination de la riposte d'un foyer à une éclosion et la mise en place et l'application des mesures de contrôle des éclosions.

Tous les titulaires de permis sont également tenus de maintenir un programme systématique d'entretien ménager. Ce programme doit inclure des procédures de nettoyage et de désinfection du matériel, des fournitures et des dispositifs de soins aux personnes résidentes, ainsi que des surfaces de contact. Le règlement de la *LFSLD* exige que la coordonnatrice ou le coordonnateur de la PCI participe au choix du désinfectant utilisé dans le cadre du programme de nettoyage.

Conseils des résidents et conseils des familles

La *LFSLD* prévoit deux groupes qui peuvent jouer un rôle dans la défense des droits des personnes résidentes : les conseils des résidents et les conseils des familles. Lorsqu'on le lui demande, le titulaire de permis doit rencontrer les conseils des résidents et les conseils des familles et coopérer avec eux. Il doit les consulter au moins une fois tous les trois mois sur le fonctionnement du foyer. Le titulaire de permis ne peut pas assister aux réunions du conseil des résidents ou du conseil des familles à moins d'y être convié. Le titulaire de permis doit aussi demander l'avis du conseil des résidents et du conseil des familles lorsqu'il élabore et réalise des enquêtes sur la satisfaction des personnes résidentes et des familles, et qu'il donne suite aux résultats de ces enquêtes. Ces dernières doivent être menées au moins une fois par an.

Enfin, le titulaire de permis ne peut pas interférer avec l'un des deux conseils ni l'empêcher de remplir ses fonctions.

Conseils des résidents

Tous les foyers de SLD doivent avoir un conseil des résidents. Seules les personnes résidentes sont autorisées à être membres du conseil. Elles ont toutes le droit de participer au conseil et d'exprimer leurs préoccupations concernant le fonctionnement du foyer au conseil sans interférence ni crainte de coercition, de discrimination ou de représailles. Parmi les pouvoirs de ces conseils, citons les suivants :

- informer les personnes résidentes de leurs droits et obligations juridiques, ainsi que des droits et obligations juridiques du titulaire du permis;
- tenter de résoudre les différends entre les titulaires de permis et les personnes résidentes;
- informer le titulaire de permis de toute préoccupation ou recommandation du conseil concernant le fonctionnement du foyer;
- examiner les documents relatifs aux inspections du foyer menées par le ministère des Soins de longue durée et les états financiers relatifs au foyer;
- signaler au titulaire du permis ou au ministère les recommandations et les préoccupations concernant le fonctionnement du foyer; et
- examiner les menus et les plans d'approvisionnement alimentaire du foyer.

Lorsque le conseil fait part d'une préoccupation ou d'une recommandation au titulaire de permis, ce dernier doit répondre au conseil par écrit dans les 10 jours.

Conseils des familles

Les foyers de SLD sont autorisés à créer des conseils des familles, mais n'y sont pas tenus. Tout membre de la famille d'une personne résidente d'un foyer peut demander au titulaire de permis de créer un conseil des familles et le titulaire de permis doit s'exécuter dans les 30 jours. Si un foyer n'a pas de conseil des familles, le titulaire de permis doit régulièrement informer les familles de leur droit de demander la création d'un conseil. Environ 80 % des foyers de SLD de l'Ontario sont dotés d'un conseil des familles.

Tout membre de la famille ou tout proche d'une personne résidente (y compris les amis et les mandataires spéciaux désignés) a le droit d'être membre du conseil des familles. Les personnes participant au fonctionnement ou à la gestion du foyer ainsi que les membres du personnel ne peuvent en être membres, même s'ils ont également des proches qui résident au foyer. Chaque personne résidente d'un foyer de SLD a le droit de faire part de ses préoccupations ou de ses recommandations concernant le fonctionnement de son foyer au conseil des familles sans craindre la coercition, la discrimination ou les représailles.

Entre autres choses, les conseils des familles ont le pouvoir de :

- fournir une assistance, des informations et des conseils aux personnes résidentes, aux membres de leur famille et à leurs proches;
- conseiller les personnes résidentes, les membres de leur famille et leurs proches sur les droits et obligations juridiques des personnes résidentes et du titulaire du permis;
- tenter de résoudre les différends entre les titulaires de permis et les personnes résidentes;
- examiner les documents relatifs aux inspections du foyer par le ministère des Soins de longue durée et les états financiers relatifs au foyer; et
- faire état au titulaire du permis ou au ministère de leurs recommandations et de leurs préoccupations concernant le fonctionnement du foyer.

Lorsqu'un conseil des familles fait part d'une préoccupation ou d'une recommandation au titulaire de permis, ce dernier doit répondre au conseil par écrit dans les 10 jours.

Surveillance gouvernementale des foyers de SLD

Les organismes publics aux niveaux provincial, régional et local jouent également un rôle important dans la supervision des foyers de SLD de la province. Ce système de surveillance est assez complexe et était en pleine mutation au début de la pandémie de COVID-19.

Vue d'ensemble

Le ministère des Soins de longue durée de l'Ontario est le principal responsable du secteur des SLD de la province. Il est notamment chargé de la délivrance des permis, des inspections, du financement et des politiques dans ce secteur.

Avant juin 2019, les SLD en Ontario étaient sous l'égide du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. En juin 2019, ce ministère a été scindé en deux entités distinctes : le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée. À la suite de cette scission, le ministère des Soins de longue durée a assumé la responsabilité de certains éléments du système de SLD tout en continuant à en partager d'autres avec le ministère de la Santé. Bien que les deux entités eussent été séparées depuis plus de six mois au moment de l'apparition de la COVID-19, elles n'avaient pas encore complètement départagé et délimité leurs responsabilités respectives, y compris les responsabilités essentielles à l'intervention d'urgence des ministères. Comme nous l'avons vu aux chapitres 2 et 3, il y a eu confusion entre le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée nouvellement scindés quant aux rôles que chacun devait jouer dans la réponse à la pandémie de COVID-19.

En outre, après la séparation des deux ministères, le ministère des Soins de longue durée n'avait pas de relation officielle avec le médecin hygiéniste en chef (MHC) et Santé publique Ontario, qui ont tous deux joué un rôle important dans la réponse de la province à la pandémie de COVID-19 et qui seront abordés plus loin.

Les foyers de SLD sont également inspectés par le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences de l'Ontario, dont la responsabilité est de veiller à ce que ces établissements offrent un milieu de travail sécuritaire au personnel.

Le système de santé publique joue également un rôle important dans le secteur des SLD de la province, avec une autorité et une responsabilité partagées aux niveaux provincial et local. Les principaux acteurs de ce système sont le ministère de la Santé, le MHC, Santé publique Ontario, les bureaux locaux de santé publique, les conseils de santé locaux et les médecins hygiénistes locaux.

Un examen plus attentif des rôles et des responsabilités des entités qui contrôlent le système de santé de l'Ontario permet de mieux comprendre le fonctionnement du système dans son ensemble.

Ministère de la Santé

Le ministère de la Santé de l'Ontario est chargé d'administrer le système de soins de santé de la province. Le ou la ministre de la Santé est notamment chargé de conseiller le gouvernement sur la santé de la population de l'Ontario, de superviser et de promouvoir la santé et le bien-être de la population de l'Ontario, et d'élaborer, de coordonner et de maintenir « un réseau harmonieux et intégré » d'hôpitaux, de laboratoires, de services d'ambulance et d'autres établissements de santé en Ontario. Le ministère joue également un rôle essentiel dans la prestation des services de santé publique et la gestion des urgences de santé publique à l'échelle de la province, dont il sera question plus loin.

Le ministère des Soins de longue durée

En février 2020, les fonctions essentielles du ministère des Soins de longue durée comprenaient la délivrance de permis, les inspections, l'élaboration de politiques et le financement.

Un permis délivré par le gouvernement est obligatoire pour exploiter un foyer de SLD. Le ministère des Soins de longue durée détermine si les foyers, y compris ceux qui appartiennent aux Premières Nations et aux municipalités et qui sont exploités par elles, devraient obtenir un permis d'exploitation en fonction d'un ensemble de facteurs décrits dans la *LFSLD*.

Le ministère supervise le fonctionnement des foyers de SLD de la province et est responsable de la protection des droits et de la qualité de vie des personnes qui y sont

hébergées. Dans le cadre de cette surveillance, le ministère emploie des inspectrices et inspecteurs chargés de vérifier la conformité des titulaires de permis aux exigences législatives de la *LFSLD*.

En vertu de la *Loi*, le ministère des Soins de longue durée doit inspecter les foyers au moins une fois par an. Comme nous l'avons vu au chapitre 1, en 2018, le ministère a réduit les inspections proactives qui portaient sur l'ensemble des activités des foyers. Il s'est plutôt concentré sur les inspections réactives en réponse aux plaintes et aux incidents critiques, et sur les inspections des foyers jugés à « haut risque ».

Le ministère des Soins de longue durée finance tous les foyers de la province et est chargé d'élaborer des politiques sur des questions comme la dotation en personnel, le financement, le réaménagement et la construction des foyers. Les décisions relatives au nombre de lits à ouvrir, à la manière dont les soins sont dispensés ou au montant à dépenser pour la nourriture relèvent toutes du ministère. En définitive, les décisions importantes, notamment le nombre de lits à ouvrir et la disponibilité de lits pour toutes les personnes nécessitant des SLD, sont bien entendu de nature politique. Comme nous l'avons vu aux chapitres 1 et 3, plus de 38 000 personnes sont en attente d'un lit en SLD en Ontario.

Enfin, le ministère des Soins de longue durée partage également certaines divisions avec le ministère de la Santé, notamment sa Division de la planification de la capacité et analytique, et sa Division de l'information et de la technologie de l'information pour les services de santé.

Ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences

Le principal objectif du ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences est de promouvoir la santé et la sécurité au travail et de prévenir les blessures et les maladies. Le ministère élabore des politiques de santé et de sécurité au travail pour les lieux de travail réglementés par le gouvernement de l'Ontario et applique la *Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST)*, qui énonce entre autres les obligations de l'employeur et du personnel, délimite les droits du personnel, prévoit des inspections des lieux de travail et interdit les représailles de l'employeur contre un membre du personnel.

En ce qui concerne les SLD, le ministère applique également le *Règlement sur les établissements d'hébergement et de soins de santé*, qui s'applique à tout le personnel des foyers de SLD. Ce règlement traite de questions comme les conditions de travail sécuritaires et l'utilisation d'équipement de protection individuelle par le personnel. En outre, le *Règlement* énumère les devoirs des employeurs et des cadres (comme celui de prendre toutes les précautions raisonnables pour protéger le personnel et de l'informer des risques présents sur le lieu de travail), ainsi que les devoirs du personnel (comme celui d'utiliser l'équipement en toute sécurité et de signaler les risques sur le lieu de travail à l'employeur). Enfin, le règlement énonce les droits du personnel,

y compris celui d'être informé des risques sur le lieu de travail et de refuser d'effectuer une tâche dangereuse.

Les interactions du ministère avec les lieux de travail – y compris les établissements de SLD – peuvent prendre la forme de visites sur place pour offrir des consultations sur la conformité, d'enquêtes proactives pour vérifier la conformité avec la *LSST*, ou d'enquêtes sur les lieux de travail en réponse à des incidents comme des plaintes, des blessures, le refus de travailler de la part du personnel ou les décès. Les inspectrices et inspecteurs du ministère ont le pouvoir d'émettre des ordonnances et d'engager des poursuites.

Système de santé publique provincial

La santé publique se concentre sur la santé de la population dans son ensemble. Le système de santé publique de l'Ontario compte trois acteurs principaux au niveau provincial : le ou la ministre de la Santé, le ou la médecin hygiéniste en chef et Santé publique Ontario.

Ministre de la Santé

Le ou la ministre de la Santé est responsable de l'administration de la principale loi sur la santé publique de la province : la *Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS)*, décrite plus en détail ci-dessous. Entre autres, la *LPPS* prévoit l'organisation et la prestation des programmes et des services de santé publique en Ontario.

Le ou la ministre de la Santé joue un rôle important dans l'orientation des activités du système de santé publique local de l'Ontario. Conformément à la *LPPS*, le ou la ministre publie les Normes de santé publique de l'Ontario, qui définissent les responsabilités des conseils de santé de l'Ontario (voir ci-dessous). Le ou la ministre finance les conseils de santé locaux par l'entremise d'ententes qui obligent les conseils à fournir des services de santé publique dans leurs régions.

Le ou la ministre a également le pouvoir de déterminer quelles maladies figurent sur la liste des maladies à déclaration obligatoire de l'Ontario et lesquelles constituent des maladies transmissibles. Les maladies causées par les nouveaux coronavirus ont été ajoutées à la liste des maladies à déclaration obligatoire de l'Ontario, et ont été désignées comme transmissibles, le 22 janvier 2020.

Une fois qu'une maladie est désignée comme transmissible, les médecins hygiénistes locaux de l'Ontario peuvent émettre des ordonnances exigeant que les établissements de soins de santé prennent certaines mesures pour en contrôler la propagation. En cas de risque d'éclosion de maladie transmissible, le ou la ministre de la Santé peut également réquisitionner un établissement pour l'utiliser comme centre d'isolement.

Le ou la ministre de la Santé doit approuver la nomination et le renvoi de tous les médecins hygiénistes locaux. Il peut également établir, maintenir et diriger les laboratoires de santé publique.

Médecin hygiéniste en chef

Le ou la MHC est la principale personne responsable de la santé publique en Ontario. Selon la loi, cette dernière doit être un ou une médecin ayant au moins cinq ans d'ancienneté et possédant une spécialité en santé publique et en médecine préventive.

Le rôle principal du MHC est d'être le ou la médecin responsable de la santé publique dans la province de l'Ontario. La *LPPS* exige qu'il se tienne au courant des questions de santé au travail et de santé environnementale en Ontario et remette un rapport annuel sur l'état de la santé publique à l'Assemblée législative provinciale. Le ou la MHC doit soumettre le rapport au ministre de la Santé 30 jours avant qu'il ne soit remis à l'Assemblée législative, mais le ou la ministre ne peut pas modifier ou censurer le rapport. Le ou la MHC peut aussi publier d'autres rapports liés à la santé publique, le cas échéant, et s'adresser aux médias indépendamment du ministère.

La *LPPS* accorde au MHC de larges pouvoirs. Lorsque cette personne estime qu'il existe un risque pour la santé d'une personne en Ontario, elle peut prendre toute mesure qu'elle juge nécessaire pour éliminer ou réduire ce risque. Cela comprend l'émission de directives à tout prestataire de soins de santé (y compris les foyers de SLD) exigeant qu'il prenne des précautions et mette en œuvre des interventions médicales précises pour protéger la santé de la population de l'ensemble de la province.

Il est à noter qu'en vertu de la *LPPS*, le ou la MHC n'est autorisé à émettre des directives qu'aux personnes qui travaillent en tant que prestataire de soins de santé. Cependant, la *LPPS* autorise une ou un médecin hygiéniste local à émettre des directives à toute personne, qu'elle soit ou non une prestataire de soins de santé. La *LPPS* permet également au MHC d'exercer les pouvoirs de médecin hygiéniste local. On pourrait donc en déduire que le ou la MHC peut également émettre des directives à toute personne, mais la législation n'est pas claire sur ce point. Cette question s'est posée lors de la pandémie de COVID-19, lorsque le gouvernement a cherché à limiter la possibilité pour les PSSP, qui ne sont pas classés comme travailleuses et travailleurs de la santé, de travailler dans plus d'un foyer de SLD.

Lorsque le ou la MHC est d'avis qu'il existe un risque imminent de pandémie ou une autre urgence de santé publique, cette personne peut également émettre des directives à l'intention des conseils de santé ou des médecins hygiénistes en leur demandant d'adopter ou de mettre en œuvre des politiques ou des mesures en ce qui concerne :

- les maladies infectieuses;
- les risques pour la santé;

- la préparation de la santé publique; et
- toute situation prévue dans un règlement pris par le ministre de la Santé.

La *LPPS* exige que le ou la MHC tienne compte du principe de précaution lorsque cette personne émet des directives relatives à la santé et à la sécurité du personnel en ce qui concerne l'utilisation de tout vêtement, équipement ou dispositif de protection dans le contexte d'une maladie infectieuse ou transmissible, réelle ou présumée. Comme indiqué ailleurs dans ce rapport, le principe de précaution énonce que :

Si on a des preuves raisonnables d'une menace imminente à la santé publique, il ne faut pas attendre d'avoir des preuves strictes de l'existence d'un rapport de cause à effet avant de prendre les mesures nécessaires pour contrer ce danger.

Cette personne (MHC) fait également office de sous-ministre adjointe au sein du ministère de la Santé et, à ce titre, relève du sous-ministre de la Santé.

Le ou la ministre de la Santé fixe le budget du bureau du médecin hygiéniste en chef. En dehors des pouvoirs particuliers décrits ci-dessus, il n'existe pas de mesure législative décrivant les rôles et responsabilités généraux du MHC, la relation de responsabilité entre ce dernier et le ou la ministre de la Santé, ou l'opinion qui prévaut en cas de désaccord entre le ou la MHC et le ou la ministre de la Santé sur des questions de santé publique.

Après la séparation du ministère des Soins de longue durée et du ministère de la Santé, le poste de MHC a conservé un lien hiérarchique officiel avec le ministère de la Santé, mais pas avec le ministère des Soins de longue durée. L'actuel MHC de l'Ontario, le Dr David Williams, a déclaré à la Commission qu'après la séparation du ministère des Soins de longue durée et du ministère de la Santé, le rôle du MHC auprès du ministère des Soins de longue durée était surtout un rôle consultatif et de conseil.

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario (SPO) est une agence gouvernementale dont le mandat consiste, entre autres, à fournir des conseils et un soutien scientifiques et techniques aux responsables de la santé publique aux niveaux provincial et local. Sa création en 2008 était au cœur de l'une des principales recommandations du rapport final de la Commission sur le SRAS. Les responsabilités de SPO comprennent l'exploitation des laboratoires de santé publique de l'Ontario, la surveillance des maladies infectieuses, la collecte et l'analyse de données épidémiologiques et, de façon générale, la recherche en santé publique. SPO n'a pas le pouvoir de superviser la prestation des services de santé publique en Ontario, ni d'intervenir à cet égard. Son mandat reste limité aux activités de conseil, de soutien et d'exploitation des laboratoires.

Le ou la MHC est membre du Comité de la planification stratégique de Santé publique Ontario, mais n'exerce aucun contrôle opérationnel sur l'organisme. Pour sa part, SPO fournit au MHC des conseils et une orientation sur lesquels cette personne peut

s'appuyer pour prendre des décisions en matière de santé publique dans le cadre de son mandat.

SPO reçoit son financement du ministère de la Santé et doit soumettre au ministère un rapport annuel décrivant ses activités. Les objectifs stratégiques de l'organisme doivent être inclus dans son plan opérationnel annuel et sont soumis à l'approbation du ministre de la Santé.

SPO est également partie à un protocole d'entente conclu avec le défunt ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ce protocole d'entente établit la relation de responsabilité entre les deux entités et les attentes concernant les activités de SPO. Il régit actuellement la relation entre SPO et le ministère de la Santé, mais non la relation entre SPO et le ministère des Soins de longue durée. À l'heure actuelle, il n'existe pas de relation de responsabilité officielle entre SPO et le ministère des Soins de longue durée.

Comme nous le mentionnons ailleurs dans le présent rapport, la province n'a pas toujours demandé l'avis de Santé publique Ontario au moment de définir sa réponse à la pandémie. Dans d'autres cas, la province a demandé l'avis de Santé publique Ontario, mais ne l'a pas suivi.

Avant la pandémie, SPO a fourni du matériel, notamment des modules de formation et des documents d'orientation, aux établissements de SLD pour les aider à élaborer leurs programmes de prévention et de contrôle des infections.

Santé publique locale

La santé publique au niveau local en Ontario comprend trois entités principales : les bureaux de santé publique, les conseils de santé et les médecins hygiénistes locaux. Les bureaux de santé publique fournissent de l'information et des programmes de santé publique essentiels à leurs communautés. Ils ont été décrits comme « la première ligne de protection contre les maladies infectieuses ». Chaque bureau est régi par un conseil de santé. Le conseil de santé nomme les médecins hygiénistes locaux qui relèvent directement du conseil et sont chargés de veiller à ce que tous les programmes de santé publique exigés par la loi soient fournis au bassin de population correspondant au bureau de santé publique respectif.

Bureaux de santé publique

La province est divisée en 34 régions géographiques appelées « bureaux de santé publique » (BSP). Ce terme sert aussi parfois à désigner collectivement le conseil de santé, le ou la médecin-hygiéniste et le personnel concerné.

Les BSP fournissent, au niveau local, de l'information et des programmes sur les saines habitudes de vie et la prévention des maladies aux collectivités de l'Ontario. Ils sont notamment chargés de surveiller la salubrité des aliments dans les foyers de SLD.

Les BSP surveillent également, dans une certaine mesure, la prévention et le contrôle des infections (PCI) dans les foyers de SLD, mais ces services ne sont généralement fournis qu'en réponse aux plaintes liées à la PCI reçues des foyers. Tous les BSP doivent maintenir un système de garde en permanence pour recevoir les rapports ou les plaintes concernant les pratiques en matière de PCI dans les établissements locaux et y répondre, y compris les rapports sur les éclosions confirmées et suspectées de maladies infectieuses importantes pour la santé publique dans les foyers de SLD.

Le cas échéant, les BSP sont tenus de répondre à ces rapports en procédant à une inspection. Après quoi, les BSP doivent :

- déterminer si un danger pour la santé existe;
- déterminer s'il y a eu non-conformité aux pratiques en matière de PCI;
- déterminer l'adéquation des mesures de PCI et recommander des mesures pour le traitement des risques relevés; et
- prendre des mesures pour réduire les effets des risques sanitaires relevés ou les éliminer.

Ces mesures « peuvent inclure un certain nombre de mesures éducatives, procédurales et de réinspection pour effectuer la correction nécessaire, pouvant aller jusqu'à la délivrance d'une ordonnance en vertu de la *LPPS* ou l'imposition d'amendes en vertu de la législation applicable ». Les BSP doivent également publier des rapports sommaires des résultats d'inspection sur leurs sites Web.

Les conseils de santé

Chacun des 34 bureaux de santé publique de l'Ontario est régi par un conseil de santé. Ce dernier supervise la mise en œuvre des initiatives de prévention et de contrôle des infections des BSP dans les foyers de SLD.

Le rôle du conseil de santé est davantage axé sur la gestion de haut niveau des programmes et des services de santé publique locaux et moins sur la prestation des services et des programmes au quotidien. Le conseil de santé engage des prestataires de services médicaux, y compris le personnel infirmier de santé publique, au besoin, pour s'acquitter de ses responsabilités en matière de prestation de services de santé publique. Le conseil de santé établit également le budget et détermine les priorités en matière de service de son BSP.

Les conseils de santé fonctionnent indépendamment du gouvernement, mais ils demeurent responsables devant la province, car ils sont tenus de fournir des services conformément aux ententes de responsabilisation avec le ministère de la Santé et aux Normes de santé publique de l'Ontario (décrites ci-dessous), qui sont émises par le ministère de la Santé. Les conseils de santé sont tenus de se conformer aux Normes de santé publique de l'Ontario et à la *LPPS* afin de recevoir du financement. Le ministère de la Santé peut inspecter les conseils de santé pour vérifier l'application de la *LPPS*,

des Normes de santé publique de l'Ontario et des autres règlements pertinents et, au besoin, ordonner et faire respecter la conformité.

Chaque conseil de santé recourt à l'un des trois types de structure de gouvernance. La majorité d'entre eux sont constitués en sociétés en vertu de la *LPPS*. La plupart des membres de ces conseils sont nommés par les municipalités servies par le conseil, tandis que les autres sont nommés par décret. Un petit nombre des conseils de santé de la province sont établis en vertu d'une loi qui s'applique à des municipalités particulières. Les membres de ces conseils sont soit le conseil municipal lui-même, soit un groupe de personnes désignées par la municipalité. Les villes de Hamilton et d'Ottawa ont recours à la première structure, tandis que la ville de Toronto utilise la seconde. Enfin, un petit nombre de conseils de santé de l'Ontario sont intégrés aux administrations municipales régionales, le conseil régional lui-même faisant office de conseil de santé. Les régions de Durham et Peel utilisent cette structure.

Médecins hygiénistes locaux

Chaque conseil de santé doit nommer une ou un médecin hygiéniste local à plein temps, qui est une ou un médecin spécialisé en santé publique et en médecine préventive. Cette personne relève directement du conseil de santé et est responsable devant lui de la gestion des programmes et des services de santé publique au sein du BSP. Toutes les personnes engagées par un conseil de santé pour fournir des services de santé publique sont responsables devant la ou le médecin hygiéniste local.

Lorsqu'une plainte est déposée auprès d'un conseil de santé ou d'une ou un médecin hygiéniste local concernant l'existence d'un risque sanitaire lié à la santé au travail ou à la salubrité de l'environnement, la ou le médecin hygiéniste local est tenu d'en informer le ministère ayant la responsabilité principale en la matière (p. ex., le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences) et, en consultation avec ce ministère, d'enquêter sur la plainte pour déterminer si le risque sanitaire existe ou non.

La ou le médecin hygiéniste local peut, au moyen d'un ordre écrit, exiger d'une personne qu'elle prenne ou s'abstienne de prendre les mesures qui y sont précisées à l'égard d'une maladie transmissible si, en se fondant sur des motifs raisonnables et probables, il croit :

1. qu'une maladie transmissible ou une éclosion existe ou peut exister ou qu'une maladie transmissible présente un risque immédiat d'éclosion;
2. que la maladie transmissible menace la santé des habitants de la circonscription sanitaire qui est de son ressort; et
3. qu'un ordre s'impose pour réduire ou éliminer le danger pour la santé.

La ou le médecin hygiéniste local peut donner ces ordres à des personnes ou à des catégories de personnes, incluant toutes les personnes résidant dans des foyers de SLD. Il a également le pouvoir de donner des ordres exigeant que des établissements

de santé entiers, comme des hôpitaux ou des foyers de SLD, prennent des mesures pour gérer et surveiller une éclosion de maladie transmissible dans l'hôpital ou l'établissement, enquêter sur celle-ci et y riposter. Un certain nombre de ces ordres ont été donnés durant la pandémie de COVID-19.

Les établissements de santé – y compris les foyers de SLD – au sein d'une circonscription sanitaire donnée sont tenus de signaler les cas de maladies transmissibles au médecin hygiéniste local qui, à son tour, est tenu de communiquer ces informations au ministère de la Santé et à Santé publique Ontario.

Réseaux locaux d'intégration des services de santé

Entre 2007 et 2019, le gouvernement de l'Ontario a cherché à rendre plus efficace la prestation des services de santé au niveau régional en créant 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé. En 2019, cependant, le gouvernement a changé son approche et entamé un processus visant à éliminer les RLISS et à transférer leurs responsabilités – ainsi que celles de plusieurs autres agences de santé provinciales – vers un nouvel organisme appelé Santé Ontario.

Avant le 1^{er} avril 2021, les RLISS étaient des organismes de la Couronne sans but lucratif financés par le ministère de la Santé. Les RLISS planifiaient, finançaient et intégraient certains services de santé individuels dans les collectivités locales de l'Ontario. En ce qui concerne les foyers de SLD, les RLISS étaient chargés de déterminer l'admissibilité des personnes dans les foyers et d'aider celles demandant à y être hébergées dans le processus de demande lié au placement. Les RLISS assuraient aussi la prestation de certains services professionnels infirmiers et thérapeutiques dans les foyers de SLD.

Les RLISS ne fournissaient pas directement de services de santé aux patients et ne contrôlaient pas non plus la prestation des services de santé au quotidien. Ils signaient plutôt des contrats avec des prestataires de soins de santé (ententes de responsabilisation en matière de services) en vertu desquels le personnel professionnel de la santé acceptait de fournir certains services dans la région en échange d'un financement des RLISS. Les RLISS ont ainsi fourni du financement aux foyers de SLD par le truchement de ces ententes.

Comme indiqué ci-dessus, en juillet 2019, la province comptait 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé liés à des régions géographiques distinctes. Puis, en novembre 2019, le gouvernement de l'Ontario annonçait qu'il entamerait un processus visant à éliminer les RLISS. Peu après, le gouvernement a annoncé que les RLISS seraient regroupés en cinq « régions provisoires et transitoires de Santé Ontario », car les responsabilités des réseaux seraient transférées à Santé Ontario (dont les activités sont décrites plus en détail ci-dessous). Les communiqués de presse du gouvernement soulignaient le fait que les RLISS conserveraient pour l'instant la responsabilité de superviser les admissions dans les foyers de SLD, toutes ses responsabilités devant

dans le futur être transférées à Santé Ontario et aux équipes Santé Ontario nouvellement créées (également décrites ci-dessous). Le 18 mars 2020, la province a annoncé que le démantèlement des RLISS serait suspendu pendant que la province répondait à la pandémie de COVID-19.

Le 17 mars 2021, l'Ontario annonçait que le démantèlement des réseaux locaux d'intégration des services de santé avait repris et que les fonctions de planification et de financement du système de santé des RLISS seraient transférées à Santé Ontario. Entre-temps, les RLISS devaient être renommés Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et conserver la supervision des services de placement dans les foyers de SLD. La province a constaté que les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire conserveraient probablement le contrôle du placement dans les foyers de SLD au cours des prochaines années avant que ces services ne soient finalement transférés à Santé Ontario et à d'autres prestataires de services de santé. Ces changements sont entrés en vigueur le 1^{er} avril 2021.

Santé Ontario et équipes Santé Ontario

Santé Ontario est une agence gouvernementale de santé créé en avril 2019 et dont le mandat consiste à relier et à coordonner les services dans l'ensemble du système de santé de l'Ontario. Entre autres choses, Santé Ontario exerce actuellement les fonctions de planification et de financement du système de santé qui relevaient auparavant des RLISS. Santé Ontario est dirigé par un conseil d'administration composé de 13 membres. La relation de l'agence avec le ministère de la Santé est principalement régie par un protocole d'entente qui définit les rôles des deux parties et la relation, les attentes mutuelles, ainsi que la reddition de compte entre le conseil d'administration et le directeur général ou directrice générale de Santé Ontario et le ministère de la Santé.

La transition de la surveillance des services de santé pertinents des RLISS à Santé Ontario est toujours en cours. Une fois qu'elle sera terminée, l'agence assumera des rôles qui étaient auparavant dévolus à plusieurs entités de santé distinctes en Ontario, y compris les RLISS.

Santé Ontario est également chargé de superviser les équipes Santé Ontario. Les équipes Santé Ontario sont des équipes coordonnées de prestataires de soins de santé locaux chargés de fournir des soins intégrés et complets à la population dans des régions géographiques définies de la province. Les équipes Santé Ontario peuvent regrouper de nombreux prestataires de services de santé différents, notamment ceux des soins de première et de deuxième ligne, les hôpitaux, les services de promotion de la santé et de prévention des maladies, les services de laboratoire et de diagnostic, les soins palliatifs, les soins en établissement dans les foyers de SLD et les services de placement en foyer de SLD.

L'une des principales différences entre les équipes Santé Ontario et les RLISS est que ces derniers administraient et surveillaient la prestation des services de santé, mais n'étaient pas responsables de la prestation proprement dite de ces services. À l'opposé, les équipes Santé Ontario sont principalement composées de professionnelles et professionnels et d'entités, comme les médecins de famille et le personnel hospitalier, qui fournissent des soins directs aux malades. La mise en œuvre du programme des équipes Santé Ontario a commencé à l'automne 2019 et se poursuit. À partir de novembre 2020, la participation des prestataires de services à une équipe Santé Ontario était volontaire et certaines, mais pas toutes les équipes Santé Ontario, comprenaient des foyers de SLD dans la région de l'équipe.

Rôles et responsabilités de l'Ontario lors d'une urgence de santé publique

Lorsqu'une urgence de santé publique survient, certains organismes et leaders du gouvernement de l'Ontario se voient conférer des pouvoirs, des rôles et des responsabilités supplémentaires.

La Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence (LPCGSU, dont il est question plus loin) établit le cadre de gestion des situations d'urgence de l'Ontario, en définissant l'autorité et les responsabilités des ministères provinciaux, des municipalités et de certaines personnes (comme le premier ministre ou la première ministre et le ou la commissaire à la gestion des situations d'urgence).

Certains ministères se sont vu confier des responsabilités de premier plan pour certains types de situations d'urgence. Le ministère du Solliciteur général, par exemple, doit planifier « toute situation d'urgence qui nécessite la coordination de la gestion provinciale des situations d'urgence ».

Premier ministre et lieutenant-gouverneure en conseil

Le premier ministre ou la première ministre a le pouvoir de déclarer une situation d'urgence et d'en déclarer la fin en vertu de la *LPCGSU*. Dans une situation d'urgence, le premier ministre ou la première ministre peut également exercer tout pouvoir ou toute fonction conférés à un ou une ministre ou à un ou une employée de la province. Une fois l'état d'urgence déclaré, le premier ministre ou la première ministre ou son délégué est tenu de faire régulièrement rapport au public de l'évolution de la situation d'urgence. En conseil avec le Conseil des ministres, la lieutenant-gouverneure ou le lieutenant-gouverneur a également le pouvoir de déclarer des situations d'urgence dans la province ou de confirmer les déclarations de situation d'urgence faites par le premier ministre ou la première ministre.

Lors d'une situation d'urgence déclarée, la lieutenant-gouverneure ou le lieutenant-gouverneur, avec l'avis du Conseil des ministres, peut, entre autres, prendre des

décrets pour mettre en œuvre des plans de mesures d'urgence, réglementer ou interdire les déplacements, évacuer des particuliers de zones désignées, mettre sur pied des nouvelles installations permettant de s'occuper de particuliers et fermer des lieux publics ou privés. Le pouvoir de prendre ces décrets peut être délégué à d'autres ministres provinciaux ou au commissaire à la gestion des urgences (cette question sera abordée plus loin).

Gestion des situations d'urgence Ontario

Gestion des situations d'urgence Ontario (GSUO) est un service du ministère du Solliciteur général qui a pour mandat de surveiller, de coordonner et de seconder l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes provinciaux de gestion des situations d'urgence. Pendant les états d'urgence, GSUO est également chargée de coordonner les efforts d'intervention de la province avec le gouvernement fédéral du Canada.

GSUO est dirigée par le ou la commissaire à la gestion des urgences et le ou la chef de la gestion des situations d'urgence.

Le rôle du commissaire à la gestion des urgences est de fournir des conseils et des orientations au premier ministre ou à la première ministre et au Conseil des ministres pendant les situations d'urgence déclarées; de superviser la coordination des initiatives de sécurité publique dans l'ensemble du gouvernement de l'Ontario; et de prendre les décrets d'urgence qui lui sont délégués pendant une situation d'urgence provinciale. Ce poste est actuellement occupé par le sous-solliciteur général de l'Ontario, Sécurité communautaire.

Parallèlement, le ou la chef de la gestion des situations d'urgence est spécifiquement chargé de diriger les efforts de GSUO lorsqu'une situation d'urgence se présente, et de mettre en œuvre les plans d'intervention d'urgence de l'organisme.

GSUO est également chargé d'exploiter le Centre provincial des opérations d'urgence (CPOU). Le principal objectif du CPOU est de coordonner les activités d'intervention en cas d'urgence entre les gouvernements municipaux, provinciaux et fédéral, ainsi que les organisations non gouvernementales, et toute autre entité pertinente.

Dans le deuxième rapport provisoire de la Commission sur le SRAS, l'honorable juge Archie Campbell a préconisé la clarté des voies hiérarchiques lorsque surviendront d'autres urgences de santé publique. Il a déclaré que le ou la MHC devrait superviser les décisions médicales, les conseils médicaux et les communications concernant les risques pour la santé, tandis que le ou la commissaire à la gestion des urgences devrait être chargé de toutes les autres questions. Malheureusement, ce n'est pas ce qui s'est produit pendant la pandémie de COVID-19, car ni le MHC ni le commissaire à la gestion des urgences ne disposaient de voies hiérarchiques claires au sein du système d'intervention en cas de pandémie de la province.

De plus, bien que le CPOU ait apparemment été activé pendant la réponse de l'Ontario à la COVID-19, il n'était que l'une des nombreuses entités gouvernementales impliquées dans la structure complexe de réponse à la pandémie de la province.

Ministère de la Santé

Le ministère de la Santé est chargé de diriger l'intervention de la province en cas d'urgence de santé publique, y compris les pandémies.

La Direction de la gestion des situations d'urgence pour le système de santé du ministère de la Santé aide le secteur de la santé en général à répondre aux situations d'urgence de santé publique. Elle élabore également les plans de préparation aux situations d'urgence du ministère, aide les acteurs du secteur de la santé à planifier la réponse aux situations d'urgence et dirige, au besoin, les interventions d'urgence et la reprise des activités du secteur de la santé. Enfin, la direction s'efforce d'assurer la continuité des services essentiels du ministère en cas d'urgence.

Jusqu'au 31 août 2020, la Direction de la gestion des situations d'urgence pour le système de santé relevait du MHC. Depuis le 31 août 2020, elle relève du sous-ministre associé, Intervention contre la pandémie et Modernisation de la santé publique.

La Direction de la gestion des situations d'urgence pour le système de santé comprend le Centre des opérations d'urgence (COU), que le ministère peut activer en cas d'urgence. Le COU, décrit par les porte-paroles du gouvernement comme le « centre névralgique » opérationnel du ministère, est chargé de coordonner et de rendre opérationnelle la réponse du ministère de la Santé à une urgence de santé publique.

Pendant la pandémie de COVID-19, le COU a publié des documents d'orientation dont le but était de compléter et de détailler les directives émises par le MHC. Les porte-paroles du ministère de la Santé ont déclaré à la Commission que l'une des responsabilités du COU était de « favoriser l'harmonisation et la cohérence » des documents d'orientation sur la COVID-19 publiés par la province. Cependant, comme nous l'avons vu au chapitre 3, des responsables locaux de la santé publique et des administrateurs de foyers de SLD ont déclaré à la Commission que la province avait publié un nombre impressionnant de documents d'orientation pendant la pandémie, dont certains étaient contradictoires.

Ministère des Soins de longue durée

En vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le ou la ministre des Soins de longue durée a le pouvoir d'émettre des directives opérationnelles ou stratégiques obligatoires pour tous les foyers de SLD de la province lorsqu'il ou elle estime qu'il est dans l'intérêt public de le faire. Une telle directive a été émise pendant la pandémie de COVID-19, exigeant que les foyers acceptent l'aide des hôpitaux lorsqu'elle est fournie.

Au début de la pandémie de COVID-19, le ministère des Soins de longue durée n'était devenu que récemment un ministère autonome et, par conséquent, à part le pouvoir législatif mentionné ci-dessus, son rôle dans la préparation et la réponse à une urgence de santé publique n'était pas clair.

Ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences

Le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences est tenu par décret de continuer à surveiller les lieux de travail provinciaux, y compris les foyers de SLD, pendant un état d'urgence. Le ministère reçoit également des rapports sur les éclosions de maladies infectieuses provenant des bureaux de santé publique, des foyers de SLD et d'autres lieux de travail provinciaux, et y donne suite. En cas d'éclosion, le ministère doit s'assurer que les exigences en matière de sécurité au travail sont respectées sur le lieu de l'éclosion.

Médecin hygiéniste en chef

La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* n'attribue pas de rôles ni de responsabilités particulières au MHC en ce qui concerne les urgences de santé publique ou les pandémies.

Cependant, le plan d'intervention d'urgence du ministère de la Santé stipule qu'« [u]n directeur des opérations d'urgence peut diriger l'intervention [du ministère] en cas d'urgence ». Le ou la médecin hygiéniste en chef joue généralement « le rôle de directeur des opérations d'urgence du MSSLD pour les urgences qui relèvent des responsabilités "santé, maladies et épidémies de l'homme" assignées par décret au MSSLD et des interventions en cas d'urgence des bureaux de santé. »

Comme nous l'avons vu plus haut, lorsque le ou la MHC estime qu'un risque immédiat pour la santé des personnes se trouvant partout en Ontario existe ou pourrait exister, cette personne peut émettre une directive à tout prestataire de soins de santé ou entité de soins de santé concernant les précautions et les procédures à suivre pour protéger la santé de la population. Un certain nombre de ces directives ont été émises pendant la pandémie de COVID-19, notamment une directive exigeant que les foyers de SLD veillent à ce que le personnel et les visiteurs portent en tout temps un ÉPI lorsqu'ils se trouvent à l'intérieur d'un foyer.

En cas d'urgence de santé publique ou d'éclosion, le ou la MHC a également le pouvoir de donner des directives à Santé publique Ontario pour qu'elle fournisse des conseils scientifiques, des avis techniques ou un soutien opérationnel à toute personne ou entité, ce qui comprend les foyers de SLD.

Santé publique Ontario

Dans une situation d'urgence de santé publique ou d'éclosion, le mandat général de Santé publique Ontario consiste à :

1. fournir au gouvernement de l'Ontario des conseils scientifiques et techniques;
2. fournir des données et des analyses de surveillance et d'épidémiologie à l'appui de l'intervention en cas de pandémie;
3. mener des recherches pertinentes à la pandémie; et
4. fournir un soutien sur le terrain.

Santé publique Ontario exploite également des laboratoires de santé publique qui effectuent des tests de dépistage des maladies infectieuses.

Bureaux de santé publique, conseils de santé et médecins hygiénistes locaux

En cas de pandémie, les bureaux de santé publique sont généralement chargés de superviser les stratégies de surveillance locales, des activités de vaccination et d'autres mesures de santé publique pertinentes. Ils participent également à la coordination des soins et des traitements locaux pendant une pandémie.

En ce qui concerne la gestion des éclosions dans les établissements de SLD, le rôle des bureaux de santé publique consiste principalement à apporter une assistance plutôt qu'une gestion directe. Les bureaux de santé publique doivent aider les foyers à se préparer aux éclosions en leur donnant de la formation portant sur la gestion des éclosions, en les aidant à revoir et à réviser leurs politiques de prévention et de contrôle des infections et leurs plans d'intervention en cas d'éclosion, et en formulant des recommandations relatives à la prévention, la protection et la gestion des éclosions. Les établissements de SLD peuvent aussi demander une consultation à un bureau de santé publique, voire une inspection sur le caractère adéquat de leurs programmes de PCI, et ce, à tout moment.

Les conseils de santé sont chargés d'élaborer et de tenir à jour des politiques et des procédures écrites en vue de réagir aux éclosions de maladies infectieuses dans les établissements et les milieux institutionnels. Ils sont aussi chargés d'aider les établissements individuels à élaborer leurs propres plans.

De son côté, la ou le médecin hygiéniste local conserve la capacité d'émettre les ordres et directives décrits ci-dessus lors d'une urgence de santé publique. Cette personne a également la possibilité de déclarer la présence d'une éclosion dans un établissement, bien que les établissements individuels puissent également faire cette déclaration de leur propre chef. Cependant, seulement la ou le médecin hygiéniste local a le pouvoir final de déterminer si une éclosion dans un établissement est terminée. Ni la *LPPS* ni les Normes de santé publique de l'Ontario et les directives pertinentes n'exigent explicitement que la ou le médecin hygiéniste local assume un rôle de leadership en ce

qui concerne la préparation, la gestion ou le rétablissement en cas d'urgence de santé publique.

Réseaux locaux d'intégration des services de santé, Santé Ontario et équipes Santé Ontario

Avant la pandémie de COVID-19, le rôle des RLISS de la province lors d'une urgence pandémique n'était pas tout à fait clair. La version la plus récente du Plan d'intervention d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée – publiée en 2013 – indiquait que les RLISS étaient chargés de veiller à ce que les services de santé financés dans le cadre de leur structure puissent continuer d'être fournis pendant les urgences générales de santé publique. Le plus récent Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe – également publié en 2013 – indiquait que les RLISS étaient chargés d'assurer la liaison entre les prestataires de services de santé relevant de leur compétence et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Il attribuait également aux RLISS la responsabilité de participer à la coordination des soins et des traitements administrés localement, une tâche également dévolue aux bureaux de santé publique. Toutefois, le plan indiquait également que « d'autres rôles des RLISS pendant une pandémie de grippe sont en cours d'élaboration » et que, dans la prochaine version du Plan de lutte contre la pandémie de grippe, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée « continuerait de clarifier le rôle des RLISS dans l'intervention en cas de pandémie de grippe ». Comme indiqué dans le chapitre 2 du présent rapport, une « prochaine version » du plan de lutte contre la pandémie n'a jamais été élaborée.

En novembre 2020, l'élaboration du programme des équipes Santé Ontario en était encore à ses premiers balbutiements et le gouvernement provincial n'avait pas encore mandaté les équipes individuelles pour fournir une aide directe aux foyers de SLD dans des situations d'urgence comme une pandémie. Des responsables du ministère de la Santé ont déclaré à la Commission que l'initiative des équipes Santé Ontario n'était pas suffisamment avancée pendant la première ou la deuxième vague de la pandémie pour permettre au ministère de doter les équipes du pouvoir de donner des directives contraignantes aux prestataires de soins de santé qui les composent. Dans certains cas, cependant, les équipes Santé Ontario ont pu mobiliser des ressources et créer des relations qui leur ont permis d'aider les foyers de SLD pendant la pandémie de COVID-19 en leur donnant des conseils sur la PCI, l'acquisition d'ÉPI, le soutien en matière de dotation en personnel et les soins virtuels. Une discussion plus approfondie de ces cas se trouve au chapitre 4 du présent rapport.

Législation, normes, protocoles et directives

Les systèmes de santé publique, de soins de longue durée et d'intervention en cas d'urgence de l'Ontario sont régis par plusieurs lois, règlements, normes, protocoles et lignes directrices clés.

La Loi sur la protection et la promotion de la santé

La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* est la principale loi sur la santé publique de l'Ontario. Elle fournit l'autorité législative pour l'organisation et la prestation des programmes et services de santé publique en Ontario. Cette autorité s'étend aussi aux initiatives visant à prévenir la propagation des maladies et à promouvoir et protéger la santé de la population ontarienne. La *LPPS* dresse la liste des programmes et des services de santé publique obligatoires à fournir dans toute la province. Il s'agit notamment de la « [l]utte contre les maladies infectieuses et les maladies d'importance pour la santé publique, y compris l'offre de services d'immunisation aux enfants et aux adultes ». La *LPPS* définit également les rôles et les responsabilités des conseils locaux de santé et des médecins hygiénistes locaux. Enfin, la *Loi* est à l'origine des pouvoirs exercés par les médecins hygiénistes locaux et le ou la MHC pour émettre des ordres afin d'aider à diminuer ou à éliminer le risque que présentent les maladies transmissibles pour la santé de la population ontarienne.

Normes, protocoles et directives de la santé publique de l'Ontario

Les Normes de santé publique de l'Ontario, publiées par le ministère de la Santé, décrivent en détail certains programmes et services de santé publique que les conseils de santé sont tenus d'offrir. Le ministère de la Santé publie également des directives et des protocoles concernant la PCI, la gestion des éclosions de maladies infectieuses et le contrôle des éclosions d'infections respiratoires dans les foyers de SLD. Ces documents précisent les responsabilités des conseils de santé, telles qu'elles sont énoncées dans les Normes.

La Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence

La *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence* établit le cadre provincial et municipal pour se préparer et répondre aux situations d'urgence, y compris celles causées par « une maladie ou autre risque pour la santé ». La solliciteure générale ou le solliciteur général de l'Ontario est responsable de l'administration de la *LPCGSU*. La *Loi* exige que les ministères de l'Ontario créent des plans d'urgence pour régir la prestation des services ministériels nécessaires pendant une situation d'urgence.

En Ontario, l'état d'urgence est déclaré en vertu de la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence* par le premier ministre ou la première ministre ou

la lieutenant-gouverneure ou le lieutenant-gouverneur avec l'avis du Conseil des ministres. Une fois qu'une situation d'urgence est déclarée, certains responsables gouvernementaux ont la possibilité d'émettre des ordres couvrant un large éventail, y compris des interdictions de voyage ou de déplacement, la fermeture de lieux publics ou privés et la restriction de la prestation de services. Une déclaration initiale de l'état d'urgence peut durer jusqu'à 14 jours et ne peut être renouvelée qu'une seule fois par la lieutenant-gouverneure ou le lieutenant-gouverneur avec l'avis du Conseil des ministres pendant 14 jours supplémentaires. Après cette période, toute prolongation supplémentaire doit être approuvée par l'Assemblée législative de l'Ontario sous réserve d'un vote majoritaire.

La déclaration de l'état d'urgence n'affecte aucun des pouvoirs conférés au MHC, aux médecins hygiénistes locaux ou au ministre de la Santé en vertu de la *Loi sur la promotion et la protection de la santé*. En cas de conflit entre un ordre émis par l'une de ces personnes et un ordre émis en vertu de la *LPCGSU*, c'est le second qui prévaut.

La Loi sur les foyers de soins de longue durée

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* de l'Ontario établit un cadre pour la prestation de services de soins par les foyers de SLD à leurs personnes résidentes. La *LFSLD* exige que chaque foyer de SLD mette en œuvre un programme de prévention et de contrôle des infections. La *LFSLD* stipule que le programme de PCI de chaque foyer doit inclure des mesures de surveillance et de prévention des infections, et être conforme aux exigences énoncées dans le règlement de la *LFSLD*.

Le règlement de la *LFSLD* stipule que les titulaires de permis doivent s'assurer que :

- les programmes de PCI sont mis en œuvre au foyer par une équipe interdisciplinaire qui se réunit régulièrement et invite la ou le médecin hygiéniste local à assister à ses réunions;
- les programmes de PCI sont évalués et mis à jour au moins une fois par an;
- tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de PCI et surveille et consigne les signes d'infection à chaque quart de travail; les titulaires de permis doivent également s'assurer que ces dossiers sont analysés régulièrement pour détecter les tendances en matière d'infection;
- dans le cadre du programme de PCI, un système de gestion des éclosions est mis en place pour détecter, gérer et contrôler les éclosions de maladies infectieuses; le plan de gestion de l'éclosion doit également inclure les responsabilités définies du personnel, les protocoles de déclaration basés sur les exigences de la *Loi sur la promotion et la protection de la santé*, les plans de communication, ainsi que les protocoles pour recevoir les alertes sanitaires et y répondre; et
- le programme de PCI comprend un programme d'hygiène des mains.

Comme nous l'avons mentionné ailleurs dans ce rapport, certains foyers de SLD en Ontario n'ont pas respecté les exigences du programme de PCI prévues dans le règlement de la *LFSLD*.

Les lois et décrets n'ont pas été mis à jour pour tenir compte des nouveaux ministères

Il convient de noter que de nombreux textes législatifs importants mentionnés ci-dessus n'ont pas été mis à jour après la scission du ministère de la Santé et des Soins de longue durée en juillet 2019. Par conséquent, toutes les références au « ministre » et à ses responsabilités dans la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* font techniquement référence au ministre de la Santé et des Soins de longue durée – un poste qui n'existe plus au sein d'un ministère qui n'existe plus.

La Commission n'a pu trouver aucun document gouvernemental accessible au public répartissant les responsabilités décrites dans ces lois entre le ou la ministre de la Santé et le ou la ministre des Soins de longue durée. Or, ces deux lois sont cruciales pour la surveillance des foyers de SLD et la protection des personnes qu'ils hébergent. Il est essentiel que les informations concernant la responsabilité ministérielle pour l'application et la mise en œuvre de ces lois soient apparentes et accessibles aux membres du public comme aux travailleuses et travailleurs du secteur des SLD. Lorsque la province a créé un ministère de la Santé autonome et un ministère des Soins de longue durée distincts, elle aurait dû mettre à jour la législation pertinente en conséquence afin de clarifier les rôles et responsabilités des nouveaux ministres.

De plus, le décret provincial qui attribue les responsabilités de planification d'urgence à divers ministères confie la responsabilité des « urgences qui relèvent des responsabilités "santé, maladies et épidémies de l'homme" » au défunt ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ce qui rend difficile la définition des rôles précis que devraient jouer le nouveau ministère de la Santé et ministère des Soins de longue durée dans une pandémie. La confusion entre les deux ministères quant à leurs rôles respectifs dans la préparation à une pandémie a été manifeste pendant la crise de la COVID-19.

Conclusion

Dans les mois qui ont précédé la pandémie de COVID-19, les systèmes complexes de santé et de santé publique de l'Ontario étaient en pleine mutation. Le principal ministère responsable des secteurs de la santé et des soins de longue durée a été scindé en deux. Les réseaux par lesquels la fourniture des services de santé locaux est supervisée et administrée faisaient l'objet d'une réorganisation importante. Pendant ce temps, comme nous l'avons vu au chapitre 1, dans les foyers de soins de longue durée

de la province, des problèmes profondément enracinés s'aggravaient, affaiblissant la capacité des foyers à gérer une pandémie éventuelle.

Une fois que la pandémie de COVID-19 a commencé, elle a mis à rude épreuve les acteurs, les organismes, les lois et les régimes de réglementation qui supervisent et administrent le secteur de la santé, le système de santé publique, le système d'intervention d'urgence et les foyers de soins de longue durée de l'Ontario. Comme nous l'avons vu tout au long du présent rapport, la capacité de ces institutions à protéger les foyers de soins de longue durée de la province s'avérerait insuffisante à bien des égards.

Annexe C : Une enquête sur une crise en cours

La présente Commission a été constituée le 29 juillet 2020 afin d'enquêter sur la manière dont la COVID-19 s'est propagée dans les foyers de soins de longue durée (SLD) et sur les raisons de cette propagation, sur les mesures prises pour la prévenir et sur le rôle qu'ont joué les caractéristiques actuelles du système de soins de longue durée dans cette propagation. À l'instar de la Commission sur le SRAS lancée en 2003 et dirigée par l'honorable juge Archie Campbell, la Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée a été créée conformément à l'article 78 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS)*, ce qui permettait à la ministre de la Santé d'ordonner une enquête sur « les causes de maladie ou de mortalité dans une partie quelconque de la province. »

Cette enquête était différente et peut-être même inédite à bien des égards. Il s'agissait d'enquêter sur une crise sanitaire grave et évolutive en même temps qu'elle se déroulait. La Commission a dû achever son enquête et préparer son rapport en neuf mois, un délai considérablement plus court que celui dont ont bénéficié les commissions récentes créées en vertu de la *LPPS* et d'autres lois pour enquêter sur les questions de santé publique. En outre, la Commission a mené son enquête entièrement à distance.

La Commission

La Commission a mené son enquête conformément à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, au mandat qu'on lui avait confié et à ses propres principes directeurs.

Article 78 de la Loi sur la protection et la promotion de la santé

Selon l'article 78 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS)*, toute personne peut être nommée pour enquêter sur les causes de maladie ou de mortalité en Ontario (une enquête au sens de la *LPPS*). Ce pouvoir d'enquête est fondamental pour l'atteinte de l'un des objectifs essentiels de la *LPPS* : la prévention de la propagation des maladies et la protection de la santé. L'importance de ce pouvoir a été cruciale pendant la pandémie de COVID-19 étant donné la situation désastreuse prévalant dans les SLD. La présente Commission a été appelée à enquêter et à faire des recommandations pendant la durée de l'urgence sanitaire dans l'espoir qu'elles empêcheraient non seulement la propagation continue de la COVID-19 dans les SLD, mais qu'elles fourniraient également des solutions à plus long terme.

La *LPPS* prévoit que seul l'article 33 de la *Loi sur les enquêtes publiques (LEP)* est applicable à l'enquête. L'article 33 établit certains pouvoirs et procédures d'enquête, bien que d'autres articles de la *LEP* comprennent un plus large éventail de procédures et d'outils adaptés à un cadre plus formel. L'Assemblée législative a eu la sagesse de limiter la complexité des enquêtes menées en vertu de la *LPPS* afin de permettre un déroulement rapide et souple, comme on est en droit de s'attendre lorsqu'il est question d'un risque de santé publique continu. Ainsi, l'article 33 donne aux enquêteurs le pouvoir de convoquer des témoins et d'exiger des documents, ce qui facilite le processus d'enquête. Il ne s'agit pas ici d'un procès ni même d'une instruction. Il s'agit d'un processus inquisitoire destiné à permettre aux enquêteurs d'évaluer les causes de la maladie et de la mortalité et de faire des recommandations afin que des mesures soient prises pour protéger la santé et la vie des Ontariennes et des Ontariens.

Cependant, au cours de l'enquête, il est apparu que des pouvoirs et des protections supplémentaires conférés par la *Loi sur les enquêtes publiques* auraient pu contribuer à accélérer le processus. Par exemple, l'article 19 de la *LEP* permet au gouvernement de communiquer des documents protégés dans le cadre d'une enquête sans renoncer à un privilège. Cet article ne s'applique pas aux enquêtes menées en vertu de la *LPPS*. Malheureusement, un temps considérable a été consacré au traitement de cette question, ce qui a détourné l'attention de la Commission de son véritable travail. Il y aurait lieu d'envisager l'inclusion d'autres articles de la *LEP* dans l'article 78, comme les articles 18 (interdiction à l'employeur de recourir à l'intimidation), 22 (protection contre la contrainte) et 23 (immunité). En outre, il faudrait aussi songer à l'avenir à faire en sorte que les enquêteurs puissent entendre les personnes de manière confidentielle. En effet, la Commission a entendu certains membres du personnel et certaines personnes hébergées qui craignaient de parler publiquement. Comme indiqué ci-dessous, cela a nécessité une modification du mandat. Les circonstances extraordinaires dans lesquelles l'article 78 est invoqué obligent le gouvernement à s'assurer que les enquêteurs disposent de tous les outils nécessaires pour agir rapidement et de manière indépendante. Le gouvernement devrait donc revoir toutes les dispositions de la *LEP* et envisager d'appliquer toutes celles qui pourraient être utiles aux enquêtes menées en vertu de la *LPPS*.

Cadre de référence

Le mandat de la Commission (voir l'annexe C.2), tel que rédigé par le gouvernement, demandait de se pencher et de faire enquête sur :

1. la façon dont la situation préalable à la pandémie de COVID-19 des foyers de longue durée de l'Ontario a contribué à la propagation du virus de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée, et les répercussions que cette situation a eues

sur les personnes hébergées, le personnel, les bénévoles, les visiteurs, les membres des familles et les autres personnes touchées;

2. la justesse des mesures prises par les parties, notamment la province, les foyers de soins de longue durée et d'autres parties, afin de prévenir, d'isoler et de contenir la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée;

3. l'impact de l'infrastructure physique actuelle, les méthodes de recrutement, les relations de travail, la surveillance clinique sur la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée;

4. les initiatives et les réformes actuelles du gouvernement concernant le système de SLD; et

5. toutes les autres questions pertinentes que les commissaires jugent nécessaires pour déterminer la cause de la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée ainsi que d'autres domaines où le gouvernement devrait agir dans l'avenir afin de prévenir la propagation des maladies dans ces foyers.

Le mandat demandait en particulier que les commissaires mènent l'enquête sans formuler de conclusions de faits relativement à la responsabilité civile ou criminelle de toute personne ou organisation.

Le mandat permettait aux commissaires d'utiliser tous les dossiers ou rapports existants pertinents, y compris le rapport final de 2019 et les recommandations de l'Enquête publique de l'honorable juge Eileen E. Gillese sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée.

Enfin, le mandat exigeait que le rapport de la Commission soit achevé au plus tard le 30 avril 2021 et permettait à la Commission de publier un rapport provisoire exposant des informations ou des recommandations qui, à son avis, devraient être examinées par le gouvernement avant de présenter son rapport final.

La Commission a donc publié deux séries de recommandations provisoires afin de transmettre dès que possible des recommandations clés qui, si elles étaient mises en œuvre, contribueraient à prévenir la propagation de la COVID-19 et à protéger la santé des personnes hébergées en foyer de SLD (voir l'annexe A). Les recommandations provisoires, qui ont été fournies à la ministre des Soins de longue durée et publiées sur le site Web de la Commission le 23 octobre 2020 et le 4 décembre 2020, sont abordées plus en détail ci-dessous.

Les commissaires ont appris que le personnel et les résidents et résidentes des foyers de SLD ne se sentaient pas à l'aise de se manifester, les employés craignant pour la sécurité des personnes hébergées, mais aussi pour leur travail. La Commission a donc demandé et obtenu des modifications au mandat afin de clarifier son pouvoir de traiter

les informations liées à l'enquête, y compris de recevoir des informations de manière confidentielle, d'anonymiser les sources d'informations obtenues de manière confidentielle et de préserver tous les autres aspects de la confidentialité de ces informations.

Selon le mandat, « Les commissaires doivent tenir compte des initiatives et des réformes actuelles du système de gouvernement dans les foyers de soins de longue durée, y compris les réponses à la COVID-19 et les travaux en cours en réponse à l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée, afin de formuler des recommandations. » Le gouvernement n'a toutefois pas informé la Commission de toutes ses initiatives et réformes en cours. Par exemple, il a indiqué qu'il examinait actuellement l'éventuelle appartenance des préposées et préposés aux services de soutien personnel à un système de registre ou à une profession réglementée, ou si cette profession devait continuer à être non réglementée; cependant, il a refusé de transmettre son analyse actuelle de cette question, même si le sujet a fait l'objet de nombreuses discussions devant la Commission (voir les chapitres 1 et 5).

Principes directeurs

Au début des travaux de la Commission, les commissaires ont formulé cinq principes directeurs (voir l'annexe C.3) pour leur enquête :

1. **Indépendance** : La Commission exerce son mandat d'une manière indépendante du gouvernement. Son indépendance est essentielle pour découvrir les faits pertinents, mener une analyse objective des questions soulevées et formuler des recommandations.
2. **Rigueur** : La Commission mènera une enquête minutieuse, veillant à analyser toutes les questions énoncées dans son mandat et à trouver les réponses adéquates.
3. **Inclusion** : La Commission veillera à obtenir des renseignements de tous les individus et organismes qui détiennent des renseignements pertinents pour établir les facteurs qui ont conduit à l'épidémie dans les foyers de soins de longue durée et élaborer des stratégies de prévention d'autres épidémies.
4. **Actualité** : Pendant que la Commission exécute son mandat, tout le secteur des soins de santé s'efforce d'endiguer la pandémie. Les recommandations des commissaires devront servir à aider le gouvernement à se préparer à de futures pandémies et à prévenir la propagation des maladies dans les foyers de soins de longue durée pendant la pandémie actuelle.
5. **Souplesse** : Pour assurer une enquête rigoureuse, inclusive et opportune, la Commission emploiera diverses méthodes d'enquête.

La Commission s'est appuyée sur tous ces principes directeurs pour élaborer un processus lui permettant d'investiguer et d'enquêter conformément à son mandat. Ce processus est décrit ci-dessous.

Commissaires, avocates et avocats de la Commission et Secrétariat

La Commission avait à sa tête trois commissaires. Les commissaires ont dirigé l'enquête et présidé les réunions publiques dont les transcriptions ont été affichées sur le site Web de la Commission, ainsi que certaines réunions confidentielles. Les commissaires ont été soutenus dans leur travail par les avocates et avocats ainsi que par le Secrétariat de la Commission. Le Secrétariat était principalement composé de fonctionnaires ontariens détachés auprès de la Commission. Les avocates et avocats de la Commission ont fourni des conseils juridiques aux commissaires et, avec le personnel du Secrétariat, ont contribué à l'enquête.

Les commissaires, les avocates et avocats ainsi que le Secrétariat de la Commission ont amené diverses perspectives en provenance des secteurs public et privé. L'équipe de la Commission comprenait des membres ayant une expertise dans les secteurs des soins de santé, des SLD et du droit, ainsi que des fonctionnaires détenant une expérience considérable en matière de politiques publiques.

Site Web de la Commission

Le site Web de la Commission a fourni au public des renseignements en anglais et en français sur l'enquête, y compris sur le mandat, les principes directeurs, les commissaires, les avocates et avocats et le personnel du Secrétariat. Le site Web était tout à fait conforme aux exigences de la *Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario*.

Des mises à jour sur les progrès de la Commission, ainsi que les transcriptions des réunions publiques avec les commissaires, ont été affichées sur le site Web. De nombreux témoins de la Commission disposaient de diaporamas électroniques pour les aider lors de leur présentation; ceux-ci ont également été mis sur le site Web de la Commission pour que les lectrices et lecteurs puissent comprendre la discussion figurant dans la transcription.

De plus, des pages Web ont été créées pour solliciter les observations et les idées des personnes résidant dans les foyers de SLD et celles de leurs proches, ainsi que du personnel et de la direction de ces foyers. Les personnes qui le souhaitaient pouvaient envoyer leur mémoire à une adresse électronique dédiée, appeler une ligne téléphonique sans frais où tous les messages étaient relevés, ou participer à des réunions de groupe avec les commissaires, accompagnés d'une animatrice ou d'un

animateur. Les membres du public pouvaient également laisser un message ou présenter des observations écrites à la Commission.

Les lignes directrices affichées sur le site Web pour les présentations écrites contenaient des suggestions de thèmes et de questions pour aider les personnes préparant un mémoire destiné à la Commission. Les auteurs des observations écrites ont été informés que même si ces dernières n'étaient pas publiées sur le site Web, les commissaires pourraient y faire référence dans un rapport provisoire ou final. À la suite des modifications apportées au mandat, la Commission a autorisé les particuliers à fournir des informations de manière confidentielle. Le site Web comprenait une mention indiquant que les thèmes généraux qui ressortent d'observations confidentielles pouvaient être mentionnés dans un rapport provisoire ou final, mais sans les attribuer à leurs auteurs. Il était également précisé que si les renseignements confidentiels fournis révélaient un risque immédiat pour un particulier ou pour la santé et la sécurité d'un particulier, la Commission pourrait faire le nécessaire pour que ces renseignements soient transmis aux organismes capables d'éliminer ce risque.

Les organisations dont les membres étaient intéressés par les travaux de la Commission ont également été invitées à inclure un lien vers le site Web de la Commission dans leur propre site afin de permettre à leurs membres de suivre facilement les progrès des travaux.

Enquêter en pleine pandémie

Les commissions sont souvent mises sur pied à la suite de terribles catastrophes. Il est rare, voire inusité, qu'elles soient créées alors que la catastrophe fait encore rage. La Commission a été appelée à enquêter sur la cause et la multiplication des décès dus à une maladie qui a frappé la province et les SLD pendant toute la durée de son mandat. Toutefois, mener une enquête en pleine crise pose des défis supplémentaires.

La Cour suprême du Canada a déclaré que les commissions d'enquête sont « souvent formées pour découvrir la "vérité", en réaction au choc, au sentiment d'horreur, à la désillusion ou au scepticisme ressentis par la population ». La Cour a également déclaré que les commissions sont chargées d'enquêter sur les tragédies afin d'« aider à prévenir la répétition de tragédies semblables à l'avenir ».

Pour enquêter sur la riposte à une nouvelle menace continue pour la santé publique, il fallait une approche différente de celle adoptée par la plupart des commissions, car les informations et la situation évoluaient au fur et à mesure que l'enquête progressait. Le nombre et la gravité des éclosions dans les établissements de SLD évoluaient constamment, tout comme la compréhension commune de la nature et de la transmission de la COVID-19. Bénéficiant d'informations opportunes, la Commission a publié deux séries de recommandations provisoires pour aider à prévenir la propagation

de la COVID-19 et à protéger la santé des résidentes et des résidents, ainsi que celle du personnel des foyers de SLD (voir l'annexe A).

Recommandations provisoires

La première série de recommandations de la Commission a été publiée et envoyée à la ministre des Soins de longue durée le 23 octobre 2020, au milieu de la deuxième vague de la pandémie. Les recommandations portaient sur la dotation en personnel, les relations de collaboration entre les foyers de soins de longue durée et les partenaires de soins de santé, ainsi que sur la prévention et le contrôle des infections (PCI).

Alors que la deuxième vague de la pandémie s'aggravait, la Commission a publié une deuxième série de recommandations provisoires le 4 décembre 2020. Ces recommandations visaient à accroître la qualité des soins en améliorant le leadership et la reddition de compte au sein des foyers de soins de longue durée. Elles comprenaient l'élargissement et l'amélioration des indicateurs de rendement pour améliorer la qualité des soins. Cette série de recommandations portait également sur les questions relatives aux inspections des foyers de soins de longue durée effectuées par le ministère des Soins de longue durée, le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences et les bureaux de santé publique locaux.

Le processus d'enquête de la Commission

Les commissaires avaient le pouvoir d'enjoindre par assignation toute personne à fournir des documents et des informations. La Commission a utilisé des assignations au besoin et à la demande de personnes et de dépositaires de documents.

Entretiens

La Commission s'est entretenue avec diverses personnes qui disposaient d'informations pertinentes en lien avec le mandat, notamment :

- **Les personnes résidant dans les foyers de SLD et leurs proches :**
La Commission a rencontré ces personnes ainsi que des conseils des résidents et des conseils des familles de nombreux foyers de SLD de différentes régions de la province. Les réunions se sont déroulées en anglais et, lorsque des francophones y participaient, on a eu recours à l'interprétation simultanée.
- **Personnel des foyers de SLD :** Les commissaires ont rencontré le personnel, les associations d'employés et les syndicats de partout dans la province pour connaître leurs expériences en matière de SLD avant et pendant la pandémie.

- **Exploitants de foyers de SLD** : La Commission a entendu des représentants d'établissements à but lucratif, sans but lucratif et appartenant à des municipalités de toute la province et leurs organisations représentatives.
- **Autres professionnels de la santé de l'Ontario; professionnels d'autres provinces et pays** : Ces personnes ont fourni à la Commission des informations sur les approches qui ont aidé et pourraient contribuer à réduire la propagation de la COVID-19 dans les foyers de SLD pendant la pandémie, et qui auraient pu se révéler utiles les années précédentes.
- **Représentants gouvernementaux anciens et actuels**, y compris des représentants du ministère de la Santé, du ministère des Soins de longue durée, du ministère du Solliciteur général, de Santé publique Ontario, de Santé Ontario, du ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences et du Bureau du Conseil des ministres, ainsi que des médecins hygiénistes. Ces personnes ont fourni de l'information sur l'approche de la province en matière de SLD en général et sur sa réponse à la COVID-19 dans les foyers.
- **Associations et groupes de défense** : La Commission a cherché à obtenir des réponses auprès d'associations et de groupes de défense représentant les intérêts de diverses parties prenantes, y compris des préposées et préposés aux services de soutien personnel, des pharmaciennes et pharmaciens, des membres du personnel infirmier autorisé, des professionnels paramédicaux (y compris les audiologistes, les orthophonistes et les diététistes), des hôpitaux et des foyers de SLD. La Commission s'est entretenue avec des groupes représentant les personnes âgées de la province en général et était particulièrement désireuse de rencontrer des groupes s'occupant spécifiquement de personnes âgées appartenant à divers groupes minoritaires ou marginalisés, dont les francophones, les 2S-LGBTQ+, les Autochtones et les personnes vivant dans des refuges pour sans-abri ou qui les fréquentent.
- **Experts et chercheurs dans divers domaines** : Ces personnes ont fait part de leurs connaissances, de leurs réflexions et de leurs observations dans des domaines tels que l'économie, l'analyse de données, la sociologie, les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation (CVC), l'architecture et la conception, le travail social, la santé et la sécurité au travail, l'éducation sanitaire, la médecine, les maladies infectieuses et la gériatrie.

Les commissaires ont interrogé plus de 700 personnes, dont certaines ont témoigné plus d'une fois, au cours de plus de 170 séances officielles. Les transcriptions de ces réunions totalisent plus de 15 000 pages. Toutes les personnes rencontrées ont eu la possibilité de réviser et de corriger les transcriptions des entretiens avant que celles-ci soient publiées sur le site Web, et de fournir toute information additionnelle.

En outre, la Commission a tenu plus de 20 entretiens confidentiels, notamment avec le personnel et d'autres personnes ayant exprimé des craintes de représailles.

Réunions de groupe avec des personnes touchées et les commissaires

Les réunions avec les personnes touchées ont joué un rôle important dans le cadre des commissions précédentes qui enquêtaient sur des situations où les personnes ont subi des traumatismes. Le fait d'entendre directement les personnes qui ont souffert est une part importante de l'enquête; un tel exercice offre également la possibilité d'une guérison individuelle par la mise en commun des expériences et des pertes.

Cette Commission a tout mis en œuvre pour entendre, dans l'une ou l'autre des langues officielles, le plus grand nombre possible de résidents, de familles et de membres du personnel. Comme les réunions devaient se tenir virtuellement à cause de la pandémie, il fallait s'intéresser davantage à l'organisation des séances qui auraient normalement eu lieu en personne.

Les personnes touchées se comptant par milliers, des efforts ont donc été faits pour maximiser le nombre de participantes et de participants. La Commission était consciente des problèmes dans les foyers de SLD qui luttent contre les éclosions et savait que les personnes hébergées avaient besoin d'aide pour participer. En répondant aux besoins d'accessibilité, de conception adaptée et de confidentialité des populations vulnérables, on a permis aux personnes hébergées et au personnel des SLD de participer. La Commission a donc contacté l'Ontario Association of Residents' Councils, Conseils des familles Ontario et un certain nombre de regroupements régionaux de conseils de famille pour aider à annoncer les réunions et obtenir des conseils sur les besoins des personnes résidentes et des familles. La Commission a également travaillé avec les syndicats représentant le personnel des foyers pour s'assurer que ces personnes se sentaient en confiance pour raconter leurs expériences difficiles aux commissaires devant un groupe.

Ces réunions ont été bénéfiques pour la Commission, car elles ont dynamisé les discussions sur les politiques – ou, peut-être serait-il plus juste de dire qu'elles leur ont insufflé vie.

Enfin, les transcriptions de ces réunions publiques ont été mises sur le site Web et constituent – pour les générations futures – un compte rendu oral de ce qui est arrivé aux personnes dans les foyers de SLD pendant la pandémie.

Présentations écrites

La Commission a sollicité des observations écrites des intervenants et des membres du public dans le cadre de son enquête. Elle a reçu et examiné quelque 300 mémoires

rédigés par des personnes résidant dans les foyers de SLD et leur famille, le personnel et la direction de ces foyers, le grand public et diverses autres parties, notamment des universitaires, des chercheurs, des groupes de défense et des organismes sans but lucratif.

Entrevues préliminaires

Les avocates et avocats de la Commission et le personnel du Secrétariat ont mené des entrevues préliminaires pour identifier les personnes qui témoigneraient devant les commissaires. En outre, les avocates et avocats de la Commission ont interrogé des personnes qui n'ont pas témoigné, mais qui ont néanmoins fourni des informations et un contexte utiles.

Accès du public aux réunions avec les commissaires

La Commission a publié les transcriptions des réunions officielles des commissaires sur son site Web afin de garantir que le public ait accès à toutes les informations qu'elle était en mesure de communiquer.

Les rapports finaux d'autres commissions ont souligné l'importance de permettre au public d'accéder aux moyens, aux méthodes et aux objectifs de la Commission lorsque des questions d'intérêt public faisaient l'objet d'une enquête; cela favorise la confiance du public qui peut ainsi constater la progression adéquate du processus. Dans le rapport final de la Commission d'enquête Walkerton, l'honorable juge Dennis R. O'Connor a fait remarquer que le fait de donner accès aux preuves permet de tenir le public informé des progrès d'une commission d'enquête en temps réel et de se forger sa propre opinion de ce qui est dit aux commissaires. La Cour suprême du Canada a également déclaré que mener ce genre d'enquêtes à la vue du public peut « en quelque sorte exercer une action thérapeutique sur une collectivité qui est sous le coup du choc et de la colère par suite d'une tragédie ».

Compte tenu de l'urgence de la situation, et conformément à l'exigence du mandat selon laquelle l'enquête n'entraverait pas les efforts en cours pour circonscrire et contenir la COVID-19, les réunions de la Commission se sont déroulées à distance sur une plate-forme virtuelle sécurisée. Lors des entretiens, plusieurs personnes d'une même organisation ont souvent été interrogées simultanément afin de maximiser l'efficacité de l'enquête et d'obtenir les informations les plus précises possible.

Entrevues confidentielles avec le personnel de la Commission

La Commission s'est également appuyée sur des réunions confidentielles au besoin, à la suite du précédent établi par l'enquête du juge Campbell sur l'introduction et la

propagation du SRAS. La Commission sur le SRAS a mené plus de 600 entrevues confidentielles en trois ans et n'a tenu que six jours d'audiences publiques. Dans son rapport, le juge Campbell a déclaré que le recours à des entrevues confidentielles était nécessaire pour obtenir les témoignages francs et détaillés requis afin que la Commission examine toutes les questions et formule des conclusions et des recommandations appropriées. Dans certains cas, cela s'est également avéré pour la présente Commission.

À plusieurs reprises, la Commission a entendu dire que les gens avaient peur de révéler publiquement des informations pour contribuer à l'enquête. Le personnel travaillant dans les foyers de SLD craignait de faire l'objet de représailles, tandis que les personnes dont des proches vivaient toujours dans ces foyers redoutaient que ce soit leurs proches qui en subissent. Afin de répondre à ces préoccupations et de protéger la vie privée des personnes, le personnel de la Commission a mené des entrevues confidentielles, le cas échéant.

La Commission a également entendu des membres des familles qui craignaient une poursuite judiciaire s'ils parlaient en mal des foyers. La Commission a pris des dispositions pour que l'avocat de service conseille chaque participante et participant si nécessaire.

Il est important que les personnes se sentent en sécurité lorsqu'elles révèlent des informations à des organismes d'enquête comme la Commission. À plus d'une occasion, celle-ci s'est vu rappeler l'importance des mesures de protection des dénonciateurs et a donc recommandé de renforcer les protections offertes par la *LPPS* dans le cadre des enquêtes menées en vertu de cette loi.

Sondage auprès des foyers de SLD de la province

Pour combler les lacunes des rapports et des documents existants et pour disposer d'informations en temps réel afin d'étayer ses recommandations, la Commission a mené un sondage auprès des 626 foyers de SLD de la province. L'objectif de ce sondage obligatoire était de recueillir des informations sur un certain nombre de questions, notamment la dotation en personnel, l'infrastructure, les pratiques de prévention et de contrôle des infections et le leadership dans les foyers.

Les données recueillies par le sondage ont été utilisées pour faire rapport à la Commission sur les facteurs ayant contribué à la propagation de la COVID-19 dans les foyers de SLD de la province au cours de la première vague de la pandémie.

Divulgence de documents

Outre les étapes décrites ci-dessus, la Commission a également obtenu des documents auprès des personnes et entités pertinentes, y compris les ministères et organismes gouvernementaux.

Difficultés à obtenir les informations gouvernementales nécessaires

Le mandat de la Commission était de faire enquête sur la justesse des mesures prises par le gouvernement et d'autres parties, afin de prévenir, de circonscrire et de contenir la propagation de la COVID-19 dans les foyers de SLD. Cela a nécessité un examen et une analyse des dossiers pertinents du gouvernement sur les mesures prises pour se préparer à la pandémie (prévenir) et sur l'adéquation des efforts visant à y répondre (circonscrire et contenir la propagation du virus).

Le Conseil des ministres – bien conscient du délai extrêmement court à l'intérieur duquel la Commission devait achever ses travaux – a émis un décret ordonnant à ses ministères de coopérer avec la Commission. Lorsqu'il est devenu clair que, malgré le décret et la date limite du 30 avril, la production de documents en temps opportun ne serait pas possible, une assignation à communiquer les documents a été émise en octobre. Le gouvernement a remis des documents de façon épisodique jusqu'au début de décembre. Les avocates et avocats du gouvernement ont informé la Commission dès le début de l'enquête que des centaines de milliers de documents seraient remis; toutefois, début décembre, seule une fraction des documents avait été communiquée. L'incapacité à fournir les documents en temps voulu a été la raison pour laquelle les commissaires ont demandé une prolongation du délai, ce qui leur a été refusé.

Le médecin hygiéniste en chef, la ministre de la Santé et la ministre des Soins de longue durée devaient témoigner devant la Commission la dernière semaine de février 2021. Dix jours avant leur témoignage, le gouvernement a communiqué 211 000 documents supplémentaires. De plus, des notes ont été transmises la veille de chaque témoignage. Une livraison aussi tardive n'aide pas le processus et en affecte la bonne marche apparente. Bien que la Commission soit convaincue que cette divulgation très tardive n'a pas sapé ses recommandations, le gouvernement doit néanmoins prendre des mesures pour faire en sorte que de futures commissions ne soient pas confrontées aux mêmes pratiques de divulgation tardive et d'obstruction.

Autres défis opérationnels attribuables au court délai

Des éléments importants du travail de la Commission visant à garantir la participation du public et la transparence du processus ont posé des défis étant donné le court délai

fixé pour l'enquête et la production du rapport. Plus précisément, comme il a été mentionné, la Commission a pris très au sérieux ses obligations envers les Ontariennes et les Ontariens francophones, offrant activement des services en français à toutes les personnes hébergées, leur famille et le personnel, et fournissant des versions françaises et anglaises de toutes ses communications avec le public sur son site Web.

Malgré le délai serré, la Commission a veillé en priorité à ce que les personnes puissent s'adresser à elle en anglais et en français. Un délai supplémentaire pour la remise du rapport aurait permis de fournir une interprétation simultanée pour les réunions avec des personnes dont la langue maternelle n'était ni le français ni l'anglais, un aspect important étant donné que l'on reconnaît généralement que les personnes atteintes de démence ou d'autres problèmes cognitifs ont tendance à perdre leur aisance lorsqu'il s'agit de s'exprimer dans une deuxième langue. Cela aurait également permis au personnel de SLD et aux proches des personnes hébergées de s'exprimer plus aisément et plus efficacement dans une autre langue. La Commission a entendu dire que les problèmes linguistiques contribuaient à l'isolement supplémentaire des locuteurs dont la langue première n'était pas l'anglais. Si la Commission avait disposé de plus de temps, elle aurait fait en sorte que les voix de ces personnes puissent être entendues grâce à des séances de groupe supplémentaires avec les personnes hébergées, le personnel et les familles à l'aide de l'interprétation simultanée.

Lorsqu'ils déterminent le temps dont les commissions ont besoin pour mener une enquête et produire un rapport final, les gouvernements doivent examiner plus attentivement les questions avec lesquelles elles doivent composer dans la conduite de leurs travaux.

Rapports existants

Le mandat de la Commission exigeait que les commissaires examinent tous les dossiers ou rapports existants pertinents et en tiennent compte lorsque cela était faisable et approprié. Il permettait à la Commission de se fier à cette documentation au lieu d'exiger de leurs auteurs qu'ils témoignent devant la Commission par l'entremise d'entretiens ou autrement.

L'Ontario a commandé des rapports très utiles. Cependant, certains n'étaient pas facilement accessibles. Par exemple, le rapport du D^r David Walker sur le SRAS n'a pu être trouvé sur le site Web du gouvernement. Or, ce travail fondamental revêtait une grande valeur pour la Commission et devrait être accessible à toutes les Ontariennes et à tous les Ontariens. Il est recommandé que tous les rapports importants sur la santé publique soient facilement accessibles au public sur Internet.

Conclusion

Ce fut un honneur que de siéger à la Commission. Bien que nous ayons été confrontés à des circonstances exceptionnelles dans la conduite de notre enquête, nous avons réussi à relever le défi grâce aux efforts de nombreuses personnes.

On nous a confié la mission d'enquêter de manière approfondie sur les causes expliquant l'excès de cas de maladie et de décès dans les foyers de SLD et de faire des recommandations pour éviter qu'une telle tragédie ne se reproduise à l'avenir.

Nos entretiens nous ont également permis de recueillir les expériences des résidents et résidentes qui ont survécu, ainsi que celles des membres des familles et du personnel, qui ont subi d'importants traumatismes alors que les première et deuxième vagues de la pandémie de COVID-19 frappaient les foyers de SLD de l'Ontario. Au lieu de simplement remercier les personnes hébergées survivantes, les membres de leur famille et le personnel d'avoir revécu ces événements douloureux en les racontant, la Commission suggère respectueusement que nous fassions enfin maintenant ce que beaucoup ont demandé dans le passé – c'est-à-dire que nous écoutions ce qu'ils nous ont dit, et que nous posions les gestes qui doivent de toute évidence être posés.

Restez chez vous sauf pour les déplacements essentiels et respectez les [restrictions et les mesures de santé publique](#).



Décret 1058/2020

Sur la recommandation de la personne soussignée, la lieutenant-gouverneure de l'Ontario, sur l'avis et avec le consentement du Conseil exécutif de l'Ontario, décrète ce qui suit:

Attendu que la ministre des Soins de longue durée nommera l'honorable juge Frank Marrocco, pour présider, Angela Coke et le D^r Jack Kitts comme commissaires chargés d'enquêter sur la récente propagation de la Covid-19 dans des foyers de soins de longue durée, en vertu de l'article 78 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*;

Attendu que l'alinéa 56 (1) b) de la *Loi sur les juges* (Canada) prévoit qu'un juge peut agir en qualité de commissaire si le lieutenant-gouverneur en conseil d'une province l'y autorise;

Attendu que la ministre des Soins de longue durée a donné aux commissaires un cadre de référence aux fins de l'enquête;

Attendu qu'il est souhaitable d'appuyer l'enquête et d'ordonner l'entière collaboration de l'ensemble des ministères et organismes gouvernementaux avec les commissaires;

L'honorable juge Frank Marrocco est par les présentes autorisé à agir en qualité de commissaire conformément à sa désignation par la ministre des Soins de longue durée en vue de mener une enquête en vertu de l'article 78 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*;

Tous les ministères et organismes gouvernementaux, ainsi que leurs employés, sont tenus de prêter leur aide aux commissaires dans toute la mesure possible de sorte que ceux-ci puissent mener l'enquête à bien;

Tous les ministères et organismes gouvernementaux doivent respecter l'indépendance de l'enquête.

Premier ministre et président du Conseil

Approuvé et décrété: 22 juillet 2020

Date de publication : 6 août 2020

Cadre de référence

Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée MANDAT

1. Vu l'article 78 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, les commissaires doivent faire enquête et fournir un rapport contenant des conclusions et des recommandations concernant :

a) la façon dont la situation préalable à la pandémie de COVID-19 des foyers de longue durée, y compris le rapport à d'autres aspects du système de soins de santé, a contribué à la propagation du virus de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée et la mesure dans laquelle les résidents, les membres du personnel, les bénévoles, les visiteurs, les membres de la famille et d'autres personnes ont été touchés;

b) la justesse des mesures prises par les parties, notamment la province, les foyers de soins de longue durée et d'autres parties, afin de prévenir, d'isoler et de contenir la propagation de la COVID-19, y compris la pertinence des dispositions législatives et réglementaires, des politiques, des pratiques et des spécifications sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses dans les foyers de soins de longue durée;

c) l'impact de l'infrastructure physique actuelle, les méthodes de recrutement, les relations de travail, la surveillance clinique et d'autres caractéristiques des foyers de soins de longue durée sur la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée;

d) toutes les autres questions pertinentes que les commissaires jugent nécessaires pour déterminer la cause de la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée;

e) dans le cadre des initiatives et des réformes du gouvernement dans les foyers de soins de longue durée, tout autre domaine qui devrait être visé par des mesures futures du gouvernement afin de prévenir la propagation des maladies dans des foyers de soins de longue durée.

2. Les commissaires doivent veiller à ce que l'enquête soit menée de manière à ne pas contrecarrer les efforts en cours pour isoler et contenir la propagation de la COVID-19.

3. Les commissaires doivent mener l'enquête fidèlement, honnêtement et avec impartialité, conformément à ce mandat, et doivent veiller à ce que l'enquête soit menée effectivement, rapidement et selon le principe de proportionnalité.

4. Les commissaires doivent mener l'enquête et rédiger le rapport sans exprimer de conclusion ou de recommandation concernant la responsabilité civile ou criminelle de toute personne ou organisation. Les commissaires doivent également veiller à ce que la conduite de l'enquête n'entrave aucunement toute autre enquête criminelle ou civile ou procédure judiciaire, sans faire l'exposé de ses conclusions concernant la responsabilité civile ou criminelle de toute personne ou organisation.

5. Les commissaires doivent se reporter aux documents énoncés à l'article 33 de la *Loi de 2009 sur les enquêtes publiques*, lorsqu'il est possible et approprié de le faire. Les commissaires peuvent notamment demander et examiner tout document existant ou rapport pertinent lié au mandat, y compris le Rapport final et les Recommandations de l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée datés du 30 juillet 2019 et d'autres documents médicaux, professionnels et opérationnels. En outre, les commissaires peuvent examiner ces rapports et documents au lieu de demander à des personnes de leur fournir des données probantes et des documents par le biais d'entrevues ou autrement.

6. Les commissaires doivent tenir compte des initiatives et des réformes actuelles du gouvernement dans les foyers de soins de longue durée, y compris les réponses à la COVID-19 et les travaux en cours en réponse à l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée, afin de formuler des recommandations.

7. Les commissaires doivent tenir des rencontres publiques et privées (en personne ou virtuelles, selon le cas) au cours de l'enquête, lorsqu'ils le jugent souhaitable.

8. Conformément à l'article 33 de la *Loi de 2009 sur les enquêtes publiques*, les commissaires peuvent, par assignation, enjoindre toute personne à fournir des preuves ou à produire comme preuve des documents et des éléments que les commissaires peuvent juger pertinents à l'enquête afin de remplir son mandat en temps opportun.

9. Les commissaires doivent bénéficier des ressources requises par le biais du Secrétariat. Ils peuvent également faire appel à des avocats, à des experts, à des chercheurs et à d'autres professionnels s'ils le jugent approprié et peuvent demander l'acquisition de données de recherche externes.

10. À l'issue de leur enquête, les commissaires doivent présenter leur rapport final contenant les résultats, les conclusions et les recommandations au ministre des Soins de longue durée. Celui-ci doit rendre public le rapport dès que possible, après l'avoir reçu.

11. Les commissaires doivent conclure l'enquête et présenter un rapport final au ministre des Soins de longue durée au plus tard le 30 avril 2021. Les commissaires peuvent fournir un rapport provisoire exposant des renseignements ou des recommandations qui, à leur avis, doivent être examinés par le gouvernement avant de présenter leur rapport final.

12. Les commissaires doivent également veiller à ce que le rapport final soit présenté en français et en anglais en même temps. Toutefois, si, de l'avis des commissaires, la santé et la sécurité du public n'étaient pas assurées dans l'éventualité où la présentation du rapport serait retardée et si la version du rapport n'était disponible que dans une seule langue, les commissaires peuvent présenter le rapport dans une seule langue. Si le rapport est présenté dans une seule langue, la version du rapport dans l'autre langue doit être présentée dès que possible.

13. Les commissaires doivent veiller à ce que le rapport final soit rédigé sous une forme qui permettra sa divulgation au public, conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* et à d'autres lois applicables. Dans la mesure du possible, les commissaires doivent faire en sorte de préserver et d'assurer la confidentialité des renseignements personnels et des renseignements personnels sur la santé.

14. Les commissaires doivent veiller à ce que l'enquête soit menée dans le respect des limites de la compétence constitutionnelle de la province de l'Ontario.

15. Les commissaires doivent agir conformément au mandat, qui peut être modifié par le ministre des Soins de longue durée au besoin.

16. Dans l'éventualité où les commissaires ne seraient pas en mesure de mener à bien une disposition du mandat, le reste des dispositions doit continuer d'être appliqué, car il est dans l'intention du ministre des Soins de longue durée d'appliquer les dispositions de manière indépendante.

POUVOIR ET NOMINATION DES COMMISSAIRES

Les commissaires seront nommés par le ministre des Soins de longue durée en vertu de l'article 78 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et conformément aux directives énoncées dans la *Directive concernant les organismes et les nominations du Conseil du Trésor/Conseil de gestion du gouvernement*.

Ce processus comprendra le respect des critères d'admissibilité et la divulgation de renseignements personnels et de conflits d'intérêts et la vérification des antécédents judiciaires.

Les commissaires seront chargés d'agir dans l'intérêt de l'Ontario et devront faire preuve d'impartialité.

La nomination en tant que commissaire ne confère pas le statut de fonctionnaire en vertu de la *Loi de 2006 sur la fonction publique de l'Ontario*. En outre, en tant que personne nommée, le commissaire n'est pas et ne doit pas être considéré comme un employé, un agent ou un partenaire de Sa Majesté la Reine de l'Ontario ou du ministre des Soins de longue durée.

Les commissaires doivent se conformer à la *Directive concernant les organismes et les nominations* et à toutes les autres directives applicables du gouvernement.

Les commissaires seront dénommés collectivement la « Commission d'enquête sur la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario. »

Cadre de référence

Commission d'enquête sur la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario

MANDAT

1. Vu l'article 78 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, les commissaires doivent faire enquête et fournir un rapport contenant des conclusions et des recommandations concernant :
 - (a) la façon dont la situation préalable à la pandémie de COVID-19 des foyers de longue durée, y compris le rapport à d'autres aspects du système de soins de santé, a contribué à la propagation du virus de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée et la mesure dans laquelle les résidents, les membres du personnel, les visiteurs, les membres de la famille et d'autres personnes ont été touchés;
 - (b) la justesse des mesures prises par les parties, notamment la province, les foyers de soins de longue durée et d'autres parties, afin de prévenir, d'isoler et de contenir la propagation de la COVID-19, y compris la pertinence des dispositions législatives et réglementaires, des politiques, des pratiques et des spécifications sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses dans les foyers de soins de longue durée;
 - (c) l'impact de l'infrastructure physique actuelle, les méthodes de recrutement, les relations de travail, la surveillance clinique et d'autres caractéristiques des foyers de soins de longue durée sur la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée;
 - (d) toutes les autres questions pertinentes que les commissaires jugent nécessaires pour déterminer la cause de la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée;
 - (e) dans le cadre des initiatives et des réformes du gouvernement dans les foyers de soins de longue durée, tout autre domaine qui devrait être visé par des mesures futures du gouvernement afin de prévenir la propagation des maladies dans des foyers de soins de longue durée.

2. Les commissaires doivent veiller à ce que l'enquête soit menée de manière à ne pas contrecarrer les efforts en cours pour isoler et contenir la propagation de la COVID-19.
3. Les commissaires doivent mener l'enquête fidèlement, honnêtement et avec impartialité, conformément à ce mandat, et doivent veiller à ce que l'enquête soit menée effectivement, rapidement et selon le principe de proportionnalité.
4. Les commissaires doivent mener l'enquête et rédiger le rapport sans exprimer de conclusion ou de recommandation concernant la responsabilité civile ou criminelle de toute personne ou organisation. Les commissaires doivent également veiller à ce que la conduite de l'enquête n'entrave aucunement toute autre enquête criminelle ou civile ou procédure judiciaire, sans faire l'exposé de ses conclusions concernant la responsabilité civile ou criminelle de toute personne ou organisation.
5. Les commissaires doivent se reporter aux documents énoncés à l'article 33 de la *Loi de 2009 sur les enquêtes publiques*, lorsqu'il est possible et approprié de le faire. Les commissaires peuvent notamment demander et examiner tout document existant ou rapport pertinent lié au mandat, y compris le Rapport final et les Recommandations de l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée datés du 30 juillet 2019 et d'autres documents médicaux, professionnels et opérationnels. En outre, les commissaires peuvent examiner ces rapports et documents au lieu de demander à des personnes de leur fournir des données probantes et des documents par le biais d'entrevues ou autrement.
6. Les commissaires doivent tenir compte des initiatives et des réformes actuelles du gouvernement dans les foyers de soins de longue durée, y compris les réponses à la COVID-19 et les travaux en cours en réponse à l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée, afin de formuler des recommandations.
7. Les commissaires doivent tenir des rencontres publiques et privées (en personne ou virtuel, selon le cas) au cours de l'enquête, lorsqu'ils le jugent souhaitable.
8. Conformément à l'article 33 de la *Loi de 2009 sur les enquêtes publiques*, les commissaires peuvent, par assignation, enjoindre toute personne à fournir des preuves ou à produire comme preuve des documents et des éléments que les commissaires peuvent juger pertinents à l'enquête afin de remplir son mandat en temps opportun.

9. Les commissaires doivent bénéficier des ressources requises par le biais du Secrétariat. Ils peuvent également faire appel à des avocats, à des experts, à des chercheurs et à d'autres professionnels s'ils le jugent approprié et peuvent demander l'acquisition de données de recherche externes.
10. À l'issue de leur enquête, les commissaires doivent présenter leur rapport final contenant les résultats, les conclusions et les recommandations au ministre des Soins de longue durée. Celui-ci doit rendre public le rapport dès que possible, après l'avoir reçu.
11. Les commissaires doivent conclure l'enquête et présenter un rapport final au ministre des Soins de longue durée au plus tard le 30 avril 2021. Les commissaires peuvent fournir un rapport provisoire exposant des renseignements ou des recommandations qui, à leur avis, doivent être examinés par le gouvernement avant de présenter leur rapport final.
12. Les commissaires doivent également veiller à ce que le rapport final soit présenté en français et en anglais en même temps. Toutefois, si, de l'avis des commissaires, la santé et la sécurité du public n'étaient pas assurées dans l'éventualité où la présentation du rapport serait retardée et si la version du rapport n'était disponible que dans une seule langue, les commissaires peuvent présenter le rapport dans une seule langue. Si le rapport est présenté dans une seule langue, la version du rapport dans l'autre langue doit être présentée dès que possible.
13. Les commissaires doivent veiller à ce que le rapport final soit rédigé sous une forme qui permettra sa divulgation au public, conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* et à d'autres lois applicables. Dans la mesure du possible, les commissaires doivent faire en sorte de préserver et d'assurer la confidentialité des renseignements personnels et des renseignements personnels sur la santé.
14. Les commissaires doivent veiller à ce que l'enquête soit menée dans le respect des limites de la compétence constitutionnelle de la province de l'Ontario.
15. Les commissaires doivent agir conformément au mandat, qui peut être modifié par le ministre des Soins de longue durée au besoin.
16. Dans l'éventualité où les commissaires ne seraient pas en mesure de mener à bien une disposition du mandat, le reste des dispositions doit continuer d'être appliqué,

alors qu'il est dans l'intention du ministre des Soins de longue durée d'appliquer les dispositions de manière indépendante.

POUVOIR ET NOMINATION DES COMMISSAIRES

Les commissaires seront nommés par le ministre des Soins de longue durée en vertu de l'article 78 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et conformément aux directives énoncées dans la *Directive concernant les organismes et les nominations* du Conseil du Trésor/Conseil de gestion du gouvernement.

Ce processus comprendra le respect des critères d'admissibilité et la divulgation de renseignements personnels et de conflits d'intérêts et la vérification des antécédents judiciaires.

Les commissaires seront chargés d'agir dans l'intérêt de l'Ontario et devront faire preuve d'impartialité.

La nomination en tant que commissaire ne confère pas le statut de fonctionnaire en vertu de la *Loi de 2006 sur la fonction publique de l'Ontario*. En outre, en tant que personne nommée, le commissaire n'est pas et ne doit pas être considéré comme un employé, un agent ou un partenaire de Sa Majesté la Reine de l'Ontario ou du ministre des Soins de longue durée.

Les commissaires doivent se conformer à la *Directive concernant les organismes et les nominations* et à toutes les autres directives applicables du gouvernement.

Les commissaires seront dénommés collectivement la « Commission d'enquête sur la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario. »

DURÉE DU MANDAT

Chaque nomination est à titre amovible et sa durée n'excédera pas le 31 mai 2021, à moins que la nomination soit révoquée ou que le commissaire mette fin à sa participation en présentant un préavis écrit de 30 jours.

REMBOURSEMENT ET RÉMUNÉRATION

Les commissaires recevront une *indemnité quotidienne*, tel qu'il est indiqué dans le décret approuvé par le lieutenant gouverneur en conseil.

Les dépenses admissibles des commissaires seront remboursées conformément à la Directive sur les frais de déplacement, de repas et d'accueil du Conseil du Trésor/Conseil de gestion du gouvernement.

MEMBRES NOMMÉS À LA COMMISSION

Président

Un commissaire désigné agira à titre de président et :

- définira l'orientation de l'enquête de la Commission et pourra formuler des recommandations au ministre des Soins de longue durée sur des modifications à apporter au mandat;
- déterminera la structure et les besoins en matière de dotation de la Commission afin de mener à bien son mandat et formulera des recommandations au directeur général sous réserve des lignes directrices et des directives applicables;
- assurera la liaison entre la Commission et le ministre des Soins de longue durée;
- assurera l'exécution du mandat de la Commission sans préjudice;
- représentera la Commission auprès du public et agira à titre de représentant officiel de la Commission.

Commissaires

Les autres commissaires :

- seront des représentants de la Commission pouvant présider des audiences et mener des entrevues;
- rempliront les fonctions de conseillers stratégiques du président et du gouvernement;
- exécuteront le mandat de la Commission sans préjudice;
- rempliront les fonctions du président si celui-ci n'est pas en mesure de s'acquitter de ses tâches.

PERSONNEL DU SECRÉTARIAT

La Commission bénéficiera de l'appui d'un secrétariat constitué d'environ 12 ETP qui rempliront diverses fonctions de soutien, notamment dans les domaines de l'administration, des communications, de la recherche, de la gestion de projet et des services juridiques.

La fonction publique de l'Ontario désignera un directeur général qui supervisera le secrétariat. Le directeur général devra embaucher le personnel du secrétariat et veiller

à ce que les commissaires bénéficient d'un soutien dans le cadre de leur mandat. Les bureaux du secrétariat se trouveront au sein du ministère du Procureur général.

BUDGET

La Commission disposera d'un budget de fonctionnement pour financer les activités liées à son mandat. La Commission peut recommander au directeur général les services d'un avocat ou d'un membre du personnel ou d'autres services si celle-ci juge cela nécessaire dans l'exercice de ses fonctions, dans les limites du budget, et conformément aux directives et lignes directrices applicables, y compris celles liées au recours d'un avocat externe.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Chaque commissaire doit s'acquitter des fonctions liées à sa nomination de façon professionnelle, éthique et compétente et éviter tout conflit d'intérêt réel ou perçu. En particulier et sans limiter la généralité des obligations qui précèdent, le commissaire:

1. ne doit pas utiliser ou tenter d'utiliser sa nomination au bénéfice de lui-même ou de toute personne ou entité;
2. ne doit pas participer ou tenter d'influencer la prise de décision comme mandataire s'il est en mesure d'en bénéficier;
3. ne doit pas accepter un cadeau qui pourrait influencer ou qui pourrait donner apparence d'influencer le mandataire dans l'accomplissement des tâches de son mandat;
4. ne doit pas utiliser ou divulguer des renseignements confidentiels, que ce soit pendant ou après sa nomination, qui ont été obtenus à la suite de sa nomination à des fins sans rapport avec les fonctions de sa charge, sauf si requis par la loi ou autorisée expressément par le ministre des Soins de longue durée;
5. ne doit pas utiliser les locaux, le matériel ou les fournitures du gouvernement à des fins sans rapport avec son mandat;
6. doit se conformer à toutes les directives en vigueur du gouvernement;
7. doit se conformer aux exigences supplémentaires, le cas échéant, qui peuvent être établies par le ministre des Soins de longue durée.

Aux fins de ce qui précède, « les renseignements confidentiels » désignent les informations qui ne sont pas accessibles au public.

CONFIDENTIALITÉ ET DOCUMENTS

Documents du gouvernement de l'Ontario

Toute divulgation de documents par le gouvernement de l'Ontario à la Commission, que ce soit sur une base volontaire ou en réponse à une demande ou une sommation, ne vise pas à renoncer à la confidentialité, au privilège ou à l'immunité qui pourrait exister sur ces documents, que le gouvernement ait ou non expressément revendiqué la confidentialité, le privilège ou l'immunité.

Sous réserve de tout décret prononcé par le lieutenant-gouverneur en conseil concernant les documents du Conseil exécutif ou de tout accord conclu entre les commissaires et le gouvernement de l'Ontario :

1. les commissaires doivent garder confidentiels et traiter comme tels tous les renseignements fournis par le gouvernement de l'Ontario qui sont identifiés au moment de la divulgation ou après la divulgation comme étant assujettis à la confidentialité, au privilège ou à l'immunité juridique;
2. les commissaires doivent prendre toutes les mesures pour éviter la divulgation, directe ou indirecte, de ces renseignements sans le consentement du gouvernement de l'Ontario.

Documents fournis par des parties autres que le gouvernement de l'Ontario

Les commissaires pourraient, à leur seule discrétion, déterminer quels renseignements fournis par des parties autres que le gouvernement de l'Ontario doivent être maintenus confidentiels et pourraient conclure des accords ou des engagements pour maintenir cette confiance et régler autrement la tenue et l'utilisation de ces renseignements.

Tenue de documents

Les documents de la Commission au cours de ses travaux doivent être conservés sous la garde et le contrôle de la Commission et ne sont pas considérés comme des documents du ministère des Soins de longue durée.

À la fin de l'enquête, sous réserve des dispositions de confidentialité ci-dessus, tous les documents et les renseignements fournis aux commissaires ou obtenus par eux seront transférés aux Archives publiques de l'Ontario aux fins d'archivage conformément à la *Loi de 2006 sur les archives publiques et la conservation de documents*.

Octobre 2020

La présente version du Mandat modifie et remplace toute version précédente.

DURÉE DU MANDAT

Chaque nomination est à titre amovible et sa durée n'excédera pas le 31 mai 2021, à moins que la nomination soit révoquée ou que le commissaire mette fin à sa participation en présentant un préavis écrit de 30 jours.

REMBOURSEMENT ET RÉMUNÉRATION

Les commissaires recevront une indemnité quotidienne, tel qu'il est indiqué dans le décret approuvé par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Les dépenses admissibles des commissaires seront remboursées conformément à la Directive sur les frais de déplacement, de repas et d'accueil du Conseil du Trésor/Conseil de gestion du gouvernement.

MEMBRES NOMMÉS À LA COMMISSION

Président

Un commissaire désigné agira à titre de président et :

- définira l'orientation de l'enquête de la Commission et pourra formuler des recommandations au ministre des Soins de longue durée sur des modifications à apporter au mandat;
- déterminera la structure et les besoins en matière de dotation de la Commission afin de mener à bien son mandat et formulera des recommandations au directeur général sous réserve des lignes directrices et des directives applicables;
- assurera la liaison entre la Commission et le ministre des Soins de longue durée;
- assurera l'exécution du mandat de la Commission sans préjudice;
- représentera la Commission auprès du public et agira à titre de représentant officiel de la Commission.

Commissaires

Les autres commissaires :

- seront des représentants de la Commission pouvant présider des audiences et mener des entrevues;
- rempliront les fonctions de conseillers stratégiques du président et du gouvernement;
- exécuteront le mandat de la Commission sans préjudice;
- rempliront les fonctions du président si celui-ci n'est pas en mesure de s'acquitter de ses tâches.

PERSONNEL DU SECRÉTARIAT

La Commission bénéficiera de l'appui d'un secrétariat constitué d'environ 12 ETP qui rempliront diverses fonctions de soutien, notamment dans les domaines de l'administration, des communications, de la recherche, de la gestion de projet et des services juridiques.

La fonction publique de l'Ontario désignera un directeur général qui supervisera le secrétariat. Le directeur général devra embaucher le personnel du secrétariat et veiller à ce que les commissaires bénéficient d'un soutien dans le cadre de leur mandat. Les bureaux du secrétariat se trouveront au sein du ministère du Procureur général.

BUDGET

La Commission disposera d'un budget de fonctionnement pour financer les activités liées à son mandat. La Commission peut recommander au directeur général les services d'un avocat ou d'un membre du personnel ou d'autres services si celle-ci juge cela nécessaire dans l'exercice de ses fonctions, dans les limites du budget, et conformément aux directives et lignes directrices applicables, y compris celles liées au recours d'un avocat externe.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Chaque commissaire doit s'acquitter des fonctions liées à sa nomination de façon professionnelle, éthique et compétente et éviter tout conflit d'intérêt réel ou perçu. En particulier et sans limiter la généralité des obligations qui précèdent, le commissaire :

1. ne doit pas utiliser ou tenter d'utiliser sa nomination au bénéfice de lui-même ou de toute personne ou entité;
2. ne doit pas participer ou tenter d'influencer la prise de décision comme mandataire s'il est en mesure d'en bénéficier;
3. ne doit pas accepter un cadeau qui pourrait influencer ou qui pourrait donner apparence d'influencer le mandataire dans l'accomplissement des tâches de son mandat;
4. ne doit pas utiliser ou divulguer des renseignements confidentiels, que ce soit pendant ou après sa nomination, qui ont été obtenus à la suite de sa nomination à des fins sans rapport avec les fonctions de sa charge, sauf si requis par la loi ou autorisée expressément par le ministre des Soins de longue durée;
5. ne doit pas utiliser les locaux, le matériel ou les fournitures du gouvernement à des fins sans rapport avec son mandat;
6. doit se conformer à toutes les directives en vigueur du gouvernement;
7. doit se conformer aux exigences supplémentaires, le cas échéant, qui peuvent être établies par le ministre des Soins de longue durée.

Aux fins de ce qui précède, « les renseignements confidentiels » désignent les informations qui ne sont pas accessibles au public.

CONFIDENTIALITÉ

Pendant son mandat et après l'expiration ou la résiliation de son mandat, chaque commissaire maintiendra la confidentialité de tout renseignement confidentiel. « renseignement confidentiel » s'entend de l'ensemble des données et informations, sous forme orale, écrite, graphique, photographique ou enregistrée ou sous une autre forme, acquises ou préparées par ou pour chaque commissaire conformément à sa nomination, qu'elles aient été ou non identifiées comme confidentielles. En outre, chaque commissaire doit :

- a) utiliser l'information confidentielle uniquement dans la mesure nécessaire à sa participation en qualité de commissaire;
- b) conserver les renseignements confidentiels à un endroit sûr, distinct de l'endroit où il conserve ses autres dossiers et bases de données;
- c) s'abstenir de divulguer, directement ou indirectement, à un particulier ou à une entité, des renseignements confidentiels sans avoir obtenu au préalable l'autorisation du ministère des Soins de longue durée à son entière discrétion;
- d) prendre toutes les précautions raisonnables pour protéger les renseignements confidentiels d'une utilisation, d'un accès et d'une divulgation non autorisée, et de toute perte;
- e) fournir tout renseignement confidentiel en possession de chaque commissaire ou sous sa garde ou son contrôle au ministère des Soins de longue durée sur demande et à la résiliation ou l'expiration de son mandat, sans en garder une copie ou une partie sous n'importe quelle forme et sur n'importe quel média.

Tous les renseignements confidentiels sont et demeureront la propriété exclusive du ministère des Soins de longue durée.

ACCÈS À L'INFORMATION ET PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Tous les renseignements confidentiels, y compris des notes manuscrites, courriels et messages vocaux liés au travail découlant de la nomination à titre de commissaire est assujéti aux dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et/ou de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, et pourraient être divulgués en vertu de ces lois. Aux fins de l'article 17 et du paragraphe 37 (2) de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, les commissaires sont des mandataires au sens de cette loi.

Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée

Principes directeurs

La Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée a pour mandat de faire enquête sur la façon dont le virus de la COVID-19 s'est propagé dans les foyers de soins de longue durée et les raisons pour lesquelles le virus s'est propagé, les mesures prises afin de prévenir la propagation de la COVID-19 et l'impact des caractéristiques clés du système actuel des foyers de soins de longue durée sur la propagation de la maladie. La Commission fera aussi des recommandations visant à prévenir d'autres épidémies dans des foyers de soins de longue durée.

La Commission a été créée en vertu de l'article 78 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, qui autorise la tenue d'enquêtes sur les causes de maladie ou de mortalité.

L'enquête des commissaires sera guidée par les principes suivants :

Indépendance

La Commission exerce son mandat d'une manière indépendante du gouvernement. Son indépendance est essentielle pour découvrir les faits pertinents, mener une analyse objective des questions soulevées et formuler des recommandations.

Rigueur

La Commission mènera une enquête minutieuse, veillant à analyser toutes les questions énoncées dans son mandat et à trouver les réponses adéquates.

Inclusion

La Commission veillera à obtenir des renseignements de tous les individus et organismes qui détiennent des renseignements pertinents pour établir les facteurs qui ont conduit à l'épidémie dans les foyers de soins de longue durée et élaborer des stratégies de prévention d'autres épidémies.

Actualité

Pendant que la Commission exécute son mandat, tout le secteur des soins de santé s'efforce d'endiguer la pandémie et de se préparer à une éventuelle deuxième vague de

COVID-19. Les recommandations des commissaires devront servir à aider le gouvernement à se préparer à de futures pandémies et à prévenir la propagation des maladies dans les foyers de soins de longue durée pendant la pandémie actuelle.

Souplesse

Pour assurer une enquête rigoureuse, inclusive et opportune, la Commission emploiera diverses méthodes d'enquête.

The Honourable Frank N. Marrocco, Chair
Angela Coke, Commissioner
Dr. Jack Kitts, Commissioner

L'honorable Frank N. Marrocco, président
Angela Coke, commissaire
Dr Jack Kitts, commissaire

9 décembre 2020

L'honorable Merrilee Fullerton
Ministère des Soins de longue durée
400, avenue University, 6^e étage
Toronto, ON M5G 1S5

Madame la Ministre,

Le mandat de la *Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée* exige que nous enquêtions et préparions un rapport sur les causes de la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de la province et que nous soumettions notre rapport final au plus tard le 30 avril 2021. Nous comprenons l'importance de compléter le rapport dans les meilleurs délais. Toutefois, nous tenons à vous informer que nous n'aurons pas terminé l'enquête à temps pour soumettre notre rapport à la date prévue.

Jusqu'à présent, l'enquête de la Commission a nécessité plus de 70 réunions avec les représentants du gouvernement, les parties prenantes et les experts, générant ainsi plus de 5 880 pages de transcriptions publiques. Nous avons présenté deux rapports provisoires comprenant des recommandations provisoires.

Toutefois, étant donné que la seconde vague continue à se propager dans la collectivité et les foyers de SLD, nous continuons à recueillir de nouveaux renseignements et à acquérir des connaissances précieuses sur la propagation de la COVID-19 dans les foyers de SLD. Cela nous permettra de mieux éclairer nos résultats et recommandations dans notre rapport final.

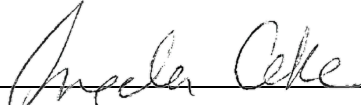
Malgré le travail accompli jusqu'à présent, la Commission continue de rencontrer des retards importants dans l'obtention des renseignements gouvernementaux, pourtant essentiels à l'enquête. La plupart des documents en réponse aux convocations et aux demandes de la Commission restent en suspens. Pour respecter ses obligations et répondre aux questions énoncées dans le mandat, la Commission aura besoin de renseignements supplémentaires sur les mesures prises pour prévenir, isoler et limiter la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de la province avant et pendant la deuxième vague.

independent thorough inclusive timely | indépendante approfondie inclusive opportune

Compte tenu de la pandémie en cours, des demandes de renseignements en suspens de la Commission et du volume de données que la Commission prévoit recevoir, nous vous écrivons pour solliciter une prorogation de la date limite pour le dépôt du rapport final de la Commission au 31 décembre 2021. Notre capacité à soumettre le rapport final à cette date nécessitera l'entière collaboration de la province, tel qu'énoncé dans le décret du 22 juillet 2020.



L'honorable Frank N.
Marrocco
Président



Angela Coke
Commissaire



Dr Jack Kitts
Commissaire

cc. L'hon. Christine Elliott, vice-première ministre et ministre de la Santé

Ministry of
Long-Term Care
Office of the Minister
400 University Avenue, 8th Floor
Toronto ON M7A 1N3

Ministère des
Soins de longue durée
Bureau du ministre
400, avenue University, 8^e étage
Toronto ON M7A 1N3



Le 23 décembre 2020

L'honorable Frank N. Marrocco
Président
Angela Coke, Commissaire
D^r Jack Kitts, Commissaire
Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée
700, rue Bay, 24^e étage
Toronto, ON M5G 1Z6

Monsieur le Président,
Madame la Commissaire,
Monsieur le Commissaire,

Je vous remercie de votre lettre datée du 9 décembre 2020, dans laquelle vous demandiez une prorogation du mandat de la Commission.

Lorsque nous avons mis en place la Commission en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, le premier ministre, la ministre de la Santé et moi-même avons souligné la nécessité d'un processus accéléré pour étudier la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée en Ontario. Notre principal objectif était d'établir un processus d'examen indépendant et agile qui permettra de formuler des recommandations en temps opportun. Ces recommandations devaient, d'une part, éclairer les futures actions du gouvernement dans la gestion de la COVID-19 et prévenir la propagation de la maladie dans les foyers et, d'autre part, influencer sur les priorités du gouvernement pour aborder les défis de longue date dans le secteur. À cet égard, je suis heureuse que la Commission ait été en mesure de présenter ses recommandations provisoires le 23 octobre et le 4 décembre derniers.

L'urgence de la situation n'a pas changé. En fait, au moment où l'Ontario doit composer avec une autre vague de la COVID-19 sur l'ensemble de son territoire, et nul ne sait pour combien de temps, le besoin de conseils immédiats et pointus est plus urgent que jamais. Le gouvernement a dû prendre des mesures agressives et significatives pour faire face à cette situation, et la gestion de la COVID-19 et du système de soins de longue durée de l'Ontario continuera d'occuper une place centrale dans notre programme politique. Nous avons déjà annoncé d'importants investissements dans les soins de longue durée, et vos

recommandations orienteront nos décisions pour faire en sorte que ces investissements se traduisent par des changements concrets et significatifs.

C'est pourquoi je dois demander à la Commission de continuer à travailler avec l'échéancier du 30 avril 2021, conformément à son mandat.

Je reconnais l'indépendance de la Commission pour décider de la meilleure façon de réaliser son mandat. En même temps, nous vous demandons respectueusement de prioriser les recommandations qui permettraient d'éclairer le mieux possible les décisions gouvernementales que vous jugez les plus urgentes dans la situation actuelle. Si vous estimez que certaines questions couvertes par le mandat de la Commission nécessiteraient davantage d'examen par le gouvernement au-delà du 30 avril 2021, je vous invite à les mettre en évidence dans vos recommandations.

Je tiens à vous assurer de la collaboration continue du gouvernement d'ici la fin des travaux de la Commission. Une organisation de l'ampleur de la fonction publique ontarienne peut générer un volume considérable de dossiers, et je note que les fonctionnaires continuent à travailler à temps plein pour répondre à la situation changeante de la pandémie de COVID-19. J'ai demandé au personnel de continuer à travailler avec la Commission pour que vous receviez les documents nécessaires à la réalisation votre mandat dans les meilleurs délais possibles.

Nous sommes impatients de recevoir les recommandations et le rapport final de la Commission d'ici le 30 avril 2021. Assurer la sécurité des Ontariennes et Ontariens, particulièrement des personnes les plus vulnérables, demeure la priorité de notre gouvernement.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, Madame la Commissaire et Monsieur le Commissaire, l'assurance de ma considération distinguée.

[Signature]

D^{re} Merrilee Fullerton
Ministre des Soins de longue durée