

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

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'écllosion 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 79/10 de l'Ontario;
- 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 éclosions 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 SLD, 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 secteur 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 doit 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 éclosion 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.