

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

## 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 secteur des SLD étaient évidents depuis de nombreuses années pour les décideurs, les porte-parole et quiconque s'intéressant à la question. Les décideurs 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 périmier 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<sup>re</sup> 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 soins de longue 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 vingt 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<sup>e</sup> 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 Dr 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 Dr 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 vingt-quatre 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), le 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'éclosions 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 Homecare 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 niaient 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.