

Des leçons sur le long terme **Faits et points saillants**

Enquête sur la surveillance exercée par le ministère des Soins de longue durée sur les foyers de soins de longue durée au moyen de l'inspection et de la prise de mesures d'exécution pendant la pandémie de COVID-19

Enquête de l'Ombudsman

- Nombre de recommandations : **76** (voir la liste complète après le **par. 571**)
 - Toutes les recommandations ont été acceptées.
- Total des cas reçus (plaintes et demandes de renseignements) : **269 (par. 54)**
 - Les plaintes et les demandes de renseignements provenaient des résident(e)s des foyers de soins de longue durée, de leur famille, du personnel, des conseils des familles et d'autres parties prenantes.

Chiffres principaux (pour les dates, voir la **chronologie à l'annexe A**, après le **par. 574**)

- Foyers de soins de longue durée en Ontario : **plus de 600**
- Nombre de lits pour les résident(e)s : **80 000**
- Décès dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario, de mars 2020 à avril 2022 : **4 335** résident(e)s et **13** membres du personnel
- Nombre de semaines où les inspections ont été suspendues : **7** (du 13 mars 2020 jusqu'à la semaine du 8 au 20 mai 2020, la date de reprise variant selon la région) – **par. 144**)
- Décès liés à la COVID-19 dans le secteur des soins de longue durée pendant cette période : **720 (par. 142)**

Conclusions de l'Ombudsman

Durant la première vague de COVID-19, le ministère des Soins de longue durée :

- n'avait pas de plan sur les inspections en temps de pandémie et n'a pas donné aux inspecteur(trice)s la formation et l'équipement nécessaires;
- n'a inspecté aucun foyer de soins de longue durée pendant sept semaines (à Hamilton, il n'y a eu aucun(e) inspecteur(trice) sur le terrain pendant trois mois – **par. 145**);
- a affecté les inspecteur(trice)s au « soutien et suivi » auprès des foyers de soins de longue durée pendant cette période, ce qui a semé la confusion tant chez les personnes qui appelaient que dans les foyers;

- n'a pas considéré les plaintes liées à la COVID-19 comme étant « à risque élevé ». Les inspecteur(trice)s ont clôturé de nombreux dossiers qui semblaient sérieux sans prendre de mesures;
- a rarement ordonné aux foyers de régler les problèmes immédiatement, même quand les résident(e)s risquaient de subir des préjudices graves;
- a parfois adopté une définition restreinte du type de problèmes pouvant être inspectés et n'est donc pas intervenu dans des situations qui mettaient les résident(e)s en danger;
- a souvent imposé aux foyers des mesures d'exécution de faible portée dans des situations posant un risque grave de préjudice aux résident(e)s et a rarement fait un suivi pour vérifier si on avait remédié au problème;
- a permis aux inspecteur(trice)s d'opter pour une mesure d'exécution de plus faible portée que celle recommandée dans la grille d'évaluation du Ministère, même pour les foyers ayant commis des infractions répétées;
- a cessé de produire des rapports d'inspection pendant plus de deux mois, ce qui a suspendu toute prise de mesures d'exécution.

Recommandations principales de l'Ombudsman (voir la liste complète après le par. 571)

Le ministère des Soins de longue durée devrait :

- s'assurer qu'il y a toujours des inspecteur(trice)s disponibles pour inspecter sur place les foyers de soins de longue durée;
- préciser quand les inspections doivent généralement être effectuées sur place plutôt qu'à distance pendant une future pandémie ou un autre type d'urgence;
- veiller à informer ses inspecteur(trice)s des menaces émergentes (comme un nouveau virus) et leur donner des directives sur le risque qui se posera pour les résident(e)s des foyers de soins de longue durée;
- faire en sorte que soit inspectée toute plainte alléguant qu'un(e) résident(e) est à risque grave de préjudice, plutôt que d'effectuer une « demande de renseignements »;
- adopter une approche générale pour son mandat, qui consiste à pouvoir inspecter tout ce qui met en danger les résident(e)s des foyers de soins de longue durée;
- donner un ordre de conformité immédiate dès que des résident(e)s courent en continu un risque de préjudice grave;
- s'assurer que les tiers qui soutiennent ou gèrent les foyers de soins de longue durée sachent que la loi les oblige à rapporter immédiatement toutes les préoccupations graves au Ministère.

Le gouvernement devrait :

- collaborer avec le Ministère pour s'assurer qu'il y ait suffisamment d'inspecteur(trice)s et d'autres membres du personnel nécessaires à la Direction de l'inspection pour réaliser son mandat;
- revoir les dispositions légales sur la protection des lanceur(euse)s d'alerte pour assurer la sécurité des plaignant(e)s qui soulèvent des préoccupations.

Cas sélectionnés

- **Exemples du traitement des plaintes par le Ministère**
 - « Gemma » (Mon Sheong, Toronto) s'est plainte au Ministère après que sa mère est décédée de la COVID-19 et que son père a contracté le virus dans le même foyer. Elle a indiqué qu'il manquait de préposé(e)s et que les résident(e)s ne recevaient pas d'aide pour s'alimenter, se laver ou prendre leurs médicaments. Un(e) inspecteur(trice) lui a donné des renseignements généraux puis a classé le dossier (**par. 250-251**).
 - « Peter » (Altamont Care Community, Scarborough) s'est plaint à trois reprises de l'absence de contrôle des infections par la COVID-19 et de l'état de sa mère qui s'aggravait dans ce foyer; il s'est plaint une autre fois après le décès de cette dernière. Aucune inspection n'a été effectuée pendant six mois (**par. 252-264**).
 - « Raheem » (Altamont Care Community, Scarborough) s'est plaint à trois reprises du manque de contrôle des infections par la COVID-19 au foyer qui mettait ses deux parents à risque. Son père est décédé et sa mère a été hospitalisée. Le Ministère a finalement inspecté le foyer, mais a mis plus de deux mois à produire un rapport d'inspection (**par. 278-285**).
 - « Soren » (Extendicare Guildwood, Scarborough) s'est plaint à trois reprises du manque de contrôle des infections par la COVID-19 et des 20 décès survenus en 10 jours au foyer où résidait son père. Un(e) inspecteur(trice) l'a appelé plus de deux semaines après sa première plainte, lui a lu quelques « messages clés » et a classé le dossier (**par. 299-305**).
- **Exemples de manques sérieux de mesures d'exécution ou de pénalité dans des foyers en particulier**
 - Altamont Care Community, Scarborough – **par. 424-429 et 482-493**
 - Midland Gardens, Scarborough – **par. 469-481**
 - Pinecrest Nursing Home, Bobcaygeon – **par. 494-500**