

Foyers de soins de longue durée : prestation de soins axés sur les résidents

1.0 Résumé

Les foyers de soins de longue durée offrent des services d'hébergement, de soins infirmiers et de soutien à la personne aux adultes qui ont besoin de soins en tout temps (24 heures sur 24, 7 jours sur 7). En Ontario, les foyers de soins de longue durée sont financés par l'État de même qu'autorisés et réglementés par le ministère des Soins de longue durée (le Ministère). Les personnes qui y résident sont essentiellement âgées; en effet, plus de la moitié ont 85 ans ou plus. Toutefois, les personnes de plus de 18 ans dont les besoins en soins sont exhaustifs et ne peuvent être comblés ailleurs peuvent également y résider.

Ces dernières années, notre Bureau a effectué plusieurs audits des soins de longue durée portant sur les inspections de qualité (2015), l'alimentation et la nutrition (2019) et la préparation et l'intervention en cas de pandémie (2021). En ce qui touche le présent audit, nous prêtons attention à la capacité des foyers de soins de longue durée d'offrir aux résidents des soins de grande qualité et une grande qualité de vie. Dans les foyers, il est certainement essentiel de se soucier du bien-être physique des résidents, mais il est tout aussi important de leur offrir du soutien et de l'enrichissement pour combler leurs besoins mentaux, sociaux, spirituels et culturels. Les foyers de soins de longue durée existent dans l'intérêt des résidents :

tel est le principe fondamental qui doit dicter toutes les décisions en la matière. C'est la nature même des soins axés sur les résidents.

Globalement, nous avons constaté que les foyers de soins de longue durée ne disposent pas des ressources ni des mesures de soutien nécessaires à la prestation aux résidents des soins et d'un milieu de vie axé sur leurs besoins. Il est essentiel que le Ministère et ses partenaires du réseau de la santé (comme Santé Ontario) rehaussent, en amont, le leadership exercé, l'encadrement donné et le soutien apporté afin de résoudre les problèmes systémiques relevés dans l'audit.

Malgré une forte majoration des fonds consacrés par le Ministère à la dotation en personnel des soins de longue durée (4,9 milliards de dollars de plus sur quatre ans, de 2021-2022 à 2024-2025), nous avons constaté que les foyers ont encore peine à maintenir en poste du personnel en nombre suffisant pour combler les besoins de leurs résidents. Dans de nombreux foyers visités, les postes relatifs aux soins infirmiers et au soutien à la personne sont vacants en grand nombre et font l'objet d'un taux de roulement élevé. De plus, selon notre analyse des données sur la dotation, chez le quart des foyers de soins de longue durée en Ontario, la durée en heures des soins directs prodigués aux résidents demeure en deçà des objectifs provinciaux. Pour combler les carences en personnel, les foyers ont eu recours de plus en plus aux employés

d'agences, mais il s'agit là d'une solution temporaire qui coûte cher et n'est pas viable. Pendant nos visites, nous avons également constaté qu'à certains foyers, il manque des professionnels paramédicaux (p. ex., des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux et des ludothérapeutes) qui jouent un rôle essentiel à la qualité de vie des résidents. Puisque le gouvernement de l'Ontario prévoit d'ajouter 30 000 lits de soins de longue durée d'ici 2028, le problème de dotation continuera de s'aggraver si des mesures ne sont pas prises.

En outre, selon ce que nous avons relevé, les foyers ne sont pas toujours en mesure de prévenir ni de maîtriser les comportements impulsifs ou agressifs souvent constatés chez les résidents qui présentent des troubles neurologiques, comme la démence, la maladie mentale complexe ou la toxicomanie. De tels comportements ont parfois occasionné des blessures physiques, ce qui se traduit par un milieu à risque pour les résidents et le personnel.

Dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario, divers groupes doivent cohabiter dans des milieux axés sur les besoins de la majorité. C'est ainsi que dans certains cas, nous avons constaté que de jeunes adultes n'ont peut-être pas accès à des programmes adaptés à leur âge ni à des liens sociaux convenables, et que des résidents autistes peuvent devoir composer au quotidien avec un éclairage éblouissant et des bruits assourdissants. Nous avons également relevé des cas où les immigrants peuvent rarement consommer des mets issus de leur culture ou entretenir des conversations dans une langue qu'ils comprennent.

Ces dernières années, le Ministère et les foyers de soins de longue durée se sont efforcés de prévenir les infections et de lutter contre les éclosions dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Parallèlement au retour à la normale des activités dans les foyers ainsi qu'à la régression du degré et du risque de contagion, il convient que le Ministère et les foyers prêtent attention à la qualité de vie des résidents.

Voici quelques-unes de nos constatations révélatrices :

Dotation en personnel

- **Les niveaux de dotation en personnel infirmier et en préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) variaient d'un foyer à l'autre.** Selon ce que nous avons constaté, dans au moins le quart des foyers en Ontario, la durée en heures des soins directs prodigués est demeurée constamment en deçà des objectifs provinciaux en 2021-2022 et en 2022-2023. De plus, nous avons relevé dans les foyers visités une variation marquée du ratio personnel-résidents, notamment au cours des quarts de soir et de nuit, où le nombre de résidents par membre du personnel pouvait varier par un facteur de deux ou plus; de fait, les ratios pouvaient atteindre 1:80 en ce qui touche le personnel infirmier (un membre du personnel infirmier pour 80 résidents) et 1:30 en ce qui concerne les PSSP. Le recrutement et le maintien en poste continuent de poser passablement problème dans le secteur des soins de longue durée à cause de la pénurie en ressources humaines en santé en Ontario.
- **La dépendance croissante à l'égard du personnel des agences s'est révélée coûteuse et a nui à la continuité et à la qualité des soins.** Nous avons constaté que la durée moyenne des soins directs prodigués par le personnel infirmier contractuel et les PSSP, dont ceux fournis par le personnel des agences, s'était accrue pour passer de 4 % au premier trimestre de 2021-2022 à 10 % au dernier trimestre de 2022-2023. De plus, nous avons relevé que le recours au personnel des agences fluctuait passablement d'un foyer à l'autre; dans certains établissements, les employés issus des agences pouvaient assumer jusqu'à 50 % de la durée des soins directs. En raison de sa nature temporaire, le personnel des agences ne pouvait

assurer dans la même mesure que le personnel permanent la continuité des soins aux résidents. En outre, dans certains foyers que nous avons visités, il est apparu que le personnel des agences avait davantage tendance à commettre des bévues telles que les erreurs de médication. Le personnel des agences coûte également beaucoup plus cher que le personnel permanent, car les agences de dotation sont des entreprises privées à but lucratif, et aucune loi ne les contraint à plafonner la rétribution qu'elles exigent des foyers. À titre d'exemple, selon nos estimations, le taux horaire moyen versé au personnel infirmier autorisé (PIA) d'une agence s'établissait à 97,33 \$ l'heure, à savoir 142 % de plus que celui versé au PIA directement au service d'un foyer (40,15 \$ l'heure), une partie de la différence étant conservée comme bénéfice par les agences.

- **L'iniquité salariale entre les foyers et les autres milieux de soins de santé a eu pour effet d'exacerber le taux de roulement du personnel et les carences en personnel.** Outre la concurrence qu'ils doivent livrer dans le secteur des soins de longue durée, les foyers doivent également jouer des coudes pour obtenir des ressources en personnel face aux autres milieux de soins de santé, comme les hôpitaux. Nous avons relevé que la rémunération dans les hôpitaux est supérieure à celle des foyers de soins de longue durée. Par exemple, le taux horaire moyen du PIA dans les hôpitaux (40,47 \$) était supérieur de 6 % à celui qu'il touchait dans les établissements de soins de longue durée (38,05 \$), tandis que le taux horaire moyen du personnel infirmier auxiliaire autorisé (PIAA) dans les hôpitaux (29,99 \$) surpassait de 11 % celui qu'il touchait dans les établissements de soins de longue durée (27,02 \$). Une telle disparité défavorise les foyers au stade du recrutement et du maintien en poste du personnel, ce qui s'est traduit par des taux de carence en personnel de 8 % à 12 % dans

les postes de PSSP et du personnel infirmier en 2022-2023.

- **La disponibilité des professionnels paramédicaux (PP) variait d'un foyer à l'autre et, dans de nombreux foyers, l'appui des professions névralgiques était manquant.**

Les PP englobent un large éventail de titulaires de professions – comme le personnel infirmier praticien, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et le personnel en travail social – dont les services ajoutent à la qualité de vie des résidents. Nous avons constaté qu'au quatrième trimestre de 2022-2023, à peu près la moitié des foyers se situaient en deçà de la cible provinciale quant à la durée des soins directs. Il ressort de notre analyse des données sur la dotation en 2022-2023 que les services de certains PP manquent cruellement dans de nombreux foyers. À titre d'exemple, la durée des soins directs prodigués par le personnel infirmier praticien était nulle dans 74 % des foyers. Nos visites dans les foyers ont également confirmé que le recours aux PP variait d'un foyer à l'autre et que des titulaires de professions manquaient à l'appel dans certains foyers.

- **La profession de préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) n'est toujours pas réglementée.** Bien que les PSSP constituent l'effectif le plus important des foyers de soins de longue durée (à peu près 60 % du personnel chargé des soins directs), leur profession n'est pas réglementée. En effet, celle-ci n'est régie ni par un code de conduite ni par des normes de pratique. De plus, il n'existe pas d'organisme de réglementation chargé de signaler les PSSP ayant une inconduite grave ou dont la compétence pose problème afin que des mesures disciplinaires soient prises à leur endroit ou qu'ils soient exclus des foyers de soins de longue durée. Un organe de surveillance a vu le jour en 2021. Toutefois, il n'est toujours pas fonctionnel et les PSSP n'ont pas l'obligation de s'y enregistrer.

Soins axés sur les résidents

- **L'accès aux ressources de soutien en matière de comportement dans les foyers était restreint.** Les comportements impulsifs ou agressifs sont souvent constatés chez les personnes atteintes de démence, d'une maladie mentale complexe ou de toxicomanie. Selon ce que nous avons relevé, on a diagnostiqué des comportements agressifs chez plus de 40 % des résidents des foyers de soins de longue durée en 2022-2023. Dans les foyers que nous avons visités, nous avons relevé des cas où les comportements agressifs des résidents occasionnaient un préjudice physique ou du harcèlement à l'endroit des autres résidents, du personnel ou les deux. Souvent, les foyers n'ont pas assez de ressources pour réussir à maîtriser de tels comportements. Par exemple, nous avons constaté ce qui suit :
 - Dans plus du tiers des foyers que nous avons visités, on a refusé d'accorder du financement pour embaucher du personnel spécialisé dans le soutien en matière de comportement.
 - Le Ministère a doté les unités de soins spécialisés en matière de comportement de 307 lits pour offrir un milieu adapté aux résidents dont le comportement ne peut être maîtrisé dans les foyers ordinaires de soins de longue durée, mais l'offre est restreinte et l'admission à ces unités est généralement réservée aux résidents ayant un diagnostic de démence.
 - Les ressources externes en matière de comportement qui sont destinées aux jeunes résidents toxicomanes ou ayant un trouble de santé mentale étaient restreintes, car ces ressources étaient en grande partie réservées aux résidents de 65 ans et plus.
- **L'offre en soins adaptés à la diversité culturelle ne suffisait pas pour répondre à la demande.** À l'heure actuelle, parmi les 626 foyers de soins de longue durée, 57 sont

axés sur la prestation de services à certains groupes ethnoculturels ou religieux. Nous avons constaté que la période d'attente médiane en 2022-2023 relativement à ces foyers spécialisés pouvait s'étendre jusqu'à 1 843 jours (à peu près cinq ans), contre de 50 à 223 jours pour l'ensemble des foyers, selon la région. Selon notre analyse des régions, malgré la forte proportion de groupes ethniques en particulier dans certaines régions (par exemple, la population de la région de Peel est composée d'à peu près 14 % de Canadiens d'origine sud-asiatique), celles-ci sont dépourvues de foyers ethnoculturels désignés pour répondre aux besoins. Au cours de nos visites dans les foyers ordinaires (à savoir ceux qui n'assurent pas la prestation de soins adaptés à la diversité culturelle), nous avons constaté que les accommodements culturels y sont proposés dans une mesure variable. C'est ainsi que tous les foyers ne comptent pas forcément du personnel avec qui les résidents peuvent communiquer dans leur langue maternelle, directement ou à l'aide d'outils ou de technologies linguistiques. Or, il importe d'assurer la prestation de soins aux résidents dans leur langue maternelle, surtout à ceux qui sont atteints de démence (quelque 63 % des résidents), car ces derniers auront davantage tendance à recourir de nouveau à leur langue maternelle à mesure que leur affection s'aggrave.

- **Les jeunes résidents étaient défavorisés dans les foyers au service d'une population âgée.** En 2022-2023, il y avait dans les foyers à peu près 6 200 jeunes résidents de moins de 65 ans, dont certains au début de la vingtaine (6,3 % des résidents). Ces résidents y demeurent parce qu'ils présentent des besoins élevés en matière de soins. Il leur est difficile de tisser des liens sociaux, eu égard au fossé générationnel qui les sépare des autres résidents essentiellement âgés. De plus, les jeunes résidents n'ont souvent

pas accès à des programmes de loisirs propres à leur groupe d'âge, car les programmes offerts dans les foyers de soins de longue durée sont essentiellement destinés aux résidents âgés (comme le bingo ou le cinéma et les activités musicales qui portent sur les années 1960). Au cours de nos visites dans les foyers, nous avons aussi relevé que les ressources communautaires consacrées aux activités propres à l'âge des jeunes résidents étaient restreintes; de fait, certains jeunes résidents n'avaient accès à aucune ressource dans leur milieu.

Patients ayant besoin d'un autre niveau de soins (ANS)

- **L'instauration de la nouvelle loi n'a pas été rendue publique avec transparence.** Le patient ayant besoin d'un autre niveau de soins est celui qui occupe un lit d'hôpital, mais n'a plus besoin de soins de courte durée en milieu hospitalier. En vertu du projet de loi 7, intitulé *Loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins* et qui est en vigueur depuis le 21 septembre 2022, les Services de soins à domicile et en milieu communautaire ont l'autorisation d'établir l'admissibilité aux soins de longue durée du patient ayant besoin d'un ANS et de lui choisir un foyer sans obtenir pour autant son consentement. Entre le 21 septembre 2022 (date d'entrée en vigueur du projet de loi 7) et le 31 mars 2023, 7 357 patients ayant besoin d'un ANS ont été placés dans des foyers de soins de longue durée. Sur ce nombre, 99 patients ayant besoin d'un ANS ont été placés dans des foyers qu'ils n'avaient pas choisis, mais qui avaient été sélectionnés par des coordonnateurs des placements sans le consentement du patient, comme le permet le projet de loi 7. Parmi les 7 258 autres placements, environ 60 % n'ont pas été placés dans le foyer qui constituait leur premier choix, ce qui était comparable aux 58 % observés au cours de la période de six mois précédant la mise en œuvre du projet de loi 7.

Malgré les réserves de la population au sujet de la nouvelle loi, aucune donnée permettant de révéler le stade auquel et le moyen par lequel on s'est servi des nouvelles dispositions n'a été rendue publique.

- **On n'a pas suivi les résultats des patients ayant besoin d'un ANS dans les foyers de soins de longue durée pour voir si leurs besoins étaient comblés.** Hormis les lits d'hôpitaux qu'elle permet de libérer, la nouvelle loi vise notamment à fournir les soins requis aux patients ayant besoin d'un ANS et à rehausser leur qualité de vie dans un milieu adéquat. Toutefois, le Ministère n'a pas suivi les résultats obtenus par les patients ayant besoin d'un ANS après leur admission dans un foyer de soins de longue durée pour voir si la transition s'était déroulée sans heurts et si les patients se portaient bien après leur congé de l'hôpital.

Financement et surveillance

- **Les données permettant de combler les besoins réels des résidents sur le plan des soins n'étaient pas à jour dans le mode de financement.** Le Ministère rajuste chaque année le financement versé aux foyers en fonction des affections dont sont atteints les résidents de chaque foyer. L'indice employé à cette fin s'appuie sur des données recueillies auprès des foyers à propos de la gravité des affections des résidents. Or, ces données datent de deux ans. Puisque la durée moyenne de séjour des résidents dans les foyers est d'à peu près deux à trois ans et que les affections peuvent fluctuer passablement au cours de cette période, les données ne sont pas représentatives des besoins réels des résidents sur le plan des soins. Avoir comparé les données de 2021-2022 avec celles de 2023-2024, nous avons constaté qu'en deux ans, l'indice peut fluctuer grandement en ce qui concerne certains foyers : un foyer a fait état d'une hausse allant jusqu'à 18 % (ce qui témoigne de besoins accrus chez les résidents)

pendant que plus de 40 foyers ont fait état d'une hausse de 5 % ou plus à cet égard.

- Les foyers de soins de longue durée se sont heurtés à des obstacles lorsqu'il leur fallait naviguer dans les initiatives de financement et y accéder.** Le Ministère compte actuellement plus de 40 initiatives de financement au moyen desquelles il procure aux foyers des fonds supplémentaires en vue de résoudre certains problèmes. Or, le système de financement est complexe et se révèle lourd sur le plan administratif. De plus, chaque initiative est assortie d'exigences différentes. Le processus pose particulièrement problème aux petits foyers, car ceux-ci disposent de moins de ressources administratives que les grands foyers. Nous avons également constaté que le Ministère n'a pas fait de façon constante l'analyse systématique de la participation à ces initiatives de financement pour voir si les objectifs attendus étaient atteints et discerner les obstacles qui empêchent les foyers d'accéder concrètement aux fonds.
- Tous les indicateurs de rendement ne comportaient pas forcément des cibles permettant de favoriser et de mesurer les améliorations, notamment en ce qui touche la sécurité des résidents et les soins qui leur sont prodigués.** Aux termes des ententes de responsabilisation conclues entre Santé Ontario et les foyers de soins de longue durée relativement aux services, neuf indicateurs touchent les foyers. Toutefois, hormis deux indicateurs qui permettent de mesurer la solidité financière des foyers, la plupart des indicateurs ne sont pas assortis de cibles, dont ceux qui permettent de mesurer les résultats des foyers quant à la sécurité des résidents et à la qualité des soins qui leur sont prodigués. C'est ainsi que l'aptitude de Santé Ontario à suivre concrètement l'évolution des foyers et à les responsabiliser relativement aux résultats qu'ils obtiennent s'en trouve restreinte.

Le présent rapport comporte 12 recommandations assorties de 29 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

Conclusion globale

Notre audit nous permet de conclure que le Ministère, en concertation avec Santé Ontario et les foyers de soins de longue durée, ne dispose pas de systèmes ni de procédés pleinement performants pour veiller à que les résidents reçoivent des soins et des services de qualité. Selon ce que nous avons constaté, l'aptitude des foyers de soins de longue durée à fournir avec compétence des soins adéquats qui combler les besoins des résidents est restreinte par la dotation dans le secteur des soins de santé, laquelle pose problème. Malgré la bonification du financement à cet égard, les foyers de soins de longue durée affichent encore des taux élevés de carence en personnel dans les postes de personnel infirmier et de préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) : en 2022-2023, il y avait quelque 8 000 postes à pourvoir. Dans le but de combler les carences en personnel, certains foyers ont embauché à prix fort du personnel temporaire provenant d'agences. Or, les taux élevés de carence en personnel et le recours accru au personnel temporaire provenant d'agences ont pour effet de déstabiliser les soins prodigués aux résidents. De plus, nous avons relevé au cours des visites dans les foyers que certains d'entre eux affichaient un piètre ratio personnel-résidents, ce qui nuit à leur aptitude à combler les besoins de plus en plus complexes des résidents. De 2018-2019 à 2022-2023, environ 41 % à 44 % des résidents ont manifesté des comportements agressifs, sous une forme ou sous une autre, et ont nécessité un niveau de soins accru de la part du personnel. Nous avons constaté que les foyers ne sont pas toujours prêts à gérer ces comportements, ce qui met parfois en danger la sécurité des résidents et du personnel.

Nous avons constaté que les foyers de soins de longue durée ne disposent pas en partie des ressources ni des programmes qui jouent un rôle crucial dans la qualité de vie des résidents. À titre d'exemple,

dans de nombreux foyers, on n'a pas retenu les services de professionnels paramédicaux (p. ex., du personnel en travail social, des physiothérapeutes et des ludothérapeutes) dont les diverses interventions permettent de combler les besoins physiques, émotionnels, sociaux et spirituels des résidents. De plus, les ressources et les programmes dans les foyers étaient essentiellement en phase avec les intérêts et les besoins des résidents qui, en majorité, ont 85 ans et plus, de telle sorte que les besoins propres à certains groupes de résidents, comme les jeunes résidents, n'étaient pas comblés. L'offre de foyers adaptés à la diversité culturelle est également restreinte, et les périodes d'attente pour obtenir une place sont longues.

Finalement, ni le Ministère ni Santé Ontario n'a établi de cibles pour mesurer concrètement les résultats obtenus par les foyers de soins de longue durée en ce qui touche la sécurité des résidents et la qualité des soins qui leur sont prodigués. Le Ministère n'a pas non plus mesuré de façon constante la participation à ses diverses initiatives de financement (lesquelles ont coûté au total 1,8 milliard de dollars en 2022-2023) pour voir si les objectifs attendus de celles-ci étaient atteints.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) prend acte des recommandations formulées par le vérificateur général et les utilisera pour mieux éclairer les principales priorités du Ministère, qui visent à accroître la confiance des résidents et des résidents potentiels, ainsi que de leurs familles, à l'égard de la qualité des soins de longue durée en Ontario. Bien qu'il existe de nombreux systèmes et procédés efficaces pour s'assurer que les résidents reçoivent des soins et des services de qualité, il est toujours possible d'en faire davantage pour améliorer l'expérience des résidents.

Alors que le secteur des soins de longue durée continue de se remettre des perpétuelles retombées

de la pandémie de COVID-19, le Ministère demeure déterminé à soutenir un système où chaque résident bénéficie de la meilleure qualité de vie possible, grâce à des soins sécuritaires et de grande qualité. Le Ministère travaille en étroite collaboration avec ses partenaires, dont Santé Ontario, et dispose d'un plan pluriannuel visant à régler les problèmes dans le secteur des soins de longue durée dans divers domaines stratégiques prioritaires, y compris la dotation en personnel, la viabilité et les immobilisations. Ces priorités et catalyseurs s'harmonisent avec les piliers de Votre santé : Plan pour des soins interconnectés et commodes, et sont appuyés par le cadre de qualité et les dispositions de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

Les initiatives et les investissements récents ont jeté des bases solides sur lesquelles croître, notamment :

- renforcer la dotation et les soins grâce à des investissements pouvant atteindre 4,9 milliards de dollars sur quatre ans pour la formation, l'embauche et le maintien en poste du personnel du secteur;
- doubler le nombre d'inspecteurs de foyers et améliorer la responsabilisation grâce à un investissement de 72,3 millions de dollars;
- créer des foyers modernes, sécuritaires et confortables, et s'engager à ajouter 30 000 nouveaux lits d'ici 2028;
- promulguer la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* et le Règlement de l'Ontario 246/22, qui harmonisent plus étroitement le libellé de la Déclaration des droits des résidents avec les motifs de discrimination énoncés dans le Code des droits de la personne de l'Ontario et établissent des objectifs directs en matière d'heures de soins, de nouveaux outils de conformité et d'application de la loi, et des exigences accrues en matière de planification d'urgence et d'amélioration de la qualité.

2.0 Contexte

2.1 Aperçu

Les foyers de soins de longue durée assurent en tout temps la prestation de soins infirmiers et personnels, ainsi que d'une aide à l'exécution des activités de la vie quotidienne aux personnes dont les besoins ne peuvent être comblés en toute sécurité dans la collectivité. Pour ce faire, les foyers se servent de programmes de soins à domicile et de services de soutien. Outre les services de soins infirmiers et de soutien à la personne, les foyers de soins de longue durée assurent aux résidents la prestation d'une vaste gamme de services – allant des thérapies aux programmes de loisirs – favorisant l'amélioration de la santé physique et mentale, l'enrichissement de la vie quotidienne et la promotion du mieux-être. En vertu de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi), le foyer de soins de longue durée est « [...] le foyer de ses résidents [...] » et son exploitation doit être telle « [...] que, d'une part, les résidents puissent y vivre avec dignité et dans la sécurité et le confort et, d'autre part, leurs besoins physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et culturels soient comblés de façon satisfaisante ».

2.1.1 Situation des soins de longue durée en Ontario

À l'heure actuelle, il y a en Ontario 626 foyers de soins de longue durée où se trouvent près de 80 000 lits autorisés. Ces foyers, de propriété publique ou privée, peuvent être à but lucratif ou sans but lucratif (voir la **figure 1**). Ils sont disséminés un peu partout en Ontario et de taille variable : certains comportent moins de 20 lits tandis que d'autres en comportent plus de 400. Quels que soient leur type de propriété et leur taille, les foyers de soins de longue durée sont financés par l'État et doivent être autorisés par le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) pour exercer leurs activités en Ontario. Ils sont régis par la Loi et assujettis aux obligations qui y sont prescrites.

En Ontario, la population d'âinés (65 ans ou plus) a augmenté passablement pour passer de quelque 2 millions de personnes en 2013 à près de 2,8 millions de personnes en 2022 : il s'agit là d'une hausse de près de 40 % en 10 ans. D'après les projections démographiques les plus récentes du ministère des Finances, selon toute vraisemblance, cette tendance se maintiendra et la population d'âinés s'accroîtra pour se chiffrer à 4,4 millions de personnes d'ici 2045. Au sein de cette population, c'est le groupe des 85 ans et plus qui affichera la progression démographique la plus rapide (voir l'**annexe 1**).

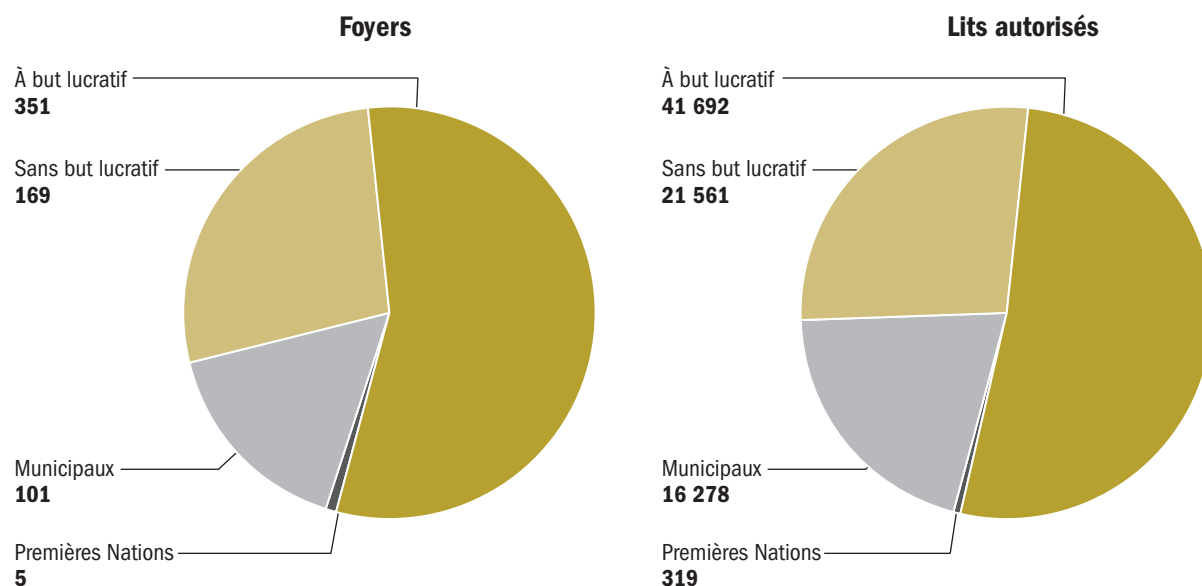
Or, malgré une croissance démographique de presque 40 % chez les âinés ces 10 dernières années, l'aptitude de la province à assurer la prestation de soins de longue durée a stagné. En effet, depuis 2015, le nombre de lits autorisés s'est accru de moins de 2 %. La période d'attente médiane relativement aux foyers de soins de longue durée est demeurée longue : en 2021-2022, celle-ci s'établissait à quelque 130 jours (voir la **figure 2**). Pour augmenter son aptitude à assurer la prestation de soins de longue durée, le gouvernement de l'Ontario s'est engagé à consacrer 6,4 milliards de dollars à l'ajout de 30 000 lits de soins de longue durée d'ici 2028 et à la mise en conformité de plus de 28 000 lits à des normes modernes de conception dans le cadre du Programme de développement des soins de longue durée. Dans certains projets, des lits sont consacrés à des besoins propres à la diversité culturelle et linguistique.

2.1.2 Caractéristiques démographiques des résidents

En moyenne, les résidents des foyers de soins de longue durée en Ontario ont 83 ans et ils y séjournent pendant à peu près deux à trois ans. Si les âinés de 65 ans et plus forment la majorité des résidents dans ces foyers, on y trouve aussi des groupes de jeunes résidents qui, en raison d'une affection telle qu'une lésion cérébrale ou un AVC, doivent obtenir les soins qui y sont prodigués en tout temps. De nos jours, les résidents des foyers ont des besoins plus complexes que par le passé. En effet,

Figure 1 : Nombre de foyers de soins de longue durée et de lits en Ontario par type de foyer, janvier 2023

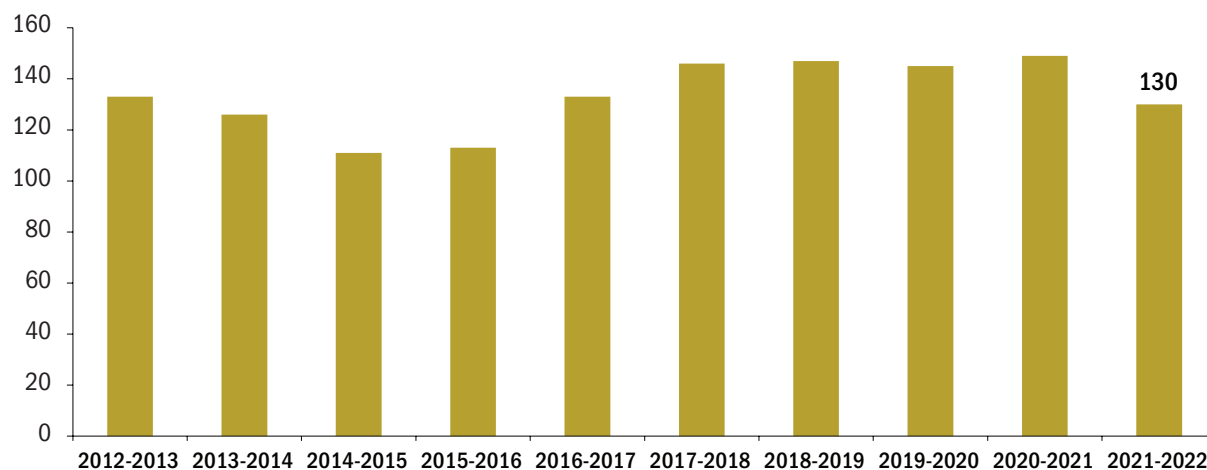
Source des données : ministère des Soins de longue durée



Note : Sur un total de près de 80 000 lits autorisés, environ 4 600 n'étaient pas utilisés, situation essentiellement imputable à une directive émise pendant la pandémie de COVID-19, qui a eu pour effet d'abolir les salles communes à trois et à quatre lits. Aux termes de cette directive, les foyers doivent placer les résidents (nouvellement admis ou réadmis) dans une chambre comportant au plus un autre résident.

Figure 2 : Période d'attente médiane relativement à un lit de soins de longue durée en Ontario, de 2012-2013 à 2021-2022 (en jours)

Source des données : Santé Ontario



leurs affections sont d'une gravité accrue et nécessitent la prestation des soins spécialisés. Les résidents ont pour la plupart des déficiences cognitives, et 63 % d'entre eux présentent un diagnostic de démence. La figure 3 montre le profil des résidents des foyers de

soins de longue durée en Ontario. En ce qui touche la plupart des mesures, le profil des résidents des établissements de soins de longue durée en Ontario s'apparente à celui de l'ensemble du Canada ou se révèle un peu plus grave.

Figure 3 : Profil des résidents des foyers de soins de longue durée en Ontario, 2022-2023

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

Caractéristiques sélectionnées	%
Santé physique	
Incontinence vésicale occasionnelle	83,8
Incontinence anale occasionnelle	69,0
Diagnostic d'hypertension	64,5
Signes d'un état de santé instable ¹	62,0
Diagnostic de diabète	28,4
Dépendance totale dans les activités de la vie quotidienne	13,4
Diagnostic de cancer	10,6
Douleur quotidienne ²	5,2
Santé mentale et cognitive	
Déficience cognitive de modérée à très grave ³	72,1
Diagnostic de démence	63,4
Participation sociale limitée ou nulle ⁴	41,7
Comportement agressif en partie ⁵	40,7
Signes de dépression possible ⁶	24,3

1. Résidents ayant obtenu une note égale ou supérieure à 1 dans l'échelle CHESS (laquelle permet de mesurer les changements de l'état de santé, les maladies en phase terminale, les signes et les symptômes). Les notes se situent dans une échelle de 0 à 5, où la note 5 correspond à l'instabilité la plus élevée.
2. Résidents ayant obtenu une note égale ou supérieure à 2 dans l'échelle de douleur, laquelle tient compte de la fréquence et de l'intensité de la douleur. Les notes se situent dans une échelle de 0 à 3, où la note 3 correspond à une douleur quotidienne grave ou atroce.
3. Résidents ayant obtenu une note égale ou supérieure à 3 dans l'échelle de rendement cognitif (CPS). Les notes se situent dans une échelle de 0 à 6, où la note 6 correspond à une déficience très grave.
4. Résidents ayant obtenu une note égale ou supérieure à 2 dans l'échelle d'engagement social (ISE). Les notes se situent dans une échelle de 0 à 6, où la note 0 correspond à l'engagement social le plus faible.
5. Résidents dont le comportement agressif va de léger à très grave.
6. Résidents ayant obtenu une note égale ou supérieure à 3 dans l'échelle de mesure de la dépression (DRS). Les notes se situent dans une échelle de 0 à 14, où une note égale ou supérieure à 3 indique un problème de dépression potentiel.

2.2 Rôles névralgiques dans les soins de longue durée

2.2.1 Ministère des Soins de longue durée

En juin 2019, la province a scindé le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en deux ministères : le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée. La **figure 4** présente la récapitulation des rôles névralgiques joués par le ministère des Soins de longue durée, notamment la préparation de politiques, la mise en œuvre d'initiatives, la tenue de pourparlers sectoriels, la réglementation au moyen de la délivrance de permis et d'inspections, le financement

et la collaboration avec d'autres ministères à propos de questions liées aux soins de longue durée.

2.2.2 Ministère de la Santé

Si le ministère des Soins de longue durée est désormais autonome, il maintient néanmoins à bien des égards sa collaboration avec le ministère de la Santé. À titre d'exemple, les deux ministères sont tenus de collaborer à la résolution des problèmes au sens large éprouvés dans le secteur de la santé, comme les ressources humaines en santé, l'accès des aînés aux services de soins à domicile et dans la collectivité, ainsi que les soins de transition consécutifs à une hospitalisation.

Figure 4 : Rôles névralgiques du ministère des Soins de longue durée

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Rôle névralgique	Description
Décideur	Préparer les lois, règlements et politiques ayant trait aux foyers de soins de longue durée.
Animateur	- Établir et entretenir des rapports avec les parties prenantes névralgiques qui représentent le secteur, les familles et les résidents. - Collaborer avec les foyers de soins de longue durée à la recension et à la résolution des difficultés opérationnelles systémiques.
Organisme de réglementation	- Délivrer des permis aux exploitants des foyers de soins de longue durée. - Inspecter les foyers en vue de l'exécution des obligations au titre de la <i>Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée</i>.
Organisme de financement	- Approuver, superviser et financer l'aménagement et le réaménagement des foyers de soins de longue durée. - Fournir un financement opérationnel aux foyers de soins de longue durée, par le truchement de Santé Ontario et directement aux foyers.
Exécuteur	- Évaluer et gérer les besoins en services et financiers. - Instaurer des stratégies et initiatives à l'échelle du secteur.
Collaborateur	Collaborer avec d'autres ministères, comme le ministère de la Santé et le ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité, à l'établissement de priorités stratégiques intersectorielles afin d'améliorer le continuum des soins destinés aux aînés.

De plus, le ministère de la Santé supervise deux organismes de la Couronne – Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC) et Santé Ontario – qui jouent un rôle névralgique dans la prestation des soins de longue durée :

- D'une part, SSDMC est chargé des services d'évaluation et de coordination des placements dans le secteur des soins de longue durée.
- D'autre part, Santé Ontario, aux termes d'une entente de responsabilisation conclue avec le ministère des Soins de longue durée, s'occupe des résultats obtenus par chaque foyer de soins de longue durée et le réseau des soins de longue durée de l'Ontario, collabore avec les parties prenantes à l'instauration des priorités provinciales et apporte des conseils et un soutien au ministère des Soins de longue durée. Santé Ontario assure aussi la continuité des ententes de responsabilisation conclues avec les foyers de soins de longue durée relativement aux services afin que des comptes soient rendus quant aux attentes à combler en matière de résultats.

2.2.3 Foyers de soins de longue durée

Les foyers de soins de longue durée sont régis aux termes de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* ainsi que du Règlement de l'Ontario 246/22 pris en vertu de celle-ci et dans lequel sont énoncées les obligations à l'égard de ce qui suit : les droits, soins et services des résidents; la qualité; l'admission des résidents; les conseils; l'exploitation des foyers, y compris la dotation en personnel; le financement; la délivrance des permis; ainsi que la conformité et l'exécution. Les foyers doivent aussi se conformer aux conditions énoncées dans l'entente de responsabilisation qui les lie à Santé Ontario relativement aux services.

Chaque foyer de soins de longue durée doit pourvoir les postes de direction névralgiques suivants :

- L'**administrateur du foyer** est responsable du foyer et de sa gestion.
- Le **directeur médical** donne des conseils au foyer sur des questions relatives aux soins médicaux et doit être médecin.
- Le **directeur des soins infirmiers et des soins personnels** supervise et dirige le personnel

infirmier et des soins personnels du foyer et doit faire partie du personnel infirmier autorisé.

Outre les rôles de gestion décrits ci-dessus, les foyers de soins de longue durée embauchent du personnel qui assure la prestation de soins directs et de services de soutien aux résidents. Plus particulièrement :

- Le **personnel chargé des soins directs** est normalement composé du personnel infirmier autorisé, du personnel infirmier auxiliaire autorisé, des préposés aux services de soutien à la personne et des professionnels paramédicaux (comme le personnel infirmier praticien, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététistes et le personnel en travail social).
- Le **personnel de soutien** s'occupe des autres services essentiels au-delà des soins, comme le nettoyage et l'entretien ou la préparation des repas.

Pour assurer la prestation de soins infirmiers en tout temps, chaque foyer de soins de longue durée doit compter sur un médecin ou un membre du personnel infirmier autorisé de la catégorie supérieure (à savoir un membre du personnel infirmier praticien) qui offre des services après les heures normales et sur appel. De plus, chaque foyer est tenu d'avoir au moins un membre du personnel infirmier autorisé en service et présent en tout temps, qui doit être au service du foyer et faire partie de son personnel infirmier permanent, sauf dans les circonstances prescrites par règlement où cette obligation peut ne pas s'appliquer.

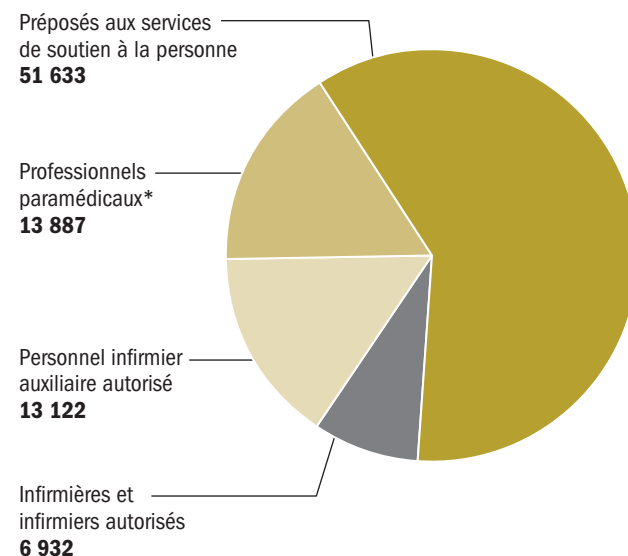
En date du 31 mars 2023, dans le secteur des soins de longue durée en Ontario, il y avait plus de 85 000 membres du personnel chargé des soins directs. La **figure 5** montre le nombre total de membres du personnel chargé des soins directs par poste.

2.3 Financement des soins de longue durée

Le gouvernement provincial accorde du financement aux foyers de soins de longue durée à l'appui de leurs activités courantes. Ce financement leur est réparti selon le modèle de financement du niveau de soins

Figure 5 : Personnel des soins directs dans le secteur des soins de longue durée de l'Ontario, par poste, au 31 mars 2023

Source des données : ministère des Soins de longue durée



* Les professionnels paramédicaux comprennent les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, le personnel infirmier praticien, le personnel de soutien aux résidents et le personnel affecté aux activités.

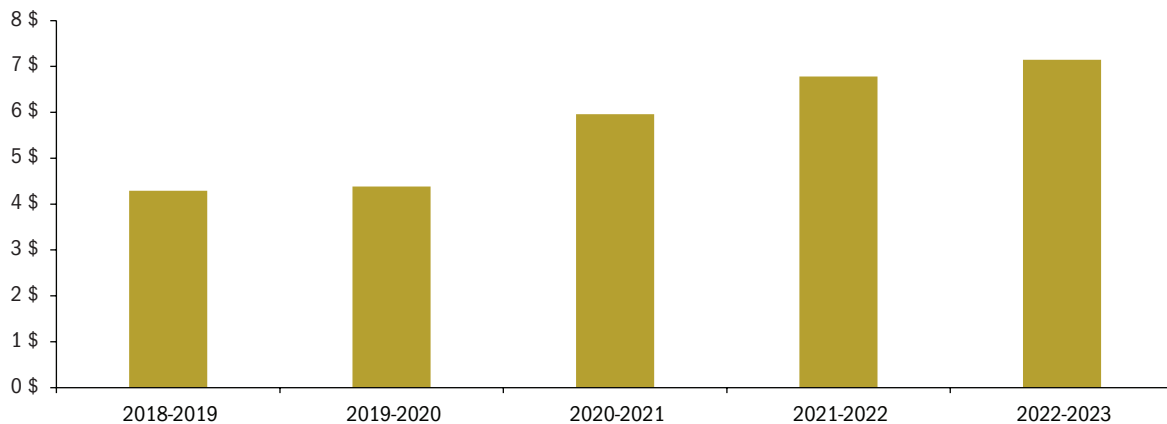
(voir la **section 4.8.1**) et par des volets de financement supplémentaires en lien avec certains objectifs de programme (voir la **section 4.8.2**). Le financement du gouvernement provincial s'est passablement accru depuis 2020-2021 (voir la **figure 6**) afin de permettre aux foyers de soins de longue durée de réagir aux problèmes posés par la pandémie de COVID-19 et d'instaurer des initiatives en vue d'améliorer le réseau des soins de longue durée (voir la **section 2.4**). De plus, les résidents versent une quote-part fixée par règlement. En date du 1^{er} juillet 2023, la quote-part d'un résident se situait dans une fourchette de 65,32 \$ à 93,32 \$/jour selon le type d'hébergement : avec services de base, à deux lits, ou individuel.

2.4 Initiatives stratégiques névralgiques

La pandémie de COVID-19 a exacerbé et mis au jour les insuffisances du secteur des soins de longue durée en Ontario. Dans une panoplie d'études et d'audits, on a recommandé des moyens d'améliorer le secteur (dont le rapport de la Commission ontarienne

Figure 6 : Financement provincial accordé aux soins de longue durée, de 2018-2019 à 2022-2023 (en milliards de dollars)

Source des données : ministère des Soins de longue durée



d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée, paru en 2021, tout comme l'audit de notre Bureau intitulé *Préparation et gestion en lien avec la COVID-19 : Rapport spécial sur la préparation et la réponse à la pandémie dans les foyers de soins de longue durée*. À titre de suites données, le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) met en œuvre diverses initiatives pour résoudre la situation des soins de longue durée en Ontario. De telles initiatives ont essentiellement pour but d'améliorer la dotation en personnel dans les soins de longue durée, d'accélérer l'ajout et la mise en conformité de lits de soins de longue durée, de raffermir la capacité d'inspection et d'exécution et d'élargir le continuum des services aux aînés.

Les initiatives liées à la dotation en personnel et leurs retombées constituent le fondement de l'objet du présent audit. Ces initiatives, assorties d'un investissement estimatif pouvant atteindre 4,9 milliards de dollars d'ici 2024-2025, sont décrites dans le Plan de dotation pour les soins de longue durée de l'Ontario (2021-2025) et visent les objectifs suivants :

- augmenter le nombre d'heures de soins pratiques directs fournis par le personnel infirmier et les préposés aux services de soutien à la personne et étendre l'accès des résidents au personnel paramédical;

- accélérer et étoffer les cheminements scolaires pour permettre d'accroître l'offre en personnel qualifié de fraîche date;
- mettre en place un leadership efficace et responsable dans les foyers de soins de longue durée, soutenir la formation continue du personnel et améliorer les conditions de travail du personnel pour contribuer à son maintien en poste;
- effectuer de façon constante le suivi et la mesure des progrès des diverses initiatives du plan de dotation en personnel.

3.0 Objectifs et étendue de l'audit

Notre audit avait pour objectif d'évaluer si les foyers de soins de longue durée, en concertation avec le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) et Santé Ontario, disposent de systèmes et de procédés performants pour veiller à que les résidents reçoivent des soins et des services de qualité dans un milieu sécuritaire, par :

- la gestion, l'affectation et le suivi des ressources de dotation en personnel afin de fournir avec compétence aux résidents des soins adéquats qui combleront leurs besoins;

- l'instauration de pratiques et de programmes en vue de rehausser la qualité de vie des résidents et les services qui leur sont rendus;
- le suivi de l'évolution des résultats, le discernement des domaines où il y a matière à amélioration et l'instauration en temps voulu de plans d'action.

Au stade de la planification de notre travail, nous avons défini les critères à appliquer pour atteindre l'objectif de notre audit (voir l'**annexe 2**). Ces critères sont fondés sur un examen des lois, des politiques et des procédures applicables ainsi que sur des études internes et externes et des pratiques exemplaires. Les cadres supérieurs du Ministère et de Santé Ontario ont souscrit à notre objectif et à ses critères connexes après en avoir fait l'examen.

Nous avons mené notre audit de janvier à septembre 2023, puis nous avons obtenu une déclaration écrite des cadres supérieurs du Ministère et de Santé Ontario selon laquelle, au 20 novembre 2023, nous avons reçu de leur part tous les renseignements qui, à leur connaissance, pouvaient influencer fortement sur les constatations ou la conclusion du présent rapport.

Pour arriver à la conclusion de l'audit, nous avons eu recours à des procédés, y compris sans s'y limiter :

- des entretiens avec le personnel névralgique du Ministère, de Santé Ontario et de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire;
 - des entretiens avec des porte-paroles de certains groupes de revendication et associations sectorielles (comme l'Ontario Long-Term Care Association, AdvantAge Ontario, l'Ontario Association of Residents' Councils et l'Ontario Personal Support Workers Association);
 - des entretiens avec des résidents de certains foyers de soins de longue durée;
 - des visites sur place d'un échantillon de 18 foyers de soins de longue durée (voir l'**annexe 3**), dont la sélection s'est faite selon divers facteurs, notamment :
- l'emplacement et la zone où les services sont offerts,
 - le type de foyer (à but lucratif, sans but lucratif ou municipal),
 - la taille du foyer (d'après le nombre de lits autorisés),
 - le nombre de plaintes et d'incidents graves de récente date,
 - la population de résidents (comme le pourcentage de résidents ayant une déficience cognitive, au comportement agressif ou ayant un plus grand besoin d'aide aux activités de la vie quotidienne);
- l'examen des lois et règlements qui régissent le secteur des soins de longue durée de l'Ontario;
 - l'examen des protocoles d'entente, des ententes de responsabilisation et des lettres de mandat ou stratégiques entre le Ministère et Santé Ontario;
 - l'examen de la documentation provenant du Ministère, de Santé Ontario, de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et des foyers de soins de longue durée (comme les politiques et procédures, les documents décisionnels, les rapports de suivi ou d'évaluation des résultats, les plaintes, les dossiers financiers, les dossiers sur la dotation en personnel et d'autres dossiers à propos des résidents);
 - l'exécution d'analyses d'échantillons et d'analyses de données sur les tendances au fil des ans (comme le niveau et les ratios de dotation en personnel, la composition du personnel, les périodes de soins directs, les périodes d'attente et les indicateurs des résultats);
 - l'exécution d'analyses comparatives ou l'établissement de comparaisons entre secteurs de compétence, si nécessaire.

Nous avons réalisé nos travaux et rendu compte des résultats de notre examen conformément aux Normes canadiennes de missions de certification – Missions d'appréciation directe publiées par le Conseil

des normes d'audit et de certification des Comptables professionnels agréés du Canada. Nous avons notamment obtenu un niveau d'assurance raisonnable.

Le Bureau du vérificateur général de l'Ontario applique la Norme canadienne de contrôle qualité. De ce fait, il maintient un système exhaustif de contrôle qualité comprenant des politiques et des procédés documentés au sujet du respect des règles de conduite professionnelle, des normes professionnelles, ainsi que des obligations législatives et réglementaires applicables.

Nous nous sommes conformés aux exigences en matière d'indépendance et d'éthique du Code de déontologie de l'Institut des comptables agréés de l'Ontario, qui est fondé sur des principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle, de diligence raisonnable, de confidentialité et de conduite professionnelle.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Dans les foyers, la dotation en personnel était instable et inadéquate, ce qui a nui aux soins prodigués aux résidents

Pour assurer la sécurité des résidents et leur fournir des soins de grande qualité, il est essentiel de maintenir dans les foyers de soins de longue durée un niveau stable et adéquat de personnel infirmier et de soins personnels. Toutefois, malgré la bonification du financement du ministère des Soins de longue durée (le Ministère) à l'appui d'une dotation intensifiée en personnel depuis 2021-2022, nous avons constaté que les foyers de soins de longue durée ont encore peine à recruter et à maintenir en poste du personnel pour combler les besoins des résidents. Certains foyers ont dû embaucher à prix fort du personnel temporaire provenant d'agences pour l'affecter aux quarts de travail vacants.

4.1.1 Les périodes consacrées aux soins directs et le rapport entre le nombre de membres du personnel (infirmières/infirmiers et préposés aux services de soutien à la personne) et le nombre de résidents variaient d'un foyer à l'autre

Si la qualité des soins prodigués aux résidents peut dépendre de divers facteurs (comme le milieu du foyer, la gestion du foyer et l'expérience du personnel), il n'en demeure pas moins que la stabilité dans la présence du personnel infirmier et des préposés aux services de soutien à la personne ainsi que la suffisance du ratio personnel-résidents jouent un rôle névralgique quant au maintien de soins de grande qualité.

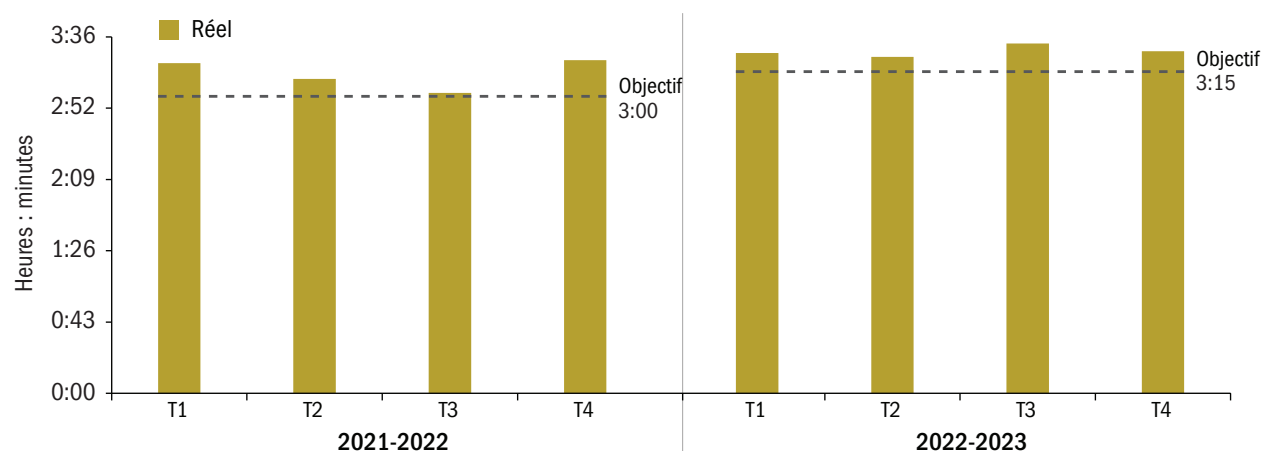
Durée des soins directs

Dans le Plan de dotation pour les soins de longue durée de l'Ontario (2021-2025), le Ministère convenait du besoin d'ajouter du personnel dans les foyers afin d'augmenter le nombre d'heures de soins pratiques directs aux résidents. Pour que les foyers soient à même de majorer la durée des soins directs, le Ministère a prévu au budget une somme d'environ 3,6 milliards de dollars à affecter aux foyers sur quatre ans, de 2021-2022 à 2024-2025, dans l'optique d'embaucher et de maintenir en poste du personnel infirmier autorisé (PIA), du personnel infirmier auxiliaire autorisé (PIAA) et des préposés aux services de soutien à la personne (PSSP). Cette somme s'ajoute au financement de base affecté aux foyers (voir la **section 4.8.1**). L'objectif, défini dans la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi), était d'atteindre 4 heures en moyenne de soins directs par résident et par jour d'ici 2024-2025, les objectifs provisoires étant de 3 heures avant 2021-2022, de 3 heures et 15 minutes avant 2022-2023, et de 3 heures 42 minutes avant 2023-2024.

Après avoir examiné les données sur la dotation en personnel dans les foyers de soins de longue durée, nous avons constaté que les foyers avaient atteint collectivement les objectifs provisoires de l'Ontario

Figure 7 : Durée des soins directs prodigués par le personnel infirmier et les préposés aux services de soutien à la personne (moyenne provinciale), de 2021-2022 à 2022-2023

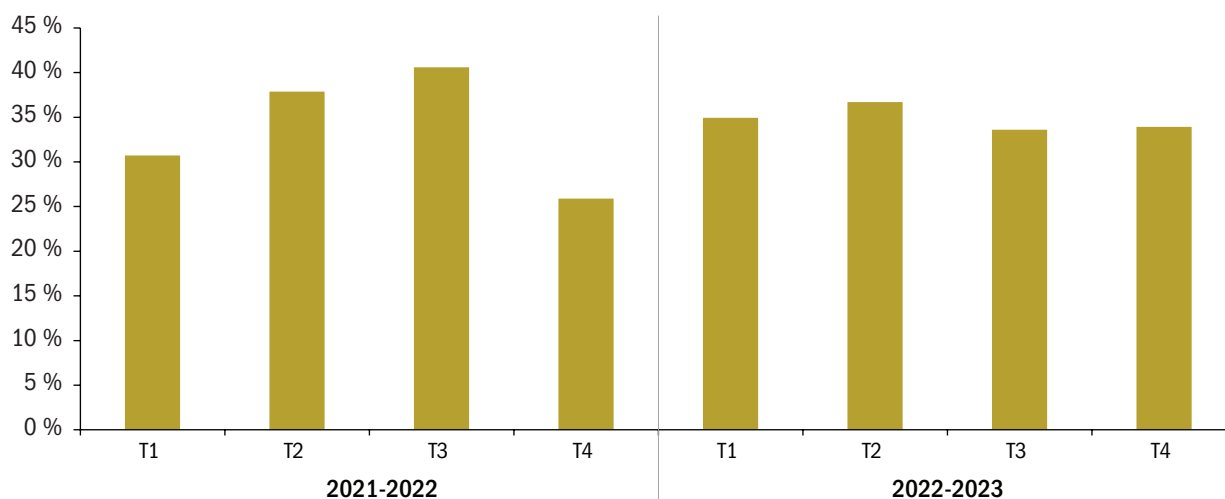
Source des données : ministère des Soins de longue durée



Note : La moyenne provinciale est fondée sur la durée moyenne en heures des soins directs prodigués par le personnel infirmier autorisé, le personnel infirmier auxiliaire autorisé et les préposés aux services de soutien à la personne, d'après les comptes rendus par les foyers qui, à plus de 97 %, ont soumis au Ministère des données sur la dotation en personnel pendant la période en question.

Figure 8 : Pourcentage de foyers en deçà de l'objectif des soins directs prodigués par le personnel infirmier et les préposés aux services de soutien à la personne, de 2021-2022 à 2022-2023

Source des données : ministère des Soins de longue durée



Note : Le pourcentage de foyers en deçà de l'objectif provincial est fonction de la durée moyenne en heures des soins directs prodigués par le personnel infirmier autorisé, le personnel infirmier auxiliaire autorisé et les préposés aux services de soutien à la personne, d'après les comptes rendus par les foyers qui, à plus de 97 %, ont soumis au Ministère des données sur la dotation en personnel pendant la période en question.

des années 2021-2022 et 2022-2023 (voir la **figure 7**), mais que la durée des soins directs variait d'un foyer à l'autre et qu'au moins le quart des foyers n'étaient pas en mesure d'atteindre systématiquement lesdits objectifs (voir la **figure 8**). Quoi qu'il en soit, nous avons constaté qu'il appartient encore au Ministère

d'effectuer une analyse au-delà de la validation des données afin de cerner les causes des variations. Selon ce que nous avons également relevé, le Ministère ne sait pas comment les fonds ont servi à majorer la durée des soins directs (comme les montants consacrés et les foyers qui les ont consacrés), faute d'avoir accès aux

Figure 9 : Ratio personnel-résidents par quart de travail dans les foyers visités, de mai à août 2023

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

	Personnel infirmier ²		Préposés aux services de soutien à la personne	
	Meilleur ratio	Pire ratio	Meilleur ratio	Pire ratio
Quart de jour	1:16	1:30	1:6	1:10
Quart de soir	1:16	1:40	1:7	1:23
Quart de nuit	1:23	1:80	1:13	1:30

Note : Les ratios sont fonction des données de 18 foyers de soins de longue durée que nous avons visités (voir l'**annexe 3**).

* Le personnel infirmier comprend le personnel infirmier autorisé et le personnel infirmier auxiliaire autorisé.

données en raison de retards dans le rapprochement et le règlement des données financières relatives aux foyers (voir la **section 4.8.3**).

Au fil de nos entretiens dans les foyers et avec les parties prenantes, nous avons appris que le recrutement pose encore problème dans le secteur des soins de longue durée à cause de la pénurie de travailleurs de la santé en Ontario. La forte concurrence dont font l'objet les ressources se traduit par des carences en personnel chez de nombreux établissements de soins de longue durée. À titre d'exemple, à l'un des foyers que nous avons visités, nous avons appris que le Ministère avait appuyé par un financement la majoration de la durée des soins directs, mais que le foyer en question n'avait pu en tirer pleinement parti parce qu'il peinait à embaucher du personnel pour pallier de telles carences. Les foyers qui affichent des offres d'emploi reçoivent très peu de candidatures, de sorte que les carences en personnel peuvent durer des mois. Il ressort de notre analyse des données de 2022-2023 sur la dotation en personnel que, malgré la bonification du financement, le taux de carence en personnel chez les foyers de soins de longue durée s'est maintenu en moyenne à 11 % relativement au PIA (1 047 postes), à 12 % relativement au PIAA (2 089 postes) et à 8 % relativement aux PSSP (4 870 postes). Nous avons également appris que certains foyers avaient encore plus peine à attirer du personnel en raison de facteurs tels que leur emplacement et la rémunération offerte (on en fait mention à la **section 4.1.3**).

Le ministère des Soins de longue durée, de concert avec d'autres ministères (comme le ministère de la Santé et le ministère des Collèges et Universités), a instauré plusieurs initiatives ces dernières années pour bonifier l'offre de ressources humaines en santé. C'est ainsi que des investissements ont été consentis aux fins suivantes : accroître le taux d'inscription aux programmes de formation du personnel infirmier et des préposés aux services de soutien à la personne offerts dans les établissements d'enseignement postsecondaire financés par l'État, les collèges privés d'enseignement professionnel et les conseils scolaires de district; faciliter la transition du personnel infirmier formé à l'étranger afin qu'il puisse exercer sa profession en Ontario; et élargir les débouchés des élèves qui, dans les établissements d'enseignement destinés aux Autochtones, veulent devenir préposés aux services de soutien à la personne ou faire partie du personnel infirmier. Certaines de ces initiatives en sont aux premiers stades de leur instauration, pendant que la pénurie de personnel perdure au sein des foyers de soins de longue durée. Dans la foulée de l'engagement d'ajouter 30 000 lits de soins de longue durée d'ici 2028, la demande en personnel dans le secteur des soins de longue durée continuera de s'amplifier d'ici les cinq prochaines années.

Ratio personnel-résidents

Au fil de nos visites d'un foyer à l'autre, nous avons relevé une variation dans le ratio personnel-résidents (voir la **figure 9**). Cette variation était notamment perceptible au cours des quarts de soir et de nuit :

dans un foyer donné, le membre du personnel pouvait devoir prendre en charge plus que le double des résidents comparativement à un autre foyer. Les services offerts par le personnel du quart de nuit sont diversifiés. Celui-ci doit, entre autres, effectuer des vérifications de routine, documenter l'affection dont sont atteints les résidents et les soins qui leur sont prodigués, administrer des médicaments, aider les résidents à s'acquitter de leur hygiène personnelle et donner suite aux sonneries d'appel. Dans les foyers où le ratio personnel-résidents tombait à 1:80 pour le personnel infirmier et à 1:30 pour les PSSP, combler les besoins des résidents pendant la nuit pouvait être éprouvant, surtout en situation d'urgence et lorsque le personnel devait superviser activement les résidents qui demeuraient éveillés. À titre d'exemple, nous avons appris dans un foyer qu'en raison du personnel en nombre réduit qui était affecté au quart de nuit, les vérifications de routine aux étages s'en trouvaient ralenties, de sorte qu'on risquait de trouver tardivement les résidents qui avaient chuté.

Le ratio personnel-résidents n'est pas réglementé; ce sont les foyers qui l'établissent après avoir évalué leurs besoins. S'il est difficile ou impossible d'uniformiser le ratio personnel-résidents à atteindre au sein de tous les foyers, dans le Plan de dotation pour les soins de longue durée de l'Ontario (2021-2025), le Ministère s'est néanmoins engagé à émettre des lignes directrices en matière de modèles de dotation en personnel à l'intention des foyers de soins de longue durée, dans lesquels le ratio personnel-résidents serait pris en compte. À ce jour, cependant, aucune ligne directrice relative au ratio personnel-résidents n'a été émise.

4.1.2 Le recours au personnel des agences a coûté cher et amoindri la continuité et la qualité des soins

Par le passé, les foyers de soins de longue durée ont eu recours aux agences pour combler des besoins temporaires relativement au personnel infirmier et aux préposés aux services de soutien à la personne. Toutefois, depuis quelques années, certains foyers

dépendent de plus en plus des agences pour trouver le personnel à affecter aux quarts de travail. Aux termes de l'article 80 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, les foyers de soins de longue durée doivent veiller à ce que le recours à du personnel temporaire ou occasionnel ou à du personnel d'agence soit restreint, et ce, afin de fournir une main-d'œuvre stable et permanente et d'améliorer la continuité des soins fournis aux résidents. Dépendre à outrance du personnel des agences, c'est risquer de perturber les soins prodigués aux résidents et d'amplifier la pression financière exercée sur les foyers de soins de longue durée, étant donné le taux de rémunération horaire supérieur qui est consenti à ce personnel. De plus, au fil de nos entretiens dans les foyers et avec les parties prenantes, un élément a été constamment mentionné : la forte dépendance à l'égard du personnel des agences est l'une des principales inquiétudes suscitées dans les soins de longue durée.

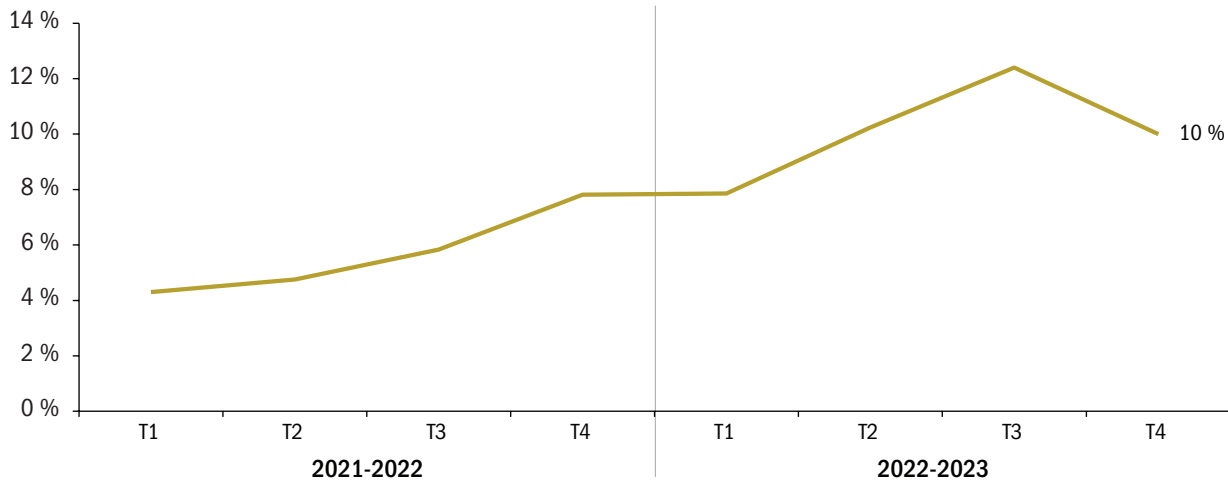
La dépendance à l'égard du personnel des agences s'est accrue

Comme nous l'avons relevé à la **section 4.1.1**, les foyers ont atteint collectivement les objectifs provinciaux établis en 2021-2022 et en 2022-2023 quant à la durée des soins directs (**figure 7**). Il ressort toutefois de notre analyse des données sur la dotation en personnel que le personnel contractuel, dont celui des agences, assume un pourcentage colossal et croissant de la durée des soins directs comparativement au personnel régulier ou permanent. Comme en témoigne la **figure 10**, le personnel contractuel a assumé à peu près 10 % (plus de deux millions d'heures) de la durée des soins directs prodigués aux résidents par le personnel infirmier et les préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) au quatrième trimestre de 2022-2023, pourcentage en hausse par rapport à celui de 4 % au premier trimestre de 2021-2022.

De plus, nous avons relevé que le recours au personnel des agences fluctuait passablement d'un foyer à l'autre : en deux ans, de 2021-2022 à 2022-2023, chez certains foyers et durant certaines périodes, le personnel infirmier et les PSSP issus

Figure 10 : Pourcentage de soins directs fournis par le personnel contractuel, de 2021-2022 à 2022-2023

Source des données : ministère des Soins de longue durée



Note : Les pourcentages sont fonction des données soumises au Ministère par les foyers (à plus de 97 %) à propos de la dotation en personnel. Le personnel contractuel englobe le personnel infirmier autorisé, le personnel infirmier auxiliaire autorisé et les préposés aux services de soutien à la personne en provenance des agences, ainsi que les personnes ayant un lien contractuel indépendant avec les foyers. Selon toute vraisemblance, le personnel des agences a assumé la plus grande partie de la durée des soins directs; toutefois, les données sur la dotation en personnel ne permettent pas d'établir la répartition réelle de cette durée en heures entre le personnel des agences et celui ayant un lien contractuel indépendant avec les foyers.

des agences pouvaient assumer 50 % de la durée des soins directs. En règle générale, nous avons constaté que ce sont les foyers en milieu rural et éloigné qui dépendaient le plus du personnel des agences, toutes régions confondues. Cette situation est vraisemblablement imputable aux grandes difficultés que le milieu rural et éloigné a coutume d'éprouver lorsque vient le temps d'attirer les travailleurs de la santé comparativement aux centres urbains.

Les coûts du personnel des agences sont supérieurs

Les agences de dotation sont des entreprises privées à but lucratif et aucune loi ne les contraint à plafonner la rétribution qu'elles exigent de leurs clients, dont les foyers de soins de longue durée. Dans un contexte où la pénurie de personnel se fait sentir dans l'ensemble du secteur de la santé, les foyers de soins de longue durée sont contraints de verser d'importantes primes aux agences. Grâce à leurs marges bénéficiaires élevées, les agences sont à même de consentir des salaires supérieurs dans leurs offres d'emploi et, ce faisant, d'attirer le personnel infirmier et les PSSP, d'où le risque que les carences en personnel chez les foyers de soins de longue durée s'en trouvent exacerbées.

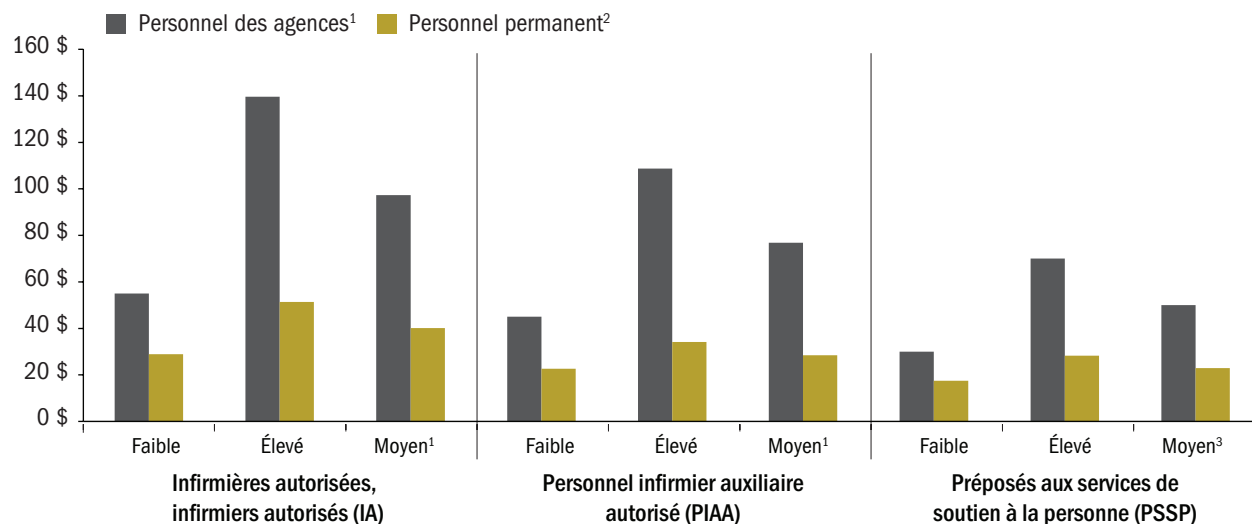
Maintenant, qui dit recours accru au personnel des agences du secteur privé dit également hausse des fonds publics que celles-ci touchent.

Selon les données sur la dotation en personnel, les taux versés par les foyers aux agences pour obtenir les services de leur personnel sont souvent bien plus élevés que ceux consentis au personnel permanent. La **figure 11** fait état des taux horaires moyens versés au personnel des agences comparativement à celui consenti au personnel permanent qui occupe le même poste. Nous avons constaté ce qui suit :

- Le taux horaire moyen versé au personnel des agences est nettement supérieur à celui consenti au personnel permanent. À titre d'exemple, le taux horaire versé au PIA d'une agence s'établissait à 97,33 \$ l'heure, à savoir 142 % de plus que celui versé au PIA directement au service d'un foyer (40,15 \$ l'heure).
- Le taux horaire versé au personnel des agences occupant le même poste varie également beaucoup. C'est ainsi que le taux horaire du PIA provenant d'une agence peut se situer dans une fourchette allant de 55 \$ l'heure à 139,65 \$ l'heure.

Figure 11 : Salaire horaire moyen du personnel des agences et du personnel permanent fournissant des soins directs

Sources des données : ministère des Soins de longue durée et Secrétariat du Conseil du Trésor



1. En ce qui concerne le personnel des agences, le salaire moyen a été calculé à partir des données les plus récentes déclarées par les foyers de soins de longue durée au ministère des Soins de longue durée relativement au troisième trimestre qui a pris fin le 30 septembre 2022.
2. En ce qui concerne le personnel permanent, le salaire moyen a été calculé à partir des données les plus récentes soumises au Secrétariat du Conseil du Trésor dans le cadre du Sondage sur la transparence des données relatives aux ressources humaines en date du 31 décembre 2021. Les salaires des PSSP ne comprennent pas la majoration salariale financée par le gouvernement. Cette majoration a été instaurée en octobre 2020, pendant la pandémie de COVID-19.
3. Le salaire moyen correspond à la moyenne des salaires horaires faibles et élevés qui sont déclarés relativement au poste. Il ne s'agit pas du salaire moyen réel que touche le personnel.

Outre les taux horaires supérieurs versés au personnel des agences, l'Ontario Long-Term Care Association nous a appris que certains de ses membres en milieu éloigné proposaient à ce personnel des allocations d'hébergement et de transport. On nous a confirmé l'existence de cette pratique dans trois foyers que nous avons visités en dehors des centres urbains : par le passé, ceux-ci ont déjà versé de telles allocations au personnel des agences. Un foyer nous a appris qu'il avait consenti une allocation moyenne de 115 \$ par nuitée pour l'hébergement du personnel des agences au début de 2023. Un autre foyer estimait avoir versé en allocations presque 280 000 \$ en 2021 et en 2022 relativement aux déplacements et à l'hébergement du personnel des agences.

La continuité des soins régresse pendant que la dotation en personnel des agences progresse

Comme nous l'avons vu à la **section 2.1.2**, les résidents des foyers de soins de longue durée de nos jours ont des besoins plus complexes que par le passé. Il

importe que les foyers maintiennent un effectif stable, ce qui favorise l'établissement de rapports axés sur la proximité et la confiance entre les résidents et le personnel, de telle sorte que celui-ci en viendra à bien connaître les besoins et les préférences des résidents pris en charge et la continuité des soins s'en trouvera rehaussée. La continuité des soins contribue à bonifier les soins reçus et l'expérience vécue par les résidents, notamment les aînés atteints de démence qui se sentent rassurés s'ils connaissent le personnel qui les soigne.

En raison de sa nature temporaire, le personnel des agences ne peut assurer dans la même mesure que le personnel permanent la continuité des soins aux résidents. On nous a fait part de ce point de vue dans de nombreux foyers que nous avons visités. De fait, nous avons appris dans les foyers visités que le personnel des agences était parfois incapable de combler en temps voulu les besoins des résidents, faute de bien connaître les résidents et les politiques. À titre d'exemple, pour connaître les aptitudes et les préférences alimentaires des résidents, le personnel

Figure 12 : Salaire horaire du personnel infirmier permanent et des préposés aux services de soutien à la personne par type de foyer, au 31 décembre 2021 (\$/heure)

Source des données : Secrétariat du Conseil du Trésor

Type de foyer	Personnel infirmier autorisé (PIA)		Personnel infirmier auxiliaire autorisé (PIAA)		Préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) ¹	
	Fourchette horaire	Moyenne ²	Fourchette horaire	Moyenne ²	Fourchette horaire	Moyenne ²
Tous les foyers	28,94 à 51,37	40,15	22,70 à 34,18	28,44	17,54 à 28,26	22,90
À but lucratif	28,94 à 51,13	40,03	22,70 à 32,88	27,79	17,54 à 28,26	22,90
Sans but lucratif	29,58 à 51,16	40,37	22,84 à 32,89	27,87	17,90 à 27,46	22,68
Municipal	31,14 à 51,37	41,26	24,94 à 34,18	29,56	19,50 à 28,02	23,76

Note : Les salaires sont fonction des données déclarées par les foyers de soins de longue durée au Secrétariat du Conseil du Trésor en réponse au Sondage sur la transparence des données relatives aux ressources humaines. Le taux de réponse à ce sondage s'établissait à environ 43 % chez les foyers à but lucratif, 35 % chez les foyers sans but lucratif et 33 % chez les foyers municipaux.

1. Les salaires des PSSP ne comprennent pas la majoration salariale financée par le gouvernement. Cette majoration a été instaurée en octobre 2020, pendant la pandémie de COVID-19. En avril 2022, le gouvernement a rendu cette majoration salariale permanente pour les PSSP.
2. Le salaire moyen correspond à la moyenne des montants faibles et élevés de la fourchette horaire. Il ne s'agit pas du salaire moyen réel que touche le personnel.

des agences doit consacrer davantage de temps, ce qui a pour effet de ralentir le flux de travail et de contrarier les résidents.

De plus, il arrive que le personnel fourni par les agences ne soit pas très compétent ou s'intègre mal au foyer. Dans quelques foyers, il est apparu que le personnel des agences avait davantage tendance à commettre des bévues telles que les erreurs de médication et, dans certains cas, les foyers ont dû renvoyer le personnel des agences en raison d'un travail de piètre qualité ou d'un comportement inacceptable. En règle générale, le personnel des agences qui était affecté plusieurs fois au même foyer en venait à bien connaître les résidents et les politiques du foyer et sa responsabilisation à l'égard du foyer augmentait. Toutefois, même s'ils en faisaient la demande aux agences, les foyers n'obtenaient pas nécessairement les services du même personnel, car celui-ci pouvait être indisponible.

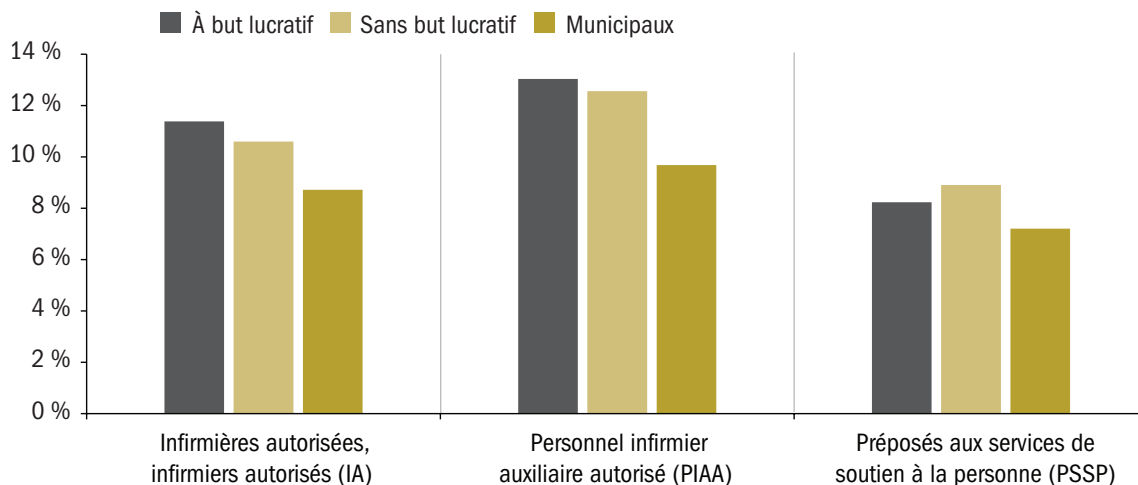
Dans l'optique de guider les futures stratégies en la matière, le Groupe consultatif technique pour les soins de longue durée du Ministère se penche actuellement sur le problème que pose, au sein du secteur, le recours au personnel des agences. Au moment de notre audit, il n'y avait cependant aucune mesure prévue en particulier ni date d'achèvement ciblée à cet égard.

4.1.3 L'iniquité salariale a exacerbé les carences en personnel et le taux de roulement du personnel

Le 30 juillet 2020, le Ministère a publié une étude sur la dotation en personnel afin de guider une stratégie exhaustive en la matière relativement aux soins de longue durée. Cette étude s'est appuyée sur les données de la rémunération de 2018-2019 et a permis de constater que le salaire du personnel infirmier autorisé (PIA), du personnel infirmier auxiliaire autorisé (PIAA) et des préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) variait à l'échelle des foyers de soins de longue durée, selon le type de foyer en question. En règle générale, dans le secteur des soins de longue durée, ce sont les foyers municipaux qui versaient les salaires les plus élevés, suivis des foyers sans but lucratif, puis des foyers à but lucratif. La même tendance est ressortie de récentes données à propos de la rémunération que le Secrétariat du Conseil du Trésor a recueillies dans le cadre de son Sondage sur la transparence des données relatives aux ressources humaines. Après avoir examiné les données, nous avons constaté une disparité salariale notable entre les foyers municipaux, à but lucratif et sans but lucratif en date du 31 décembre 2021 (voir la figure 12).

Figure 13 : Taux de carence en personnel ayant trait au personnel infirmier et aux préposés aux services de soutien à la personne par type de foyer, au quatrième trimestre de 2022-2023 (en %)

Source des données : ministère des Soins de longue durée



Note : Le taux de carence en personnel révèle le pourcentage de postes qui ne sont pas pourvus depuis au moins 90 jours. L'absence temporaire sous quelque forme que ce soit, dont les carences en personnel à court terme ou les congés de maladie, n'est pas prise en compte dans ce taux. Les pourcentages sont fonction des données déclarées au ministère des Soins de longue durée par les foyers à propos de la dotation en personnel. Plus de 97 % des foyers ont soumis des données relativement à la période en question.

La disparité salariale peut occasionner le déplacement superflu du personnel, d'où l'amplification des carences en personnel et du taux de roulement du personnel dans certains foyers de soins de longue durée, phénomène qui comporte par ricochet des retombées sur le niveau et la continuité des soins prodigués aux résidents. Il ressort de notre analyse des données à propos des carences en personnel que les foyers à but lucratif et les foyers sans but lucratif montrent constamment en la matière des taux supérieurs à ceux des foyers municipaux en ce qui touche le personnel infirmier et les préposés aux services de soutien à la personne (voir la **figure 13**).

Outre la concurrence qu'ils doivent livrer dans le secteur des soins de longue durée, les foyers doivent également jouer des coudes pour obtenir des ressources en personnel face aux autres milieux de soins de santé, comme les hôpitaux. Comme en témoigne l'étude sur la dotation en personnel publiée en 2020 par le Ministère, la rémunération dans les hôpitaux est en moyenne supérieure à celle des foyers de soins de longue durée. Par exemple, le taux horaire moyen du PIA dans les hôpitaux (40,47 \$) était supérieur de 6 % à celui qu'il touchait dans les établissements de soins

de longue durée (38,05 \$), tandis que le taux horaire moyen du personnel infirmier auxiliaire autorisé (PIAA) dans les hôpitaux (29,99 \$) surpassait de 11 % celui qu'il touchait dans les établissements de soins de longue durée (27,02 \$). Une telle disparité défavorise les foyers au stade du recrutement et du maintien en poste du personnel. Dans de nombreux foyers visités, nous avons constaté des taux élevés de roulement du personnel et de carence en personnel. Par exemple, au cours de notre visite dans un des grands foyers, celui-ci comptait près de 30 postes vacants (à l'exclusion des postes temporaires) en personnel chargé des soins directs. Dans un autre foyer de taille moyenne, 20 membres du personnel infirmier et PSSP ont remis leur démission au cours des six premiers mois de 2023.

Ces dernières années, le gouvernement provincial n'a pas répondu de façon systémique à l'enjeu posé par la rémunération dans les milieux de soins de santé sous l'angle de la parité salariale, de façon à remédier à la pénurie de main-d'œuvre en lien avec la rémunération. L'adoption de la *Loi de 2019 visant à préserver la viabilité du secteur public pour les générations futures* (le projet de loi 124) le 8 novembre 2019 n'a pas permis de résoudre l'écart salarial entre les foyers de soins de

longue durée. De fait, parce que cette loi plafonnait à 1 % par année les augmentations salariales dans les foyers sans but lucratif, elle a peut-être aggravé la situation. Quoi qu'il en soit, le projet de loi 124 a été annulé par la Cour supérieure de l'Ontario le 29 novembre 2022.

Selon ce que le Ministère nous a appris, l'harmonisation de la rémunération est l'une des possibilités que le ministère de la Santé envisagera peut-être dans la préparation de la Stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé, de portée générale.

RECOMMANDATION 1

Pour assurer la sécurité des résidents et leur fournir des soins de grande qualité, le ministère des Soins de longue durée devrait :

- analyser la durée des soins directs et la composition du personnel (à savoir le personnel permanent par rapport au personnel d'agences de placement temporaire) dans les foyers afin de déceler les foyers où la dotation en personnel pose problème, de collaborer avec ceux-ci à la préparation de stratégies en vue de résoudre les difficultés liées au recrutement et au maintien en poste et de faire un suivi de l'aboutissement de telles stratégies;
- assurer un suivi des ratios personnel-résidents, notamment lorsque les pénuries dans la dotation en personnel se font particulièrement sentir (comme au cours des quarts de nuit, des fins de semaine et des jours fériés);
- mener à bien l'examen du recours au personnel d'agences dans la prestation des soins de longue durée et instaurer des stratégies pour y recourir dans une moindre mesure et empêcher la surfacturation;
- collaborer avec le ministère de la Santé à la préparation et à l'instauration de la Stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé, laquelle sera à long terme, en vue de résoudre les difficultés suscitées par la disparité dans la dotation en personnel et la rémunération à l'échelle du secteur.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) prend acte de la recommandation formulée par le vérificateur général d'analyser le nombre d'heures de soins directs fourni et la composition du personnel, d'assurer un suivi des ratios personnel-résidents, de mener à bien l'examen du recours au personnel d'agences et de collaborer avec le ministère de la Santé à l'élaboration et à l'instauration de la Stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé.

Le Ministère s'est engagé à augmenter le nombre d'heures de soins directs pour les résidents des établissements de soins de longue durée conformément aux objectifs en matière d'heures de soins directs prévues dans la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi), au moyen d'un financement ciblé de 4,9 milliards de dollars destiné à appuyer l'atteinte des objectifs en matière d'heures de soins directs et d'autres programmes visant à accroître l'offre de ressources humaines en santé.

Le Ministère entreprend activement une analyse des heures de soins directs dans les régions et à l'échelle des foyers, et poursuivra cet effort en vue de mieux comprendre les possibilités d'accroître le rendement des heures de soins directs. Pour régler les problèmes de recrutement et de maintien en poste, le Ministère continuera également de mettre en œuvre et de surveiller l'adoption de programmes visant à appuyer le recrutement et le maintien en poste, comme la majoration du salaire permanent des préposés aux services de soutien à la personne, le Fonds de soutien à la croissance professionnelle, le programme Embaucher plus d'infirmières praticiennes, les programmes de transition et d'avancement, les stages cliniques et les programmes d'éducation et de formation.

Dans le cadre des travaux d'élaboration et de modification des règlements en vertu de la Loi, le Ministère a facilité la tâche des foyers qui souhaitent embaucher en leur donnant accès à un bassin élargi d'employés qualifiés, tout en assurant la sécurité des résidents. Les foyers de soins de

longue durée sont les mieux placés pour déterminer le niveau d'effectif nécessaire en fonction de leur propre connaissance des besoins de leurs résidents, et le Ministère continuera de surveiller les ratios de composition du personnel pour éclairer les soutiens continus offerts au secteur.

Le Ministère examine le recours au personnel d'agences dans les soins de longue durée pour comprendre les tendances régionales et à l'échelle des foyers, et il envisage également de nouveaux programmes pour appuyer la capacité en matière de ressources humaines, accroître le travail à temps plein et réduire la dépendance envers le personnel d'agences. Le Ministère continuera de travailler en partenariat avec le ministère de la Santé pour planifier les besoins futurs en dotation dans l'ensemble du secteur des soins de longue durée.

4.2 Les résidents n'avaient pas tous accès à des professionnels paramédicaux névralgiques en vue d'optimiser leur qualité de vie

Outre les soins infirmiers et personnels en tout temps, les résidents des foyers de soins de longue durée doivent également avoir accès à une vaste gamme de services fournis par des professionnels de la santé, dont du personnel infirmier praticien, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, du personnel en travail social, des diététistes et des auxiliaires aux activités, pour assurer leur mieux-être sur les plans physique, émotionnel, social et spirituel. Ces membres du personnel, qualifiés collectivement de professionnels paramédicaux (PP), assurent la prestation de soins dans le cadre de divers programmes qui jouent un rôle essentiel au maintien et à l'amélioration de la qualité de vie des résidents.

4.2.1 La disponibilité des professionnels paramédicaux variait d'un foyer à l'autre

Aux termes de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, on a établi comme objectif

une durée de 36 minutes (à chaque résident, par jour) quant aux soins directs fournis par les PP d'ici le 31 mars 2023, l'objectif provisoire étant une durée de 33 minutes d'ici le 31 mars 2022. La durée de 36 minutes en tant qu'objectif s'appuyait sur l'accroissement de 20 % de la durée des soins directs constatée en 2018. Afin que les foyers puissent atteindre cet objectif et que les soins soient maintenus, le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) a prévu au budget une somme d'environ 430 millions de dollars en sus du financement annuel de base à affecter aux foyers sur quatre ans, de 2021-2022 à 2024-2025.

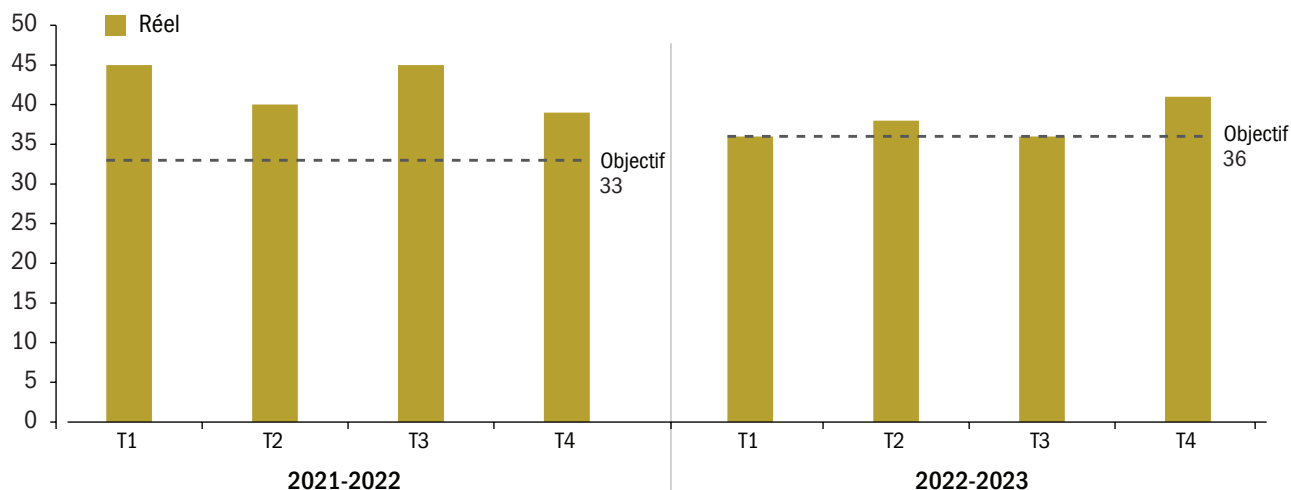
L'objectif en matière de soins établi par la loi relativement aux PP est fixé à l'échelle provinciale : il est mesuré en fonction de la moyenne de l'ensemble des foyers plutôt que des foyers pris isolément. Selon ce que nous avons tiré de notre analyse des données trimestrielles sur la durée des soins directs de 2021-2022 à 2022-2023, même si les objectifs annuels étaient atteints à l'échelle provinciale (voir la **figure 14**), près de la moitié des foyers n'étaient pas en mesure isolément d'atteindre cet objectif d'ici la fin de 2022-2023 (voir la **figure 15**). Ce phénomène s'apparente à ce que nous avons observé dans la durée des soins directs relativement au personnel infirmier et aux préposés aux services de soutien à la personne (voir la **section 4.1.1**). Nous avons constaté que le Ministère n'avait pas enquêté sur les variations dans la durée des soins directs entre les foyers de soins de longue durée. Il aurait pu ainsi déceler les foyers ayant de piètres résultats et où les périodes consacrées aux soins directs par les PP sont restreintes, de même qu'interpréter les variations d'un foyer à l'autre pour déterminer si les services rendus aux résidents de la province sont équitables.

4.2.2 L'appui des professionnels paramédicaux névralgiques était manquant

Après avoir examiné scrupuleusement les données sur la dotation en personnel, nous avons également perçu que certains foyers ne parvenaient jamais à fournir à

Figure 14 : Durée en minutes des soins directs prodigués par des professionnels paramédicaux (moyenne provinciale), de 2021-2022 à 2022-2023

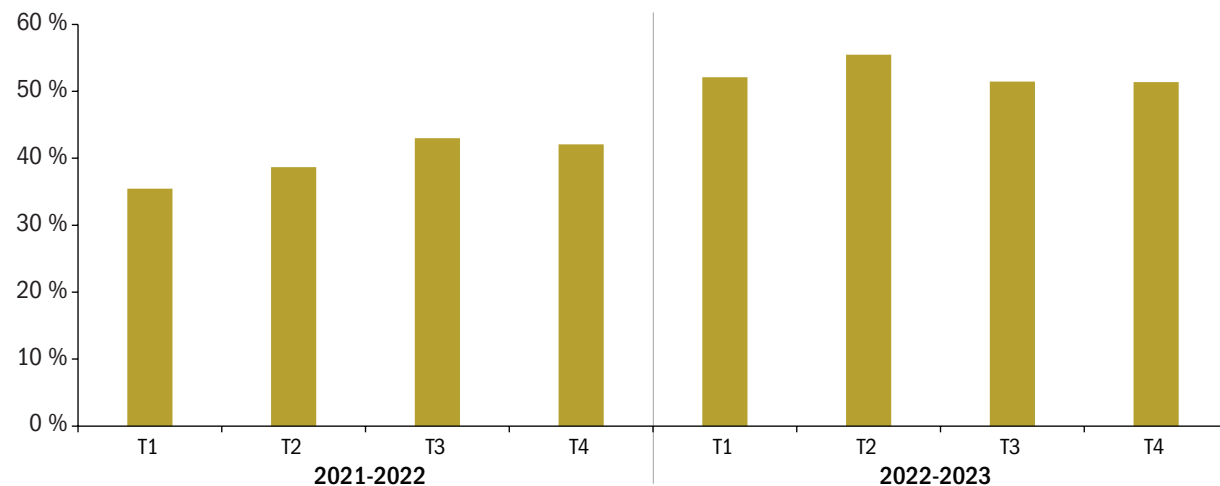
Source des données : ministère des Soins de longue durée



Note : la moyenne provinciale est fonction des données soumises au ministère des Soins de longue durée par les foyers (à plus de 97 %) à propos de la dotation en personnel.

Figure 15 : Pourcentage de foyers en deçà de l'objectif des soins directs prodigués par les professionnels paramédicaux, de 2021-2022 à 2022-2023

Source des données : ministère des Soins de longue durée



Note : Le pourcentage de foyers en deçà de l'objectif provincial est fonction des données soumises au Ministère par les foyers (à plus de 97 %) à propos de la dotation en personnel.

leurs résidents les services de certains PP, comme en témoigne la durée nulle de soins déclarée relativement à ces professions en 2022-2023 (voir la **figure 16**). Les foyers disposent d'une marge de manœuvre quant à la composition des PP et à la durée des services que ceux-ci rendent, selon la particularité et la diversité des besoins des résidents. Toutefois, si la participation

de certains PP est nulle ou minime, les foyers risquent de ne pas fournir à leurs résidents les soins complets dont ces derniers ont besoin. Cet état de choses est notamment avéré en ce qui touche les résidents aux soins palliatifs. En contexte de soins de longue durée, les soins palliatifs sont axés sur l'amélioration de la qualité de vie des résidents et de leur famille, la prise

Figure 16 : Foyers où aucune période consacrée aux soins directs par les professionnels paramédicaux névralgiques n'a été déclarée, 2022-2023

Source des données : ministère des Soins de longue durée

Professionnels paramédicaux (PP)	Nombre de foyers	% de foyers
Pas de personnel infirmier praticien	456	74
Pas de personnel de soutien religieux ou spirituel	447	72
Pas d'ergothérapeute	418	68
Pas d'auxiliaire en soins analeptiques (réadaptation ou thérapie)	331	54
Pas de personnel en travail social ou en service social	239	39
Pas de physiothérapeute, d'auxiliaire en physiothérapie ou d'assistant en physiothérapie	74	12
Pas de gestionnaire des activités ou d'auxiliaire aux activités	14	2

Note : les résultats sont fonction des données soumises au Ministère par les foyers (à plus de 97 %) à propos de la dotation en personnel.

en charge des symptômes des résidents ainsi que la prestation d'un soutien psychosocial et de soins de fin de vie, s'il y a lieu. Les soins palliatifs nécessitent la participation d'une équipe multidisciplinaire de fournisseurs de soins, dont les PP. Cette équipe doit non seulement procéder aux interventions médicales nécessaires, mais apporter un soutien sur les plans psychologique, social, émotionnel et spirituel.

Le personnel infirmier praticien

Comme en témoigne la **figure 16**, 74 % des foyers ne comptaient pas de personnel infirmier praticien en 2022-2023. Le personnel infirmier praticien peut évaluer, diagnostiquer et traiter les résidents (notamment au moyen d'ordonnances de médicaments et de l'instauration d'autres interventions), et faciliter le mentorat et l'encadrement des membres de l'équipe clinique du foyer ainsi que la planification des soins prodigués aux résidents. Nos constatations à ce chapitre sont en phase avec les données sur la dotation en personnel en 2022-2023 : près de la moitié des foyers que nous avons visités ne comptaient pas de personnel infirmier praticien.

Nous avons constaté que les foyers où il n'y a pas de personnel infirmier praticien ont recours à ces professionnels, sous une forme ou une autre, au sein de la collectivité. C'est ainsi que le personnel infirmier praticien issu de programmes tels que

l'Équipe d'intervention infirmière en soins de longue durée vient en aide aux foyers par l'examen des programmes de soins aux résidents et la prestation d'une formation au personnel des foyers relativement à des domaines spécialisés, tels que les soins palliatifs. Toutefois, l'étendue du soutien varie : certains foyers ont accès à de telles ressources à l'externe dès qu'ils en ont besoin, tandis que d'autres foyers y ont droit selon un calendrier établi et à diverses fréquences, allant d'hebdomadaires à mensuelles. Les foyers ont exprimé leur gratitude à l'égard du soutien externe, mais ils ont indiqué qu'il leur serait plus avantageux de compter sur les services d'un personnel infirmier praticien à l'interne pour que le suivi des affections des résidents et la formation du personnel aient lieu en temps voulu et de façon continue. Ils ont précisé que le personnel infirmier praticien à l'externe n'était pas toujours disponible pour leur venir en aide en situation d'urgence.

L'importance du rôle joué par le personnel infirmier praticien dans la prestation des soins de longue durée a été mise en relief dans des rapports parus antérieurement, comme le *Rapport de la Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée*. En outre, dans son étude publiée en 2020 à propos de la dotation en personnel, le Groupe consultatif pour l'étude sur les effectifs des foyers de soins de longue durée a recommandé que le

Ministère songe à des possibilités d'élargir le recours au personnel infirmier praticien. En octobre 2022, le gouvernement de l'Ontario a fait l'annonce d'un investissement de 57,6 millions de dollars sur trois ans (de 2022-2023 à 2024-2025) dans le cadre d'un programme visant à recruter et à maintenir en poste jusqu'à 225 autres membres du personnel infirmier praticien dans le secteur des soins de longue durée. Le Ministère nous a appris qu'en date du 1^{er} août 2023, on avait embauché et maintenu en poste 66 membres équivalents temps plein du personnel infirmier praticien aux termes de ce programme. De plus, il a confirmé que le financement du personnel infirmier praticien embauché dans le contexte de ce programme se prolongera au-delà du 31 mars 2025, date à laquelle ce financement devait prendre fin à l'origine.

Les thérapeutes

En vertu de la réglementation, chaque foyer a l'obligation d'assurer la prestation de services thérapeutiques aux résidents, notamment des services de physiothérapie et d'ergothérapie sur place. Malgré l'obligation à cet égard, il ressort des données de 2022-2023 que nous avons analysées que les foyers étaient dépourvus à 68 % d'ergothérapeute, à 54 % d'auxiliaire en soins analeptiques et à 12 % de physiothérapeute ou d'auxiliaire en physiothérapie (voir la **figure 16**). Certains de ces foyers étaient complètement dépourvus de ces trois PP pour appuyer la réadaptation des résidents.

Les chutes sont une cause fréquente de blessures et d'admissions à l'urgence chez les résidents des établissements de soins de longue durée. Selon les rapports sur les résultats du réseau présentés par Qualité des services de santé Ontario (QSSO), le pourcentage de chutes chez les résidents de foyers de soins de longue durée s'est accru pour passer de 13,8 % en 2012-2013 à 16,2 % en 2021-2022, au-delà du seuil de 9 % établi par le gouvernement provincial. Or, on pourrait infléchir cette tendance à l'aide d'un accès élargi aux services de physiothérapie et d'ergothérapie, car des recherches semblent indiquer que les interventions liées à ces thérapies sont performantes,

à point tel qu'elles peuvent permettre de prévenir les chutes dans les foyers de soins de longue durée et apporter d'autres bienfaits aux résidents, comme une amélioration de la motricité et une atténuation de la douleur.

Le personnel en travail social et de soutien spirituel

Tant le mieux-être spirituel que la santé physique influent fortement sur la qualité de vie. Or, il ressort des données de 2022-2023 que nous avons analysées que les foyers étaient dépourvus à 39 % de personnel en travail social ou en service social et à 72 % de personnel de soutien religieux ou spirituel (voir la **figure 16**).

Certains résidents nous ont témoigné de leur satisfaction à l'égard du personnel en travail social, tandis que d'autres nous ont révélé n'en avoir jamais rencontré dans leur foyer. C'est ainsi qu'au cours de nos visites dans les foyers, nous avons relevé ce qui suit :

- Cinq foyers étaient dépourvus de personnel en travail social.
- Six foyers avaient une carence en personnel au service de travail social au moment de notre visite. À l'un de ces foyers, cette carence a duré trois mois, pendant lesquels le membre restant du personnel en travail social a veillé aux besoins de plus de 170 résidents. Dans un autre foyer, les deux membres à temps plein restants du personnel en travail social veillaient aux besoins des 249 résidents.
- Dans un foyer, il n'y avait qu'un seul poste à temps plein inscrit au budget pour combler les besoins de 160 résidents.

Dans les foyers que nous avons visités, selon ce que nous avons appris, outre la prestation de soins directs aux résidents et la communication avec leur famille, le personnel en travail social (ou le personnel en service social) exécute aussi diverses tâches, comme l'examen des demandes d'admission, l'exécution des visites dans le foyer, la préparation des trousseaux de visites ainsi que d'autres tâches administratives, au besoin. Un membre du personnel en travail social avec qui nous nous sommes entretenus a dit consacrer à peu près 55 à 60 % de sa

période de travail à des tâches sans rapport avec les soins directs ou la communication avec les résidents.

En décembre 2022, le gouvernement provincial a annoncé le versement d'une somme de près de 20 millions de dollars sur trois ans (de 2022-2023 à 2024-2025) afin d'élargir les services de soutien social destinés aux résidents des foyers de soins de longue durée. Le financement a pour objet d'appuyer la prestation des services, notamment par le personnel en travail social autorisé et le personnel en travail social, dans l'optique d'en arriver à la pratique exemplaire suivante : des soins d'une durée minimale de 30 minutes pour chaque résident à intervalle de quatre semaines. Il ressort de la mise en comparaison des données du quatrième trimestre de 2022-2023 avec celles de l'année précédente que les foyers de soins de longue durée ont fait état de l'ajout total de 51 membres au personnel en travail social et au personnel en service social, ce qui s'est traduit par une hausse de 5,8 minutes à la durée des soins directs fournis par ces professionnels à intervalle de quatre semaines. Au mois de septembre 2023, le Ministère n'avait toujours pas approuvé le financement permettant de maintenir ce programme après 2024-2025.

Gestionnaires des activités ou auxiliaires aux activités

Aux termes de la réglementation, chaque foyer a l'obligation de désigner une personne responsable du programme d'activités récréatives et sociales. Or, nous avons constaté qu'environ 2 % des foyers en 2022-2023 n'avaient toujours pas de gestionnaire des activités ou d'auxiliaire aux activités (voir la **figure 16**). De plus, nous avons relevé au cours de nos visites que le ratio personnel des activités-résident variait d'un foyer à l'autre. Ce ratio dans certains foyers pouvait tomber jusqu'à seulement 1:35 (1 membre du personnel pour 35 résidents), ce qui était au moins trois fois pire que dans d'autres foyers, où le ratio était de 1:10 ou meilleur.

Diverses études ont souligné que des activités récréatives convenables jouent un rôle important dans la qualité de vie et le mieux-être des résidents. Par exemple, dans une étude publiée en mars 2015 par l'agence National Institutes of Health, on a souligné l'importance pour les résidents de disposer d'un choix d'activités convenables afin de rehausser chez eux le sentiment d'autonomie et l'image qu'ils se font d'eux-mêmes. Cette étude faisait également état de recherches antérieures, où on avait constaté que les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer dans les foyers de soins infirmiers se montraient moins agités lorsque les activités étaient en phase avec leur niveau d'aptitude et leurs champs d'intérêt.

RECOMMANDATION 2

Pour donner en temps voulu aux résidents des foyers de soins de longue durée un accès suffisant à des professionnels paramédicaux (PP), le ministère des Soins de longue durée devrait :

- analyser la durée des soins directs par les PP dans les foyers afin de déceler les foyers qui ont peine à atteindre l'objectif, de collaborer avec ceux-ci à la préparation de stratégies en vue d'accroître la durée des soins qui y sont prodigués et de faire un suivi de l'aboutissement de telles stratégies;
- assurer un suivi des ratios personnel-résidents et déterminer s'il y a lieu de fournir certains services des PP névralgiques dans tous les foyers;
- établir des prévisions sur les futurs besoins des foyers de soins de longue durée en divers services fournis par les PP et collaborer avec les foyers à la préparation de plans en vue de remédier à d'éventuelles pénuries.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) prend acte de la recommandation formulée par le vérificateur général d'analyser le nombre d'heures

de soins directs fourni par les PP, d'assurer un suivi des ratios personnel-résidents et d'établir des prévisions sur les besoins futurs en divers services fournis par les PP.

Le Ministère reconnaît que les professionnels paramédicaux (PP) représentent une composante essentielle des soins aux résidents des établissements de soins de longue durée. Le Ministère a mis en œuvre des cibles dans la loi en ce qui concerne les soins directs fournis par les PP et s'est engagé à appuyer l'accroissement des soins directs aux résidents de foyers de soins de longue durée, non seulement en finançant la dotation, mais aussi le Programme de santé et de bien-être des résidents. Ce programme appuie l'embauche d'un plus grand nombre de PP (par exemple, travailleurs sociaux et travailleurs des services sociaux) dans les établissements de soins de longue durée, et contribue à l'atteinte des objectifs en matière d'heures de soins directes fournies par les PP et, par extension, à l'amélioration du bien-être des résidents. Le Ministère entreprend activement une analyse des heures de soins directs dans les régions et à l'échelle des foyers, et poursuivra cet effort en vue de mieux comprendre les possibilités d'accroître le rendement des heures de soins directs.

Bien que certains services fournis par les PP soient actuellement mentionnés dans la réglementation (par exemple, la physiothérapie), les foyers de soins de longue durée sont les mieux placés pour déterminer le niveau d'effectif nécessaire en fonction de leur propre connaissance des besoins de leurs résidents; le Ministère continuera d'assurer un suivi des ratios personnel-résidents pour éclairer les soutiens continus offerts au secteur. Le Ministère s'est engagé à collaborer avec le secteur pour veiller à ce que le cadre de financement et de réglementation de la dotation permette aux foyers de soins de longue durée de répondre aux besoins des résidents en matière de soins et de remédier aux pénuries potentielles. Dans le cadre des travaux d'élaboration et de modification des règlements en vertu de

la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le Ministère a facilité la tâche des foyers qui souhaitent embaucher en leur donnant accès à un bassin élargi d'employés qualifiés, tout en assurant la sécurité des résidents. Le Ministère participe également à des travaux visant à clarifier et à codifier le rôle important que joue le personnel de soutien des résidents en tant que PP dans les foyers.

4.3 La réglementation visant les préposés aux services de soutien à la personne fait défaut et la formation qu'ils suivent est disparate

Comme en témoignent la **section 2.2.3** et la **figure 5**, les préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) constituent l'effectif le plus important des foyers de soins de longue durée : ils comptent pour à peu près 60 % des 85 000 membres du personnel chargé des soins directs dans les foyers. Selon ce que nous avons constaté, bien que les PSSP assurent la prestation de l'essentiel des soins quotidiens, leur profession n'est pas suffisamment réglementée et la formation qu'ils suivent manque d'uniformité, ce qui risque de compromettre la qualité des soins.

4.3.1 Les PSSP ne font pas l'objet d'une réglementation et il n'y a pas de mécanismes de responsabilisation quant au degré de diligence approprié

Contrairement à la plupart des professions de la santé (comme les médecins et le personnel infirmier), les préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) ne font l'objet d'une réglementation ni en Ontario ni ailleurs au Canada; ils n'ont pas besoin d'autorisation et ni un code de conduite, ni un code de déontologie, ni des normes de pratique professionnelle ne régissent leurs interventions. Nul organisme de réglementation n'oblige les foyers de soins de longue durée à rendre compte de la faute professionnelle des

PSSP, de leur incompétence, de leur inaptitude ou de leur comportement préjudiciable, ou à permettre à la population de déposer une plainte à l'endroit d'un PSSP, ce qui garantirait la cohérence dans les enquêtes et l'exécution de mesures disciplinaires dans chaque cas.

Dans les foyers que nous avons visités, on a congédié des PSSP pour cause de faute ou d'incompétence par le passé. C'est ainsi que plusieurs PSSP ont été congédiés lorsqu'on a appris que ces derniers infligeaient de mauvais traitements physiques à un résident incapable de s'exprimer verbalement : à maintes reprises, dans la prestation de leurs soins, ils se sont montrés rudes et indignes à son endroit (ils l'ont poussé, tiré et agrippé) et ils l'ont repositionné dangereusement. Dans un autre foyer, on a congédié un PSSP pour cause de comportement agressif et de maltraitance émotionnelle à l'égard d'un résident et d'un autre membre du personnel. Parce qu'il n'existe pas d'organisme de réglementation en lien avec les PSSP, ceux dont le comportement pose problème peuvent aisément changer d'emploi et les employeurs de ces PSSP auront peine à prendre connaissance des risques qu'ils présentent.

En juin 2021, la *Loi de 2021 sur l'Office de surveillance des fournisseurs de soins de santé et de soutien* a reçu la sanction royale, ce qui a mené à la création de l'Office de surveillance des fournisseurs de soins de santé et de soutien (l'Office), qui fera fonction de nouvel organisme de réglementation chargé de la surveillance des PSSP. À ce jour, toutefois, l'Office n'a mené aucune activité de surveillance parce que les dispositions législatives en vertu desquelles il peut s'acquitter de son mandat ne sont toujours pas en vigueur. Or, même si ces dispositions législatives étaient pleinement exécutées, la performance du régime de réglementation demeurerait source d'incertitude parce qu'en vertu de la loi susmentionnée, les PSSP ne sont pas tenus de s'enregistrer auprès de l'Office.

Parce que le rôle que jouent les PSSP dans les foyers de soins de longue durée est essentiel, il importe de compter sur des mécanismes adéquats de responsabilisation. De cette façon, les PSSP pourront

fournir, en toute sécurité, avec compétence et dans le respect de la déontologie, des soins de grande qualité aux résidents. De plus, les mécanismes de responsabilisation seront bénéfiques pour l'ensemble de la profession des PSSP : des mesures disciplinaires seront prises à l'endroit des personnes qui ternissent la profession et, si nécessaire, elles en seront exclues.

4.3.2 Dans certains programmes d'enseignement aux PSSP, la formation offerte en cours d'emploi ne suffit pas

Aux termes du Règlement de l'Ontario 246/22 (le Règlement) pris en vertu de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi), les personnes qui fournissent des services de soutien à la personne dans les foyers de soins de longue durée doivent réussir un programme de formation des préposés aux services de soutien à la personne en phase avec les normes établies par le ministère des Collèges et Universités (MCU) et d'une durée minimale de 600 heures. Or, ni le mode de prestation du programme ni la répartition du temps entre celui passé en classe et celui passé à acquérir une expérience pratique de travail ne sont fonction de la norme pour le programme des PSSP du MCU ou du Règlement. Au cours de notre examen, nous avons relevé une grande variabilité d'un programme d'enseignement à l'autre, tant en ce qui touche la durée que le temps passé à acquérir une expérience pratique de travail.

Le problème posé par les incohérences dans l'offre des programmes de formation des PSSP a été décelé dans l'audit de 2021 de notre Bureau intitulé *Préparation et gestion en lien avec la COVID-19 : Rapport spécial sur la préparation et la réponse à la pandémie dans les foyers de soins de longue durée. Rapport spécial sur la préparation et la réponse à la pandémie dans les foyers de soins de longue durée*. Dans ce rapport spécial, il est indiqué que les programmes de formation proposés par les collèges communautaires étaient d'une durée d'à peu près 24 à 30 semaines et que de 140 à 438 heures étaient consacrées à l'acquisition d'une expérience pratique de travail, tandis que ceux proposés par les collèges

privés d'enseignement professionnel étaient d'une durée d'à peu près 29 à 52 semaines et qu'environ 350 à 400 heures étaient consacrées à l'acquisition d'une expérience pratique de travail. Certes, la Loi et la norme des programmes de formation des PSSP ont fait l'objet d'une mise à jour depuis l'audit susmentionné, mais nous avons relevé au cours de nos visites dans les foyers que l'insuffisance de la formation offerte en cours d'emploi suscite encore l'inquiétude. Par exemple :

- Dans un foyer, il y avait des PSSP dont la formation reposait essentiellement sur des cours suivis en ligne. Les PSSP affichaient de piètres aptitudes en communication lorsqu'ils avaient des entretiens orageux avec des résidents. Ils auraient mieux joué leur rôle s'ils avaient consacré davantage de temps à l'acquisition d'une expérience pratique de travail.
- Dans un autre foyer, on a mentionné que le cursus des PSSP ne consacrait pas assez de temps à la formation relative aux compétences générales, comme le travail d'équipe et le service à la clientèle, et d'une importance fondamentale au rôle des PSSP. L'accroissement de la formation offerte en cours d'emploi permettrait aux PSSP de s'imprégner de telles compétences avant d'amorcer le travail au sein des foyers.

Dans les foyers que nous avons visités, nous avons également appris que l'accroissement de la formation en cours d'emploi aurait des retombées favorables à l'état de préparation des diplômés des divers programmes de formation de PSSP et, par ricochet, à la qualité des soins que reçoivent les résidents.

Il appartient aux foyers de soins de longue durée de veiller à que les titres de compétences du personnel dans son ensemble sont en phase avec les obligations établies par la loi. Or, faute de la publication d'un registre de PSSP qualifiés ou d'une liste de programmes autorisés de formation de PSSP en phase avec les normes du MCU, il leur est difficile de valider les titres de compétences des PSSP, étant donné que les divers programmes proposés en la matière varient d'un établissement d'enseignement à l'autre.

RECOMMANDATION 3

Pour que les préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) reçoivent une formation adéquate, agissent avec professionnalisme et rendent des comptes à la population, le ministère des Soins de longue durée devrait :

- mener à terme le lancement de l'Office de surveillance des fournisseurs de soins de santé et de soutien et resserrer la surveillance qu'il exerce par l'obligation d'enregistrement des PSSP qui assurent la prestation de soins de santé ou de soutien dans les foyers de soins de longue durée;
- collaborer avec le ministère des Collèges et Universités à l'examen des normes actuelles de formation et à leur modification afin qu'il y ait cohérence relativement au temps passé en classe et à celui passé à acquérir une expérience pratique de travail au sein des programmes de formation des PSSP menant à un certificat et que proposent les divers établissements d'enseignement.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) prend acte de la recommandation formulée par le vérificateur général de mener à terme le lancement de l'Office de surveillance des fournisseurs de soins de santé et de soutien et de resserrer la surveillance qu'il exerce, ainsi que de collaborer avec le ministère des Collèges et Universités à l'examen des normes actuelles de formation et à leur modification.

Le Ministère continue de collaborer avec le ministère de la Santé pour diriger la mise en œuvre du nouvel Office de surveillance des fournisseurs de soins de santé et de soutien. En collaboration avec le ministère de la Santé, le Ministère sollicitera les commentaires des intervenants au sujet des exigences proposées en matière d'éducation, de formation et d'expérience pour s'inscrire auprès de

ce nouvel organisme de surveillance. Le Ministère peut demander l'autorisation de modifier ses règlements, au besoin, pour assurer la cohérence avec les exigences de l'Office et par souci de clarté pour le secteur. Les foyers de soins de longue durée continueront d'être tenus de veiller à ce que les personnes qui travaillent comme PSSP répondent aux critères énoncés dans la réglementation.

Le Ministère reconnaît qu'il est essentiel d'assurer la cohérence des exigences en matière d'études, afin de s'assurer que les PSSP diplômés sont bien préparés à travailler dans des établissements de soins de longue durée. Le Ministère collaborera avec le ministère des Collèges et Universités (MCU) pour apporter des modifications aux normes de programme, en réponse aux exigences en matière d'études qui seront élaborées par l'Office de surveillance des fournisseurs de soins de santé et de soutien dans le cadre des examens futurs du MCU.

4.4 Les foyers ont eu peine à composer avec les problèmes complexes en matière de comportement

Les aptitudes cognitives des résidents se situent à divers niveaux. Quelque 63 % des résidents ont reçu un diagnostic de démence (voir la **section 2.1.2**), ce qui signifie que la plupart d'entre eux ont perdu, du moins jusqu'à un certain point, leur fonctionnement cognitif et leurs aptitudes en matière de comportement, ce qui risque de leur nuire dans leur vie et leurs activités au quotidien. De plus, sur le plan de la santé mentale, un pourcentage notable (12 %) de résidents présentent des antécédents de maladie psychiatrique ou de déficience intellectuelle.

4.4.1 Les comportements impulsifs ou agressifs demeurent fréquents dans les foyers de soins de longue durée

Les comportements impulsifs désignent les actes, les mots et les gestes de personnes en réaction à un élément négatif, frustrant ou déroutant qui se produit dans leur entourage social et physique. Ces comportements sont souvent constatés chez les personnes atteintes d'un trouble neurologique, notamment la démence, une maladie mentale complexe ou la toxicomanie. Parmi les comportements impulsifs, mentionnons les suivants sans s'y limiter : frapper, pousser ou lancer des objets; mordre; se blesser ou blesser autrui; faire les cent pas ou errer; être en perpétuelle agitation; crier; se comporter de manière sexuellement expressive; formuler des phrases ou des questions à répétition.

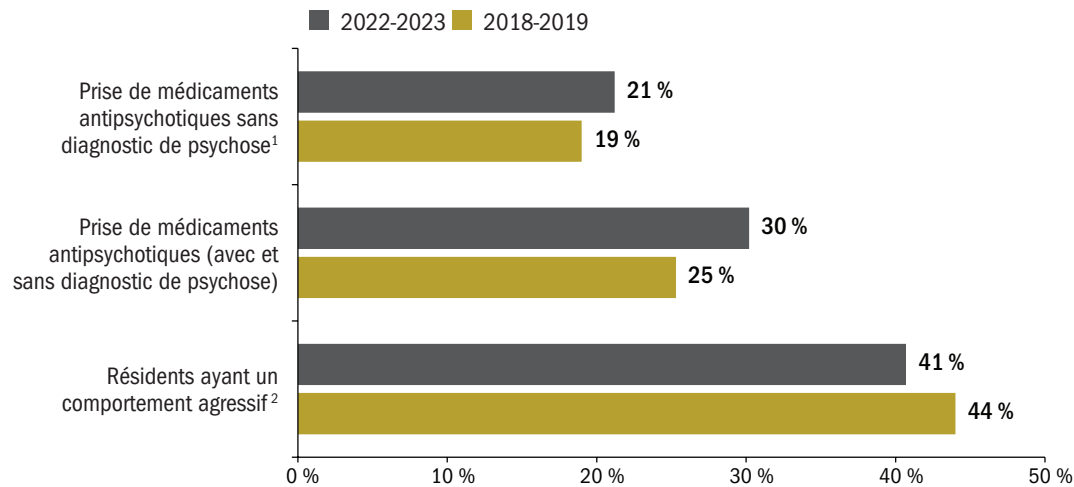
Les comportements impulsifs se manifestent fréquemment dans les foyers de soins de longue durée, compte tenu du pourcentage élevé de résidents qui présentent des troubles de santé mentale, dont la démence. Un article paru en 2021 dans la revue savante *Journal of Long-Term Care* fait état d'une étude réalisée en 16 ans (de 2002 à 2018) auprès de résidents de 1 319 foyers de soins de longue durée au Canada. Il ressort de cette étude que la fréquence des comportements agressifs graves était plus de trois fois supérieure chez les résidents qui présentent des troubles de santé mentale, dont la démence, que ceux qui ne présentent ni l'un ni l'autre de ces diagnostics.

D'après notre examen des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le pourcentage de résidents au comportement agressif dans les foyers de soins de longue durée a fluctué un peu au cours des cinq dernières années (de 2018-2019 à 2022-2023), mais il est demeuré élevé, dans une fourchette de 41 % à 44 % (voir la **figure 17**).

Aux termes de la réglementation, chaque foyer de soins de longue durée doit concevoir des stratégies et des programmes pour répondre aux besoins des résidents au comportement impulsif. Or, nombreux sont les foyers visités où on nous a mentionné, d'une

Figure 17 : Pourcentage de résidents ayant un comportement agressif et de résidents prenant des médicaments antipsychotiques, avec ou sans diagnostic de psychose, 2018-2019 et 2022-2023

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



1. Ni les résidents ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou de chorée de Huntington, ni ceux qui ont des délires ou des hallucinations, ni ceux qui sont atteints d'une maladie au stade terminal, ni ceux qui reçoivent des soins palliatifs ne font partie du pourcentage.

2. Les résidents dont la note dans l'échelle de comportement agressif est supérieure à zéro (la note zéro correspond à l'absence de comportement agressif) font tous partie du pourcentage).

part, que la prise en charge des comportements impulsifs continue de poser problème à cause de l'accès limité aux ressources et mesures de soutien (voir la **section 4.4.3**) et de l'accroissement des troubles de santé mentale (voir la **section 4.6.2**) et, d'autre part, que ces comportements menaçaient parfois la sécurité ou le mieux-être d'autrui. Par exemple :

- Le comportement impulsif d'un résident s'est intensifié, ce qui a donné lieu à un code blanc (code qui désigne le comportement violent) lorsque le personnel a établi qu'un tel comportement mettait en danger le résident et autrui et se traduisait par la destruction de biens. Les services d'urgence et la police ont été appelés sur les lieux. À la suite de l'incident, le résident a continué de se montrer agressif, tant dans ses propos que ses actes.
- À deux reprises en une semaine, un résident, dont les actes ont dégénéré et qui a tenu des propos offensants (il a notamment exprimé des menaces de violence), s'en est pris à un autre résident qui, de son côté, a maintenant peur de sortir de sa chambre. À la suite de ces incidents,

le foyer a tenté de transférer le résident dans un autre foyer communautaire. Toutefois, le processus à cet égard s'est révélé éprouvant, car le résident a refusé de passer par une évaluation en vue du transfert.

- Une résidente a harcelé sexuellement d'autres résidentes. Le foyer a aiguillé la résidente vers le programme de santé mentale des patients adultes hospitalisés d'un hôpital, mais l'aiguillage a été refusé parce que la résidente ne satisfaisait pas aux critères d'admission du programme. Les responsables en question ont convenu de la situation difficile du foyer, mais ils ont mentionné qu'on ne pouvait admettre dans le programme indiquait qu'il ne pouvait pas recevoir les cas urgents de soins de courte durée qui proviennent directement de la collectivité, dont ceux des foyers de soins de longue durée. Le programme acceptait seulement les patients transférés d'un hôpital psychiatrique désigné dans la mesure où ces derniers se révélaient insensibles au traitement.

- Après avoir crié contre le personnel et frappé celui-ci, une résidente a refusé de laisser quiconque la toucher, ce qui a compliqué la tâche des membres du personnel responsable de son hygiène personnelle, comme en ce qui touche le changement des produits pour incontinence.

4.4.2 Le recours aux médicaments antipsychotiques suscite des inquiétudes quant à la qualité des soins

Les médicaments antipsychotiques sont utilisés dans la prise en charge des symptômes de la psychose, mais on s'en sert aussi pour prendre en charge les symptômes comportementaux et psychologiques graves de la démence dont sont atteints les résidents. Comme en témoigne l'étude parue en 2021 dans la revue savante *Journal of Long-Term Care* (voir la **section 4.4.1**), les médicaments psychotropes (dont les médicaments antipsychotiques) sont peut-être la cause de l'état de sommeil des résidents qui dure presque toute la journée, d'où les faibles taux d'activité et de participation sociale qu'ils présentent. En outre, d'autres études ont fait état des effets indésirables des médicaments antipsychotiques et des dangers liés à leur utilisation, y compris l'accroissement du risque de chutes et de fractures chez les adultes âgés.

Comme en témoigne la **figure 17**, nous avons constaté que le recours aux médicaments antipsychotiques s'est intensifié ces cinq dernières années (de 2018-2019 à 2022-2023) dans les foyers de soins de longue durée. Concrètement, en 2022-2023, 30 % des résidents prenaient des médicaments antipsychotiques (en hausse comparativement à 25 % en 2018-2019) tout comme 21 % des résidents sans diagnostic de psychose (en hausse comparativement à 19 % en 2018-2019), ce qui se situait encore un peu au-delà du seuil de 19 % établi par le gouvernement provincial en de tels cas. Cet état de choses a de quoi inquiéter quant à savoir si le recours à ces médicaments est parfois abusif, d'autant plus que le pourcentage de résidents au comportement agressif a régressé pendant cette période (pour passer de 44 % en 2018-2019 à 41 % en 2022-2023).

Notre constat est en phase avec celui d'une étude parue en mai 2023 dans la revue savante *Health Services Insights*, où on cherchait également à savoir si le recours aux médicaments antipsychotiques servait à contrer en amont les problèmes liés aux comportements qui dégénèrent et à la pénurie dans la dotation en personnel. Cette étude a révélé que le pourcentage de résidents sans diagnostic de psychose qui prenaient des médicaments antipsychotiques avait également augmenté pendant la pandémie de COVID-19 dans d'autres provinces, notamment l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Manitoba.

4.4.3 L'accès aux ressources de soutien en matière de comportement dans les foyers était restreint.

L'aptitude des foyers de soins de longue durée à accueillir les résidents au comportement impulsif et à leur prodiguer des soins pourrait être fonction de plusieurs facteurs, dont le niveau de dotation en personnel, la suffisance de la formation du personnel et l'offre de ressources consacrées aux mesures de soutien en matière de comportement.

Un faible niveau de dotation en personnel

Comme nous l'avons mentionné à la **section 4.1.1**, les ratios personnel-résidents ne font pas l'objet d'une réglementation et varient d'un foyer à l'autre. Dans un foyer que nous avons visité, les responsables estimaient que, compte tenu d'un ratio de 1:8 en matinée à cet égard, le préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) pouvait consacrer en moyenne seulement de 8 à 10 minutes à la préparation de chaque résident en vue du déjeuner dans un créneau de deux heures, sans prendre en considération le temps nécessaire à la consignation et à la documentation des soins fournis. Autrement dit, en 8 à 10 minutes seulement, le personnel devait réveiller le résident puis lui venir en aide pour se laver dans la salle de bains (ou changer sa couche), se brosser les dents et s'habiller.

Or, étant donné l'état cognitif et physique dans lequel ils sont actuellement, certains résidents gagneraient à bénéficier de soins individuels ou à

en obtenir davantage. Il peut se révéler difficile de s'occuper convenablement des résidents dans le créneau imparti, sans parler des résidents prompts à se vexer et ayant de graves problèmes en matière de comportement avec qui il faut composer. La tâche de ce personnel se complique d'autant plus dans les foyers ayant un piètre ratio personnel-résidents : selon ce que nous avons observé dans les foyers visités, celui-ci peut tomber jusqu'à 1:10 au cours du quart de travail en matinée. À titre d'exemple, dans un foyer que nous avons visité, les responsables nous ont appris que la prestation de soins à l'un des résidents qui avait tendance à résister et à se montrer agressif pouvait nécessiter jusqu'à trois membres du personnel. C'est donc dire que les membres du personnel disposaient de moins de temps pour répondre aux besoins des autres résidents.

Des carences dans la formation du personnel

Le travail effectué dans les foyers de soins de longue durée peut être de nature très concrète. Chez ceux que nous avons visités, il était convenu que l'acquisition par le personnel d'une expérience pratique de travail en personne se révèle bénéfique et des plus utiles. Or, à cause de la pénurie généralisée de ressources dans le secteur (voir la **section 4.1.1**), les foyers n'ont pu permettre l'accroissement d'une formation de ce type. Selon ce que nous avons appris au fil des visites, il était difficile de dénicher les remplaçants nécessaires en vue de libérer le personnel en service afin que celui-ci puisse suivre une telle formation. Dans tous les foyers visités, le personnel avait reçu une certaine formation, mais celle-ci était essentiellement donnée en ligne; qui plus est, à au moins deux de ces foyers, la formation était strictement donnée en ligne.

Or, puisque plus de 40 % des résidents ont un comportement agressif, il importe que le personnel des foyers de soins de longue durée reçoive une formation suffisante pour déceler les éléments déclencheurs de ce comportement et prendre celui-ci en charge, notamment à l'aide des moyens de communication auprès des résidents. Dans les foyers que nous avons visités, nous avons relevé des cas où le personnel aurait pu rehausser les soins prodigués aux résidents s'il avait reçu une formation adéquate :

- Un membre du personnel a immédiatement déclaré un code blanc (code qui désigne les comportements violents) lorsqu'un résident atteint de démence grave a claqué la table, ce qui a déclenché une procédure d'urgence. Le superviseur du foyer a laissé entendre que le personnel aurait pu discerner les indices en matière de comportement et empêcher celui-ci de dégénérer (ou désamorcer la situation différemment) s'il avait reçu une formation adéquate à propos du traitement des résidents atteints de démence grave.
- Devant un résident aux longs antécédents de schizophrénie et de trouble bipolaire devenu agité et qui tenait des propos offensants à leur égard, les membres du personnel n'étaient pas en mesure prendre en charge la situation au moyen des mêmes stratégies employées dans les soins aux résidents atteints de démence. Les responsables du foyer étaient d'avis que les membres du personnel gagneraient à suivre une formation à propos de la santé mentale et des troubles de santé mentale.
- Lorsqu'il a tenté en vain d'empêcher un résident au comportement impulsif de pénétrer dans la chambre des autres résidents, un membre du personnel a subi une blessure. Les responsables du foyer ont mentionné que le personnel aurait gagné à recevoir une formation à propos des techniques de persuasion douces.

Le nombre restreint de lits dans les services spécialisés de soutien en cas de troubles du comportement (SSSTC)

Le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) a instauré des services spécialisés de soutien en cas de troubles du comportement (SSSTC) dans certains foyers de soins de longue durée. Les SSSTC, caractérisés par la prestation d'une dotation accrue en personnel, d'un milieu conçu sur mesure, d'une évaluation ciblée en matière de comportement et d'une programmation rehaussée des soins, se spécialisent dans les soins aux personnes ayant un comportement problématique. Chaque SSSTC comporte ses propres

Figure 18 : Lits dans les services spécialisés de soutien en cas de troubles du comportement (SSSTC) au sein des foyers de soins de longue durée, listes d'attente et période de placement par région

Sources des données : Santé Ontario et Services de soutien à domicile et en milieu communautaire

Région	Lits dans les SSSTC (en nombre)	Personnes inscrites sur la liste d'attente en date du 31 mars 2023 (en nombre)	Personnes placées en 2022-2023 (en nombre)	Période médiane avant le placement en 2022-2023 (en jours)*
Toronto	86	24	11	223
Ouest	70	5	52	27
Centre	65	35	72	28
Est	46	25	32	40
Nord-ouest	32	1	18	24
Nord-est	8	4	3	87
Total	307	94	188	

* La période médiane avant le placement est présentée par région.

critères d'admission, en phase avec les besoins locaux, mais en règle générale, les SSSTC servent à fournir dans les foyers de soins de longue durée un soutien aux soins de transition prodigués aux résidents nouveaux ou existants ayant un comportement impulsif et dont la prise en charge est impossible dans le milieu ordinaire des soins de longue durée réguliers. On attend des résidents des SSSTC qu'ils regagnent leur milieu ordinaire de soins de longue durée, une fois leur comportement stabilisé et leurs besoins supplémentaires en matière de soins progressivement amenuisés.

En date du 31 mars 2023, les SSSTC en Ontario comptaient 307 lits. Comme en témoigne la **figure 18**, toujours en date du 31 mars 2023, 94 personnes figuraient sur les listes d'attente en la matière et, en 2022-2023, la période de placement médiane variait en fonction d'une fourchette de 24 à 223 jours, selon la région. Hormis celles dans la liste d'attente, nous avons constaté qu'en 2022-2023, 142 demandes d'admission aux lits des SSSTC ont été rejetées pour des raisons telles que le manque de savoir-faire en soins infirmiers ou d'infrastructures physiques requises à la prestation des soins. Santé Ontario nous a également informés que certains résidents qui auraient besoin de lits aux SSSTC pourraient ne pas être ajoutés aux listes d'attente, car l'attente est trop longue.

Aux foyers que nous avons visités, l'expérience vécue quant au processus de demande d'admission était variable. Par exemple :

- Les responsables d'un foyer ont présenté à deux reprises une demande d'admission aux lits des SSSTC, mais ont essuyé un refus chaque fois à la suite de l'examen par le SSSTC de l'évaluation du résident en matière de comportement. Selon les responsables, le SSSTC a mentionné que le foyer ne convenait pas à la prestation de soins au résident, lequel avait commis des agressions physiques et avait déjà été impliqué dans deux incidents critiques. Un autre SSSTC a mentionné que le résident était difficile à réorienter, qu'il lui fallait l'assistance de plusieurs membres du personnel, qu'il était impulsif et qu'il avait réagi avec agressivité lorsqu'il s'était senti menacé. À la lumière de ces rejets, il est logique de remettre en question l'accessibilité des SSSTC et leur aptitude à prodiguer des soins spécialisés aux personnes ayant un comportement problématique.
- Les responsables d'un foyer ont dit avoir tenté de présenter une demande d'admission à un lit d'une SSSTC il y a plusieurs années, mais qu'aucun lit n'était offert. Au bout du compte, le foyer a pris en charge le résident avec la participation de sa famille.

- Les responsables d'un foyer ont dit ne jamais avoir présenté de demande d'admission à un lit d'un SSSTC pour les résidents, car ils ont cru comprendre que le processus pouvait prendre beaucoup de temps.

Notre examen des critères d'admissibilité de 6 des 14 SSSTC en activité en date du 31 mars 2023 a également révélé que les critères sont restrictifs. Bien que les SSSTC varient entre eux, tous exigent que les demandeurs soient stables sur le plan médical, qu'ils aient reçu un diagnostic de démence et qu'ils présentent un comportement impulsif difficile ou impossible à prendre en charge dans le milieu habituel. Certains SSSTC ont explicitement exclu les personnes actuellement toxicomanes ou dont le comportement découle essentiellement d'une lésion cérébrale, d'une maladie mentale ou d'une affection neurologique. Les foyers de soins de longue durée comptent un fort pourcentage de résidents atteints de démence, mais ils soignent aussi des résidents ayant d'autres affections, comme la maladie mentale, la toxicomanie et la maladie neurologique, lesquelles sont notamment répandues chez les jeunes résidents (voir la **section 4.6**). Maintenant, si les SSSTC restreignent l'admission aux seules personnes ayant reçu un diagnostic de démence, ils deviennent alors inaccessibles aux résidents au comportement impulsif qu'on ne peut prendre en charge dans le milieu ordinaire des soins de longue durée. Au bout du compte, ce sont les foyers, dont les ressources sont restreintes, qui doivent composer avec le comportement de ces résidents.

Le Ministère collabore avec Santé Ontario à l'élargissement de la capacité des SSSTC et s'attend à ce qu'environ 70 lits s'y ajoutent en 2023-2024, moyennant un financement alloué de 5,5 millions de dollars. Toutefois, puisque 41 % des résidents des foyers de soins de longue durée affichent un comportement agressif (voir la **figure 17**) et que plus de 6 000 résidents présentent un comportement agressif encore plus grave, le nombre de lits des SSSTC risque de demeurer insuffisant pour combler les besoins de la population, même si des lits sont ajoutés.

Le manque de ressources spécialisées de soutien en matière de comportement

En 2010, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'époque a lancé une initiative appelée Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (ou Projet OSTC). Aux termes de ce projet, les foyers reçoivent du financement servant à embaucher du personnel spécialisé qui leur permettra de prendre en charge les résidents au comportement problématique et impulsif. Dans les foyers visités, le personnel du Projet OSTC était perçu comme une ressource utile, mais le financement des postes s'y rapportant n'est consenti qu'aux foyers que Santé Ontario a désignés dans son plan d'action en la matière. Le financement du personnel du Projet OSTC avait été refusé à plus du tiers des foyers visités. Certes, des ressources comme les services mobiles de soutien du Projet OSTC sont offertes au besoin dans les régions où ces foyers étaient situés, mais ceux-ci ont indiqué qu'un soutien à l'interne serait nettement plus bénéfique en raison des problèmes posés continuellement par le comportement des résidents.

Les foyers de soins de longue durée ont également accès à diverses mesures externes de soutien en matière de comportement, ordinaires ou axées sur l'aiguillage (comme l'évaluation psychiatrique et la recommandation de médicaments pour les résidents) au moyen de partenariats avec les ressources de la collectivité, dont les hôpitaux, mais nous avons constaté au fil de nos visites dans les foyers que ceux-ci pour la plupart ne disposaient toujours pas d'un accès adéquat ou en temps voulu à de tels services. Par exemple :

- Un foyer comptant plus de 150 résidents recevait la visite d'un psychiatre seulement une fois par mois, par le truchement d'un programme d'extension des services des psychiatres offert dans le réseau local de santé. Pour obtenir des services spécialisés en sus de ceux reçus, le foyer a assumé les coûts des services d'un gériopsychiatre, à raison d'une visite par mois.
- Un foyer avait accès aux SSSTC dans un hôpital, lequel confiait à une équipe composée de

personnel infirmier et de préposés aux services de soutien à la personne la tâche d'effectuer une observation sur place et de formuler des recommandations sur les interventions autres que pharmacologiques (c'est-à-dire sans qu'il y ait prise de médicaments) pour permettre au foyer de prendre en charge le comportement des résidents. Toutefois, il peut parfois s'écouler plusieurs mois avant qu'une équipe soit affectée au foyer, selon l'offre de ressources.

- Un foyer a eu accès, pour deux de ses résidents, au programme de santé mentale pour aînés en matière de comportement offert dans un hôpital, mais la période d'attente s'y rapportant était d'à peu près 9 à 10 mois.

RECOMMANDATION 4

Pour que les foyers de soins de longue durée soient à même de prendre en charge le comportement impulsif et agressif des résidents, le ministère des Soins de longue durée devrait, en collaboration avec Santé Ontario :

- assurer un suivi des ratios personnel-résidents en ce qui concerne les résidents dont le comportement impulsif grave pose problème;
- consulter les foyers afin de déceler les carences des ressources de soutien en matière de comportement dans les soins de longue durée (y compris les ressources au sein des foyers, les réseaux externes de soutien et les services spécialisés de soutien en cas de troubles du comportement, tant à l'échelle des régions que des foyers), puis préparer et instaurer des programmes d'intervention pour traiter ces carences;
- apporter aux foyers un savoir-faire centralisé et leur fournir une tribune propice à l'échange d'idées et de pratiques relatives à la prise en charge du comportement.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) prend acte de la recommandation

formulée par le vérificateur général d'assurer un suivi des ratios personnel-résidents en ce qui concerne les résidents dont le comportement impulsif grave pose problème et de consulter les foyers afin de déceler les carences des ressources de soutien en matière de comportement dans les soins de longue durée.

Le Ministère reconnaît l'importance de veiller à ce que les foyers de soins de longue durée soient en mesure de soutenir efficacement les résidents ayant des comportements impulsifs. Le Ministère a investi dans des programmes novateurs de grande qualité visant à offrir des soins appropriés aux résidents ayant des comportements compulsifs, y compris le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) et au moyen de lits dans des unités de soins spécialisés en matière de comportement. De plus, afin d'assurer la prestation de mesures de soutien centralisées pour les services offerts dans le cadre du Projet OSTC, le Ministère a investi dans les activités du Bureau provincial de coordination (BPC) du Projet OSTC. Le BPC du Projet OSTC aide à regrouper les équipes du Projet OSTC composées d'employés spécialisés, afin de partager des pratiques exemplaires et d'élaborer des outils cliniques concrets à l'intention du personnel des soins de longue durée.

Le Ministère a également lancé le Fonds pour les priorités locales afin de permettre à Santé Ontario d'investir dans l'acquisition de personnel, d'équipement et de soutiens spécialisés ciblés en vue d'éliminer les obstacles à l'atteinte d'un autre niveau de soins dans des régions respectives. Cela comprend le financement de la formation du personnel sur les patients souffrant de démence, afin de soutenir la qualité de vie globale des résidents et de réduire le risque de comportements pouvant entraîner un transfert à l'hôpital. Par ailleurs, le Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux du Ministère soutient les coûts des résidents ayant des besoins aigus ou intensifs en matière de services. Cela comprend le financement pour l'embauche du personnel supplémentaire

nécessaire à la prise en charge des cas de comportements impulsifs continus ou émergents, et le financement de services d'hébergement avec services privilégiés.

Santé Ontario, en partenariat avec les foyers de soins de longue durée, est le mieux placé pour déterminer l'effectif du Projet OSTC en fonction de sa connaissance approfondie des besoins des résidents vivant dans des foyers et des investissements disponibles. Le Ministère continuera d'assurer le suivi des ratios de composition du personnel du Projet OSTC pour éclairer les soutiens continus offerts au secteur et continuera de collaborer avec Santé Ontario, les foyers de soins de longue durée et d'autres partenaires du secteur afin de déterminer les pratiques exemplaires visant à maximiser les investissements disponibles, ainsi que les lacunes et les possibilités d'améliorer les soutiens aux résidents qui présentent des comportements impulsifs agressifs et à risque plus élevé.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à la recommandation du vérificateur général. Santé Ontario coordonne et intègre plusieurs programmes qui aident les foyers de soins de longue durée à prendre en charge les résidents ayant des comportements impulsifs et agressifs, y compris le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC), les services spécialisés de soutien en cas de troubles du comportement (SSSTC), le Fonds pour les priorités locales et le Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux.

Santé Ontario continuera de collaborer avec le Ministère, les partenaires du système (par exemple, le Bureau provincial de coordination du Projet OSTC) et les organismes locaux principaux du Projet OSTC pour mettre en œuvre des programmes et déterminer des mécanismes de partage des pratiques exemplaires et des idées, afin d'aider les foyers à fournir des soins aux personnes ayant des

comportements impulsifs et à assurer la prestation de soins de qualité et sécuritaires pour tous les résidents, conformément aux investissements provinciaux. La date d'achèvement cible est le 31 mars 2026.

4.4.4 Les données incomplètes, inexactes ou périmées à propos des nouveaux résidents ont nui à la préparation des foyers

Avant d'accepter une demande d'admission, les foyers de soins de longue durée reçoivent de SSDMC (Services de soutien à domicile et en milieu communautaire) des données sur le demandeur, notamment des évaluations en matière de santé, de fonctionnement et de comportement ainsi que des évaluations supplémentaires, s'il y a lieu. Toutefois, nous avons appris des foyers visités que l'évaluation du demandeur en matière de comportement n'était pas forcément complète ni exacte. À titre d'exemple, l'évaluation ne faisait pas mention de certains problèmes en matière de comportement, et les champs de données concernant les éléments déclencheurs du comportement pouvaient être laissés en blanc.

De plus, les foyers visités nous ont informés que les évaluations ne permettent pas forcément de saisir l'affection dont le demandeur est actuellement atteint, car elles peuvent précéder de trois mois l'autorisation de la demande d'admission. Or, en trois mois, les besoins du demandeur en matière de soins peuvent évoluer en raison de son âge avancé ou de comorbidités. Bien entendu, le demandeur est censé être réévalué en cas d'évolution considérable de son affection, mais il s'agit alors de savoir qui – le coordonnateur des placements, le demandeur, le fournisseur de soins primaires, le fournisseur de soins ou le mandataire spécial du demandeur – entreprendra cette réévaluation.

Les évaluations incomplètes, inexactes ou périmées peuvent nuire à l'aptitude du foyer à se préparer à l'arrivée de nouveaux résidents. Par exemple :

- L'évaluation préalable à l'admission d'un résident ne faisait aucunement état d'un comportement

d'errance ou de fugue, de sorte que le résident a d'abord été admis dans une unité non sécurisée du foyer. Or, peu après son admission, le résident a fugué deux fois en un mois, ce qui s'est traduit par deux incidents graves signalés au Ministère. Les responsables du foyer ont donc dû déplacer le résident vers une unité sécurisée. Par la suite, ils ont appris de la famille du résident que ce dernier avait tenté de faire une fugue du foyer où il se trouvait précédemment.

- Un autre foyer a mentionné que l'évaluation d'un résident avant son admission indiquait que le comportement de ce dernier ne posait pas problème. Toutefois, à l'admission, le résident était manifestement agressif, tant dans ses propos que dans ses actes, ce qui a incité le foyer à modifier le programme prévu et à placer le résident dans une chambre de soins de haute intensité. Au dire des responsables du foyer, si l'évaluation faite avant l'admission du résident avait exposé avec exactitude le comportement de ce dernier, on aurait pu prévoir d'avance la prestation de soins de haute intensité et s'y préparer adéquatement.

Pour les personnes atteintes de démence, il est particulièrement difficile d'effectuer la transition vers un foyer de soins de longue durée, et leur comportement risque de s'aggraver pendant la période initiale d'admission à cet égard. Des évaluations complètes ou exactes s'imposent, sans quoi le stress vécu par les résidents et le personnel au stade de la transition s'en trouvera renforcé.

RECOMMANDATION 5

Pour que les foyers de soins de longue durée soient bien au courant de l'affection dont sont atteints les résidents éventuels en prévision de leur admission, le ministère des Soins de longue durée devrait : collaborer avec Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC) et les foyers à l'examen du processus d'évaluation préalable à l'admission; déterminer s'il y a lieu d'y apporter

des changements pour rehausser l'exhaustivité, l'exactitude, la cohérence et la prestation en temps voulu des données fournies aux foyers; et apporter les changements nécessaires.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) prend acte de la recommandation formulée par le vérificateur général de collaborer avec Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et les foyers à l'examen du processus d'évaluation préalable à l'admission, et d'apporter les changements nécessaires.

Le gouvernement a publié *Votre santé : Plan pour des soins interconnectés et commodes* (le Plan), qui vise à aider les Ontariens à accéder aux soins de santé dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin. Dans le cadre du Plan, l'Ontario modernisera les soins à domicile et fournira des soins connectés par l'entremise des Équipes de Santé Ontario, afin de soutenir la prestation des bons soins au bon endroit.

Le Ministère reconnaît la nécessité de moderniser les processus d'admission et de placement pour les rendre plus transparents, plus conviviaux et moins fastidieux, et il a entrepris un examen des outils d'évaluation actuels. Ces travaux comprendront la mobilisation de l'Ontario Medical Association et des Services de soutien aux soins à domicile et en milieu communautaire pour éclairer les travaux qui permettront de s'assurer que les outils contiennent des renseignements pertinents sur l'état de santé et les besoins en soins des demandeurs de soins de longue durée, afin que les foyers puissent déterminer s'ils possèdent l'expertise en soins infirmiers et les installations nécessaires pour faciliter leur admission. De plus, le gouvernement propose de mettre sur pied une nouvelle agence – Ontario @Home – qui, si elle est adoptée, assumera les responsabilités des placements à long terme.

4.5 Le secteur des soins de longue durée n'était pas en phase avec la diversité culturelle des résidents

En Ontario, la population est très diversifiée. En effet, d'après le recensement de 2021 de Statistique Canada, cette population est formée à environ 34 % de membres de minorités visibles, à environ 30 % de personnes immigrantes et à environ 3 % de personnes qui se définissent comme Autochtones. Puisque les résidents qui composent les foyers sont, dans leur diversité, semblables à la population ontarienne, la demande en services de soins de longue durée sensibles à la diversité culturelle est forte en Ontario.

Dans les foyers de soins de longue durée, les accommodements culturels contribuent fortement à rehausser la qualité de vie des résidents. L'un des aspects fondamentaux de tels accommodements, c'est la nourriture. Il ressort de la recherche que les résidents auront tendance à manger et à boire et qu'ils risqueront alors moins de souffrir de malnutrition ou de perdre involontairement du poids si on leur sert des repas qui prennent en compte la diversité culturelle. La prestation des soins aux résidents dans leur langue maternelle constitue un autre aspect important. La communication joue un rôle fondamental dans la vie sociale des personnes; si ces dernières sont atteintes de démence, elles auront souvent tendance à ne plus maîtriser leur langue seconde et à recourir de nouveau à leur langue maternelle à mesure que leur affection s'aggrave. La sensibilité à la diversité culturelle dans la prestation des soins palliatifs se révèle également importante. C'est ainsi que les personnes issues de différentes cultures pourront donner un sens différent à la vie et à la mort, pendant que les membres de leur famille et leurs amis pourront également prendre part aux soins de façon différente. Les soins palliatifs forment un volet des soins de longue durée où il y a lieu de rehausser la sensibilité à la diversité culturelle, ce dont conviennent les parties prenantes en la matière.

Malgré les bienfaits manifestes de la sensibilité à la diversité culturelle dans la prestation des soins aux personnes qui en ont besoin, nous avons constaté des carences à ce chapitre dans le secteur des soins de longue durée en Ontario.

4.5.1 Le nombre de foyers de soins de longue durée sensibles à la diversité culturelle est restreint en Ontario

À l'heure actuelle, parmi les 626 foyers de soins de longue durée en Ontario, 57 (ou 9 %) font l'objet d'une désignation quant à la prestation de services à certains groupes ethnoculturels (comme les Autochtones, les Chinois, les Finlandais, les Français, les Grecs, les Italiens et les Ukrainiens) ou religieux (comme les personnes de confession chrétienne, catholique ou juive). Dans le cadre de l'audit, au sein des trois foyers ethnoculturels visités, nous avons perçu divers moyens par lesquels ceux-ci instaurent un milieu où les résidents d'une appartenance ethnique en particulier se sentent en terrain de connaissance. Par exemple :

- La majorité des membres du personnel peuvent s'exprimer dans la langue maternelle des résidents ou partagent avec eux la même culture. Dans un des trois foyers visités, plus de 95 % du personnel pouvait s'exprimer dans la langue maternelle des résidents.
- Les panneaux et les renseignements, comme le calendrier des loisirs, sont affichés dans la langue maternelle des résidents.
- Les menus sont conçus en fonction des goûts des résidents et témoignent de leur patrimoine culturel, comme les mets traditionnels d'Europe de l'Est et d'Asie servis quotidiennement.
- Des éléments de la culture des résidents sont intégrés aux activités, lesquelles se déroulent dans la langue maternelle des résidents.
- Le bagage culturel des résidents est pris en compte dans la décoration du foyer ainsi que les émissions de télévision et la musique qui y sont diffusées.

Les foyers ethnoculturels sont très recherchés par les membres de communautés ethniques et ont tendance à faire l'objet de très longues périodes d'attente. Dans notre examen des données sur les placements, nous avons constaté que la période d'attente médiane relativement aux foyers ethnoculturels pouvait s'étendre jusqu'à 1 843 jours (ou à peu près cinq ans) en 2022-2023. Cette période est nettement plus longue que la période d'attente médiane ayant trait au placement dans un

foyer de soins de longue durée, laquelle variait en fonction d'une fourchette de 50 à 223 jours en 2022, selon la région. De toute évidence, les longues périodes d'attente témoignent de la popularité de ces foyers ethnoculturels et de l'insuffisance de l'offre pour combler la demande à cet égard, notamment depuis l'adoption du projet de loi 7 (*Loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins*) qui favorise l'afflux des patients ayant besoin d'autres niveaux de soins (ANS) des hôpitaux vers les foyers de soins de longue durée (voir la **section 4.7**).

Selon notre analyse des données démographiques et des foyers de soins de longue durée dans les régions, malgré la forte proportion de groupes ethniques en particulier dans certaines régions, celles-ci sont dépourvues de foyers ethnoculturels pour répondre aux besoins. Par exemple, selon les données du recensement de 2021, la région de Peel compte une forte proportion de résidents d'origine sud-asiatique (à peu près 14 %), mais on n'y trouve pas de foyers ethnoculturels désignés pour subvenir aux besoins de cette population. Un projet d'immobilisations, dans lequel 97 lits s'ajouteront et 159 lits seront mis en conformité, est actuellement prévu dans cette région pour combler les besoins de la population sud-asiatique. Au mois de septembre 2023, le projet en était au stade de la planification préliminaire et aucune date d'achèvement n'était annoncée.

Dans deux rapports parus à l'étranger, l'un en 2011 et l'autre en 2015, on a comparé l'effet des foyers ethnoculturels et ordinaires sur les résidents ayant une ascendance ethnique particulière. D'après les constatations, si ces derniers habitent des foyers ethnoculturels, leur santé s'en trouve bonifiée, sur les plans tant physique que mental (p. ex., stress moindre au cours de la transition vers les foyers de soins de longue durée, hausse des rapports établis avec les autres résidents, amélioration du moral et diminution du taux d'ordonnance des médicaments antipsychotiques). Jusqu'à maintenant, le Ministère n'a pas fait d'analyse comparative entre les foyers ethnoculturels et les foyers ordinaires en Ontario quant à la qualité des soins, à la conception des soins et à l'effet sur les résidents. Or, une telle analyse lui

permettrait de discerner les pratiques exemplaires qu'on pourrait mettre en œuvre dans l'ensemble des foyers afin d'améliorer les soins offerts aux groupes de la diversité culturelle.

En outre, le Ministère n'a pas évalué si l'offre en foyers de soins de longue durée comble les besoins des groupes de la diversité culturelle en Ontario, compte tenu notamment de facteurs tels que l'appartenance ethnique, le patrimoine culturel ainsi que la diversité sexuelle et de genre. Les données sociodémographiques à propos des résidents actuellement dans les foyers de soins de longue durée sont restreintes et ne permettent pas de discerner les lieux où habitent les résidents aux antécédents culturels diversifiés.

4.5.2 Le niveau des accommodements culturels varie d'un foyer ordinaire à l'autre

Dans un monde idéal, chaque groupe ethnique, culturel ou religieux aurait accès à un foyer spécifique de soins de longue durée. Or, une telle conception est irréalisable en Ontario. La diversité de la population de résidents est une réalité avec laquelle les foyers ordinaires doivent composer. À titre d'exemple, dans l'un des foyers visités au sein du Grand Toronto, les résidents s'exprimaient dans 20 langues différentes. Les foyers ordinaires se doivent d'être sensibles à la diversité des besoins linguistiques et culturels de leurs résidents.

Au fil de nos visites, nous avons constaté que les foyers sans vocation ethnoculturelle ou religieuse se prêtent à divers degrés à des accommodements culturels. C'est ainsi que dans certains foyers, on a recours à des cartons aide-mémoire, à des panneaux indicateurs, à des applications de traduction par voie électronique ou à des services de traduction par des bénévoles pour surmonter les obstacles liés à la communication et obtenir l'aide des membres de la famille afin que les résidents puissent assister aux cérémonies religieuses. Les foyers pourraient mettre en commun les connaissances à cet égard afin d'améliorer les soins offerts à la population issue de la diversité culturelle

Nous avons également constaté que, par le passé, des responsables de foyers et des groupes de parties

prenantes ont fait valoir la nécessité ou l'importance des accommodements culturels au sein des foyers de soins de longue durée, notamment en ce qui touche l'alimentation. À titre d'exemple, en octobre 2016, le conseil municipal de Toronto a demandé au gouvernement provincial de mettre au point un mécanisme de financement distinct et propre à chaque cas afin que la diversité culturelle et religieuse soit prise en compte dans le service des repas au sein des foyers de soins de longue durée, histoire de subvenir aux besoins de la population très diversifiée des résidents dans les 10 foyers municipaux. AdvantAge, association provinciale qui représente les foyers et les services sans but lucratif à l'intention des aînés, a formulé en 2016-2017 une recommandation du même ordre. Depuis 2016-2017, le Ministère bonifie le financement quotidien de la catégorie Soutien nutritionnel, lequel est passé de 8,33 \$/résident à 12,07 \$/résident (voir la **section 4.8.1**). Toutefois, on n'a pas donné suite directement à la recommandation de mettre au point un mécanisme de financement distinct pour prendre en compte la diversité culturelle et religieuse dans le service des repas. Au fil de nos visites dans les foyers, nous avons relevé que les foyers ordinaires ont parfois peine à créer des programmes alimentaires qui satisfont aux demandes et aux préférences culturelles des résidents.

RECOMMANDATION 6

Pour que les foyers de soins de longue durée soient à même de prêter attention aux besoins culturels propres aux groupes de résidents issus de la diversité, le ministère des Soins de longue durée devrait :

- analyser l'offre et la demande se rapportant aux foyers ethnoculturels en Ontario, compte tenu des résultats de l'analyse relative à la planification de l'aménagement à long terme des foyers;
- collaborer avec les foyers de soins de longue durée à la détermination des pratiques exemplaires liées à la sensibilité à la diversité

culturelle dans la prestation des soins et conseiller les foyers dans la préparation de programmes concrets d'amélioration (par exemple, dans les domaines de la formation du personnel, des investissements dans les technologies de communication et de la participation des organismes communautaires et religieux).

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) prend acte de la recommandation formulée par le vérificateur général d'analyser l'offre et la demande se rapportant aux foyers ethnoculturels en Ontario et de collaborer avec les foyers de soins de longue durée à la détermination des pratiques exemplaires liées à la sensibilité à la diversité culturelle.

Depuis novembre 2023, le Ministère collabore avec le secteur dans le cadre de plus de 100 projets d'immobilisations visant à répondre aux besoins des populations francophones, autochtones et d'autres populations ethnoculturelles. Le Ministère continuera de collaborer avec le ministère de la Santé et Santé Ontario, ainsi qu'avec les principaux intervenants du secteur, pour évaluer les besoins en lits du secteur des soins de longue durée afin d'appuyer une approche éclairée de planification du réseau de services dans l'ensemble du secteur de la santé, y compris la nécessité d'offrir des services et des soutiens qui répondent aux divers besoins des résidents.

De plus, le Ministère finance les Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation afin d'éduquer et de former le personnel actuel et futur du secteur des soins de longue durée dans des domaines comme la compétence culturelle et l'équité, la diversité et l'inclusion. Le Ministère étudie également la possibilité de mettre sur pied un Centre pour la qualité des soins de longue durée qui pourrait soutenir les foyers en déterminant des pratiques exemplaires liées à la sensibilité à la

diversité culturelle et en les partageant, afin que les résidents puissent bénéficier de soins et de services adaptés à leur culture.

Le Ministère s'est engagé à atteindre des objectifs qui feront progresser le secteur des soins de longue durée, en vue d'offrir des services mieux adaptés aux antécédents, aux perspectives et aux besoins uniques des résidents. Conformément à cet objectif, l'Ontario a adopté la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, qui comprenait une harmonisation plus étroite du libellé de la Déclaration des droits des résidents avec les motifs de discrimination énoncés dans le Code des droits de la personne de l'Ontario; et les exigences en matière de soins palliatifs ont été élargies pour adopter une approche plus holistique, qui tient compte des besoins physiques, émotionnels, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels des résidents. De plus, des initiatives en cours, y compris l'aménagement et le réaménagement des foyers de soins de longue durée, visent à améliorer les programmes et les services offerts aux résidents des établissements de soins de longue durée.

4.5.3 Les résidents éventuels ayant des besoins culturels n'étaient pas informés adéquatement des possibilités relatives aux soins de longue durée

Selon ce que nous avons constaté, les futurs résidents des foyers de soins de longue durée et qui sont issus de divers milieux ne sont pas informés adéquatement des choix en la matière.

En effet, le Ministère ne fait pas publiquement la recension des foyers de soins de longue durée en fonction de l'appartenance ethnique ou des groupes ou communautés à qui ils rendent service (par exemple, en ce qui concerne la religion ou la diversité sexuelle et de genre). De plus, dans son site Web, il est impossible d'effectuer une recherche à l'aide de critères autres que le nom du foyer, l'adresse (complète ou partielle) du foyer et l'endroit où se trouve l'utilisateur.

Santé Ontario rend compte sur son site Web des résultats obtenus par les foyers de soins de longue durée en Ontario, au moyen de plusieurs indicateurs de qualité, comme les résidents qui ont chuté, qui ont été soumis à des moyens de contention physique, qui ont eu des plaies de pression, qui ont éprouvé de la douleur ou dont les symptômes de dépression se sont aggravés. Or, les données relatives à chaque foyer ont beau figurer sur le site Web, il est difficile de mettre en comparaison les foyers d'après leurs résultats. Chaque fois, les personnes qui consultent le site Web peuvent seulement sélectionner cinq foyers pour fins de comparaison à la moyenne ontarienne, indicateur par indicateur.

RECOMMANDATION 7

Pour que les résidents éventuels des foyers de soins de longue durée et qui sont issus de communautés ou de groupes culturels en particulier puissent s'informer adéquatement avant de sélectionner un foyer, le ministère des Soins de longue durée devrait, en concertation avec Santé Ontario, élargir la gamme des composantes de son site Web, notamment au moyen de la recension publique des foyers ethnoculturels selon les types de communautés auxquelles ils rendent service (comme l'appartenance ethnique, la religion, la diversité sexuelle et de genre) et de la recherche par critères permettant de connaître les caractéristiques des foyers et les résultats qu'ils ont obtenus.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) prend acte de la recommandation formulée par le vérificateur général de collaborer avec Santé Ontario pour élargir la gamme des composantes de son site Web, notamment au moyen de la recension publique des foyers ethnoculturels selon les types de communautés auxquelles ils rendent service et de la recherche par critères permettant de connaître les caractéristiques des foyers et les résultats qu'ils ont obtenus.

La transparence et la facilité d'accès à l'information revêtent une importance capitale pour les futurs résidents des établissements de soins de longue durée et leurs familles. Lancé en 2022, l'outil Trouver des foyers de soins de longue durée permet aux gens de trouver et de comparer des foyers de soins de longue durée à l'échelle de la province et fournit d'autres ressources pour les aider à faire un choix éclairé lorsqu'ils envisagent des soins de longue durée. Le Ministère reconnaît que le fait de rendre encore plus de renseignements disponibles aidera les résidents éventuels et les membres de leur famille à prendre des décisions éclairées et s'engage à collaborer avec Santé Ontario et d'autres partenaires, au besoin, pour s'assurer que les sites Web peuvent aider les demandeurs potentiels de soins de longue durée à trouver des foyers adaptés à leur culture, selon les types de communautés auxquelles ils rendent service.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à la recommandation du vérificateur général. Santé Ontario collaborera avec le Ministère et d'autres partenaires, au besoin, pour faciliter l'accès à l'information sur les foyers ethnoculturels.

4.6 Les foyers n'étaient pas pleinement à même de rendre des services aux jeunes résidents

La plupart des gens s'imaginent que les foyers de soins de longue durée sont destinés strictement aux personnes âgées. Or, les foyers de soins de longue durée constituent une solution parallèle en matière d'hébergement pour les personnes de 18 ans et plus qui possèdent une carte Santé de l'Ontario en règle et dont les besoins élevés en matière de soins peuvent être comblés par une combinaison de soins à domicile ou dans la collectivité. En 2022-2023, dans les foyers de soins de longue durée, quelque 6 200 (6,3 %) des résidents avaient moins de 65 ans et certains d'entre eux étaient dans la vingtaine.

Il arrive que des jeunes soient placés dans un foyer de soins de longue durée parce qu'ils présentent diverses affections qui nuisent à leur aptitude à prendre soin d'eux-mêmes, comme une lésion cérébrale, un accident vasculaire cérébral, une incapacité physique, une maladie mentale ou une déficience intellectuelle. Les jeunes résidents sont minoritaires dans les foyers de soins de longue durée, mais il n'en demeure pas moins important de combler leurs besoins. En vertu de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi), chaque résident a le droit de bénéficier d'une qualité de vie optimale.

4.6.1 Dans les foyers, les mesures de soutien adaptées à l'âge des jeunes résidents faisaient défaut

Les foyers de soins de longue durée sont aptes à prodiguer des soins qui comblent les besoins physiques des jeunes résidents, mais ni le milieu ni les programmes de loisirs qui s'y trouvent procurent systématiquement à ces mêmes résidents la stimulation et le cadre social qui jouent un rôle essentiel à une qualité de vie satisfaisante, notamment chez ceux qui présentent de bonnes aptitudes cognitives.

Il ressort de diverses études menées au sein de foyers de soins de longue durée que les liens sociaux sont en corrélation avec la santé mentale et physique, ce qui par ricochet influe sur la qualité de vie des résidents. Cependant, lorsque la population des foyers est majoritairement composée d'âînés (plus de la moitié ont 85 ans ou plus et beaucoup sont atteints de démence), les jeunes résidents ont alors peine à établir des relations sociales et à tisser des liens avec leurs collègues résidents.

Qui plus est, les jeunes résidents n'ont souvent pas accès à des programmes de loisirs propres à leur groupe d'âge, car les programmes offerts dans les foyers de soins de longue durée sont essentiellement destinés aux résidents âgés. Par exemple, les activités telles que le bingo, les activités musicales ayant pour thème Elvis et le cinéma des années 1960 sont populaires dans les foyers que nous avons visités, tandis que les activités destinées aux jeunes résidents – comme les sorties au

cinéma et les centres commerciaux – sont restreintes. Dans les foyers visités, nous avons aussi appris que les ressources communautaires qui permettent aux jeunes résidents de pratiquer des activités adaptées à leur âge et d'entrer en contact avec des gens du même âge sont également restreintes.

Nous avons relevé des cas dans les foyers visités où les programmes ne pouvaient combler les besoins sociaux, récréatifs et intellectuels des jeunes résidents. Par exemple :

- Dans un foyer visité, seulement deux (1 %) des résidents avaient moins de 60 ans. L'un de ces résidents, qui était dans la vingtaine et avait une lésion cérébrale, a participé à un programme communautaire qui lui a permis de socialiser avec des gens de sa génération et ça lui a plu. Toutefois, le résident nécessitait une surveillance pour participer au programme et ne pouvait se permettre qu'une seule activité sous surveillance par mois. Le foyer et la famille du résident tentaient de trouver des moyens de permettre au résident d'assister plus souvent à de telles activités.
- Dans un autre foyer visité, il y avait un jeune résident, à peu près dans la cinquantaine, qui présentait un trouble de la mémoire et aurait nécessité davantage d'activités et de stimulation en phase avec son groupe d'âge. Or, la programmation offerte aux jeunes résidents de ce foyer était identique à celle proposée aux résidents âgés. Le résident en question a pu s'adonner à la natation à l'extérieur du foyer, mais c'est grâce aux membres de sa famille.
- Un résident de 35 ans qui était atteint de paralysie cérébrale avait besoin de soins infirmiers, mais son état sur le plan cognitif était intact, de sorte qu'il pouvait très bien entretenir une conversation. Du point de vue du foyer, ce résident aurait gagné à vivre dans un foyer de groupe offrant un milieu de vie supervisé qui favorise la prestation de soins (y compris l'aide aux activités de la vie quotidienne et les services médicaux) dans un cadre plus intime que celui offert par un foyer de soins de longue durée.

4.6.2 Les jeunes résidents au comportement agressif posent un risque à la sécurité des résidents fragiles

Les comportements impulsifs ou agressifs sont souvent constatés non seulement chez les personnes atteintes de démence, mais aussi chez des personnes atteintes d'une maladie mentale complexe, de toxicomanie ou d'un trouble neurologique : ces affections touchent les jeunes résidents des foyers de soins de longue durée. Dans certains foyers visités, nous avons relevé que la maladie mentale et la toxicomanie sont de plus en plus répandues parmi les jeunes résidents.

Selon ce que nous avons observé dans certains foyers de soins de longue durée, la fourchette d'âge des résidents est vaste. À titre d'exemple, dans l'un des foyers visités, le plus jeune résident avait 35 ans et le plus vieux, 100 ans. En vertu de la Loi, il incombe au foyer de veiller à la sûreté et à la sécurité des résidents. Toutefois, il peut être difficile de garantir la sécurité des résidents de plus de 65 ans, qui ont tendance à se montrer fragiles en raison de leur âge, lorsqu'ils cohabitent avec de jeunes résidents au comportement agressif.

S'il est éprouvant pour les foyers de prendre en charge les comportements impulsifs dans l'ensemble (voir la **section 4.4**), ce l'est encore davantage lorsque des résidents jeunes et robustes sont impliqués dans des altercations. Comme l'a dit le responsable d'un foyer : « Comment pouvez-vous protéger un résident de 90 ans confus contre une personne de 55 ans d'une carrure imposante si cette dernière devient agressive? »

Nous avons relevé des cas dans les foyers visités qui témoignent de la difficulté de prendre en charge les comportements de jeunes résidents ayant des antécédents de maladie mentale, de toxicomanie ou d'autisme. Par exemple :

- Dans un foyer, il y avait un jeune résident de moins de 65 ans qui avait reçu un diagnostic de démence précoce et semblait avoir sombré dans l'alcoolisme par le passé. Contrairement aux autres résidents aînés, il affichait un comportement imprévisible, sans signes avant-coureurs, et le personnel n'était pas en mesure de déceler l'élément déclencheur. Le

résident a donné des coups de poing et de pied à un membre du personnel et poussé un autre résident à différentes occasions. Le résident a quitté ultérieurement le foyer parce qu'on n'était pas apte à lui prodiguer des soins.

- Dans un foyer, il y a un jeune résident dans la quarantaine, aux aptitudes cognitives intactes et qui présente des antécédents de toxicomanie grave. On l'a envoyé à l'hôpital pour subir une évaluation psychiatrique parce qu'il menaçait de se suicider et proférait des menaces aux membres du personnel ainsi qu'à d'autres résidents en détresse. Le résident a reçu son congé de l'hôpital dans les 48 heures. Il n'aime pas être dans un foyer de soins de longue durée et attend d'être admis dans un foyer de groupe; la période d'attente à ce chapitre est d'environ cinq à sept ans.
- Dans un foyer, il y a un résident dans la mi-quarantaine qu'on a envoyé à l'hôpital en raison de son état d'ivresse et de ses idées suicidaires. Ce résident a déjà été impliqué dans un incident – il avait giflé à la tête un autre résident octogénaire – pour lequel on a déclaré un code blanc (code qui désigne les comportements violents) et qu'on a relaté à la police.
- Dans un foyer, on devait pendant deux semaines assurer la prestation de soins de relève (à savoir des soins de proche aidant de courte durée) à un résident autiste dans la vingtaine. Or, après quelques jours, on a dû le renvoyer à l'aidant principal parce qu'il avait agressé violemment un membre du personnel. Les responsables du foyer ont mentionné que le personnel n'avait pas reçu de formation pour s'occuper des personnes ayant un diagnostic d'autisme modéré à grave (voir la **section 4.6.3** pour un exposé approfondi sur les résidents autistes).

Nous avons appris dans les foyers que ceux-ci ne sont pas outillés pour prendre en charge les jeunes résidents au comportement agressif parce que la formation que reçoit le personnel qui y travaille porte sur la prestation de soins aux aînés atteints

de démence. Puisque les membres du personnel suivent une formation moindre à propos de la maladie mentale, de la toxicomanie ou de l'autisme, ils ne sont pas aussi aptes à prodiguer des soins aux jeunes résidents qui présentent de telles affections. Par exemple, il est possible qu'en matière de comportement, les éléments déclencheurs chez les personnes atteintes de ces affections diffèrent de ceux qui caractérisent les personnes atteintes de démence, d'où la difficulté pour le personnel de les déceler et les traiter, faute de formation et d'expérience. Le personnel n'a pas non plus les aptitudes nécessaires pour entrer en rapport avec de tels résidents.

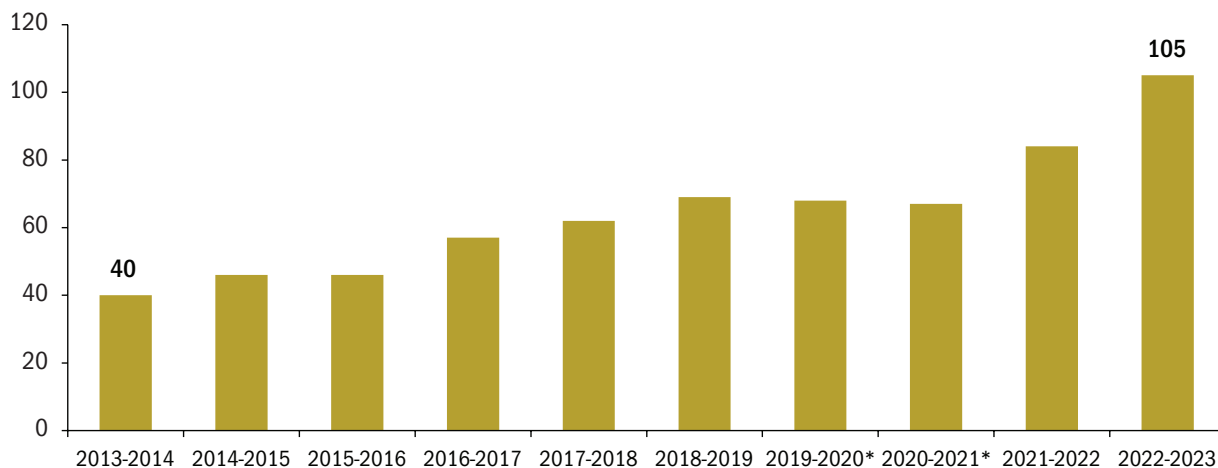
Nous avons également relevé que les foyers disposaient de ressources externes limitées pour leur permettre de prendre en charge les jeunes résidents au comportement problématique, notamment ceux qui ont une maladie mentale ou une accoutumance. Le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) appuie les foyers de soins de longue durée (voir la **section 4.4.3**), mais prête attention aux adultes âgés. De nombreux foyers sont également liés à des ressources psychogériatriques ou en santé mentale pour aînés, dans lesquelles l'aiguillage des résidents de moins de 65 ans est généralement refusé. Les hôpitaux psychiatriques sont en mesure d'accueillir de jeunes résidents, mais l'accès en temps voulu est difficile en raison des stricts critères d'admissibilité ou d'admission.

4.6.3 Le personnel des soins de longue durée n'avait pas les connaissances ni les compétences requises pour prodiguer des soins aux résidents autistes

Dans l'analyse de l'évolution au fil du temps des profils des résidents des foyers de soins de longue durée de l'Ontario, nous avons constaté que le nombre de résidents autistes s'était accru d'à peu près 162 % en 10 ans pour passer de 40 en 2013-2014 à 105 en 2022-2023 (**figure 19**). Les résidents autistes demeurent minoritaires au sein de la population totale des foyers de soins de longue durée, mais aucune autre affection physique ou mentale n'a pris une ampleur

Figure 19 : Nombre de résidents autistes dans les foyers de soins de longue durée, de 2013-2014 à 2022-2023

Source des données : ministère des Soins de longue durée



* Il se peut que les données de 2019-2020 et de 2020-2021 soient incomplètes parce qu'on a reporté la soumission des données au Système d'information sur les soins de longue durée au cours de la pandémie de COVID-19.

aussi considérable chez les résidents que l'autisme au cours de la même période.

Cette tendance à la hausse est en phase avec les constatations de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, parue en 2019. Il y est question de l'autisme, dont le ratio chez les enfants et les adolescents au Canada s'établit à 1:50 et n'a cessé de croître au fil du temps. Au cours de leur enfance et tout au long de leur adolescence, les personnes autistes sont essentiellement prises en charge par leurs parents. Toutefois, certaines d'entre elles auront besoin de soutien et de soins externes lorsque leurs parents vieilliront ou décéderont. C'est donc dire qu'il y a de jeunes autistes qui nécessitent des soins en tout temps et aboutissent dans les foyers de soins de longue durée.

Le type et la gravité des symptômes de l'autisme font l'objet d'un large spectre, mais un grand nombre d'autistes ont peine à communiquer, éprouvent de la difficulté à établir des rapports sociaux, ont tendance à répéter certains modèles de comportement et ont un éventail restreint d'activités et d'intérêts. Les autistes présentent aussi en grand nombre des affections concomitantes, comme des troubles du sommeil, ainsi

que d'autres problèmes de santé mentale. C'est donc dire qu'il peut se révéler éprouvant de prodiguer des soins aux résidents autistes et de prévoir des activités à leur intention.

Les responsables des foyers visités ont reconnu que le personnel dont ils disposent et qui est apte à prodiguer convenablement des soins aux résidents autistes, peu nombreux dans l'ensemble, mais dont les besoins particuliers sont élevés, ne suffit pas. Par exemple, le responsable d'un foyer a mentionné qu'il ne serait pas capable d'offrir des activités sur mesure pour combler pleinement les besoins exceptionnels d'un résident autiste parce qu'il compte sur un seul membre du personnel des loisirs, chargé de planifier les activités de quelque 32 résidents et d'y contribuer. Il a précisé qu'un foyer de groupe répondrait mieux aux besoins des personnes autistes parce que, comme il est mentionné à la **section 4.6.1**, ce type de foyer est conçu pour venir en aide aux personnes ayant des besoins complexes en matière de soins de santé, et ce, dans un milieu plus intime qu'un foyer de soins de longue durée.

RECOMMANDATION 8

Pour que les besoins des jeunes résidents des foyers de soins de longue durée soient comblés, le ministère des Soins de longue durée, en collaboration avec Santé Ontario, devrait :

- discerner des programmes communautaires et ressources externes, puis les mettre en lien avec les foyers de soins de longue durée afin que les jeunes résidents qui ont besoin de rapports sociaux et de loisirs ou présentent des problèmes de santé mentale et d'accoutumance obtiennent un appui supplémentaire;
- collaborer avec les foyers à l'établissement de la formation supplémentaire dont le personnel des soins de longue durée a besoin pour parfaire ses connaissances et aptitudes dans les soins prodigués aux résidents ayant un diagnostic de maladie mentale, d'accoutumance et de déficience intellectuelle (comme l'autisme), et permettre aux foyers d'obtenir une telle formation;
- faire participer les foyers au recensement des possibilités de logement et à leur analyse pour voir s'il en existe qui conviennent davantage à certains groupes de jeunes résidents, ou s'il faudrait en créer à leur intention, et collaborer avec d'autres ministères partenaires, si besoin est, à la préparation d'un programme d'instauration de telles possibilités.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) prend acte de la recommandation formulée par le vérificateur général de discerner des programmes communautaires et ressources externes puis les mettre en lien avec les foyers de soins de longue durée; de collaborer avec les foyers à l'établissement de la formation supplémentaire dont le personnel des soins de longue durée a besoin pour parfaire ses connaissances et aptitudes dans les soins prodigués aux résidents ayant un diagnostic de maladie mentale, d'accoutumance et de déficience intellectuelle; et de faire participer les foyers au

recensement des possibilités de logement et à leur analyse pour voir s'il en existe qui conviennent davantage à certains groupes de jeunes résidents.

Le Ministère a lancé de nombreuses initiatives pour répondre aux besoins complexes des résidents des établissements de soins de longue durée, y compris le Fonds pour les priorités locales et le Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux, qui visent à répondre aux besoins en matière de soins des résidents nécessitant des soins spéciaux.

Le Ministère continuera de collaborer avec Santé Ontario et d'autres partenaires pour améliorer la capacité du personnel des soins de longue durée à répondre aux divers besoins des résidents, y compris les jeunes résidents ayant des comportements impulsifs et ceux ayant un trouble du spectre autistique, et collaborera avec le ministère de la Santé et le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires pour cerner, évaluer et mettre en œuvre un plus grand nombre d'options qui amélioreront l'accès à d'autres options de soins et à des activités et soutiens communautaires pour les jeunes Ontariens lorsqu'ils sont admis dans un foyer de soins de longue durée.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à la recommandation du vérificateur général. Santé Ontario collabore avec le Ministère, les foyers de soins de longue durée et les partenaires du système pour appuyer la prestation de soins sécuritaires et de grande qualité à tous les résidents des foyers de soins de longue durée, y compris ceux qui sont plus jeunes, qui ont des besoins sociaux et récréatifs spéciaux ou des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Nous nous engageons à collaborer avec le Ministère et les partenaires du système, y compris les équipes de Santé Ontario, pour trouver des façons de mieux répondre aux besoins des jeunes résidents et du personnel qui les prend en charge dans les foyers de soins de longue durée. Les recommandations de Santé Ontario concernant un plan tactique seront élaborées d'ici le 31 mars 2025.

4.7 Dans sa mise en œuvre, la loi qui a accru le flux de patients allant des hôpitaux vers les foyers de soins de longue durée n'a pas été rendue publique avec transparence ni fait l'objet d'un suivi adéquat

Les foyers de soins de longue durée accueillent des résidents de la collectivité et des patients hospitalisés lorsque ces derniers ont besoin d'un autre niveau de soins (ANS). Le patient ayant besoin d'un ANS occupe un lit d'hôpital, mais ne nécessite pas de soins au même niveau que ceux prodigués en milieu hospitalier et peut obtenir son congé de l'hôpital sur avis du médecin traitant. Un foyer de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou la propre résidence du patient comptent parmi les destinations privilégiées dans la mise en congé des patients ayant besoin d'un ANS.

Le 21 septembre 2022, le projet de loi 7, intitulé *Loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins* (projet de loi 7) est entré pleinement en vigueur. Afin de favoriser le flux des patients ayant besoin d'un ANS allant des hôpitaux vers les foyers de soins de longue durée, le projet de loi 7 autorise le coordonnateur des placements de SSDMC (Services de soutien à

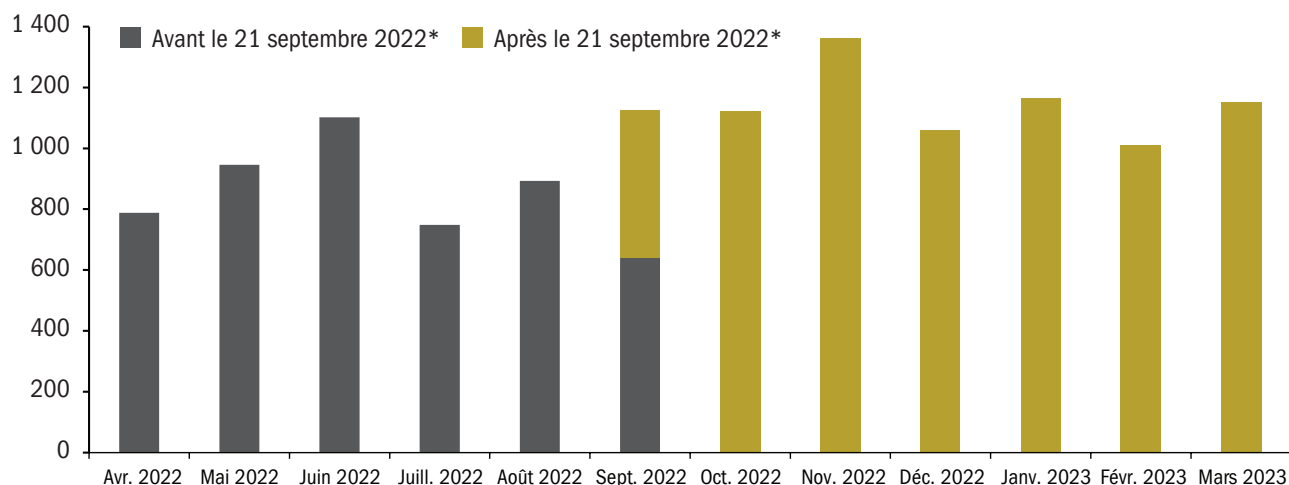
domicile et en milieu communautaire) à prendre certaines mesures sans le consentement du patient, après avoir tenté raisonnablement de prendre contact avec ce dernier (ou son mandataire spécial) pour obtenir son consentement. Parmi ces mesures, il y a notamment l'établissement de l'admissibilité du patient aux soins de longue durée, la sélection des foyers au nom du patient selon des paramètres géographiques définis ainsi que la transmission à certains foyers des évaluations et données à propos du patient. En ce qui concerne ces patients, dès qu'un lit se libère dans l'un des foyers sélectionnés, ils disposent de 24 heures pour accepter l'offre, faute de quoi ils risquent de devoir payer 400 \$/jour pour demeurer à l'hôpital (aux termes du Règlement 965 pris en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*).

4.7.1 La nouvelle loi n'a pas fait l'objet d'une mise en œuvre transparente

En 2022-2023, à peu près 12 500 patients ayant besoin d'un ANS ont été admis dans un foyer de soins de longue durée; de ces admissions, 7 357 ont eu lieu après l'instauration du projet de loi 7, le 21 septembre 2022 (**figure 20**).

Figure 20 : Nombre de patients ayant besoin d'un autre niveau de soins (ANS) transférés vers des foyers de soins de longue durée, 2022-2023

Source des données : Services de soutien à domicile et en milieu communautaire



* C'est le 21 septembre 2022 qu'est entré en vigueur le projet de loi 7 visant à faciliter le transfert des patients hospitalisés ayant besoin d'un ANS vers des foyers de soins de longue durée.

Notre analyse du placement de ces 7 357 résidents ayant besoin d'un ANS entre le 21 septembre 2022 (date d'entrée en vigueur du projet de loi 7) et le 31 mars 2023 a révélé ce qui suit :

- Le projet de loi 7 a fait en sorte que 99 patients ayant besoin d'un ANS ont été placés dans des foyers qui n'avaient pas été sélectionnés par eux, mais par des coordonnateurs de placements sans le consentement des patients.
- Les 7 258 autres patients ayant besoin d'un ANS ont été placés dans l'un des foyers qu'ils avaient choisis; environ 40 % d'entre eux ont été placés dans le foyer qui constituait leur premier choix. Toutefois, les 60 % restants n'ont pas été placés dans le foyer qui constituait leur premier choix, ce qui était comparable aux 58 % observés au cours de la période de six mois précédant la mise en œuvre du projet de loi 7. En juin 2023, moins de 1 % de ces patients avaient par la suite été transférés dans un foyer classé plus haut sur leur liste; les autres patients demeurent sur la liste d'attente avant d'être transférés, au besoin.

Nous avons constaté que le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) n'avait divulgué aucun des renseignements susmentionnés au public. De plus, il ignore combien de patients ayant besoin d'un ANS (le cas échéant) ont dû acquitter des frais d'hospitalisation quotidiens de 400 \$ parce qu'ils ont refusé l'offre d'un lit dans un foyer de soins de longue durée depuis la mise en œuvre du projet de loi 7. Ni le Ministère ni ses partenaires, dont le ministère de la Santé et Santé Ontario, ne recueillent les données à cet égard.

Le projet de loi 7, qui vise à libérer des lits dans les hôpitaux par l'accroissement du flux de patients ayant besoin d'un ANS vers les foyers de soins de longue durée, a fait l'objet d'un examen minutieux de la population et de certains porte-paroles du secteur des soins de santé en raison des mesures qui peuvent être prises sans consentement. Des parties prenantes s'inquiètent également des retombées du projet de loi 7 sur l'aptitude des foyers de soins de longue durée, dont les foyers ethnoculturels, à combler les besoins culturels, religieux et linguistiques des patients ayant

besoin d'un ANS. L'examen par le Ministère des données sur les placements dans les foyers de soins de longue durée a confirmé que le nombre de demandeurs admis dans les foyers sensibles à la diversité culturelle au sein de la collectivité a régressé au fil des ans; de nombreuses modifications législatives ont été apportées pour accorder la plus grande priorité aux patients qui sont à l'hôpital en attente d'être admis dans un foyer de soins de longue durée, et la mise en œuvre du projet de loi 7 en septembre 2022 a eu pour effet d'exacerber encore plus cette tendance (voir la **section 4.5.1** concernant la demande en foyers sensibles à la diversité culturelle).

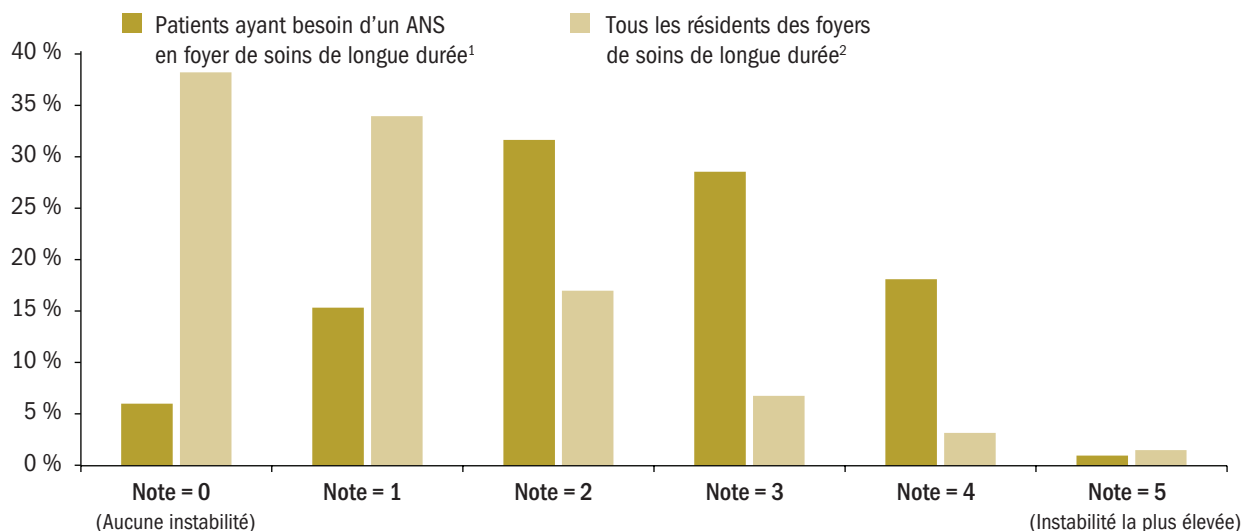
4.7.2 On n'a pas suivi l'évolution des conséquences des foyers de soins de longue durée chez les patients ayant besoin d'un ANS pour voir si leurs besoins étaient comblés

Lorsque le projet de loi 7 a été proposé, le gouvernement provincial a dit que la nouvelle loi visait à fournir les soins requis aux patients ayant besoin d'un ANS et à rehausser leur qualité de vie dans un milieu adéquat (« fournir les bons soins au bon endroit »), tout en permettant de libérer des lits dans les hôpitaux pour ceux qui en ont besoin. Toutefois, le Ministère n'a pas suivi l'évolution des conséquences sur les soins des patients ayant besoin d'un ANS après leur admission dans les foyers de soins de longue durée pour voir si ces patients se portaient bien après leur congé de l'hôpital. Les ensembles de données cliniques qui ont cours sont agrégés, de telle sorte qu'il est impossible de distinguer aisément les conséquences sur les patients ayant besoin d'un ANS par rapport aux résidents dans le même milieu.

Au fil de notre examen et après comparaison des données sur les affections dont les résidents sont atteints, nous avons constaté que les patients ayant besoin d'un ANS et qui ont été transférés dans des foyers de soins de longue durée sont fragiles et que leur état de santé est instable comparativement à la moyenne des autres résidents. Il ressort de notre examen des données à propos des patients ayant besoin

Figure 21 : Notes relatives à la stabilité de la santé des patients ayant besoin d'un autre niveau de soins (ANS) comparativement à l'ensemble des résidents des foyers de soins de longue durée en Ontario

Sources des données : Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC) et Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)



Note : La stabilité de la santé fait l'objet d'une note dans l'échelle CHES (laquelle permet de mesurer les changements de l'état de santé, les maladies en phase terminale, les signes et les symptômes). Dans l'échelle, qui varie de 0 à 5, plus la note est élevée, plus les risques de mortalité, les besoins en service et l'instabilité de la santé s'intensifient.

1. Les données sur les patients ayant besoin d'un ANS proviennent des SSDMC et témoignent des notes dans l'échelle CHES des patients ayant besoin d'un ANS et placés dans un foyer de soins de longue durée en 2022-2023, selon leur évaluation la plus récente avant le placement.
2. Les données sur tous les résidents des foyers de soins de longue durée proviennent de l'ICIS et témoignent des notes dans l'échelle CHES de tous les résidents – y compris ceux du milieu et les patients ayant besoin d'un ANS en provenance des hôpitaux – évalués en 2022-2023.

d'un ANS que près de 80 % d'entre eux obtenaient une note égale ou supérieure à 2 dans l'échelle CHES (laquelle permet de mesurer les changements de l'état de santé, les maladies en phase terminale, les signes et les symptômes), conçue pour prédire la mortalité associée à la fragilité et mesurer l'instabilité de la santé (voir la **figure 21**). Compte tenu de nos observations et de nos entretiens avec le personnel dans les foyers de soins de longue durée visités, si certains foyers accueillent des patients ayant besoin d'un ANS qui s'intègrent bien aux résidents du même milieu, d'autres en accueillent qui se montrent fragiles ou dont les besoins sont complexes, ce qui met à l'épreuve les soins prodigués par les foyers et les ressources à leur disposition.

Certes, il incombe aux foyers d'assurer la prestation de soins de qualité aux résidents, mais le Ministère peut exercer une surveillance accrue par le suivi, à l'échelle provinciale, des conséquences des soins sur les patients ayant besoin d'un ANS après leur transition vers un foyer de soins de longue durée. Les tendances

et les constatations dégagées de l'analyse permettraient d'optimiser les décisions prises par le Ministère à l'avenir et de rehausser les politiques et processus. À titre d'exemple, le Ministère pourrait en apprendre davantage sur ce qui suit :

- d'une part, si les patients ayant besoin d'un ANS (notamment ceux qu'on a transférés vers un foyer qu'ils ne privilégiaient pas ou que le coordonnateur des placements a sélectionné pour eux sans leur consentement préalable) subissent de pires conséquences en matière de santé (comme un taux supérieur de réadmission à l'hôpital);
- d'autre part, si le personnel des soins de longue durée nécessite une formation complémentaire ou s'il est apte à prodiguer des soins aux résidents qui étaient naguère des patients ayant besoin d'un ANS dans les hôpitaux et dont la proportion s'accroît, compte tenu des niveaux actuels de dotation en personnel dans les foyers.

RECOMMANDATION 9

Pour que les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins (ANS) qui sont admis dans les foyers de soins de longue durée reçoivent les soins requis et que la population soit mise au courant, le ministère des Soins de longue durée, en collaboration avec SSDMC (Services de soutien à domicile et en milieu communautaire), devrait :

- accroître la transparence quant au recours au projet de loi 7, *Loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins*, par la publication de données exhaustives sur les transferts des patients ayant besoin d'un ANS (comme le nombre et la fréquence des transferts, l'exercice des pouvoirs en vertu de la nouvelle loi et les retombées de ces transferts sur les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et le milieu);
- recueillir des données à propos des conséquences des soins sur les patients ayant besoin d'un ANS qui sont admis dans des foyers de soins de longue durée, puis collaborer avec les foyers à l'analyse des données et établir des améliorations potentielles aux futurs processus d'admission;
- déterminer, de concert avec les foyers, si le personnel des soins de longue durée nécessite une formation complémentaire pour combler les besoins des patients ayant besoin d'un ANS, puis permettre aux foyers d'obtenir une telle formation.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) prend acte de la recommandation formulée par le vérificateur général d'accroître la transparence quant au recours au projet de loi 7, de recueillir des données à propos des conséquences des soins sur les patients ayant besoin d'un ANS qui sont admis dans des foyers de soins de longue durée et de déterminer, de concert avec les foyers, si le personnel des soins de longue durée nécessite une formation complémentaire pour combler les besoins des patients ayant besoin d'un ANS.

En collaboration avec les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC) et le ministère de la Santé, le Ministère examinera les possibilités d'amélioration du processus de placement en misant sur la collecte de données et la transparence, afin d'aider l'ensemble des demandeurs, y compris les patients ayant besoin d'un ANS qui font la transition vers des soins de longue durée et leurs familles ou aidants naturels.

Le Ministère collabore avec les foyers de soins de longue durée, Santé Ontario, les SSDMC et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour recueillir et analyser des données qui permettent une évaluation normalisée et la détermination des améliorations possibles. Les données comprennent des renseignements sur les résidents d'établissements de soins de longue durée qui auraient pu être soignés à domicile, ainsi que sur les préférences, les besoins et les forces des résidents. Certains de ces renseignements sur les résidents sont disponibles en ligne, y compris sur le site Web de l'ICIS et sur la page Web de l'outil Trouver des foyers de soins de longue durée du Ministère.

Pour répondre aux besoins de formation du personnel, le Ministère finance les Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation afin d'éduquer et de former le personnel actuel et futur du secteur des soins de longue durée dans des domaines comme la culture. Le Ministère examine également la possibilité de mettre sur pied un Centre pour la qualité des soins de longue durée qui pourrait fournir un soutien supplémentaire en déterminant et en partageant des pratiques exemplaires pour les foyers ayant exprimé le besoin d'obtenir de la formation pour mieux répondre aux besoins des patients ayant besoin d'un ANS.

La *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi) et le Règlement de l'Ontario 246/22 (le Règlement) exigent que chaque foyer mette en place un plan de soins pour chaque résident. Ces plans sont uniques à chaque résident et mettent l'accent sur ses besoins et ses préférences. Peu importe si la personne vivait auparavant dans la communauté ou si elle a été

transférée de l'hôpital à un établissement de soins de longue durée, des plans de soins sont élaborés pour chaque résident. De plus, la Loi établit des exigences en matière de formation du personnel qui peuvent aider à répondre aux besoins de tous les résidents, y compris ceux qui avaient auparavant besoin d'un ANS — par exemple en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections, la gestion de la douleur, la prévention et la gestion des chutes, les soins de la peau et des plaies, et les soins palliatifs. Le Ministère collaborera avec les foyers dont le personnel a besoin de formation pour répondre aux besoins des patients ayant un ANS et les soutiendra.

4.8 Il faut apporter des changements au financement pour combler les besoins actuels des résidents et améliorer la souplesse de réaction

Comme nous l'avons vu à la **section 2.3**, le gouvernement provincial accorde du financement aux foyers de soins de longue durée selon le modèle de financement du niveau de soins et par un financement supplémentaire direct axé sur certains objectifs de programme. Dans notre examen, nous avons révélé diverses déficiences dans le mode de financement, et le processus doit être amélioré.

4.8.1 Les données permettant de combler les besoins réels des résidents sur le plan des soins n'étaient pas à jour dans le mode de financement

Nous avons constaté que l'essentiel du financement des foyers de soins de longue durée, à savoir l'indemnité quotidienne selon le modèle de financement du niveau de soins, repose sur des données périmées, de sorte que les besoins réels des résidents en matière de soins ne sont pas pris en compte.

Le financement de base au titre du niveau de soins quant aux lits dans les foyers de soins de longue durée

englobe le financement dans plusieurs catégories ou enveloppes. La plus importante de ces catégories, c'est l'enveloppe des soins infirmiers et personnels : celle-ci intervient pour plus de la moitié du financement du niveau de soins que le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) verse à chaque foyer (voir la **figure 22**). L'enveloppe des soins infirmiers et personnels d'un foyer est rajustée chaque année en fonction des affections dont sont atteints les résidents de chaque foyer. On accroît le financement des foyers où les résidents présentent des niveaux de gravité supérieurs (affections aggravées) et on le réduit si leurs niveaux de gravité sont inférieurs, afin que le financement des soins soit en phase avec les besoins en la matière.

Le facteur d'ajustement – appelé indice des groupes clients – est fonction des données sur le niveau de gravité que présentent les résidents. Ces données sont recueillies auprès des foyers. Le facteur d'ajustement a pour objet de représenter le niveau moyen des ressources nécessaires à la prestation des soins aux résidents d'un foyer pendant une année donnée. Or, nous avons constaté que les données dont se sert le Ministère pour calculer l'indice des groupes clients sont fonction des données sur le niveau de gravité que présentent les résidents des foyers, mais que celles-ci datent de deux ans. C'est donc dire qu'elles ne témoignent pas forcément des besoins actuels des résidents, car les affections dont sont atteints ces derniers peuvent évoluer passablement en deux ans. Qui plus est, puisque les résidents séjournent en moyenne de deux à trois ans dans un foyer, il se peut que le Ministère finance les foyers en fonction de l'état de santé de résidents qui ne s'y trouvent plus.

Après avoir comparé l'indice des groupes clients qui a servi à rajuster le financement de 2021-2022 à 2023-2024, nous avons constaté que l'indice peut fluctuer grandement en ce qui concerne certains foyers, la hausse à cet égard pouvant atteindre jusqu'à 18 % dans un foyer et se situer à 5 % ou plus dans plus de 40 foyers au cours de l'intervalle de deux ans. Les baisses relatives à l'indice des groupes clients sont limitées à 5 % par année, puisque le Ministère a imposé un « seuil de stabilité » afin d'amoindrir les retombées

Figure 22 : Enveloppes de financement de base de l'indemnité quotidienne selon le modèle de financement du niveau de soins, au 1^{er} avril 2023

Source des données : ministère des Soins de longue durée

Catégorie ou enveloppe de financement	Portée	Tarif de l'indemnité quotidienne (en \$, pour chaque résident)
Soins infirmiers et personnels¹	- Personnel chargé des soins directs - Fournitures et équipement pour la prestation des soins	105,96
Services des programmes et services de soutien	- Personnel du programme - Équipement lié aux programmes - Thérapies suivies par les résidents	12,48
Soutien nutritionnel²	- Aliments crus - Suppléments nutritionnels	12,07
Autres accommodements³	- Services d'entretien ménager - Exploitation et entretien des immeubles et des propriétés - Services alimentaires - Buanderie et linge - Services généraux et administratifs	57,65
Total		188,16

Note : Les montants de l'indemnité quotidienne n'englobent pas l'affectation d'un montant supplémentaire par foyer, qu'on qualifie d'indemnité quotidienne générale. Les foyers de soins de longue durée peuvent recourir aux fonds excédentaires de chaque enveloppe pour équilibrer les dépenses entre enveloppes, si besoin est. Certaines restrictions s'appliquent (par exemple, les foyers ne peuvent réaffecter les fonds excédentaires des autres enveloppes à l'enveloppe Autres accommodements).

1. L'indemnité quotidienne de chaque foyer est rajustée au moyen de l'indice des groupes clients, lequel correspond au niveau de gravité moyen que présentent les résidents du foyer au cours d'une année donnée. Seule une partie de l'indemnité quotidienne (103,80 \$ pour chaque résident) fait l'objet du rajustement.
2. À l'exclusion des coûts liés aux autres programmes alimentaires et du coût de préparation des aliments.
3. Dont 0,37 \$ sert à financer la prime d'atteinte de la qualité, laquelle peut faire l'objet d'un recouvrement intégral si les foyers dérogent aux conditions d'agrément.

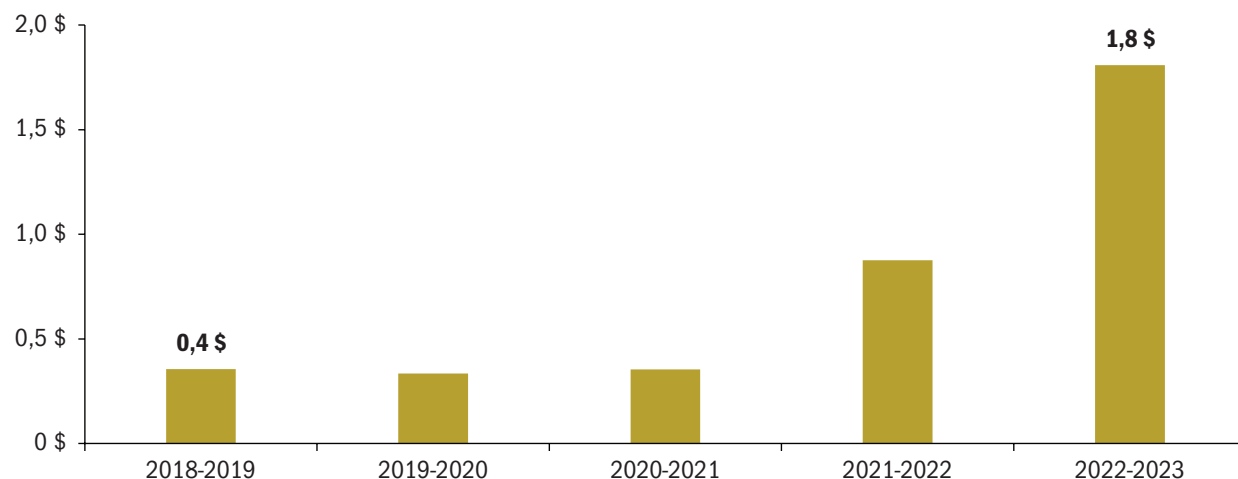
et d'éviter que les foyers soient défavorisés à outrance sur le plan financier au cours d'une année donnée. D'après l'indemnité quotidienne selon le modèle de financement du niveau de soins (voir la **figure 22**), une baisse de 1 % à l'indice des groupes clients entraîne une baisse de financement de 1,04 \$ pour chaque résident par jour. Pour un foyer qui comporte 100 lits, une majoration de 18 % de l'indice des groupes clients se traduit par une majoration d'à peu près 680 000 \$ du financement annuel du niveau de soins. Les fluctuations que nous avons observées témoignent de la nécessité de recourir à des données mises à jour dans l'établissement du financement des foyers en particulier.

Outre les besoins courants en soins des résidents qui ne sont pas pris en compte, les parties prenantes s'inquiètent de l'éventualité d'un effet dissuasif causé

par le modèle actuel de financement sur l'amélioration par les foyers des soins prodigués aux résidents et des conséquences chez ces derniers. Par exemple, si un foyer met en œuvre des programmes ou des pratiques efficaces qui ont pour effet d'améliorer les services rendus aux résidents et leur qualité de vie, le niveau de gravité constaté chez ces derniers peut également fléchir en conséquence. Autrement dit, l'indice des groupes clients de ce foyer serait également en baisse, d'où par ricochet une diminution du financement accordé par le Ministère. C'est donc dire que le foyer qui améliore les soins prodigués à ses résidents recevrait, comme conséquence inattendue, moins de financement. Le foyer qui souhaite voir son financement maintenu ou accru n'aurait aucunement intérêt à améliorer les soins prodigués aux résidents et les conséquences chez ces derniers. Au fil de nos visites

Figure 23 : Financement provincial accordé aux soins de longue durée au moyen d'initiatives de financement direct, de 2018-2019 à 2022-2023 (en milliards de dollars)

Source des données : ministère des Soins de longue durée



Note : La figure comprend les initiatives financées par le ministère des Soins de longue durée, sauf celles liées à la pandémie de COVID-19 de 2019-2020 à 2022-2023.

dans les foyers et de nos entretiens avec les parties prenantes, nous avons constaté que dans certains foyers, on avait retenu les services d'experts-conseils en vue d'optimiser l'indice des groupes clients et de maximiser le financement.

Selon ce que nous avons relevé, de telles inquiétudes – le manque de délais et l'effet dissuasif de l'indice des groupes clients – sont également signalées dans l'étude sur la dotation en personnel publiée en 2020 par le Ministère. De fait, le Ministère en est à évaluer son modèle de financement et il attend d'ici la fin de 2023 les recommandations formulées par un groupe consultatif technique pour en faire l'examen.

4.8.2 Les foyers de soins de longue durée se sont heurtés à des obstacles lorsqu'il leur fallait naviguer dans les initiatives de financement et y accéder

Outre les fonds consentis selon le modèle de financement du niveau de soins (voir la **section 4.8.1**), le Ministère accorde des fonds supplémentaires aux foyers de soins de longue durée dans le cadre d'une

vaste gamme d'initiatives de financement axées sur les enjeux et dépenses des foyers en particulier. Au cours des cinq dernières années, les initiatives de financement direct du Ministère ont bondi de plus de 400 % pour passer de 0,4 milliard de dollars en 2018-2019 à 1,8 milliard de dollars en 2022-2023, à l'exclusion du financement lié à la pandémie de COVID-19 (voir la **figure 23**). Toutefois, aux yeux des foyers, il se révèle difficile et, sur le plan administratif, fastidieux de naviguer dans ces initiatives et d'y accéder, ce qui risque de nuire à l'adoption de ces initiatives et d'en amoindrir la performance ou d'en contrecarrer l'objectif.

Il était difficile de naviguer dans les renseignements sur le financement

Le Ministère compte actuellement plus de 40 initiatives de financement direct. Selon ce que nous avons constaté, les foyers de soins de longue durée n'ont accès ni à des renseignements exhaustifs sur le financement ni à une liste unique faisant autorité à propos des initiatives de financement. Certes, les foyers sont mis au courant des initiatives dès qu'elles

sont créées et ils peuvent trouver la documentation sur le financement dans le portail des foyers de soins de longue durée du Ministère (ltchomes.net), mais les renseignements pertinents sont également intégrés à de nombreux autres documents techniques, annonces et pièces de correspondance, ce qui en complique l'accès. Dans certains foyers visités, nous avons appris qu'il était difficile de naviguer dans les renseignements et d'établir si certaines initiatives étaient toujours en vigueur parce que les initiatives sont très nombreuses et que les renseignements ne sont ni centralisés ni structurés.

L'administration du fonds était complexe

Certaines des plus de 40 initiatives de financement direct du Ministère sont fondées sur les demandes de remboursement ou nécessitent une demande de financement. Cependant, dans la plupart des initiatives, le Ministère attribue des fonds aux foyers sans exiger d'eux la présentation d'une demande de financement. Toutefois, avant de recourir aux fonds attribués, les foyers doivent d'abord déterminer s'ils satisfont aux critères d'admissibilité de chaque initiative de financement, pour ensuite tenir à jour la documentation requise et discerner les obligations redditionnelles liées à chaque initiative dans les rapports qu'ils présentent chaque année au Ministère. Dans le cas d'un foyer qui ne satisfait pas à tous les critères, le Ministère récupérera le financement après le stade du rapprochement et du règlement, à savoir des années plus tard (voir la **section 4.8.3**).

Puisque chaque initiative de financement a des critères d'admissibilité, des échéanciers et des obligations documentaires et redditionnelles qui lui sont propres, les foyers doivent consacrer beaucoup de temps et d'efforts pour accéder aux fonds qui s'y rapportent. Au fil de nos entretiens dans les foyers de soins de longue durée et auprès des groupes de parties prenantes, nous avons appris que le système de financement est complexe et qu'il comporte un fardeau administratif. Ce sont les petits foyers qui écopedent le plus, car ils n'ont pas accès aux ressources administratives dans la même mesure que les grands foyers ou ceux qui font partie d'une chaîne.

Les initiatives de financement étaient restreintes et leur participation était inconnue

Nous avons constaté que le Ministère n'a pas fait de façon constante l'analyse systématique de la participation à ses initiatives de financement pour en apprendre sur les foyers qui en ont bénéficié, ceux qui n'en ont pas bénéficié et les raisons de cet état de choses. Or, une telle analyse est nécessaire pour permettre au Ministère d'établir si les initiatives ont atteint les objectifs attendus (accorder un financement complémentaire aux foyers dans le besoin) et les obstacles (si elles en comportent) qui empêchent les foyers d'en tirer parti. Le Ministère a indiqué que l'exécution d'une telle analyse se trouve notamment entravée par le retard au stade du rapprochement et du règlement auprès des foyers de soins de longue durée (voir la **section 4.8.3**).

Au fil de nos entretiens dans les foyers visités et de notre examen des politiques ou de la documentation ayant trait aux initiatives, nous avons décelé des limites éventuelles de conception dans certaines initiatives de financement, ce qui a empêché les foyers de tirer parti des fonds s'y rapportant. Par exemple :

- Le **Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux** consiste en un programme fondé sur les demandes de remboursement et qui a pour objet la prestation d'un financement supplémentaire en lien avec les résidents aux besoins actifs ou intensifs en matière de soins. Après avoir examiné les dossiers du Ministère s'y rapportant, nous avons constaté qu'en cinq ans, d'avril 2018 à mars 2023, le Ministère a refusé 24 % des montants réclamés par les foyers. Le motif lié à plus de la moitié des demandes refusées, c'est que les foyers n'avaient pas rempli correctement les formulaires. Nous avons obtenu confirmation de cet état de choses au fil de nos entretiens dans les foyers visités. On nous a appris que leurs demandes de financement avaient été rejetées parce que le formulaire n'avait pas été rempli correctement. Or, à cet égard, les critères appliqués par le Ministère semblaient incohérents (à titre d'exemple, un formulaire rempli de la même façon pouvait être rejeté ou approuvé à diverses occasions).

- Le **Programme pour la santé et le bien-être des résidents** permet d'accorder des fonds aux foyers afin qu'ils élargissent l'accès des résidents aux services de soutien social. Lorsqu'on en a fait l'annonce, il ne restait que trois mois à l'exercice 2022-2023. C'est donc dire qu'un foyer qui n'avait pas doté cette fonction en personnel devait procéder à une embauche dans les trois mois (à savoir avant la fin de l'exercice), faute de quoi le Ministère procéderait à la récupération du montant. En raison du court délai d'exécution qui était imposé aux foyers, leur aptitude à recourir au financement aux termes de ce programme dans sa première année s'en est trouvée restreinte.
- L'**initiative Formez vos propres infirmières praticiennes** a été lancée afin de consentir aux foyers des fonds complémentaires leur permettant d'embaucher du personnel infirmier praticien. Dans le cadre de cette initiative, les foyers devaient d'abord procéder aux embauches pour ensuite présenter une demande de financement. Les parties prenantes nous ont appris que les foyers ne voulaient pas courir le risque financier lié à l'embauche de personnel lorsque le financement destiné à sa rémunération était incertain. Nous avons constaté que le Ministère a accordé aux foyers une marge de manœuvre accrue relativement à cette initiative au cours de sa deuxième année.
- Le **Fonds pour les priorités locales** permet d'accorder du financement à certains foyers pour assumer les coûts du personnel, de l'équipement et des services spécialisés requis afin de subvenir aux besoins des personnes qui nécessitent des soins spécialisés. Dans un foyer visité, nous avons appris que la demande de financement pour l'achat d'équipement avait été approuvée, mais qu'on ne pouvait recourir au montant total approuvé, faute de pouvoir obtenir l'équipement dans le court échéancier autorisé aux termes de la politique de financement.

Depuis 2020-2021, le Ministère a bonifié le financement qu'il accorde en lien avec les soins de

longue durée pour permettre aux foyers de rehausser la qualité des soins prodigués, les sommes les plus considérables à ce chapitre étant investies dans les initiatives de dotation en personnel. Il importe que le Ministère analyse en temps voulu le recours aux initiatives de financement afin de déterminer si les problèmes de dotation en personnel dans chaque foyer et à l'échelle du secteur sont résolus de façon performante grâce aux fonds consentis (voir les **sections 4.1 et 4.2** pour ce qui est des problèmes de dotation en personnel).

4.8.3 Le Ministère accusait un retard de près de cinq ans dans le règlement des finances des foyers

Par l'intermédiaire de Santé Ontario, le Ministère octroie des fonds aux foyers d'après des estimations. Pour déterminer le montant réel du financement auquel le foyer a droit, celui-ci doit soumettre au Ministère un rapport annuel audité qui comporte des données détaillées sur ses recettes et dépenses réelles au cours de l'année. Le Ministère procède au rapprochement de ces données, après quoi il demande au foyer le remboursement des trop-perçus ou lui accorde des fonds supplémentaires en cas de moins-perçus. Maintenant, si le règlement se faisait en temps voulu, cela permettrait aux foyers de gérer leurs flux de trésorerie, notamment en situation de moins-perçus.

Or, selon ce que nous avons constaté, le Ministère accusait un retard considérable dans le rapprochement et le règlement ayant trait aux foyers de soins de longue durée. C'est ainsi qu'en juillet 2023, à titre cumulatif, le Ministère avait mené à bien les rapprochements seulement jusqu'à l'année civile 2018. Pareille situation a occasionné des retards, d'une part, dans le recouvrement d'une somme d'à peu près 30 millions de dollars auprès des foyers pour cause de trop-perçus et, d'autre part, dans l'octroi d'une somme de quelque 3 millions de dollars aux foyers pour cause de moins-perçus. Le Ministère a mentionné qu'il avait bonifié le personnel de quatre membres dans l'optique d'éliminer l'arriéré et qu'il comptait mener à bien d'ici mars 2024 les rapprochements jusqu'à l'année

civile 2021. Au début d'octobre 2023, à titre cumulatif, le Ministère a précisé qu'il avait mené à bien presque tous les rapprochements jusqu'à l'année civile 2019, mais qu'il lui restait encore à mener à bien ceux à partir de l'année civile 2020.

RECOMMANDATION 10

Pour que le financement soit en phase avec les besoins des résidents en matière de soins et accessible aux foyers de soins de longue durée, le ministère des Soins de longue durée devrait :

- mener à bien son évaluation du modèle de financement du niveau de soins, avec la participation des foyers, et y apporter des changements afin que le financement soit fonction des besoins réels des résidents en matière de soins, sans dissuader les foyers d'amoindrir l'affection dont sont atteints les résidents;
- analyser la participation aux divers volets de financement direct, consulter les foyers afin d'établir les raisons pour lesquelles ceux-ci ne tirent pas parti des programmes de financement, puis trouver des moyens par lesquels élargir l'accès aux programmes des foyers qui en ont besoin;
- éliminer l'arriéré relatif aux rapprochements et aux règlements annuels.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) prend acte de la recommandation formulée par le vérificateur général de mener à bien son évaluation du modèle de financement du niveau de soins, d'analyser la participation aux divers volets de financement direct et d'éliminer l'arriéré relatif aux rapprochements et aux règlements annuels.

Le Ministère assure un suivi permanent du modèle de financement et examine les possibilités d'améliorer la façon dont le modèle contribue à rehausser la qualité des soins aux résidents.

Le Ministère tient des consultations avec un groupe consultatif technique composé de foyers de soins de longue durée et d'autres intervenants du secteur afin de se pencher sur le financement du niveau de soins, et il présentera des recommandations à prendre en considération pour s'assurer que les besoins actuels en matière de soins aux résidents sont satisfaits. De plus, le groupe consultatif formulera des recommandations relatives aux volets de financement, comme le Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux. Ces travaux éclaireront les changements apportés aux programmes visant à s'assurer que les programmes sont accessibles à ceux qui en ont besoin.

Le Ministère continue de faire des investissements importants pouvant atteindre 4,9 milliards de dollars en matière de dotation et de soutiens spécialisés, à titre de complément aux investissements continus dans le modèle de financement du niveau de soins. De plus, le Ministère étudie, de concert avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), la mise en œuvre éventuelle du nouvel outil d'évaluation pour soins de longue durée en établissement (ESLDE) interRAI dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario. Ce nouvel outil devrait réduire le fardeau administratif et améliorer la collecte de données sur les soins aux résidents. Le Ministère collaborera avec ses partenaires pour examiner les possibilités de s'assurer que le financement est fondé sur des données plus récentes sur les soins aux résidents et a l'intention d'entreprendre un examen de ses postes de financement en dotation, afin de les rationaliser et de les clarifier. On envisagera également d'accorder une marge de manœuvre appropriée en matière de financement pour appuyer l'embauche d'un plus grand nombre d'employés dans le secteur des soins de longue durée.

Le Ministère fait également d'importants progrès en accélérant le processus annuel de rapprochement en vue d'éliminer l'arriéré, et il s'est engagé à améliorer le choix du moment des travaux à l'avenir.

4.9 Faute de clarté, le cadre de responsabilisation n'était pas propice au suivi performant des foyers de soins de longue durée

Le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) et Santé Ontario exercent en commun des pouvoirs de financement et de responsabilisation relativement aux soins de longue durée en vertu de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*. Le cadre de responsabilisation est décrit dans l'entente de responsabilisation conclue entre le Ministère et Santé Ontario. Aux termes de cette entente, Santé Ontario a l'obligation générale de gérer le réseau des soins de longue durée et les résultats obtenus dans les foyers, de fournir le financement et d'en faire le rapprochement, et de mettre en œuvre les priorités provinciales. Or, nous avons constaté que Santé Ontario exerce concrètement des pouvoirs restreints en ce qui touche le secteur des soins de longue durée et qu'il y a matière à amélioration quant au suivi des résultats obtenus dans les foyers de soins de longue durée.

4.9.1 Les indicateurs névralgiques n'étaient pas forcément assortis d'objectifs

En vertu de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*, Santé Ontario a l'obligation de conclure des ententes de responsabilisation avec les foyers de soins de longue durée. Les ententes de responsabilisation tiennent les foyers responsables quant aux attentes sur les plans du fonctionnement, des résultats obtenus et du financement. Toutefois, nous avons constaté qu'elles ne comportent pas d'objectifs en lien avec la plupart des indicateurs.

Les ententes de responsabilisation en matière de services comportent neuf indicateurs, lesquels forment trois catégories (**figure 24**). Or, seuls les indicateurs des résultats, lesquels permettent de mesurer la solidité financière des foyers, sont assortis d'objectifs. Aux termes de l'entente, les autres indicateurs interviennent dans le suivi de l'évolution ou les explications, d'où l'absence d'objectifs. Ces indicateurs du suivi de l'évolution ou des explications comportent des mesures des résultats obtenus par les foyers quant à

Figure 24 : Indicateurs névralgiques des foyers de soins de longue durée

Source des données : Santé Ontario

Catégorie	Indicateur	Type d'indicateur	Objectif
Solidité organisationnelle et finances	Ratio de couverture du service de la dette	Rendement	1
	Marge totale	Rendement	0
Coordination et accès	Pourcentage de jours-résidents – long séjour	Explicatif	s.o.*
	Période d'attente à partir de l'établissement de l'admissibilité par Services de soutien à domicile et en milieu communautaire jusqu'à l'obtention de la réponse du foyer de soins de longue durée	Surveillance	s.o.*
	Taux de refus des foyers de soins de longue durée	Explicatif	s.o.*
Qualité et sécurité des résidents	Pourcentage de résidents ayant fait une chute au cours des 30 derniers jours	Surveillance	s.o.*
	Pourcentage de résidents dont les plaies de pression se sont aggravées	Surveillance	s.o.*
	Pourcentage de résidents sans diagnostic de psychose qui prennent des médicaments antipsychotiques	Surveillance	s.o.*
	Pourcentage de résidents quotidiennement en situation de contention physique	Surveillance	s.o.*

* Ces indicateurs ne comportent pas d'objectif à atteindre.

la sécurité des résidents et à la qualité des soins qui leur sont prodigués.

Nous avons constaté que Santé Ontario rend compte publiquement de plusieurs mesures des résultats obtenus par les foyers de soins de longue durée (voir la **section 4.5.3**). On recommande également aux foyers de soins de longue durée l'intégration d'une liste supplémentaire d'indicateurs prioritaires à leurs programmes d'amélioration de la qualité. Toutefois, faute d'objectifs en lien avec les indicateurs névralgiques, l'aptitude de Santé Ontario à suivre concrètement l'évolution des foyers et à les responsabiliser relativement aux résultats qu'ils obtiennent dans les domaines cruciaux, comme la qualité des soins et la sécurité des résidents, s'en trouve restreinte.

RECOMMANDATION 11

Pour que les foyers de soins de longue durée répondent aux attentes relativement au fonctionnement, aux résultats obtenus et au financement, Santé Ontario devrait :

- actualiser les indicateurs dans ses ententes de responsabilisation conclues avec les foyers de soins de longue durée relativement aux services pour y inclure des objectifs en matière de résultats, notamment en ce qui touche la qualité des soins et la sécurité des résidents;
- suivre l'évolution des résultats obtenus par les foyers de soins de longue durée par rapport aux objectifs, et exercer en temps voulu le suivi des foyers qui n'atteignent pas les objectifs ou dont les résultats ont constamment régressé.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à la recommandation du vérificateur général. Santé Ontario examinera et établira des objectifs et des corridors en matière de rendement relativement à l'établissement d'indicateurs de qualité et de sécurité appropriés et pertinents dans le cadre du prochain cycle de renouvellement des ententes de responsabilisation en matière de services de soins de longue

durée, dont la mise en œuvre est prévue pour le 1^{er} avril 2025. Santé Ontario mettra également en place d'ici le 1^{er} avril 2025 un mécanisme permettant de cerner et de surveiller les foyers de soins de longue durée dont le rendement ne correspond pas aux corridors établis.

4.9.2 Les responsabilités réelles des acteurs névralgiques n'étaient pas en phase avec leur rôle, défini aux termes de l'entente de responsabilisation

Santé Ontario exerçait des pouvoirs restreints en matière de financement

Le Ministère et Santé Ontario exercent en commun des pouvoirs de financement et de responsabilisation relativement aux soins de longue durée en vertu de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*. Le cadre de responsabilisation est décrit dans l'entente de responsabilisation conclue entre le Ministère et Santé Ontario. Aux termes de cette entente, Santé Ontario a l'obligation générale de fournir le financement et d'en faire le rapprochement. Bien que Santé Ontario soit techniquement la principale source de financement des foyers de soins de longue durée, la prise de décisions et l'administration quant au financement du niveau de soins et des initiatives spéciales relèvent essentiellement du Ministère.

Le Ministère informe Santé Ontario du montant à avancer aux foyers, puis effectue les rapprochements pour valider les dépenses des foyers et déterminer les montants de règlement (à savoir les montants à recouvrer en cas de trop-perçus, et vice versa), selon ce qui est décrit à la **section 4.8.3**. En ce qui concerne les quelques programmes de financement que Santé Ontario est chargé d'administrer directement (comme le Fonds pour les priorités locales et le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement), Santé Ontario maintiendra les ententes de responsabilisation en matière de services avec les foyers en cause, mais les décisions de financement feront l'objet au bout du compte de l'approbation du Ministère. Puisque ses pouvoirs et sa participation au processus de

financement sont faibles, Santé Ontario n'est pas en mesure de tenir les foyers responsables de la satisfaction aux attentes en matière de financement.

Les objectifs de rendement étaient limités pour Santé Ontario

Aux termes de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*, l'entente de responsabilisation conclue entre le ministère des Soins de longue durée et Santé Ontario doit comporter des buts et objectifs à atteindre par Santé Ontario en matière de résultats, ainsi que des normes et objectifs permettant de mesurer les résultats de l'organisme. Après avoir examiné l'entente de responsabilisation en vigueur, nous avons constaté qu'elle comporte un seul indicateur de résultat, lequel se rapporte à la période d'attente d'un placement en foyer de soins de longue durée. Bien que Santé Ontario contribue au rendement global du système en matière de temps d'attente, l'évaluation et le placement dans les foyers de soins de longue durée sont une activité dont l'exécution relève principalement des Services de soutien à domicile et en milieu communautaire. L'entente de responsabilisation ne comporte pas d'autres indicateurs de rendement pour Santé Ontario.

RECOMMANDATION 12

Pour que les responsabilités en matière de suivi soient clairement définies et exécutées, le ministère des Soins de longue durée devrait, en collaboration avec Santé Ontario :

- examiner l'entente de responsabilisation conclue entre les deux parties, puis l'actualiser afin que les responsabilités névralgiques en matière de suivi (comme en ce qui touche le financement et les résultats obtenus) soient clairement définies et que le cadre s'appuie sur des pouvoirs et des processus;
- établir des buts et objectifs de rendement afin de déterminer la mesure dans laquelle Santé Ontario s'acquitte de ses responsabilités aux termes de l'entente.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Soins de longue durée (le Ministère) prend acte de la recommandation formulée par le vérificateur général d'examiner et d'actualiser l'entente de responsabilisation, et d'établir des buts et objectifs afin de mesurer le rendement de Santé Ontario.

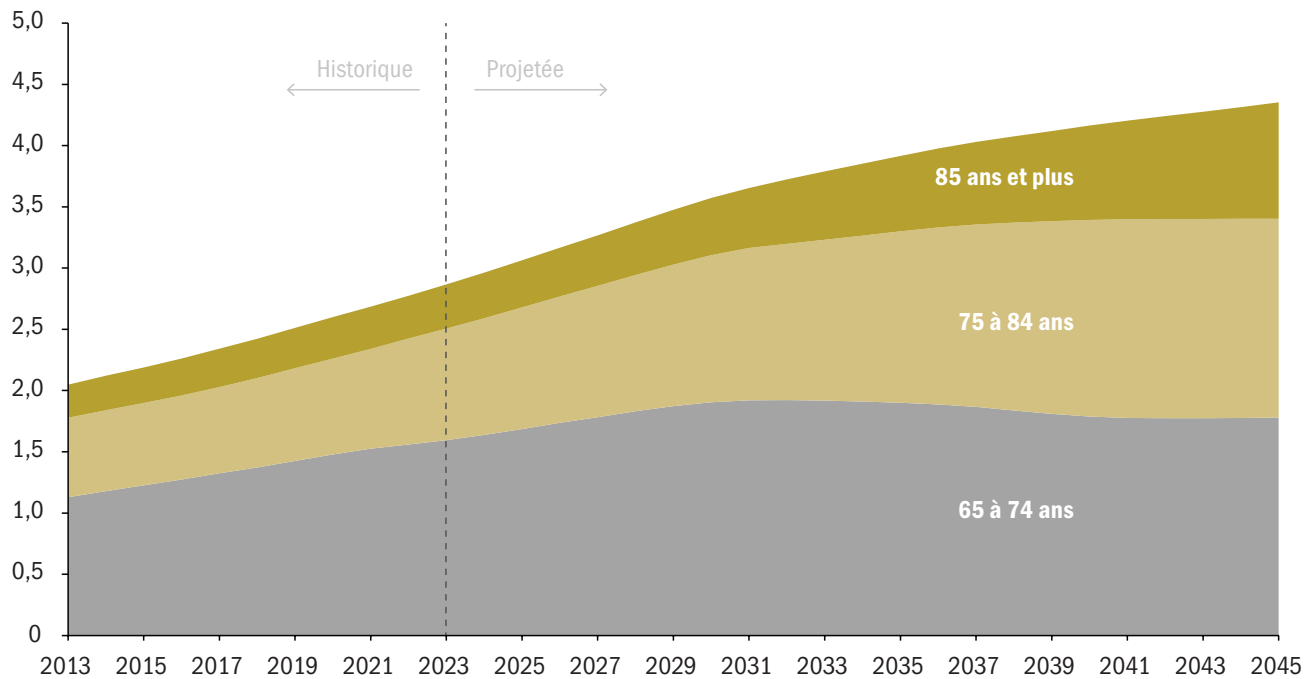
Le Ministère a établi une solide relation de collaboration avec Santé Ontario, ce qui est essentiel pour relever les défis systémiques et de longue date auxquels fait face le secteur des soins de longue durée afin que chaque résident puisse profiter de la meilleure qualité de vie possible, grâce à des soins sécuritaires et de grande qualité. Le Ministère est déterminé à renforcer davantage ce partenariat. Plus précisément, le Ministère et Santé Ontario ont amorcé le processus d'actualisation de l'entente de responsabilisation conclue entre Santé Ontario et le ministère des Soins de longue durée, afin de tenir compte de l'évolution et de la métamorphose des rôles des deux parties, et de veiller à ce que les responsabilités et les obligations redditionnelles soient clairement définies. Dans le cadre de ces travaux, le Ministère collabore avec Santé Ontario pour examiner et actualiser les indicateurs de rendement utilisés pour mesurer et surveiller le rendement de Santé Ontario.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à la recommandation du vérificateur général. Santé Ontario collabore avec le Ministère à l'examen et à l'actualisation de l'entente de responsabilisation conclue entre le ministère des Soins de longue durée et Santé Ontario, afin d'y inclure une définition plus claire des responsabilités qui s'appuie sur des pouvoirs et des processus. Les indicateurs et les objectifs de mesure du rendement de Santé Ontario dans l'exécution de ses obligations redditionnelles énoncées dans l'entente de responsabilisation feront partie du processus d'examen et d'actualisation. L'entente de responsabilisation de 2024-2027 devrait prendre fin d'ici le 31 mars 2024.

Annexe 1 : Répartition par âge des aînés en Ontario, 2013-2045 (en millions)

Sources des données : Statistique Canada et ministère des Finances



Annexe 2 : Critères d'audit

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

1. Les foyers de soins de longue durée bénéficient d'une dotation en personnel stable et adéquate, d'un agencement opportun de ressources et de programmes bien établis afin que les résidents soient en sécurité et que les soins et services à leur disposition soient de grande qualité et combler leurs besoins.
2. Les foyers de soins de longue durée comptent de judicieux processus d'embauche et de formation grâce auxquels les gestionnaires et le personnel sont compétents, possèdent les qualifications voulues et suivent la formation appropriée en vue de combler les besoins des résidents.
3. Les résidents des divers foyers de soins de longue durée bénéficient de soins et de services à des niveaux équitables, nonobstant la taille du foyer, son emplacement et son type (à but lucratif, sans but lucratif ou municipal).
4. Les modes de financement permettent de combler adéquatement les divers besoins dans les foyers de soins de longue durée et chez les résidents et s'adaptent en temps voulu à l'évolution des besoins. De plus, des processus sont en place pour valider l'admissibilité des dépenses des foyers.
5. L'analytique et les mesures des résultats qui sont mises en place conviennent et servent à faire le suivi de l'évolution des activités dans les foyers et à y déceler les secteurs où une amélioration continue s'impose. Les résultats sont rendus publics et, si des problèmes sont détectés, des mesures correctives sont prises en temps voulu.

Annexe 3 : Foyers de soins de longue durée visités

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Type	Nom	Taille ¹	Ville/village
À but lucratif	Milieu de soins de Muskoka Shores	Grande	Grand Sudbury
	Camilla Care Community	Grande	North York
	Roberta Place	Moyenne	Barrie
	Park Lane Terrace	Moyenne	Paris
	Port Perry Place	Moyenne	Port Perry
	Milieu de soins de Creedan Valley	Petite	Creemore
	Foyer de soins infirmiers King City Lodge	Petite	King City
Sans but lucratif	Kensington Gardens	Grande	Toronto
	Centre de soins de longue durée West Park	Grande	Toronto
	Providence Manor	Grande	Kingston
	Centre de soins ukraino-canadien ²	Moyenne	Etobicoke
	Centre des aînés Villa Colombo	Moyenne	Vaughan
	Yee Hong Centre – Scarborough McNicoll ²	Moyenne	Scarborough
Municipal	Seven Oaks	Grande	Scarborough
	Centre John M. Parrott	Grande	Napanee
	Centre de soins de longue durée Tall Pines	Moyenne	Brampton
	Elgin Manor	Petite	St. Thomas
Premières Nations	Foyer de soins infirmiers Iroquois Lodge ²	Petite	Ohsweken

1. Les foyers de petite taille ont 96 lits ou moins; ceux de taille moyenne ont plus de 96 lits, mais moins de 161 lits; et ceux de grande taille ont 161 lits ou plus.

2. Le foyer comble les besoins de résidents issus d'une culture en particulier.