

3.03—Services communautaires de santé mentale

CONTEXTE

En 1976, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a commencé à financer des services de santé mentale communautaires afin de répondre à un besoin croissant de services communautaires. Des paiements de transfert sont versés à des organismes communautaires ou des hôpitaux généraux dans le cadre du Programme intégré de soins de santé du ministère, pour que ceux-ci puissent offrir des programmes de services communautaires de santé mentale et pour aider à couvrir les coûts des honoraires à la séance, des foyers de soins spéciaux et des autres types de logement avec services de soutien. Les programmes et services financés comprennent les équipes communautaires de traitement actif, le logement, la réadaptation sociale, l'aide à la formation professionnelle, la gestion des cas, les interventions en cas de crise, les programmes de traitement de jour, la déjudiciarisation, les cliniques, l'auto-assistance et la prévention. Ces programmes visent surtout à répondre aux besoins des personnes de 16 ans et plus qui souffrent d'une maladie mentale grave.

La *Loi sur le ministère de la Santé*, la *Loi sur la santé mentale*, la *Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui*, la *Loi sur le consentement aux soins de santé* et la *Loi sur les foyers de soins spéciaux* régissent tous certains aspects des programmes communautaires de santé mentale financés par le ministère. En 1999, le ministère a diffusé *Franchir les étapes*, qui énonce la stratégie triennale du ministère pour « la restructuration tant attendue du système de santé mentale et donc la réforme des services qui en relèvent ».

Selon le ministère, « la réforme du système de santé mentale a pour but de créer des systèmes de soins locaux donnant accès à une vaste gamme de services et de soutiens cliniques communautaires. Le système donnera des choix aux personnes atteintes de maladie mentale. Il leur permettra d'établir et d'atteindre des objectifs personnels et d'acquérir les compétences et les ressources dont elles ont besoin pour vivre de façon autonome et pour assurer leur mieux-être. »

D'après *Franchir les étapes* (1999), les services communautaires de santé mentale s'adressent en priorité aux personnes ayant une maladie mentale grave. Selon le ministère, « le facteur essentiel pris en considération est le degré d'invalidité d'une personne et le danger qu'elle présente pour elle-même et pour autrui à cause d'un trouble diagnostiqué. » Au moment de notre vérification, le ministère estimait à 300 000, soit environ 2,5 % de la population ontarienne, le nombre de personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

Les modifications apportées en décembre 2000 à la *Loi sur la santé mentale et la Loi sur le consentement aux soins de santé* par la « Loi Brian » étendaient les critères d'évaluation et de détention en cure obligatoire aux malades mentaux chroniques et permettaient aux membres de leur famille et aux professionnels de la santé d'intervenir plus tôt dans le processus.

En 2001-2002, le ministère a affecté quelque 390 millions de dollars sous forme de paiements de transfert aux services communautaires de santé mentale.

OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

Notre vérification des services communautaires de santé mentale visait à déterminer :

- si le ministère avait défini ses attentes face aux services communautaires de santé mentale et si des procédures adéquates avaient été mises en place pour s'assurer que les services financés par le ministère répondaient à ces attentes;
- si les ressources étaient acquises et gérées dans le respect des principes d'économie et d'efficience.

Dans le cadre de notre vérification, nous avons examiné les politiques et procédures administratives ainsi que les dossiers pertinents et interviewé des membres du personnel au bureau principal et dans trois des sept bureaux régionaux du ministère. Nous avons également visité un certain nombre d'organismes communautaires de santé mentale afin de mieux comprendre les services offerts et les procédures pertinentes et de confirmer l'information fournie par le ministère.

Nous avons mené notre vérification dans le respect des normes relatives aux missions de certification, notamment l'optimisation des ressources et la conformité, établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Par conséquent, nous avons eu recours aux contrôles et autres procédés de vérification jugés nécessaires dans les circonstances. Avant de commencer notre vérification, nous avons cerné les critères qui serviraient à déterminer si nos objectifs avaient été atteints. Ces critères ont été examinés et acceptés par les cadres supérieurs du ministère et se rapportent aux systèmes, politiques et procédures que le ministère devrait avoir en place.

Nous avons terminé le gros de notre vérification en avril 2002. Nous n'avons pas compté sur la Direction des services de vérification interne du ministère pour réduire l'ampleur de notre travail parce que ses travaux portant sur les services communautaires de santé mentale n'étaient pas assez récents pour avoir un impact sur notre vérification.

CONCLUSIONS GLOBALES DE LA VÉRIFICATION

Depuis 1988, le ministère a réalisé de nombreuses études sur l'orientation future du système de santé mentale de l'Ontario. Depuis 1993, il met l'accent sur les besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Le document stratégique du ministère, *Franchir les étapes* (1999), énonce les caractéristiques du système restructuré de santé mentale, les priorités de mise en oeuvre, les exigences et définitions de base, en plus de contenir des descriptions fonctionnelles des modèles de programme spécifiques.

Plusieurs des préoccupations fondamentales soulevées dans nos vérifications des 15 dernières années n'ont pas donné lieu à des mesures correctives exhaustives. En particulier, nous avons découvert que, sauf dans le cas des équipes communautaires de traitement actif, le ministère n'avait pas encore clairement défini ses attentes face aux services communautaires de santé mentale et qu'il n'avait pas assez d'information pour déterminer si les malades mentaux recevaient des soins adéquats et si les fonds fournis par le ministère au titre des services communautaires de santé mentale étaient dépensés avec prudence. Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- En règle générale, le ministère n'avait ni normes ni mesures de rendement pour les services communautaires de santé mentale et ne disposait que d'une information limitée pour déterminer si les ressources communautaires étaient utilisées de manière efficiente et efficace.
- Le ministère ne disposait pas d'une information adéquate sur le nombre de personnes recevant ou attendant des services communautaires de santé mentale ni sur les délais d'accès à ces services, ce qui limitait sa capacité à déterminer si des services suffisants et appropriés étaient disponibles pour répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves.
- Dans de nombreuses régions de la province, il n'y a pas encore de source d'information détaillée sur les services de santé mentale disponibles ou sur la façon d'y accéder. Qui plus est, il y a peu de coordination entre les prestataires des services.
- Le ministère n'a pas déterminé le nombre ou le type de places requises pour répondre aux besoins des personnes ayant une maladie mentale grave, ni si les logements existants répondent aux besoins des personnes logées.
- Le ministère n'a déterminé ni le nombre ni l'emplacement des équipes communautaires de traitement actif nécessaires pour offrir un soutien adéquat aux

personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves et persistants, ni le niveau de services moins intensifs requis pour répondre aux besoins des personnes qui n'ont plus besoin d'un traitement communautaire actif.

En ce qui concerne l'acquisition et la gestion des ressources dans le respect des principes d'économie et d'efficience, le ministère n'avait pas suffisamment considéré le financement des organismes communautaires de santé mentale en se basant sur une évaluation du nombre de patients ayant besoin de services et la complexité de leurs besoins. En particulier :

- Le financement annuel par personne dans les sept régions de la province allait d'environ 11 \$ à 60 \$. Le ministère n'a toutefois pas déterminé si l'écart marqué dans le financement par personne se traduisait par des niveaux de service différents selon le lieu de résidence pour les personnes ayant des besoins semblables.
- Depuis 1992, il n'y a pas eu d'augmentation du financement de base aux organismes communautaires de santé mentale pour les programmes offerts à ce moment-là. Un conseil régional de santé a noté que cela avait forcé des organismes communautaires de santé mentale « à réduire les services aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave afin de ne pas dépasser les budgets de base existants ».

Nous avons conclu que, pour mieux rendre compte au public et à la législature, le ministère devait élaborer des mesures du rendement axées sur les résultats et présenter des rapports périodiques publics sur la capacité des services communautaires de santé mentale à répondre aux besoins des malades mentaux.

CONSTATATIONS DÉTAILLÉES DE LA VÉRIFICATION

RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE

Les maladies mentales peuvent entraîner une invalidité grave, l'hospitalisation ou le suicide et présenter des risques pour la sécurité publique. Une étude réalisée en 1996 prévoyait que, dans les pays développés du monde, le fardeau de la maladie mentale s'alourdirait et que la dépression deviendrait la principale cause d'invalidité.

Les 14 dernières années ont vu un certain nombre de stratégies ministérielles visant à mettre en oeuvre la réforme du système de santé mentale de l'Ontario, dont *Renforcer le soutien communautaire à la population : planification de la santé mentale en Ontario* en 1988, *Mettre la personne au premier rang* en 1993 et *Franchir les étapes* en 1999.

Dans *Mettre la personne au premier rang* (1993), le ministère annonçait une stratégie de réforme sur dix ans, à compter de 1993, pour le système de santé mentale de la province, notant que si les services communautaires étaient efficaces, le taux d'hospitalisation devrait

baisser. Outre la stratégie, le ministère a établi des objectifs et des délais mesurables pour le nombre de lits et le financement. L'objectif fixé pour le nombre de lits a ensuite été modifié en fonction des recommandations formulées par la Commission de restructuration des services de santé dans un document de travail datant de 1997 et dans son rapport de 1999 intitulé *Advice to the Minister of Health on Building a Community Mental Health System in Ontario*.

**Objectifs fixés pour les services communautaires de santé mentale
– dépenses et nombre de lits, 1997–2003**

Nature de l'objectif	Objectif pour 2003	Situation au 31 mars 2002	Situation au 31 mars 1997
Proportion des dépenses assumée par la collectivité et par l'établissement	60:40	46:54	32:68
Nombre de lits d'hôpital psychiatriques par tranche de 100 000 personnes	35 (objectif ultime : 30)	41	43

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

La Commission a noté que « les objectifs proposés quant au nombre de lits d'hôpital sont réalisables une fois que les services et soutiens communautaires appropriés sont en place pour réduire la dépendance envers les soins institutionnels (particulièrement les hôpitaux psychiatriques provinciaux) et réduire de manière remarquable les besoins en services de traitement hospitaliers ». Le ministère nous a informés qu'il prévoyait encore d'atteindre ces objectifs dans le cadre de sa « stratégie publique de longue date, qui consiste à réduire le nombre de lits – mais seulement après l'établissement de services communautaires appropriés ».

Dans *Franchir les étapes*, actuellement utilisé pour orienter la mise en oeuvre de la réforme du système de santé mentale, le ministère indique qu'un système restructuré de santé mentale doit offrir un continuum de services au moment et à l'endroit où les clients en ont besoin, rationaliser l'accès aux services de santé mentale et dispenser des services basés sur les meilleures pratiques.

Selon le plan de mise en oeuvre du ministère pour *Franchir les étapes*, les services de santé mentale s'adressent en priorité aux personnes ayant une maladie mentale grave. Le plan de mise en oeuvre esquisse la « stratégie retenue par le ministère pour augmenter la capacité du système à offrir un éventail complet et intégré de services de traitement, de réadaptation et de soutien mettant l'accent sur les services communautaires ». Il ajoute que le ministère prévoit de réexaminer les stratégies de mise en oeuvre et les priorités de financement en 2002 afin de voir s'il y a lieu de les modifier. Le ministère nous a avisés que l'évaluation commencerait en 2002-2003.

À partir de mai 1999, comme le recommandait la Commission de restructuration des services de santé, le ministère a établi neuf groupes d'étude sur la mise en oeuvre de la

réforme des services de santé mentale. Les groupes d'étude ont été nommés par la ministre alors en poste et comprennent des représentants des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux généraux et des organismes communautaires de santé mentale, ainsi que des membres des collectivités de toute la province et des représentants des consommateurs et des familles. Les groupes d'étude, qui devraient terminer leur travail d'ici décembre 2002, ont pour mandat d'examiner comment :

- offrir une gamme élargie de services au sein de la communauté;
- améliorer l'accessibilité des services de santé mentale;
- personnaliser les services pour les personnes nécessitant des soins de santé mentale;
- relier les services afin que les personnes atteintes de maladie mentale puissent interagir de façon transparente au sein du système;
- faire en sorte que les services soient fondés sur les meilleures pratiques.

En janvier 2001, un forum provincial composé des présidents des neuf groupes d'étude a été établi afin de cerner les problèmes à régler pour pouvoir mettre en oeuvre avec succès la réforme du système de santé mentale dans tout l'Ontario. Ce forum relève du ministre.

Ce qui nous préoccupe, c'est que nous avons déjà soulevé dans notre Rapport annuel 1987 certains des problèmes en voie de résolution, dont le manque de services de soutien communautaires, et que les meilleures pratiques en matière de santé mentale identifiées dans les diverses politiques et stratégies n'ont pas encore fait l'objet d'une mise en oeuvre à grande échelle.

Recommandation

Le ministère doit s'assurer que les réformes nécessaires, y compris les meilleures pratiques identifiées dans les études, sont mises en oeuvre le plus tôt possible afin de répondre aux besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

Réponse du ministère

Le gouvernement de l'Ontario s'est engagé à édifier un système intégré de services de santé mentale basé sur les meilleures pratiques afin de répondre aux besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Depuis 1995, le gouvernement a investi plus de 380 millions de dollars dans les services de santé mentale.

Afin de donner suite à sa stratégie énoncée dans Franchir les étapes, le gouvernement a établi neuf groupes d'étude de la mise en oeuvre de la réforme des services de santé mentale ainsi qu'un forum provincial de présidents, dont les rapports devraient être présentés en décembre 2002. Les groupes d'étude ont pour mandat d'élaborer des plans en vue de la mise en oeuvre d'un système restructuré de services de santé à l'échelle locale et régionale. Le forum provincial préparera également des recommandations au niveau provincial.

RESPONSABILISATION

Cadre de responsabilisation

Selon la directive du Conseil de gestion du gouvernement sur la responsabilisation en matière de paiements de transfert, les paiements de transfert doivent être gérés avec prudence afin d'optimiser les ressources. La directive énumère les éléments de responsabilité qui devraient être en place, y compris : des attentes définies axées sur des résultats mesurables; des ententes signées qui précisent les exigences en matière de rapports et obligent les bénéficiaires à produire des résultats mesurables spécifiques; ainsi que les mesures de surveillance et de redressement du ministère au cas où les bénéficiaires ne se conformeraient pas à l'entente.

Dans notre Rapport annuel 1997, nous notions que le ministère avait reconnu la nécessité de renforcer son lien de responsabilité avec les prestataires des services de santé mentale communautaires et avait rédigé une nouvelle entente de services obligeant les organismes à utiliser les fonds du ministère conformément aux plans et aux budgets de fonctionnement approuvés. Nous avons alors été avisés que ces ententes étaient en voie de réalisation. Au cours de notre vérification, nous avons découvert que des ententes avaient été signées avec certaines équipes communautaires de traitement actif (examinées plus loin dans ce rapport), mais que le ministère n'avait pas encore signé d'ententes avec des organismes de services de santé mentale communautaires. À la fin de notre vérification, les ententes relatives aux paiements de transfert et les guides d'utilisation étaient en voie de distribution à tous les organismes de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. Le ministère s'attend à ce que les ententes soient finalisées à l'automne 2002 et que cela contribue dans une grande mesure à renforcer le cadre de responsabilisation.

Dans *Franchir les étapes*, le ministère se dit « bien déterminé à mettre l'accent sur la responsabilisation dans le système de santé mentale réformé. Il s'apprête d'ailleurs à mettre au point un cadre de responsabilisation selon lequel la réussite sera mesurée par rapport au bien-être et à la qualité de vie ». Nous avons été avisés que la mise au point d'un cadre de responsabilisation est une des priorités des groupes d'étude sur la mise en oeuvre de la réforme des services de santé mentale et qu'un groupe de référence sur le cadre de responsabilisation en matière de services de santé mentale, composé de représentants du ministère et de l'extérieur, avait été établi vers la fin de 2001-2002 pour donner des conseils à cet égard au ministère. Des employés du ministère ont indiqué qu'ils étaient eux aussi en train d'élaborer un cadre de responsabilisation provincial pour les services de santé mentale. À cet égard, le groupe de référence avait préparé un sommaire des approches et stratégies en matière de responsabilisation adoptées par d'autres administrations.

Recommandation

Pour que les prestataires des services de santé mentale communautaires soient davantage tenus responsables des services offerts et d'une gestion prudente des sommes reçues, le ministère doit tenir compte de tous les éléments fondamentaux de la directive du Conseil de gestion du gouvernement sur la responsabilisation en matière de paiements de transfert, y compris les ententes signées qui obligent les bénéficiaires à produire des résultats mesurables spécifiques.

Réponse du ministère

Le ministère a élaboré une stratégie de responsabilisation en matière de services de santé mentale qui comporte quatre éléments :

- *un cadre de responsabilisation qui énonce les buts et objectifs, les domaines et indicateurs de rendement. La Division des programmes de soins de santé du ministère est également en train d'élaborer des mesures du rendement basées sur les domaines et indicateurs ainsi que des outils de collecte des données;*
- *des accords juridiques entre le ministère et les organismes bénéficiaires des paiements de transfert;*
- *un guide de fonctionnement révisé pour les organismes de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie;*
- *des mécanismes de responsabilisation pour les hôpitaux.*

Une entente de service a été préparée et envoyée à tous les organismes de services de santé mentale communautaires pour signature. Un guide initial du programme a aussi été diffusé. Un groupe de travail est en place pour mettre au point le cadre de base spécifiant les attentes liées au programme (c'est-à-dire les unités de service, les groupes clients et les indicateurs clés de mesure du rendement). Cela mènera à l'établissement de calendriers pour les ententes de service.

Mesure du rendement et rapports

La responsabilisation ne saurait être efficace que si les clients des programmes, leurs familles, la législature et le grand public reçoivent, en temps opportun, des renseignements fiables sur le rendement des programmes de santé mentale communautaires. Le ministère doit obtenir des informations sur le rendement pour pouvoir évaluer l'impact de la réforme des soins de santé mentale, y compris l'impact des changements apportés à la structure et à l'organisation des services. Il faut, par exemple, disposer d'informations sur le rendement pour pouvoir déterminer dans quelle mesure la réforme des services de santé mentale communautaires améliore la qualité de vie des clients et de leurs familles.

Dans notre Rapport annuel 1997, nous recommandions au ministère d'établir des critères de rendement et des indicateurs de résultats et de contrôler les programmes en regard de

ces critères. Il pourrait ainsi s'assurer que les services communautaires approuvés sont effectivement offerts et que le financement est raisonnable et uniforme. Le ministère a répondu qu'il avait entrepris l'élaboration de critères, d'objectifs et d'indicateurs de résultats et que d'autres indicateurs axés sur l'efficacité de la prestation des services s'appliqueraient aux hôpitaux et au secteur communautaire.

En cours de vérification, nous avons découvert que, dans l'ensemble, le ministère n'avait pas assez d'information pour déterminer si les ressources communautaires étaient utilisées de façon efficace et efficiente et qu'il continuait d'identifier des indicateurs de rendement pour les services de santé mentale. En outre, bien que des mesures de rendement aient été établies pour les services de soutien de l'emploi, elles n'ont pas encore été pleinement mises en oeuvre. Comme le ministère l'indiquait dans les attributions du groupe de référence sur la responsabilisation en matière de santé mentale, la province a mis au point divers outils de collecte de données, mécanismes d'évaluation et de surveillance et indicateurs de rendement au cours des dernières années. Ceux-ci ne sont toutefois pas utilisés de manière uniforme.

Beaucoup d'autres administrations établissent et mettent en oeuvre, pour les services de santé mentale, des mesures du rendement au niveau du système, du programme et des clients. Les mesures clés évaluent les résultats tels que l'amélioration de l'état de santé mentale des clients, leur capacité de fonctionner en société et leur satisfaction. Bien que les résultats puissent être affectés par des facteurs non liés aux services d'un organisme – par exemple, la gravité de la maladie mentale – l'information relative aux résultats peut aider à améliorer la qualité des programmes ainsi que la capacité du ministère à en évaluer l'efficacité par rapport au coût.

Nous avons constaté que de nombreuses administrations nord-américaines diffusaient déjà des rapports publics sur le rendement et les résultats de leurs systèmes de santé mentale communautaires. Or, les rapports publiés par l'Ontario ne contenaient pas d'information sur les progrès réalisés par le ministère dans l'atteinte des objectifs de la réforme du système de santé mentale.

Recommandation

Pour aider à assurer l'amélioration continue des services communautaires de santé mentale, le ministère doit :

- **établir et appliquer des indicateurs de rendement objectifs qui permettent de déterminer dans quelle mesure les organismes réussissent à répondre aux besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale grave;**
- **diffuser des rapports périodiques sur le rendement et sur l'impact de la réforme des services de santé mentale;**
- **prendre des mesures correctives au besoin.**

Réponse du ministère

La Division de la planification et des services de santé intégrés a élaboré un cadre de responsabilisation identifiant les domaines clés, et le groupe de référence sur la responsabilisation en matière de santé mentale s'emploiera à définir des indicateurs permettant de rendre compte du rendement dans ces domaines. L'entente de service précise les types de rapports et les délais à respecter. Les bureaux régionaux utilisent un processus de suivi basé sur les risques pour déterminer les mesures correctives à prendre et quand il faut les prendre.

Des ressources matérielles et logicielles seront requises pour la conception du système d'information prévu.

Surveillance des organismes de santé mentale communautaires

Au moment de notre vérification, le ministère finançait environ 370 organismes de santé mentale communautaires pour qu'ils offrent des services de santé mentale tels que les équipes communautaires de traitement actif, la gestion des cas, les interventions en cas d'urgence, le logement, l'auto-assistance pour les clients et leurs familles, et la réadaptation professionnelle.

Les organismes de santé mentale communautaires doivent présenter des plans de fonctionnement annuels, indiquant notamment les budgets des programmes, au bureau régional du ministère et à leur conseil régional de santé. Les conseils régionaux de santé examinent les plans de fonctionnement et transmettent leurs observations au ministère en cas de changements majeurs aux programmes. Le ministère doit examiner et approuver les plans de fonctionnement chaque année au début de juin, en tenant compte des observations des conseils régionaux de santé.

Pour l'exercice 2001-2002, le plan de fonctionnement annuel de chaque organisme de santé mentale communautaire devait inclure : un budget proposé avec explication des changements majeurs par rapport à l'exercice précédent; les buts et objectifs liés aux programmes et aux clients pour l'exercice à venir; ainsi qu'un rapport sur l'atteinte, par l'organisme, des buts et objectifs établis dans le plan de fonctionnement de l'exercice précédent.

Nous avons constaté que le ministère recevait et approuvait généralement les plans de fonctionnement pour 2001-2002 dans des délais raisonnables. Les trois régions que nous avons visitées utilisaient des listes de contrôle pour s'assurer que l'information était soumise conformément aux exigences du ministère. Cependant, comme le processus était manuel plutôt qu'électronique, il n'y avait pas de données globales sur les organismes.

Nous avons examiné un échantillon de plans de fonctionnement pour 2001-2002 dans les trois régions que nous avons visitées et noté qu'ils incluaient généralement un budget

expliquant tout changement majeur par rapport à l'exercice précédent, les buts et objectifs liés aux clients pour l'exercice à venir et l'atteinte, par l'organisme, des buts et objectifs liés au plan de fonctionnement de l'exercice précédent. Cependant, bien que les organismes soient tenus de rendre compte, dans leurs plans de fonctionnement annuels, du nombre de personnes servies par type de service, ils n'ont pas à indiquer le nombre total de personnes servies ou de celles atteintes de troubles mentaux graves. L'absence de ces renseignements nuit à la capacité du ministère à prendre des décisions de planification et de financement.

Avant 1996, le ministère soumettait les organismes de santé mentale communautaires à des examens détaillés, dans le cadre desquels il évaluait les aspects fondamentaux de l'organisation et de la prestation des programmes et déterminait notamment si des services étaient fournis aux personnes qui en avaient besoin et si des objectifs de traitement individuel avaient été établis et faisaient l'objet d'une surveillance. Depuis 1996, le ministère a surveillé les organismes principalement en examinant leurs plans de fonctionnement, en effectuant des visites informelles et en restant en contact par téléphone. Ce processus ne fournit toutefois pas l'information sur les personnes servies et sur la qualité des services fournis que produirait un examen détaillé.

Les normes applicables aux programmes établissent les attentes en matière de rendement. Par exemple, les normes d'amélioration de la qualité permettraient au ministère d'évaluer les procédures employées par un organisme pour évaluer et améliorer la qualité des services qu'il fournit. Nous avons noté que, sauf dans le cas des équipes communautaires de traitement actif (couvertes plus loin dans ce rapport), le ministère n'avait pas établi de normes applicables aux programmes de santé mentale communautaires, alors que d'autres administrations nord-américaines avaient établi de telles normes, notamment pour les services de soutien à l'emploi et au logement.

Le ministère a besoin d'un système d'information bien conçu incluant les données requises pour mesurer le rendement, afin de pouvoir déterminer les organismes qui exigent un examen plus approfondi et utiliser ses ressources de façon plus efficiente.

Recommandation

Afin de s'assurer que ses ressources sont utilisées de façon efficiente et produisent les résultats voulus, le ministère doit :

- **recueillir des informations suffisantes pour pouvoir prendre des décisions en matière de planification et de financement;**
- **obliger les organismes à rendre compte du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux graves qui reçoivent leurs services.**

Pour s'assurer que les organismes de santé mentale communautaires offrent des programmes de qualité, le ministère doit :

- **établir des normes au regard desquelles les programmes peuvent être évalués;**

- prévoir des examens axés sur les organismes considérés comme présentant un risque élevé.

Réponse du ministère

La conversion du système de budget et d'inventaire existant des services de santé mentale communautaires au plan comptable du Système d'information de gestion (SIG) dans le Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario fournira au ministère plus de détails sur les rapports de l'exercice en cours grâce à la normalisation des comptes financiers et statistiques et à l'uniformisation des définitions des services de santé mentale. Cela permettra de comparer les dépenses entre les différents secteurs de santé mentale et à l'intérieur de chaque secteur.

Les données additionnelles recueillies sur les services de santé mentale définis dans le plan comptable du SIG renseigneront le ministère sur les services fournis par les organismes de santé mentale communautaires aux personnes atteintes de troubles mentaux graves.

*Le cadre de responsabilisation pour les services de santé mentale comprend des domaines et des indicateurs de rendement basés sur les objectifs et principes énoncés dans *Franchir les étapes*. Des mesures de rendement pour chaque indicateur ainsi que des normes et des repères basés sur les meilleures pratiques sont en voie d'élaboration.*

Les bureaux régionaux du ministère continueront d'effectuer ou de faire faire des examens des organismes en réponse aux préoccupations soulevées relativement aux programmes ou aux finances.

ACCÈS AUX SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ MENTALE

Dans *Franchir les étapes*, le ministère stipule que « l'accès aux services de santé mentale est parfois lent ou difficile ». À cet égard, nous avons noté que, dans de nombreuses régions de la province, il n'y a pas de source d'information centrale sur les services disponibles et les modalités d'accès à ces services. Selon *Franchir les étapes*, dans certaines parties de la province il y a peu de coordination entre les organismes qui offrent des services identiques ou presque, et les clientes ou clients « savent rarement quels sont parmi les services disponibles ceux qui correspondent à leurs besoins ni comment y accéder. De ce fait, il leur arrive de chercher à obtenir plusieurs services à la fois (subissant autant d'évaluations d'admissibilité séparées) et de se retrouver sur plusieurs listes d'attente simultanément. »

Afin de réduire les doubles emplois, le ministère a financé un projet visant à coordonner l'accès au logement à Toronto. En mars 2002, le ministère a reçu un rapport proposant un seul formulaire de demande de logement dans le cadre d'un système d'accès coordonné au logement avec services de soutien pour les personnes atteintes de troubles mentaux à

Toronto. Au moment de notre vérification, les organismes participant au projet n'avaient pas encore préparé de budget précisant le coût de la mise en oeuvre d'un tel système. Le ministère finance également un projet d'élaboration d'un système d'accès coordonné au logement dans une autre région de la province.

Les organismes de santé mentale communautaires ont généralement leurs propres critères d'accès et d'exclusion. Dans le cas des services d'accès, par exemple, nous avons découvert que certains organismes exigeaient un diagnostic de maladie mentale grave tandis que d'autres n'imposaient pas cette exigence. Certains organismes risquent ainsi d'exclure des personnes ayant besoin de services plus poussés. En outre, comme les organismes ont généralement leurs propres procédures d'admission et d'évaluation, il faut présenter une demande distincte pour accéder aux services de chaque organisme, ce qui entraîne une utilisation inefficace du personnel et des frustrations pour les personnes qui ont besoin d'aide.

En février 2002, le ministère a diffusé un guide d'élaboration des recommandations sur la rationalisation de l'accès aux services de santé mentale. Selon le ministère, ce guide vise à aider les groupes d'étude sur la mise en oeuvre de la réforme des services de santé mentale, les bureaux régionaux et les intervenants à offrir les meilleurs services possibles aux clients, à réduire au minimum les doubles emplois et à maximiser l'efficacité.

Nous avons appris que le ministère n'avait pas d'information sur le nombre total de personnes souffrant d'une maladie mentale grave qui attendent de recevoir des services ni sur les délais d'accès aux services fournis par les organismes de santé mentale communautaires. Nous avons également noté que les organismes ne signalaient généralement pas les listes d'attente de manière uniforme, et que celles-ci ne faisaient pas l'objet d'une coordination interorganismes. Par exemple, certains organismes limitaient le nombre de personnes inscrites sur leur liste d'attente, tandis que d'autres ne le faisaient pas. Le ministère a besoin de renseignements sur les listes et les périodes d'attente afin de déterminer les types de services requis.

L'information sur la santé mentale des gens vivant dans différentes régions de l'Ontario et sur la prévalence de certains troubles mentaux dans ces régions est importante pour aider à déterminer les services requis ainsi que l'efficacité des services fournis. Par exemple, le ministère serait davantage en mesure de cerner les lacunes et de les combler s'il connaissait le nombre de personnes atteintes d'une maladie mentale grave dans une région donnée. Cette information l'aiderait à planifier, à évaluer et à financer de façon efficace les services communautaires de santé mentale.

Au cours des deux dernières années, des projets d'évaluation ont été entrepris dans toute la province afin de cerner les besoins des clients des programmes de santé mentale communautaires. Il s'agissait de comparer les besoins des clients aux services fournis.

D'après les rapports de projet que nous avons examinés, les services offerts étaient soit inférieurs soit supérieurs aux besoins. Un des rapports soulignait que les résultats obtenus renforçaient l'importance de bien définir les critères d'admission aux programmes, de

procéder à des examens continus afin de s'adapter à l'évolution des besoins et d'assurer la gamme de services requis pour répondre aux besoins des clients. On omettait toutefois de recommander le niveau de services requis pour répondre aux besoins et d'évaluer les besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale qui n'utilisaient pas le système. Le ministère nous a informés qu'il était en train d'analyser les résultats des projets.

Les plus récentes données dont dispose le ministère sur la prévalence des troubles mentaux sont tirées du *1990/91 Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey*. Bien que ce sondage ait permis de recueillir de précieux renseignements, il y a peu d'information disponible sur les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et sur la gravité et le niveau de l'invalidité causée par certains troubles mentaux. Il n'y a pas non plus d'information sur les personnes qui ont des besoins particuliers, comme celles atteintes de troubles psychotiques, dont la schizophrénie. Le personnel du ministère nous a informés qu'un sondage semblable à celui de 1991 était en voie de réalisation et que les résultats devaient être diffusés en 2003.

Dans *Franchir les étapes*, le ministère disait ceci : « Les clientes et clients et les membres de leur famille et de leur entourage immédiat pourront s'adresser à un seul bureau pour se renseigner sur les services de santé mentale disponibles et la façon d'y accéder. » En 2001, le ministère a affecté des fonds au programme DART (Drogue et alcool – Répertoire des traitements) de l'Ontario pour qu'il établisse un répertoire provincial des services de santé mentale disponibles ainsi qu'une ligne d'information. DART est un service d'information et de référence disponible à la grandeur de la province et destiné aux fournisseurs de services et aux membres du public, y compris les toxicomanes et leurs parents ou amis. En mai 2002, DART a présenté une proposition au ministère pour qu'il finance l'élaboration et la mise en oeuvre d'un répertoire des services de santé mentale. Selon la proposition, le répertoire appuierait la mise en place de deux mécanismes prévus dans *Franchir les étapes* : un accès rationalisé aux services pour les clients et leurs familles, et un partage clair des responsabilités en matière de gestion du système et de prestation des services. Lorsque nous avons terminé nos travaux de vérification sur place, le ministère n'avait pas encore décidé s'il allait donner suite à cette initiative.

Recommandation

Pour assurer un accès opportun et équitable aux services, le ministère doit :

- **examiner la possibilité de coordonner davantage l'accès aux services, notamment en établissant des critères d'admission et d'évaluation communs;**
- **obtenir et analyser les listes et les périodes d'attente globales afin d'aider à déterminer les types de services requis;**
- **s'assurer que le public peut facilement obtenir les renseignements voulus sur les services de santé mentale communautaires et sur la façon d'y accéder.**

Réponse du ministère

En février 2002, le ministère a diffusé un guide d'élaboration des recommandations sur la rationalisation de l'accès aux services de santé mentale. Ce document expose les quatre grands volets de la rationalisation de l'accès aux services de santé mentale, ainsi que les objectifs, les principaux facteurs à prendre en considération et les résultats liés à chaque volet. Il s'agit de centraliser les fonctions d'information et de référence; de faciliter l'accès aux services de consultation offerts par des psychiatres; de réduire au minimum le nombre d'évaluations; et de réduire le nombre de points d'accès aux services de santé mentale. Les groupes d'étude sur la mise en oeuvre de la réforme des services de santé mentale et autres intervenants doivent utiliser le guide pour formuler des recommandations en vue de rationaliser l'accès aux services de santé mentale. Les recommandations finales doivent être présentées en décembre 2002.

Les listes d'attente devraient être axées sur les clients et partagées entre les organismes de services de santé mentale communautaires. Le ministère a proposé un système de liens entre les clients qui permettra aux organismes de santé mentale communautaires de partager leurs listes d'attente.

Au niveau du ministère, les statistiques sur les périodes d'attente devraient être agrégées de manière à produire des données sur les types et la demande de services et à permettre une gestion stratégique des listes d'attente. Cet élément d'information sera ajouté au système proposé d'information de gestion sur les services de santé mentale communautaires.

Le ministère a appuyé les travaux de planification en vue de l'élaboration d'un système d'information provincial sur les services de santé mentale, fondé sur le répertoire DART. Des mesures ont été prises afin de solliciter des fonds en vue de l'établissement de ce réseau d'information.

SYSTÈMES D'INFORMATION

Pour pouvoir coordonner et améliorer les soins et les services, les organismes de santé mentale communautaires ont besoin d'informations exactes et à jour sur leurs clients. Ces informations leur permettent de répondre avec promptitude et de manière appropriée aux besoins de chaque client. Le ministère a également besoin de renseignements pertinents pour assurer un suivi efficace du rendement des programmes et du système de santé mentale dans son ensemble et évaluer l'impact de la réforme.

Les personnes atteintes d'une maladie mentale grave ont souvent besoin d'une vaste gamme de services (évaluation, traitement, logement avec services de soutien, assistance professionnelle, etc.). Ces services sont souvent fournis par différents organismes de santé

mentale communautaires, ce qui peut entraîner une répétition des informations aux consommateurs et un manque de coordination entre les services locaux. Les personnes ayant des problèmes de mémoire ou de raisonnement sont plus aptes à ne pas rester en contact avec les organismes compétents. La coordination des services de santé mentale aide à s'assurer que les gens reçoivent les services dont ils ont besoin.

Nous avons noté que d'autres administrations tiennent des dossiers clients électroniques qui intègrent l'information tirée de diverses sources. Le National Health Service de Grande-Bretagne, par exemple, dispose d'un dossier électronique intégré sur la santé mentale. D'autres administrations s'emploient à mettre au point des systèmes d'information visant à répondre aux besoins en information des multiples utilisateurs, dont les organismes communautaires, le gouvernement ainsi que les personnes atteintes de troubles mentaux et leurs familles. Ces systèmes sont également conçus de manière à garantir la confidentialité et la sécurité des informations sur la santé mentale.

Ces systèmes s'articulent autour d'un fichier de données communes, qui permet aux différents fournisseurs de services de recueillir et d'échanger des informations, notamment en ce qui concerne le type et le volume de services, les prestataires, les bénéficiaires et les résultats. L'établissement d'un fichier de données communes nécessite des définitions précises et uniformes des services fournis par des organismes de santé mentale communautaires, lesquelles permettent une comparaison significative des coûts et des résultats des services entre les différents programmes.

Dans notre Rapport annuel 1987, nous signalions que le ministère ne disposait pas de l'information nécessaire pour planifier et évaluer les activités des programmes de santé mentale communautaires. En réponse à une recommandation connexe figurant dans notre Rapport annuel 1997, le ministère a indiqué qu'il établirait un fichier de données communes sur la santé mentale. Quinze ans après avoir soulevé la question pour la première fois, nous avons constaté que l'Ontario n'avait pas encore de système intégré d'information sur les clients. Il n'y a pas non plus d'ententes globales permettant de déterminer qui peut avoir accès à l'information sur les clients et dans quelles circonstances. Dans bien des cas, la plupart des informations sont encore consignées sur papier. Sauf dans le cas des équipes communautaires de traitement actif, qui sont examinées plus loin dans ce rapport, le ministère n'a pas encore défini les services de manière à pouvoir comparer les programmes. Nous avons également été informés que le ministère avait établi un fichier de données communes, mais que sa mise en oeuvre avait été retardée.

Beaucoup de personnes atteintes de troubles mentaux graves sont traitées non seulement par divers organismes de soins de santé mais aussi par des organismes de santé mentale communautaires. Pour coordonner l'information provenant de tous ces prestataires de services, de nombreuses administrations utilisent des identificateurs-clients uniques dans le cadre de leurs systèmes d'information sur la santé mentale. L'identificateur-client unique permet aux organismes d'accéder aux données essentielles sur leurs clients tout en protégeant la vie privée et la confidentialité. Un identificateur-client unique permet aussi d'apparier les renseignements sur une personne stockés dans un système d'information

donné à ceux stockés dans un autre système à des fins d'évaluation et de planification. Par exemple, l'information sur les personnes traitées par des organismes de santé mentale qui reçoivent d'autres services médicaux ou qui ont des démêlés avec le système de justice aiderait le ministère à déterminer l'efficacité et la nécessité des programmes de santé mentale.

Au moment de notre vérification, le ministère était en train d'établir des mesures du rendement pour les services de santé mentale. Un système d'information efficace sur la santé mentale intégrerait l'information requise pour ces mesures du rendement et, au niveau communautaire, fournirait des données pour aider à réduire les doubles emplois au minimum et à maximiser l'efficacité.

Recommandation

Pour mieux appuyer la prestation et la coordination des services communautaires de santé mentale, le ministère doit concevoir, mettre en oeuvre et utiliser de façon appropriée un système d'information sur la santé mentale qui saisit les données pertinentes sur les services et les clients.

Réponse du ministère

L'élaboration d'un ensemble de données communes sur la santé mentale est presque terminée. Après consultation et mise en oeuvre, le ministère disposera de données essentielles mais cohérentes sur la définition des services, le nombre de clients, ainsi que les types et la quantité de services reçus par les clients.

Le ministère est en train d'élaborer un projet de système de liens entre les clients. Ce système vise à assurer l'intégration et la coordination des services communautaires de santé mentale de manière à ce que seuls les services les plus appropriés soient fournis, dans l'intérêt des clients et d'une utilisation optimale des ressources communautaires.

LOGEMENT

Les diverses initiatives de réforme proposées par le ministère reconnaissent généralement qu'avec des services de soutien appropriés, la plupart des personnes atteintes de troubles mentaux graves peuvent vivre dans la collectivité. Les travaux de recherche indiquent que les besoins et préférences en matière de logement des personnes atteintes d'une maladie mentale grave varient considérablement. Il faut donc différents types de logements pour répondre aux besoins de ces personnes. Les options de logement financés par le ministère comprennent :

- le logement dans le cadre de l'Initiative d'aide aux sans-abri atteints de troubles mentaux;

-
- le logement avec services de soutien;
 - les foyers de soins spéciaux;
 - les foyers agréés;
 - Habitat Services.

Besoins en logement

Dans *Franchir les étapes* (1999), le ministère favorise l'élaboration d'un cadre d'action concernant le logement des personnes ayant une maladie mentale. Il cherche notamment à accroître la disponibilité et l'attribution d'un plus grand choix de logements conformes aux désirs des personnes ayant une maladie mentale grave et à offrir des services de soutien adaptés à leurs besoins.

Dans notre Rapport annuel 1987, nous mentionnions le manque de logements abordables de qualité pour les personnes sortant d'un hôpital psychiatrique et notions qu'il s'agissait là d'une cause majeure de rechute et de réadmission en établissement. Durant cette vérification, nous avons découvert que le ministère n'avait pas encore déterminé le nombre ou le type de logements requis pour répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Pour compliquer les choses, le ministère n'avait pas d'information panprovinciale à jour sur le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux graves qui étaient sans abri ou mal logées. Cependant, en 2001, le ministère a demandé aux conseils régionaux de santé de réaliser des études locales sur le logement des personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Ces études sont censées produire des données factuelles mais sans recommandations précises. Le ministère s'attend toutefois à obtenir des données additionnelles sur la nécessité de fournir des logements avec services de soutien aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

Selon une enquête réalisée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement en 2001, trois grands centres urbains de l'Ontario affichent des taux d'inoccupation des logements locatifs inférieurs à 1,5 %. Il y avait également de très longues listes d'attente pour les logements sociaux dans certaines régions de la province. Le personnel du ministère nous a informés qu'en conséquence des très longues listes d'attente pour les logements avec services de soutien financés par le ministère, certaines personnes atteintes de troubles mentaux graves risquaient de se retrouver dans des logements insalubres ou dans un milieu hautement structuré ne leur convenant pas.

Le Programme de foyers destinés aux personnes ayant des besoins particuliers est une initiative instaurée par le gouvernement pour regrouper les foyers de soins spéciaux, les foyers agréés et les pensions Habitat Services du ministère de la Santé et des Soins de longue durée avec les foyers du ministère des Services sociaux et communautaires. Cette initiative vise à améliorer les soins dispensés aux personnes ayant des besoins spéciaux en établissant des niveaux de financement communs et des normes cohérentes, notamment en ce qui concerne la dotation en personnel, le contrôle des drogues, la nutrition, la

propreté et certaines formes d'aide. Bien que cette initiative soit encourageante, cela fait déjà 15 ans que nous avons soulevé pour la première fois les problèmes de logement des personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

Recommandation

Pour aider à régler un problème de longue date en fournissant des logements abordables répondant aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves, le ministère doit :

- évaluer le nombre et le type de logements requis dans différentes régions de la province et déterminer si les logements financés par le ministère répondent aux besoins des personnes déjà logées;
- prendre des mesures appropriées pour répondre aux besoins cernés.

Réponse du ministère

En 2001, les conseils régionaux de santé (CRS) ont réalisé, pour le compte du ministère, des études locales sur le logement des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Les CRS ont consulté les principaux intervenants, particulièrement les bénéficiaires des services de santé mentale, leurs familles, les organismes de services de santé mentale et les fournisseurs de logements. Les consultations ont permis d'évaluer le stock actuel de logements destinés aux malades mentaux ainsi que les services de soutien connexes.

Les intervenants consultés ont également recommandé des façons d'améliorer les logements avec services de soutien destinés aux malades mentaux. Les résultats des travaux ont été communiqués aux groupes d'étude sur la mise en oeuvre de la réforme des services de santé mentale afin de les aider à élaborer des plans locaux de logement pour cette population cible.

Le ministère se basera sur les plans de logement recommandés par les groupes d'étude pour mettre en avant des stratégies de logement appropriées dans le cadre du cycle de planification des activités.

On pourra établir des mesures d'impact permettant de déterminer si les logements répondent aux besoins grâce à la trousse d'outils de réadaptation psychosociale lorsque celle-ci sera pleinement mise en oeuvre par le biais d'un système d'information.

Initiative d'aide aux sans-abri atteints de troubles mentaux

D'après le *Rapport du Groupe de travail provincial sur les sans-abri* (1998), certains estiment qu'un tiers des sans-abri souffrent d'une maladie mentale grave. En mars 1999, le ministère a annoncé une stratégie provinciale d'aide aux sans-abri prévoyant des logements et des services de soutien à l'intention des personnes ayant une maladie mentale grave. La phase I de l'Initiative d'aide aux sans-abri atteints de troubles mentaux prévoyait l'aménagement, à Toronto, Hamilton et Ottawa, d'environ 1 000 logements avec services de soutien pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave. La phase II de l'initiative, annoncée en novembre 2000, devait créer au moins 2 600 autres logements avec services de soutien partout dans la province pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves qui sont sans abri ou qui risquent de le devenir. Les logements de la phase II devaient être créés sur une période de deux ans.

Lors des deux phases, le ministère a octroyé des fonds à des organismes sans but lucratif pour que ceux-ci acquièrent les logements requis en signant des contrats de location avec des propriétaires, puis en sous-louant les logements à des membres du groupe cible. Dans les régions où les taux d'inoccupation étaient faibles et où il y avait peu de logements locatifs abordables, le ministère a fourni des fonds aux organismes pour qu'ils achètent des immeubles et qu'ils les rénovent au besoin. Selon l'information du ministère, en mars 2002, on avait acquis à peu près 950 logements durant la phase I de l'initiative et 970 logements durant la phase II, dont 80 % étaient loués et 20 % avaient été achetés.

Nous avons été informés que des accords de paiements de transfert seraient utilisés pour établir les rapports de responsabilisation entre le ministère et les organismes fournissant les services de soutien.

Dans le cas des logements loués, le ministère fixe les loyers payés par les locataires et verse à l'organisme la différence entre le loyer perçu et le taux de location, tandis que les organismes lui fournissent des données sur les taux d'occupation. Dans le cas des immeubles achetés, au moment de notre vérification, le loyer était établi par les organismes. Ce loyer est censé couvrir les frais d'exploitation de l'immeuble. Le ministère n'oblige pas les organismes qui ont acheté des immeubles à fournir des informations sur le nombre de logements occupés par des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Il ne semble pas non plus que le ministère examine les loyers exigés.

Ayant étudié un échantillon des immeubles achetés durant la phase II, nous avons découvert qu'au moment de l'achat, certains d'entre eux étaient déjà loués à des locataires visés par la *Loi sur la protection des locataires*. Les cadres du ministère ont indiqué que ces locataires finiraient par partir et que les logements seraient alors mis à la disposition des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Entre-temps, les organismes perçoivent les loyers auprès des locataires actuels. Ainsi, bien que le ministère ait versé des fonds à des organismes pour qu'ils achètent ces immeubles, il ne sait pas quand ceux-ci serviront à loger des personnes atteintes de troubles mentaux graves. À notre demande, le personnel

du ministère s'est renseigné sur les immeubles achetés lors de la phase II et a découvert qu'environ 90 logements étaient encore occupés par les locataires originaux et ne pouvaient donc pas servir à loger des personnes ayant une maladie mentale grave.

Pour déterminer si la phase I de l'Initiative d'aide aux sans-abri atteints de troubles mentaux avait atteint ses objectifs, le ministère a sondé les fournisseurs de logements de la phase I pour la période allant du 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001. Ce sondage lui a permis de recueillir diverses données, dont un profil des personnes logées, selon lequel ces personnes souffraient d'une maladie mentale grave et étaient sans abri ou risquaient de le devenir. Le ministère n'a toutefois pas vérifié si les données étaient exactes. Les organismes de la phase I que nous avons visités ont confirmé que les personnes logées dans des installations financées dans le cadre de la phase I de l'Initiative étaient sans abri ou risquaient de le devenir. Ils ont toutefois précisé qu'un diagnostic de maladie mentale grave n'était pas requis pour déterminer l'admissibilité au logement, car cette information n'était pas disponible au moment de l'évaluation.

Le ministère finance également une évaluation bisannuelle de la phase I afin de déterminer si certains résultats ont été obtenus pour les personnes logées ainsi que l'impact de l'initiative sur l'utilisation des abris d'urgence, des hôpitaux et des services de psychiatrie légale. Un rapport final doit être présenté d'ici le 31 mars 2003.

Recommandation

Pour s'assurer que l'Initiative d'aide aux sans-abri atteints de troubles mentaux répond aux objectifs en fournissant des logements avec services de soutien aux personnes atteintes de troubles mentaux graves, le ministère doit :

- **établir une procédure formelle de collecte des données sur l'occupation des logements achetés avec l'aide du ministère;**
- **conclure des ententes de responsabilisation avec tous les organismes;**
- **financer uniquement les immeubles qui peuvent servir à loger les personnes atteintes de troubles mentaux graves et à leur offrir des services de soutien.**

Réponse du ministère

Le ministère oblige maintenant les organismes qui ont acheté des immeubles à remplir un formulaire de fin d'exercice sur les taux mensuels d'occupation et d'inoccupation.

Des contrats de sûreté soulignant les responsabilités relatives aux immeubles achetés seront signés pour tous les immeubles achetés.

Le ministère s'apprête à signer avec les organismes des conventions relatives aux services de soutien fournis dans les immeubles achetés.

Tous les immeubles serviront à loger et à offrir des services de soutien aux personnes souffrant de troubles mentaux graves. Dans le cas des immeubles déjà occupés, cela prendra un certain temps.

Logement avec services de soutien

Les logements avec services de soutien sont des logements subventionnés sans but lucratif auxquels se greffent des services de soutien tels que la gestion des cas, la réadaptation sociale, les équipes communautaires de traitement actif et, dans une certaine mesure, les interventions en cas de crise. Le 1^{er} avril 1999, la province a transféré les responsabilités rattachées à environ 3 100 logements avec services de soutien du ministère des Affaires municipales et du Logement au ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Les dépenses liées à ces logements étaient budgétées à 26,5 millions de dollars pour 2001-2002. Environ 75 % des logements étaient destinés aux malades mentaux, tandis que le reste devait être occupé par des clients souffrant de toxicomanie ou demandant des soins de longue durée.

Les organismes chargés de fournir des logements avec services de soutien devaient généralement conclure avec le ministère des contrats d'exploitation stipulant les responsabilités respectives des organismes et du ministère. La direction du ministère nous a informés que, bien que certains projets de logement avec services de soutien ne soient pas couverts par des contrats d'exploitation, les futurs travaux de planification pour tout le stock de logements avec services de soutien incluraient un examen des contrats d'exploitation ainsi qu'une réforme et une consolidation possibles des programmes de logement.

Depuis 1993, les services de santé mentale accordent la priorité aux personnes atteintes de troubles mentaux graves. Or, au moment de notre vérification, le ministère n'avait pas d'information globale sur les personnes occupant des logements avec services de soutien ni sur le nombre de logements réservés aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Sans cette information, le ministère est incapable de déterminer dans quelle mesure les logements actuels répondent aux besoins du groupe cible.

Après avoir examiné un échantillon de contrats couvrant plus de 500 logements avec services de soutien, nous avons constaté que seulement 10 % des logements étaient effectivement réservés aux personnes souffrant de troubles mentaux graves. De nombreux logements étaient destinés aux personnes ayant des besoins spéciaux, y compris celles atteintes d'une maladie mentale grave et d'autres personnes dont les besoins ne sont pas associés aux troubles mentaux. D'après le personnel du ministère, la plupart des logements avec services de soutien ont été créés avant que les personnes atteintes de troubles mentaux graves ne se voient accorder la priorité pour les services communautaires de santé mentale. Toutefois, rien n'oblige les organismes à donner la priorité aux personnes souffrant d'une maladie mentale grave lorsque des logements se libèrent.

Avant le transfert des logements au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le ministère des Affaires municipales et du Logement a effectué des examens opérationnels afin de vérifier la conformité des fournisseurs de logements aux exigences financières et opérationnelles des contrats d'exploitation. Il devait notamment déterminer si les logements étaient offerts aux bonnes personnes. Nous avons été informés que le ministère

avait commencé ses examens durant l'été 2002. Les services de soutien faisant partie intégrante des logements, il serait avantageux d'examiner en même temps les services fournis.

Recommandation

Pour aider à s'assurer que les logements avec services de soutien sont réservés aux personnes ayant une maladie mentale grave et à évaluer les logements additionnels nécessaires, le ministère doit :

- **déterminer dans quelle mesure les logements existants répondent aux besoins des personnes souffrant d'une maladie mentale grave;**
- **s'assurer que la priorité est accordée à ces personnes.**

Réponse du ministère

Le ministère examinera le ciblage du groupe client et prévoit de l'inclure dans le processus d'examen opérationnel pour les projets de santé mentale. Les bureaux régionaux intégreront cette activité à leur examen des budgets annuels.

L'élaboration du fichier de données communes sur la santé mentale est presque terminée. Ce fichier contiendra des données de référence et des données à jour sur les conditions de logement et les types de résidence des clients des services de santé mentale. Ces données permettront de s'assurer que les fournisseurs de logements avec services de soutien accordent la priorité aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

Programme des foyers de soins spéciaux

Le Programme des foyers de soins spéciaux, établi en 1964 en vertu de la *Loi sur les foyers de soins spéciaux*, offre des logements dans des résidences privées avec supervision constante et aide à la vie quotidienne. En mars 2002, il y avait 157 foyers qui, durant l'exercice 2001-2002, ont accueilli quelque 1 800 personnes à un coût estimatif de 28,6 millions de dollars. Les hôpitaux psychiatriques que la province administre ou dont elle s'est départie sont chargés des placements dans les foyers de soins spéciaux.

Le permis des foyers de soins spéciaux est renouvelé chaque année en vertu de la *Loi sur les foyers de soins spéciaux* et de ses règlements. Des inspections sont effectuées par le personnel des hôpitaux psychiatriques, qui placent les clients dans les foyers, de même que par le service d'incendie et le bureau de santé publique locaux. Tous les rapports sont transmis au ministère. Nous avons étudié un échantillon de dossiers ministériels et constaté que le ministère recevait souvent en retard les rapports d'inspection annuelle des foyers de soins spéciaux.

Bien que la *Loi sur les foyers de soins spéciaux* ne précise pas de normes de qualité pour le soin des pensionnaires, les lignes directrices opérationnelles provisoires mises à jour par le ministère en juillet 2001 établissent les normes minimales de soins ainsi que les indicateurs particuliers à utiliser pour l'évaluation et le contrôle de ces normes. Nous avons été avisés que le personnel régional avait reçu une formation sur ces lignes directrices. Comme nous le notions dans notre Rapport annuel 1997, bien que l'inspection des foyers serve à vérifier leur respect des normes, la conformité n'est pas exigée pour le renouvellement des permis. La situation n'avait pas changé au moment de notre vérification.

Recommandation

Pour faire en sorte que les soins prodigués aux pensionnaires dans les foyers de soins spéciaux soient appropriés et de qualité égale dans toute la province, le ministère doit s'assurer :

- que les foyers sont inspectés, que des mesures de suivi sont prises et que les irrégularités sont rectifiées en temps opportun;
- que le permis n'est renouvelé qu'en cas de conformité aux normes minimales de soins.

Réponse du ministère

Les inspections annuelles des foyers de soins spéciaux ont lieu à l'automne. Elles ne sont toutefois pas coordonnées avec celles du service d'incendie et du bureau de santé publique. Les foyers ne reçoivent leur permis qu'après avoir subi toutes les inspections nécessaires. Beaucoup de foyers étant situés en région rurale, les inspections annuelles sont effectuées par des pompiers volontaires, ce qui pose souvent des problèmes de synchronisation. Par ailleurs, certains services d'incendie municipaux ne considèrent pas ces inspections comme faisant partie de leurs fonctions et sont peu enclins à les effectuer, particulièrement lorsqu'ils doivent le faire au moment prescrit par le programme.

Les rapports sur les foyers résidentiels préparés par le personnel sur le terrain et accompagnés par les rapports du service d'incendie et du bureau de santé publique sont présentés dans le cadre du processus annuel de renouvellement des permis. Par suite de la régionalisation du programme et de l'embauche des coordonnateurs régionaux, ces rapports sur les foyers résidentiels font maintenant l'objet d'une surveillance étroite. Lorsque cela s'avère nécessaire, les permis sont délivrés avec une notification écrite portant sur les points problématiques. Si les foyers n'y remédient pas, le ministère peut exercer d'autres options, notamment refuser de renouveler le permis. Ces foyers sont surveillés en attendant que les problèmes de non-conformité soient réglés. Les problèmes liés à la non-conformité de ces foyers sont suivis de près jusqu'à ce qu'ils soient réglés et des mesures sont prises pour cesser de faire affaire avec les foyers non disposés à atteindre les objectifs établis.

PROGRAMMES D'INTERVENTION PRÉCOCE

Les programmes d'intervention précoce offrent des stratégies visant à limiter la durée d'une psychose et à prévenir les rechutes. Ces stratégies comprennent le recours à des médicaments antipsychotiques, la réadaptation psychosociale, le soutien familial et l'éducation. La liste des meilleures pratiques de la réforme des soins de santé mentale, établie par le Réseau de consultation fédéral/provincial/territorial sur la santé mentale, recommande d'ajouter des programmes d'intervention précoce au continuum de soins offerts dans le cadre de la réforme du système de santé mentale.

En 1999, le groupe de travail de l'Ontario sur l'intervention précoce en cas de psychose a été formé pour mettre sur pied un système efficace de traitement et de soutien en début de psychose. Le 31 janvier 2001, le groupe de travail a soumis une proposition détaillée sur la première étape de sa stratégie provinciale d'intervention précoce en cas de psychose. Au moment de notre vérification, on examinait la proposition dans le contexte du travail effectué par les groupes d'étude sur la mise en oeuvre de la réforme des services de santé mentale.

En 2001-2002, le ministère a octroyé des fonds à la Fondation ontarienne de la santé mentale pour que celle-ci entreprenne une étude descriptive de deux ans sur les personnes qui connaissent un premier épisode psychotique. L'étude porte sur quatre programmes d'intervention rapide en Ontario. Les résultats de l'étude doivent être diffusés au printemps 2003.

Nous assurerons le suivi des activités d'intervention rapide du ministère durant notre prochaine vérification des services communautaires de santé mentale.

ÉQUIPES COMMUNAUTAIRES DE TRAITEMENT ACTIF

Les équipes communautaires de traitement actif (ECTA) ont été mises sur pied il y a une trentaine d'années par des professionnels des soins de santé préoccupés par la réadmission continue des malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques. Les ECTA sont censées soigner, dans la collectivité, les personnes ayant des problèmes de santé mentale graves et persistants, notamment en leur offrant des services de traitement, de réadaptation et de soutien. Une équipe multidisciplinaire fournit des soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Les contacts avec les malades mentaux servis par l'équipe sont marqués par la souplesse et les clients ont accès aux services aussi longtemps qu'ils en ont besoin.

Les ECTA comprennent habituellement entre 10 et 12 professionnels à temps plein chargés de servir des personnes aux symptômes et aux déficiences graves, dont certaines pourraient hésiter à accéder aux services communautaires de santé mentale ou être hospitalisées. Le ratio employés/clients est donc peu élevé.

La première ECTA ontarienne a vu le jour en 1990. En 1998, le ministère a commencé à déployer des ECTA dans toute la province. En mars 2002, l'Ontario comptait une soixantaine d'ECTA, dont environ 45 étaient financées par les services communautaires de santé mentale et le reste, par des hôpitaux. En 2001-2002, les dépenses liées aux ECTA financées par les services communautaires de santé mentale s'élevaient à quelque 45 millions de dollars.

Équipes communautaires de traitement actif requis

Diverses études indiquent que les ECTA constituent un moyen efficace de soigner les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale là où elles vivent, les clients ayant tendance à rester plus longtemps dans les programmes de traitement et à bénéficier d'un logement plus stable. Elles indiquent également que le ciblage des grands utilisateurs de soins en établissement peut entraîner des économies. Cependant, comme les ECTA coûtent cher, il est essentiel de cibler les personnes qui ont besoin de leurs services et d'exclure celles qui obtiendraient d'aussi bons résultats dans des programmes moins intensifs et moins coûteux.

Le ministère n'a pas déterminé le nombre d'équipes requises à l'échelle de la province et dans chaque région. Le nombre et la distribution des équipes dépendent de plusieurs facteurs, dont la disponibilité de services moins intensifs et moins coûteux. Le ministère a expliqué qu'il attendait les recommandations des groupes d'étude sur la mise en oeuvre de la réforme des services de santé mentale, qui pourraient avoir un impact sur le programme des équipes communautaires de traitement actif et sur d'autres services.

Des travaux de recherche révèlent que certains clients des ECTA peuvent être bien servis par des programmes moins intensifs et moins coûteux sans ressentir d'effets négatifs au fil des ans. Les normes du ministère applicables aux ECTA comprennent des critères d'autorisation de sortie basés sur l'amélioration du fonctionnement et l'affaiblissement graduel des besoins. Le ministère n'a toutefois pas déterminé comment structurer les services moins intensifs destinés aux anciens clients des ECTA. D'autres administrations ont mis en oeuvre, pour les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale, un système multiniveau qui offre des services moins intensifs.

Surveillance des équipes communautaires de traitement actif

En 1998, le ministère a adopté des normes pour ses ECTA. Ces normes concernent la structure et les fonctions des équipes ainsi que les critères d'admission et de sortie. Le ministère stipulait dans les ententes de service avec les ECTA que celles-ci devaient se conformer aux normes et prévoyait à l'origine de faire signer de telles ententes par la plupart des équipes avant le 31 mars 1999. Or, dans les trois régions que nous avons visitées, nous avons constaté que la plupart des ECTA n'avaient pas encore signé

d'ententes. Le personnel du ministère a indiqué qu'il prévoyait d'avoir conclu des ententes de services avec la plupart des ECTA vers le début de l'exercice 2002-2003.

Le ministère surveille le rendement des ECTA en examinant les plans de fonctionnement et, dans le cadre d'un processus semblable à l'accréditation, en vérifiant si les ECTA se conforment aux normes prescrites par l'Ontario et aux meilleures pratiques reconnues par les experts.

Le ministère n'a toutefois pas de système informatisé qui collecte systématiquement des données auprès des ECTA. En mars 2001, il a réalisé un sondage pilote sur le nombre de personnes servies par les ECTA, afin de déterminer si les équipes servaient la population cible. Malgré ses préoccupations relatives à la qualité des données recueillies, les résultats du sondage donnaient à penser que les ECTA servaient bel et bien le groupe visé. D'après ces résultats, le nombre moyen de clients par équipe variait entre 17 et 32 selon les régions, la moyenne provinciale globale étant de 30 clients par équipe. En règle générale, de 80 à 100 clients par équipe représentent une pleine charge de travail.

D'après le personnel du ministère, de nombreuses équipes étaient relativement nouvelles au moment du sondage de mars 2001 et un nouveau sondage réalisé au printemps 2002 devrait révéler que la plupart des équipes se rapprochent de leur pleine charge de travail. Le ministère a bon espoir que les équipes atteindront leur pleine capacité d'ici deux ou trois ans et attend les rapports et recommandations des groupes d'étude sur la mise en oeuvre de la réforme des services de santé mentale.

Recommandation

Pour assurer une utilisation efficiente, efficace et appropriée des équipes communautaires de traitement actif (ECTA), le ministère doit :

- **déterminer le nombre requis d'ECTA et leur distribution dans toute la province;**
- **surveiller les ECTA pour s'assurer qu'elles servent le groupe cible, c'est-à-dire les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants;**
- **s'assurer que les personnes qui n'ont plus besoin des ECTA peuvent obtenir les services dont ils ont besoin.**

Réponse du ministère

Dans le cadre de leur mandat, les groupes d'étude sur la mise en oeuvre de la réforme des services de santé mentale recommanderont les futures priorités de financement pour les services communautaires, dont les ECTA. Les projets d'évaluation communautaires permettront au ministère d'obtenir des renseignements sur les besoins et les services requis. Une fois que tous les anciens et actuels hôpitaux psychiatriques provinciaux auront été évalués, le ministère disposera d'excellentes données de base

pour déterminer le nombre et la distribution des futures ECTA et des autres services requis.

Le ministère a entrepris la deuxième année d'une enquête de surveillance des résultats pour toutes les ECTA et prévoit de continuer dans cette veine dans le cadre d'un futur système élargi d'information sur les services communautaires de santé mentale.

À l'heure actuelle, les besoins des personnes qui n'exigent plus le niveau de soins fourni par une ECTA doivent être évalués par l'équipe en question. Chaque cas sera planifié conjointement avec les services existants dans la région.

FINANCEMENT

Les besoins en services communautaires de santé mentale dans une région donnée dépendent en grande partie de la prévalence de maladies mentales graves au sein de la population locale. De nombreux facteurs contribuent à l'incidence de maladie mentale. D'après les travaux de recherche, certaines maladies mentales sont plus répandues dans certains groupes d'âges, et les régions pauvres semblent afficher des taux sensiblement plus élevés de maladie mentale grave.

Les fonds affectés par le ministère aux programmes communautaires de santé mentale sont généralement basés sur les montants dépensés l'année d'avant. Depuis 1992, il n'y a eu aucune augmentation du financement de base octroyé aux organismes de santé mentale communautaires pour des programmes en vigueur à ce moment-là. En juin 2001, un conseil régional de santé a noté dans son rapport d'examen des plans de fonctionnement annuels que : [traduction] « face à des pressions telles que la loi sur l'équité en matière d'emploi, la hausse des loyers, des coûts des services publics et des frais de transport, les exigences liées à l'infrastructure technologique et la nécessité d'offrir un salaire concurrentiel à leur personnel, les organismes de santé mentale communautaires, dont le budget de base n'a pas augmenté depuis plusieurs années, ont été forcés de réduire leurs services aux personnes souffrant d'une maladie mentale grave afin de ne pas dépasser leur budget de base ».

Une récente analyse effectuée par le ministère a permis de cerner d'importants écarts dans le financement par personne des services communautaires de santé mentale entre les différentes régions de la province. En 2001-2002, la moyenne par personne s'établissait à 26 \$ pour toute la province et variait entre 11 \$ et 34 \$ dans six des sept régions. Dans la septième région, le financement moyen par personne atteignait 60 \$.

Au moment de notre vérification, le ministère n'avait pas développé de formule de financement tenant compte des besoins relatifs et des coûts de prestation des services dans les différentes régions de la province. Un financement basé sur l'évaluation des besoins aide à s'assurer que les personnes ayant des besoins semblables ont accès à des services

semblables où qu'elles vivent dans la province. Au moins deux autres administrations à l'extérieur du Canada basent le financement des services de santé mentale sur une évaluation des besoins.

De même, dans ses conseils de 1999 au ministre, la Commission de restructuration des services de santé a indiqué qu'elle continuait d'appuyer l'importance d'établir un lien entre l'allocation des ressources et les repères fondés sur les caractéristiques de la population desservie (financement basé sur les besoins) à moyen ou à long terme.

Recommandation

Pour s'assurer que les fonds octroyés aux régions et aux organismes pour les services communautaires de santé mentale sont raisonnables et équitables, le ministère doit mettre au point une formule de financement basée sur une évaluation des besoins et des ressources requises pour offrir des services répondant à ces besoins.

Réponse du ministère

Le ministère est en train de convertir le système de budget et d'inventaire des services communautaires de santé mentale au plan comptable du Système d'information de gestion (SIG) dans le Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario. Le plan comptable SIG fournira au ministère plus de détails sur les rapports de l'exercice en cours grâce à la normalisation des comptes financiers et statistiques et à l'uniformisation des définitions des services de santé mentale. Cela permettra de comparer les dépenses entre les différents secteurs de santé mentale et à l'intérieur de chaque secteur.

Le ministère est aussi en train d'établir un fichier de données communes sur les services de santé mentale, qui sont les mêmes que ceux définis dans le plan comptable SIG. La collecte des données pour ce fichier sera grandement améliorée par l'agrégation et le rapport des données au niveau du client à l'aide du système de liens entre les clients.

Le fichier de données communes sur la santé mentale aidera le ministère à évoluer vers un financement raisonnable et équitable des organismes de santé mentale communautaires.