

# Services de soins à domicile

Suivi des vérifications de l'optimisation des ressources, section 3.04 du *Rapport annuel 2010*

## Contexte

Les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) passent des contrats avec des fournisseurs de services pour qu'ils fournissent des services de soins à domicile aux Ontariens qui, sans ces services et soutiens, pourraient avoir à être admis dans des hôpitaux ou des foyers de soins de longue durée. Les soins à domicile aident également des personnes âgées fragiles et handicapées à vivre chez elles de la manière la plus autonome possible.

Les CASC ont pour rôle de déterminer si les clients potentiels sont admissibles et d'approuver la prestation de services professionnels, tels que les soins infirmiers, la physiothérapie et le travail social, ainsi que des services de soutien à la personne et d'aide familiale, comme le soutien à la vie quotidienne. Les CASC autorisent également les admissions dans des établissements de soins de longue durée. Au cours des trois dernières années, le financement des soins à domicile a augmenté de 10,5 %, passant de 1,9 milliard de dollars en 2009-2010 à 2,1 milliards en 2011-2012. En 2011-2012, l'Ontario a fourni des services à 637 700 clients, comparativement à environ 600 000 clients en 2009-2010, ce qui représente une hausse de 6 %.

L'Ontario compte 14 CASC, dont chacun relève d'un des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de la province. Quant aux RLISS, ils doivent rendre compte au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère).

En 2010, nous avons effectué une vérification afin de déterminer si des mécanismes avaient été mis en place pour répondre aux besoins en soins à domicile et assurer une prestation uniforme des services à l'échelle de la province. Dans le cadre de notre vérification, nous avons visité 3 des 14 CASC – soit ceux du Sud-Est, du Centre et de Hamilton Niagara Haldimand Brant – et réalisé des sondages auprès des 11 autres.

Nous avons reconnu dans notre vérification de 2010 que le Ministère avait convenu qu'améliorer les soins à domicile permettrait non seulement de réaliser des économies, mais aussi de rehausser la qualité de vie des clients en leur permettant de rester chez eux. Nous avons également constaté que le financement des soins à domicile avait augmenté substantiellement depuis notre vérification de 2004, et que, d'après des sondages indépendants sur la satisfaction des clients des CASC, les bénéficiaires de soins à domicile étaient généralement satisfaits des services reçus.

Cependant, nous notons que certaines des principales préoccupations concernant le programme

de soins à domicile qui avaient été signalées dans nos rapports de vérification de 2004 et 1998 n'avaient pas encore été réglées. Nous avons notamment observé ce qui suit :

- Les fonds par personne accordés aux 14 CASC pour les soins à domicile variaient largement, ce qui donnait lieu à des iniquités de financement. Les fonds totaux des CASC n'étaient pas alloués en fonction des besoins particuliers des clients ou même sur une base plus générale en fonction de facteurs locaux, tels que la taille de la population, l'âge, le sexe ou la résidence en région rurale.
- Bien que la politique du Ministère exige des CASC qu'ils administrent les programmes de manière uniforme afin d'assurer un accès équitable aux clients quel que soit leur lieu de résidence, les contraintes de financement ont fait en sorte qu'un des trois CASC que nous avons visités avait priorisé ses services de façon que seules les personnes à risque élevé soient admissibles aux services de soutien à la personne, par exemple pour se laver, se changer et faire sa toilette. Les clients à risque modéré de ce CASC n'étaient pas considérés comme admissibles aux services de soins à domicile, alors qu'ils l'auraient été dans les deux autres CASC visités.
- Onze des 14 CASC ont une liste d'attente pour différents soins à domicile. Les trois autres CASC disaient n'avoir pratiquement aucune liste d'attente. Cette disparité pourrait aussi indiquer que les ressources sont distribuées inégalement entre les 14 CASC.
- En l'absence de lignes directrices standards sur les services, chaque CASC avait élaboré ses propres lignes directrices concernant la fréquence et la durée des services. Il y avait donc des différences dans le temps alloué à chaque tâche et la fréquence recommandée des visites, de sorte que le niveau de service offert aux personnes ayant des besoins semblables pouvait varier d'un CASC à l'autre.

- Malgré les progrès réalisés par les CASC dans la mise en oeuvre d'un outil normalisé d'évaluation initiale des besoins des clients, dans bien des cas, ces évaluations n'étaient pas effectuées en temps opportun.
- Un seul des CASC visités rendait couramment visite à ses fournisseurs de services de façon proactive afin de surveiller la qualité des services fournis.
- Les CASC déploraient le fait qu'ils ne pouvaient pas obtenir les services de fournisseurs externes en régime de concurrence. Le Ministère leur avait demandé de suspendre le processus d'approvisionnement concurrentiel à trois reprises depuis 2002, et le processus était encore suspendu au moment de notre vérification de 2010. Cette situation a entraîné d'importantes différences dans les tarifs payés aux fournisseurs pour la prestation de services similaires.
- Les 14 CASC avaient fait de bons progrès dans la mise en oeuvre d'un système actualisé d'information de gestion des cas afin de fournir une information utile pour la mesure et l'amélioration du rendement.

Nous avons recommandé certaines améliorations, et le Ministère ainsi que les CASC s'étaient engagés à prendre des mesures en réponse à nos préoccupations.

## État des mesures prises en réponse aux recommandations

Selon l'information fournie par le Ministère et les trois CASC visités pour notre vérification de 2010, des progrès ont été réalisés dans la mise en oeuvre de toutes les recommandations formulées dans notre *Rapport annuel 2010*. Il faudra cependant plus de temps pour mettre substantiellement en oeuvre la plupart d'entre elles. Par exemple, les

CASC s'attendent à ce que de nouvelles normes de soins soient diffusées d'ici le 31 mars 2013, ce qui les aidera à mieux gérer leur charge de travail. Par ailleurs, des mesures progressives sont en voie de réalisation pour améliorer les modalités d'affectation des fonds aux CASC et la façon dont ils paient leurs fournisseurs de services, afin de mieux tenir compte des besoins des clients et des résultats obtenus. L'état des mesures prises est résumé après chaque recommandation.

## FINANCEMENT DES SERVICES DE SOINS À DOMICILE

### Recommandation 1

*Pour que les gens ayant des besoins semblables qui vivent dans différentes parties de la province reçoivent des niveaux semblables de services de soins à domicile, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les RLISS, doit répartir les fonds entre les CASC en se basant principalement sur les besoins évalués de chaque collectivité, par exemple en utilisant le Modèle d'allocation fondée sur la santé qui est proposé.*

#### État

Le Ministère nous a informés qu'il avait entrepris une réforme du financement du système de santé afin de passer du financement global au financement fondé sur les patients. Les fonds seront affectés aux CASC conformément au Modèle d'allocation fondé sur la santé (MAS), qui estime les dépenses prévues au niveau des CASC en se fondant sur des données démographiques, cliniques et financières. De plus, les fonds pour certaines interventions seraient alloués sous un autre volet du financement fondé sur les patients, appelé actes médicaux fondés sur la qualité, où les fournisseurs de soins de santé touchent des fonds en fonction du nombre de patients qu'ils soignent pour des actes médicaux choisis, sur la base de taux normalisés pour chaque acte médical.

Le Ministère nous a avisés qu'il avait modifié le MAS afin de tenir compte des coûts particuliers de chaque CASC et de grouper les clients des CASC en fonction des composantes de l'outil *Resident*

*Assessment Instrument – Home Care* (méthode d'évaluation RAI), comme les mesures de l'état de santé. En décembre 2011, il a utilisé le MAS révisé pour allouer un financement de base de 27 millions de dollars qui permettra aux RLISS de commencer à redresser certaines des iniquités historiques dans la répartition des fonds entre les 14 CASC. Il a également appliqué le MAS en 2012-2013 pour redistribuer environ 10 % du financement de base des CASC tout en veillant à maintenir la stabilité du système et à préserver l'accès aux services. Le Ministère a ajouté qu'en 2012-2013 il utiliserait le MAS afin de déterminer une partie du nouveau financement de base alloué aux RLISS pour le secteur communautaire, comme le gouvernement l'avait annoncé.

Le Ministère a déclaré qu'il continuerait de travailler avec les CASC à améliorer le modèle de financement pour les exercices à venir. À cette fin, il prévoit d'accroître la proportion du financement de base des CASC alloué dans le cadre de la Réforme du financement du système de santé jusqu'à ce que les CASC reçoivent 70 % de leurs allocations selon le financement fondé sur les patients d'ici l'exercice 2014-2015. Le Ministère a également indiqué qu'il fournirait de plus amples renseignements aux CASC et aux RLISS pour les aider à ménager la transition à la nouvelle approche de financement.

## PRESTATION DES SERVICES DE SOINS À DOMICILE

### Charges de travail en gestion des cas

#### Recommandation 2

*Afin d'optimiser le déploiement des responsables de la gestion des cas et d'encourager la prestation de niveaux de services équitables partout dans la province, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit travailler avec les RLISS et l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario à établir des lignes directrices sur le nombre de clients devant être attribués aux responsables de la gestion des cas.*

## État

Selon le Ministère et les trois CASC, le nouveau modèle adopté dans le cadre du Projet d'intégration des soins (PIS) est en train de redéfinir les modalités de prestation des services de santé. Le modèle utilise une approche de gestion de cas fondée sur la population qui a été mise au point par l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario. Les clients sont classés dans différentes populations et sous-populations en fonction de facteurs tels que l'état de santé, le degré d'indépendance et le risque d'épisodes aigus. Le modèle permet aux gestionnaires de cas de se spécialiser dans certaines populations clientes, de coordonner les soins aux clients à l'échelle du système de santé et de surveiller l'impact des soins fournis.

Les trois CASC nous ont informés que, toujours dans le cadre du PIS, ils s'employaient à mettre en oeuvre des normes de soins ainsi que des lignes directrices sur le nombre de clients par gestionnaire de cas qui précisent le rôle du personnel de prestation des services et les attentes à son égard par population et sous-population de clients. Ils ont ajouté que les 14 CASC classaient les clients selon des définitions uniformes des populations et sous-populations afin de permettre une redistribution de la charge de travail entre les gestionnaires de cas. Les normes en vigueur au moment de notre suivi avaient été approuvées par tous les CASC en juillet 2011. Les normes évolueront au fur et à mesure de l'identification d'autres sous-populations et de la mise en oeuvre. Les CASC prévoyaient de les avoir entièrement mises en oeuvre d'ici le 31 mars 2013.

Au moment de notre suivi, le modèle était appliqué à quatre domaines de soins : les personnes nécessitant des soins des plaies; les personnes nécessitant des soins palliatifs; les personnes âgées fragiles; et les enfants médicalement fragiles. Il met l'accent sur les coûts ou les volumes élevés et la possibilité d'améliorer les soins et d'en réduire le coût ou d'obtenir plus de soins au même coût.

Le Ministère nous a avisés qu'il mettait à l'essai un nouveau modèle de soin des plaies en utilisant

des parcours et des paiements fondés sur les résultats dans quatre CASC, le but étant d'appliquer le nouveau modèle à tous les CASC et tous les types de plaies. Cinq établissements d'essai des soins palliatifs ont également été mis en place, et les CASC devraient entamer les recherches initiales sur les parcours de soins fondés sur les résultats pour les personnes âgées fragiles et les enfants médicalement fragiles en avril 2013. Les CASC et fournisseurs de services participants devraient être nommés à ce moment-là.

Selon le Ministère, des experts de l'extérieur étaient en train d'évaluer tout le travail effectué dans le cadre du PIS afin de déterminer les meilleures options stratégiques pour les soins de santé et leur financement et de les intégrer au système.

## Admission aux services ou inscription sur les listes d'attente; surveillance de la prestation des soins à domicile; réévaluation des clients aux fins du maintien des services

### Recommandation 3

*Pour s'assurer que les niveaux de service offerts aux clients des soins à domicile sont appropriés et uniformes, les Centres d'accès aux soins communautaires doivent :*

- vérifier si les responsables de la gestion des cas respectent les délais prescrits pour l'évaluation initiale du client et les réévaluations périodiques et, le cas échéant, s'assurer que les responsables de la gestion des cas consignent les raisons du non-respect des délais dans le dossier des clients concernés;
- améliorer la surveillance des fournisseurs externes pour mieux s'assurer que les niveaux de services prévus et payés sont fournis aux clients des services de soins à domicile;
- examiner périodiquement les plaintes et événements concernant les clients afin de repérer les problèmes systémiques qui nécessitent un suivi.

*Afin de promouvoir un financement et des niveaux de services équitables à l'échelle de la province, le*

*ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec les RLISS, doit envisager d'intégrer des données sommaires tirées de l'instrument d'évaluation RAI pour aider à élaborer un modèle de financement axé davantage sur les besoins du client et encourager les CASC à adopter des critères uniformes pour la priorisation des différents niveaux de services de soins à domicile.*

### État

Selon les trois CASC, des travaux étaient en cours afin d'améliorer le Client Health Related Information System (CHRIS) (système d'information sur le dossier de santé du client) afin de favoriser la conformité aux normes de soins approuvées par la province au niveau du client individuel. Cela devrait aussi permettre de mieux surveiller les évaluations et réévaluations des clients. Le système amélioré rappellera aux gestionnaires de cas les dates limites de présentation des évaluations par modèle de soins et type de population selon les normes de soins. Les améliorations prévues du CHRIS sont entrés en vigueur en octobre 2012.

Les trois CASC ont indiqué qu'ils avaient différents moyens de surveiller les normes de réévaluation en attendant que les améliorations au système CHRIS soient pleinement mises en oeuvre. Le premier CASC vérifie manuellement les dossiers des clients qui n'avaient pas été évalués au moment prévu, pour s'assurer que les raisons de cette omission sont valides et documentées. Le deuxième CASC surveille dans quelle mesure les normes sont respectées au niveau de la charge de travail et de l'organisation afin d'aider à cerner les problèmes. Les gestionnaires de cas du troisième CASC étaient en train de déterminer la fréquence souhaitable des réévaluations en fonction du type de population cliente. Ce CASC avait terminé son examen des dossiers en juillet 2012 et il s'attendait à modifier la fréquence de ses réévaluations en fonction des nouvelles normes de soins aux clients pour les CASC d'ici la fin novembre 2012.

Les trois CASC nous ont informés qu'ils avaient adopté un cadre de vérification pour la surveillance

des fournisseurs de services sous contrat. Le cadre comprend un processus d'évaluation des risques afin de cerner les secteurs dans lesquels la province devrait concentrer ses activités de vérification. En 2011, les processus d'identification, de rapport, de gestion et d'amélioration de la qualité associés aux visites manquées ont fait l'objet de vérifications dans trois CASC. Les processus de vérification pour l'évaluation de la conformité et de la qualité des services devaient être peaufinés par un groupe de travail provincial sur les visites manquées tout au long de 2012.

Selon les trois CASC, l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario tient un site panprovincial de production de rapports où sont saisies des données servant à évaluer le rendement des fournisseurs de services. Les trois CASC ont indiqué qu'ils examinaient périodiquement les données sur le rendement avec leurs fournisseurs de services et qu'ils discutaient des points à améliorer. Ils ont également précisé que des travaux étaient en cours pour mettre au point des mesures de rendement qui permettront de mieux surveiller les résultats pour les clients; leur objectif était de commencer à produire des rapports publics au niveau des fournisseurs de services par l'entremise de Qualité des services de santé Ontario d'ici 2013-2014.

Les trois CASC nous ont informés qu'ils surveillaient les plaintes et les événements afin de déterminer les points nécessitant un suivi. Les 14 CASC ont établi un cadre provincial commun de gestion des événements afin d'uniformiser les modalités de suivi et de gestion des plaintes des clients et de certains événements clés à l'échelle du secteur. Les trois CASC nous ont informés que 13 des CASC avaient fini d'aligner les données saisies sur le nouveau cadre de gestion des événements, et que les autres le feraient plus tard.

Comme noté ci-haut, le Ministère envisage un financement fondé sur les patients et travaille avec les CASC à améliorer le MAS, qui utilise des données démographiques, cliniques et financières pour estimer les dépenses prévues au niveau des CASC.

Le Ministère nous a fait savoir que, pour améliorer le MAS, il y avait intégré certains volets de la méthode d'évaluation RAI afin d'allouer des fonds pour les clients de soins de longue durée. Les données utilisées comprennent des mesures de l'état de santé, qui peuvent servir à grouper les clients et les coûts connexes. Il est aussi mentionné plus haut que les CASC travaillent à l'élaboration et à la mise en oeuvre de normes de soins, qui établiraient des critères uniformes pour prioriser les niveaux de services de soins à domicile.

## Acquisition de services auprès d'entrepreneurs

### Recommandation 4

*Afin d'assurer la rentabilité des services de soins à domicile acquis auprès de fournisseurs de l'extérieur, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit, en collaboration avec les RLISS et l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario :*

- *évaluer formellement les économies qui devraient découler du fait de permettre aux CASC d'acquérir des services de soins à domicile en régime de concurrence, tout en tenant compte de l'impact potentiel sur les clients et les niveaux de services;*
- *entre-temps, effectuer un examen des tarifs versés aux fournisseurs par type de service dans tout l'Ontario afin de déterminer si les variations importantes de tarifs sont justifiées par rapport au coût réel des services.*

### État

Le Ministère nous a informés que les CASC n'avaient pas encore été autorisés par le gouvernement à procéder à un approvisionnement concurrentiel au moment de notre suivi et qu'ils ne pouvaient donc pas commencer à se procurer des services de soins à domicile en régime de concurrence. Il nous a aussi informés que les CASC travaillaient avec leurs fournisseurs pour que ceux-ci soient conscients des attentes en matière de

rendement, qu'ils mettent l'accent sur une amélioration continue de la qualité dans le cadre de leurs activités de base et qu'ils disposent des outils, de la formation et des renseignements appropriés pour appuyer une prestation de qualité.

Le Ministère a indiqué qu'un élément de conception clé de son Projet d'intégration des soins (PIS) serait l'élaboration d'un processus de paiement substitut. Selon le nouveau processus, la rémunération des fournisseurs de services de soins à domicile sous contrat dépendrait de l'obtention de résultats déterminés pour les patients à l'aide de parcours des soins fondés sur des données probantes et les pratiques exemplaires. Au moment de notre suivi, le processus de paiement substitut était mis à l'essai dans deux centres de soin des plaies. Premièrement, des jalons de soin des plaies sont fixés (par exemple, une plaie doit être cicatrisée à 30 % après 30 jours), puis la rémunération du fournisseur est fondée sur l'atteinte de ces jalons. Les CASC ont fait remarquer que les leçons tirées de l'élaboration du processus de paiement substitut éclaireraient l'initiative ministérielle de financement fondé sur les patients ainsi que l'approche contractuelle à l'avenir. Selon le Ministère, le financement axé sur les patients aide à aplanir les variations de taux, car le paiement se fonde sur ce que le Ministère appelle des parcours de soins basés sur des données probantes et les pratiques exemplaires plutôt que sur des unités de service discrètes.

Le Ministère nous a informés que le PIS avait également apporté les modifications nécessaires pour que le système d'information électronique puisse traiter un nouveau type de facturation. La facturation se fondera sur les groupes de services associés aux résultats pour les clients et le montant établi des paiements plutôt que sur les unités de services de soins à domicile (volume de service). Le système modifié de facturation pour le soin des plaies devait être déployé dans la moitié des CASC en octobre 2012 et la mise en service intégrale devrait avoir lieu d'ici avril 2013. Selon le Ministère, cette approche de facturation sera appliquée aux soins palliatifs vers avril 2013 et à d'autres

catégories de soins au fur et à mesure que seront déterminés les parcours de soins et le montant des paiements associés.

En avril 2012, en se fondant sur les travaux liés au PIS, les CASC ont lancé l'initiative Qualité et valeur des soins à domicile. Dans le cadre de cette initiative, ils s'emploient avec les fournisseurs de services et leurs associations respectives à examiner les exigences contractuelles. Les examens doivent porter sur l'intégration des soins, les méthodes de remboursement axées sur les résultats, les indicateurs de rendement des fournisseurs de services, la gestion des contrats fondée sur les résultats pour les clients, la répartition des parts du marché, les frontières géographiques et les volumes de service.

## GESTION ET ANALYSE DES DONNÉES

### Recommandation 5

*Pour tirer pleinement parti des récentes améliorations au système d'information sur la gestion des cas, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, doit examiner les données sommaires à l'échelle de la province et de la région afin d'améliorer sa surveillance des services de soins à domicile actuellement fournis.*

### État

Le Ministère nous a informés qu'il avait mené des séances annuelles de formation standard fondées sur les recommandations des CASC. La dernière séance d'information, tenue en mars 2012, devait aider le Ministère et les CASC à mieux comprendre les problèmes entourant l'exactitude des données, l'uniformité et les cas isolés ainsi que les processus employés pour régler ces problèmes. Le Ministère a indiqué que les 14 CASC avaient participé à la séance.

Selon le Ministère, les équipes de gestion des finances et du rendement des RLISS utilisaient les données des CASC à des fins de comparaison et de surveillance du rendement. Par exemple, les examens financiers comparaient l'utilisation et les coûts par centre fonctionnel ainsi que les modalités d'affectation des fonds de chaque CASC par rapport aux autres CASC.

Selon le Ministère, les RLISS soumettent les activités de chaque CASC à une surveillance mensuelle et trimestrielle, en utilisant des tableaux de bord pour comparer le rendement aux résultats attendus. Les RLISS surveillent également les activités des CASC par rapport à celles des autres CASC afin d'examiner et de comparer le rendement. Des comparaisons sont faites dans des domaines tels que les équivalents temps plein de gestion des cas, les volumes de soins infirmiers, de services de soutien personnel et de services domestiques, les volumes et dépenses en services thérapeutiques ainsi que l'utilisation des services scolaires.

Les trois CASC nous ont informés qu'ils présentaient individuellement à leurs RLISS des rapports sur les indicateurs requis aux termes de leurs ententes de responsabilité ainsi que les rapports périodiques demandés par les RLISS sur tout autre indicateur, selon les priorités dans leur région. Les CASC ont également indiqué qu'on leur demandait souvent de soumettre d'autres rapports spéciaux aux RLISS et au Ministère. Différents indicateurs de la qualité des soins à domicile pour les clients de longue durée — comme les temps d'attente dans chaque collectivité, les fonctions cognitives et la satisfaction des clients à l'égard des services de soins à domicile — sont affichés sur le site Web de Qualité des services de santé Ontario.