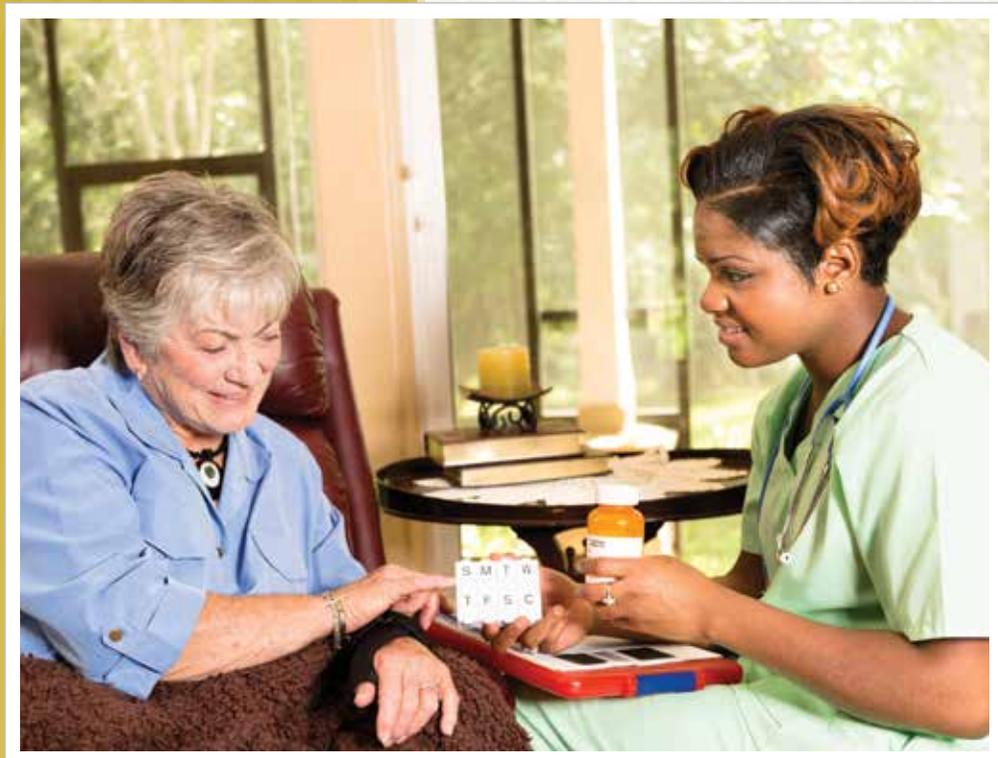




Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Centres d'accès
aux soins
communautaires —
Opérations
financières et
prestation des
services



Rapport spécial
Septembre 2015



Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

À Son Honneur le Président
de l'Assemblée législative

J'ai le plaisir de transmettre mon Rapport spécial sur les Centres d'accès aux soins communautaires — Opérations financières et prestation des services, à la demande du Comité permanent des comptes publics conformément à l'article 17 de la *Loi sur le vérificateur général*.

La vérificatrice générale,

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Bonnie Lysyk". The signature is written in a cursive, flowing style.

Bonnie Lysyk

Septembre 2015

Équipe d'audit

Vérificatrice générale : Bonnie Lysyk

Vérificateur général adjoint : Rudolph Chiu

Directrice de l'audit : Sandy Chan

Gestionnaire de l'audit : Denise Young

Superviseurs de l'audit : Jing Wang
Helen Chow

Auditeurs : Oscar Rodríguez
Claire Whalen
Ravind Nanubhai

Coordinatrice des recherches : Vanessa Dupuis

Rédactrice : Tiina Randoja

Graphiques et mise en page : Mariana Green

© 2015, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario

This document is also available in English.

ISBN 978-1-4606-6526-8 (Imprimé)

ISBN 978-1-4606-6527-5 (PDF)

Photos en couverture : © iStockphoto.com/Pamela Moore

Table des matières

1.0 Réflexions	5
2.0 Contexte	7
2.1 Aperçu des Centres d'accès aux soins communautaires	7
2.2 Gouvernance des CASC et de l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires	10
2.3 Cadre législatif régissant la rémunération des cadres des CASC	12
2.4 Études récentes	12
3.0 Objectif et portée de l'audit	12
4.0 Résumé	15
5.0 Constatations détaillées	19
5.1 Dépenses globales des CASC, des fournisseurs de services et de l'Association ontarienne des CASC	19
5.2 Rémunération des cadres et dépenses des cadres et des membres des conseils d'administration	23
5.3 Coûts des soins directs aux patients	32
5.4 Rémunération du personnel infirmier et des thérapeutes employés par les CASC et par les fournisseurs de services contractuels	40
5.5 Comparaison de l'efficacité des visites à domicile effectuées par le personnel des CASC et par celui des fournisseurs de services contractuels	47
5.6 Contrats existants entre les CASC et les fournisseurs de services	57
5.7 Rentabilité à long terme des protocoles de soins existants	62

Centres d'accès aux soin communautaires – Opérations financières et prestation des services

1.0 Réflexions

Les 14 Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de l'Ontario sont chargés d'aider les gens à accéder aux soins de santé à domicile et en milieu communautaire et aux services sociaux connexes hors milieu hospitalier. Ils ont pour mission d'offrir un accès équitable et individualisé à des soins de qualité. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), par l'entremise des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), finance toutes les activités des CASC. Les services des CASC sont offerts gratuitement aux résidents admissibles de l'Ontario.

Nous avons audité les opérations financières et la prestation des services des CASC et de l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires (l'Association) en réponse à une demande présentée en 2014 par le Comité permanent des comptes publics de l'Assemblée législative. (Notre Bureau mène actuellement un audit distinct axé sur certains aspects des soins à domicile des CASC non visés par la demande du Comité. Nous prévoyons d'inclure les résultats de cet audit distinct dans notre *Rapport annuel 2015*.)

Nous avons conclu que les modalités de fonctionnement et de prestation des services des CASC

doivent être réexaminées. Nos constatations et recommandations sont exposées en détail dans le présent rapport.

Sur le plan financier, on pourrait trouver des moyens d'économiser en envisageant des modifications à la structure actuelle des CASC (y compris leur relation avec les RLISS) et en examinant les possibilités de rationalisation. Cela permettrait de consacrer une plus grande proportion du financement aux soins directs aux patients plutôt qu'aux coûts administratifs des CASC et de leurs fournisseurs de services contractuels et aux bénéfices que ces fournisseurs (à but lucratif et sans but lucratif) tirent des services financés par les CASC. (Les fournisseurs de services sans but lucratif peuvent quand même réaliser des bénéfices sur les services financés par les CASC si leurs revenus provenant des CASC dépassent les dépenses engagées pour fournir les services demandés par les CASC.) Les modifications mentionnées pourraient aussi permettre une adoption plus systématique, à l'échelle de la province, des pratiques exemplaires en matière de dépenses et de surveillance des employés et du personnel contractuel.

Sur le plan de la prestation des services, on pourrait améliorer les résultats pour les patients en uniformisant les modalités de prestation des services des 14 CASC, ainsi que certains types de soins pour que les patients ayant des problèmes de santé

similaires soient traités de la même manière conformément à des pratiques exemplaires reconnues.

Aucune évaluation approfondie du modèle actuel de prestation des services des CASC n'a été faite jusqu'ici pour s'assurer que ce modèle permet d'offrir des soins uniformes et de qualité de manière optimale. Une des principales causes des incohérences du modèle actuel que toute évaluation devrait examiner est la manière peu systématique dont les initiatives de prestation des soins à domicile et en milieu communautaire ont évolué en Ontario. Les CASC ont conclu leurs premiers contrats avec des fournisseurs de services dans les années 1990, décennie durant laquelle 43 CASC ont été établis dans la province. Lorsque ces CASC ont été fusionnés en 14 CASC en 2007, beaucoup des nouveaux CASC ont hérité des anciens contrats, qui ne prévoyaient pas tous les mêmes taux pour la prestation des services communs par les fournisseurs contractuels. En 2008, le Ministère a suspendu l'approvisionnement concurrentiel pour les services sous-traités par les CASC, et les différences dans les taux subsistent à ce jour. En 2012, l'Association a élaboré un contrat standard de deux ans que tous les CASC ont signé avec leurs fournisseurs. Cependant, les différents taux prévus dans les anciens contrats pour la prestation des mêmes services par les fournisseurs sont restés inchangés.

De plus, en 2011, le Ministère a introduit une nouvelle approche de prestation des services. Dans le cadre de l'engagement du gouvernement à créer 9 000 nouveaux postes d'infirmières et d'infirmiers, le Ministère a donné pour directive aux CASC d'employer *leur propre personnel infirmier* pour les « soins infirmiers d'intervention rapide » (soins de transition à certains patients qui viennent d'obtenir leur congé de l'hôpital) et les soins infirmiers en santé mentale et en traitement des dépendances, et *leur propre personnel infirmier praticien* pour les soins palliatifs. Avant l'adoption de cette approche, seuls les 160 fournisseurs de services sous contrat avec les CASC fournissaient tous les soins infirmiers à domicile et en milieu communautaire. Des préoccupations ont été soulevées quant à la possibilité

que cette nouvelle approche de prestation des services sème la confusion dans les rôles et responsabilités, entraîne un dédoublement de certains services fournis par les CASC et les fournisseurs et crée des différences dans la rémunération du personnel entre les CASC et les fournisseurs.

La réduction — ou, mieux encore, l'élimination — des incohérences du modèle actuel de prestation des services se traduirait probablement par un système plus équitable de soins de santé à domicile et en milieu communautaire. Elle permettrait également au Ministère, aux CASC et à leur Association de mieux planifier, surveiller et améliorer les soins aux patients.

J'apprécie la prévoyance dont le Comité permanent des comptes publics, où tous les partis sont représentés, a fait preuve en nous demandant de mener un examen approfondi des opérations financières et de la prestation des services des CASC. Au moment où nous avons terminé nos travaux en 2015, trois rapports importants avaient été diffusés : *Amener les soins au domicile* (rapport du Groupe d'experts pour l'examen des soins à domicile et en milieu communautaire mis sur pied par le gouvernement de l'Ontario), *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé* (plan du gouvernement pour améliorer le système de soins de santé) et *Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire* (plan en 10 points, éclairé par les travaux du Groupe d'experts, qui vise à améliorer et à étendre les soins à domicile et en milieu communautaire au cours des trois prochaines années). Après avoir effectué mon audit et pris connaissance de ces rapports, j'estime que le moment est venu pour le gouvernement d'entreprendre une analyse détaillée de haut niveau afin de déterminer le genre de modèle de prestation des soins de santé à domicile et en milieu communautaire qui offrirait des soins de la plus haute qualité de la manière la plus rentable. Il ne suffit pas de cumuler les initiatives et d'apporter des ajustements aux services existants sans toucher aux problèmes et incohérences de base. Le Ministère, les CASC et leur Association ont

plutôt l'occasion de faire preuve d'innovation en déterminant les résultats qu'ils désirent obtenir et en définissant le genre de système susceptible de produire ces résultats de façon efficace et uniforme à l'échelle de la province.

2.0 Contexte

2.1 Aperçu des Centres d'accès aux soins communautaires

Objet : Les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) sont des organismes du gouvernement provincial sans but lucratif qui aident les gens à accéder aux soins de santé à domicile et en milieu communautaire et aux services sociaux connexes hors milieu hospitalier. Ils ont pour mission d'offrir un accès équitable et individualisé à des soins de santé de qualité. Leurs services sont gratuits pour les résidents admissibles de l'Ontario.

Les principales responsabilités des CASC consistent à déterminer l'admissibilité aux services à domicile et en milieu communautaire — comme les soins infirmiers, les services de soutien à la personne et

les services de thérapie — pour les gens de tous âges dont les besoins vont des soins aigus de courte durée aux soins chroniques de longue durée, et à coordonner l'accès à ces services. Les CASC fournissent aussi d'autres services, comme le placement dans des foyers de soins de longue durée. Environ les trois quarts des services fournis par les CASC sont dispensés à domicile, tandis que le quart restant est offert dans des écoles ou des cliniques ou implique un placement dans des foyers de soins de longue durée. La grande majorité des services sont assurés par des fournisseurs (à but lucratif ou sans but lucratif) engagés sous contrat par les CASC.

Système régional : Le système des CASC a été établi en 1996. En janvier 1998, il y avait 43 CASC en Ontario, qui regroupaient les services anciennement fournis par 38 programmes de soins à domicile et 36 services de coordination de placement en foyer de soins de longue durée. En 2003, 2 CASC ont fusionné, ramenant le total à 42, lesquels ont été regroupés pour former les 14 centres actuels en janvier 2007. Chacun des 14 CASC couvre une région distincte de l'Ontario, comme le montre la **figure 1**.

Figure 1 : Emplacements des 14 Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario

Source des données : Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires

1. Érié St-Clair
2. Sud-Ouest
3. Waterloo Wellington
4. Hamilton Niagara Haldimand Brant
5. Centre-Ouest
6. Mississauga Halton
7. Centre-Toronto
8. Centre
9. Centre-Est
10. Sud-Est
11. Champlain
12. Simcoe Nord Muskoka
13. Nord-Est
14. Nord-Ouest



Dépenses : Les dépenses des CASC pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 s'élevaient à près de 2,4 milliards de dollars, soit environ 5 % du total des dépenses en soins de santé de l'Ontario. Les services cliniques professionnels achetés auprès des fournisseurs de services contractuels représentaient 62 % du total, ou environ 1,5 milliard de dollars. Comme l'indique la **figure 2**, entre 2010 et 2014, les dépenses des CASC sont passées de 1,88 à près de 2,37 milliards de dollars, soit une augmentation de 26 %, les hausses pour chaque CASC variant entre 16 % et 37 %. La **figure 3** ventile les dépenses selon le CASC, la population et le nombre de clients servis (directement ou par coordination des soins) pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

Services et coûts : Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014, les CASC ont employé un total de 6 630 personnes à temps plein, surtout dans des domaines tels que la coordination des soins, la technologie de l'information et l'administration. Ces employés ont fourni des services à environ 700 000 personnes ou en ont coordonné la prestation.

Les coûts fluctuaient entre 2 892 \$ et 3 775 \$ par personne, la moyenne tournant autour de 3 400 \$. Dans le passé, le Ministère a fourni différents montants de financement aux CASC. Bien que le Ministère ait commencé à réviser son modèle de financement en 2012, la plupart des fonds que les CASC ont reçus durant l'exercice terminé le 31 mars 2014 étaient encore fondés sur les montants des années précédentes.

Coordination des soins : Les CASC mettent traditionnellement l'accent sur la coordination des soins prodigués par les fournisseurs et des services de soutien communautaires. Les « coordonnateurs des soins » des CASC sont des infirmières et infirmiers, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels qui déterminent si les patients sont admissibles aux soins et aux services de soutien, dont la plupart sont assurés par des fournisseurs contractuels, et si ces soins et services sont appropriés. (Dans un petit pourcentage des cas, les soins aux patients sont fournis directement par le personnel des CASC [voir la section **Services directs aux patients**].)

Figure 2 : Dépenses selon la région servie par un Centre d'accès aux soins communautaires, exercices terminés du 31 mars 2010 au 31 mars 2014

Source des données : Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires

CASC	(en millions de dollars)					Hausse globale (%)
	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	
Centre-Ouest	76	82	90	92	103	37
Simcoe Nord Muskoka	70	77	82	86	94	36
Nord-Ouest	38	40	43	48	52	36
Hamilton Niagara Haldimand Brant	232	250	260	272	303	31
Nord-Est	102	107	115	119	133	30
Waterloo Wellington	94	101	110	114	122	30
Centre-Toronto	182	205	209	214	235	29
Sud-Est	94	98	103	109	119	26
Mississauga Halton	116	127	132	142	145	25
Érié St-Clair	102	113	123	119	128	25
Centre	207	211	226	237	257	24
Champlain	183	177	199	201	222	22
Sud-Ouest	168	169	179	189	205	22
Centre-Est	216	204	227	241	250	16
Total	1 880	1 961	2 098	2 183	2 368	26

Les coordonnateurs des soins sont aussi responsables de la surveillance continue des plans de soins aux patients, des ajustements à apporter aux services aux patients et de la réévaluation périodique des patients. Ces activités supposent des communications avec des médecins de premier recours, des hôpitaux, des organismes de prestation de soins à domicile sous contrat et d'autres organismes communautaires offrant des services tels que la préparation des repas et le transport des patients qui vivent chez eux.

Fournisseurs de services sous contrat : Au 31 mars 2014, les CASC achetaient la majorité des services de soins à domicile et en milieu communautaire auprès d'environ 160 fournisseurs aux termes de 260 contrats distincts. Ces organismes peuvent être à but lucratif ou sans but lucratif. Il s'agit en fait d'entrepreneurs engagés par les CASC pour fournir les services de santé énumérés à l'**annexe 1**. Pour fournir des soins sous la direction des CASC, ces organismes emploient un éventail de professionnels incluant des infirmières et infirmiers, des préposés aux services de soutien à la personne

et ce qu'on appelle souvent des « professionnels paramédicaux » ou « thérapeutes », dont des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des diététistes et des travailleurs sociaux. (Dans le présent rapport spécial, ces professionnels sont regroupés sous le terme « thérapeutes ».)

Les fournisseurs de services peuvent aller des entrepreneurs professionnels qui travaillent à leur propre compte aux grandes sociétés multidisciplinaires qui exercent leurs activités dans plusieurs provinces. Certains fournisseurs de services aux clients des CASC exploitent également d'autres entreprises (par exemple des foyers de soins de longue durée) et ont d'autres sources de revenus (comme les services rémunérés à l'acte par des particuliers ou des régimes d'assurance privés, les contributions de donateurs et de fondations sans but lucratif et les fonds provenant d'autres gouvernements provinciaux).

Services directs aux patients : Dans certains cas, les CASC fournissent les soins eux-mêmes. Par exemple, cinq CASC emploient des professionnels qui fournissent des services de thérapie. (En vertu

Figure 3 : Dépenses, population couverte et clients servis par chaque CASC, exercice terminé le 31 mars 2014

Source des données : Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires

CASC	Dépenses (en millions de dollars)	Population (en milliers)	Nombre de clients servis (en milliers)	Dépenses par personne (en dollars)	Dépenses par client servi (en dollars)
Simcoe Nord Muskoka	94	462	25	204	3 775
Champlain	222	1 300	59	171	3 759
Hamilton Niagara Haldimand Brant	303	1 400	82	216	3 712
Nord-Est	133	564	36	236	3 710
Nord-Ouest	52	231	14	224	3 584
Sud-Ouest	205	962	58	213	3 536
Sud-Est	119	500	34	238	3 504
Érié St-Clair	128	621	38	205	3 392
Centre	257	1 800	78	143	3 300
Centre-Toronto	235	1 150	74	204	3 169
Waterloo Wellington	122	758	39	161	3 128
Centre-Est	250	1 600	80	156	3 105
Mississauga Halton	145	1 220	47	119	3 081
Centre-Ouest	103	840	36	123	2 892
Total	2 368	13 408	700	177	3 384

de la *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires*, les CASC peuvent fournir, directement ou indirectement, des services de santé et des services sociaux s'y rapportant ainsi que des fournitures et de l'équipement connexes.)

En 2011, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a donné pour directive à tous les CASC de commencer à fournir des services directs aux patients dans le cadre de trois programmes :

- Le **Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide** prévoit la prestation de soins de transition aux patients qui viennent de recevoir leur congé de l'hôpital. Ces services sont offerts à deux types précis de patients : les enfants qui ont des problèmes médicaux complexes et les adultes et personnes âgées frêles qui ont des besoins complexes ou qui présentent des caractéristiques à risque élevé;
- Le **Programme d'affectation du personnel infirmier aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances** prévoit la prestation de soins infirmiers en santé mentale et en traitement des dépendances aux élèves en milieu scolaire;
- Le **Programme de personnel infirmier praticien pour les soins palliatifs à domicile** prévoit la prestation de soins palliatifs à domicile par des infirmières praticiennes et infirmiers praticiens qui ont reçu une formation spécialisée allant au-delà de celle suivie par le personnel infirmier autorisé et qui touchent généralement une rémunération plus élevée que ce personnel.

Comme ces programmes ont été établis par le Ministère, les réseaux locaux d'intégration des services de santé qui sont chargés de surveiller les CASC jouent un rôle moins important dans l'élaboration des lignes directrices qui régissent les programmes. Ces lignes directrices sont surtout élaborées par le Ministère et l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires (l'Association), un organisme sans but lucratif qui

représente les 14 CASC (la **section 2.2** contient plus de détails sur l'Association).

Les **sections 5.4** et **5.5** examinent ces programmes en détail.

Priorité gouvernementale : Dans son *Plan d'action en matière de soins de santé* de 2012, le Ministère s'engage à veiller à ce que les patients reçoivent des soins dans le milieu le plus approprié, c'est-à-dire à domicile plutôt que dans un foyer de soins de longue durée, si possible. De plus, dans sa lettre de septembre 2014 définissant le mandat de la ministre de la Santé et des Soins de longue durée, la première ministre indiquait que l'expansion des soins à domicile et en milieu communautaire était une priorité gouvernementale. Le Plan d'action de 2012 a été mis à jour en janvier 2015 (sous le titre *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*), et la nouvelle version accorde la même importance aux soins à domicile. En mars 2015, un groupe d'experts mis sur pied par le Ministère a diffusé un rapport intitulé *Amener les soins au domicile*, qui proposait des stratégies afin d'améliorer la qualité et la valeur des soins fournis par le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire.

Selon l'Association, les soins à domicile sont plus économiques. En effet, l'Association a estimé qu'en 2014, le coût des soins à domicile était d'environ 45 \$ par jour et par personne, comparativement à 450 \$ en milieu hospitalier et à 135 \$ en foyer de soins de longue durée. De plus, les soins à domicile libèrent des lits d'hôpitaux pour les patients qui ont des besoins plus urgents.

2.2 Gouvernance des CASC et de l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires

Chaque CASC est surveillé et financé par un réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) qui couvre la même région géographique. Chaque CASC signe une entente standard de responsabilisation en matière de services avec son RLISS,

laquelle définit les attentes du RLISS à son égard. Les ententes triennales de responsabilisation en matière de services actuellement en vigueur viendront à expiration en mars 2017.

Chaque CASC est administré par un conseil d'administration, qui doit définir son orientation stratégique et assurer la qualité et l'excellence clinique des programmes. Depuis avril 2009, les administrateurs des CASC sont des bénévoles recrutés dans la collectivité.

Chaque CASC est dirigé par un directeur général, qui rend compte à son conseil d'administration. Le directeur général est chargé de gérer les activités et les finances conformément à l'orientation définie par le conseil d'administration, et il doit s'assurer que le CASC satisfait aux exi-

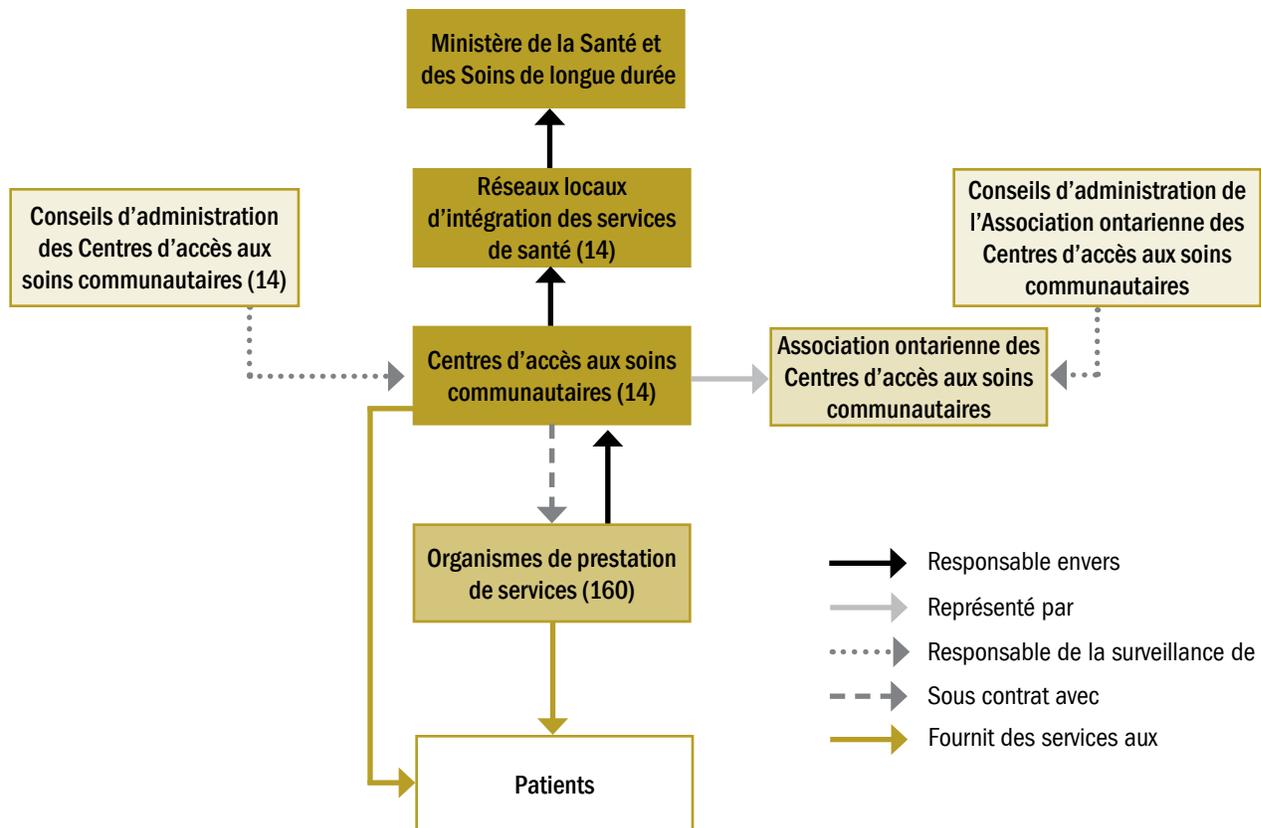
gences du RLISS, aux directives du Ministère et à toutes les lois applicables.

L'Association a été constituée en personne morale en 1998 afin de représenter tous les CASC. Il reçoit la plus grande partie de son financement du Ministère et des CASC. Son conseil d'administration se composait auparavant d'un représentant de chacun des 14 CASC. Depuis mai 2015, il se compose de 3 membres recrutés de l'extérieur et de 9 représentants des CASC, pour un total de 12 membres. L'Association, qui emploie environ 190 personnes, fournit des services d'approvisionnement, de politiques et de recherche, de gestion de l'information et d'autres services partagés aux CASC.

Les principales relations entre le Ministère, les RLISS, les CASC, l'Association et les fournisseurs de services sont illustrées à la **figure 4**.

Figure 4 : Relations clés entre les entités participant à la prestation des services de santé à domicile et en milieu communautaire

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



2.3 Cadre législatif régissant la rémunération des cadres des CASC

Plusieurs lois importantes ont éclairé notre travail dans le domaine de la rémunération des cadres des CASC, sujet abordé dans la **section 5.2**.

La *Loi de 2010 sur les mesures de restriction de la rémunération dans le secteur public visant à protéger les services publics* prévoyait des mesures de restriction de la rémunération applicables à certains employeurs du secteur public, y compris les CASC, pour la période allant du 24 mars 2010 au 31 mars 2012. Au cours de ces deux années, il était interdit aux CASC d'accroître les salaires des employés non syndiqués, comme les directeurs généraux et les cadres supérieurs, sauf dans certaines circonstances bien précises et à condition que l'augmentation ne porte pas le salaire de l'employé au-dessus d'une échelle salariale prédéterminée.

La *Loi de 2010 sur la responsabilisation du secteur parapublic* impose des mesures de restriction de la rémunération à certains employeurs du secteur parapublic depuis le 1^{er} avril 2012, mais elle ne s'applique pas aux CASC.

La *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* oblige chaque organisme de soins de santé à mettre de côté une partie du budget de rémunération des cadres pour la rémunération au rendement, le paiement étant lié à la mesure dans laquelle le cadre atteint les objectifs en matière d'amélioration définis dans les plans annuels. Les législateurs ont décidé d'appliquer la loi par étapes, d'abord dans les hôpitaux, puis dans les autres organismes de services de santé. Au moment de notre audit, la Loi s'appliquait aux hôpitaux, mais pas encore aux CASC.

La *Loi de 2014 sur la rémunération des cadres du secteur parapublic* est entrée en vigueur le 16 mars 2015, après la fin de notre audit. Elle permet au gouvernement d'établir des cadres de rémunération applicables à certains membres de la direction, y compris les directeurs généraux et les vice-présidents, chez les employeurs désignés du secteur parapublic, dont les CASC. En juin 2015, le gouvernement n'avait pas encore établi de cadres

de rémunération applicables aux membres de la direction des CASC.

2.4 Études récentes

Trois rapports importants, dont deux portent sur les soins à domicile et en milieu communautaire, ont été diffusés en 2015 :

- *Amener les soins au domicile* — rapport d'un groupe d'experts du gouvernement sur les soins à domicile et en milieu communautaire;
- *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé* — plan directeur du gouvernement pour l'amélioration du système de soins de santé;
- *Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire* — plan en 10 points, éclairé par le travail du groupe d'experts qui a rédigé le rapport *Amener les soins au domicile*, afin d'améliorer et d'étendre les soins à domicile et en milieu communautaire au cours des trois prochaines années (2015–2017).

Les trois rapports soulignent que des améliorations sont requises dans le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire.

3.0 Objectif et portée de l'audit

Le 19 mars 2014, le Comité permanent des comptes publics de l'Assemblée législative (le Comité) a adopté la motion en sept volets suivante :

[Traduction]

Que la vérificatrice générale mène un audit des Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, y compris l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires. Cet audit doit porter, entre autres, sur les questions suivantes :

- 1) la rémunération des postes comparables aux CASC et chez les fournisseurs de soins communautaires sous contrat avec les CASC qui sont rémunérés à l'acte;
- 2) les pratiques de rémunération des cadres, y compris les dépenses des cadres et des membres des conseils d'administration des CASC et des entités du secteur privé sous contrat avec les CASC;
- 3) les dépenses des CASC régionaux, de l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires et des entités du secteur privé sous contrat avec les CASC;
- 4) les coûts de fonctionnement des CASC;
- 5) les contrats existants entre les CASC et leurs fournisseurs de soins communautaires;
- 6) l'efficacité financière à long terme des protocoles existants de prestation des soins;
- 7) une comparaison de l'efficacité et de la rentabilité des visites à domicile effectuées par les fournisseurs de soins de santé directement employés par les CASC et de celles effectuées par les fournisseurs employés par des organismes sous contrat avec les CASC.

Nous avons accepté cette tâche en vertu de l'article 17 de la *Loi sur le vérificateur général*, qui stipule que le Comité peut demander au vérificateur général d'accomplir des tâches spéciales. La **figure 5** indique les sections de ce rapport spécial dans lesquelles sont traitées les différentes parties de la motion.

Nous avons effectué nos travaux sur le terrain entre septembre 2014 et janvier 2015 et avons assuré un suivi dans certains autres secteurs jusqu'en juin 2015. Nous nous sommes appuyés sur les constatations de l'audit des services de soins à domicile que nous avons effectué en 2010 et avons examiné les enjeux qui ont émergé depuis cet audit.

Pour ce rapport spécial, nous avons interviewé des membres clés du personnel et examiné des documents pertinents du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), de Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) choisis, de l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires (l'Association) et de neuf fournisseurs de services contractuels qui ont reçu 69 % du total des fonds affectés par les CASC aux services directs sous-traités durant

Figure 5 : Motion du Comité des comptes publics et organisation du présent rapport

Sources des données : Comité permanent des comptes publics et Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Motion	Section du rapport
Dépenses des CASC régionaux, de l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires et des entités du secteur privé sous contrat avec les CASC	5.1 Dépenses globales des CASC, des fournisseurs de services et de l'Association ontarienne des CASC
Pratiques de rémunération des cadres, y compris les dépenses des cadres et des membres des conseils d'administration des CASC et des entités du secteur privé sous contrat avec les CASC	5.2 Rémunération des cadres et dépenses des cadres et des membres des conseils d'administration
Examen des coûts de fonctionnement des CASC	5.3 Coûts des soins directs aux patients
Comparaison de la rémunération des postes comparables aux CASC et chez les fournisseurs de soins communautaires contractuels rémunérés à l'acte	5.4 Rémunération du personnel infirmier et des thérapeutes employés par les CASC et par les fournisseurs de services contractuels
Comparaison de l'efficacité et de la rentabilité des visites à domicile effectuées par les fournisseurs de soins de santé directement employés par les CASC et de celles effectuées par les fournisseurs employés par des organismes sous contrat avec les CASC	5.5 Comparaison de l'efficacité des visites de soins à domicile faites par le personnel des CASC et par celui des fournisseurs de services
Examen des contrats existants entre les CASC et leurs fournisseurs de soins communautaires	5.6 Contrats existants entre les CASC et les fournisseurs de services contractuels
Examen de la rentabilité financière à long terme des protocoles de soins existants	5.7 Rentabilité à long terme des protocoles de soins existants

l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons visité trois CASC qui varient par la taille des régions servies et des budgets administrés. Ensemble, ces trois centres représentent environ 30 % du total des dépenses des CASC pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons également rencontré des membres clés du personnel des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui surveillent ces trois CASC. Nous avons obtenu des renseignements auprès des 11 autres CASC en leur envoyant un questionnaire d'enquête et en communiquant ensuite avec chacun d'eux afin d'assurer le suivi de leurs réponses. Les trois CASC et les neuf fournisseurs que nous avons visités sont énumérés à la **figure 6**.

Dans le cadre de notre travail sur la rémunération des cadres supérieurs, nous avons obtenu et analysé des données sur la rémunération des cadres supérieurs et des membres du conseil des 14 CASC et avons interviewé les présidents des conseils d'administration des trois CASC visités. Nous avons également obtenu des renseignements semblables auprès des neuf fournisseurs de services contractuels.

Figure 6 : Centres d'accès aux soins communautaires et fournisseurs de services contractuels visités dans le cadre de cet audit

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Centres d'accès aux soins communautaires (CASC)
CASC du Centre
CASC du Nord-Est
CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant
Fournisseurs de services contractuels
Acclaim Health
Bayshore HealthCare
ParaMed Home Health Care, une division d'Extendicare Inc.
Red Cross Care Partners
Revera Inc.*
Saint Elizabeth
St. Joseph's Home Care
VON (Infirmières de l'Ordre de Victoria)
We Care Home Health Services

* Durant notre audit, Revera Inc. a vendu sa division des soins de santé à domicile à Extendicare Inc.

Les données financières que nous avons rassemblées pour notre examen des dépenses incluaient les états financiers audités des 14 CASC, de l'Association et des 9 fournisseurs de services contractuels choisis. Nous avons également examiné les postes de dépenses de tous ces organismes, ainsi que les tendances en matière de dépenses des CASC et de l'Association. Certaines données financières des CASC sont stockées dans le Système d'information de gestion (le Système) de la province, qui classe les dépenses dans deux grandes catégories : les services aux patients et l'administration. Nous avons comparé un échantillon des catégories de coûts comptabilisés dans les états financiers audités à celles du Système et conclu que la ventilation des coûts dans le Système était raisonnable. Nous avons ensuite utilisé les données du Système dans notre analyse des dépenses associées aux soins directs aux patients.

Nous avons effectué d'autres travaux d'audit détaillés dans chacun des trois CASC que nous avons visités. Nous avons examiné un échantillon de contrats de services et analysé les taux de facturation des fournisseurs. Nous avons interviewé des membres du personnel infirmier des CASC, des infirmières praticiennes et infirmiers praticiens et leurs superviseurs, et avons examiné des documents pertinents, dont des descriptions de poste et des guides de programmes provinciaux sur les services de soins infirmiers directs. Nous avons évalué la façon dont les CASC mesuraient l'efficacité des programmes. Nous avons également accompagné des coordonnateurs de soins des CASC lors de leurs visites à domicile afin de mieux comprendre leur travail.

En ce qui concerne la partie de la motion du Comité concernant les protocoles de prestation de soins, nous avons obtenu des renseignements sur les protocoles de soins auprès des 14 CASC. Nous avons contacté des autorités dans ce domaine dans toutes les autres provinces et tous les territoires canadiens, ainsi qu'en Australie, au Danemark, en Suède et au Royaume-Uni, afin de déterminer comment elles utilisent leurs protocoles de soins, le cas

échéant. Le Ministère considérait ces pays comme des chefs de file dans le domaine de la prestation des soins à domicile. Nous avons également obtenu des renseignements auprès des neuf fournisseurs de services contractuels choisis au sujet des protocoles utilisés et de leurs modalités de mise en application.

Nous avons rencontré des membres de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, qui représente la plupart des coordonnateurs de soins des CASC de la province, et de l'Ontario Health Coalition, qui nous ont fait part de leurs points de vue sur la prestation des services des CASC.

Les fournisseurs nous ont fourni les renseignements financiers demandés, y compris les données sur la rémunération des cadres et du personnel infirmier. Cependant, nous ne pouvons pas offrir un niveau élevé d'assurance quant à l'exactitude et à l'intégralité de cette information, car la loi ne nous autorise pas à examiner directement les dossiers financiers des fournisseurs.

Notre Bureau procède actuellement à un audit distinct axé sur certains aspects des soins à domicile des CASC allant au-delà des points abordés dans la motion du Comité. Nous prévoyons d'inclure les résultats de cet audit distinct dans notre *Rapport annuel 2015*.

4.0 Résumé

Le Comité permanent des comptes publics a demandé à notre Bureau d'examiner, entre autres, les dépenses, la rémunération, l'efficacité des programmes et l'acquisition de services de soins à domicile et en milieu communautaire dans les CASC, chez les fournisseurs de services contractuels et à l'Association. Nos observations sont les suivantes :

- **Entre 2009–2010 et 2013–2014, les CASC ont augmenté leurs dépenses de 26 % afin d'offrir plus d'heures de soins aux patients ayant des besoins en matière de santé**

chroniques plus complexes — Les dépenses combinées des 14 CASC ont progressé de 26 % entre le 1^{er} avril 2009 et le 31 mars 2014. Environ 62 % des dépenses des CASC sont allées aux fournisseurs contractuels pour la prestation de services tels que les services de soins infirmiers, de soutien à la personne et de thérapie. Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014, les 14 CASC ont versé à ces fournisseurs un total combiné d'environ 1,5 milliard de dollars, en hausse de 28 % par rapport à l'exercice terminé le 31 mars 2010. Durant la même période, les heures de soins ont augmenté de 35 % et le nombre de visites, de 10 %, car les patients servis par les CASC avaient des troubles médicaux chroniques beaucoup plus complexes. (Le nombre de patients ayant des troubles médicaux chroniques ou complexes s'est accru de 89 % et 77 %, respectivement.) Les dépenses de l'Association ont fait un bond de 6 % sur la même période.

- **Les coûts que les CASC considèrent comme affectés aux « soins directs aux patients » incluaient des postes qui n'impliquaient aucune interaction directe avec les patients, comme les coûts indirects et les bénéfices des fournisseurs** — Les CASC suivent les lignes directrices provinciales sur la déclaration des coûts des soins de santé et incluent toutes les dépenses engagées pour prendre soin des patients dans les « coûts des soins directs aux patients ». Cela comprend tous les montants payés au personnel clinique des CASC ainsi que *toutes* les sommes versées aux fournisseurs de services contractuels, y compris leurs coûts indirects et leurs bénéfices. Les bénéfices sont définis comme étant la différence entre les revenus tirés des CASC et les dépenses engagées pour fournir les services demandés par les CASC, qui sont déclarés par les fournisseurs à but lucratif et les fournisseurs sans but lucratif. (Les CASC excluent

leurs propres coûts indirects et administratifs des coûts des soins directs aux patients qu'ils déclarent.) Selon ces règles, les CASC auraient consacré, en moyenne, 92 % de leurs dépenses aux soins directs aux patients au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014. Cependant, lorsque les coûts indirects et les bénéfices des fournisseurs sont exclus du calcul, la moyenne tombe à 81 %. Par ailleurs, la définition du terme « soins directs » varie à l'intérieur du secteur des soins de santé. Une définition plus étroite limite les « coûts des soins directs aux patients » aux activités impliquant une *interaction directe* avec les patients. Les activités qui pourraient *influencer* les soins aux patients mais qui n'impliquent aucune interaction avec ces derniers, comme la documentation des activités de soins, les déplacements et la formation du personnel, sont exclues. Selon la définition qui exclut les dépenses des CASC et des fournisseurs non liées aux activités impliquant une interaction directe avec les patients, les CASC auraient consacré, en moyenne, 71,5 % des dépenses aux soins directs aux patients durant l'exercice terminé le 31 mars 2014. Comme les coordonnateurs des soins doivent se déplacer pour fournir des soins à domicile et en milieu communautaire et qu'ils doivent documenter les soins prodigués conformément aux normes de pratique professionnelles, lorsque les frais de déplacement et de documentation sont inclus dans les soins directs aux patients, les CASC ont consacré en moyenne 72 % de leurs dépenses aux soins directs aux patients durant l'exercice terminé le 31 mars 2014. Quelle que soit la définition utilisée, les dépenses liées aux soins directs aux patients bénéficient aux patients seulement dans la mesure où les soins sont efficaces et se traduisent par de meilleurs résultats pour ces derniers. Ni le Ministère, ni les CASC, ni leur Association n'ont analysé la corrélation entre les montants affectés à

une activité donnée et les résultats pour les patients. Une telle analyse aiderait les CASC à prioriser leurs dépenses, en attribuant des ressources et des fonds suffisants aux activités de soins les plus efficaces.

- **Les salaires des directeurs généraux des CASC ont augmenté de 27 % entre 2009 et 2013** — Les 14 CASC ont versé à leurs directeurs généraux un salaire moyen de 249 000\$ chacun en 2013 (dernière année où des données étaient disponibles au moment de notre audit), en hausse de 27 % par rapport à 2009. Exclusion faite des paiements ponctuels tels que les indemnités de départ et de congé annuel, les directeurs généraux des CASC touchaient un salaire annualisé moyen de 245 300 \$ en 2013, ce qui représente également une augmentation de 27 % depuis 2009. Ce montant dépassait de 43 % le salaire que les fournisseurs versaient à leurs cadres en 2013, alors que, d'après les fournisseurs, les responsabilités et fonctions de ces derniers seraient comparables à celles des directeurs généraux des CASC. Cependant, dans bien des cas, les directeurs généraux des CASC n'assument pas les mêmes responsabilités et ne surveillent pas les mêmes genres d'organisations que les cadres des fournisseurs occupant un poste équivalent à celui de directeur général. En fait, comparer la rémunération des deux groupes revient à comparer des pommes avec des oranges.
- **Les CASC n'ont pas tous appliqué le cadre de rémunération commun conçu expressément à l'intention de leurs directeurs généraux, tandis que les fournisseurs ont appliqué des cadres de rémunération différents pour leurs directeurs généraux** — Les CASC ont convenu à l'unanimité d'adopter le cadre de rémunération commun pour les directeurs généraux qui a été établi en 2012, mais trois d'entre eux ne l'avaient pas encore mis en œuvre au moment de nos travaux sur le terrain. Il y avait un manque d'uniformité

dans la paye des cadres supérieurs autres que les directeurs généraux, car les CASC utilisaient différents cadres de rémunération. Les neuf fournisseurs que nous avons visités durant notre audit utilisaient tous des cadres de rémunération différents pour leurs directeurs généraux et leurs autres cadres supérieurs.

- **Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014, le personnel infirmier et les thérapeutes des CASC étaient mieux payés que leurs homologues employés par des fournisseurs** — Nous avons constaté que les infirmières et infirmiers des CASC touchaient en moyenne 40,80 \$ l'heure, comparative-ment à 30 \$ pour leurs homologues employés par des fournisseurs. La différence de rémunération est attribuable au fait que les syndicats représentant le personnel infirmier ont négocié différents taux avec les CASC et les fournisseurs. De plus, les deux CASC que nous avons visités et qui employaient leurs propres thérapeutes versaient à ces derniers un salaire considérablement plus élevé que ce qu'il payait aux fournisseurs de services semblables. Dans un CASC, la différence était attribuable au fait que les thérapeutes servaient une vaste région géographique peu peuplée sans fournisseurs de services (la charge de travail dans ces régions n'est pas suffisamment stable pour occuper le personnel des fournisseurs à temps plein). Dans l'autre CASC, elle s'expliquait par le fait que les thérapeutes internes assumaient de plus grandes responsabilités que leurs homologues employés par des fournisseurs.
- **Les CASC n'ont préparé aucune analyse coûts/avantages de la prestation directe de services par leur personnel infirmier dans le cadre de trois nouveaux programmes (intervention rapide, santé mentale et traitement des dépendances, et soins palliatifs) avant le lancement de ces programmes, dont ils n'ont pas non plus évalué l'efficacité** — En 2011, le Ministère a mis en œuvre trois nouveaux programmes

qui obligeaient les CASC à engager leurs propres infirmières et infirmiers et leur propre personnel infirmier praticien pour qu'ils offrent directement les services sans intervention de la part des fournisseurs. Cependant, le Ministère n'a pas fait d'analyse préalable afin de déterminer si les fournisseurs pouvaient offrir le même service de manière plus rentable. Les programmes sont maintenant en place depuis plus de trois ans, mais le Ministère ne les a pas évalués afin de déterminer s'ils atteignent leurs objectifs. Par ailleurs, bien que le Ministère et l'Association aient élaboré des indicateurs de rendement pour les trois programmes, la plupart de ces indicateurs ne mesuraient pas les résultats des programmes, et aucun objectif n'a été établi pour s'assurer que les niveaux de rendement prévus sont atteints. Les infirmières et infirmiers d'intervention rapide sont censés visiter les patients à domicile dans les 24 heures suivant leur congé de l'hôpital, mais 47 % des patients n'étaient pas visités dans ce délai. Un des CASC visités a expliqué que cette norme n'était pas toujours respectée, parce que de nombreux patients sortent de l'hôpital le vendredi et que le personnel infirmier ne travaille pas les fins de semaine dans certaines parties de la région.

- **Les taux de facturation pour les mêmes catégories de services variaient selon le fournisseur de services et le CASC** — Avant février 2008, les CASC utilisaient un processus concurrentiel pour se procurer des services contractuels. Le Ministère a suspendu ce processus parce qu'il avait appris que les patients craignaient de perdre leurs travailleurs de soutien si un autre fournisseur était sélectionné dans le cadre d'un processus d'approvisionnement concurrentiel. Différents taux de facturation des services ont été établis dans le cadre du processus concurrentiel. Ces taux de facturation n'ont pas changé, même après la fusion des CASC. Ils

affichaient parfois de grandes variations, certains des taux en vigueur dans des catégories de services données correspondant à plus du double d'autres taux demandés pour les mêmes services. De plus, certains CASC payaient différents taux de facturation au même fournisseur pour le même service, y compris au sein du même CASC.

- **Les fournisseurs de services utilisent différents protocoles de soins cliniques. L'utilisation de parcours fondés sur les résultats n'entraîne pas toujours des économies** — Il n'existe aucun protocole de soins cliniques normalisé à l'échelle de la province, et certains CASC obligent les fournisseurs à utiliser un protocole de soins différent de celui qu'ils utilisent pour les patients d'autres CASC qui ont le même genre de trouble médical. L'Association supervise l'élaboration des « parcours fondés sur les résultats » pour certains troubles médicaux, comme les plaies et les arthroplasties de la hanche et du genou, en plus des protocoles de soins cliniques. Ces parcours indiquent le moment où certaines améliorations (« résultats ») devraient apparaître dans l'état du patient en récupération. L'établissement et l'utilisation généralisée de ces parcours étaient censés permettre aux CASC de payer les fournisseurs en fonction des résultats obtenus dans les délais prescrits au lieu de les payer à l'heure ou par visite. Cette approche devait permettre au Ministère d'ajuster les fonds versés aux hôpitaux et aux CASC pour les soins de santé. Cinq CASC ont testé les trois parcours élaborés jusqu'ici, mais l'Association analysait encore les résultats au moment de notre audit. En outre, bien que l'adoption de protocoles de soins cliniques et de parcours fondés sur les résultats ne vise pas seulement à réaliser des économies, nous avons constaté que la mise en œuvre de ces outils n'entraînait pas toujours des économies.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le Ministère apprécie l'audit détaillé des Centres d'accès aux soins communautaires réalisé par la vérificatrice générale. Nous nous engageons à mettre en œuvre toutes les recommandations adressées au Ministère et à travailler avec nos partenaires du secteur des soins à domicile et en milieu communautaire afin de répondre de façon appropriée à toutes les recommandations de la vérificatrice générale.

Renforcer le secteur ontarien des soins à domicile et en milieu communautaire est une des principales priorités du plan du Ministère intitulé *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé* (Plan d'action), qui a été diffusé en février 2015. Le 13 mai 2015, le Ministère a publié *Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire* (Feuille de route), un nouveau plan visant à améliorer et à élargir ce secteur. Le présent audit contient des observations et des recommandations utiles pour le Ministère et ses partenaires.

La Feuille de route de mai 2015 prévoit 10 initiatives clés qui visent à faciliter l'accès à de meilleurs soins à domicile et en milieu communautaire pour les patients et les personnes soignantes. Les recommandations de la vérificatrice générale visent de nombreux aspects des initiatives du Ministère et seront intégrées aux plans de travail et aux échéanciers connexes.

Un thème clé de cet audit est la gestion prudente des ressources financées par les contribuables afin d'offrir des soins de santé à domicile. Il s'agit d'un point central des objectifs énoncés dans le Plan d'action, et le Ministère apprécie le travail et les conseils de la vérificatrice générale dans ce secteur prioritaire.

RÉPONSE GLOBALE DES CASC ET DE L'ASSOCIATION

Les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) apprécient le temps et les efforts que la vérificatrice générale a consacrés à son examen du secteur ontarien des soins à domicile et en milieu communautaire. En poursuivant les travaux entamés et en tenant compte des observations pertinentes de la vérificatrice générale, les CASC aideront à renforcer les soins aux patients.

Les CASC sont bien placés pour transformer le système de soins à domicile et en milieu communautaire. Cependant, le cadre législatif qui les soutient n'a pas changé depuis 20 ans ni évolué pour tenir compte de l'augmentation du nombre de patients et de la complexité croissante de leurs besoins. Bien que le financement des soins à domicile et en milieu communautaire ait augmenté ces 10 dernières années, il reste des divergences historiques qui créent des incohérences dans les soins aux patients. En outre, les modalités du financement empêchent les CASC de planifier les ressources et d'établir des prévisions pluriannuelles de façon efficace. Les progrès réalisés dans la mise en place de nouvelles pratiques exemplaires en matière de prestation de soins sont entravés par l'incapacité de renégocier les contrats avec les fournisseurs de services.

Le nombre de lits d'hôpitaux de soins actifs et de lits de soins continus complexes en Ontario est plus faible aujourd'hui qu'il y a 25 ans. Les CASC aident à alléger les pressions exercées sur les autres établissements, où le coût des soins est beaucoup plus élevé. Outre le fait que la plupart des gens préfèrent recevoir des soins à domicile, cette option est plus avantageuse pour les contribuables.

Les CASC sont convaincus que les soins aux patients comportent plusieurs volets essentiels. Comme il existe peu de renseignements sur les activités des fournisseurs de services, à but

lucratif et sans but lucratif, il est plus difficile de mesurer les résultats associés à certaines activités. Afin d'évaluer le rapport qualité-prix de tous les services fournis aux patients, une plus grande transparence est nécessaire.

La mise en œuvre des recommandations énoncées dans le rapport de la vérificatrice générale aidera à améliorer les soins aux patients et à démontrer la rentabilité des CASC. Les CASC continueront de travailler avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les réseaux locaux d'intégration des services de santé et tous les partenaires de prestation des soins afin de moderniser le secteur ontarien des soins à domicile et en milieu communautaire.

5.0 Constatations détaillées

5.1 Dépenses globales des CASC, des fournisseurs de services et de l'Association ontarienne des CASC

RÉSUMÉ : *La motion du Comité nous demandait d'examiner les dépenses des CASC régionaux, des fournisseurs du secteur privé sous contrat avec les CASC et de l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires.*

Nous avons comparé les dépenses engagées par les CASC et l'Association entre le 1^{er} avril 2009 et 31 mars 2014. Nous avons également examiné la composition des dépenses des fournisseurs en nous fondant sur les données de 2013 et 2014 provenant de neuf fournisseurs (voir la **section 5.3.1**).

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a versé un financement de 2,4 milliards de dollars aux CASC. Ce montant était de 28 % plus élevé que les fonds reçus par les CASC au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2010 et dépassait également les

hausse du financement octroyé aux hôpitaux, aux foyers de soins de longue durée et au système de santé dans son ensemble sur la même période. Les 14 CASC ont déclaré que les dépenses globales avaient augmenté de 26 % durant la même période. Le plus important poste de dépenses de leurs états financiers audités était les paiements aux fournisseurs de services contractuels, qui représentaient 62 % du total des dépenses des CASC et totalisaient 1,5 milliard de dollars pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Le deuxième poste en importance, qui intervenait pour 20 % des dépenses, était les coûts associés aux coordonnateurs des soins des CASC. La tranche restante de 18 % comprend les coûts associés à l'équipement médical et aux fournitures médicales, aux programmes de soins infirmiers directs et aux services de thérapie internes (totalisant 10 %), ainsi qu'aux services administratifs (8 %).

Les fournisseurs consacrent en moyenne 82 % des fonds reçus aux salaires et avantages sociaux du personnel qui sert directement les patients ainsi qu'à l'équipement médical et aux fournitures médicales (voir la section 5.3.1).

Les dépenses de l'Association ont augmenté de 6 % sur la même période. La plupart des dépenses de l'Association se rapportent aux services partagés, y compris la maintenance d'un système centralisé de données et l'élaboration de rapports d'information normalisés.

5.1.1 Entre 2009–2010 et 2013–2014, les dépenses des CASC ont augmenté de 26 % et celles de l'Association, de 6 %

Le financement octroyé aux CASC par le Ministère a augmenté de 28 % entre le 1^{er} avril 2009 et le 31 mars 2014. Cette hausse surpassait la progression globale des dépenses en soins de santé en Ontario durant la même période (le financement

a augmenté de 11 % dans les hôpitaux, de 19 % dans les foyers de soins de longue durée et de 15 % dans l'ensemble du secteur de la santé). Ces hausses témoignent de l'engagement du gouvernement à étendre les soins à domicile et en milieu communautaire.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014, les 14 CASC ont dépensé un total de 2,4 milliards de dollars provenant du Ministère, ce qui représente une hausse de 26 % par rapport au 1,9 milliard de dollars dépensé durant l'exercice terminé le 31 mars 2010. Durant cet exercice, comme le montrent leurs états financiers audités, les CASC ont affecté 27 % de leurs dépenses aux traitements et salaires, 6 % à l'équipement médical et aux fournitures médicales, 5 % aux coûts indirects et 62 % aux fournisseurs de services de santé contractuels. La **figure 7** présente l'information financière consignée par les CASC dans leurs états financiers audités et dans le Système d'information de gestion (le Système) du gouvernement entre 2009–2010 et 2013–2014.

Un résumé des états des résultats audités de l'Association allant de l'exercice terminé le 31 mars 2010 à celui terminé le 31 mars 2014 est présenté à la **figure 8**. Cinquante-cinq pour cent (55 %) des revenus de l'Association proviennent des 14 CASC, 43 %, du Ministère et les 2 % restants, des frais de conférence et des intérêts.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, l'Association a inscrit des dépenses d'environ 40 millions de dollars dans ses états financiers audités, ce qui représente une hausse de 6 % depuis l'exercice terminé le 31 mars 2010. Les salaires et avantages sociaux (y compris la rémunération des cadres, du personnel administratif et du personnel de projet) s'élevaient à environ 20 millions de dollars. L'Association a affecté la plus grande partie des fonds restants à la technologie de l'information.

Figure 7 : Données financières sommaires comptabilisées dans les états financiers audités et dans le Système d'information de gestion pour tous les CASC, exercices 2009-2010 à 2013-2014¹

Sources des données : tous les CASC

	Montant (en millions de dollars)					% du Total	Hausse globale (%)
	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14		
Revenu selon les états financiers audités	1 888	1 996	2 116	2 201	2 389	–	27
Dépenses selon les états financiers audités (A)	1 894	1 976	2 118	2 203	2 390	100	26
Services achetés	1 164	1 195	1 315	1 374	1 488	62	28
Traitements, salaires et avantages sociaux	482	520	548	572	631	27	31
Autres dépenses	248	261	255	257	271	11	9
Excédent/(Déficit) ² selon les états financiers audités	(6)	20	(2)	(2)	(1)	–	78
Dépenses selon le Système d'information de gestion (B)	1 880	1 961	2 098	2 183	2 368	100	26
Services aux patients	1 709	1 776	1 912	1 993	2 172	91	27
Coûts indirects	171	185	186	190	196	9	15
Différence entre les dépenses comptabilisées dans les états financiers audités et celles constatées dans le Système d'information de gestion ³ (A) - (B)	14	15	20	20	22	–	n/a

1. Chaque exercice commence le 1er avril et se termine le 31 mars.

2. Chacun des CASC peut déclarer un déficit dans ses états financiers audités, même si les Réseaux locaux d'intégration des services de santé, qui versent les fonds du Ministère aux CASC, exigent que les CASC équilibrent leurs budgets annuels. Le Ministère utilise des critères comptables différents de ceux utilisés par les auditeurs des états financiers pour déterminer si les CASC ont équilibré leurs budgets. Ainsi, un déficit déclaré par un CASC ne signifie pas nécessairement que le CASC n'a pas équilibré son budget.

3. Les différences sont attribuables au fait que les nombres sont agrégés différemment dans le Système d'information de gestion (le Système) qu'ils le seraient selon les règles comptables généralement reconnues utilisées dans les états financiers. Le Système permet de déclarer les dépenses après déduction des recouvrements, mais les états financiers audités ne le permettent pas.

Figure 8 : États des résultats audités sommaires de l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires, exercices 2009-2010 à 2013-2014

Source des données : Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires

	(en milliers de dollars)					Hausse/ (Baisse) globale (%)
	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	
Revenu total (A)	37 742	37 102	38 745	40 545	40 057	6
Dépenses						
Salaires et avantages sociaux*	10 884	15 545	19 479	20 168	19 765	82
Services de technologie partagée*	10 629	8 205	8 155	8 897	6 949	(35)
Infrastructure de technologie opérationnelle*	10 496	9 789	8 759	9 625	10 354	(1)
Autres dépenses*	5 505	2 658	1 736	1 632	2 821	(49)
Total des dépenses (B)	37 514	36 197	38 129	40 321	39 889	6
Excédent (A - B)	228	905	616	223	168	(26)

* Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario a réaffecté certaines de ces dépenses afin d'assurer l'uniformité et la comparabilité des cinq années de données. Les montants réels présentés dans les états financiers audités seront différents.

5.1.2 Plus de 60 % des fonds dépensés par les CASC ont été versés aux fournisseurs de services contractuels

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014, environ 62 % des fonds dépensés par les CASC ont été versés aux fournisseurs de services de santé contractuels. Les 14 CASC ont payé un total combiné d'environ 1,5 milliard de dollars aux fournisseurs pour la prestation de services de soins infirmiers, de soutien à la personne et de thérapie à la population ontarienne, soit une hausse de 28 % depuis l'exercice terminé le 31 mars 2010. Les fournisseurs de services contractuels peuvent ensuite utiliser ces fonds pour fournir des services aux patients et pour payer la rémunération et les dépenses des cadres et, dans certains cas, des membres des conseils d'administration (voir la **section 5.3**). Grâce à cette hausse du financement et sous la direction des CASC, les fournisseurs ont pu accroître les heures de soins de 35 %, le nombre de visites de 10 % et le nombre de clients servis de 14 % par rapport à l'exercice terminé le 31 mars 2010. Le nombre de patients évalués comme ayant des besoins élevés a également augmenté durant cette période. En effet, le nombre de malades chroniques (qui ont des maladies ou des troubles médicaux aux effets persistants ou de longue durée) a progressé de 89 % pour atteindre 97 000, tandis que le nombre de patients complexes (dont les troubles médicaux exigent des soins continus complexes et nécessitent fréquemment les services de différents praticiens dans différents milieux) s'est accru de 77 % pour passer à 33 000.

Les CASC ont affecté la tranche restante de 38 % à leur propre personnel, y compris les coordonnateurs des soins, les infirmières et infirmiers, les thérapeutes, le personnel administratif et les cadres, à l'équipement médical et aux fournitures médicales, ainsi qu'aux coûts indirects. (La question de la rémunération des cadres des CASC est traitée dans la **section 5.2**.)

Les dépenses des CASC sont examinées plus en détail dans la **section 5.3.2**.

5.1.3 Les RLISS informent les CASC du financement annuel vers la fin de l'exercice

Pour planifier de façon efficace l'affectation des fonds octroyés et éviter les déficits, les CASC doivent savoir au début de chaque exercice combien d'argent ils pourront dépenser au cours de l'année à venir. Or, les RLISS confirment le financement définitif des CASC bien après le début de l'exercice.

Le financement annuel de chaque CASC se fonde sur le montant reçu l'année précédente. Dans les ententes conclues avec les CASC, les RLISS indiquent le financement prévu pour les deux prochaines années. Cependant, les décisions prises par les RLISS dans la planification des services de soins de santé de leur région peuvent entraîner une hausse ou une baisse de ce montant selon les priorités propres à la région et les engagements et initiatives du Ministère. Ces décisions ne sont pas encore finalisées au début de l'exercice, qui commence le 1^{er} avril, mais les CASC doivent quand même continuer d'offrir des services. En 2013 et 2014, certains CASC ont été informés des modifications apportées au financement seulement en octobre — ou même plus tard — soit moins de six mois avant la fin de l'exercice, qui se termine le 31 mars. Un des CASC a été avisé des modifications apportées à son financement seulement trois semaines avant la fin de l'exercice financé.

RECOMMANDATION 1

Pour que les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) puissent planifier les mesures nécessaires pour répondre aux besoins en soins de santé des patients, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, doit finaliser le financement annuel de chaque CASC avant — ou, sinon, le plus tôt possible après — le début de l'exercice.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation. La plus grande partie du financement des CASC est un budget de base qui est renouvelé d'une année à l'autre. Le Ministère examinera ses processus opérationnels afin de repérer les façons possibles de finaliser les affectations plus tôt et travaillera avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé afin de confirmer les fonds affectés aux CASC le plus tôt possible au cours de l'exercice.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC appuient sans réserve la recommandation qu'ils reçoivent leur financement annuel le plus tôt possible au cours de l'exercice ou même avant le début de l'exercice. Le financement est souvent ciblé et ponctuel et non reflété dans les augmentations du budget de base. Ce sont là quelques-uns des facteurs qui ont mené à des divergences historiques et qui peuvent aboutir à des incohérences dans les fonds disponibles pour les soins aux patients. Une plus grande certitude dans le financement permettrait de faire preuve d'innovation stratégique et d'opérer des changements réels dans la prestation des services aux patients. Les différences dans les niveaux de financement, conjuguées au fait que les régions ne bénéficient pas toutes dans la même mesure des améliorations apportées aux services, donnent naissance à des défis continus liés à l'accès équitable aux soins. Les CASC sont d'avis que les patients seraient mieux servis si la province prévoyait des affectations pluriannuelles qui permettraient aux CASC de planifier et d'offrir des soins durables.

5.2 Rémunération des cadres et dépenses des cadres et des membres des conseils d'administration

RÉSUMÉ : *La motion du Comité nous demandait d'examiner les pratiques de rémunération des cadres, y compris les dépenses des cadres et des membres des conseils d'administration des CASC et des organismes du secteur privé sous contrat avec les CASC.*

Nous avons comparé les salaires et les cadres de rémunération des directeurs généraux et autres cadres supérieurs des CASC et de leurs homologues employés par les neuf fournisseurs de services contractuels que nous avons visités. Nous avons également comparé les dépenses remboursées aux cadres et aux membres des conseils d'administration des CASC et des fournisseurs de services.

Les CASC et les fournisseurs offrent tous deux des soins à domicile ou en milieu communautaire, mais ils ne sont pas structurés de la même façon. Les CASC sont des organismes du gouvernement provincial sans but lucratif qui emploient surtout des coordonnateurs de soins (personnel infirmier, travailleurs sociaux et autres professionnels) et des gestionnaires de contrats qui dirigent et surveillent les services contractuels de soins à domicile fournis aux patients ontariens. Les fournisseurs, quant à eux, sont des entités du secteur privé, à but lucratif ou sans but lucratif, sous contrat avec des CASC. Certains fournisseurs sont des entreprises à propriétaire unique. En plus d'offrir des services de soins infirmiers, de soutien à la personne et de thérapie aux patients au nom des CASC, certains fournisseurs exercent d'autres activités non liées aux CASC, parfois dans d'autres provinces ou d'autres pays. Étant donné ces différences, la structure de l'équipe de direction et les responsabilités des cadres

des fournisseurs peuvent différer considérablement de celles des CASC. Nous avons constaté que les cadres des CASC touchaient une rémunération moyenne plus élevée que ceux des fournisseurs. Cependant, leurs rôles ne sont pas exactement comparables, car les CASC et les fournisseurs varient sur le plan de la taille, du mandat et de la région servie. Par exemple, dans les 14 CASC, le nombre moyen d'employés gérés par chaque directeur général est de 470. Chez les 9 fournisseurs que nous avons visités, ce nombre varie entre 62 et 4 800 pour les homologues des directeurs généraux.

En 2012, un consultant de l'extérieur a élaboré un cadre de rémunération qui était censé aider les conseils d'administration des CASC à uniformiser l'approche adoptée pour déterminer la rémunération de leurs directeurs généraux. Le cadre définissait certains aspects de la rémunération comme les échelles salariales et la rémunération au rendement. Au moment de notre audit, les 14 CASC avaient convenu de rémunérer les membres de leur direction conformément au cadre, mais 3 d'entre eux ne l'avaient pas encore mis en œuvre et appliquaient encore leurs propres politiques à cet égard. Par ailleurs, il n'y avait pas de cadre de rémunération commun aux 14 CASC pour les cadres supérieurs autres que les directeurs généraux. Nous avons toutefois observé que 11 CASC avaient des études appuyant la rémunération de leurs cadres supérieurs.

Les membres des conseils d'administration des CASC sont des bénévoles et ne sont pas rémunérés pour leur travail, mais ils peuvent demander le remboursement des dépenses engagées dans l'exercice de leurs fonctions. Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014, les CASC visités ont remboursé en moyenne 1 600 \$ par membre du conseil d'administration au titre des repas et des frais de déplacement. Beaucoup des fournisseurs

que nous avons contactés n'avaient pas remboursé de dépenses durant l'exercice terminé le 31 mars 2014, ou ils avaient nommé des membres du personnel salarié à leur conseil d'administration et n'avaient pas pour politique de rembourser les dépenses.

5.2.1 Seule une comparaison limitée de la rémunération des cadres des CASC et de celle des cadres des fournisseurs est possible

Les cadres des CASC et ceux des fournisseurs ont différentes responsabilités et surveillent différents types d'organisations. Les pratiques de rémunération des cadres des CASC sont donc différentes de celles de leurs fournisseurs.

Chaque CASC est un organisme du gouvernement provincial sans but lucratif régi par un conseil d'administration bénévole. Le directeur général d'un CASC surveille le fonctionnement quotidien de l'organisation et rend compte au conseil d'administration. Il est responsable du personnel employé directement par son CASC et responsable envers le public des services contractuels assurés par les fournisseurs. Au 31 mars 2014, le nombre d'employés gérés par les directeurs généraux des 14 CASC s'établissait en moyenne à 470.

Les fournisseurs de services contractuels présentent des variations beaucoup plus prononcées en termes de structure, de responsabilités et de taille. Ils comprennent de grandes organisations servant plusieurs CASC (dont certaines exercent leurs activités partout au Canada ou dans d'autres secteurs), ainsi que de petites entités qui servent une seule région. Cinq des neuf fournisseurs que nous avons visités sont des organismes à but lucratif, contrairement aux CASC.

Il ne serait pas raisonnable de comparer le directeur général d'un de ces grands organismes nationaux au directeur général d'un CASC, car le premier surveille des activités allant au-delà de la prestation des services de soins de santé contractuels en Ontario. Les directeurs généraux des

grands organismes nationaux touchent des salaires plus élevés que ceux des CASC. Par exemple, le directeur général d'un grand organisme multinational de prestation de services que nous avons visité a gagné près de 1 million de dollars en 2013.

Il serait plus raisonnable de comparer le directeur général d'un CASC et la personne employée par le fournisseur qui est responsable des services fournis aux CASC en Ontario. Dans bien des cas, le titre de l'homologue du directeur général chez le fournisseur de services n'est pas « directeur général » mais « premier vice-président », « directeur exécutif de district » ou une autre désignation semblable. Nous constatons que, chez les neuf fournisseurs visités, le nombre d'employés gérés par l'homologue du directeur général varie entre 62 et 4 800 (comparativement à une moyenne de 470 pour les directeurs généraux des CASC). Dans

la section 5.2.2, nous comparons les salaires des directeurs généraux des CASC et de leurs homologues employés par des fournisseurs. En outre, contrairement aux premiers, les seconds ne sont pas tous directement responsables devant le conseil d'administration de l'organisme.

5.2.2 Les salaires moyens, les taux d'augmentation salariale, la rémunération au rendement et les pensions des directeurs généraux des CASC diffèrent de ceux de leurs homologues employés par les fournisseurs

En 2013, les 14 CASC ont payé une rémunération moyenne d'environ 249 000 \$ à leurs directeurs généraux, ce qui représente une augmentation de 27 % depuis 2009, comme le montre la figure 9.

Figure 9: Sommes versées¹ aux directeurs généraux des CASC avant les avantages imposables, 2009–2013

Source des données : Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires

CASC	Niveau de complexité du CASC ²	2009 (\$)	2010 (\$)	2011 (\$)	2012 (\$)	2013 (\$)	Hausse/ (Baisse) globale (%)
Champlain	5	183 526	301 666	248 686	247 861	314 991	72
Hamilton Niagara Haldimand Brant	5	213 167	250 053	250 053	265 949	300 050	41
Sud-Ouest	5	217 587	259 616	250 000	267 501	288 463	33
Nord-Est	— ³	227 710	248 149	248 142	260 323	288 000	26
Centre	5	180 006	302 321	260 011	260 011	277 610	54
Centre-Ouest	3	186 721 ⁴	205 867	224 569	243 159	267 333	43
Mississauga Halton	3	201 492	382 014	227 136	229 895	246 002	23
Sud-Est	3	174 462	185 096	340 167	351 539	235 238	35
Centre-Toronto	5	188 419	260 067	232 517	233 380	233 539	24
Waterloo Wellington	3	227 994	172 572	234 876	548 924	225 951	(1)
Érié St-Clair	3	169 192	220 752	220 752	220 752	220 752	30
Nord-Ouest	— ³	173 013	177 996	180 546	208 774	204 691	18
Simcoe Nord Muskoka	2	223 974	199 877	199 877	210 678	200 002	(11)
Centre-Est	— ³	181 954	182 702	180 769	182 161	181 891	0
Moyenne		196 373	239 196	235 579	266 493	248 894	27

1. Comprend le salaire de base, la rémunération au rendement, la prime à la signature, l'indemnité de congé annuel et l'indemnité de départ s'il y a lieu.
2. Selon un cadre de rémunération établi en mars 2012, les échelles salariales des directeurs généraux des CASC étaient alignées sur le niveau de complexité des CASC (le niveau 1 étant le moins complexe et le niveau 5, le plus complexe). Les conseils d'administration des CASC ont déterminé la complexité en fonction de facteurs tels que la taille du budget du CASC, le nombre d'employés, le nombre de patients servis et la diversité de la population. Pour plus de détails, voir la section 5.2.3.
3. Le cadre de rémunération n'ayant pas été mis en œuvre par le CASC au moment de notre audit, le niveau de complexité n'a pas été déterminé.
4. Comprend des honoraires de consultant de 59 220 \$ (plutôt qu'un salaire) versés à un directeur général par intérim.

Les sommes versées aux directeurs généraux entre 2009 et 2013 incluaient le salaire de base et la rémunération au rendement, ainsi que des paiements ponctuels tels que les primes à la signature, les indemnités de congé annuel et les indemnités de départ, le cas échéant. La rémunération totale moyenne des directeurs généraux en 2014 était presque identique à celle de 2013.

Exclusion faite de ces paiements ponctuels, la rémunération moyenne des directeurs généraux des CASC s'élevait à 245 300 \$ en 2013, ce qui constitue quand même une hausse de 27 % par rapport à 2009. Durant la même période, la rémunération des cadres supérieurs des CASC autres que les directeurs généraux a augmenté de 16 % pour atteindre 156 000 \$.

Les neuf fournisseurs visités nous ont informés des salaires versés aux homologues des directeurs généraux et à leurs autres cadres supérieurs entre 2011 et 2013. Selon eux, la rémunération moyenne des premiers a augmenté de 5 % et celle des seconds, de 11 %, sur cette période. Par comparaison, sur la même période, la rémunération des directeurs généraux des CASC a fait un bond de 9 % et celle de leurs autres cadres supérieurs a progressé de 11 %, comme le montrent les figures 10 et 11.

La figure 12 résume les différences de rémunération et d'avantages sociaux entre les directeurs généraux et les cadres supérieurs des 14 CASC et leurs homologues employés par les 9 fournisseurs visités. Les fournisseurs nous ont fourni les données salariales sur les personnes qui, selon eux, occupaient des postes équivalents à ceux des directeurs généraux et des autres cadres supérieurs des CASC. Nous avons remarqué qu'en 2013, selon ces données, les CASC versaient une rémunération plus élevée à leurs cadres supérieurs, la différence par rapport aux fournisseurs étant de 43 % pour les directeurs généraux et de 21 % pour les autres cadres supérieurs. Cependant, comme il est noté plus haut, les rôles des cadres des CASC n'étaient pas exactement comparables à ceux des cadres des fournisseurs.

Nous avons également constaté qu'en 2013, le pourcentage du salaire de base que les CASC offraient à leurs directeurs généraux et autres cadres supérieurs comme rémunération au rendement était plus faible que celui établi par les huit fournisseurs qui versaient une rémunération au rendement.

En ce qui concerne les pensions, les employés des CASC cotisent au régime de retraite à prestations déterminées appelé Healthcare of Ontario Pension Plan. Les régimes de retraite des fournisseurs choisis variaient, et certains n'en avaient pas.

Figure 10 : Salaires annualisés moyens des directeurs généraux de 14 CASC et des homologues des directeurs généraux employés par 9 fournisseurs de services, 2011-2013

Sources des données : tous les CASC et fournisseurs de services choisis

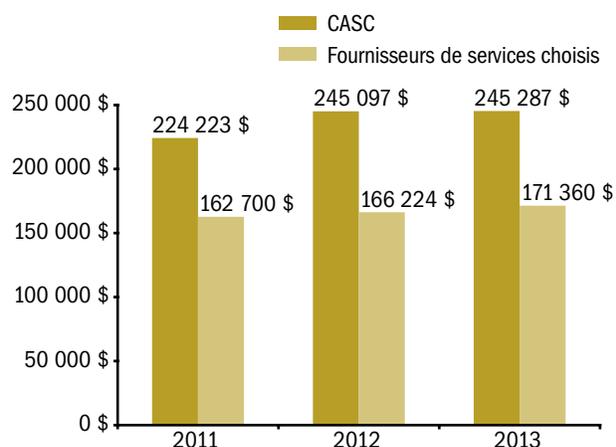


Figure 11 : Salaires annualisés moyens des cadres supérieurs autres que les directeurs généraux employés par 14 CASC et 9 fournisseurs de services, 2011-2013

Sources des données : tous les CASC et fournisseurs de services choisis

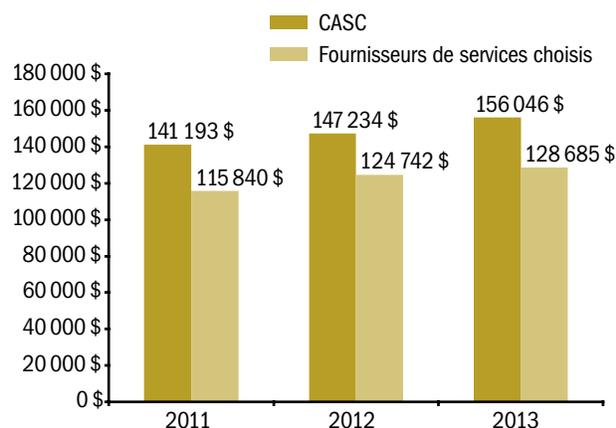


Figure 12 : Résumé des différences entre la rémunération et les avantages sociaux payés par les CASC et ceux payés par des fournisseurs de services choisis, 2013

Sources des données : tous les CASC et fournisseurs de services choisis

	14 CASC	9 fournisseurs de services
Salaire annualisé moyen des directeurs généraux et de leurs homologues, incluant la rémunération au rendement mais excluant les avantages imposables	245 300 \$	171 400 \$
Rémunération au rendement maximale annuelle autorisée pour les directeurs généraux et leurs homologues	19 % du salaire de base	40 % du salaire de base*
Salaire annualisé moyen des cadres supérieurs autres que les directeurs généraux, incluant la rémunération au rendement mais excluant les avantages imposables	156 000 \$	128 700 \$
Rémunération au rendement maximale annuelle autorisée pour les cadres supérieurs autres que les directeurs généraux	4 % du salaire de base	35 % du salaire de base*
Régime de retraite	Healthcare of Ontario Pension Plan (HOOPP), un régime à prestations déterminées	Certains fournisseurs n'avaient pas de régime de retraite, tandis que d'autres offraient des régimes à prestations déterminées ou à cotisations déterminées.
Avantages indirects	<ul style="list-style-type: none"> • 5 CASC versaient à leurs directeurs généraux des allocations d'automobile allant de 7 800 \$ à 10 200 \$ par an. • 1 CASC versait aussi à son directeur général une allocation de déplacement non plafonnée d'au moins 9 000 \$ par an. • 8 CASC ne versaient aucune allocation d'automobile. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 fournisseurs de services versaient aux homologues des directeurs généraux des allocations d'automobile allant de 6 000 \$ à 20 400 \$ par an. • 5 fournisseurs de services ne versaient aucune allocation d'automobile.

* Pourcentage fondé sur les données de huit des neuf fournisseurs de services. Un fournisseur a affirmé qu'il ne versait pas de primes de rendement à ses cadres.

5.2.3 Trois CASC n'ont pas respecté le cadre commun de rémunération des directeurs généraux

Le cadre de rémunération initial des directeurs généraux des CASC a été établi par le Ministère. La *Loi sur les sociétés d'accès aux soins communautaires* a été modifiée en 2006 afin de permettre aux CASC d'établir eux-mêmes la rémunération et les avantages sociaux de leurs directeurs généraux à compter du 1^{er} avril 2009. Six CASC ont élaboré leurs propres cadres de rémunération (à l'interne

ou avec l'aide d'un consultant), tandis que les huit autres ont acheté et convenu de suivre un cadre commun élaboré par un consultant et appelé *Executive Director Compensation Review* (Examen de la rémunération des directeurs exécutifs). En 2012, un consultant externe engagé par un groupe de CASC a élaboré un cadre de rémunération appelé *Principes et lignes directrices visant la rémunération des directeurs généraux des CASC*, pour que tous leurs conseils d'administration puissent gérer la rémunération de leurs directeurs généraux (y compris les échelles salariales et la rémunération au

rendement) de manière uniforme et cohérente. Entre 2009 et 2013, les CASC et l'Association ont dépensé un total d'environ 360 000 \$ pour acheter des cadres de rémunération.

La **figure 13** présente les échelles salariales des directeurs généraux des CASC en vigueur entre 2009 et 2013 en vertu de l'*Executive Director Compensation Review* (mai 2008 et décembre 2008) et des *Principes et lignes directrices visant la rémunération des directeurs généraux des CASC* (mars 2012).

Le salaire maximal recommandé pour les directeurs généraux des CASC est passé de 180 000 \$ avant avril 2009 à 226 000 \$ pour certains et à 260 000 \$ pour d'autres en avril 2009, puis à 351 000 \$ en janvier 2012. En fait, le sommet de l'échelle salariale des directeurs généraux des CASC

a augmenté de 95 % entre 2009 et 2013. Cependant, comme aucun directeur général de CASC n'était au sommet de l'échelle salariale en 2013, aucun d'eux n'a reçu une augmentation de salaire de 95 % entre 2009 et 2013. La plus forte augmentation sur cette période a été d'environ 70 %.

Les 14 CASC ont convenu de mettre en place le cadre de rémunération commun pour les directeurs généraux. L'un d'eux n'avait pas encore terminé la mise en œuvre, et deux autres n'avaient pas encore commencé à la fin de notre audit. Un des CASC qui ne l'avaient pas encore mis en œuvre était d'avis que le cadre ne tenait pas suffisamment compte de son environnement unique (le CASC est situé dans une région désignée bilingue et sert une population autochtone). Le salaire versé au directeur

Figure 13 : Échelles salariales recommandées pour les directeurs généraux des CASC, avec les salaires annualisés réels moyens, minimums et maximums, 2009-2013

Sources des données : Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires, tous les CASC

Année	Échelle salariale recommandée (en dollars)	Autorisation	Nombre de CASC qui ont accepté le cadre (sur 14)	Salaires annualisés réels des directeurs généraux (en milliers de dollars)		
				Moy.	Min.	Max.
2009	Avant le 1 ^{er} avril : 160 000-180 000	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	14/14			
	Après le 1 ^{er} avril : 166 000-226 000	<i>Executive Director^a Compensation Review (May 2008)</i>	3/14 ^b	192	169	229
	170 000-260 000	<i>Executive Director^a Compensation Review—Revised (December 2008)</i>	5/14 ^b			
2010	166 000-226 000	<i>Executive Director^a Compensation Review (May 2008)</i>	4/14 ^b	215	179	270
	170 000-260 000	<i>Executive Director^a Compensation Review—Revised (December 2008)</i>	4/14 ^b			
2011	166 000-226 000	<i>Executive Director^a Compensation Review (May 2008)^a</i>	4/14 ^b	224	181	260
	170 000-260 000	<i>Executive Director^a Compensation Review—Revised (December 2008)</i>	4/14 ^b			
2012	145 000-319 000	<i>Principes et lignes directrices visant la rémunération des directeurs généraux des CASC (2012)</i>	14/14, mais 3 CASC ne les avaient pas encore mis en œuvre en janvier 2015	245	182	275
2013	145 000-319 000	<i>Principes et lignes directrices visant la rémunération des directeurs généraux des CASC (2012)</i>	14/14, mais 3 CASC ne les avaient pas encore mis en œuvre en janvier 2015	245	182	300

a. Avant 2009, les directeurs généraux des CASC portaient le titre de directeur exécutif.

b. Les six autres CASC ont élaboré leurs propres cadres de rémunération au lieu d'accepter les recommandations des auteurs de l'*Executive Director Compensation Review (2008)*.

général de ce CASC en 2013 se situait néanmoins à l'intérieur de l'échelle salariale globale recommandée dans le cadre.

Selon le cadre, l'échelle salariale des directeurs généraux des CASC devait être alignée sur le niveau de complexité de chaque CASC. Comme le montre la **figure 14**, cinq niveaux de complexité ont été établis, le niveau 1 étant le moins complexe et le niveau 5, le plus complexe. Les échelles salariales correspondantes se fondaient sur la rémunération des directeurs généraux des entités jugées comparables par le consultant externe, dont les centres de soins communautaires, les établissements de soins continus complexes et les hôpitaux de réadaptation. La **figure 9** indique le niveau de complexité de chaque CASC, qui est déterminé par son conseil d'administration en fonction de facteurs tels que la taille du budget, le nombre de professionnels de la santé employés, le nombre de patients servis et la diversité de la population. Sur les CASC qui avaient mis en œuvre le cadre au moment de notre audit, un se classait au niveau 2, cinq au niveau 3 et cinq autres au niveau 5. Le cadre prévoyait une « rémunération conditionnelle » pouvant atteindre 10 % du salaire de base (c'est-à-dire qu'un maximum de 10 % du salaire de base est retenu et

payé seulement si le directeur général satisfait les attentes prédéterminées chaque année), en plus d'une rémunération au rendement supplémentaire pouvant aller jusqu'à 10 % du salaire de base pour les directeurs généraux des CASC qui atteignent des « objectifs stratégiques et opérationnels importants ». Le conseil d'administration de chaque CASC peut décider d'appliquer la rémunération conditionnelle ou la rémunération au rendement, ou les deux. Ainsi, la rémunération maximale du directeur général d'un CASC de niveau 5 est de 351 000 \$ par an, comparativement à 244 000 \$ pour le directeur général d'un CASC de niveau 2.

La *Loi de 2014 sur la rémunération des cadres du secteur parapublic* est entrée en vigueur le 16 mars 2015, à un moment où nous avons terminé notre audit. Cette loi permet au gouvernement d'établir des cadres de rémunération pour les cadres supérieurs tels que les directeurs généraux et les vice-présidents d'entités désignées du secteur parapublic, dont les CASC. Il est difficile de savoir si l'entrée en vigueur de la Loi entraînera une modification du cadre de rémunération des directeurs généraux des CASC.

Les CASC appliquent des cadres de rémunération différents pour les cadres supérieurs autres que

Figure 14 : Échelons de rémunération des directeurs généraux et niveau de complexité organisationnelle des CASC qui les emploient

Source des données : Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires

Niveau de complexité organisationnelle	Salaire de base (en milliers de dollars) ¹			Rémunération totale cible (en milliers de dollars) ²		
	Minimum	Médiane	Maximum	Minimum	Médiane	Maximum
5	236	278	319	260	306	351
4	209	246	283	230	271	311
3	185	218	250	204	240	275
2	164	193	222	180	212	244
1	145	171	196	160	188	216

1. Comme il est expliqué dans cette section, jusqu'à 10 % du salaire de base peut être retenu et versé seulement si le directeur général répond à certaines attentes. Le conseil d'administration du CASC décide s'il y a lieu d'exercer l'option de la rémunération conditionnelle et détermine le pourcentage (jusqu'à 10 %) à retenir. Les salaires de base qui apparaissent dans cette figure correspondent à ce que les directeurs généraux touchent si aucun montant n'est retenu, c'est-à-dire si les conseils d'administration n'exercent pas l'option de la rémunération conditionnelle ou si les directeurs généraux des conseils qui exercent cette option répondent à toutes les attentes.
2. Comme il est expliqué dans cette section, jusqu'à 10 % du salaire de base peut être ajouté à la rémunération du directeur général à titre de rémunération au rendement. Là encore, c'est le conseil d'administration du CASC qui décide s'il y a lieu d'exercer l'option de la rémunération au rendement et qui détermine le pourcentage (jusqu'à 10 %) à ajouter. La rémunération totale cible indiquée dans cette figure comprend une rémunération au rendement correspondant à 10 % du salaire de base.

les directeurs généraux. Il n'existe pas de cadre de rémunération standard pour les cadres supérieurs autres que les directeurs généraux des CASC, qui emploient en moyenne cinq cadres supérieurs chacun. Ces cadres portent des titres tels que directeur principal ou vice-président, et ils gèrent différents secteurs opérationnels, y compris les services internes, les services à la clientèle et la gestion de la qualité et du rendement. Le directeur général détermine la rémunération à verser à ces cadres supérieurs, en tenant compte de la région servie, des taux du marché et de la rémunération comparable dans des organismes semblables. Parmi les 14 CASC, 3 n'avaient pas d'étude appuyant la rémunération de leur cadres supérieurs et 11 en avaient. Sur ces 11 CASC, 2 ont suivi et utilisent 2 études de rémunération différentes, tandis que le reste n'en utilise pas. En 2013, l'échelle salariale globale des cadres supérieurs des 14 CASC s'étendait de 118 000 \$ à 190 000 \$.

5.2.4 Les fournisseurs de services utilisaient des cadres de rémunération différents

Dans l'ensemble, les pratiques en matière de rémunération des homologues des directeurs généraux et des autres cadres supérieurs variaient entre les neuf fournisseurs de services que nous avons visités durant l'audit. Six d'entre eux ont appliqué des cadres de rémunération pour leurs cadres (homologues des directeurs généraux et autres cadres supérieurs), et trois n'en ont pas appliqué.

Comme les fournisseurs sont des entreprises indépendantes qui ont d'autres sources de revenu en plus des fonds reçus des CASC, la rémunération qu'ils offrent à leurs directeurs généraux et autres cadres supérieurs diffère de celle des CASC. Les différences comprennent le fait que les fournisseurs rémunèrent leurs employés en fonction de l'expérience et des taux du marché, qui sont mis à jour de temps à autre. Par comparaison, le cadre de rémunération des directeurs généraux des CASC stipule que cette rémunération se fonde sur la com-

plexité organisationnelle, la satisfaction des attentes et l'atteinte des objectifs importants et ne précise pas quand les échelles salariales seront réexaminées.

5.2.5 Les motifs de certaines décisions relatives à la rémunération des directeurs généraux des CASC n'étaient pas clairs

Les salaires des directeurs généraux des CASC sont entièrement financés par les contribuables de l'Ontario. Nous avons remarqué des cas où il était difficile de savoir pourquoi certains directeurs généraux de CASC avaient reçu certains montants. Ces exemples illustrent le manque d'uniformité des pratiques en matière de rémunération des directeurs généraux des CASC, avant et après la mise en œuvre du cadre de rémunération commun.

- Un directeur général a reçu une prime à la signature de 45 000 \$ en 2009, ce qui représentait 25 % de son salaire de base de l'année. En termes de pourcentage, cette prime est considérablement plus élevée que celle de 8 % de la rémunération de base qui a été versée au directeur général d'un autre CASC en 2010. Dans le premier cas, le conseil d'administration n'a pas documenté les critères utilisés pour arriver à la prime de 25 %, mais il nous a expliqué que le directeur général avait reçu la prime à la signature pour que son plein salaire pour l'année soit conforme à celui d'autres directeurs généraux de CASC.
- Un conseil d'administration a approuvé une rémunération au rendement de 38 300 \$ pour son directeur général — soit le maximum permis aux termes de son contrat — pour l'exercice terminé le 31 mars 2010, alors que le directeur général n'avait pas obtenu la cote de rendement la plus élevée.

Nous avons également relevé trois cas où les conseils d'administration des CASC avaient approuvé des augmentations, que leurs directeurs généraux avaient refusées :

- Un directeur général a refusé une augmentation salariale de 50 000 \$ approuvée par le

conseil d'administration en juillet 2013 ainsi qu'une rémunération au rendement d'environ 7 % pour 2012–2013 et 10 % pour 2013–2014, soutenant que l'argent devrait plutôt être mis à la disposition d'autres membres du personnel du CASC.

- Un autre directeur général a refusé une rémunération au rendement de plus de 15 000 \$ en 2013–2014, parce qu'il estimait nécessaire de faire preuve de prudence dans l'environnement financier existant à ce moment-là.
- Un troisième directeur général a refusé des paiements au rendement en 2012–2013 et 2013–2014, pour la même raison que le deuxième. Le CASC n'a pas calculé le total des montants qui auraient été versés.

RECOMMANDATION 2

Pour que la rémunération versée aux directeurs généraux de tous les Centres d'accès aux soins communautaires soit uniforme et défendable, tous les Centres doivent respecter un cadre commun de rémunération des directeurs généraux et être tenus de signaler les exceptions à leurs réseaux locaux d'intégration des services de santé respectifs.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

La *Loi de 2014 sur la rémunération des cadres du secteur parapublic* (la Loi) a été proclamée en vigueur le 16 mars 2015. Cette loi permet au gouvernement d'établir des cadres de rémunération pour les cadres tels que les directeurs généraux et les vice-présidents d'entités désignées du secteur parapublic, dont les CASC. Le Ministère travaillera avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et d'autres partenaires afin d'assurer la mise en place d'un cadre commun et reconnu de rémunération des directeurs généraux pour les 14 CASC.

RÉPONSE DES CASC

En avril 2014, les CASC ont adopté un cadre commun de rémunération des directeurs généraux, qui avait été élaboré par des experts de l'extérieur et qui se fondait sur la rémunération en vigueur dans le secteur parapublic. En avril 2015, les 14 CASC respectaient tous le cadre commun. Ils ont hâte de travailler avec le gouvernement à la mise en œuvre des dispositions de la *Loi de 2014 sur la rémunération des cadres du secteur parapublic*.

5.2.6 Les cadres des CASC ont engagé moins de dépenses que leurs homologues des fournisseurs de services

Nous avons remarqué que les cadres des neuf fournisseurs visités engageaient des dépenses plus élevées en moyenne que leurs homologues des CASC, parce qu'ils devaient souvent parcourir de plus grandes distances pour faire leur travail, certains servant plus d'un CASC. Nous avons conclu que ces dépenses plus élevées étaient raisonnables dans les circonstances.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014, les directeurs généraux des CASC visités ont déclaré des dépenses de 8 300 \$ chacun en moyenne, comparativement à une moyenne de 11 000 \$ pour leurs homologues employés par des fournisseurs. De même, les cadres des CASC autres que les directeurs généraux ont déclaré des dépenses moyennes de 11 000 \$ chacun, par rapport à 16 000 \$ pour leurs homologues employés par des fournisseurs. Les dépenses déclarées par les cadres des CASC et des fournisseurs incluaient les déplacements, l'hébergement, les repas, les ateliers, les conférences et les cours.

Nous avons également examiné les dépenses remboursées aux membres des conseils d'administration des CASC et des fournisseurs, mais nous n'avons pas pu faire une comparaison fiable parce bon nombre des fournisseurs contactés n'ont pas remboursé de dépenses au

cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014 ou ne remboursent généralement pas les dépenses des administrateurs parce que ces derniers sont des employés internes. Les CASC visités ont remboursé en moyenne seulement 1 600 \$ par membre du conseil d'administration pour les frais de repas et de déplacement durant l'exercice terminé le 31 mars 2014.

5.3 Coûts des soins directs aux patients

RÉSUMÉ : *La motion du Comité nous demandait d'examiner les coûts de fonctionnement des CASC.*

Lors de notre examen des coûts de fonctionnement des CASC, nous avons analysé la ventilation entre les coûts des soins directs aux patients et les coûts non directement liés à ces soins. Pour ce faire, nous avons dû vérifier la définition donnée au terme « soins directs aux patients » dans le secteur des soins de santé et les coûts précis inclus dans cette définition. La définition des soins directs aux patients est importante. En effet, selon la définition utilisée, au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014, les CASC et leurs fournisseurs de services contractuels ont affecté entre 71,5 % et 92 % de leurs dépenses aux soins directs.

Selon la définition des soins directs aux patients retenue par les CASC, qui est tirée des lignes directrices provinciales, 92 % des dépenses des CASC sont considérées comme des « coûts des soins directs aux patients ». Pour arriver à ce chiffre, les CASC incluent les coûts des soins infirmiers directs et des coordonnateurs de soins, dont les fonctions n'impliquent pas toujours une *interaction* directe avec les patients mais peuvent *influencer* les soins à ces derniers. Les CASC agissent de façon appropriée en excluant leurs propres coûts indirects des coûts des soins directs. Ils incluent toutefois

le *montant intégral* versé aux fournisseurs, qui englobe les coûts indirects et les bénéfices de ceux-ci. (Les bénéfices sont définis comme étant la différence entre les revenus tirés des CASC et les dépenses engagées pour fournir les services demandés par les CASC, qui sont déclarés par les fournisseurs à but lucratif et les fournisseurs sans but lucratif.) Autrement dit, les CASC distinguent les coûts non liés aux soins directs (coûts indirects) de la partie des dépenses qui s'applique à leurs propres opérations, mais ils ne suivent pas la même logique en distinguant les coûts non liés aux soins directs (coûts indirects et bénéfices) de la partie du total des dépenses versée aux fournisseurs. Lorsque les coûts indirects et les bénéfices des fournisseurs sont exclus des coûts des soins directs, les CASC affectent 81 % (plutôt que 92 %) de leurs dépenses aux soins directs aux patients selon la définition tirée des lignes directrices provinciales.

Selon une définition plus étroite, lorsque les services directs aux patients se limitent aux activités impliquant un contact direct avec les patients, le pourcentage des dépenses des CASC affecté aux soins directs tombe à 71,5 %.

Comme les coordonnateurs des soins doivent se déplacer pour fournir les soins à domicile et en milieu communautaire et documenter les soins prodigués aux patients conformément aux normes de pratique professionnelles, ces activités peuvent être considérées comme faisant partie des soins directs aux patients même si elles n'impliquent pas une interaction directe avec ces derniers. Lorsque ces activités sont incluses dans les soins directs aux patients, le pourcentage des dépenses que les CASC ont consacré à ces soins pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 monte à 72 %.

Étant donné que la plupart des coûts de fonctionnement des CASC sont des paiements aux fournisseurs, nous avons également examiné le pourcentage des montants reçus

que les fournisseurs affectent aux soins directs plutôt qu'aux autres composantes de coûts. Une fois les coûts indirects exclus, les activités des fournisseurs se limitent à celles qui impliquent un contact direct avec les patients. Selon la définition plus étroite, nous avons constaté que les *fournisseurs* affectaient en moyenne 82 % des paiements reçus des CASC aux soins directs.

Quelle que soit la définition employée, la proportion du financement consacrée aux soins directs n'est pertinente que si nous savons quels genres de soins sont les plus susceptibles de produire de meilleurs résultats pour les patients. Ni le Ministère ni les CASC et leur Association n'avaient analysé la corrélation entre les montants affectés à des activités données de soins et les résultats pour les patients. Une telle analyse aiderait les CASC à prioriser leurs dépenses et à allouer suffisamment de ressources et de fonds aux activités de soins les plus efficaces.

5.3.1 Les fournisseurs de services ont affecté 13 % des paiements des CASC aux frais d'administration et retenu en moyenne 5 % au titre des bénéfiques

Comme le Comité était préoccupé par la possibilité qu'une partie des fonds versés par les CASC aux fournisseurs soit affectée à des fins autres que la prestation des soins directs aux patients, nous avons examiné la répartition des coûts d'un échantillon de fournisseurs. Nous avons reçu des données financières de neuf fournisseurs (dont cinq sont des organismes à but lucratif). Selon les données financières de 2013 ou 2014 que ces fournisseurs nous ont communiquées, la ventilation se présente comme suit :

- 82 % des fonds reçus des CASC ont été affectés aux services directs aux patients et couvraient surtout les salaires du personnel infirmier et des préposés aux services de

soutien à la personne ainsi que l'équipement médical et les fournitures médicales utilisés.

- 13 % ont été affectés aux dépenses indirectes telles que les salaires des cadres et du personnel administratif et à d'autres frais d'administration.
- 5 % ont été retenus au titre des bénéfiques (les bénéfiques sont définis comme étant la différence entre les revenus tirés des CASC et les dépenses engagées pour fournir les services demandés par les CASC, qui sont déclarés par les fournisseurs à but lucratif et les fournisseurs sans but lucratif). La marge bénéficiaire d'exploitation sur les services financés par les CASC s'étend de 3 % à 14 % chez huit des neuf fournisseurs. Un des fournisseurs a déclaré une perte de 14 % sur le travail accompli pour les CASC. Ce résultat est raisonnable à la lumière des observations formulées dans un rapport d'évaluation commandé par l'Association et diffusé en septembre 2014, qui examinait le marché des services rémunérés à l'acte. Le rapport indiquait que les marges bénéficiaires des fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire de l'Ontario variaient entre -4,80 % (ce qui représente une perte) et 12,75 %. Certains fournisseurs exercent des activités dans d'autres secteurs, le revenu provenant de ces activités pouvant compenser les pertes associées à leur travail pour les CASC.

Il importe de noter que, même si les fournisseurs nous ont volontairement communiqué des données financières en remplissant un modèle de rapport sur les coûts que nous avons élaboré afin de faciliter l'analyse, nous ne pouvons affirmer avec un degré élevé de certitude que ces données sont exactes. Comme la loi ne nous autorise pas à auditer directement les entrepreneurs contractuels du secteur privé qui vendent des services aux CASC, nous n'avons pas pu mettre en œuvre des procédures d'audit afin de vérifier l'exactitude de ces données.

5.3.2 La définition des soins directs aux patients affecte le calcul des coûts liés à ces soins

Les figures 15a et 15b présentent une ventilation du total des dépenses des CASC par catégorie pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Dans l'ensemble, 62 % des fonds dépensés sont affectés à l'acquisition de services auprès des fournisseurs, 30 %, aux coûts de dotation et d'administration internes des CASC, et 8 %, à l'équipement médical et aux fournitures médicales. Tous ces montants comprennent les coûts des soins directs aux patients. Pour déterminer le montant exact consacré aux « soins directs aux patients », il faut d'abord définir ce terme.

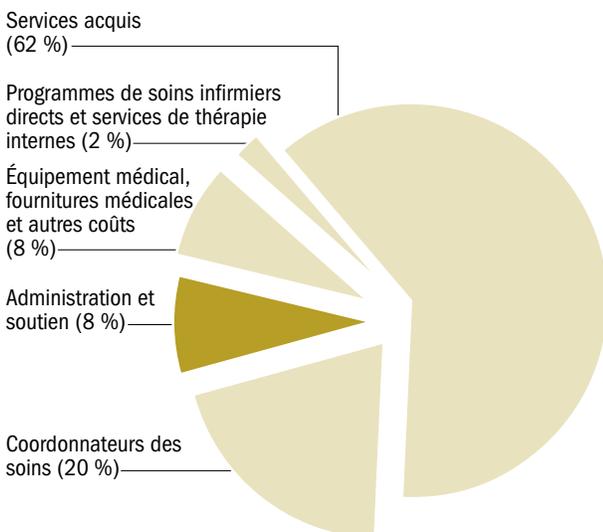
La définition des coûts des soins directs varie à l'intérieur du secteur des soins de santé

Le terme « soins directs » est définie de différentes façons à l'intérieur du secteur des soins de santé. Certaines définitions impliquent une *interaction* directe avec les patients, tandis que d'autres font

Figure 15a : Coûts des services aux patients et autres coûts des CASC, tels que définis par les CASC, exercice terminé le 31 mars 2014

Sources des données : Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires, tous les CASC

Coûts des services aux patients – 92 %
Autres coûts – 8 %



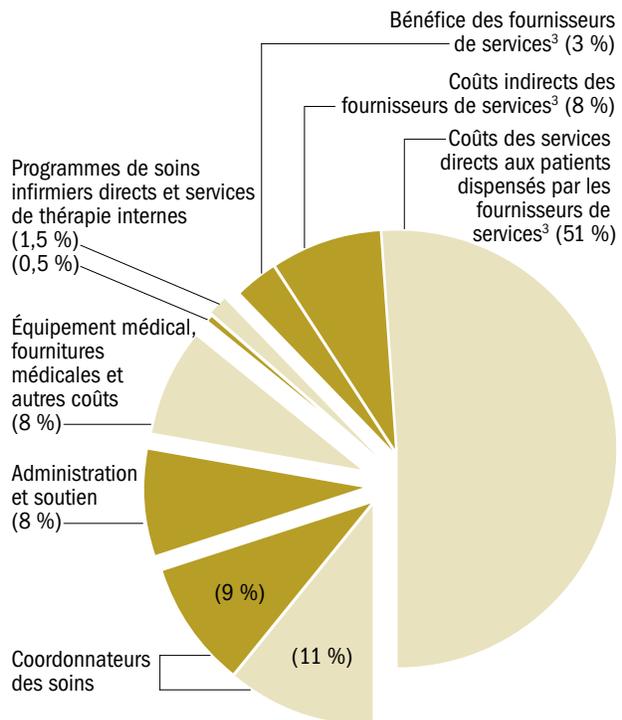
référence à des activités qui ont une *influence* directe sur les soins aux patients.

Les CASC et leur Association définissent les soins directs aux patients comme étant [traduction] « tous les coûts engagés par les CASC pour prendre soin des patients chez eux et dans la communauté, en toute sécurité. Ces soins, fournis par le personnel des CASC et les fournisseurs de services contractuels, comprennent la coordination des soins, les services d'un personnel infirmier praticien, les services d'une pharmacienne ou d'un pharmacien, les services d'information et d'aiguillage, les soins à la personne,

Figure 15b: Coûts des services aux patients et autres coûts des CASC, selon d'autres définitions¹ des services aux patients, exercice terminé le 31 mars 2014

Sources des données : Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires, tous les CASC

Coûts des services aux patients² – 71,5 %
Autres coûts – 28,5 %



1. Voir les définitions 3 et 4 à la figure 16.
2. Le pourcentage des coûts des services aux patients monte à 72 % si les déplacements des coordonnateurs des soins et la documentation des activités de soins sont classés dans la catégorie des services aux patients.
3. Ventilation fondée sur l'information soumise par neuf fournisseurs de services choisis représentant 69 % des services directs acquis par les CASC durant l'exercice terminé le 31 mars 2014. Les fournisseurs de services ont retenu un bénéfice moyen de 5 % (voir la section 5.3.1); 3 % représente le bénéfice en pourcentage du total des dépenses des CASC.

les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie, la diététique, le travail social, l'orthophonie ainsi que l'équipement médical et les fournitures médicales. »

Lorsqu'ils ont formulé cette définition, les CASC ont traité tous les services aux clients tels que définis dans les lignes directrices en matière de rapports du Ministère comme des soins directs aux patients. Ces lignes directrices du Ministère sont tirées du système national d'information sur les soins de santé mis au point par l'Institut canadien d'information sur la santé, un organisme national financé par les gouvernements fédéral et provinciaux qui recueille et diffuse des données et des statistiques sur les soins de santé. Dans ce système, les entités responsables des soins de santé déclarent les coûts engagés dans deux catégories : les services administratifs et de soutien, et les services aux hospitalisés ou aux clients. Conformément aux lignes directrices en matière de rapports du Ministère, les CASC et leur Association considèrent les services aux hospitalisés ou aux clients comme des soins directs aux patients. Autrement dit, ils utilisent la plus large définition des soins directs, qui va au-delà de l'interaction directe avec les patients.

La **figure 16** résume les différentes définitions retenues par d'autres organismes de soins de santé, dont l'American Association of Critical-Care Nurses et l'American Physical Therapy Association, ainsi que la définition figurant dans la *Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health*. Exception faite de l'American Physical Therapy Association (qui a adopté une définition compatible avec celle utilisée par les CASC), toutes les autres sources que nous avons examinées utilisent une définition plus étroite des soins directs, qui se limite aux interactions ou contacts directs avec les patients.

La définition des CASC attribue une plus forte proportion des coûts aux soins directs aux patients

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, selon leur définition des soins directs aux patients, les CASC

ont déclaré que, dans l'ensemble, 92 % de leurs dépenses étaient consacrées aux soins directs aux patients.

Comme le montre la **figure 17**, les coûts des soins directs aux patients déclarés par les CASC variaient entre 89,9 % et 93,8 %. L'écart entre ces pourcentages s'explique par le fait que chacun des 14 CASC est une entité indépendante libre de dépenser son argent à sa guise.

Nous avons constaté que, comme la définition l'exige, les CASC avaient exclu leurs coûts indirects du calcul des coûts des soins directs aux patients. Cependant, leur calcul incluait *tous* les montants payés aux fournisseurs, qui englobent les coûts indirects et les bénéfices de ces derniers. Lorsque ces coûts indirects et bénéfices sont exclus, 81 % des dépenses des CASC peuvent être considérées comme ayant été affectées aux soins directs aux patients.

Une autre définition attribue une plus faible proportion des coûts aux soins directs aux patients

Selon une définition des soins directs aux patients qui exclut les activités n'impliquant pas une interaction directe avec ces derniers, le pourcentage des dépenses attribué aux soins directs est moins élevé. L'estimation de ce montant présente certains défis, qui sont décrits ci-après.

Il est difficile de déterminer le temps consacré par les coordonnateurs de soins des CASC aux soins directs

Étant donné l'importance pour les CASC de déterminer si leurs coordonnateurs des soins font une utilisation efficace de leur temps afin d'influencer positivement les résultats pour les patients, il serait utile pour les CASC d'assurer un suivi uniforme de l'emploi du temps des coordonnateurs de soins.

En 2009, l'Association a élaboré un modèle de rapport de suivi des heures pour les coordonnateurs des soins, mais un seul CASC l'utilise. Sur les 13 autres CASC, 12 ont mis au point leurs propres rapports personnalisés pour suivre la charge de travail ou les activités des coordonnateurs de soins. Contrairement au modèle de l'Association, ces

rapports n'indiquent pas le temps que le coordonnateur passe en contact avec chaque client. Un des CASC ne surveille aucun aspect du travail de ses coordonnateurs des soins.

L'Association n'a pas le pouvoir d'obliger les CASC à utiliser son modèle de rapport. Bien que l'Association représente les CASC, c'est à leurs conseils d'administration que ceux-ci doivent rendre

compte. L'Association souligne que ces rapports ne servent pas à des fins d'analyse et de gestion des données provinciales et qu'il s'agit plutôt de « rapports préliminaires » devant permettre aux CASC d'accéder facilement à l'information sur leurs clients et leurs charges de travail et de gérer leurs activités quotidiennes.

Figure 16 : Définitions diverses des coûts des soins directs et des soins indirects

Sources des données : Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires, CASC, Health System Performance Research Network, publications médicales choisies et associations

	Compris dans les coûts des services aux patients?			
	Définitions			
	1	2	3	4
Bénéfices réalisés et coûts indirects engagés par les organismes de prestation de services	Oui	Oui	Non	Non
Coûts engagés par les fournisseurs de services qui affectent directement les patients	Oui	Oui	Oui	Oui
Éducation permanente, déplacements, adhésion à des associations professionnelles, télécommunications, fournitures de bureau, équipement – coordonnateurs des soins	Oui	Oui	Non	Non
Présentations dans la collectivité – coordonnateurs des soins	Oui	Oui	Non	Non
Tenue des dossiers des patients – coordonnateurs des soins	Oui	Oui	Non	Non
Adjoints des coordonnateurs des soins	Oui	Oui	Non	Non
Gestionnaires des coordonnateurs des soins	Oui	Oui	Non	Non
Établissement de relations, tenue des dossiers des patients – programmes de soins infirmiers directs	Oui	Oui	Non	Non
Équipement médical et fournitures médicales	Oui	Oui	Oui	Oui
Interaction directe avec les patients – programmes de soins infirmiers directs	Oui	Oui	Oui	Oui
Interaction directe avec les patients – coordonnateurs des soins	Oui	Oui	Oui	Oui
Activités d'administration et de soutien, comme les charges locatives	Non	Non	Non	Non
Pourcentage du total des dépenses représenté par les services directs aux patients	92	92	71,5	71,5

Définitions:

1 – Soins directs aux patients : tous les coûts engagés par les CASC pour prendre soin des patients en toute sécurité à domicile ou en milieu communautaire. Les soins dispensés par le personnel des CASC et les fournisseurs de services contractuels comprennent la coordination des soins, les services du personnel infirmier praticien, des pharmaciens et des travailleurs sociaux, les services d'information et d'aiguillage, les soins à la personne, les soins infirmiers, les services de physiothérapie, d'ergothérapie, de diététique et d'orthophonie, ainsi que l'équipement médical et les fournitures médicales.

(Source : CASC et Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires)

2 – Soins directs aux patients : activités auxquelles un thérapeute participe et qui ont une influence directe sur les soins à un patient ou client particulier.

(Source : American Physical Therapy Association)

3 – Les activités de soins directs aident le patient à répondre à ses besoins de base.

Les soins indirects aux patients mettent l'accent sur le maintien de l'environnement où les soins infirmiers sont fournis et impliquent seulement incidemment des contacts directs avec les patients.

(Source : American Association of Critical Care Nurses)

4 – Soins directs : prestation de services à un patient qui nécessitent un certain degré d'interaction entre le patient et le fournisseur de soins de santé, par exemple les services d'évaluation et d'enseignement, l'exécution de procédures et la mise en œuvre d'un plan de soins.

Soins indirects : services qui sont liés aux soins aux patients mais qui ne nécessitent aucune interaction entre le fournisseur des soins de santé et le patient. Les exemples comprennent la tenue des dossiers des patients et l'établissement des horaires.

(Source : Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health, septième édition)

Figure 17 : Services aux patients et coûts indirects en pourcentage du total des dépenses, par CASC, exercice terminé le 31 mars 2014

Source des données : Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires

CASC	Coûts des services aux patients en pourcentage du total des dépenses	Coûts indirects en pourcentage du total des dépenses
Hamilton Niagara Haldimand Brant	93,8	6,2
Sud-Est	92,7	7,3
Champlain	92,2	7,8
Centre	91,9	8,1
Centre-Toronto	91,7	8,3
Simcoe Nord Muskoka	91,6	8,4
Érié St-Clair	91,5	8,5
Sud-Ouest	91,4	8,6
Waterloo Wellington	91,2	8,8
Centre-Est	91,1	8,9
Nord-Est	90,5	9,5
Centre-Ouest	90,5	9,5
Mississauga Halton	90,4	9,6
Nord-Ouest	89,9	10,1
Total provincial	91,7	8,3

Les dépenses et activités n'impliquant pas une interaction directe avec les patients doivent être estimées et exclues

Lorsque les soins directs aux patients sont définis de manière à inclure seulement les activités impliquant une interaction directe avec ces derniers, les CASC ont consacré 71,5 % de leurs dépenses aux soins directs au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014, comme le montre la **figure 16**. Pour arriver à cette conclusion, nous avons exclu les coûts suivants, que les CASC incluent actuellement dans leurs calculs :

- *Bénéfices réalisés et coûts indirects engagés par les fournisseurs de services* : Nous avons estimé que les fournisseurs affectent une partie des fonds qui leur sont versés par les CASC à leurs coûts indirects, qui comprennent les taxes et impôts, les coûts d'occupation, la rémunération des cadres, le matériel et les fournitures de bureau et les bénéfices. (Un examen détaillé figure dans la **section 5.3.1.**)
- *Coûts des activités de soutien incluses dans les coûts des coordonnateurs de soins* : Ces activités comprennent l'éducation permanente, les déplacements, l'adhésion à des associations professionnelles, les télécommunications, les fournitures de bureau et l'achat ou la location de matériel.
- *Temps consacré par les coordonnateurs des soins à des activités indirectes* : Nous avons estimé que les coordonnateurs des soins consacraient environ 40 % de leur temps à des services de soutien. Ils doivent notamment faire des présentations dans la collectivité, lire les courriels internes et y répondre, examiner les politiques et les procédures, et assurer la tenue des dossiers des patients. Notre estimation du temps consacré aux services de soutien se fonde sur un examen des données brutes consignées dans le système d'information des CASC, qui sont les seuls renseignements disponibles sur l'emploi du temps des coordonnateurs de soins, pour un mois échantillonné en 2014.

- *Personnel de soutien et gestionnaires des coordonnateurs de soins* : Les adjoints des coordonnateurs de soins consacrent seulement une partie de leur temps à des activités impliquant un contact direct avec les patients. De même, les gestionnaires des coordonnateurs de soins ne fournissent généralement pas de services directs aux patients.
- *Programmes de soins infirmiers directs* : Nous avons estimé que 60 % des fonds dépensés par les CASC pour offrir eux-mêmes des soins infirmiers (au lieu de faire appel à des fournisseurs) étaient versés aux infirmières et infirmiers et aux membres du personnel infirmier praticien pour qu'ils puissent se déplacer, établir des relations et assurer la tenue des dossiers des patients. Cette estimation se fondait sur des entrevues que nous avons menées avec plus de 30 membres du personnel des programmes de soins infirmiers directs dans trois CASC et sur les estimations de l'attribution du temps que nous avons reçues de six autres CASC.

Comme les coordonnateurs des soins doivent se déplacer pour fournir les soins à domicile et en milieu communautaire et documenter les soins prodigués aux patients conformément aux normes de pratique professionnelles, ces activités peuvent être considérées comme faisant partie des soins directs aux patients même si elles n'impliquent pas une interaction directe avec ces derniers. Lorsque ces activités sont incluses dans les soins directs aux patients, le pourcentage des dépenses que les CASC ont consacré à ces soins pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 monte à 72 %.

Aucune analyse n'a été faite pour mettre les dépenses liées à des activités particulières de soins aux patients en corrélation avec les résultats pour les patients

Quelle que soit la définition des soins directs aux patients retenue, il est difficile de savoir quel pourcentage de leurs coûts les CASC devraient

affecter aux soins directs afin d'améliorer les résultats pour les patients. Nous ne pouvons pas tenir pour acquis que les patients obtiendraient automatiquement de meilleurs résultats si le personnel passait tout son temps en contact direct avec eux. Les heures de perfectionnement professionnel, par exemple, ne seraient pas considérées comme des soins directs aux patients, mais pourraient avoir un impact notable sur les résultats pour ces derniers. De même, les résultats pour les patients pourraient être optimisés si les coordonnateurs de soins du CASC passaient au moins une certaine partie de leur temps à interagir en personne ou par téléphone avec les patients et/ou leurs familles, mais aucun point de référence n'a été établi à cet égard. Ni le Ministère, ni les CASC, ni leur Association n'avaient analysé la corrélation entre le pourcentage de temps consacré à des activités particulières de soins aux patients et les résultats pour ces derniers. Une telle analyse pourrait aider les CASC à prioriser leurs dépenses et à allouer des ressources et des fonds suffisants aux activités de soins les plus efficaces, que les soins soient dispensés par leur personnel ou par des fournisseurs.

RECOMMANDATION 3

Pour que les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) puissent identifier, comparer et gérer les heures de travail et les activités de leurs coordonnateurs de soins :

- l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires, de concert avec tous les CASC, doit mettre à jour le modèle de rapport de suivi des heures de travail des coordonnateurs de soins et établir des points de référence pour le temps consacré à différentes activités de coordination des soins;
- tous les CASC doivent utiliser le modèle mis à jour de rapport de suivi des heures de travail pour les coordonnateurs des soins.

RÉPONSE DES CASC ET DE L'ASSOCIATION

Les CASC reconnaissent l'importance de mesurer et de suivre la façon dont les soins aux patients permettent d'obtenir les résultats souhaités. L'Association est en train d'établir des points de référence pour le temps consacré aux différentes activités des coordonnateurs de soins, comme l'évaluation des patients, la mise à jour des plans de soins, la documentation des activités des patients et les visites à domicile. Elle s'attend à ce que des rapports permettant de suivre et de gérer le temps et les activités des coordonnateurs de soins soient disponibles en décembre 2015. Les CASC communiqueront alors des données réelles par rapport à des points de référence établis.

RECOMMANDATION 4

Pour que les fonds soient alloués de manière à produire les meilleurs résultats possibles pour les patients, les Centres d'accès aux soins communautaires, en collaboration avec l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires, doivent :

- analyser le lien entre des activités particulières de soins aux patients — qu'il s'agisse d'activités impliquant un contact direct avec les patients ou de services de soutien — et les résultats pour ces derniers;
- utiliser cette information pour établir des niveaux de ressources et de financement de référence pour les activités clés de soins aux patients.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC, comme les autres fournisseurs de soins de santé, respectent les normes provinciales et nationales prescrites en matière de rapports. Il est relativement facile de démontrer la valeur du temps que les coordonnateurs des

soins passent avec des patients. Il est plus difficile de mesurer la valeur des différents services de soutien que le personnel des CASC, y compris les coordonnateurs des soins, fournit pour s'assurer que les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin. En décembre 2015, les CASC, soutenus par l'Association, élaboreront une approche quantitative afin de mesurer la contribution des différentes activités de soins aux résultats positifs pour les patients. Cette approche inclura une analyse des types de soins prodigués et des résultats attendus pour les patients.

Les CASC analyseront les données ainsi recueillies afin d'établir des points de référence pour les activités de soins ciblant des populations précises de patients.

5.3.3 Le modèle de prestation des soins à domicile et en milieu communautaire pourrait être rationalisé

Comme il est mentionné dans la **section 2.1**, il y a 14 CASC responsables des soins de santé directs à domicile et en milieu communautaire en Ontario. Chacun d'eux emploie des infirmières et infirmiers et du personnel infirmier praticien qui fournissent des services de soins directs dans le cadre de trois programmes dirigés par le Ministère, et cinq CASC emploient aussi leurs propres thérapeutes. En outre, les CASC passe des marchés de services avec 160 fournisseurs de services du secteur privé à but lucratif ou sans but lucratif.

Dans un modèle de prestation de services de ce genre, chaque organisation engage des frais administratifs et des coûts indirects à de multiples reprises, et certains fournisseurs tirent aussi des bénéfices des paiements reçus des CASC pour la prestation des services financés par les CASC. Comme il est expliqué plus haut, nous estimons que, selon ce modèle, à peu près 72 % de chaque dollar de financement va à des activités impliquant un contact direct avec les patients. Ce pourcentage est considérablement inférieur aux 92 % qui, selon les CASC qui appliquent ce modèle de prestation, seraient affectés aux soins directs aux patients.

Étant donné les réformes en cours et les rapports en voie d'élaboration en Ontario dans le domaine des soins de santé, y compris les soins à domicile et en milieu communautaire, le moment serait bien choisi pour étudier l'actuel modèle de prestation — où les soins directs sont fournis par un vaste éventail d'organismes, dont certains tirent des bénéfices des services financés par les CASC et d'autres offrent des services qui pourraient être considérés comme faisant double emploi — et déterminer s'il serait possible de le rationaliser dans l'intérêt des patients qui ont besoin de soins de santé efficaces à domicile et en milieu communautaire.

RECOMMANDATION 5

Pour que les patients reçoivent des soins de santé équitables et de haute qualité à domicile et en milieu communautaire de la manière la plus rentable possible, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit réexaminer le modèle de prestation qui fait actuellement appel à 14 Centres d'accès aux soins communautaires et à environ 160 fournisseurs à but lucratif et sans but lucratif du secteur privé.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à la recommandation de passer en revue l'actuelle approche de prestation des services pour les soins à domicile et en milieu communautaire afin que les patients reçoivent des soins équitables et de haute qualité. *Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire* est la première étape du plan élaboré par le Ministère pour transformer les modalités de prestation des soins à domicile et en milieu communautaire en Ontario. Le plan prévoit la création d'un cadre des niveaux de soins afin d'uniformiser la prestation des services et la conduite des évaluations dans toute la province, ainsi qu'un examen de l'approche actuellement suivie pour établir les taux contractuels des CASC pour les services de

soins à domicile assurés par des fournisseurs. Un examen du modèle de prestation des services suivra ce travail.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC reconnaissent pleinement la nécessité de moderniser les soins à domicile et en milieu communautaire et sont bien placés pour procéder à la transformation. La législation habilitante date de plus de 20 ans, et les lois et règlements existants ne reflètent pas le volume croissant de patients, la complexité de leurs besoins ou le modèle compliqué d'approvisionnement en services utilisé par les CASC. Comme la vérificatrice générale le souligne, les CASC travaillent avec plus de 160 fournisseurs de services, et une directive du Ministère les empêche de recourir à un processus contractuel concurrentiel. Les CASC espèrent continuer de collaborer avec le Ministère à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un modèle de prestation de services plus simple et plus rentable pour les patients de tout l'Ontario.

5.4 Rémunération du personnel infirmier et des thérapeutes employés par les CASC et par les fournisseurs de services contractuels

RÉSUMÉ : *La motion du Comité nous demandait d'examiner la rémunération des postes comparables dans les CASC et chez les fournisseurs de services sous contrat avec les CASC qui sont rémunérés à l'acte.*

Les types d'employés communs aux CASC et aux fournisseurs sont les infirmières et infirmiers et les thérapeutes. Nous avons comparé les fonctions accomplies par le personnel infirmier et les thérapeutes des CASC et des fournisseurs, ainsi que la rémunération qui leur est versée.

Nous avons constaté qu'avant de donner pour directive aux CASC d'engager leur propre personnel infirmier, le Ministère n'avait effectué aucune analyse coûts/avantages afin de déterminer si les infirmières et infirmiers des fournisseurs pouvaient accomplir les tâches assignées à leurs homologues des CASC de manière plus rentable.

La seule comparaison viable de la rémunération du personnel infirmier des trois programmes de soins infirmiers directs avait été faite dans le domaine de l'intervention rapide. Aucun des neuf fournisseurs visités n'a à son effectif des infirmières ou infirmiers offrant des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances aux élèves en milieu scolaire ou un personnel infirmier praticien offrant des soins palliatifs à domicile.

Les CASC et les fournisseurs emploient tous des infirmières et infirmiers autorisés. Leurs activités se chevauchent dans une certaine mesure, mais leurs fonctions sont généralement différentes : les infirmières et infirmiers des fournisseurs exercent des fonctions « axées sur les tâches » pour des patients ayant différents niveaux de besoins, tandis que le personnel infirmier d'intervention rapide des CASC coordonne la prestation de soins aux patients ayant des besoins complexes et leur offre des services de consultation. Nous avons constaté que les infirmières et infirmiers d'intervention rapide des CASC touchaient une rémunération supérieure à celle du personnel infirmier des fournisseurs parce que leurs syndicats avaient négocié des taux plus élevés avec les CASC.

Quant aux thérapeutes des CASC et des fournisseurs, ils assument des fonctions comparables. Les CASC payaient leurs propres thérapeutes plus cher que ceux des fournisseurs pour des services comparables.

5.4.1 Aucune analyse n'a été faite afin de déterminer si les fournisseurs de services pouvaient offrir des programmes directs

Les CASC mettent traditionnellement l'accent sur la coordination des soins assurés par les fournisseurs et des services de soutien communautaires, mais la *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires* (la Loi) les autorise également à fournir eux-mêmes des services. Elle leur permet de fournir, directement ou indirectement, des services de santé et des services sociaux s'y rapportant ainsi que des fournitures et de l'équipement pour le soin de personnes.

En septembre 2011, le Ministère a lancé trois programmes de soins infirmiers directs (programmes directs) dans les 14 CASC : le Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide, le Programme d'affectation du personnel infirmier aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et le Programme de personnel infirmier praticien pour les soins palliatifs à domicile. Le principal objectif de ces nouveaux programmes directs était de répondre à des besoins particuliers des patients et de créer des emplois à temps plein pour le personnel infirmier. La **figure 18** donne une description et précise les objectifs de chacun des trois programmes directs. Les CASC visités ont convenu que le personnel infirmier des programmes directs offre des services qui étaient auparavant inaccessibles aux patients.

Depuis le lancement des programmes en septembre 2011, les RLISS ont alloué 30 millions de dollars par an aux CASC pour leur mise en œuvre. Ces fonds étaient censés permettre d'employer 126 infirmières et infirmiers d'intervention rapide, 144 infirmières et infirmiers offrant des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et 70 infirmières et infirmiers praticiens en soins palliatifs, pour un total de 340 infirmières et infirmiers praticiens dans les 14 CASC. Les programmes directs s'inscrivaient dans l'engagement pris par le gouvernement en 2007 de créer 9 000 nouveaux postes d'infirmières et infirmiers.

Figure 18 : Programmes de soins infirmiers directs – Objets et buts

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

Programme	Objet	But
Soins infirmiers d'intervention rapide	Mettre l'accent sur les soins durant la transition des soins actifs aux soins à domicile pour les personnes admissibles.	Réduire les réadmissions à l'hôpital et les visites évitables aux services des urgences en améliorant la qualité de la transition des soins actifs aux soins à domicile pour deux groupes de population : les enfants qui ont des problèmes médicaux complexes et les adultes et personnes âgées frêles qui ont des besoins complexes ou des caractéristiques à risque élevé.
Services de santé mentale et de lutte contre les dépendances	Aider les conseils scolaires de district à acquérir la capacité de reconnaître les problèmes de santé mentale et de dépendance des élèves et d'y répondre.	Fournir des soutiens et des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances – au sein d'une équipe interdisciplinaire comprenant des chefs de file et des travailleurs dans le domaine de la santé mentale ainsi que des employés des conseils scolaires de district – aux enfants et aux jeunes qui fréquentent les écoles administrées par les 72 conseils scolaires de district financés par le gouvernement de l'Ontario.
Personnel infirmier praticien en soins palliatifs	Offrir une capacité critique afin d'améliorer la continuité de la coordination des soins cliniques palliatifs dans les secteurs des soins primaires, des soins à domicile, des soutiens communautaires, des soins actifs et des soins palliatifs spécialisés.	Améliorer la valeur de la prestation des soins palliatifs à domicile et en milieu communautaire en contribuant à la réduction des hospitalisations, à l'amélioration de la gestion de la douleur et des symptômes, à la réduction des coûts des médicaments, à l'amélioration de la transition des soins primaires aux soins palliatifs et à la réduction des aiguillages vers des soins spécialisés.

Le Ministère n'a pas mené d'analyse pour déterminer si les fournisseurs pouvaient offrir les mêmes services de façon plus rentable avant de demander aux CASC d'engager du personnel infirmier professionnel pour qu'il offre les programmes directs à compter de septembre 2011.

L'élargissement du mandat des CASC à la prestation de soins directs a été critiqué par de nombreuses parties prenantes, dont des groupes d'intervenants et des fournisseurs. Plusieurs associations représentant les fournisseurs de soins à domicile et de services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances ont fait part de leurs préoccupations au Ministère concernant la décision de placer de nouvelles infirmières et nouveaux infirmiers dans des CASC. Bien qu'appuyant l'investissement en principe, elles déploraient le fait que le gouvernement avait élaboré les nouveaux programmes directs sans d'abord consulter le personnel infirmier des four-

nisseurs. En outre, deux des associations craignaient que les nouveaux postes soient placés dans les CASC plutôt que chez les fournisseurs de services contractuels. Elles étaient d'avis que cela avait eu un impact négatif sur le bassin de ressources dans le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire et minerait le processus concurrentiel d'approvisionnement en services de soins infirmiers à l'avenir. Le Ministère s'est entretenu avec ces groupes et a pris leurs commentaires en considération, mais a fini par mettre les programmes en œuvre dans les CASC.

Nous avons sollicité une rétroaction au sujet des programmes directs auprès de neuf fournisseurs, et huit d'entre eux ont répondu. La plupart étaient d'avis que les CASC devraient être chargés de gérer la prestation des soins, au lieu de les fournir eux-mêmes. Leurs opinions cadrent avec les recommandations formulées par Elinor Caplan, ancienne ministre de la Santé de l'Ontario, dans un rapport

d'examen indépendant publié en 2005 et intitulé *Réalisons le potentiel des soins à domicile*. Ce rapport recommandait de modifier le mandat des CASC en supprimant la disposition relative aux services directs tels que les soins infirmiers, le soutien à la personne et les traitements. M^{me} Caplan recommandait ce changement « afin d'éviter un conflit d'intérêts entre les rôles des CASC qui sont à la fois gardiens du financement gouvernemental et décideurs relativement à la quantité et à la nature des services devant être fournis ». Les fournisseurs avaient aussi les préoccupations suivantes :

- Les programmes directs sèment la confusion au sujet des rôles et responsabilités des CASC et des fournisseurs.
- Un des programmes directs fait double emploi avec les services de bilan comparatif des médicaments déjà offerts par les fournisseurs.
- Les fournisseurs offrent des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, alors que de nombreux membres du personnel infirmier en soins directs employés par les CASC travaillent seulement durant la journée.
- Les fournisseurs doivent faire concurrence aux CASC dans le recrutement de personnel hautement qualifié. (Nous avons toutefois constaté que seulement environ 8 % des infirmières et infirmiers engagés par les 14 CASC dans le cadre des programmes de soins infirmiers directs étaient directement employés par des fournisseurs avant de se joindre aux CASC.)

Comme le Ministère n'avait pas fait d'analyse afin de déterminer si les fournisseurs pouvaient offrir les mêmes services de façon plus rentable, nous avons comparé le coût de la prestation du Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide par les CASC au taux contractuel moyen que les CASC versaient aux fournisseurs pour les services de soins infirmiers. Nous avons inclus tous les coûts engagés pour fournir tous les types de services de soins infirmiers. Pour le personnel infirmier des CASC, nous avons inclus les salaires et avantages, la formation, les déplacements, le

matériel, les fournitures, les télécommunications et d'autres postes divers. Pour le personnel infirmier des fournisseurs, nous avons inclus le taux que les CASC paient aux fournisseurs pour couvrir des postes semblables (c.-à-d. les salaires et avantages, les déplacements ainsi que la formation et le perfectionnement des employés). Nous avons constaté que les trois CASC visités payaient environ 60 \$ l'heure pour les soins dispensés par leur personnel infirmier d'intervention rapide, comparativement à environ 57 \$ l'heure pour les soins prodigués par les infirmières et infirmiers des fournisseurs qui possèdent des qualifications semblables. Autrement dit, si les CASC avaient choisi de sous-traiter les services à des fournisseurs, ils auraient économisé environ 3 \$ l'heure par infirmière ou infirmier.

5.4.2 Les infirmières et infirmiers d'intervention rapide des CASC touchaient un salaire horaire plus élevé que leurs homologues employés par les fournisseurs

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014, les membres du personnel infirmier des CASC touchaient, en moyenne, un salaire horaire plus élevé que leurs homologues employés par des fournisseurs. Cependant, comme il est noté plus haut, les infirmières et infirmiers des CASC et leurs homologues employés par des fournisseurs accomplissent des fonctions différentes. Comme certains membres du personnel infirmier des fournisseurs ne sont pas représentés par des unités de négociation ou n'appartiennent pas aux mêmes unités que le personnel infirmier des CASC, leurs taux de rémunération varient. Dans les trois CASC visités, le personnel infirmier d'intervention rapide touchait entre 39,40 \$ et 43,70 \$ l'heure, selon la région. À l'échelle de la province, les infirmières et infirmiers d'intervention rapide des CASC gagnaient en moyenne 40,80 \$ l'heure. Par contraste, les neuf fournisseurs visités payaient leur personnel infirmier autorisé entre 25 \$ et 34 \$ l'heure, pour une moyenne de 30 \$ l'heure.

Tous les membres du personnel infirmier des CASC employés dans le cadre des programmes directs sont représentés par des syndicats incluant l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, le Syndicat canadien de la fonction publique, le Syndicat canadien des employées et employés professionnels et de bureau et le Syndicat des employées et employés de la fonction publique de l'Ontario. Par contre, les infirmières et infirmiers autorisés employés par les fournisseurs ne sont pas tous représentés par des unités de négociation. En fait, chez sept des neuf fournisseurs contactés, aucun membre du personnel infirmier autorisé n'était syndiqué. Les membres syndiqués du personnel infirmier des fournisseurs sont représentés par certaines des mêmes unités de négociation que leurs homologues des CASC ou par d'autres unités. Les infirmières et infirmiers des CASC sont couverts par 14 conventions collectives, tandis que le personnel infirmier syndiqué des fournisseurs est régi par 50 conventions.

Certains fournisseurs ont signalé que l'introduction des programmes directs avait créé de la concurrence dans le recrutement du personnel infirmier et qu'ils ne pouvaient pas offrir les mêmes salaires et avantages que les CASC. En particulier, alors que les CASC ont reçu un nouveau financement annuel de 30 millions de dollars du Ministère pour recruter du personnel infirmier, les fournisseurs nous ont dit qu'ils devaient payer leurs employés en fonction des taux de facturation des CASC en vigueur depuis la suspension de l'acquisition concurrentielle des services par le Ministère en février 2008.

Les horaires de travail du personnel infirmier des CASC sont plus prévisibles que ceux des infirmières et infirmiers des fournisseurs, car ces derniers sont censés être de service 24 heures sur 24, contrairement à leurs homologues des CASC. En outre, le revenu du personnel infirmier des CASC est plus prévisible parce qu'il touche un salaire annuel, alors que les fournisseurs versent habituellement à leurs infirmières et infirmiers un montant donné par visite ou par heure (selon le volume de travail sous-traité par les CASC, qui varie).

5.4.3 Les infirmières et infirmiers en soins directs des CASC ne font pas le même travail que le personnel infirmier des fournisseurs

Les CASC et les fournisseurs emploient tous deux du personnel infirmier autorisé. Cependant, ces infirmières et infirmiers exercent des fonctions différentes et servent des patients aux niveaux de complexité variés.

Les infirmières et infirmiers d'intervention rapide ont pour mandat de soutenir une transition sécuritaire de l'hôpital à la maison pour les patients admissibles. Ce service est disponible pendant 30 jours, période après laquelle l'infirmière d'intervention rapide dirigera le patient vers une infirmière du fournisseur de services, si nécessaire.

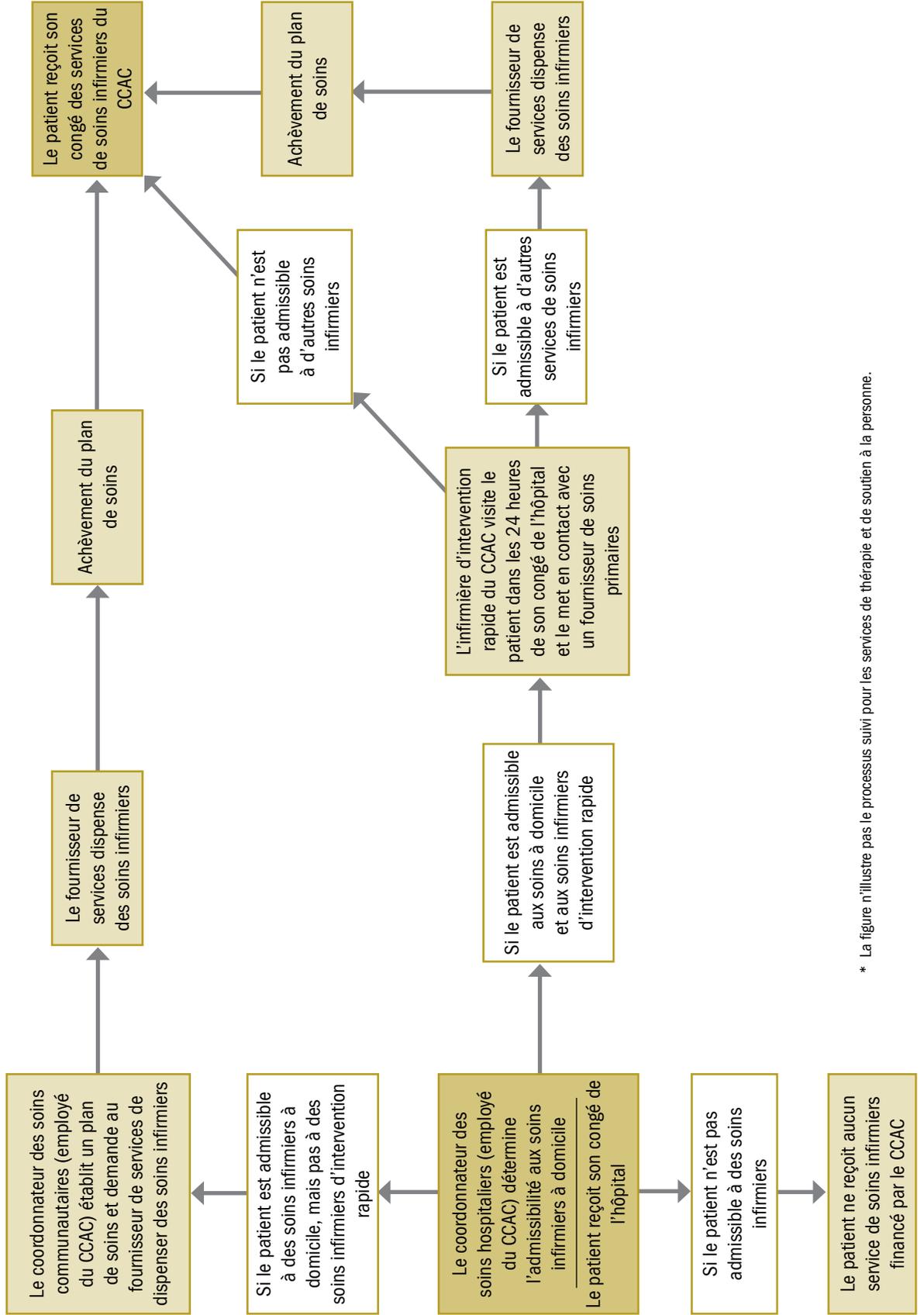
La **figure 19** illustre un processus typique pour un patient susceptible de recevoir des services de soins infirmiers après sa sortie de l'hôpital et indique le travail effectué par le personnel infirmier des fournisseurs qui dispense des soins cliniques directs aux patients et par le personnel infirmier d'intervention rapide des CASC qui fournit des services spécialisés aux patients. Comme il est mentionné plus haut, tout ce travail est effectué par des infirmières et infirmiers autorisés.

Les patients qui ont des besoins complexes sont admissibles au Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide. Ce programme est réservé à deux groupes de population : les enfants qui ont des problèmes médicaux complexes et les adultes et personnes âgées frêles qui ont des besoins complexes ou des caractéristiques à risque élevé (comme une maladie respiratoire obstructive chronique ou une insuffisance cardiaque chronique).

Les soins prodigués commencent par une visite à domicile par une infirmière ou un infirmier d'un CASC dans les 24 heures suivant la sortie de l'hôpital. Le travail englobe les évaluations physiques, les services de counseling, le bilan comparatif des médicaments, les consultations et la coordination des soins avec d'autres fournisseurs. Le personnel infirmier des fournisseurs accomplit

Figure 19 : Processus type pour les patients potentiellement admissibles à des services de soins infirmiers* après leur congé de l'hôpital

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



* La figure n'illustre pas le processus suivi pour les services de thérapie et de soutien à la personne.

davantage de fonctions « axées sur les tâches » pour les patients, comme les prises de tension artérielle, les injections intraveineuses et le pansement des plaies; il ne s'occupe pas de la coordination. Autrement dit, les infirmières et infirmiers d'intervention rapide des CASC ont tendance à concentrer leurs efforts sur les patients ayant des besoins complexes, tandis que leurs homologues employés par des fournisseurs servent des patients nécessitant différents niveaux de soins — et non seulement ceux qui ont des besoins complexes.

Aucun des neuf fournisseurs visités durant l'audit n'emploie du personnel infirmier offrant des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances aux élèves en milieu scolaire, ou du personnel infirmier praticien offrant des soins palliatifs aux patients à domicile.

5.4.4 Les thérapeutes employés par les CASC sont payés plus cher que ceux des fournisseurs en raison de facteurs géographiques

Nous avons constaté que, dans l'ensemble, les CASC payaient leurs thérapeutes considérablement plus cher que les fournisseurs de services contractuels pour le même service. Les CASC engagent traditionnellement leurs propres thérapeutes pour deux grandes raisons : afin de répondre aux besoins des patients qui habitent des régions étendues mais peu

peuplées non servies par des fournisseurs, et afin d'offrir des services particuliers susceptibles d'aider à améliorer les résultats pour les patients.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014, cinq CASC ont engagé leurs propres cliniciens (thérapeutes), dont des diététistes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux et des orthophonistes. Ensemble, ces 5 CASC employaient environ 130 thérapeutes à temps plein au 31 mars 2014, près de 90 % de ces thérapeutes travaillant pour 2 CASC. Au besoin, les CASC achetaient des services supplémentaires auprès des fournisseurs.

Un des CASC visités était un des cinq qui employaient leurs propres thérapeutes. La région servie par ce CASC était vaste et, selon le CASC, le personnel des fournisseurs n'était pas toujours disponible ni disposé à se déplacer parce que le volume de travail des fournisseurs n'était pas suffisant pour l'occuper à temps plein. Comme le montre la **figure 20**, selon la discipline, la rémunération (y compris les frais de déplacement) que le CASC verse à ses thérapeutes dans cette région peut être jusqu'à 71 % plus élevée que les montants moyens (y compris les frais de déplacement) versés aux fournisseurs en fonction du nombre effectif de visites. Le CASC était conscient du coût plus élevé, mais prévoyait de continuer d'employer ses propres thérapeutes afin d'offrir des services stables et équitables dans toute la région.

Figure 20 : Montants payés par un CASC à son propre personnel et aux fournisseurs de services pour les services de thérapie, exercice terminé le 31 mars 2014

Source des données : un CASC

Discipline	Montant payé par le CASC à son propre personnel, par visite (\$)	Moyenne des montants versés aux fournisseurs de services par visite (\$)	Différence entre les coûts internes des CASC et la moyenne des montants versés aux fournisseurs de services (%)
Ergothérapie	184,16	181,88	1
Physiothérapie	113,70	162,95	(43)
Diététique	166,94	147,77	13
Travail social	177,14	167,48	6
Orthophonie	216,06	187,18	13

Un autre CASC employait ses propres ergothérapeutes en tant que « coordonnateurs de la prévention des chutes » chargés de réduire le taux de chutes des patients. Ces thérapeutes présentent des suggestions aux patients, notamment au sujet de l'aménagement de leur résidence, afin d'aider à réduire le risque de chutes. Le CASC considère cet arrangement comme une initiative expérimentale. Il prévoit également que ces thérapeutes aideront à donner des conseils et à offrir une formation en matière de prévention des chutes aux autres coordonnateurs des soins. Nous avons comparé le salaire des coordonnateurs de la prévention des chutes au taux de facturation du fournisseur de services d'ergothérapie le plus coûteux. Nous avons observé que le salaire moyen des coordonnateurs de la prévention des chutes était de 48 % plus élevé mais que, comme il est mentionné plus haut, ces employés des CASC étaient chargés non seulement de prévenir les chutes mais aussi d'offrir des conseils et une formation dans ce domaine aux coordonnateurs de soins des CASC, ce que les ergothérapeutes des fournisseurs ne font généralement pas.

RECOMMANDATION 6

Pour que les programmes de soins infirmiers directs à l'interne et les services de thérapie soient offerts de la façon la plus économique possible, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC), doit :

- étudier la rémunération versée au personnel de soins infirmiers directs et aux thérapeutes des CASC afin de confirmer que celle-ci est proportionnée aux fonctions accomplies;
- dans le cadre de son évaluation des modifications possibles au modèle de prestation des services proposé dans la **recommandation 5**, déterminer, en tenant compte des renseignements communiqués par les 14 CASC, si les organismes de prestation de services ou le personnel directement employé pourraient offrir les programmes de soins

infirmiers directs (Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide, Programme d'affectation du personnel infirmier aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et Programme de personnel infirmier praticien pour les soins palliatifs à domicile) de façon plus rentable.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation concernant l'actuel modèle de prestation des services de soins à domicile et en milieu communautaire. Il collaborera avec les CASC en vue d'évaluer les taux de rémunération actuels du personnel de soins infirmiers directs et des thérapeutes des CASC et de déterminer l'approche de prestation la plus rentable.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC s'attendent à réviser la rémunération du personnel infirmier et des thérapeutes au moment de la renégociation des conventions collectives entre 2016 et 2018. Ils examinent également la rémunération à l'échelle locale en se fondant sur une comparaison des marchés appropriée et en vérifiant si les fournisseurs contractuels peuvent offrir des services de thérapie.

Les CASC estiment que la prestation directe de services de soins infirmiers et de thérapie permet aux patients de bénéficier de soins plus cohérents, d'une approche interdisciplinaire et de liens plus solides avec les soins primaires et hospitaliers.

5.5 Comparaison de l'efficacité des visites à domicile effectuées par le personnel des CASC et par celui des fournisseurs de services contractuels

RÉSUMÉ : *La motion du Comité nous demandait de comparer l'efficacité et la rentabilité des visites à domicile effectuées par le*

personnel directement employé par les CASC à celles des visites effectuées par le personnel des fournisseurs du secteur privé sous contrat avec les CASC.

Cette partie de la motion, de même que celles abordées dans les **sections 5.6 et 5.7**, a trait aux services (les parties de la motion examinées dans les sections 5.1 à 5.4 inclusivement portaient sur le financement). Notre constatation générale concernant la prestation des services est que les services sont différents, selon qu'ils sont fournis directement par les CASC ou par les fournisseurs et selon le CASC et/ou le fournisseur concernés. Ni le Ministère, ni l'Association, ni aucune autre partie n'a déterminé si ces variables avaient un effet sur la qualité des soins aux patients. Étant donné les réformes en cours et les rapports en voie d'élaboration en Ontario au moment de la diffusion de ce rapport spécial, particulièrement en ce qui concerne les soins à domicile et en milieu communautaire, le moment est bien choisi pour une telle évaluation. Il faudrait notamment déterminer les secteurs dans lesquels une normalisation des services bénéficierait aux patients et assurerait l'équité (pour qu'aucun patient ne soit privé de services simplement parce qu'il habite une région donnée) et les secteurs où il faudrait maintenir la souplesse des options de prestation.

Pour évaluer l'efficacité des visites à domicile effectuées par le personnel des CASC, nous avons examiné si les CASC avaient mis au point des processus afin de mesurer les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs du Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide, du Programme d'affectation du personnel infirmier aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et du Programme de personnel infirmier praticien pour les soins palliatifs à domicile. Nous avons examiné les secteurs afin de repérer ceux où les services

étaient fournis en double et n'étaient donc pas rentables. Nous avons également vérifié si les CASC respectaient les lignes directrices des programmes.

Nous avons constaté que les CASC ne mesuraient pas pleinement l'efficacité avec laquelle leur personnel fournissait les services de soins infirmiers directs et qu'ils n'atteignaient pas l'objectif du Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide.

Bien que les CASC rendent compte de leur rendement réel dans les trois programmes de soins infirmiers directs par rapport à un ensemble prédéterminé d'indicateurs de rendement, aucun objectif n'a été fixé afin de déterminer si les CASC ont atteint le niveau de rendement attendu. Par exemple, les CASC déclarent le nombre de patients visités dans le cadre de chacun des programmes, mais aucun point de référence n'a été établi pour déterminer si les CASC ont servi le nombre souhaité de patients. Les CASC n'ont pas non plus pleinement évalué la satisfaction des patients à l'égard des trois programmes de soins infirmiers directs. Nous avons observé que seulement 4 des 14 CASC réalisaient des sondages auprès des patients afin de déterminer leur niveau de satisfaction, mais seulement pour un ou deux des trois programmes fournis par le personnel des CASC. Le Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide a été conçu pour que des patients choisis reçoivent des soins de transition à domicile dans les 24 heures suivant leur congé de l'hôpital. Or, 47 % de ces patients n'ont pas été vus dans ce délai au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014.

Quant aux services faisant double emploi, nous avons constaté que le personnel infirmier d'intervention rapide fournissait un service de bilan comparatif des médicaments dans le cadre de ses fonctions habituelles, mais que le même service était offert par plusieurs autres programmes, dont certains coûtaient

jusqu'à 70 % de plus que d'autres. Les CASC ont reconnu qu'ils avaient différents moyens de fournir des services de bilan comparatif des médicaments aux patients, mais nous n'avons pas pu calculer le nombre de fois où plusieurs fournisseurs avaient offert ce service au même patient, parce qu'aucun des trois CASC visités ne consignait cette information.

Concernant le respect des lignes directrices des programmes, nous avons remarqué qu'un des CASC visités utilisait des critères d'admissibilité beaucoup plus rigoureux pour son Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide en raison de préoccupations budgétaires, de sorte que le nombre de patients servis était inférieur au nombre visé. De plus, comme plus de la moitié des CASC n'avaient pas établi de charges de travail cibles pour les trois programmes de soins infirmiers directs, les patients risquent de recevoir un niveau sous-optimal de services. Par exemple, une infirmière offrant des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pouvait être chargée de surveiller entre 2 et 61 patients, selon le CASC.

Sur le plan de l'efficacité des soins à domicile offerts par des fournisseurs, nous avons constaté que le dernier contrat mis à jour par les CASC en octobre 2014 incluait des indicateurs de rendement nouveaux ou améliorés qui mesurent mieux la qualité et la quantité des services dispensés par les fournisseurs. Ces indicateurs précisent si le personnel des fournisseurs est arrivé à l'heure, s'il a visité le patient à un moment jugé opportun par ce dernier et s'il a fourni tous les soins prévus dans le plan de soins du patient (on parle autrement de « soins manqués »). Concernant le dernier indicateur de rendement, nous avons constaté qu'aucun des trois CASC visités n'avait vérifié si les fournisseurs signalaient effectivement tous les soins manqués.

5.5.1 Une meilleure surveillance est requise pour déterminer si les services de soins à domicile fournis par le personnel des CASC sont efficaces

Près de la moitié des patients ne sont pas visités par le personnel infirmier d'intervention rapide dans le délai de 24 heures

La norme établie pour le Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide est que les patients doivent être visités à domicile dans les 24 heures suivant leur congé de l'hôpital. Les 14 CASC ont indiqué qu'ils n'avaient pas satisfait à cette norme pour tous leurs patients durant l'exercice terminé le 31 mars 2014, le pourcentage de patients non visités dans le délai étant supérieur à 50 % dans quatre CASC. Dans les 14 CASC, le personnel infirmier d'intervention rapide a vu 53 % des patients dans les 24 heures, 19 % dans les 48 heures et 28 % plus de 48 heures après leur congé de l'hôpital. La **figure 21** résume le rendement du personnel d'intervention rapide des CASC par rapport à la norme en 2013–2014, première année de déploiement complet de ce personnel dans les 14 CASC.

Figure 21 : Pourcentage de patients non soignés par le personnel infirmier d'intervention rapide dans les 24 heures suivant le congé de l'hôpital, par CASC, exercice terminé le 31 mars 2014

Sources des données : tous les CASC

Pourcentage de patients non soignés dans les 24 heures	Nombre de CASC
90–99	1
80–89	0
70–79	0
60–69	0
50–59	3
40–49	4
30–39	3
20–29	3
moins de 20	0
Total	14

* Analyse fondée sur les données concernant les congés de l'hôpital pour tous les CASC sauf deux, pour lesquels nous avons utilisé la date d'autorisation de service plutôt que la date de congé de l'hôpital. Par ailleurs, un CASC a fourni des données pour seulement la moitié de l'année.

Un CASC visité a expliqué que cette norme n'est pas toujours respectée parce que de nombreux patients reçoivent leur congé le vendredi et que le personnel infirmier ne travaille pas les fins de semaine dans certaines parties de la région. Cette explication cadre avec notre audit de 2010 sur la mise en congé des patients hospitalisés, dans lequel nous soulignons que plus de patients hospitalisés recevaient leur congé le vendredi que n'importe quel autre jour de la semaine.

RECOMMANDATION 7

Pour que les enfants qui ont des problèmes médicaux complexes et les adultes et personnes âgées frêles qui ont des besoins complexes ou des caractéristiques à risque élevé reçoivent des services de soins infirmiers d'intervention rapide en temps opportun après leur congé de l'hôpital, les Centres d'accès aux soins communautaires doivent établir les horaires de travail du personnel infirmier d'intervention rapide, et prévoir des services la fin de semaine au besoin, en tenant compte du moment où les patients reçoivent leur congé de l'hôpital.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC doivent parfois retarder la première visite d'une infirmière ou d'un infirmier d'intervention rapide parce que le patient et sa famille peuvent choisir de se réinstaller à domicile avant la visite. Les CASC travailleront avec les hôpitaux, les patients et les familles afin d'assurer une transition sans heurt et en temps opportun de l'hôpital à la maison et d'établir les horaires de travail du personnel infirmier d'intervention rapide en fonction des besoins cliniques des patients et des dates de sortie des hôpitaux.

Les lignes directrices provinciales en matière d'admissibilité aux soins et de dotation dans le cadre du Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide ne sont pas suivies de manière systématique

L'admissibilité aux soins dans le cadre du Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide est régie par des lignes directrices provinciales. Un des CASC visités imposait des critères d'admissibilité plus rigoureux que les lignes directrices provinciales, et il y avait donc moins de patients bénéficiaires des services de transition que le programme était censé offrir. Ce CASC ne fournissait pas non plus de services aux enfants ayant des besoins complexes, ce qui va à l'encontre des lignes directrices provinciales. Le CASC a expliqué qu'il était difficile de respecter les lignes directrices provinciales, car le niveau de financement existant ne permettait pas, à son avis, de relever les défis associés à de vastes régions rurales et éloignées. En conséquence, certains patients sortant des hôpitaux de la région servie par ce CASC ne reçoivent pas le même niveau de service que ceux sortant des hôpitaux relevant des autres CASC qui suivent les lignes directrices provinciales.

Les lignes directrices provinciales stipulent également que le personnel infirmier d'intervention rapide est censé être disponible sept jours sur sept. Cependant, nous avons constaté qu'un seul des trois CASC visités offrait des services continus. Les deux autres fournissaient des services seulement cinq ou six jours par semaine.

RECOMMANDATION 8

Pour que les patients admissibles aux soins infirmiers d'intervention rapide soient traités de façon juste et équitable où qu'ils vivent dans la province, les Centres d'accès aux soins communautaires doivent suivre toutes les lignes directrices provinciales applicables aux programmes.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC collaboreront avec le Ministère afin de déterminer si les indicateurs du nombre de patients et du niveau de dotation définis dans les lignes directrices des programmes sont encore appropriés. Ils vérifieront si ces indicateurs sont respectés et permettent d'obtenir les résultats souhaités pour les patients des programmes de soins infirmiers directs.

Il y a un manque de continuité dans les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances offerts aux élèves durant les mois d'été

Chaque conseil scolaire a adopté sa propre approche des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances à l'intention des élèves. Depuis l'introduction du Programme d'affectation du personnel infirmier aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances par le Ministère en 2011, ce personnel des CASC doit travailler avec les conseils scolaires afin de compléter les programmes mis en place par ces derniers. Cela signifie que le travail effectué par ces infirmières et infirmiers spécialisés varie selon le conseil scolaire. Par exemple, dans les conseils scolaires d'une région servie par un CASC, le personnel infirmier du CASC travaille individuellement avec chaque élève, tandis que les travailleurs en santé mentale des conseils scolaires sont responsables de l'élaboration des programmes. Dans les conseils scolaires d'une autre région servie par un CASC, les infirmières et infirmiers participent davantage à l'élaboration et à la conception des programmes, en collaboration avec le personnel des conseils scolaires. Les CASC étaient d'avis que cette approche répondait de façon appropriée aux besoins locaux de chaque conseil scolaire et tenait compte de leur fonctionnement.

Nous avons constaté que, dans tous les CASC, le personnel infirmier en santé mentale et lutte contre les dépendances offrait moins de services durant le congé d'été. Il n'existe aucune exigence ou ligne directrice concernant la continuité des services

durant les mois de fermeture des écoles, mais les problèmes des élèves ne disparaissent pas pour autant. Dans un des trois CASC visités, nous avons remarqué que certains élèves avaient reçu leur congé en juin 2014, sans que leurs problèmes de santé mentale et de dépendance soient réglés. De plus, dans deux des trois CASC visités, la direction encourageait le personnel infirmier à prendre congé durant l'été. Ces CASC ont expliqué que certains élèves n'étaient pas disponibles ou disposés à rencontrer leur personnel infirmier en santé mentale et lutte contre les dépendances durant le congé d'été.

Dans les trois CASC visités, le nombre d'élèves servis par chaque infirmière ou infirmier diminuait durant l'été, le pourcentage de baisse atteignant 53 % dans un CASC. Nous avons également constaté que, dans ces CASC, le nombre d'élèves qui ont reçu leur congé à la fin de l'année scolaire en juin était plus élevé que durant n'importe quel autre mois de l'année scolaire 2013–2014. Selon les résultats de l'enquête réalisée auprès des 11 CASC que nous n'avons pas visités, 53 % des patients d'un CASC et 66 % de ceux d'un autre n'ont reçu aucun soin infirmier durant l'été 2014.

RECOMMANDATION 9

Pour réduire le risque que l'état des enfants d'âge scolaire ayant des problèmes de santé mentale s'aggrave inutilement, les Centres d'accès aux soins communautaires doivent envisager d'élargir la disponibilité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les enfants d'âge scolaire durant les mois d'été.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC conviennent que les enfants qui ont besoin de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances devraient jouir d'un accès uniforme à ces services. Comme les patients préfèrent prendre leurs vacances et que le nombre d'enfants aiguillés par les écoles diminue de façon marquée durant la saison

estivale, moins d'élèves reçoivent des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en été. Les CASC amélioreront le soutien aux enfants d'âge scolaire durant les mois d'été en cherchant avec les conseils scolaires, les hôpitaux, les enseignants et d'autres partenaires communautaires des moyens d'assurer une transition en douceur de manière réfléchie et dans l'intérêt supérieur des enfants et de leurs familles après la fin de l'année scolaire.

Les CASC utilisent de multiples programmes de bilan comparatif des médicaments, dont l'un coûte 70 % de plus qu'un autre

Les responsabilités du personnel infirmier d'intervention rapide comprennent le « bilan comparatif des médicaments », qui consiste à dresser la liste des médicaments prescrits à un patient, puis à interviewer le patient pour s'assurer que l'information est exacte et prévenir les erreurs de médication. Or, ce service est déjà offert aux patients soignés à domicile par les pharmaciens qui participent au programme MedsCheck du Ministère, qui coûte 150 \$ par visite. Selon l'information obtenue directement auprès des trois CASC visités et des 11 CASC sondés, les patients soignés à domicile de 12 des 14 CASC reçoivent un service de bilan comparatif des médicaments de MedsCheck en plus des services semblables fournis par le personnel infirmier d'intervention rapide des CASC. L'un des deux autres CASC utilise un troisième programme appelé Virtual Ward; l'autre a indiqué que ses coordonnateurs de soins et l'infirmière d'intervention rapide procédaient ensemble à un examen des médicaments avec le patient au moment de l'évaluation initiale. Par ailleurs, plus de la moitié des CASC dépensent des fonds supplémentaires afin d'offrir le même service par d'autres moyens. Par exemple, un CASC paye un pharmacien 255 \$ par visite au domicile d'un patient. En outre, le personnel infirmier des fournisseurs est tenu, aux termes du contrat passé avec les CASC, de passer en revue les médicaments des patients et de déterminer si ceux-ci disposent de

tous les médicaments requis pour la prestation des services de soins infirmiers.

Les CASC visités ne tenaient pas de dossiers indiquant les cas où plusieurs fournisseurs ont offert des services de bilan comparatif des médicaments au même patient.

RECOMMANDATION 10

Pour assurer la rentabilité des services de bilan comparatif des médicaments, les Centres d'accès aux soins communautaires doivent examiner tous les modes de prestation possibles et choisir l'option la plus efficace et la plus économique pour chaque patient.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC appliquent les normes de l'industrie aux services de bilan comparatif des médicaments et favorisent une gestion sûre et efficace des médicaments pour les patients. Ils utilisent à cette fin un certain nombre de méthodes conçues pour répondre aux besoins des patients, qui peuvent varier au cours de la période où ceux-ci reçoivent des soins des CASC. Par exemple, les patients plus complexes qui sont considérés comme étant à risque bénéficient d'une formation sur l'utilisation de leurs médicaments dans le cadre de la gestion des médicaments.

Les CASC collaboreront avec les fournisseurs de services et les pharmacies partenaires afin d'élaborer des lignes directrices favorisant des approches plus systématiques du bilan comparatif des médicaments. Ils s'attendent à mettre en œuvre ces nouvelles approches d'ici mars 2017.

Les charges de travail du personnel infirmier de soins directs variaient beaucoup

Nous avons constaté que moins de la moitié des CASC de la province avaient établi des charges de travail cibles pour leurs trois programmes de soins infirmiers directs. En l'absence de telles cibles, il est difficile de déterminer si les services sont dispensés

Figure 22 : Charge de travail du personnel par programme de services de soins infirmiers directs dans des CASC choisis, avril 2013–septembre 2014

Sources des données : CASC choisis

Programme	Légère	Élevée	Moyenne	Cible
Soins infirmiers d'intervention rapide				
CASC n° 1	21	38	26	Non établie
CASC n° 2	2	29	16	Non établie
CASC n° 3	4	16	10	Non établie
Services de santé mentale et de lutte contre les dépendances				
CASC n° 1	6	25	17	15-20
CASC n° 2	2	31	12	20 ou plus
CASC n° 3	3	61	24	Non établie
Personnel infirmier praticien en soins palliatifs				
CASC n° 1	10	16	13	Non établie
CASC n° 2	3	15	10	Non établie
CASC n° 3	9	18	13	8-14

à des niveaux optimaux. Nous avons également observé que les charges de travail associées aux trois programmes dans les trois CASC visités affichaient des variations entre avril 2013 et septembre 2014, comme le montre la **figure 22** :

- Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide — Aucun des trois CASC n'avait établi de charges de travail cibles, et les charges de travail réelles variaient entre 2 et 38 patients par membre du personnel infirmier.
- Programme d'affectation du personnel infirmier aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances — Un CASC n'avait pas établi de charge de travail cible, et les charges de travail réelles variaient entre 2 et 61 patients par membre du personnel infirmier.
- Programme de personnel infirmier praticien pour les soins palliatifs à domicile — Un seul CASC avait établi une charge de travail cible, et les charges de travail réelles variaient entre 3 et 18 patients par membre du personnel infirmier.

Nous avons également remarqué que le Ministère avait alloué cinq postes d'infirmières et d'infirmiers praticiens à chaque CASC sans prendre en compte les ressources existantes, les besoins de la population ou la demande prévue de soins palliatifs. Le manque de corrélation entre le nombre

de postes comblés et les besoins fait augmenter les fluctuations des charges de travail ainsi que la probabilité que le service de soins palliatifs ne soit pas offert de façon uniforme à tous les patients. Cette constatation rejoint les conclusions de notre audit de 2014 sur les soins palliatifs.

RECOMMANDATION 11

Pour aider à améliorer les programmes de soins infirmiers directs et faire en sorte que les patients reçoivent des niveaux de services optimaux et équitables, les Centres d'accès aux soins communautaires doivent établir des fourchettes de référence pour les charges de travail du personnel et surveiller les résultats obtenus par rapport à ces fourchettes.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC reconnaissent l'importance d'optimiser les charges de travail dans le cadre des programmes de soins infirmiers directs. Ils s'attendent à établir des points de référence pour les charges de travail du personnel en octobre 2015 et à rendre compte des résultats réellement obtenus par rapport à ces points de référence vers la fin de 2015.

Ni le Ministère ni les CASC ne mesurent pleinement l'efficacité des soins à domicile dispensés dans le cadre des trois programmes de soins infirmiers directs

Des indicateurs de rendement ont été établis mais aucun objectif n'a été fixé qui permettrait de mesurer l'efficacité

Lorsque le Ministère a demandé aux CASC de fournir eux-mêmes certains services de soins à domicile en 2011, le Ministère et l'Association ont élaboré des indicateurs de rendement pour ces services, comme :

- le nombre de patients servis;
- le nombre de visites effectuées;
- le temps écoulé entre le moment où le service a été autorisé et la première visite.

Les CASC ont commencé à rendre compte de leur rendement par rapport à ces indicateurs seulement le 1^{er} avril 2014 — soit trois ans après le lancement des nouveaux programmes de soins à domicile — parce que les CASC recrutaient encore du personnel qualifié pour certains des programmes de soins infirmiers directs en 2013 et 2014.

Les CASC rendent compte de leur rendement à l'aide de ces indicateurs, mais aucun point de référence n'a été établi pour ceux-ci. En l'absence de points de référence, les CASC ne font que compiler des statistiques au lieu de déterminer si les programmes ont permis d'obtenir les résultats attendus.

Les CASC n'ont pas non plus établi d'indicateurs qui permettraient de savoir si tous les objectifs des programmes de soins à domicile ont été atteints. Par exemple, le Programme de personnel infirmier praticien pour les soins palliatifs à domicile a plusieurs objectifs — dont la réduction des coûts des médicaments et du nombre d'aiguillages vers des spécialistes et l'amélioration de la gestion des douleurs et des symptômes — mais aucun de ces objectifs n'est mesuré par des indicateurs de rendement.

Il n'y a pas non plus d'indicateurs pour les soins à domicile dispensés par le personnel infirmier des CASC qui permettraient de déterminer la fréquence des visites manquées ou des retards.

Par contraste, comme il est expliqué dans la **section 5.5.2**, les fournisseurs de soins à domicile doivent rendre compte de leur rendement par rapport à des indicateurs qui examinent de plus près la qualité des services.

L'information sur le rendement lié aux visites de réadmission à l'hôpital dans le cadre du Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide n'a pas été analysée

Un des indicateurs de rendement établis est directement lié à l'objectif du Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide, qui est de réduire le nombre de visites et de réadmissions à l'hôpital. L'indicateur de rendement mesure le nombre de visites de retour imprévues à l'hôpital des patients soignés par une infirmière ou un infirmier d'intervention rapide d'un CASC.

Nous avons constaté que le Ministère recueille cette information auprès des hôpitaux, mais qu'il n'analyse pas les tendances globales dans les CASC afin de déterminer tous les facteurs ayant contribué aux visites de retour imprévues et la mesure dans laquelle il peut démontrer que le Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide a effectivement aidé à réduire le nombre de réadmissions.

Les CASC nous ont dit qu'ils ne pouvaient pas assurer un suivi des visites de retour imprévues des patients du Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide, parce qu'ils n'avaient pas accès à ces renseignements des hôpitaux. Le Ministère pourrait aider à mettre ces renseignements à la disposition des CASC, mais il ne le faisait pas au moment de notre audit.

Le Ministère nous a fourni des données sur les visites de retour dans les hôpitaux pour les trois CASC visités, et nous avons analysé celles-ci. Les données, qui couvraient la période allant de juin 2013 à septembre 2014 inclusivement (données les plus récentes disponibles au moment de l'audit), indiquaient que le Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide avait eu un impact mineur sur la réduction du nombre de visites de retour dans les hôpitaux. Les CASC ne savaient pas

pourquoi le programme n'était pas plus efficace à cet égard. De fait, 21 % des patients qui recevaient des services de soins infirmiers d'intervention rapide des CASC ont été *réadmis à l'hôpital* dans les 30 jours suivant leur mise en congé, par rapport à 24 % des patients qui n'en recevaient pas. Par ailleurs, 37 % des patients qui recevaient ces services *ont visité des salles d'urgence* dans les 30 jours suivant leur mise en congé, comparativement à 36 % des patients qui n'en recevaient pas. Ces résultats pourraient indiquer que la mise en congé des patients hospitalisés était prématurée. Le Ministère a ajouté que les problèmes de santé plus complexes des patients du Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide pourraient contribuer à ces résultats.

Le Ministère a souligné que des données postérieures à septembre 2014 étaient disponibles, mais qu'elles étaient encore en voie d'examen et ne seraient pas finalisées avant l'été 2015. Il a donc été impossible de déterminer pleinement l'efficacité du Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide par rapport à cet indicateur de rendement au moment de notre audit.

Peu de CASC sondaient les patients afin de mesurer l'efficacité des programmes

Seulement quatre des 14 CASC (nous avons visité un de ces quatre Centres) sondaient leurs patients afin de déterminer s'ils étaient satisfaits des visites à domicile effectuées par le personnel des CASC dans le cadre des programmes de soins directs. Cependant, ces sondages portaient sur seulement un ou deux des trois programmes. Un CASC que nous avons visité sondaient les patients recevant des soins infirmiers palliatifs et les membres de leur famille. Le sondage a été réalisé en mars 2014, et le taux de réponse a été de 53 %. Les répondants étaient préoccupés par l'absence de services les fins de semaine et jours fériés et par le nombre de visites. Ils ont également mentionné la confusion entourant les rôles des différents soignants et organismes concernés. En réponse à ces préoccupations, le CASC a adapté le mode de prestation — par exemple,

en encourageant une plus grande communication entre le personnel infirmier praticien et les autres membres de l'équipe des soins palliatifs responsable du patient et en augmentant le nombre de visites de l'infirmière praticienne — mais il n'avait pas terminé la mise en œuvre des modifications à la fin de notre audit.

RECOMMANDATION 12

Pour mesurer pleinement l'efficacité des programmes de soins infirmiers directs (Programme du personnel infirmier pour l'intervention rapide, Programme d'affectation du personnel infirmier aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et Programme de personnel infirmier praticien pour les soins palliatifs à domicile) dans chaque Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) et à l'échelle provinciale, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- mettre les données sur les réadmissions à l'hôpital et les visites aux salles d'urgence à la disposition des CASC pour que chacun d'eux puisse surveiller l'efficacité de ses propres programmes;
- analyser les tendances de réadmission à l'échelle de la province pour les patients qui ont reçu des soins infirmiers d'intervention rapide;
- établir des cibles liées aux indicateurs de rendement des trois programmes.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation, qui vise à mesurer l'efficacité des programmes de soins infirmiers directs dans chaque CASC. Il travaillera avec les CASC et d'autres partenaires communautaires, y compris les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), afin de recueillir des données pertinentes sur les réadmissions à l'hôpital et les visites aux salles d'urgence des patients des différents

programmes de soins infirmiers directs. Ces données aideront chaque CASC à suivre les progrès réalisés par rapport aux indicateurs.

Le Ministère analysera également les données sur les réadmissions à l'hôpital et les visites aux salles d'urgence afin d'évaluer l'efficacité du Programme du personnel infirmier pour l'intervention rapide au niveau provincial d'ici la fin de 2016.

De plus, le Ministère s'emploiera avec les RLISS à établir des cibles liées aux indicateurs de rendement définis et à assurer un suivi approprié du rendement afin de mesurer l'efficacité des trois programmes de soins infirmiers directs dans les CASC.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC reconnaissent pleinement la nécessité d'accéder aux données en temps voulu pour mesurer l'efficacité des programmes de soins infirmiers directs. Ils ont hâte de travailler avec le Ministère et les RLISS afin d'accéder plus rapidement aux données des hôpitaux sur les réadmissions et les visites aux salles d'urgence.

5.5.2 L'efficacité des visites à domicile par le personnel des fournisseurs n'a pas été pleinement vérifiée

Les indicateurs de rendement définis dans les contrats passés avec les fournisseurs ont été améliorés

Les visites à domicile effectuées par le personnel des fournisseurs sont régies par les contrats conclus entre les fournisseurs et les CASC. Le contrat standard d'octobre 2012 incluait des indicateurs de rendement tels que le volume de services et la satisfaction des clients. Les fournisseurs présentent des données trimestrielles sur les indicateurs de rendement prévus dans les contrats.

Les CASC ont mis le contrat à jour en octobre 2014 afin d'y inclure de nouveaux indicateurs de rendement qui mesurent mieux la quantité et la

qualité des services assurés par les fournisseurs. Les patients étaient notamment invités à indiquer si les visites avaient lieu à des heures qui leur convenaient et si le personnel des fournisseurs arrivait à l'heure. Les CASC ont également clarifié la définition de « soins manqués » (cet indicateur signale tout écart par rapport au plan de soins d'un patient).

Les CASC ont établi des cibles pour seulement quelques indicateurs de rendement. Par exemple, au moment de notre audit, ils n'avaient pas de cibles pour les soins manqués, car ils devaient étudier les données sur les services et le rendement reçues des fournisseurs afin d'établir des points de référence pouvant servir de base aux objectifs. Les CASC s'attendaient à terminer ce travail d'ici l'automne 2015.

Les CASC pourraient en faire davantage pour vérifier les résultats déclarés par les fournisseurs

Les CASC doivent vérifier les données trimestrielles des fournisseurs sur les indicateurs de rendement définis par contrat pour s'assurer que celles-ci sont raisonnables et exactes.

Il serait facile pour les CASC de vérifier certaines de ces données. Par exemple, chaque CASC établit sa propre cible relative à l'acceptation des aiguillages par les fournisseurs, et la plupart exigent que ces derniers acceptent 95 % des aiguillages. (Les CASC réorienteraient tout aiguillage refusé vers un autre fournisseur.) Les fournisseurs doivent consigner leur acceptation ou leur refus dans un système informatique partagé avec les CASC. Il est donc facile pour les CASC de vérifier cette information et c'est ce qu'ils font. Huit des neuf fournisseurs visités avaient atteint leurs taux d'acceptation cibles pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

Il est toutefois difficile pour les CASC de vérifier certaines données sur le rendement, comme les soins manqués (nombre de fois où le fournisseur n'a pas suivi le plan de soins d'un patient à la lettre). Au moment de notre audit, les CASC n'avaient pas effectué d'audits afin de vérifier l'information

déclarée sur les soins manqués. Ils comptaient plutôt sur les patients et leurs soignants pour aviser leurs coordonnateurs des soins de tout écart par rapport au plan de soins. Dans leur questionnaire d'enquête sur la satisfaction, les CASC demandaient aux patients si le fournisseur de services arrivait à l'heure, mais ils ne leur demandaient pas expressément s'il suivait le plan de soins à la lettre.

RECOMMANDATION 13

Pour confirmer que les fournisseurs offrent des services de soins à domicile de haute qualité aux patients, les Centres d'accès aux soins communautaires doivent :

- établir des cibles de rendement liées aux cas de soins manqués;
- déterminer, par exemple en contactant les patients, si les soins dispensés par les fournisseurs durant une période convenue étaient conformes aux plans.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC encouragent les patients à contribuer à l'établissement de leurs plans de soins. En janvier 2015, ils ont clarifié la définition du terme « soins manqués » et commencé à recueillir des données selon la définition révisée. Les CASC s'attendent à établir des cibles de rendement liées aux cas de soins manqués d'ici l'automne 2015.

D'ici septembre 2015, les CASC commenceront à utiliser un questionnaire d'enquête révisé afin de déterminer dans quelle mesure les fournisseurs de services se conforment aux plans de soins des patients. Ce questionnaire inclura des questions aux patients qui permettront de valider les cas de soins manqués signalés par les fournisseurs. Les CASC s'attendent à analyser les résultats d'enquête recueillis dans toute la province d'ici juin 2016.

5.6 Contrats existants entre les CASC et les fournisseurs de services

RÉSUMÉ : *La motion du Comité nous demandait d'examiner les contrats existants entre les CASC et leurs fournisseurs de services offrant des soins communautaires.*

Nous avons examiné la façon dont les CASC se procuraient des services auprès d'organismes du secteur privé à but lucratif ou sans but lucratif. Nous avons aussi examiné les modifications apportées aux contrats depuis 1997 et analysé les taux de facturation dans la province.

En 2008, le Ministère a suspendu l'acquisition de services de soins à domicile en régime de concurrence, parce que, selon lui, les patients craignaient de perdre leurs travailleurs de soutien si les fournisseurs de services étaient remplacés en conséquence d'un processus d'approvisionnement concurrentiel.

En 2012, le Ministère a autorisé un approvisionnement concurrentiel limité dans des conditions très précises, par exemple lorsqu'un CASC met fin à un contrat en raison du rendement insatisfaisant d'un fournisseur et qu'il ne peut pas attribuer ce travail à un autre fournisseur déjà sous contrat. Entre 2012 et 2014, 3 des 14 CASC ont résilié des contrats parce que le rendement du fournisseur était insatisfaisant. Ces CASC n'ont pas eu besoin de lancer des appels d'offres concurrentiels parce qu'ils ont réussi à réattribuer le travail.

Nous avons constaté que les contrats ont beaucoup changé en octobre 2012. Le nombre de contrats a diminué de 40 % parce que les CASC, qui avaient auparavant de multiples contrats avec un fournisseur pour différents services, ont regroupé ceux-ci en un seul contrat par fournisseur couvrant de multiples services. Le contrat d'octobre 2012 avait une

durée de deux ans et incluait un certain nombre de dispositions exigeant des CASC qu'ils surveillent et gèrent le rendement des fournisseurs. Lorsque les derniers contrats ont été signés en octobre 2014, la durée de deux ans a été retirée. Les contrats en vigueur n'ont pas de date d'expiration et comprennent de nouveaux indicateurs de rendement sur lesquels les fournisseurs doivent présenter des rapports trimestriels, comme il est expliqué dans la **section 5.5.2**. Les CASC ont établi des cibles pour certains de ces indicateurs mais pas pour tous.

Nous avons également confirmé que les taux de facturation des fournisseurs ne sont pas uniformes à l'échelle de l'Ontario. Ces taux étaient ceux prévus dans les anciens contrats établis il y a plusieurs années et, à quelques exceptions près, ils n'ont pas été modifiés lors de la normalisation des contrats en 2012. Même lorsque les fournisseurs offrent le même service, les taux payés varient beaucoup, d'un CASC à l'autre et à l'intérieur du même CASC. Après un examen externe de ces taux de facturation, les CASC et le Ministère ont engagé des discussions sur la meilleure façon d'aborder la transition à des taux de facturation harmonisés en Ontario. Aucun calendrier n'a été établi pour la mise en œuvre prévue de l'harmonisation des taux à l'échelle de la province.

5.6.1 Processus non concurrentiel d'approvisionnement en services

La **figure 23** présente les principaux événements liés à l'approvisionnement en services des CASC entre 1997 et 2014.

Les CASC suivaient autrefois un processus concurrentiel d'approvisionnement en services. En février 2008, le Ministère a suspendu ce processus. Comme nous le mentionnions dans notre audit de 2010 sur les services de soins à domicile, les patients ont indiqué qu'ils craignaient de

perdre leurs travailleurs de soutien si le processus d'approvisionnement concurrentiel entraînait un changement de fournisseur de services.

En septembre 2012, le Ministère a annoncé que tous les CASC devraient passer d'un processus concurrentiel à une approche de gestion des contrats, selon laquelle les CASC doivent mettre l'accent sur la gestion et la surveillance du rendement des fournisseurs pour s'assurer que ceux-ci respectent les mesures de rendement prévues dans leurs contrats. Le Ministère s'attendait à ce que la nouvelle approche permette d'améliorer les soins à domicile en établissant des attentes en matière de qualité pour les fournisseurs existants. Il permettait un approvisionnement concurrentiel seulement lorsque le CASC :

- doit composer avec de nouveaux services, de nouveaux volumes ou d'autres circonstances exceptionnelles;
- doit mettre fin au contrat d'un fournisseur dont le rendement est insatisfaisant, mais ne peut pas redistribuer le travail à ses autres fournisseurs;
- n'arrive pas à s'entendre avec un fournisseur, mais ne peut pas redistribuer le travail à ses autres fournisseurs.

Entre 2011 et 2014, trois des 14 CASC ont résilié des contrats avec des fournisseurs pour cause de rendement insatisfaisant. Ces CASC n'ont toutefois pas acquis de nouveaux services en régime de concurrence parce qu'ils ont réussi à réattribuer le travail à leurs autres fournisseurs, comme le stipule le Ministère.

5.6.2 Un nouveau contrat standard a été mis en place en 2012 et un modèle de contrat continu a été adopté en 2014

En 2012, l'Association a terminé l'élaboration d'un contrat standard de deux ans que tous les fournisseurs de services et tous les CASC pourraient utiliser. Ce contrat, qui est entré en vigueur en octobre 2012, a remplacé tous les anciens contrats.

Les anciens contrats, dont certains avaient été conclus avant 2004, établissaient différentes exigences en matière de rendement, que les 14 CASC ont héritées des 42 CASC initiaux. Dans le cadre de la normalisation des contrats, des contrats uniques couvrant tous les services offerts ont été attribués à de nombreux fournisseurs qui offraient auparavant différents services aux termes de différents

contrats. En conséquence, le nombre de contrats est passé de 440 à 264, soit une réduction de 40 %.

Les nouvelles modalités contractuelles couvraient les obligations des fournisseurs, les exigences en matière de surveillance par les CASC et les clauses de résiliation. La liste des normes de rendement a également été mise à jour afin d'inclure des indicateurs de rendement davantage axés sur

Figure 23 : Chronologie des décisions d'approvisionnement prises entre 1997 et 2014

Sources des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires et CASC choisis

Date	Événement
1997	La concurrence dirigée pour les CASC est introduite — tous les CASC doivent utiliser un processus concurrentiel pour l'approvisionnement en services à la clientèle. Le personnel des CASC cesse graduellement d'offrir des services de première ligne sur une période de trois ans.
2002-2003	Dans le cadre de la réforme des CASC, les appels d'offres concurrentiels sont suspendus pendant que le Ministère examine la politique en matière d'approvisionnement.
Juill. 2003	Le Ministère diffuse de nouvelles politiques et procédures en matière d'approvisionnement pour les CASC. Celles-ci couvrent notamment les contrats standard, la durée des contrats, les appels d'offres pour de gros volumes de services et l'attribution des contrats.
Nov. 2004	Le Ministère suspend le processus d'approvisionnement concurrentiel en prévision d'un examen de l'approvisionnement en services de soins à domicile. Les constatations du rapport d'examen, diffusé en mai 2005, sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Certains soutiennent que le modèle d'approvisionnement a amené les fournisseurs à mettre l'accent sur les bénéfiques, entraînant une réduction de la qualité des soins et de la collaboration entre les intervenants. • Il n'y a pas suffisamment d'information cohérente et accessible pour mesurer la qualité des soins à domicile. • Le processus d'approvisionnement ne reflète pas adéquatement la qualité des soins et la capacité des fournisseurs de services à respecter les normes à cet égard. • Certains soutiennent que le processus d'approvisionnement concurrentiel déstabilise le Système et a un effet perturbateur sur les clients.
Janv. 2007	Le Ministère diffuse des politiques et procédures d'approvisionnement révisées pour les CASC et annonce que le processus d'appels d'offres concurrentiels sera rétabli en juillet 2007.
Févr. 2008	Le Ministère suspend de nouveau le processus d'approvisionnement concurrentiel parce qu'il a appris que les patients craignent de perdre leurs travailleurs de soutien au cas où le processus d'approvisionnement concurrentiel entraînerait un changement de fournisseur de services.
Sept. 2012	Le Ministère diffuse des lignes directrices en matière de gestion des contrats attribués par les CASC, qui énoncent les conditions exceptionnelles dans lesquelles les appels d'offres concurrentiels sont autorisés et la procédure à suivre en pareil cas.
Oct. 2012	Les CASC renouvellent tous les contrats pour une période de deux ans en utilisant des modèles standard pour la prestation des services de soins infirmiers, de thérapie et de soutien à la personne. Les contrats renforcent les responsabilités liées au rendement.
2013	L'Association demande à un consultant externe d'examiner les taux de facturation des fournisseurs de services. Dans son rapport, le consultant recommande des augmentations de 5,15 % pour le budget global des CASC et de 10 % pour le taux de facturation moyen pondéré pour les services de soins infirmiers et de soutien à la personne
Oct. 2014	Tous les contrats de services de soins infirmiers, de thérapie et de soutien à la personne sont renouvelés sans date de fin ni augmentation des taux. L'Association indique que les taux de facturation contractuels pourraient être modifiés par suite d'un examen des taux.

les clients dont les fournisseurs devraient rendre compte aux CASC.

En octobre 2014, les CASC ont renouvelé le contrat avec tous les fournisseurs, avec deux modifications :

- De nouveaux indicateurs de rendement standard ont été ajoutés, la plupart d'entre eux avec des cibles normalisées que les fournisseurs doivent atteindre.
- Le contrat, qui avait auparavant une durée de deux ans, est maintenant continu. Il serait résilié seulement si le CASC ou le fournisseur de services décidait d'y mettre fin.

Les fournisseurs ont accepté de signer le nouveau contrat. L'**annexe 2** présente les principales modalités contractuelles.

5.6.3 Les taux de facturation variaient selon le fournisseur de services et le CASC

Comme les taux de facturation n'ont pas changé depuis février 2008, ils varient encore (ce que nous avons d'ailleurs mentionné dans notre audit de 2010 sur les services de soins à domicile). De nombreux fournisseurs touchent toujours les taux initiaux convenus dans les contrats négociés avec les CASC avant la fusion des CASC en 2007. Ces taux fluctuent considérablement, même pour des services semblables. Dans certains cas, le CASC verse différents taux au même fournisseur pour le même service.

Les taux de facturation versés aux fournisseurs sont censés couvrir tous les coûts et toutes les dépenses associés à la prestation des services, dont les salaires, les avantages sociaux, les frais de transport, ainsi que la formation et le perfectionnement des employés. Bien que le contrat leur permette d'obtenir des renseignements financiers auprès des fournisseurs, les CASC n'ont pas recueilli des données suffisantes pour repérer les principaux facteurs affectant le coût de la prestation des services par les fournisseurs. Ils ne peuvent donc pas déterminer si les taux versés aux fournisseurs reflètent vraiment

les coûts de la prestation des soins à domicile et en milieu communautaire.

Les seuls cas dans lesquels les taux de facturation ont changé depuis 2008 sont les suivants :

- Treize CASC ont révisé les taux de facturation versés à leurs fournisseurs pour les travailleurs de soutien entre 2010 et 2012 afin de tenir compte d'une modification apportée à la *Loi sur les normes d'emploi* concernant la rémunération des travailleurs occasionnels les jours fériés. (Un CASC tient déjà compte de cette exigence législative dans ses taux de facturation pour les préposés aux services de soutien à la personne.)
- La réforme des services de physiothérapie entreprise dans la province en 2013 a amené les CASC à réviser leurs taux de facturation ou à mettre en œuvre de nouveaux taux pour les services de physiothérapie.
- Deux CASC ont intégré les frais de déplacement des thérapeutes contractuels aux taux de facturation.

Nous avons examiné un échantillon des contrats en vigueur dans les trois CASC visités et constaté que, dans certaines catégories de services, le taux de facturation le plus élevé correspondait à plus du double du taux le plus bas, comme le montre la **figure 24**. En outre, le même fournisseur pouvait facturer différents taux au même CASC pour le même service, parce que ses taux de facturation avaient été établis avant la fusion des CASC. Par exemple :

- Nous avons remarqué qu'un fournisseur d'un CASC facturait trois taux différents par visite pour les services de soins infirmiers, ces taux allant de 58,20 \$ à 70,60 \$ selon la zone servie. Nous avons également observé qu'un fournisseur de services de soutien à la personne facturait un taux horaire de 48,98 \$ dans une zone et de 29,50 \$ dans une autre zone de la même région.
- Dans un autre CASC, nous avons constaté qu'un fournisseur de préposés aux services de soutien à la personne avait quatre taux

horaires, qui variaient entre 25,14 \$ et 30,02 \$, dans la même région. Un autre fournisseur de services de soins infirmiers facturait 64,77 \$ dans une zone et 72,61 \$ dans une autre zone de la même région.

Nous avons constaté que le statut d'organisme à but lucratif ou sans but lucratif avait peu d'effet sur les taux de facturation (dans les trois CASC visités, 70 % des services achetés au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014 avaient été fournis par des organismes à but lucratif et 30 %, par des entités sans but lucratif). C'est-à-dire que les taux de facturation des fournisseurs à but lucratif n'étaient pas toujours plus élevés que ceux des fournisseurs sans but lucratif. Par exemple, les taux de facturation des organismes à but lucratif pour les services de soins infirmiers étaient de 1 % à 15 % inférieurs à ceux des entités sans but lucratif, tandis que les taux de facturation des fournisseurs à but lucratif de deux CASC pour les services d'ergothérapie et de physiothérapie étaient plus élevés que ceux des fournisseurs sans but lucratif. Il n'y avait pas de tendance perceptible pour les autres professionnels de la santé comme les orthophonistes, les diététistes et les travailleurs sociaux.

En octobre 2013, l'Association a fait faire un examen externe des taux des fournisseurs de services de tous les CASC. Diffusé en septembre 2014, le rapport d'examen concluait à un manque de clarté général au niveau des prix et des paiements, avec 14 000 taux contractuels et plus de 94 catégories de services. Il soulignait également qu'il n'y avait pas de corrélation significative entre les taux de facturation et des facteurs tels que la zone de service, la taille du fournisseur, la part de marché et la date de négociation des taux.

Le rapport d'examen recommandait notamment de réviser les taux de base (à la hausse ou à la baisse) pour certains fournisseurs ainsi que les taux de remboursement des frais de déplacement, de conférer à la province la responsabilité d'approuver les taux afin d'en assurer l'harmonisation, et d'établir des normes provinciales pour la saisie des données et les conventions de dénomination. Un groupe de travail provincial examinait les recommandations et les taux de facturation au moment de notre audit. Les CASC et le Ministère avaient également entamé des négociations sur la meilleure approche à adopter pour assurer la transition aux taux harmonisés, mais ils n'avaient pas encore établi de calendrier de mise en œuvre.

Figure 24 : Différence entre le taux le plus élevé et le taux le moins élevé payé aux fournisseurs de services contractuels, exercice terminé le 31 mars 2014

Sources des données : CASC choisis

	Fourchette des taux facturés			
	par 3 CASC (\$)	CASC n° 1 (\$)	CASC n° 2 (\$)	CASC n° 3 (\$)
Soins infirmiers de visite ^{1,2}	49-73	49-64	52-73	53-71
Soins infirmiers de quart ^{1,3}	46-74	49-65	49-74	46-65
Soutien à la personne ³	26-49	26-33	27-40	27-49
Ergothérapie ²	74-182	119-132	90-126	74-182
Physiothérapie ²	82-149	106-118	83-103	82-149
Orthophonie ²	89-187	132-161	113-158	89-187
Diététique ²	70-148	96-125	113-146	70-148
Travail social ²	76-173	150-163	123-173	76-167

1. Une infirmière visiteuse fournit un maximum de deux heures de services par visite, tandis qu'une infirmière de quart fournit plus de deux heures de services par visite.

2. Par visite, jusqu'à deux heures.

3. Par heure.

RECOMMANDATION 14

Afin d'assurer la rentabilité des services de soins à domicile assurés par des fournisseurs externes, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit travailler à l'harmonisation des taux de facturation en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation et a commencé à travailler avec les CASC et les fournisseurs de services de soins à domicile à l'harmonisation des taux de facturation. Le Ministère travaillera à cette initiative au cours des deux prochaines années.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC appuient cette recommandation et conviennent que l'harmonisation des taux aidera à améliorer la rentabilité. Comme la vérificatrice générale le fait remarquer, le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire bénéficierait d'un modèle opérationnel rationalisé. Cela fait un certain temps que les CASC cherchent des moyens d'harmoniser les tarifs. Cependant, la structure du secteur et la suspension de l'approvisionnement concurrentiel par le Ministère empêchent les CASC de prendre des mesures substantielles. Les CASC se réjouissent de voir la province participer à ce travail et espèrent continuer de collaborer avec le Ministère à l'harmonisation des taux de facturation.

5.7 Rentabilité à long terme des protocoles de soins existants

RÉSUMÉ : *La motion du Comité nous demandait d'examiner la rentabilité à long terme des protocoles de soins existants.*

Nous avons examiné les types de protocoles de soins cliniques utilisés en Ontario et l'utilisation que les fournisseurs en font. Nous avons également examiné la nouvelle approche des soins adoptée par les CASC, appelée « parcours fondé sur les résultats », qui complète les protocoles. (Contrairement aux protocoles de soins cliniques, qui précisent la séquence d'activités que le fournisseur de services doit suivre, les parcours fondés sur les résultats spécifient les résultats qu'il doit obtenir à des étapes précises du traitement de troubles médicaux tels que les plaies et les arthroplasties de la hanche et du genou. Les parcours fondés sur les résultats n'indiquent pas aux fournisseurs *comment* obtenir les résultats mais plutôt *quand* ils doivent obtenir des résultats précis durant la période de soins. Un concept envisagé est qu'après la mise en place des parcours fondés sur les résultats, les fournisseurs pourraient être payés en fonction des résultats précis obtenus plutôt que du nombre de visites.) Enfin, nous avons essayé d'évaluer la rentabilité à long terme des protocoles de soins existants.

Nous avons constaté que les fournisseurs de services de soins à domicile font une grande utilisation des protocoles de soins cliniques. Cependant, contrairement aux parcours fondés sur les résultats, ces protocoles ne sont pas normalisés de manière à pouvoir être utilisés à la fois par les coordonnateurs des soins des CASC et par les fournisseurs. Nous avons repéré des cas où le même fournisseur de services, sous contrat avec plus d'un CASC, devait appliquer des protocoles différents à des patients ayant des troubles médicaux semblables selon le CASC responsable.

Les parcours fondés sur les résultats ont été introduits en 2012 et mis à l'essai dans cinq CASC. Ces essais, qui comparaient les résultats réellement obtenus par les patients traités pour des plaies et des arthroplasties de la hanche et du genou aux résultats

prévus par le parcours de récupération, ont été achevés en janvier 2014. Les patients qui avaient subi des arthroplasties de la hanche et du genou ont progressé de la façon prévue dans le parcours et obtenu les résultats précis attendus aux moments précis définis par le parcours. En revanche, les patients traités pour certains types de plaies n'ont pas obtenu les résultats précis attendus aux moments précis définis dans le parcours. L'Association prévoyait de présenter un rapport sur les résultats des essais liés au soin des plaies avant l'automne 2015.

Nous avons constaté qu'il était difficile de déterminer l'efficacité et la rentabilité à long terme des protocoles de soins existants. Pour évaluer l'efficacité, les CASC doivent déterminer combien de patients traités conformément aux protocoles ont obtenu des résultats positifs et combien ont dû retourner aux CASC pour recevoir des soins et/ou à l'hôpital parce que leur état de santé s'était détérioré, ce que certains CASC ne font pas. Pour évaluer la rentabilité, les CASC doivent comparer les coûts du traitement des patients avec et sans les protocoles, ce qu'un CASC ne fait pas. Nous avons analysé les données sur le coût des traitements dans les trois CASC et conclu que l'utilisation des protocoles de soins ne permettait pas toujours de réaliser des économies.

5.7.1 Des protocoles de soins cliniques sont utilisés en Ontario, mais aucun protocole commun n'a été élaboré

Caractéristiques des protocoles de soins cliniques

Les protocoles de soins cliniques énoncent les différentes tâches, appelées interventions, que les fournisseurs de soins de santé doivent accomplir pour les patients qui ont des problèmes de santé particuliers. Il existe des protocoles pour un vaste éventail de troubles médicaux — dont les plaies, les arth-

roplasties de la hanche et du genou, l'insuffisance cardiaque congestive et la bronchopneumopathie chronique obstructive — ainsi que pour la sécurité au foyer. Les protocoles de soins cliniques comprennent presque toujours quatre étapes :

1. mener une évaluation;
2. élaborer un plan de soins;
3. prodiguer les soins;
4. évaluer les résultats.

Le plan de soins précise les interventions cliniques à pratiquer et les outils cliniques à utiliser pour mesurer les progrès. Par exemple, le plan de soins pour un ulcère du pied diabétique (un type de plaie) indiquerait que l'infirmière des soins à domicile doit rincer la plaie, la bander pour remplir la cavité, appliquer un pansement, encourager le patient à manger régulièrement tout au long de la journée, administrer les médicaments nécessaires et apprendre au patient comment prendre soin de son pied. L'infirmière doit ensuite indiquer dans le plan de soins (qui est examiné par le coordonnateur des soins du CASC) si le patient fait des progrès.

Les fournisseurs et les CASC ont tous deux participé à l'élaboration des protocoles de soins cliniques en utilisant des renseignements sur les pratiques exemplaires provenant d'organismes tels que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et l'Association canadienne du soin des plaies.

L'Ontario n'est pas la seule administration à utiliser des protocoles de soins cliniques. Ils sont aussi utilisés dans quelques provinces et territoires et au Royaume-Uni pour certains services de soins à domicile.

Les exigences des CASC relatives à l'utilisation des protocoles varient

Certains CASC ont travaillé avec leurs fournisseurs de services à l'élaboration de protocoles de soins standard à utiliser dans toute la région servie par un CASC. D'autres CASC adoptent une approche moins interventionniste et n'obligent pas leurs fournisseurs à utiliser des protocoles de soins particuliers. Nous avons obtenu des renseignements

après des 14 CASC afin de déterminer ce qui en est à cet égard. Nous avons constaté que, selon le CASC, les fournisseurs doivent utiliser entre 2 et 15 protocoles dans le cadre de leurs services de soins à domicile pour les clients des CASC. Dans le cas des troubles médicaux non couverts par un protocole particulier d'un CASC, les fournisseurs peuvent utiliser un protocole de leur choix (s'il en existe pour le trouble en question).

Des protocoles de soins cliniques différents sont utilisés pour les mêmes problèmes de santé, mais il est difficile de déterminer le protocole le plus efficace

Comme les exigences des CASC relatives à l'utilisation des protocoles varient, nous avons trouvé des cas où les protocoles utilisés pour traiter des patients ayant le même problème de santé dépendaient du CASC et du fournisseur responsables. Comme aucune analyse indépendante n'a été faite pour déterminer le protocole le plus efficace, il existe un risque que certains patients reçoivent de meilleurs soins que d'autres. Des protocoles de soins cliniques communs pourraient aider à réduire ce risque. Nous reconnaissons l'importance pour les infirmières et infirmiers d'exercer leur jugement professionnel afin de répondre aux besoins des patients. Les exemples qui suivent suggèrent néanmoins que les soins dispensés aux patients peuvent varier de façon assez marquée en raison des différents protocoles utilisés ou des différentes exigences liées à leur utilisation :

- Un fournisseur qui exerce ses activités dans plusieurs régions des CASC a élaboré son propre protocole de soins pour le traitement des plaies de pression. Ce protocole comprend un formulaire détaillé que l'infirmière doit remplir pour documenter le plan de traitement de la plaie, ainsi que des formulaires de mesure de la plaie qu'elle doit remplir chaque semaine. Il cite aussi des ouvrages de référence que l'infirmière peut consulter pour obtenir plus de renseignements. Or, un des CASC avec lesquels le fournisseur a conclu

un contrat a élaboré son propre protocole de soins pour le même trouble médical et oblige le fournisseur à l'utiliser. L'infirmière qui traite les patients de ce CASC pour des plaies de pression doit utiliser la liste de vérification du protocole, qui spécifie les tâches à accomplir mais qui n'est pas aussi détaillée que les formulaires prescrits dans le protocole du fournisseur et qui ne renvoie à aucun ouvrage de référence qu'elle pourrait consulter au besoin.

- Le protocole d'un CASC pour les stomothérapeutes consiste à traiter les plaies par pression négative au cours de trois visites étalées sur huit semaines. (Les stomothérapeutes traitent les patients qui subissent une chirurgie créant une ouverture par laquelle ils peuvent évacuer les déchets corporels. Le traitement des plaies par pression négative consiste à utiliser un dispositif d'aspiration pour drainer les fluides de la plaie et accroître l'irrigation sanguine de la zone afin d'accélérer la guérison.) Cependant, un autre CASC n'imposait pas de protocole pour ce trouble médical, et ses coordonnateurs des soins devaient exercer leur propre jugement pour déterminer le nombre de visites des fournisseurs. Cela pourrait signifier que les patients servis par certains CASC subissent des interventions plus fréquentes ou plus intensives que les patients ayant le même problème qui sont servis par d'autres CASC.

RECOMMANDATION 15

Afin d'uniformiser les processus de prestation des soins suivis dans toute la province, l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires, de concert avec les Centres d'accès aux soins communautaires, doit :

- confirmer que les pratiques exemplaires concernant les différents protocoles de soins cliniques sont mises en œuvre dans la province;
- en collaboration avec les fournisseurs du secteur privé, envisager de normaliser les protocoles de soins cliniques à domicile, y compris

les fournitures médicales à utiliser, pour les troubles médicaux les plus répandus.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC conviennent qu'il serait avantageux de normaliser les pratiques exemplaires mises en œuvre par les fournisseurs de services de tout l'Ontario. En fait, étant donné la collaboration étroite entre les fournisseurs, les CASC, les hôpitaux, les fournisseurs de soins primaires et d'autres partenaires du secteur des soins de santé, il est important de normaliser les pratiques exemplaires à l'échelle du système pour les patients. Les CASC collaboreront avec les fournisseurs de services et d'autres experts à la mise en œuvre des pratiques exemplaires pour les soins cliniques.

Les CASC comprennent l'avantage d'utiliser des protocoles cohérents. Les taux de facturation existants que les CASC avaient négociés avec plus de 160 fournisseurs n'ont pas été mis à jour depuis de nombreuses années, de sorte qu'il est difficile pour les CASC de mettre en œuvre des protocoles de soins cliniques normalisés pour les soins à domicile. Les CASC comptent travailler avec le Ministère afin d'élaborer et de mettre en œuvre un modèle de prestation de services plus simple et plus rentable pour les patients de tout l'Ontario.

5.7.2 Les parcours fondés sur les résultats vont au-delà des protocoles de soins cliniques mais ils n'ont pas encore été mis en œuvre

Caractéristiques des parcours fondés sur les résultats

Les parcours fondés sur les résultats énoncent les résultats qu'un patient ayant un problème de santé particulier est censé obtenir aux différentes étapes du traitement. Par exemple, une plaie chirurgicale est censée diminuer de 20 % à 30 % après 21 à 28 jours et se refermer complètement après huit

semaines. Un patient ayant subi une arthroplastie du genou devrait être capable de plier le genou à un angle de 90 degrés ou plus après 28 jours.

Un comité directeur composé de représentants de l'Association, des CASC, du Ministère et des groupes d'intervenants a élaboré les parcours en se fondant sur les connaissances acquises dans le cadre de pratiques fondées sur des preuves. L'Association était chargée de superviser le projet des parcours. Entre 2012 et 2014, elle a consacré 5,2 millions de dollars à l'élaboration, la mise en œuvre et la mise à l'essai des parcours fondés sur les résultats pour trois types de soins généraux : le soin des plaies (des parcours ont été élaborés pour 10 types de plaies particuliers), le soin des patients qui ont subi une arthroplastie totale de la hanche et le soin des patients qui se remettent d'une arthroplastie totale du genou.

Ces trois types de soins ont été choisis parce que les patients en question ont des « trajectoires de soins prévisibles ». Comme leur récupération est prévisible, il est plus facile de repérer les patients dont le rétablissement ne suit pas le parcours prévu. Lorsque les coordonnateurs de soins des CASC qui surveillent la récupération des patients constatent que ceux-ci tardent à se rétablir, ils peuvent affecter les ressources nécessaires pour améliorer les résultats et remettre le patient sur la bonne voie.

Comme les parcours spécifient uniquement les résultats sans préciser ou recommander les moyens à prendre pour les obtenir, ils sont complétés par les protocoles de soins cliniques. Les parcours fondés sur les résultats n'éliminent pas le besoin de protocoles de soins cliniques, car les cliniciens doivent quand même suivre des procédures précises afin d'obtenir les résultats visés dans les délais stipulés par les parcours.

L'Ontario est la seule administration qui utilise les parcours fondés sur les résultats. Un certain nombre de provinces et de territoires ainsi que le Royaume-Uni ont indiqué qu'ils ne les utilisaient pas.

L'objectif ultime est de fonder une partie du financement des soins de santé sur les résultats obtenus

En 2012, le Ministère a lancé un projet pluriannuel de réforme du financement des soins de santé. Il prévoit notamment de baser une partie des fonds versés aux hôpitaux et aux CASC sur une formule intégrant le coût d'une procédure et le nombre de patients traités conformément à cette procédure *seulement* si les patients en question obtiennent les résultats déterminés par les parcours. Au 31 mars 2015, environ 50 % du financement des hôpitaux et approximativement 30 % du financement des CASC était basé sur le nouveau modèle selon lequel certaines procédures sont financées en fonction des résultats obtenus.

L'intention de l'Association de modifier la façon dont les CASC paient leurs fournisseurs cadrerait avec ces réformes du Ministère. Une fois qu'il aurait été prouvé que les parcours fondés sur les résultats élaborés pour trois types de soins à domicile des CASC (plaies et arthroplasties de la hanche et du genou) sont des prédicteurs efficaces et fiables de la récupération des patients, les CASC pourraient cesser de payer les fournisseurs en fonction du nombre de visites et les payer plutôt en fonction des résultats précis obtenus dans les délais stipulés par les parcours.

La réduction du nombre de patients recevant des soins des CASC après une arthroplastie de la hanche ou du genou a entraîné la suspension de la mise en œuvre des parcours fondés sur les résultats

La mise à l'essai des parcours fondés sur les résultats pour les soins fournis par les CASC aux patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou s'est poursuivie entre 2012 et 2014. Cependant, comme beaucoup plus de ces patients sont maintenant traités dans des hôpitaux et des cliniques financées par le Ministère *plutôt* que par l'entremise des CASC et que le nombre de patients traités seulement par l'entremise des CASC a beau-

coup diminué en conséquence, l'Association a suspendu le projet des parcours fondés sur les résultats pour ces deux secteurs de soins. Nous expliquons ce qui s'est passé dans le reste de cette section.

L'utilisation des parcours fondés sur les résultats pour le soin des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou était volontaire. Cinq CASC se sont portés volontaires pour mettre à l'essai les parcours fondés sur les résultats pour ces types de soins à compter de 2012 et tout au long de 2013.

Au début de 2014, l'Association a analysé les résultats des essais pilotes et conclu que les résultats obtenus pour les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche et du genou concordent avec les résultats attendus à chaque étape de récupération.

Étant donné les résultats positifs obtenus dans les sites pilotes, les prochaines étapes consisteraient à déterminer les taux de remboursement en cas d'obtention des résultats visés pour les patients et à mettre en œuvre les parcours pour ces types de soins partout dans la province. Tous les fournisseurs utiliseraient les mêmes parcours pour les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou et les 14 CASC assureraient le suivi et la surveillance des résultats. Les CASC envisageraient ensuite de passer à un remboursement fondé sur les résultats.

Cependant, en 2013, au moment de la mise à l'essai des parcours par les cinq CASC, le Ministère a modifié les modalités des soins prodigués pour certains troubles médicaux dans différents milieux (hôpitaux, cliniques financées par le Ministère et domicile des patients). Ces modifications signifiaient que beaucoup plus de patients se remettant d'une arthroplastie de la hanche ou du genou pouvaient être traités en externe dans des hôpitaux ou des cliniques financées par le Ministère *au lieu de* recevoir des soins à domicile par l'entremise d'un CASC. Selon l'Association, cela signifiait qu'il n'y avait pas suffisamment de patients recevant ces soins par l'entremise des CASC pour justifier la mise en œuvre de l'étape suivante du projet : déterminer le taux de remboursement en cas d'obtention des

résultats visés pour les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou qui reçoivent des soins à domicile.

En septembre 2014, le comité directeur qui avait élaboré les parcours fondés sur les résultats a décidé de suspendre le projet pour les arthroplasties de la hanche et du genou en attendant des recevoir des instructions plus claires du Ministère sur la façon dont l'approche des parcours fondés sur les résultats des CASC s'inscrirait dans la stratégie globale de réforme des soins de santé et le modèle de financement du Ministère. Le projet était encore suspendu au moment où nous avons terminé nos travaux d'audit en juin 2015.

La mise en œuvre des parcours fondés sur les résultats pour le soin des plaies a été suspendue, car les résultats des essais indiquaient qu'il restait du travail à faire à cet égard

Contrairement aux patients qui ont participé à la mise à l'essai des parcours fondés sur les résultats pour les arthroplasties de la hanche ou du genou, ceux qui ont pris part à la mise à l'essai des parcours pour le soin des plaies n'ont pas obtenu les résultats visés dans les délais prévus par les parcours. L'Association a donc maintenu la suspension de la mise en œuvre de ces parcours. Nous expliquons ce qui s'est passé dans le reste de cette section.

Quatre des cinq CASC qui se sont portés volontaires pour mettre à l'essai les parcours fondés sur les résultats des patients ayant subi des arthroplasties de la hanche et du genou se sont également portés volontaires pour tester les 10 parcours pour le soin des plaies à compter de 2012 et tout au long de 2013.

Au début de 2014, l'Association a analysé les résultats de six des 10 parcours de soin des plaies. Elle a choisi ces six parcours parce que la taille de l'échantillon était suffisante et que la définition précise des temps de guérison facilitait l'évaluation (les parcours établis pour certaines plaies n'ont pas été choisis parce qu'ils sont axés sur la prévention de l'aggravation des plaies plutôt que sur les signes évidents de guérison, de sorte qu'il est plus difficile

d'en évaluer l'efficacité). Les résultats obtenus par ces six parcours de soin des plaies variaient entre les quatre CASC. De plus, certains types de plaies n'ont pas guéri aussi rapidement que prévu dans les parcours fondés sur les résultats.

Le comité directeur a décidé de suspendre le projet pour le soin des plaies en attendant de faire une analyse plus approfondie des données et de mieux comprendre les résultats. Il a commencé à analyser les données en avril 2015 et s'attendait à publier un rapport contenant des constatations et des recommandations au cours de l'automne 2015.

5.7.3 La rentabilité des protocoles de soins cliniques et des parcours fondés sur les résultats n'est pas évidente

Nous reconnaissons que la réalisation d'économies n'est pas le seul objectif de l'adoption des protocoles de soins cliniques et des parcours fondés sur les résultats. Cela dit, nous avons constaté que, dans l'ensemble, il était difficile de déterminer la rentabilité à long terme des protocoles de soins cliniques existants et des parcours fondés sur les résultats. Nos observations, qui sont résumées à la **figure 25**, se fondent sur ce qui suit :

- Deux des trois CASC visités disposaient de données sur le coût du traitement par patient avant et après la mise en œuvre des protocoles de soins cliniques pour les trois types de soins visés par des parcours fondés sur les résultats. (L'autre CASC visité a fourni des données pour les deux dernières années, mais il n'avait pas compilé de données en 2008, année précédant le début de l'application des protocoles.) Nous avons analysé ces données et conclu que l'application des protocoles de soins cliniques ne se traduisait pas toujours par des économies.
- Les CASC ne disposaient pas toujours des renseignements nécessaires pour déterminer si les patients avaient obtenu des résultats positifs après avoir été soignés conformément aux protocoles de soins. Cinq des 14 CASC n'ont

Figure 25 : Économies réalisées (ou hausses de coûts subies) après mise en œuvre des protocoles de soins, exercice terminé le 31 mars 2014

Sources des données : CASC choisis

	CASC n° 1	CASC n° 2*	CASC n° 3
Baisse des coûts consécutive à l'utilisation des protocoles	Oui, pour 4 types de plaies et les soins des hanches et des genoux	Oui, pour 5 types de plaies	Oui, pour 7 types de plaies et les soins des hanches et des genoux
Réduction des coûts des services	De 2 % à 36 % pour les plaies et 5 % dans chaque cas pour les soins des hanches et des genoux	De 0,5 % à 23 %	De 14 % à 23 % pour les plaies, de 8 % à 14 % pour les soins des hanches et des genoux
Économies	229 000 \$	630 000 \$	1,6 million de dollars
Hausse des coûts consécutive à l'utilisation des protocoles	Oui, pour 3 types de plaies	Oui, pour 4 types de plaies	Oui, pour 4 types de plaies
Augmentation des coûts des services	De 2 % à 8 %	De 0,1 % à 18 %	De 4 % à 15 %
Autres hausses des coûts	403 000 \$	1,5 million de dollars	215 000 \$
Économies nettes réalisées/(Hausses des coûts subies)	(174 000 \$)	(870 000 \$)	1,4 million de dollars

* L'analyse pour ce CASC se fonde sur les tendances des coûts entre 2012-2013 et 2013-2014 plutôt que sur les périodes précédant et suivant la mise en œuvre des protocoles de soins, car cet CASC ne disposait pas de données sur les coûts de 2008, année précédant sa mise en œuvre des protocoles.

pas vérifié le nombre de patients qui étaient retournés aux CASC pour obtenir des soins, et 10 sur 14 n'ont pas pu déterminer le nombre de patients qui étaient retournés à l'hôpital après avoir été traités par le personnel infirmier conformément aux protocoles de soins. Un CASC suivait le nombre de patients qui avaient reçu leur congé des soins à domicile après avoir été traités conformément aux protocoles de soins, mais cela ne veut pas nécessairement dire que les patients ont obtenu des résultats positifs. En effet, ils pourraient avoir été transférés à un autre milieu de soins, comme un hôpital ou un foyer de soins de longue durée, le CASC utilisant le même code de congé pour les deux scénarios.

- Même lorsque les CASC suivaient le même protocole de soins, le nombre de visites effectuées par le personnel infirmier avant que le patient se rétablisse variait beaucoup entre les CASC visités. Dans le cas des ulcères du pied diabétiques, le nombre moyen de visites que le personnel infirmier avait effectuées avant de déterminer que la plaie était guérie

était de 32 dans un CASC et de 50 dans un autre. Dans le cas des ulcères de jambe veineux, ce nombre était de 49 dans un CASC et de 18 dans un autre.

- L'élaboration des parcours fondés sur les résultats pour le soin des plaies et le soin des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou a été suspendue en septembre 2014. Comme il est mentionné plus haut, l'Association nous a informés qu'elle devait faire une analyse plus approfondie des résultats des soins des plaies, mais cette analyse n'était pas terminée au moment de notre audit.

RECOMMANDATION 16

Pour que la rentabilité à long terme des protocoles de soins puisse être évaluée, l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires, de concert avec les Centres d'accès aux soins communautaires, doit élaborer des exigences standard en matière de données et recueillir les données nécessaires à une analyse plus approfondie.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC reconnaissent que des exigences standard en matière de données aideront à mesurer l'efficacité des pratiques exemplaires cohérentes. Des données fiables et des protocoles mesurables fournissent aux CASC l'information nécessaire pour améliorer les soins aux patients de manière efficace et rentable. Les CASC ont récemment mis à jour les exigences en matière de données pour les protocoles dans leur système de rapport. Tous les CASC recevront une formation sur l'application de ces exigences d'ici le 31 mars 2017, et ils recueilleront les données nécessaires afin de mieux appuyer et mesurer la mise en œuvre des pratiques cliniques et des parcours exemplaires.

Annexe 1—Services types fournis par les professionnels des soins de santé employés par les fournisseurs de services

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Type de professionnels des soins de santé employés par les fournisseurs de services	Services types
Personnel infirmier	<p>Administrer des traitements cliniques en fonction des besoins des clients (par exemple, panser des plaies, administrer des médicaments, surveiller des dispositifs médicaux et fournir des soins aux alités).</p> <p>Rédiger des rapports sur les patients tout au long des soins, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un rapport initial résumant l'évaluation du patient, les objectifs du plan de soins, ainsi que le nombre et la fréquence des visites; • un rapport sur le changement d'état (le cas échéant); • un rapport d'événement à risque (en cas d'événement préjudiciable au patient, comme une réaction indésirable à un médicament); • un rapport provisoire (rapport résumant les progrès réalisés dans la récupération du patient); • un rapport de congé (rapport expliquant pourquoi l'infirmière a recommandé de mettre le patient en congé).
Préposés aux services de soutien à la personne	Accomplir des tâches de soutien à la personne et des tâches ménagères (par exemple, donner des bains aux patients; les aider à se laver, à se brosser les dents ou à aller aux toilettes; et faire du ménage).
Autres professionnels des soins de santé	
• Physiothérapeutes	Aider les patients à développer ou à améliorer leurs habiletés motrices, perceptuelles et de traitement sensoriel; donner des massages; faire faire des exercices de traction et d'amplitude articulaire; offrir des traitements de digitopuncture et de compressothérapie; et appliquer des dispositifs médicaux.
• Ergothérapeutes	Aider les patients à développer, à maintenir, à restaurer ou à améliorer leurs habiletés motrices, perceptuelles, cognitives, de communication, de traitement sensoriel et d'adaptation; prescrire des aides à la mobilité, du matériel adapté, des aides au transfert et d'autres équipements et montrer aux patients comment s'en servir; et recommander des modifications ou des rénovations à l'environnement physique des patients pour le rendre plus sûr ou pour que les patients puissent atteindre leur niveau optimal de fonctionnement.
• Orthophonistes	Aider les patients à développer, à maintenir, à restaurer ou à améliorer leurs aptitudes verbales motrices et leurs habiletés d'articulation, de production phonologique, de communication cognitive, augmentative ou alternative, ainsi que la résonance de leur voix.
• Diététistes	Prescrire des régimes personnalisés pour les patients; leur apprendre comment planifier des menus, entreposer la nourriture de façon sécuritaire, dresser des listes d'épicerie et obtenir l'accès à la nourriture; évaluer les besoins nutritionnels liés aux difficultés de déglutition, établir des plans et pratiquer les interventions nécessaires à cet égard; et aider à l'alimentation entérale (par voie gastro-intestinale) et parentérale (par voie intraveineuse).
• Travailleurs sociaux	Offrir des services de counseling et un soutien affectif aux patients et/ou aux aidants naturels; élaborer des programmes de gestion du stress; et aider les patients à obtenir d'autres logements.

Annexe 2 — Modalités clés choisies des contrats entre les CASC et les fournisseurs de services

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Modalités	Détails
Part du marché	Pour chaque service dispensé (par exemple, un service de soutien à la personne), le fournisseur reçoit un certain pourcentage de l'affectation totale prévue du CASC pour ce service, qui constitue sa « part de marché » pour ce service. Ainsi, un fournisseur ayant une part de marché de 40 % pour un service particulier recevrait 40 % de tous les aiguillages vers tous les fournisseurs offrant ce service au CASC dans la zone de service géographique. Si un fournisseur a des problèmes de rendement sur une certaine période, le CASC peut choisir de réduire sa part de marché (c'est-à-dire le pourcentage de ses aiguillages vers ce fournisseur de service).
Exigences en matière de systèmes et de programmes	<p>Les fournisseurs de services doivent mettre en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un système d'information qui stocke les données sur les patients et communique avec le système du CASC; • un programme de gestion des risques pouvant inclure un système de suivi et de signalement des événements à risque (par exemple, une chute du patient) et un plan d'urgence en cas d'événements tels que des grèves, des catastrophes naturelles, etc.; • un programme de gestion de la qualité pouvant inclure un système qui surveille le rendement du fournisseur et mesure les résultats par rapport aux indicateurs de rendement; • des exigences en matière de ressources humaines qui spécifient que le fournisseur doit recruter, former et superviser du personnel infirmier, des préposés aux services de soutien à la personne et/ou des thérapeutes. <p>Les fournisseurs doivent aussi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • surveiller la satisfaction des patients en faisant un suivi de leurs demandes et en menant des enquêtes sur la satisfaction des patients et des aidants naturels; • effectuer des audits au hasard des dossiers des patients au moins une fois par exercice pour s'assurer que la tenue des dossiers est conforme aux normes et aux lignes directrices (par exemple, celles de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario).
Exigences en matière de rapports	<p>Les fournisseurs de services sont censés présenter les rapports suivants aux CASC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tous les trois mois : un rapport sur les résultats de rendement, les soins non fournis et les événements indésirables; • tous les ans : un rapport incluant un résumé des résultats et de la mesure des indicateurs de rendement; un certificat valide en règle délivré par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail; un résumé des résultats de l'enquête sur la satisfaction du personnel; et un résumé des constatations sur les plaintes des patients et les événements à risque et des mesures résultantes visant à améliorer la qualité des services.
Surveillance des contrats par les CASC	Selon le rendement du fournisseur de services, les CASC peuvent lui remettre un avis l' enjoignant d'améliorer la qualité de ses services, retenir des paiements ou réduire le volume de demandes de services.
Résiliation	La CASC ou le fournisseur de services peut résilier le contrat sur préavis de 60 jours à 6 mois, selon les circonstances. Le contrat peut notamment être résilié si le fournisseur ou le CASC ne satisfait pas aux exigences contractuelles (par exemple, si le fournisseur présente des informations fausses ou trompeuses au CASC au cours de deux trimestres consécutifs) et à la convenance du CASC ou du fournisseur.



Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

20 rue Dundas Ouest, bureau 1530
Toronto (Ontario)
M5G 2C2

www.auditor.on.ca

ISBN 978-1-4606-6526-8 (Imprimé)
ISBN 978-1-4606-6527-5 (PDF)

