

3.04–Établissements de soins de longue durée

CONTEXTE

Les établissements de soins de longue durée fournissent soins et services à des personnes qui sont incapables de vivre en autonomie à domicile et qui ont besoin de soins infirmiers 24 heures par jour pour répondre à leurs besoins médicaux et personnels quotidiens. Ces établissements comprennent les maisons de soins infirmiers et les foyers pour personnes âgées. Ils exercent leurs activités en vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos* et la *Loi sur les établissements de bienfaisance*. Ces lois et leurs règlements d'application spécifient les exigences d'admission, les soins à prodiguer aux pensionnaires, les droits des pensionnaires, les responsabilités de l'établissement et les obligations du ministère. Les maisons de repos et de retraite, qui peuvent fournir des soins, dont une aide aux activités de la vie quotidienne ainsi que des soins infirmiers, ne reçoivent pas de fonds du ministère et ne sont pas visées par ces trois lois.

Le principe fondamental qui doit être appliqué dans l'interprétation de chaque loi est qu'un établissement de soins de longue durée « est avant tout la maison des pensionnaires. À ce titre, elle doit être exploitée de manière à répondre de façon satisfaisante aux besoins physiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels de chacun des pensionnaires et à donner à ceux-ci l'occasion de satisfaire, selon leurs capacités, les besoins physiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels des autres. »

Les admissions aux établissements de soins de longue durée sont autorisées par les coordonnateurs des placements désignés par le ministre. Lorsqu'il prend une décision concernant l'admissibilité d'une personne, le coordonnateur des placements tient compte de l'évaluation, par un praticien de la santé, de la déficience ou de la capacité de la personne et de toute évaluation des besoins de la personne en traitement médical, soins médicaux ou autres soins personnels.

La principale responsabilité du ministère en ce qui concerne les activités des établissements de soins de longue durée est de s'assurer que ceux-ci fournissent des services aux pensionnaires conformément à leurs ententes de services avec le ministère ainsi qu'aux

lois et aux politiques applicables du ministère. Le ministère assure la surveillance des établissements de soins de longue durée par l'entremise de ses sept bureaux régionaux. Le financement des établissements de soins de longue durée relève du Programme intégré de soins de santé du ministère.

En 1998, le gouvernement a annoncé un plan, échelonné sur huit ans, pour la construction de 20 000 nouveaux lits de soins de longue durée et la rénovation d'établissements non conformes aux normes structurelles contenant un total de 13 583 lits de soins de longue durée. En mars 1999, il a annoncé que 20 000 nouveaux lits seraient disponibles en 2004. En ce qui concerne les établissements non conformes à rénover d'ici 2006, le nombre de lits a été révisé à 15 835. Au début de 2000, le ministère a établi le bureau du Projet de réaménagement des soins de longue durée pour que celui-ci assume la responsabilité opérationnelle du plan.

Les établissements de soins de longue durée sont financés selon quatre tarifs quotidiens (enveloppes de financement) distincts. Le tarif quotidien applicable dans chaque cas est prescrit par règlement. Le tableau qui suit montre les tarifs quotidiens versés au 31 mars 2002 pour les pensionnaires des établissements de soins de longue durée exigeant un niveau moyen de soins.

Tarifs quotidiens pour les pensionnaires des établissements de soins de longue durée demandant un niveau moyen de soins, au 31 mars 2002

Enveloppe de financement	Tarif quotidien (\$)
Soins infirmiers et personnels	52,38
Services des programmes et de soutien	5,24
Aliments bruts	4,49
Autres coûts d'hébergement*	40,21
Total	102,32

* Comprend les coûts d'administration, d'entretien ménager, de fonctionnement et d'entretien des immeubles, des services de diététique et de blanchisserie.

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

Les tarifs quotidiens sont les mêmes pour tous les établissements, sauf le tarif des soins infirmiers et personnels, qui est basé sur l'évaluation du niveau de soins pour chaque pensionnaire.

Les pensionnaires versent une quote-part pour leur logement et leurs repas. Le tarif quotidien maximum payé par le pensionnaire pour l'hébergement de base est de 44,51 \$. Les pensionnaires en hébergement de base qui n'ont pas les moyens de payer le tarif maximum peuvent demander une réduction. Le montant de la réduction dépend du revenu du pensionnaire. Les établissements peuvent réduire le tarif d'hébergement de base à 30,24 \$ par jour sans obtenir l'autorisation du ministère, mais ils doivent l'obtenir pour consentir un tarif plus bas.

Si un pensionnaire paie moins que le tarif de base, le ministère verse la différence pour que l'établissement reçoive le plein tarif de 44,51 \$. Un établissement de soins de longue durée peut également facturer aux pensionnaires 8 \$ de plus pour une chambre à deux lits et 18 \$ de plus pour une chambre individuelle. Les pensionnaires logés dans des chambres individuelles ou à deux lits doivent payer le plein tarif d'hébergement de base en plus du supplément applicable.

En mars 2002, on comptait quelque 60 000 pensionnaires dans 558 établissements de soins de longue durée. Pour l'exercice 2001-2002, les établissements de soins de longue durée ont reçu environ 1,6 milliard de dollars du ministère et 793 millions de dollars en frais de logement des pensionnaires.

OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

Notre vérification des établissements de soins de longue durée visait à déterminer si le ministère avait adopté des procédures adéquates pour :

- s'assurer que les ressources étaient gérées dans le respect des principes d'économie et d'efficience;
- s'assurer que les établissements offrant des soins de longue durée se conformaient aux lois et aux politiques ministérielles applicables;
- mesurer l'efficacité du programme et en faire état.

Nous avons mené notre vérification dans le respect des normes relatives aux missions de certification, notamment l'optimisation des ressources et la conformité, établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Par conséquent, nous avons eu recours aux contrôles et autres procédés de vérification jugés nécessaires dans les circonstances. Avant de commencer notre travail, nous avons défini les critères à respecter pour atteindre nos objectifs de vérification. Ces critères ont été examinés et approuvés par la haute direction du ministère.

Dans le cadre de notre vérification, achevée pour l'essentiel en mai 2002, nous avons examiné et analysé l'information disponible au bureau principal du ministère, dans trois bureaux régionaux et au bureau du Projet de réaménagement, en plus de tenir des discussions avec le personnel concerné. Nous avons visité un certain nombre d'établissements de soins de longue durée afin de mieux comprendre les services offerts et d'examiner certaines procédures.

Nous avons rencontré des porte-parole de l'Ontario Long Term Care Association et de l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, qui représentent la plupart des propriétaires-exploitants d'établissements de soins de longue durée en Ontario.

En 2001, la Direction des services de vérification internes du ministère a entrepris l'examen d'un établissement de soins de longue durée, qui avait fait l'objet de plaintes de nature financière, pour vérifier s'il se conformait à la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*. Cet examen n'a toutefois pas affecté la portée de notre vérification, car il faisait essentiellement suite aux préoccupations touchant un établissement particulier.

CONCLUSIONS GLOBALES DE LA VÉRIFICATION

À certains égards importants, le ministère n'avait pas mis en place toutes les procédures nécessaires pour s'assurer que les ressources étaient gérées dans le respect des principes d'économie et d'efficience et que les établissements de soins de longue durée se conformaient aux politiques applicables du ministère. Nous reprenons d'ailleurs certaines préoccupations soulevées dans notre Rapport annuel 1995. Nous avons particulièrement noté ce qui suit :

- Le ministère n'a pas encore élaboré de normes permettant de mesurer la capacité des établissements à offrir des soins de qualité ni de modèles de dosage du personnel pour la prestation de soins infirmiers et de soins personnels; il ne disposait donc pas de données de référence suffisantes pour déterminer les niveaux de financement appropriés. Le ministère n'a pas non plus donné suite au rapport rédigé par un consultant en 2001, selon lequel les pensionnaires des établissements de soins de longue durée de l'Ontario recevaient moins de services de soins infirmiers et de thérapie que dans des administrations semblables avec des populations semblables.
- Bien que le ministère ait inspecté tous les établissements de soins de longue durée en 2001, il n'avait pas d'approche basée sur le risque pour prioriser ses procédures d'inspection, par exemple en faisant des inspections approfondies des établissements à qui il arrive souvent d'enfreindre les normes provinciales relatives à la qualité des soins.
- Certaines régions n'avaient pas de professionnels tels que des diététistes en mesure de donner des conseils d'expert. Par exemple, dans des établissements qu'ils ont inspectés, des diététistes ont trouvé des incidences plus élevées de non-respect des critères diététiques – dont des procédures insalubres dans la cuisine et une mauvaise nutrition – que les conseillers en conformité.
- Le ministère n'assurait pas un suivi adéquat des plaintes, des événements inusités et des épidémies de maladies contagieuses afin de cerner les problèmes systémiques et de les régler. En 2001, seulement deux régions sur sept ont enregistré des événements inusités, dont le nombre total s'élevait à 1 900. Au cours de la même année, seulement quatre régions ont déclaré des épidémies de maladies contagieuses; les 219 épidémies en question ont affecté 7 500 pensionnaires et employés.

- Contrairement aux prescriptions de la loi, aucune des maisons de soins infirmiers de l'Ontario n'avait de permis en vigueur du ministère au moment de notre vérification. Au moins 15 % des permis étaient venus à expiration plus d'un an et demi auparavant. En outre, la plupart des maisons de soins infirmiers qui ont ouvert leurs portes après 1998 n'avaient jamais obtenu de permis.
- Les fonds excédentaires n'étaient pas récupérés auprès des établissements en temps opportun parce que le ministère faisait les rapprochements annuels presque deux ans après la fin de l'exercice visé. À cause des retards dans le recouvrement d'environ 50 millions de dollars pour l'année civile 1999, les contribuables ont dû payer quelque 5 millions de dollars en frais d'intérêt.

Depuis notre vérification de 1995, le ministère a établi un objectif quant au nombre requis de lits de soins de longue durée et mis en œuvre une stratégie pour faire face à la demande croissante de lits due au vieillissement de la population. Cependant, le ministère n'avait pas de processus en place pour déterminer à intervalles périodiques si son objectif de 100 lits par tranche de 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus était approprié.

Dans le cadre du projet de réaménagement des soins de longue durée, le ministère a prévu des fonds pour la construction de nouveaux établissements de soins de longue durée dans les régions de la province qui ont le plus besoin de lits additionnels et accordé une aide financière aux établissements non conformes aux normes structurelles et environnementales minimales.

Nous avons conclu que les procédures adoptées par le ministère pour assurer une reddition de comptes adéquate au public ainsi que l'efficacité et l'efficacités de la prestation des services par les établissements de soins de longue durée laissaient à désirer parce que :

- les renseignements financiers soumis par les établissements étaient insuffisants pour permettre au ministère de déterminer si les fonds avaient été utilisés conformément aux attentes du ministère;
- le ministère n'avait pas mis au point des mesures des résultats concernant la pertinence des services fournis, y compris la qualité des soins reçus par les pensionnaires.

CONSTATATIONS DÉTAILLÉES DE LA VÉRIFICATION

SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DES SOINS

Le principal outil dont dispose le ministère pour surveiller la qualité des soins prodigués aux pensionnaires des établissements de soins de longue durée est son Programme d'inspections de conformité, dans le cadre duquel il doit :

- effectuer des inspections annuelles de tous les établissements de soins de longue durée;
- effectuer d'autres inspections à la demande de spécialistes tels que des conseillers en matière de diététique et d'environnement;
- faire enquête en cas de plainte d'un pensionnaire, de sa famille ou du grand public.

Le Programme d'inspections de conformité relève des bureaux régionaux. Chaque bureau régional compte un gestionnaire des soins de longue durée et des conseillers ou conseillères en conformité qui sont des infirmiers ou infirmières autorisés. Certains bureaux régionaux disposent aussi des services de conseillers en matière d'environnement et/ou de diététique pour les examens plus spécialisés. Les conseillers en conformité inspectent les établissements pour s'assurer que les lois, les règlements et les normes définies dans le Manuel du programme des établissements de soins de longue durée du ministère sont respectés. Les établissements qui ne satisfont pas à toutes ces exigences doivent prendre des mesures correctives appropriées en temps opportun. Ceux qui continuent d'enfreindre les normes et/ou qui présentent une grave menace pour la santé, la sécurité ou le bien-être des pensionnaires peuvent être placés sous surveillance.

En juillet 2000, la ministre a annoncé que le Programme d'inspections de conformité ferait l'objet d'une évaluation exhaustive afin :

- d'en cerner les points forts et les points faibles;
- d'analyser les mécanismes de surveillance des soins de longue durée en vigueur dans d'autres administrations;
- de reconnaître les possibilités de renforcer les liens avec d'autres initiatives liées aux soins de longue durée;
- de recommander des améliorations possibles;
- de recommander des aspects à examiner de façon plus approfondie.

L'examen a été fait à l'interne en consultation avec des groupes d'intervenants. Le délai, d'abord fixé à décembre 2001, a été reporté à la fin de 2002.

Au moment de notre vérification, le comité d'examen avait identifié les points forts et les points faibles du programme de conformité, préparé une ébauche de politique d'application et établi une liste de critères permettant de détecter les établissements qui ne dépensent pas les fonds avec prudence ou aux fins prévues. Il reste toutefois à recommander les améliorations possibles.

Inspections annuelles

En vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos* et la *Loi sur les établissements de bienfaisance*, le ministère a le droit d'inspecter des établissements afin d'assurer leur conformité aux lois et règlements, aux ententes de services et/ou aux exigences du permis. La politique du ministère stipule que des examens doivent être effectués au moins une fois par année civile. L'inspection

annuelle a pour but de surveiller et d'évaluer la qualité des soins et services aux pensionnaires, la qualité des programmes ainsi que le fonctionnement global de chaque établissement. Les résultats des inspections annuelles doivent être affichés dans chaque établissement.

Entre 1997 et 1999, moins de la moitié des établissements ont subi des inspections annuelles. En 2000, la ministre alors en poste a annoncé que tous les établissements de soins de longue durée seraient inspectés chaque année. Tous les établissements ont effectivement été inspectés en 2001. Nous avons examiné le processus d'inspection et noté que la haute direction contrôlait le nombre d'inspections effectuées, mais qu'elle ne vérifiait pas les résultats de ces inspections pour déceler :

- les établissements qui ne se conforment pas aux lois ou aux politiques du ministère;
- les établissements dont les infractions pourraient nuire de façon substantielle à la qualité des soins aux pensionnaires;
- les établissements qui ont constamment des problèmes;
- les exploitants dont les établissements affichent une tendance à la non-conformité.

Nous avons également noté ce qui suit :

- Le ministère n'a pas d'approche formelle d'évaluation des risques lui permettant de prioriser les procédures d'inspection ou de concentrer ses efforts sur les établissements qui ont l'habitude d'enfreindre les normes de qualité provinciales. Il effectue actuellement une inspection annuelle approfondie de chaque établissement, ce qui prend quatre jours en moyenne. Or, une inspection exhaustive n'est pas toujours justifiée dans le cas des établissements qui se sont toujours conformés aux exigences et qui ont reçu peu ou pas de plaintes, tandis que les établissements qui connaissent des problèmes chroniques pourraient exiger des inspections plus approfondies.
- Les deux associations représentant des exploitants d'établissements nous ont informés que, d'après leurs membres, les normes de conformité n'étaient pas appliquées de manière uniforme dans tous les établissements et toutes les régions. Cela dépend beaucoup de la façon dont les conseillers en conformité interprètent et appliquent les normes. Certains d'entre eux nous ont dit qu'ils pourraient se contenter de donner un avertissement, tandis que d'autres pourraient notifier une citation pour la même infraction.
- Un établissement peut être averti d'une inspection annuelle jusqu'à une semaine à l'avance. Certains d'entre eux pourraient en profiter pour « se préparer » à l'inspection, de sorte que les résultats pourraient ne pas refléter les soins habituels. Par exemple, un établissement a écrit ceci à son siège social : [*traduction*] « Le service des soins infirmiers, avec l'aide considérable du personnel de l'organisation et de praticiens autorisés d'autres établissements, a eu une semaine pour se préparer à l'inspection annuelle du ministère. Un gros merci à tous les employés concernés, dont les efforts nous ont valu des résultats favorables. »

- Selon la politique du ministère, un conseiller en conformité peut renvoyer des cas à des conseillers spécialisés en hygiène de l'environnement, en diététique, en finances ou en services médicaux. Nous avons été avisés qu'il n'y avait pas eu de conseiller médical depuis cinq ans, mais que des conseils médicaux sont sollicités au besoin. Aucune des trois régions que nous avons visitées n'avait un conseiller environnemental et seulement une employait une conseillère en diététique. En outre, les conseillers en conformité ne savaient pas exactement quand il y avait lieu de renvoyer un cas. Nous avons également noté que les régions disposant de conseillers en diététique étaient plus aptes à procéder à des inspections dans ce domaine et que les établissements inspectés par des spécialistes de la diététique affichaient des taux d'infractions alimentaires plus élevés. Il s'agissait notamment de procédures insalubres dans la cuisine, d'une utilisation insuffisante des désinfectants, de l'entreposage des aliments à des températures inappropriées et d'une mauvaise nutrition.
- Les « vérifications ciblées » font partie du processus d'inspection annuelle et exigent des conseillers en conformité qu'ils choisissent les dossiers de six pensionnaires de chaque établissement afin de faire enquête sur les points qui présentent le plus grand risque pour les pensionnaires, y compris les fluctuations de poids imprévues, les plaies de pression, les douleurs et malaises, les comportements perturbateurs et l'utilisation de moyens de contention. Les résultats de ces vérifications servent à tirer des conclusions sur la qualité des soins fournis par l'établissement.

La méthodologie d'échantillonnage était laissée à la discrétion de chaque conseiller en conformité. Certains d'entre eux nous ont dit qu'ils basaient la taille des échantillons sur les visites antérieures et le niveau de confort personnel, tandis que d'autres la basaient sur le nombre de lits. Nous avons passé en revue un échantillon de dossiers d'examen annuel et noté que, dans 92 % des cas, moins de six dossiers avaient été étudiés. Nous n'avons par ailleurs trouvé aucune preuve selon laquelle la direction avait examiné et approuvé la taille des échantillons utilisés. Nous avons soulevé des préoccupations semblables dans notre Rapport annuel 1995.

Recommandation

Pour s'assurer que les établissements de soins de longue durée répondent aux besoins évalués de chaque pensionnaire, le ministère doit :

- **s'assurer que la haute direction vérifie les résultats des inspections annuelles afin de prendre les mesures correctives et préventives possibles;**
- **mettre en œuvre, pour ses inspections annuelles, une approche formelle d'évaluation des risques qui met l'accent sur les établissements avec de nombreuses infractions à leur actif et priorise les procédures d'inspection;**
- **assurer une application uniforme des normes;**

- établir des périodes de notification acceptables et soumettre les établissements à risque élevé à des inspections-surprises afin de réduire les risques de « préparation » aux inspections;
- déterminer l'expérience et les compétences requises pour inspecter des établissements et maintenir un dosage approprié de spécialistes.

Réponse du ministère

Le programme de conformité du ministère est mis en œuvre par des employés déterminés à protéger la santé et la qualité de vie des pensionnaires. Le ministère a quand même entrepris un examen exhaustif afin de déterminer les améliorations possibles, dont un dosage approprié du personnel. Il poursuit ses efforts de recrutement pour combler les postes vacants et répondre aux exigences de son Programme d'inspections de conformité.

Cet examen est axé sur l'élaboration d'une approche d'évaluation du risque. Cette approche peut inclure l'ajout d'indicateurs de risque qui déclencheront l'intervention du personnel de conformité et/ou de la haute direction. Ces indicateurs et interventions s'ajouteraient aux mesures actuellement déclenchées par les rapports de l'équipe de gestion de la conformité.

Le ministère effectue déjà des visites non annoncées dans des établissements de soins de longue durée et prévoit des inspections-surprises dans l'avenir.

Santé et sécurité des pensionnaires

PLAINTES

Conformément à la politique du ministère, toute plainte portée contre un établissement de soins de longue durée doit faire l'objet d'une enquête dans les 20 jours suivant sa réception. À l'heure actuelle, toutes les enquêtes sont menées par des agents régionaux de vérification de la conformité. L'ancienne unité d'application des mesures législatives du ministère, qui faisait enquête sur les plaintes plus graves telles que le mauvais traitement présumé des pensionnaires, a été dissoute en juin 1999.

Le ministère garde à l'œil les temps de réponse ainsi que la nature et la source des plaintes. Nous avons analysé l'information consignée dans le FMIS (système informatique de suivi des établissements) et noté ce qui suit :

- Au cours des deux dernières années, 83 % des plaintes ont fait l'objet d'une enquête dans le délai prescrit de 20 jours. Il reste que le rendement varie beaucoup d'une région à l'autre. Tandis qu'une des régions respectait presque toujours le délai des 20 jours, une autre accusait des retards dans un cas sur trois.

- Dans les trois régions que nous avons visitées, au moins la moitié des établissements n'ont pas reçu de plaintes en 2001. Nous avons noté que la plupart des établissements ayant reçu plus de 10 plaintes chacun avaient également soulevé d'importants problèmes de conformité lors de l'inspection annuelle. Par exemple, un établissement ayant reçu 29 plaintes en 2001 et 24 plaintes en 2000 connaissait des problèmes répétitifs de conformité depuis 1990. Le ministère n'avait cependant pas établi de procédures d'analyse des plaintes afin de pouvoir cerner les points faibles de l'établissement ou du système et de les corriger.

ÉVÉNEMENTS INUSITÉS

D'après la définition du ministère, un événement inusité est un événement qui pose un risque potentiel ou réel pour la sécurité, le bien-être et/ou la santé d'un pensionnaire, ou pour la sécurité de l'établissement, et qui demande une intervention du personnel. Les établissements sont tenus de signaler tout événement inusité aux bureaux régionaux du ministère. Les conseillers en conformité régionaux examinent les détails de l'incident et décident des mesures à prendre au besoin.

Au moment de notre vérification, il n'était pas nécessaire de consigner les événements inusités dans le FMIS. Cependant, les deux régions qui l'ont fait ont signalé un total de 1 600 événements inusités pour l'année civile 2000 et de 1 900 pour 2001. Les blessures exigeant le transfert d'un pensionnaire à un hôpital pour traitement ou admission comptaient pour 70 % des événements inusités enregistrés dans le FMIS, contre 9 % pour les cas de mauvais traitement présumé des pensionnaires.

Nous avons examiné les rapports d'événement inusité pour un échantillon des établissements de soins de longue durée dans les régions que nous avons visitées et constaté que les établissements qui rapportaient un nombre élevé de plaintes et de problèmes de conformité graves et répétitifs affichaient également un nombre élevé d'événements inusités. Par exemple, de très graves événements inusités avaient été signalés dans un établissement qui connaissait de graves problèmes de conformité depuis plus de dix ans.

ÉPIDÉMIES D'INFECTIONS CONTAGIEUSES

En vertu de la politique du ministère, les établissements de soins de longue durée sont tenus de signaler toutes les épidémies d'infections contagieuses à leurs bureaux régionaux respectifs. Leurs rapports sont censés aider le ministère :

- à déceler la prévalence des épidémies et les tendances qui s'amorcent dans les établissements de soins de longue durée;
- à s'assurer que les informations relatives aux épidémies sont transmises au personnel concerné;
- à assurer l'intégralité des informations relatives aux épidémies, dont la durée de celles-ci.

Le ministère compte sur les services de santé publique locaux pour évaluer les informations relatives aux épidémies et y donner suite.

Dans chaque cas signalé, un document est préparé, examiné par le conseiller en conformité régional et versé au dossier de l'établissement concerné. Les bureaux régionaux doivent tenir un registre des épidémies indiquant tous les établissements touchés, le type d'épidémie ainsi que la date de la notification initiale et de la notification finale au ministère.

Au moment de notre vérification, seulement quatre des sept bureaux régionaux consignaient les informations relatives aux épidémies dans le FMIS. En 2001, ces quatre bureaux ont signalé un total de 219 épidémies affectant plus de 7 500 pensionnaires et employés. Nous avons visité deux des bureaux régionaux qui ne consignaient pas leurs informations dans le FMIS. Le registre tenu par un de ces bureaux faisait état de 80 épidémies additionnelles en 2001, mais n'indiquait pas combien de personnes avaient été affectées. Quant au deuxième bureau régional que nous avons visité, il ne tenait aucun registre.

Une des régions consignant leurs données dans le FMIS comptait pour 62 % des épidémies survenues en 2001. Cela vient conforter la tendance observée au cours des trois dernières années. Il était toutefois difficile de déterminer si les pratiques de lutte contre les infections laissaient à désirer dans cette région ou si les établissements des autres régions ne signalaient pas toutes les épidémies à leurs bureaux régionaux. Nous avons également constaté qu'aucun effort n'avait été fait pour établir un lien entre le nombre d'épidémies par établissement et les infractions décelées lors des inspections annuelles, notamment en ce qui concerne la propreté et la salubrité des lieux ainsi que l'hygiène des pensionnaires.

Recommandation

Pour mieux protéger la santé et la sécurité des pensionnaires des établissements de soins de longue durée, le ministère doit s'assurer :

- **que toutes les plaintes font l'objet d'une enquête et que des mesures de suivi sont prises en temps opportun;**
- **que tous les événements inusités et toutes les épidémies d'infections contagieuses sont signalés au ministère et consignés dans son système informatique de suivi des établissements (FMIS) en temps opportun;**
- **que toutes les plaintes, événements inusités et épidémies d'infections contagieuses sont évalués au regard des résultats des inspections annuelles des établissements afin de cerner et de régler les problèmes systémiques.**

Réponse du ministère

Le ministère a pour politique de faire enquête sur les plaintes et d'y donner suite dans les 20 jours suivant leur réception. Il a l'habitude de répondre aux plaintes mais cherche constamment à améliorer son bilan à cet égard.

Le personnel du ministère donne suite à tous les événements inusités. Le ministère et les services de santé publique locaux ont mis en place des procédures et des protocoles rigoureux afin d'assurer la sécurité des pensionnaires en cas d'épidémie (p. ex. mises en quarantaine et mesures d'hygiène spécifiques). Ce sont les organismes de santé publique locaux qui déterminent quand un établissement est en proie à une épidémie.

Le ministère s'est engagé à améliorer ses systèmes de saisie des données sur les plaintes, les événements inusités et les épidémies et utilisera ces données pour cerner et régler les problèmes systémiques.

Permis et ententes de services

En vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, « nul ne doit ouvrir ni exploiter une maison de soins infirmiers sans détenir un permis à cet effet délivré par le directeur en vertu de la présente loi. » Tous les permis viennent à expiration et doivent être renouvelés chaque année; ils peuvent être révoqués ou leur renouvellement peut être refusé en cas d'infraction à la loi par le titulaire. Bien que les foyers municipaux et de bienfaisance n'aient pas à obtenir de permis, tous les exploitants d'établissements de soins de longue durée doivent signer une entente de services avec le ministère.

Nous avons examiné les permis délivrés aux maisons de soins infirmiers et constaté qu'au moment de notre vérification, aucune des maisons de soins infirmiers exploitées en Ontario n'avait de permis valide. La plupart des permis étaient venus à expiration au cours des 12 derniers mois, mais au moins 15 % avaient expiré plus d'un an et demi auparavant. Nous avons même noté des cas d'expiration antérieurs à 1998, dont un en 1994, un en 1997 et deux en 1998. En outre, la plupart des maisons de soins infirmiers qui ont ouvert leurs portes après 1998 n'ont jamais reçu de permis d'exploitation.

Selon la directive du Conseil de gestion du gouvernement concernant la responsabilisation en matière de paiements de transfert, une entente doit être signée avant que des fonds provinciaux soient versés aux bénéficiaires des paiements de transfert, dont les exploitants des établissements de soins de longue durée. Nous avons toutefois noté que le ministère avait l'habitude de finaliser et de signer des ententes de services après la fin de l'année de financement. Au moment de notre vérification, aucune des ententes de services pour 2001 et 2002 n'avait été signée. Le personnel du ministère nous a indiqué que les anciennes ententes de services demeuraient en vigueur mais, dans une des régions que nous avons visitées, les exploitants des établissements étaient souvent en désaccord avec la position du ministère. Les ententes de services couvrent une année spécifique, car elles indiquent le montant de la subvention pour cette seule année.

Nous avons également constaté que le ministère ne tenait pas compte de la conformité des établissements aux normes du ministère au moment de signer les ententes de services.

Recommandation

Pour que les politiques du ministère et les lois concernant les établissements de soins de longue durée soient respectées et que les prestataires de soins de longue durée comprennent leurs responsabilités, le ministère doit s'assurer que tous les établissements de soins de longue durée ont signé des ententes de services valides et que l'état de conformité de chaque établissement est pris en compte.

Le ministère doit aussi s'assurer que toutes les maisons de soins infirmiers détiennent des permis valides, comme l'exige la loi.

Réponse du ministère

Le ministère a entrepris un examen du processus de gestion soutenant les ententes de services. Les ententes de services pour 2001 et 2002 seront distribuées aux exploitants d'établissements d'ici le 31 octobre 2002, tandis que celles portant sur l'année 2003 seront distribuées avant le 31 décembre 2002.

Le ministère a instauré un programme pour s'assurer que tous les permis sont à jour. Au 1^{er} septembre 2002, toutes les maisons de soins infirmiers détenaient des permis à jour.

FINANCEMENT QUOTIDIEN

Niveaux de soins

Chaque année, les évaluatrices et évaluateurs du ministère, qui sont des infirmières et infirmiers autorisés ayant l'expérience des soins de longue durée, déterminent les niveaux de soins requis par les pensionnaires de chaque établissement en examinant leurs dossiers et leurs régimes de soins. Les pensionnaires sont ensuite classés dans une des sept catégories de soins infirmiers et personnels selon le niveau de soins dont ils ont besoin. À chaque catégorie est attribué un facteur de pondération basé sur les besoins évalués du pensionnaire, compte tenu de l'utilisation des ressources connexes. Le pourcentage de pensionnaires dans chaque catégorie est multiplié par le facteur de pondération correspondant afin de déterminer la clientèle de l'établissement. Le rapport entre la clientèle de l'établissement et la clientèle moyenne à l'échelle provinciale produit un indice, qui est ensuite multiplié par un tarif quotidien établi afin de déterminer le financement qui sera octroyé à l'établissement pour les soins infirmiers et personnels de chaque pensionnaire.

En 2001-2002, les fonds octroyés aux établissements de soins de longue durée au titre des soins infirmiers et personnels représentaient environ 1,1 des 1,6 milliard de dollars versés aux établissements de soins de longue durée par le ministère.

VÉRIFICATIONS ET APPELS LIÉS AUX NIVEAUX DE SOINS

Une diminution de la clientèle d'un établissement se répercute sur le tarif quotidien reçu pour les soins infirmiers et personnels. Un établissement peut en appeler de sa classification si sa clientèle baisse de plus de 7 % par rapport à l'année d'avant. Depuis 1997, le ministère vérifie chaque année la classification attribuée à un échantillon d'établissements pour les niveaux de soins. Ces vérifications commencent par la réévaluation d'au moins 20 pensionnaires et sont basées sur la documentation des soins et l'observation directe. Si la clientèle pour ces pensionnaires dépasse leur classification annuelle de plus de 10 %, le ministère procède à une vérification exhaustive pour tous les pensionnaires hébergés dans l'établissement au moment de la classification annuelle.

Selon la politique du ministère, si la vérification exhaustive révèle un écart de plus de 10 % des soins documentés et observés par rapport à la classification annuelle, le ministère songera à augmenter ou à réduire le financement en conséquence. Dans une note adressée à tous les bureaux régionaux en décembre 2001, le ministère a noté que, depuis le début du processus de vérification et d'appel, la politique prévoyant une baisse du financement n'avait pas été appliquée quand elle aurait dû l'être.

Le ministère offre actuellement des séminaires pour aider les établissements à améliorer leur documentation des soins requis par les pensionnaires, mais ne pénalise pas les établissements dont il sait ou soupçonne fortement, d'après les vérifications, qu'ils exagèrent les besoins des pensionnaires afin d'obtenir des fonds additionnels.

Recommandation

Pour aider à assurer l'équité des niveaux de financement octroyés aux établissements de soins de longue durée, le ministère doit y apporter des ajustements au besoin après avoir vérifié la classification des niveaux de soins conformément à sa politique.

Réponse du ministère

Le ministère a apporté des ajustements par suite des vérifications effectuées. Il examinera toutefois la mise en œuvre de la politique afin d'ajuster le financement en conséquence du processus de vérification et d'appel.

Suffisance du financement quotidien

Dans notre rapport de vérification 1995, nous recommandions au ministère d'utiliser l'information relative au coût des soins et du logement pour vérifier l'exactitude des tarifs standard payés dans chacune des enveloppes de financement. Le ministère a depuis apporté des ajustements périodiques principalement basés sur la hausse globale de la clientèle provinciale. Cependant, il n'a pas fait d'analyse détaillée pour déterminer le financement approprié.

En juin 2000, le ministère a établi un comité pour qu'il examine les modalités d'établissement, d'allocation et de distribution du financement et recommande des améliorations à l'actuelle méthode basée sur les tarifs quotidiens. Le comité, qui se compose d'employés du ministère et de représentants des associations de prestataires de services, a recommandé d'accroître les quatre enveloppes de financement selon l'évolution des besoins des pensionnaires, les augmentations de salaire négociées avec les employés et les fluctuations du taux d'inflation, mais n'a pas indiqué si le financement actuel était suffisant.

Depuis deux ans, le ministère produit des rapports des dépenses quotidiennes par secteur, qui indiquent, pour chaque établissement, le total réellement dépensé par pensionnaire par jour pour chaque type de dépenses et pour chaque enveloppe de financement. Les données sur les coûts sont accumulées par secteur (foyers de bienfaisance, foyers municipaux et maisons de soins infirmiers) à l'intérieur de chaque région. Après examen des rapports 1999 pour les trois régions visitées, nous avons noté d'importants écarts entre les secteurs et entre les établissements au chapitre des dépenses liées aux soins infirmiers et personnels et des frais d'hébergement.

Dans notre Rapport annuel 1995, nous avons également recommandé au ministère d'élaborer des normes afin de mesurer la capacité des établissements à prodiguer des soins de qualité et de mettre au point des modèles de composition du personnel requis pour offrir les soins infirmiers et personnels afin d'arriver aux niveaux de financement appropriés. Avant 1996, le ministère exigeait de chaque établissement de soins de longue durée qu'il ait une infirmière ou un infirmier autorisé de service et sur place en tout temps et garantissait un financement suffisant pour que chaque pensionnaire reçoive, en moyenne, au moins 2,25 heures de soins infirmiers et personnels par jour. Ce financement devait être fourni quels que soient les besoins globaux des pensionnaires dans chaque maison de soins infirmiers.

En 2001, le ministère a fourni les fonds nécessaires pour qu'une société d'experts-conseils puisse comparer les services offerts aux pensionnaires des établissements de soins de longue durée de l'Ontario en termes de personnel infirmier, d'aides en soins de santé et de thérapies aux services fournis ailleurs au Canada, aux États-Unis, en Europe et dans les établissements de soins chroniques de l'Ontario. L'analyse portait uniquement sur la quantité de soins fournis et non sur leur qualité. Selon les experts-conseils, elle était entravée par le fait que de nombreuses administrations avaient recueilli leurs données de trois à cinq ans avant l'Ontario et que plusieurs d'entre elles devaient soumettre leurs données à des fins de financement, ce qui pourrait avoir un impact sur leur qualité. Le rapport publié disait quand même ceci :

[Traduction] Les résultats de cette étude indiquent que les pensionnaires des établissements [de soins de longue durée] de l'Ontario reçoivent moins de services de soins infirmiers et de thérapie que dans d'autres régions avec des populations semblables. Ces pensionnaires affichent d'ailleurs d'importants écarts au chapitre des niveaux de dépression, des niveaux cognitifs et des problèmes de comportement, qui indiquent des besoins accrus demandant des niveaux de service plus élevés.

Plus précisément :

- La proportion de soins fournis par des infirmières et infirmiers autorisés dans les établissements de soins de longue durée de l'Ontario par pensionnaire par jour était plus faible que dans n'importe quelle autre administration.
- Seulement un tiers des pensionnaires des établissements de soins de longue durée de l'Ontario dont l'amplitude articulaire était restreinte ont bénéficié d'exercices d'amplitude.
- Les pensionnaires des établissements de soins de longue durée de l'Ontario affichaient la plus forte proportion de troubles et/ou de problèmes de santé mentale, dont 65 % ont été traités par des moyens de contention ou des médicaments antipsychotiques. Moins de 6 % ont fait l'objet d'une évaluation ou ont été soumis à des « thérapies par la discussion ».

Rien n'indique que le ministère ait donné suite aux résultats de cette étude.

Nous avons noté que 36 États américains avaient établi des exigences ou des normes en matière de dotation dont :

- un nombre minimal d'heures de soins infirmiers par pensionnaire et par jour;
- un ratio soignants/pensionnaires minimum;
- l'affectation d'une infirmière ou d'un infirmier autorisé sur place 24 heures par jour.

À l'heure actuelle, le ministère n'a pas d'exigences en matière de dotation et ne surveille pas les ratios employés/pensionnaires de chaque établissement, le nombre d'heures de soins prodigués aux pensionnaires par des infirmières et infirmiers autorisés, ni le rapport entre le nombre d'infirmières et infirmiers autorisés et le nombre d'infirmières et infirmiers non autorisés.

Recommandation

Pour s'assurer que les fonds octroyés aux établissements de soins de longue durée sont suffisants pour offrir le niveau de soins requis par les pensionnaires et que les besoins évalués des pensionnaires sont satisfaits, le ministère doit :

- **vérifier la suffisance des tarifs standard en vigueur dans chaque catégorie de financement et élaborer des normes pour mesurer la capacité des établissements à fournir les services;**
- **surveiller les ratios employés/pensionnaires, le nombre d'heures de soins prodigués par des infirmières et infirmiers autorisés à chaque pensionnaire, ainsi que le rapport entre le nombre d'infirmières et infirmiers autorisés et le nombre d'infirmières et infirmiers non autorisés et déterminer si les niveaux de soins fournis répondent aux besoins évalués des pensionnaires;**

- élaborer des normes de dotation appropriées pour les établissements de soins de longue durée.

Réponse du ministère

Le 1^{er} août 2002, le ministère a augmenté le financement des soins infirmiers et personnels de 100 millions de dollars (6,33 \$ par pensionnaire par jour). Le tarif quotidien total pour un établissement de soins de longue durée avec des niveaux de soins moyens s'élève à 110,73 \$.

À l'heure actuelle, les établissements de soins de longue durée reçoivent des fonds différentiels basés sur les besoins de leurs pensionnaires. Le ministère est déterminé à examiner la possibilité de mettre en œuvre un nouvel instrument de classification des pensionnaires ainsi qu'une méthode de financement qui renforcera sa capacité à évaluer les soins et le personnel requis par les pensionnaires.

Rapprochements annuels

D'après le Manuel du programme des établissements de soins de longue durée du ministère, chaque établissement doit présenter un rapport annuel vérifié à son bureau régional pour que celui-ci puisse comparer les dépenses réelles aux dépenses approuvées et déterminer s'il convient d'ajuster le financement final.

Nous avons noté que le ministère n'avait pas établi de dates limites pour les rapprochements annuels et que les surplus n'étaient pas recouverts avec promptitude. Par exemple, les surplus pour 1998 ont été récupérés vers la fin de 2000 et au début de 2001 et, au moment de notre vérification, les rapprochements pour 1999 étaient en cours. Pour chacune des trois dernières années, les surplus nets dus au ministère dépassaient 50 millions de dollars. Comme le taux d'emprunt moyen sur un an pour le gouvernement était de 5,7 % en 2000 et de 3,8 % en 2001, les retards dans le recouvrement des fonds excédentaires pour l'année civile 1999 ont coûté aux contribuables au moins 5 millions de dollars en frais d'intérêt.

Ce n'est qu'en avril 2001 que le ministère a transmis aux établissements les formulaires de rapport annuel pour l'année civile 1999. La plupart des exploitants d'établissements ont rempli et retourné les formulaires requis dans les 90 jours suivant leur réception, comme l'exige la politique du ministère. Cependant, le personnel du bureau régional n'a commencé le processus de rapprochement qu'à l'automne 2001. Les formulaires de rapport annuel pour 2000 ont été envoyés aux exploitants le 25 février 2002, soit 14 mois après la fin de cette année civile.

La plupart des établissements de soins de longue durée enregistrent des surplus parce que le ministère a l'habitude de sous-estimer les recettes provenant des paiements effectués par les pensionnaires. Par exemple, le ministère a estimé ces recettes pour 1999 en se basant sur les paiements réels des pensionnaires pour 1996, sans tenir compte de la hausse des

tarifs d'hébergement quotidiens. Il est difficile d'estimer les recettes provenant des paiements effectués par les pensionnaires, car certains d'entre eux sont admissibles à des réductions de tarif en raison de leurs besoins financiers. Comme il est mentionné plus haut, les établissements n'ont pas besoin de l'autorisation du ministère pour ramener de 44,51 \$ à 30,24 \$ par jour le tarif de base de l'hébergement en salle commune pour les pensionnaires nécessiteux.

Bien que les analystes financiers des bureaux régionaux ajustent maintenant les paiements pour l'année en cours en se basant sur des estimations plus récentes des paiements des pensionnaires, les approches diffèrent selon les régions. Le personnel du ministère nous a avisés qu'un processus normalisé d'ajustement pour l'année en cours serait utilisé à compter du 1^{er} juillet 2002.

PROCESSUS DE RAPPROCHEMENT

Les fonds de chaque enveloppe octroyés aux établissements de soins de longue durée sont censés couvrir les dépenses admissibles énoncées dans le Manuel du programme des établissements de soins de longue durée du ministère. Sauf dans le cas des fonds reçus pour certains coûts d'hébergement, les établissements doivent retourner tous les fonds non dépensés au ministère.

Ayant examiné les données financières soumises par les établissements aux bureaux régionaux du ministère, nous avons constaté qu'elles étaient insuffisantes pour déterminer si les fonds de chaque enveloppe avaient été utilisés aux fins prévues. La plupart des analystes financiers régionaux du ministère que nous avons interrogés convenaient que l'information était insuffisante.

Bien que la plus grande partie des fonds octroyés au titre des soins infirmiers et personnels soit affectée aux salaires du personnel, les établissements ne sont pas tenus de soumettre des données telles que le nombre d'employés par catégorie (infirmières et infirmiers autorisés, infirmières et infirmiers auxiliaires et aides en soins de santé) ou leurs salaires respectifs. Les établissements n'ont pas non plus l'habitude de fournir aux bureaux régionaux une liste du matériel et des fournitures achetées durant l'année dans chaque catégorie de financement. Des analystes nous ont informés que plusieurs établissements assimilaient le matériel et les fournitures d'hébergement à des articles médicaux à imputer à l'enveloppe de financement pour les soins infirmiers et personnels, réduisant ainsi le montant qu'ils pourraient avoir à retourner au ministère.

Un certain nombre d'exploitants d'établissements de soins de longue durée exploitent aussi des maisons de retraite sur des terrains contigus. Ces maisons de retraite ne reçoivent pas de fonds du ministère, mais peuvent partager certains services et employés avec les établissements de soins de longue durée qui y sont affiliés. Dans trois régions, le ministère a dénombré 69 établissements de soins de longue durée avec maisons de retraite attenantes. Les établissements de soins de longue durée ne sont pas tenus de présenter un ensemble complet d'états financiers vérifiés. Or, sans états financiers vérifiés contenant des données distinctes, le ministère ne peut pas savoir si les exploitants répartissent les coûts de façon appropriée.

Recommandation

Pour que les fonds excédentaires versés aux établissements de soins de longue durée soient calculés avec exactitude et retournés à la province en temps opportun, le ministère doit s'assurer que :

- l'information financière vérifiée fournie par les établissements répond aux besoins du ministère;
- les rapprochements sont effectués et les surplus sont récupérés en temps opportun.

Réponse du ministère

Le ministère examinera le formulaire et l'information actuellement recueillie auprès des établissements pour s'assurer qu'elle répond à ses besoins.

Il s'engagera à envoyer les rapports de rapprochement pour 2001 et 2002 aux établissements de soins de longue durée avant le 31 décembre 2002.

Il a uniformisé le rapport sur les recettes d'occupation. À compter du 1^{er} janvier 2003, les sept bureaux régionaux surveilleront les mouvements de trésorerie et les ajusteront au besoin.

PROJET DE RÉAMÉNAGEMENT DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Allocation des lits de soins de longue durée

Dans notre Rapport annuel 1995, nous notions que le ministère, bien que conscient de la forte hausse prévue du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, n'avait pas élaboré de stratégie pour faire face à l'augmentation prévue de la demande de lits de soins de longue durée. Il n'avait pas non plus de plan systématique pour identifier les régions où les besoins sont les plus pressants et assurer une répartition plus équitable des lits dans toute la province.

À l'automne 1996, le ministère a établi le Comité directeur de répartition des lits de soins de longue durée et d'étude des besoins (comité directeur), qui se compose d'employés du ministère et de représentants d'associations de l'extérieur. Le comité directeur était chargé d'examiner les moyens d'assurer une répartition équitable des lits de soins de longue durée dans toute la province et de recommander les modifications à apporter aux lois ou aux politiques pour faciliter une telle répartition.

Dans l'introduction à son rapport d'avril 1997, le comité directeur soulignait que, depuis de nombreuses années, les lits de soins de longue durée financés et réglementés par la province avaient été répartis de façon inéquitable entre les régions et à l'intérieur de chaque région. Cette répartition était plutôt le fait d'un « accident » que d'une planification basée sur les besoins.

Étant donné les paramètres de l'étude et les enjeux entourant le système de soins de longue durée, le comité directeur se sentait incapable d'établir un objectif de planification. Il recommandait au ministère d'entreprendre une étude plus approfondie afin d'établir un objectif quant au nombre requis de lits de soins de longue durée. Le comité directeur exhortait également le ministère à tenir compte de ses recommandations conjointement avec celles de la Commission de restructuration des services de santé. En 1997, cette commission a diffusé un document de travail soulignant qu'en 2003, la province aurait besoin de 15 404 lits de soins de longue durée additionnels et que ces lits additionnels se traduiraient par un ratio moyen de 96,4 lits par tranche de 1 000 personnes de 75 ans et plus.

En avril 1998, le Conseil de gestion du gouvernement a approuvé en principe un plan du ministère demandant la construction de 20 000 nouveaux lits avant la fin de l'exercice 2005-2006 ainsi que la rénovation d'établissements comptant 13 583 lits de soins de longue durée qui ne répondaient pas aux exigences structurelles en vigueur. Le personnel du ministère nous a informés que, malgré l'absence de norme ministérielle permettant de déterminer la future demande de lits de soins de longue durée, il cherchait à atteindre un objectif de 100 lits par tranche de 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Bien que le ministère n'ait pas pu nous dire comment il était arrivé à cet objectif, celui-ci était conforme à l'objectif recommandé par la Commission de restructuration des services de santé. D'après une étude commanditée par le ministère, en 2000, l'Alberta visait un ratio de 109 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, contre 120 lits pour le Manitoba. Il importe de noter que la future demande de lits de soins de longue durée dépend de nombreux facteurs, dont la disponibilité des soins à domicile, des soins chroniques et d'autres services.

En supposant l'attribution d'environ 20 000 nouveaux lits, en 2006, les ratios projetés dans les zones de service provinciales (municipalités, districts ou comtés) devraient varier entre 88 et 138 lits par tranche de 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Sans les 20 000 nouveaux lits, ces ratios fluctueraient entre 38 et 138 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. En règle générale, les régions de la province les plus susceptibles de dépasser l'objectif excédaient déjà celui-ci avant l'attribution des lits et n'en ont donc pas obtenu de nouveaux.

Recommandation

Pour aider à répondre en temps opportun aux besoins en lits de soins de longue durée, le ministère doit :

- **faire des études pour déterminer si son objectif de 100 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus est approprié;**
- **élaborer une stratégie afin de donner suite aux résultats des études.**

Réponse du ministère

Le ministère s'emploie actuellement à élaborer une stratégie à long terme pour les soins de longue durée. Cette stratégie tiendra compte de toute la gamme de services offerts aux personnes âgées et recommandera les mesures à prendre dans le cadre des programmes.

Plan de réaménagement des immobilisations

En mars 1999, le gouvernement a annoncé que le projet d'augmentation du nombre de lits de soins de longue durée serait accéléré et que les 20 000 nouveaux lits seraient disponibles en 2004, portant à quelque 77 000 le nombre total de lits de soins de longue durée. Le délai de rénovation des établissements non conformes aux normes restait fixé à 2006, tandis que le nombre de lits des établissements non conformes passait de 13 583 à 15 835.

La plupart des contrats pour la construction et l'exploitation de nouveaux établissements pour les 20 000 nouveaux lits faisaient suite à trois processus de sélection concurrentiels lancés en décembre 1998, en mars 1999 et en mai 2001. Les 20 000 nouveaux lits incluaient quelque 1 200 lits attribués à des exploitants dans les années 1980 mais pas encore créés. Les bureaux régionaux ont administré les processus de sélection de 1998 et 1999 en se fondant sur les procédures communes établies par le bureau principal du ministère. Le troisième processus de sélection a été entrepris par le bureau créé pour s'occuper du Projet de réaménagement des soins de longue durée (bureau du Projet de réaménagement).

Le bureau du Projet de réaménagement a été établi par le ministère en mai 2000 pour superviser son projet d'augmentation du nombre de lits, notamment :

- en déterminant et en suivant l'attribution des lits (y compris les lits attribués en 1998 et 1999);
- en examinant et en classant les propositions en 2001;
- en négociant les contrats de développement avec les candidats retenus;
- en examinant et en approuvant les plans de construction pour les nouveaux lits et les lits de remplacement;
- en donnant des conseils et en réglant les problèmes municipaux liés à la construction des nouveaux lits.

FINANCEMENT DES IMMOBILISATIONS

Le ministère finance la construction d'établissements pour les 20 000 nouveaux lits et la rénovation d'établissements contenant 15 835 lits en fournissant un tarif quotidien pouvant aller jusqu'à 10,35 \$ par lit. Ces paiements, qui durent 20 ans et commencent le

jour où le lit est prêt à être utilisé, s'élèveront à environ 75 000 \$ par lit nouveau ou rénové. Sur une période de 20 ans, les coûts des immobilisations pour le ministère pourront atteindre 1,5 milliard de dollars pour les nouveaux lits et 1,2 milliard pour les lits rénovés.

En janvier 2001, le ministère a révisé sa politique concernant les recettes liées aux chambres à supplément. Auparavant, les établissements partageaient ces recettes (c'est-à-dire les sommes additionnelles demandées pour des chambres à un ou à deux lits) à parts égales avec la province. Il serait désormais permis à tous les exploitants, y compris ceux dont les établissements n'étaient pas rénovés, de garder pour eux-mêmes la totalité des recettes liées aux chambres à un ou à deux lits. Selon la documentation du ministère, ces fonds viennent compléter les 10,35 \$ fournis aux établissements à l'appui des coûts de construction. Les établissements de soins de longue durée bénéficieront ainsi d'au moins 50 millions de dollars additionnels par année.

Nous avons noté que le ministère n'avait pas chargé le bureau du Projet de réaménagement ou les bureaux régionaux d'obtenir des rapports sur les dépenses réelles des établissements exploités depuis plus d'un an afin de s'assurer que les fonds quotidiens affectés à la construction étaient basés sur les coûts réels. En février 2002, le ministère a attribué cette responsabilité aux bureaux régionaux. Il reste qu'à ce moment-là un des établissements accusait déjà plus de deux ans de retard dans la présentation de son rapport.

Recommandation

Le ministère doit s'assurer que les tarifs quotidiens versés aux établissements de soins de longue durée pour l'aménagement d'installations sont conformes aux coûts de construction réellement engagés.

Réponse du ministère

Conformément à la politique du ministère relative au financement des coûts de construction des établissements de soins de longue durée et aux ententes de développement, les exploitants sont tenus de présenter des états vérifiés des coûts d'immobilisations définitifs. Le ministère a élaboré des lignes directrices uniformisant l'examen et l'approbation de ces états et veillera à ce qu'elles soient appliquées de manière appropriée.

ATTRIBUTION DE NOUVEAUX LITS

Dans sa présentation au Conseil de gestion du gouvernement, le ministère a déclaré que les 20 000 nouveaux lits seraient attribués dans le cadre d'un appel d'offres de la plus grande qualité. Au moment de notre vérification, les nouveaux lits avaient été attribués comme l'indique le tableau suivant.

**Lits attribués par processus de sélection concurrentiel,
1998–2001**

Année d'attribution	Nombre de lits attribués	% du nombre total de lits attribués
1998	6 157	34
1999	5 347	29
2001	6 682*	37
Total	18 186	100

* Comprend 1 065 lits retournés par des candidats retenus, puis réattribués à d'autres candidats, ainsi que 704 lits attribués par la voie de processus concurrentiels subséquents pour répondre aux besoins des régions mal desservies.

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

Selon le processus de 1998, les lits devaient être attribués aux candidats ayant obtenu les meilleures notes, compte tenu des décisions stratégiques du ministère en ce qui concerne la distribution géographique appropriée des établissements de soins de longue durée dans chaque zone de service de l'Ontario. Le ministère pouvait aussi exiger des candidats retenus qu'ils créent des lits ailleurs qu'à l'endroit proposé mais dans la même zone de service. Nous avons examiné les lits attribués en 1998 et constaté qu'en général, l'attribution était conforme aux critères de sélection indiqués. Cependant, le ministère a été incapable de repérer la documentation à l'appui dans tous les cas d'exception.

Selon le processus de 1999, en plus d'utiliser les mêmes critères de sélection qu'en 1998, le ministère se réservait le droit de refuser des lits en cas de concentration inacceptable des propriétaires de lits de soins de longue durée dans la province ou si des candidats ayant présenté au moins quatre propositions retenues étaient incapables de démontrer la capacité financière et organisationnelle de développer un si grand nombre de sites. D'après notre examen de la documentation disponible, les candidats ont été choisis conformément au processus de sélection indiqué. Dans tous les cas où le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de points n'a pas été choisi, plusieurs candidats donnaient l'impression de ne pas posséder la capacité organisationnelle ou financière requise pour créer tous les lits qui auraient pu leur être attribués. Des experts-conseils de l'extérieur ont été engagés par le ministère pour analyser les candidatures et fournir conseils et recommandations au ministère.

Un nouveau processus d'évaluation a été utilisé en 2001 et le bureau du Projet de réaménagement a fait évaluer les propositions par des experts-conseils de l'extérieur. La sélection des candidats n'était pas basée sur le nombre de points obtenus. Les scores ont plutôt servi à répartir les candidats de chaque zone de service en trois catégories. La première catégorie incluait les candidats classés en tête de liste. Comme on pouvait s'y attendre, pratiquement tous les candidats de la première catégorie se sont vu attribuer des lits. La deuxième catégorie comprenait tous les autres candidats ayant obtenu plus de

65 %. Les candidats de cette catégorie étaient considérés comme équivalents par la qualité et les mérites de leurs propositions. La préférence était accordée aux candidats ajoutant de nouveaux lits à des établissements non conformes sur le plan structurel et à ceux qui proposaient de créer des lits dans des lieux privilégiés à l'intérieur des zones de service. Comme en 1999, le ministère se réservait le droit de prendre en compte la capacité financière et organisationnelle des candidats ayant présenté plusieurs propositions retenues. La troisième catégorie regroupait les candidats ayant obtenu moins de 65 % et donc inadmissibles à la sélection.

Selon le ministère, quelque 900 nouveaux lits ont été attribués en dehors des processus établis pour :

- se conformer aux recommandations concernant les hôpitaux formulées par la Commission de restructuration des services de santé;
- améliorer la viabilité économique des candidats retenus par suite d'appels d'offres antérieurs qui demandaient des lits additionnels.

Après 2001, des processus de sélection concurrentiels ont été instaurés dans trois zones de service afin d'attribuer des lits retournés ou non attribués à cause d'un manque d'intérêt en 2001. Alors que, dans le cadre des trois autres processus, les propositions avaient été cotées et classées par ordre de mérite, on a évalué les propositions pour deux des zones de service en comparant leurs aspects positifs et négatifs. Le processus d'attribution pour l'autre zone de service était encore en cours à la fin de nos travaux de vérification dans cette zone.

Recommandation

Pour démontrer que l'attribution des nouveaux lits de soins de longue durée est basée sur un processus équitable et ouvert qui est appliqué de manière uniforme et objective, le ministère doit s'assurer que toutes ses décisions sont justifiées par une documentation appropriée.

Réponse du ministère

Le ministère fera de son mieux pour s'assurer que toutes ses décisions sont étayées par une documentation appropriée.

Conformité structurelle

Dans notre Rapport annuel 1995, nous notions que 68 maisons de soins infirmiers contenant quelque 7 000 lits laissaient tant à désirer qu'elles devaient subir des rénovations majeures ou être entièrement reconstruites pour satisfaire aux normes structurelles et environnementales minimales en vigueur. Le ministère répond au besoin de moderniser certains établissements par le biais du Projet de réaménagement des soins

de longue durée, qui prévoit des fonds pour la rénovation d'établissements non conformes contenant 15 835 lits.

En 1995, nous avons noté qu'il n'y avait pas de normes de réglementation comparables concernant les foyers pour personnes âgées et que le ministère n'avait pas déterminé si ces établissements étaient adéquats sur les plans structurel et environnemental. Nous avons recommandé au ministère d'établir un plan pour remplacer les établissements incapables de satisfaire aux exigences structurelles et environnementales et d'évaluer les foyers pour personnes âgées afin d'en cerner les lacunes structurelles et environnementales.

En avril 1998, le ministère a instauré de nouvelles normes applicables à tous les établissements de soins de longue durée. Le personnel du ministère a classé les établissements dans quatre catégories :

- les établissements de catégorie A qui étaient conformes aux normes de conception de 1998;
- les établissements de catégorie B et C qui étaient conformes aux normes de 1972 mais pas à celles de 1998;
- les établissements de catégorie D qui n'étaient conformes ni aux normes de 1972 ni à celles de 1998.

Ces classifications étaient principalement basées sur l'examen des plans de construction versés aux dossiers du ministère et sur les résultats des évaluations de conformité structurelle des maisons de soins infirmiers réalisées en 1984-1985. Cependant, le personnel du ministère n'avait pas de plans de construction pour les foyers municipaux et de bienfaisance. Les établissements pouvaient interjeter appel de leur classification. Le personnel du ministère réévaluait alors ces établissements selon un modèle normalisé, ce qui a entraîné un changement de classification pour un certain nombre d'établissements.

À la demande de l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, le ministère a engagé un expert-conseil pour qu'il aille inspecter sur place les quelque 320 établissements qui n'ont pas interjeté appel de leur classification. Bien que l'expert-conseil ait recommandé un changement de classification pour 32 établissements, le ministère a modifié la classification de seulement trois établissements. Les 29 autres incluaient 10 établissements contenant 1 515 lits qui, d'après l'expert-conseil, auraient dû être classés dans la catégorie D plutôt que dans la catégorie C et qui auraient donc dû être rénovés. Les rénovations de ce genre sont généralement financées par le ministère.

À la fin de 2001, seulement 42 % des exploitants d'établissements de catégorie D avaient accepté de reconstruire leurs établissements pour qu'ils soient conformes aux normes de conception de 1998. Ces exploitants seraient admissibles à une prime quotidienne de 10,35 \$ par lit pendant 20 ans. En décembre 2001, le ministère a instauré un nouveau programme afin d'encourager les exploitants d'établissements de catégorie D à entreprendre des rénovations. Les exploitants d'établissements de catégorie D pouvaient également :

- réaménager l'établissement pour qu'il soit conforme aux critères de conception de base de 1998, en faisant preuve de souplesse afin de réduire les coûts et de mieux utiliser les sites et les structures existantes. Selon les écarts par rapport aux normes de conception de 1998, les exploitants seraient admissibles à une prime quotidienne variant entre 7 \$ et 10,35 \$ par lit pendant 20 ans;
- réaménager l'établissement pour qu'il soit conforme à tous les critères de classification structurelle de la catégorie C ou dépenser au moins 3 500 \$ par lit. L'exploitant aurait alors droit à une prime de conformité structurelle de 1 \$ par lit et par jour.

Ces exploitants seraient aussi admissibles à un soutien financier additionnel au titre des coûts inévitables propres aux projets de réaménagement, comme les coûts opérationnels, de location et d'entreposage temporaires et les coûts d'exploitation fixes. L'admissibilité serait évaluée au cas par cas. Au moment de notre vérification, le ministère avait reçu de tous les exploitants d'établissements de catégorie D des engagements à reconstruire, à réaménager ou à moderniser leurs établissements.

Les exploitants des établissements de catégorie A, B et C reçoivent une prime quotidienne de conformité structurelle, qui est censée compenser les améliorations structurelles antérieures. Des montants plus élevés sont versés aux établissements qui se rapprochent davantage des normes de conception de 1998 et qui n'ont pas reçu de subventions de la province pour construire leurs établissements.

Primes quotidiennes de conformité structurelle, 2002

Classification de l'établissement	Prime pour maisons de soins infirmiers (\$)	Prime pour foyers municipaux et de bienfaisance (\$)	Prime pour installation de catégorie D améliorée (\$)
A	5,00	1,50	s. o.
B*	2,50	1,25	s. o.
C*	1,00	0,50	1,00

* Conformément à la politique du ministère, les établissements de catégorie B et C ne sont pas admissibles aux fonds de réaménagement et ne peuvent pas améliorer leur classification afin de recevoir une prime plus élevée, même s'ils payent eux-mêmes leurs rénovations.

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

En ce qui concerne les primes de conformité structurelle, nous avons noté ce qui suit :

- La province ayant financé 50 % des coûts de construction originaux des foyers municipaux et de bienfaisance, les primes quotidiennes pour ces établissements semblent avoir été réduites de 50 %. Cependant, les primes n'ont pas été réduites pour les maisons de soins infirmiers qui, avant 1996, ont été partiellement dédommagées des coûts de construction par la province, par le biais du service de la dette et des primes de conformité.

- Le personnel du ministère ne pouvait pas expliquer l'iniquité apparente de la politique selon laquelle les foyers municipaux et de bienfaisance de catégorie A ne reçoivent que 30 % des primes versées aux maisons de soins infirmiers, contre 50 % pour les établissements de catégorie B et C.
- Tous les établissements de catégorie D reclassés dans la catégorie C après des travaux de rénovation avaient droit à la prime de 1 \$, mais la majorité des établissements de catégorie D, étant des foyers municipaux ou de bienfaisance, ne pouvaient toucher qu'une prime de 0,50 \$. Le ministère ne pouvait pas justifier cette différence.

Recommandation

Pour que les fonds versés au titre de la conformité structurelle soient équitables et pour encourager les établissements à se conformer aux nouvelles normes de conception, le ministère doit :

- **s'assurer que tous les établissements sont classés de façon appropriée;**
- **examiner les primes de conformité structurelle pour s'assurer qu'elles sont équitables et qu'elles atteignent leur but;**
- **envisager des mesures afin d'encourager les exploitants à rénover leurs établissements et à passer ainsi à une catégorie supérieure.**

Réponse du ministère

Le ministère est en train d'élaborer des politiques sur la gestion des biens et le renouvellement des établissements. Ces politiques tiendront compte des recommandations du vérificateur provincial.

MESURES DU RENDEMENT

Selon le procès-verbal de la réunion du 17 mai 2000 du Conseil de gestion du gouvernement, le ministère doit établir des mesures des résultats et prendre des engagements acceptables afin de mieux refléter ses principales activités et programmes et sa contribution aux résultats des activités de base. En 2000-2001, la seule mesure du rendement pour les établissements de soins de longue durée dans le Plan d'activités du ministère était d'accroître le nombre de lits de soins de longue durée.

Le Plan d'activités 2001-2002 stipulait que l'objectif de la Division des programmes intégrés de soins de santé était de « prévoir les besoins changeants de la population de l'Ontario, et mettre en place les services et la technologie appropriés dont les Ontariennes et les Ontariens auront besoin, pendant toute leur vie, près de chez eux et dans la collectivité de leur choix » et incluait les mesures du rendement suivantes :

Pensionnaires d'établissements de soins de longue durée qui reçoivent des soins, des programmes et des services de qualité dans un milieu sûr, de type familial, conformément aux lois, règlements, normes et politiques provinciales, comme l'indiquent :

- les résultats des inspections de conformité annuelles – 100 % des établissements sont inspectés une fois par an;
- le réaménagement des lits non conformes (lits de catégorie « D ») pour qu'ils satisfassent ou dépassent les normes actuelles.

Or, le Plan d'activités ne prévoyait ni engagements ni mesures permettant de déterminer si les services fournis étaient appropriés, comme la qualité des soins prodigués aux pensionnaires, ou si les programmes offerts par les établissements répondaient aux besoins des pensionnaires.

Des cadres supérieurs du ministère ont dit reconnaître des lacunes dans leur évaluation de l'efficience et de l'efficacité des programmes et envisagent la mise en œuvre du Resident Assessment Instrument (RAI) (instrument d'évaluation des pensionnaires). Toutes les maisons de soins infirmiers parrainées par le gouvernement américain utilisent actuellement le RAI comme instrument de mesure détaillé uniformisé pour tous les pensionnaires bénéficiaires de soins de longue durée, afin de répondre aux préoccupations relatives aux niveaux de soins essentiels. Le RAI se compose d'un ensemble minimal de données (Minimum Data Set ou MDS) et d'une série de protocoles d'évaluation des pensionnaires expliquant comment utiliser les données MDS pour planifier les soins. Des indicateurs de qualité tirés du RAI peuvent aider à cerner les problèmes possibles pour étude plus approfondie et enquête, en plus de permettre aux utilisateurs de comparer les soins fournis par les différents établissements. Ces indicateurs aident à repérer les conditions inappropriées. Le personnel du ministère nous a informés que son système de classification des niveaux de soins recueillait une soixantaine d'éléments d'information sur chaque pensionnaire. Le MDS porterait ce total à plus de 400. D'après le personnel du ministère, les informations recueillies par le MDS pourraient servir à établir des repères et à déceler les améliorations sur le plan de la qualité.

En octobre 2000, un comité d'examen établi par le ministère a recommandé à celui-ci de piloter la mise en œuvre du RAI dans 40 établissements et de procéder à une évaluation avant la mise en œuvre intégrale. Il a également recommandé au ministère d'élaborer une méthode de financement basée sur le MDS et de mettre au point un outil d'évaluation commun en partenariat avec le secteur des soins à domicile. Toutefois, au moment de notre vérification, rien n'avait été fait pour mettre en œuvre un projet pilote.

Recommandation

Pour améliorer la reddition des comptes au public et s'assurer que les établissements de soins de longue durée fournissent leurs services avec efficience et efficacité, le ministère doit :

- **établir des objectifs pour les programmes, des mesures du rendement et des repères et s'en servir pour évaluer le rendement;**

- prendre des mesures correctives au besoin;
- faire publiquement rapport du rendement obtenu.

Réponse du ministère

Des rapports annuels détaillés sur les examens de conformité des établissements de soins de longue durée sont affichés dans les établissements à la vue du public et mis à la disposition des intéressés.

Le ministère a l'intention de passer à un système qui :

- ***recueille des données et organise l'information afin d'élaborer des plans de soins individualisés pour les pensionnaires (cela permettra aux infirmières et infirmiers de consacrer moins de temps aux procédures documentaires et plus de temps à la prestation des soins);***
- ***utilise les données pour mettre au point des indicateurs de qualité pondérés en fonction des risques (les indicateurs de qualité permettront d'établir des repères pour les établissements);***
- ***compare les établissements à l'aide des données repères. Le ministère prendra des mesures correctives au besoin.***

Une fois le nouveau système pleinement opérationnel, le ministère divulguera le plus d'information possible sur les indicateurs comparatifs.