

Processus de placement en foyer de soins de longue durée

Contexte

Les foyers de soins de longue durée (foyers de SLD) offrent des soins, des services et un hébergement aux personnes qui ont besoin d'un accès à des soins infirmiers 24 heures sur 24, d'une surveillance en milieu encadré ou d'une aide fréquente pour vaquer à leurs activités quotidiennes, comme s'habiller et se laver. Les foyers de SLD sont parfois appelés maisons de soins infirmiers ou foyers pour personnes âgées. Il peut s'agir d'organismes à but lucratif, sans but lucratif ou administrés par une municipalité et il y a souvent des listes d'attente pour leurs lits.

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (la Loi) est entrée en vigueur sur finalisation des règlements connexes en juillet 2010. Cette loi remplaçait la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, la *Loi sur les établissements de bienfaisance* et la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*. Elle régit le processus de placement en foyer de SLD et autorise les 14 centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de la province à gérer ce processus (voir la carte des CASC à la Figure 1). Ce sont les CASC qui déterminent l'admissibilité aux foyers de SLD, classent les personnes inscrites sur les listes d'attente par ordre de priorité et prennent les dispositions de placement lorsqu'un lit devient disponible. En 2011-2012, les CASC ont placé plus

de 25 000 personnes dans les 640 foyers de SLD de l'Ontario, qui comptent un total de 76 000 lits de soins de longue durée occupés à plus de 97 %. Environ 85 % des personnes placées avaient 75 ans ou plus.

Chaque CASC relève d'un des 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). En 2011-2012, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a affecté 2,1 milliards de dollars aux CASC par l'entremise des Réseaux locaux d'intégration des soins de santé (RLISS). Ces fonds couvraient les services de placement en foyer de SLD et les autres activités des CASC, dont la prestation de soins à domicile et de services de soutien communautaire. Il n'y avait pas d'information disponible sur le coût des services de placement en foyer de SLD à eux seuls. Les RLISS doivent rendre compte au Ministère, lequel doit s'assurer que les CASC se conforment aux dispositions de la Loi concernant le placement en foyer de SLD.

Objectif et portée de la vérification

L'objectif de notre vérification était de déterminer l'efficacité des processus mis en place dans des CASC choisis pour placer des personnes en foyer

Figure 1 : Carte des centres d'accès aux soins communautaires

Source des données : Association des Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario

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



de SLD de manière uniforme et en temps opportun, en fonction de leurs besoins et conformément aux exigences du Ministère et de la Loi.

Nous avons effectué nos travaux de vérification dans trois centres d'accès aux soins communautaires de différentes tailles : le CASC du Centre-Est (qui est responsable de 9 700 lits de SLD et dont le bureau principal se trouve à Whitby); le CASC du Nord-Est (qui est responsable de 5 000 lits de SLD et dont le bureau principal se trouve à Sudbury); et le CASC de Waterloo Wellington (qui est responsable de 3 800 lits de SLD et dont le bureau principal se trouve à Kitchener). La haute direction du Ministère et des CASC a examiné et généralement accepté notre objectif de vérification ainsi que les critères de vérification connexes.

Notre vérification comprenait un examen et une analyse des politiques et procédures administratives et des dossiers pertinents du Ministère, ainsi que des entrevues avec le personnel concerné des CASC et du Ministère. Nous avons également examiné les rapports de recherche pertinents, dont ceux sur les pratiques exemplaires liées au processus de placement en foyer de SLD dans d'autres administrations. Nous avons sollicité les points de

vue de l'Association des Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, qui représente les 14 CASC; de l'Ontario Long Term Care Association et de l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors qui, ensemble, représentent la majorité des foyers de SLD de la province; et de l'Advocacy Centre for the Elderly, qui représente les personnes âgées à faible revenu. Nous avons également utilisé des techniques informatisées d'extraction de données pour analyser l'information tirée de la Base de données sur le profil des clients du Ministère, qui contient les renseignements reçus des CASC sur le placement en foyer de SLD.

Nous n'avons pas compté sur les rapports de l'équipe de vérification interne du Ministère, car celle-ci n'avait pas examiné les processus de placement en foyer de SLD des CASC.

Résumé

Depuis 2005, le nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés de 75 ans ou plus a augmenté de plus de 20 %, ce qui est sans doute une des principales

raisons pour lesquelles le temps d'attente médian pour l'admission en foyer de SLD a presque triplé — passant de 36 jours en 2004-2005 à 98 jours en 2011-2012. Les temps d'attente ont un peu diminué depuis l'entrée en vigueur, en juillet 2010, des critères d'admissibilité plus rigoureux prévus dans la *Loi sur les foyers de soins de longue durée*; il reste que le nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés de 75 ou plus devrait croître de près de 30 % entre 2012 et 2021, ce qui alourdira les pressions sur les services aux personnes nécessitant des soins de longue durée. En outre, à compter de 2021, la première vague de baby-boomers — nés entre 1946 et 1964 — atteindra l'âge de 75 ans, ce qui devrait accroître encore plus la demande de soins de longue durée.

Les CASC sont responsables du processus de placement en foyer de SLD, mais de nombreux facteurs échappant à leur contrôle ont aussi un impact sur les temps d'attente de placement. Ces facteurs comprennent notamment le fait que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) est responsable du nombre de lits de SLD disponibles; que les personnes peuvent choisir le foyer de SLD où elles seront placées; et que les foyers de SLD peuvent rejeter une demande s'ils estiment ne pas posséder l'expertise en soins infirmiers ou les installations requises pour répondre aux besoins en soins de santé de la personne qui présente la demande.

Malgré de multiples études démontrant qu'une période d'hospitalisation plus longue que nécessaire sur le plan médical est préjudiciable à la santé du patient, de nombreuses personnes doivent attendre à l'hôpital qu'un lit se libère dans un foyer de SLD. Or, dans bien des cas, les lits d'hôpitaux occupés par ces personnes pourraient accueillir d'autres patients nécessitant des soins de santé plus complexes. Par ailleurs, les clients qui attendent dans un lit d'hôpital coûtent plus cher au système que ceux qui attendent dans la collectivité. Cette situation est exacerbée par le fait que les patients peuvent attendre à l'hôpital qu'un lit se libère dans le foyer de SLD de leur choix, même si ce foyer a une longue liste d'attente. Nous avons remarqué qu'en 2011-2012, 19 % des clients attendant

à l'hôpital avaient présenté une seule demande d'admission à un foyer de SLD. Nos recherches indiquaient que, pour réduire le temps d'attente à l'hôpital, d'autres provinces appliquent des politiques plus strictes : cinq provinces exigent des patients qu'ils acceptent le premier lit vacant dans n'importe quel foyer de SLD; et deux autres les obligent à aller dans n'importe quel foyer ayant un lit disponible qui est situé dans un rayon de 60 ou 100 kilomètres respectivement de leur résidence.

Étant donné le vieillissement de la population, il est essentiel de trouver des solutions de rechange aux soins de longue durée et de mettre en place des processus plus efficaces de placement en foyer de SLD de manière uniforme et en temps opportun. Reconnaissant cette réalité, le Ministère appuie un certain nombre d'initiatives visant à réduire ou à retarder la nécessité de fournir des soins de longue durée et à améliorer le processus de placement en foyer de SLD. Par exemple, tous les CASC utilisent un processus normalisé à l'échelle provinciale pour déterminer l'admissibilité des clients et envisager des solutions de rechange aux soins de longue durée. Ce processus aide également à déterminer le degré de priorité de chaque client sur la liste d'attente. Il reste toutefois du travail à faire pour assurer une priorisation uniforme des cas critiques.

Les trois CASC que nous avons visités faisaient une bonne gestion de certains volets de leur processus de placement en foyer de SLD mais ils avaient tous des points à améliorer. Cependant, toute amélioration de ces points n'aurait probablement pas d'effet notable sur les temps d'attente pour l'admission en foyer de SLD. Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- D'après l'organisme provincial Qualité des services de santé Ontario, près de 20 % des clients des CASC soignés à domicile qui ont ensuite été placés dans des foyers de SLD auraient pu rester dans la collectivité et, selon les résultats d'une étude commandée par le Ministère, 37 % des clients hospitalisés en attente d'un lit dans un foyer de SLD avaient des besoins qui n'étaient pas plus urgents ni

plus complexes que ceux des personnes soignées dans un foyer.

- Les personnes admissibles à un foyer de SLD n'ont pas toutes besoin de tels soins; par exemple, tous les anciens combattants et tous les conjoints et conjointes des résidents actuels sont admissibles quels que soient leurs besoins en soins de santé.
- En 2011-2012, tous les CASC de la province ont procédé à un total d'environ 36 000 réévaluations formelles de clients, qui doivent être effectuées tous les six mois et dans les trois mois suivant le placement en foyer de SLD. Or, au lieu de faire automatiquement une évaluation formelle tous les six mois, il serait plus rapide et plus économique pour les CASC de prendre brièvement contact avec les clients et leurs familles afin de déterminer s'il y a eu suffisamment de changement dans l'état du client pour justifier une réévaluation.
- Selon les données de mars 2012 sur les listes d'attente pour l'admission en foyer de SLD, la période d'attente médiane à cette date était de 94 jours pour les clients en situation de crise, de 10 à 14 mois pour les clients aux besoins modérés et de plusieurs années pour la plupart des autres clients admissibles. Par ailleurs, en 2011-2012, 15 % des clients étaient décédés avant d'être admis dans un foyer de SLD.
- Trente-six pour cent (36 %) des clients ont été placés dans leur premier choix de foyer; les autres acceptaient généralement le foyer offert mais ils restaient sur la liste d'attente pour leur(s) foyer(s) préféré(s). En fait, en mars 2012, 40 % des personnes inscrites sur la liste d'attente résidaient déjà dans des foyers de SLD. Au moins la moitié des personnes admises dans plus de 70 foyers de SLD en 2011-2012 étaient des clients en situation de crise, qui sont généralement admis en priorité au foyer de leur choix. Il peut donc être difficile pour les clients qui ne sont pas en situation de crise d'être admis dans les foyers plus nouveaux ou plus populaires.

- Les CASC visités ne faisaient pas un examen périodique des décisions de placement des clients pour s'assurer que le lit disponible est offert à la personne qui a la plus haute priorité et qui satisfait aux critères applicables. Les systèmes des CASC ne conservent pas non plus les données sur les listes d'attente qui permettraient d'examiner les décisions après coup.
- Les demandeurs qui vivent dans certaines parties de la province sont admis plus rapidement dans des foyers de SLD. Dans un CASC, 90 % des clients ont été placés dans un délai de 317 jours tandis que, dans un autre, il a fallu environ 1 100 jours pour placer le même pourcentage de clients.
- Même si les foyers de SLD peuvent classer jusqu'à 60 % de leurs lits dans la catégorie « hébergement avec services privilégiés » (chambre individuelle ou à deux lits), seulement 40 % des clients demandent ces lits plus coûteux. Ainsi, quels que soient leurs besoins, les clients qui ont les moyens de payer un hébergement avec services privilégiés ont tendance à être placés plus rapidement que les autres clients.
- Alors que des renseignements sur les temps d'attente pour l'admission en foyer de SLD par niveau de priorité ou type d'hébergement (chambre individuelle, chambre à deux lits ou chambre de base) aideraient les clients à choisir les foyers auxquels présenter des demandes, seulement un des CASC visités rendait publics certains de ces renseignements.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) apprécie les conseils formulés dans cette vérification de l'optimisation des ressources. Le vérificateur reconnaît que le nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés de 75 ans ou plus a augmenté de 20 % depuis 2005, ce qui a eu un effet sur les temps d'attente pour l'admission en foyer de soins de longue durée (SLD).

Proclamée en vigueur en juillet 2010, la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* reconnaît que l'accès devrait être fondé sur l'évaluation des besoins et que les foyers de SLD devraient être des lieux où les résidents peuvent vivre avec dignité et dans la sécurité et le confort. Comme le Ministère est heureux de le constater, le vérificateur reconnaît que les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), qui sont les coordonnateurs désignés du processus de placement en foyer de SLD, assurent une bonne gestion de différents aspects de ce processus.

Le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé reflète l'engagement du gouvernement à améliorer les soins aux patients et à s'assurer que les patients reçoivent un accès en temps opportun aux soins les plus appropriés à l'endroit le plus approprié. Il s'agit de veiller à ce que le système offre la plus grande valeur aux patients et que les personnes âgées reçoivent les soins dont elles ont besoin le plus près possible de chez eux.

Le Ministère s'est engagé à aider les personnes âgées à demeurer dans leur collectivité. Par exemple :

- Annoncée en août 2007, la stratégie Vieillir chez soi du gouvernement de l'Ontario a investi près de 1,1 milliard de dollars sur quatre ans dans la prestation de services communautaires intégrés et continus pour que les personnes âgées puissent rester en santé et vivre de façon indépendante dans leur propre logement.
- Des fonds additionnels ont été investis dans les CASC afin d'appuyer la transition des patients de l'hôpital au foyer ou en milieu communautaire.
- La politique Services d'assistance pour les personnes âgées à risque élevé a été introduite en janvier 2011 afin de répondre aux besoins des personnes âgées à risque élevé qui habitent chez elles et qui ont besoin de

services de soutien à la personne et d'aide familiale 24 heures sur 24 et d'éviter leur admission prématurée dans un foyer de SLD.

Le Ministère travaille au lancement d'une stratégie visant à aider les personnes âgées à demeurer en santé et à rester chez elles plus longtemps, réduisant les pressions sur les hôpitaux et les foyers de SLD. Il continuera de travailler avec les Réseaux locaux d'intégration des soins de santé, les CASC et le secteur des foyers de SLD afin de trouver des moyens d'améliorer le processus de placement en foyer de SLD.

Constatations détaillées de la vérification

VUE D'ENSEMBLE DU PROCESSUS DE PLACEMENT

En général, le placement d'un client dans un foyer de SLD comporte les étapes suivantes : le CASC procède à une évaluation formelle afin de déterminer l'admissibilité et le niveau de priorité du client; le client présente une demande d'admission dans un ou plusieurs foyers de SLD; s'il n'y a pas de lit disponible, le foyer de SLD inscrit le client sur une liste d'attente; le lit est offert au client en tête de liste. Ces étapes clés sont illustrées à la Figure 2.

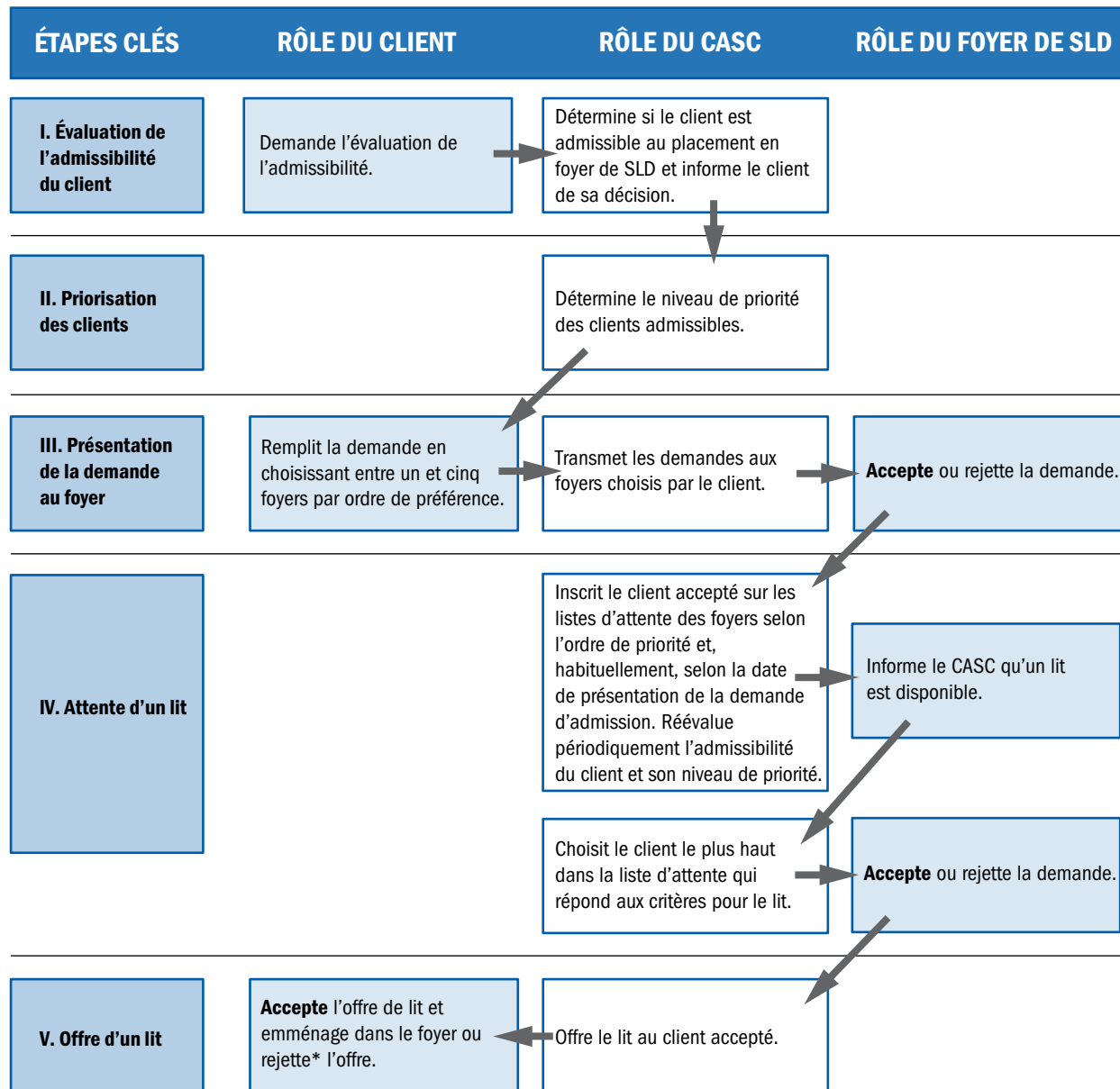
INITIATIVES

Le Ministère a appuyé un certain nombre d'initiatives afin d'aider à assurer l'uniformité, l'équité et la plus grande réactivité possible du processus de placement :

- Entre 2007 et 2012, le programme Vieillir chez soi a aidé des personnes âgées à rester chez elles plus longtemps en leur prodiguant des soins à domicile, retardant ou réduisant ainsi la nécessité d'un hébergement en foyer de SLD. Cette initiative a pris fin, mais le

Figure 2 : Principales étapes du placement en foyer de soins de longue durée

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario



* Les clients qui rejettent une offre de lit sont généralement éliminés de toutes les listes d'attente des foyers de SLD, mais ils peuvent présenter une nouvelle demande après 12 semaines. Les clients hospitalisés qui rejettent une offre de lit restent inscrits sur les listes d'attente des foyers de SLD, mais les hôpitaux peuvent leur facturer des frais qu'ils auront fixés eux-mêmes pour leur permettre de continuer d'attendre à l'hôpital qu'un lit se libère dans un foyer de SLD.

Ministère a indiqué que les RLISS continuaient de mettre en œuvre des programmes et services communautaires de soutien aux personnes âgées, dont des programmes et services conçus pour atténuer les pressions sur les hôpitaux et les foyers de SLD en aidant à trouver l'environnement approprié de soins de santé pour les clients.

- En 2008, les RLISS ont introduit l'approche Attendre chez soi afin d'offrir, en collaboration avec les CASC, des services d'aide familiale et de soutien à la personne aux clients qui nécessitaient des soins à domicile en dehors des heures régulières. Cela permettait aux clients d'attendre chez eux plutôt qu'à l'hôpital qu'un lit se libère dans un foyer de SLD.

- Entrée en vigueur en juillet 2010, la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* introduisait notamment des critères d'admissibilité plus stricts pour le placement en foyer de SLD. Par exemple, elle ne permettait plus un accès fondé uniquement sur le préjudice financier, émotionnel ou physique que la personne risque de subir en demeurant dans sa résidence actuelle. Elle faisait également passer de 3 à 5 le nombre de foyers de SLD auxquels la personne peut présenter une demande d'admission et ramenait de 6 mois à 12 semaines la période d'attente pour présenter une nouvelle demande lorsque le client refuse un lit dans un foyer de SLD auquel il a présenté une demande.
- On continue d'améliorer l'instrument Resident Assessment Instrument for Home Care (RAI-HC), qui est normalisé à l'échelle de la province et utilisé pour uniformiser la détermination de l'admissibilité d'un client aux soins de longue durée et l'établissement de l'ordre de priorité en fonction du degré d'urgence.
- La mise à l'essai des systèmes d'harmonisation des ressources et d'aiguillage (Resource Matching and Referral), qui aident à diriger les patients hospitalisés vers le premier lit approprié disponible dans un foyer de SLD, devrait accélérer le processus de placement. Au moment de notre vérification, deux RLISS testaient leurs propres systèmes de concert avec les CASC associés; les autres RLISS devaient mettre des systèmes semblables à l'essai en 2013-2014.
- Six CASC ont implanté un système de gestion des documents appuyé par l'Association des Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, et l'Association a indiqué que les autres CASC leur emboîteraient le pas. Ce système permet aux CASC et aux foyers de SLD d'envoyer et de recevoir des données sur l'état de santé et le placement des clients par voie électronique.

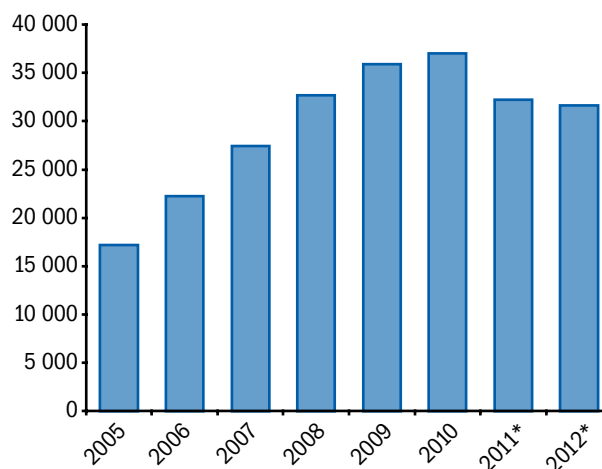
- Les 10 prochaines années verront la rénovation de vieux foyers de SLD abritant un total de 35 000 lits. Le Ministère a indiqué que les rénovations offriront des conditions de vie plus modernes et plus confortables ainsi qu'un accès amélioré, notamment pour les fauteuils roulants, et feront donc de ces foyers une option viable pour beaucoup plus de clients.
- Le Ministère a mis en service un numéro de téléphone sans frais, la Ligne ACTION des Soins de longue durée, pour que les Ontariennes et Ontariens puissent informer le Ministère de leurs préoccupations et de leurs plaintes au sujet des foyers de SLD et du processus de placement.

GESTION DES LISTES D'ATTENTE

Comme le montre la Figure 3, le nombre d'Ontariennes et d'Ontariens qui attendent un lit dans un foyer de SLD a augmenté de près de 85 % entre mars 2005 et mars 2012, tandis que le nombre de lits de SLD a augmenté de seulement 3 %. Le nombre de personnes en attente a néanmoins diminué de près de 15 % entre mars 2010 et mars 2012.

Figure 3 : Personnes en attente d'un lit dans un foyer de soins de longue durée, 2005-2012

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



Note : Données au 31 mars de chaque année

* La réduction est principalement attribuable au resserrement des règles d'admissibilité au placement en foyer de SLD.

Cette baisse était principalement attribuable aux critères d'admissibilité plus stricts définis dans la nouvelle Loi.

Des 32 000 personnes inscrites sur la liste d'attente au 31 mars 2012, environ 19 000 (ou 60 %) attendaient d'être admises dans un foyer de SLD. Les 13 000 restantes (ou environ 40 %) résidaient déjà dans un foyer de SLD mais attendaient d'être placées dans un autre foyer de leur choix.

Comme les résidents ont tendance à être plus vieux et en moins bonne santé, ils vivent environ trois ans en moyenne en foyer de SLD. Ainsi, bien que le nombre puisse varier d'un foyer à l'autre, environ le tiers des 76 000 lits de SLD en Ontario se libèrent chaque année.

Détermination de l'admissibilité des clients

Pour être admise dans un foyer de SLD, une personne doit avoir au moins 18 ans et être couverte par l'Assurance-santé de l'Ontario. En général, elle doit aussi avoir besoin de soins infirmiers 24 heures sur 24, d'une surveillance dans un milieu encadré ou d'une aide fréquente dans leurs activités quotidiennes, comme s'habiller et se laver.

Temps d'attente précédant l'évaluation

Les candidats potentiellement admissibles sont portés à l'attention de CASC de différentes façons : la personne peut présenter une demande de soins de longue durée en son nom ou au nom de quelqu'un d'autre; le médecin d'une personne hospitalisée peut diriger celle-ci vers un CASC; ou le personnel d'un CASC peut aiguiller un client existant.

Si la personne n'est pas un client existant, le CASC effectue généralement une évaluation préliminaire dans les jours qui suivent afin de déterminer l'urgence d'une évaluation complète de l'admissibilité aux soins de longue durée. Si l'évaluation préliminaire indique une probabilité que le client ait besoin de soins à domicile pendant plus de 60 jours ou qu'il doive être admis dans un foyer

de SLD, la politique du Ministère exige du CASC qu'il effectue une évaluation de l'admissibilité dans les 14 jours qui suivent, sauf si le client demandant à être admis dans un foyer de SLD reçoit déjà des services du CASC. Pour aider à réduire le temps d'attente des patients hospitalisés, deux des CASC visités avaient établi des délais d'évaluation plus serrés — trois jours dans un cas et cinq jours dans l'autre — pour tous les patients, qu'ils reçoivent déjà des services d'un CASC ou pas.

Selon les données du Ministère pour l'exercice 2011-2012, à l'échelle de la province, les CASC ont évalué près de 80 % des demandeurs hospitalisés dans les 14 jours suivant la réception de la demande d'hébergement dans un foyer de SLD; dans le cas des demandeurs habitant chez eux, 60 % ont été évalués dans un délai de 14 jours et 90 %, dans un délai de 54 jours.

Examen des autres options

Pour permettre aux personnes de rester chez elles le plus longtemps possible, la Loi exige des CASC qu'ils examinent toutes les autres options communautaires avant de déterminer si un client est admissible à des soins de longue durée. Pour les personnes qui n'ont pas besoin de toute la gamme de services offerte dans les foyers de SLD, les autres options pourraient inclure un plus grand nombre de programmes de jour ou de soins de relève, ou des logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome — par exemple, les personnes pourraient habiter leur propre appartement dans un immeuble qui offre des soins sur place.

Dans presque tous les cas que nous avons examinés dans les CASC visités, au moins quelques options de rechange avaient été envisagées. Cependant, selon les résultats des sondages sur la satisfaction réalisés par ces CASC, entre 30 % et 44 % des clients estimaient ne pas avoir été informés de toutes les options disponibles (chacun des CASC a sondé un nombre relativement faible de clients placés en foyer de SLD). Un CASC a indiqué que de nombreux clients recevaient des soins à

domicile sur une période prolongée, et que des options de rechange avaient été examinées durant cette période.

Selon un rapport publié en 2012 par Qualité des services de santé Ontario, un organisme provincial qui surveille les soins de santé et qui en rend compte, près de 20 % des clients des CASC recevant des soins à domicile qui avaient été placés en foyer de SLD en 2010-2011 auraient pu rester chez eux ou être placés ailleurs dans la collectivité. Selon un rapport réalisé à la demande du Ministère en 2011, intitulé *Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : La question des autres niveaux de soins*, 37 % des clients hospitalisés en attente de placement dans un foyer de SLD ont des besoins en soins de santé qui ne sont pas plus urgents ni plus complexes que ceux des personnes soignées avec succès à la maison. Le rapport suggérait également que les foyers de SLD devraient axer une plus grande portion de leur capacité d'accueil sur des programmes de soins de rétablissement et de transition (qui favorisent, par exemple, le rétablissement de la vigueur, de l'endurance et du niveau de fonctionnement) qui pourraient aider les clients à sortir de l'hôpital plus rapidement et peut-être à retourner chez eux au lieu d'aller habiter dans un foyer de SLD. Or, ces programmes représentaient seulement environ 2 % de la capacité du réseau de foyers de SLD au moment du rapport.

Évaluation des besoins de la clientèle

Le personnel du CASC — généralement la personne qui gère le cas ou qui coordonne le placement — détermine l'admissibilité à l'hébergement en foyer de SLD à l'aide du Resident Assessment Instrument for Home Care (RAI-HC), un instrument normalisé à l'échelle de la province. Le RAI-HC évalue, entre autres, le niveau de fonctionnement du client, ses modèles de comportement et ses besoins en soins personnels. Il englobe une méthode d'attribution des niveaux de priorité (Method for Assigning Priority Levels ou MAPLe), qui aide à déterminer l'urgence des besoins en soins de longue durée du

client. Cette méthode permet d'attribuer une note fondée sur les résultats des évaluations.

Le client dont la note RAI-HC est de 7 ou moins n'est généralement pas considéré comme admissible à l'hébergement en foyer de SLD, tandis qu'un client dont la note est de 11 ou plus y est jugé admissible. Quant aux clients dont la note se situe entre 8 et 10, leur admissibilité est généralement déterminée en fonction de la note MAPLe et de l'estimation professionnelle, par le gestionnaire de cas, du fardeau pesant sur le fournisseur de soins concerné. Dans deux des trois CASC visités, un cadre supérieur devait examiner la décision si le client avait obtenu entre 8 et 10 points et, dans bien des cas, l'admissibilité se fondait en grande partie sur le fardeau du fournisseur de soins. Le troisième CASC n'avait pas mis en place de processus formel d'examen secondaire, mais il a indiqué qu'il était en train de le faire.

Dans le cadre du processus de détermination de l'admissibilité, la Loi exige qu'un médecin ou un membre du personnel infirmier autorisé remplisse le formulaire d'évaluation de l'état de santé. Ce formulaire de cinq pages couvre notamment l'état du client et les médicaments qu'il prend. Les trois CASC nous ont dit que ces évaluations n'ajoutaient pas beaucoup de valeur au processus de détermination de l'admissibilité, car elles n'étaient pas toujours remplies par le médecin du client et elles reproduisaient les renseignements recueillis au moyen de l'instrument RAI-HC. Le Ministère a fait remarquer que l'évaluation de l'état de santé était un examen secondaire effectué expressément pour vérifier l'exactitude de toute l'information sur le client. Nous avons été informés qu'en 2010, le comité de placement provincial (un groupe comprenant des représentants de chaque CASC et de l'Association des Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario) avait recommandé de mettre fin à ces évaluations. Or, celles-ci étaient encore requises au moment de notre vérification.

Selon l'information que nous avons reçue du Ministère, en 2011-2012, les CASC ont mené plus de 40 000 évaluations de l'admissibilité pour plus

de 36 000 personnes à l'échelle de la province. Certaines personnes ont été évaluées plus d'une fois, par exemple si elles choisissent une autre option de SLD. Les CASC ont déterminé que plus de 33 000 demandeurs étaient admissibles au placement dans un foyer de SLD. Dans les trois CASC visités, le pourcentage de demandeurs satisfaisant aux critères d'admissibilité pour le placement variait entre 88 % et 93 % en 2011-2012. Les demandeurs rejetés peuvent faire appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé, un tribunal quasi judiciaire indépendant établi par le Ministère. Les trois CASC nous ont informés que les appels étaient rares.

Détermination du niveau de priorité initial des clients

S'il n'y a pas de lit immédiatement disponible, le nom du client est ajouté à la liste d'attente du foyer de SLD, le rang dans la liste dépendant du niveau de priorité. La Loi stipule les niveaux de priorité et l'admissibilité pour chaque niveau. Ce sont les CASC qui déterminent le niveau de priorité des clients. Le Ministère et les CASC nous ont dit que les plus hauts niveaux de priorité étaient rarement utilisés — seulement 33 clients classés à ce niveau étaient inscrits sur la liste d'attente au 31 mars 2012. Ces niveaux de priorité comprennent une catégorie pour les anciens combattants (les lits qui leur sont réservés représentent moins de 1 % des lits de SLD), et une catégorie pour les clients qui doivent être réadmis dans un foyer de SLD après une mise en congé involontaire, par exemple après une période prolongée d'hospitalisation. La Figure 4 montre les niveaux de priorité plus courants.

Les niveaux de priorité ne se fondent pas exclusivement sur les besoins médicaux — par exemple, des lits de SLD financés par le gouvernement fédéral sont réservés aux anciens combattants, même si ceux-ci n'ont pas besoin de soins de santé ou ne seraient pas autrement admis dans un foyer de SLD. Ces lits pourraient donc ne pas être mis à la disposition des clients qui ont besoin de soins. De même,

aux niveaux de priorité 3B et 4B, les conjoints des résidents actuels qui désirent vivre dans le même foyer de SLD peuvent être admis même s'ils n'ont pas besoin de soins. Les clients de catégorie 2, quant à eux, doivent avoir besoin de soins, mais leur degré de priorité à l'intérieur du niveau 2 dépend de la date où leur conjoint ou partenaire a été admis au foyer, même si leurs besoins en soins de santé ne sont pas aussi grands. Ainsi, dans beaucoup de cas de ce genre, des clients aux besoins plus modestes peuvent être classés devant d'autres clients dont les besoins sont plus grands.

La personne dont l'état de santé se détériore peut être reclassée à un niveau plus élevé. Cependant, comme le client inscrit sur la liste d'attente 3A ou 4A conserve la date originale d'inscription sur la liste d'attente 3B ou 4B, il peut être classé devant d'autres clients 3A ou 4A ayant un niveau de priorité plus élevé qui attendent depuis plus longtemps.

Les trois CASC ont fait preuve de jugement pour identifier les clients en situation de crise, notamment en déterminant le fardeau du fournisseur de soins. Le poids accordé à ce fardeau pourrait favoriser un client par rapport à un autre dont les besoins sont plus urgents et dont les fournisseurs de soins supportent un fardeau au moins aussi lourd mais sont moins insistants. Pour réduire le risque de désignation non appropriée d'un client en situation de crise, un CASC demandait à un cadre supérieur d'examiner chaque désignation de situation de crise et de signer un formulaire d'approbation. Dans la plupart des dossiers examinés, le cadre supérieur avait signé ce formulaire. Un autre CASC demandait à un deuxième gestionnaire de cas d'examiner chaque désignation de situation de crise. Cependant, 50 % des dossiers que nous avons examinés n'indiquaient pas si cet examen avait été fait. Le troisième CASC ne demandait pas à une deuxième personne d'examiner les désignations de situation de crise, mais il a ajouté que les gestionnaires de cas pouvaient discuter des cas limites entre eux.

Nous avons remarqué que deux des CASC employaient des facteurs non expressément fondés sur les besoins pour désigner les clients en situation

Figure 4 : Niveaux de priorité couramment utilisés pour le placement en foyer de soins de longue durée

Source des données : Loi sur les foyers de soins de longue durée et ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Description	Niveau de priorité	Critères d'admissibilité	Classement à l'intérieur du niveau de priorité
Situation de crise	1	<ul style="list-style-type: none"> • Une admission immédiate est nécessaire, p. ex. pour un client souffrant de démence dont le principal fournisseur de soins meurt • Client en attente dans un hôpital que le RLISS a déclaré « en situation de crise » afin de libérer des lits lorsque la capacité d'accueil de l'hôpital est soumise à de fortes pressions 	Selon l'urgence de placer le client
Réunification avec un conjoint ou partenaire qui réside déjà au foyer de SLD	2	Le client est admissible sur la base de ses besoins en soins de santé et désire habiter dans le même foyer de SLD que son conjoint ou partenaire	Selon la date où le conjoint ou partenaire a été admis au foyer
Clients qui appartiennent, ou dont le conjoint ou le partenaire appartient, à un groupe religieux, ethnique ou linguistique servi par le foyer de SLD	3A	Le client ou son conjoint ou partenaire fait partie du groupe visé, et le client : <ul style="list-style-type: none"> • a de plus grands besoins en soins de santé*; • attend à l'hôpital; ou • réside dans un autre foyer de SLD, mais le foyer demandé est son premier choix 	Selon la date de la demande d'admission au foyer de SLD
	3B	Le client ou son conjoint ou partenaire fait partie du groupe visé, et le client : <ul style="list-style-type: none"> • ne répond pas aux critères d'admissibilité pour la catégorie 3A, mais il est autrement admissible sur la base de ses besoins en soins de santé; • réside dans un autre foyer de SLD et a demandé un lit dans le foyer visé, mais ce n'est pas son premier choix; ou • n'a pas besoin de soins, mais désire habiter avec son conjoint ou partenaire qui est déjà au foyer 	Selon la date de la demande d'admission au foyer de SLD
Autres clients	4A	Client non admissible à un niveau de priorité plus élevé qui : <ul style="list-style-type: none"> • a de plus grands besoins en soins de santé*; • attend à l'hôpital; ou • réside dans un autre foyer de SLD, mais le foyer demandé est son premier choix 	Selon la date de la demande d'admission au foyer de SLD
	4B	Client non admissible à un niveau de priorité plus élevé qui : <ul style="list-style-type: none"> • est admissible sur la base de ses besoins en soins de santé; • réside dans un autre foyer de SLD et a demandé un lit dans le foyer visé, mais ce n'est pas son premier choix; ou • n'a pas besoin de soins, mais désire habiter avec son conjoint ou partenaire qui est déjà au foyer 	Selon la date de la demande d'admission au foyer de SLD

* Les lignes directrices du comité provincial de placement indiquent que les clients qui ont de plus grands besoins en soins de santé sont généralement ceux qui ont obtenu une note RAI-HC de 16 ou plus, ou une note RAI-HC de 11 à 15 et une note MAPLe de 4 ou plus.

de crise. Par exemple, un CASC avait pour politique de désigner en situation de crise les clients qui avaient attendu trois ans dans un foyer de SLD qui n'était pas leur premier choix. Un autre CASC, qui avait un programme permettant aux clients hospitalisés d'attendre chez eux qu'un lit de SLD se libère,

désignait les clients en situation de crise après 30 jours d'attente chez eux, principalement parce qu'ils avaient du mal à se débrouiller tout seuls.

Les patients hospitalisés en attente d'un lit dans un foyer de SLD sont généralement classés au niveau 3A ou 4A, sans priorité sur les personnes en

attente dans la collectivité. Nous avons remarqué qu'une autre province attribue une priorité plus élevée aux personnes qui attendent à l'hôpital afin de libérer plus rapidement les lits d'hôpitaux pour d'autres patients. En Ontario, pour que les lits d'un hôpital dont la capacité d'accueil est soumise à de fortes pressions se libèrent plus rapidement, le RLISS peut déclarer l'hôpital « en situation de crise » et les patients de cet hôpital en attente de placement dans un foyer de SLD se voient généralement attribuer une priorité critique. Ces patients montent au niveau de priorité critique, ce qui prolonge la période d'attente d'autres patients 3A ou 4A dans d'autres hôpitaux ou dans la collectivité. En 2011, deux des CASC visités avaient un total combiné de neuf hôpitaux déclarés en situation de crise, dont l'un avait conservé cette désignation pour la plus grande partie de l'année.

La Loi exige que les clients en situation de crise soient priorisés en fonction de l'urgence de leurs besoins. Cependant, les CASC visités nous ont dit que tous les clients en situation de crise avaient des besoins élevés et qu'il était souvent difficile de distinguer ceux dont les besoins étaient plus urgents.

Un des CASC priorisait les clients en situation de crise sur la base du temps d'attente total pour l'admission en foyer de SLD. Un autre CASC priorisait lui aussi la plupart des clients en situation de crise selon le temps d'attente total, mais il tenait également à jour une liste qui accordait la plus haute priorité aux clients ayant les besoins les plus urgents en attente dans la collectivité. Le troisième CASC accordait généralement la priorité aux clients en situation de crise selon leur temps d'attente dans la catégorie critique.

Le deuxième niveau de priorité après les clients en situation de crise est attribué aux conjoints et partenaires — y compris les parents ou amis — des résidents actuels des foyers de SLD. Durant notre vérification, le Ministère a clarifié la définition de « partenaire » en précisant que ce terme s'appliquait seulement à la personne qui avait vécu avec le client au cours de l'année précédant la soumission, par le client, de la demande d'admission à un foyer de

SLD. Les trois CASC visités avaient adopté cette définition clarifiée.

La Loi attribue le niveau de priorité de catégorie 3 aux clients en attente d'une place dans un foyer de SLD qui sert les intérêts du groupe religieux, ethnique ou linguistique auquel ils appartiennent. Aucun document n'est requis pour le classement à ce niveau de priorité, mais il est important pour les CASC d'identifier avec exactitude les clients admissibles à ce niveau de priorité. Cependant, dans trois des foyers spécialisés d'un CASC, 26 clients classés au niveau de priorité 4A ou 4B, soit 75 % des clients dans cette catégorie, étaient en fait admissibles au niveau 3A ou 3B. Nous avons porté ces cas à l'attention du CASC, qui les a reclassés au niveau de priorité 3A ou 3B. Tous les clients reclassés ont remonté dans la liste d'attente, mais neuf d'entre eux sont passés devant plus de 600 personnes. Ce CASC a indiqué qu'aucun de ces clients n'avait manqué une offre de lit parce qu'aucun d'entre eux ne s'était classé en première place sur la liste d'attente.

Inscription des clients sur la liste d'attente

Demandes d'admission dans des foyers

La Loi exige des CASC qu'ils renseignent les clients sur les incidences des différents choix de foyers et, si le client le désire, qu'ils l'aident à en choisir un. Les clients admissibles au placement en foyer de SLD choisissent généralement un maximum de cinq foyers, mais il n'y a pas de limite pour les clients en situation de crise. Le client remplit une demande d'admission au foyer choisi; s'il en choisit plus d'un, il les classe par ordre de préférence. La demande est ensuite soumise au CASC. Aucun délai n'a été fixé pour la présentation de la demande, ce qui donne aux clients et à leurs familles le temps d'examiner leurs options avec soin. Cependant, l'absence de délai peut aussi prolonger la période d'hospitalisation des clients en attente d'un lit de SLD.

En vertu de la Loi, les clients ont le droit de choisir le ou les foyers auxquels présenter une demande d'admission. En février 2011 et de nouveau en

mai 2012, le Ministère a confirmé aux RLISS qu'ils ne pouvaient pas obliger les clients à choisir parmi des foyers présélectionnés. Essentiellement, les clients peuvent seulement être placés dans un foyer qu'ils jugent acceptable. Nous avons toutefois noté qu'un CASC avait pour politique de demander aux clients en situation de crise de choisir des foyers qui avaient des lits vacants ou une courte liste d'attente s'ils ne pouvaient pas être immédiatement admis dans le ou les foyers choisis. Les clients qui refusaient — peut-être parce que le foyer était trop loin de leur famille ou qu'il était plus vieux — risquaient de perdre leur désignation de situation de crise et d'être reclassés à un niveau de priorité plus faible par le CASC. Nous avons aussi noté que, jusqu'en octobre 2011, un autre CASC avait pour politique d'exiger des clients en situation de crise qu'ils choisissent tous les foyers situés à 70 kilomètres ou moins de leur résidence pour ne pas risquer de perdre leur désignation comme étant en situation de crise. Le Ministère a toutefois donné ordre à ce CASC de modifier sa politique, stipulant que la désignation de situation de crise dépendait de l'état ou des circonstances des clients et non de leur disposition à accepter une place dans un foyer de SLD autre que celui de leur choix. Ce CASC a indiqué qu'il mettait l'accent sur les clients exigeant un placement immédiat au moment de la désignation des clients en situation de crise.

De nombreuses études ont démontré qu'une période d'hospitalisation plus longue que nécessaire sur le plan médical, par exemple en attente d'un lit dans un foyer de SLD, peut avoir des effets indésirables sur l'état de santé des patients; ils courent notamment le risque de contracter une infection nosocomiale comme le *C. difficile* et, particulièrement pour les patients plus âgés, le manque d'activité peut entraîner un déclin des capacités physiques et mentales. Par ailleurs, il est beaucoup plus coûteux pour une personne d'attendre à l'hôpital que dans un foyer de SLD ou chez elle avec des services de soins appropriés à domicile, et cela pourrait empêcher une autre personne ayant besoin de soins hospitaliers d'occuper ce lit. En utilisant les

données du Ministère, nous avons déterminé qu'en 2011-2012, 19 % des clients en attente à l'hôpital avaient présenté des demandes d'admission à un seul foyer. En fait, dans un des CASC visités, 35 % des clients en attente à l'hôpital avaient présenté des demandes à un seul foyer de SLD. Alors que cette pratique aurait tendance à obliger les clients à passer plus de temps à l'hôpital en attendant qu'un lit se libère dans le foyer de leur choix, nous avons noté que le temps d'attente médian à l'échelle de la province pour les clients hospitalisés de catégorie 3A et 4A était d'environ la moitié du temps d'attente dans la collectivité. Cette différence pourrait être attribuable au fait que les hôpitaux encouragent leurs patients à présenter des demandes d'admission aux foyers qui ont des lits vacants.

Nos recherches indiquent qu'au lieu de permettre aux patients d'attendre à l'hôpital qu'un lit se libère dans le foyer de leur choix, d'autres provinces appliquent des politiques plus strictes : cinq provinces obligent les patients à accepter le premier lit vacant dans n'importe quel foyer de SLD, et deux autres les obligent généralement à accepter une place dans tout foyer situé à 60 et 100 kilomètres ou moins, respectivement, de leur résidence.

Acceptation ou rejet par les foyers de SLD

Le CASC transmet les demandes d'admission des clients, avec les renseignements sur leurs besoins en soins de santé, aux foyers de SLD de leur choix. Dans les trois CASC visités, cette information était généralement faxée. Au moment de notre vérification, l'Association des Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario mettait à l'essai dans six CASC un système de transmission électronique des documents à destination et en provenance des foyers de SLD.

En vertu de la Loi, les foyers de SLD disposent généralement de cinq jours ouvrables pour accepter ou rejeter une demande. Si le foyer doit obtenir des renseignements additionnels auprès du CASC, il dispose de trois jours additionnels après réception de l'information pour prendre sa décision. Selon

les données du Ministère, en 2011-2012, 65 % des demandes à l'échelle de la province étaient traitées par les foyers de SLD dans un délai de cinq jours ouvrables et 90 %, dans un délai de 28 jours.

Nous avons appris que les foyers de SLD rejetaient rarement des clients à moins que ceux-ci aient de très grands besoins en soins de santé. En 2011-2012, seulement environ 1 % des demandes ont été rejetées. Un client accepté peut emménager dans le foyer de SLD si un lit est disponible. Dans la plupart des cas cependant, le client est inscrit sur la liste d'attente selon son niveau de priorité parce qu'il n'y a pas de lit disponible pour l'instant.

Réévaluation des clients

Dans certains cas, une détérioration considérable de l'état du client en attente peut justifier son reclassement à un niveau de priorité plus élevé, comme en situation de crise par exemple. De plus, lorsqu'un lit se libère, le foyer de SLD exige des renseignements à jour sur les besoins en soins de santé du client qui est censé l'occuper.

Les CASC peuvent être informés des changements survenus dans l'état du client de différentes façons, par exemple lorsque la famille du client contacte le CASC ou que le CASC procède à une réévaluation. La Loi stipule que l'état du client doit être évalué ou réévalué dans les trois mois suivant son placement en foyer de SLD, pour que les foyers de SLD disposent des renseignements à jour dont ils ont besoin pour se préparer à répondre aux besoins du client. Cet examen doit passer en revue tous les aspects de l'évaluation initiale de l'admissibilité, y compris l'évaluation RAI-HC et l'évaluation de l'état de santé (généralement obtenue auprès du médecin du client). La politique du Ministère stipule également qu'une réévaluation RAI-HC doit être effectuée tous les six mois. Cette politique s'applique aux clients qui doivent être soignés à domicile, pour que leurs régimes de soins répondent à leurs besoins, ainsi qu'aux clients non traités chez eux et aux clients hospitalisés. En 2011-2012, tous les CASC de la province ont effectué un total combiné d'environ

36 000 réévaluations de clients inscrits sur les listes d'attente pour placement en foyer de SLD.

Les CASC visités ont confirmé qu'il est difficile de faire toutes les réévaluations requises et qu'ils utilisaient donc leurs ressources comme suit :

- Deux CASC s'assuraient que les dix clients ayant le degré de priorité le plus élevé sur la liste d'attente de chaque foyer avaient été évalués ou réévalués au cours des trois derniers mois. L'un d'eux a indiqué que les clients dont l'état est susceptible de changer étaient réévalués tous les six mois, tandis que l'autre a souligné qu'il faisait le plus de réévaluations semestrielles possible.
- Le troisième CASC réévaluait les clients 3A ou 4A tous les trois mois et les clients 3B ou 4B, tous les six mois. (Les clients classés 3A ou 4A dans chaque foyer sont admissibles à des lits avant les clients 3B ou 4B.)

Dans le cas des clients hospitalisés et des clients ne recevant pas de soins à domicile d'un CASC, il serait plus rapide pour le CASC de communiquer directement avec les clients ou d'autres personnes concernées, dont les membres de la famille, pour savoir si l'état du client a changé et donc s'il faut faire une réévaluation plus formelle afin de déterminer, par exemple, s'il y a lieu de modifier le niveau de priorité du client. De plus, en identifiant et réévaluant les clients susceptibles d'être placés au cours des trois prochains mois, comme ceux qui se rapprochent du haut des listes d'attente, les foyers de SLD pourraient obtenir l'information dont ils ont besoin pour se préparer à accueillir ces clients sans avoir à demander au CASC de faire des réévaluations semestrielles formelles de tous les clients.

Les CASC pourraient aussi prendre contact avec les personnes concernées afin d'identifier les clients qui habitent déjà dans un foyer de SLD et qui sont encore inscrits sur les listes d'attente des foyers qu'ils préfèrent, mais qui ont ensuite décidé de rester où ils sont. Un CASC a indiqué qu'il assurait un suivi auprès des clients après six semaines, et les trois CASC ont souligné qu'ils effectuaient un suivi annuel, par exemple dans le cadre de

la réévaluation du client. Cependant, à la suite d'une vérification ponctuelle, par un des CASC, des clients habitant déjà dans un foyer de SLD qui étaient inscrits sur la liste d'attente d'un autre foyer, environ 10 % de ces clients ont vu leurs noms supprimés des listes d'attente.

Placement des clients dans les foyers de SLD

Lorsqu'un lit devient disponible, le foyer de SLD en avise le CASC et lui fournit des renseignements sur le type de lit. Il précise notamment s'il s'agit d'un hébergement avec services de base (la définition varie d'une ou deux personnes par chambre dans les nouveaux foyers à trois ou quatre personnes par chambre dans les vieux foyers) ou d'un hébergement avec services privilégiés (c'est-à-dire individuel ou dans une chambre à deux lits) à la demande du client; si le lit dans une chambre partagée convient à un homme ou à une femme; et si le lit se trouve dans une zone verrouillée convenant aux clients qui ont besoin d'un hébergement en milieu sûr.

Une fois avisé, le CASC choisit le client dont le nom figure en tête de la liste d'attente du foyer et dont les exigences correspondent aux spécifications du lit disponible. Pour mieux diriger les patients hospitalisés vers le premier lit approprié disponible du foyer de SLD, des systèmes d'harmonisation des ressources et d'aiguillage ont été mis à l'essai dans deux RLISS, et les autres RLISS devaient tester des systèmes similaires en 2013-2014. Le CASC envoie ensuite des renseignements à jour sur le client choisi au foyer de SLD. Le foyer de SLD examine l'information et peut accepter ou rejeter le client. Les demandes rejetées par les foyers de SLD à cette étape le sont généralement parce que les besoins du client ont beaucoup changé depuis l'acceptation de la demande initiale. Le client dont la demande est rejetée est avisé en conséquence, et le CASC supprime généralement son nom de la liste d'attente du foyer et passe à la prochaine personne. Les clients rejetés peuvent présenter une demande d'admission à un autre foyer.

Si le client est accepté, le CASC communique avec lui pour lui offrir le lit. En vertu de la Loi, le client a 24 heures pour répondre à l'offre. S'il l'accepte, la Loi exige qu'il emménage dans le foyer de SLD dans les cinq jours. Notre examen des données du Ministère indiquait que 83 % des lits offerts aux clients à l'échelle de la province ont été acceptés en 2011-2012. De plus, 36 % des clients ont été placés dans leur premier choix de foyer. Le lit peut aussi être offert à d'autres personnes dont le foyer n'était pas le premier choix, et celles qui acceptent l'offre restent généralement inscrites sur la liste d'attente du ou des foyers de leur choix.

Le demandeur vivant dans la collectivité qui rejette une offre de lit voit généralement son nom supprimé de toutes les listes d'attente pour une période de 12 semaines. Le demandeur hospitalisé, quant à lui, peut demeurer sur la liste d'attente mais, en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*, l'hôpital peut lui facturer des frais qu'il aura fixés lui-même pour lui permettre de continuer d'attendre dans un lit d'hôpital.

Au cours de la deuxième moitié de l'exercice 2010-2011, deux des CASC visités ont intégré un processus à leur système d'information pour les aider à recueillir les renseignements pertinents sur les lits de SLD disponibles, dont la date où le lit se libère, la personne à qui il a été offert, la date de l'offre et la décision du client. Le troisième CASC utilisait des feuilles de calcul pour assurer le suivi de cette information mais il a indiqué qu'il était à mettre en oeuvre un système intégré semblable à celui de l'autre CASC.

Nous avons noté que les CASC ne faisaient pas un examen périodique des décisions de placement pour s'assurer que le lit disponible était offert à la personne ayant la priorité la plus élevée. Par ailleurs, le système d'information utilisé par les CASC n'avait pas la capacité de reproduire la liste d'attente d'un foyer de SLD à une date donnée et les CASC ne pouvaient donc pas examiner ces décisions après coup.

RECOMMANDATION 1

Pour mieux s'assurer que les clients ayant de plus grands besoins sont identifiés et placés dans des foyers de soins de longue durée (foyers de SLD) le plus tôt possible, les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) doivent :

- élaborer un processus uniforme à l'échelle de la province pour classer les clients à l'intérieur du niveau de priorité critique;
- en consultation avec le Ministère, envisager de rester en contact informel périodique avec les clients et d'autres personnes concernées afin de déterminer s'il y a eu des changements dans l'état ou les circonstances des clients inscrits sur les listes d'attente et s'il y a lieu de réévaluer leurs besoins, au lieu de procéder à des réévaluations semestrielles formelles de tous les clients comme ils sont tenus de le faire à l'heure actuelle;
- faire des examens indépendants périodiques des décisions de placement pour s'assurer que le premier lit de SLD disponible est offert au client ayant la plus haute priorité et qu'il répond à ses exigences (par exemple lit pour homme ou pour femme, chambre individuelle ou à deux lits ou hébergement avec services de base).

RÉPONSE DES CASC

Tous les CASC visités ont accepté cette recommandation et indiqué qu'ils :

- travailleraient avec le groupe de travail provincial sur le placement (groupe comprenant des représentants de chaque CASC et de l'Association des Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario) à l'élaboration d'un processus uniforme à l'échelle de la province afin de classer les clients à l'intérieur du niveau de priorité critique;
- travailleraient avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à normaliser les processus actuels des CASC à l'échelle de la

province afin de prévoir des communications informelles périodiques avec les clients et autres personnes concernées et de déterminer s'il y a eu des changements dans l'état ou les circonstances des clients inscrits sur les listes d'attente et si une réévaluation formelle est nécessaire;

- élaboreraient, de concert avec l'Association des Centres d'accès aux services communautaires de l'Ontario, les rapports nécessaires pour faire des examens indépendants périodiques des décisions de placement et s'assurer que le premier lit de SLD disponible est offert au client ayant la plus haute priorité et qu'il répond à ses exigences.

RECOMMANDATION 2

Pour aider les clients à sortir plus rapidement de l'hôpital et aider à gérer les listes d'attente croissantes, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit envisager les options retenues par d'autres administrations, prévoir des solutions de rechange communautaires aux foyers de soins de longue durée (SLD) et demander aux foyers de SLD de fournir des programmes additionnels de soins de rétablissement et de transition afin d'améliorer, entre autres, la capacité fonctionnelle des clients.

De plus, pour mieux s'assurer que les clients jugés admissibles à un foyer de SLD sont placés dans les meilleurs délais, le Ministère doit rationaliser l'évaluation de l'état de santé du client (pour éviter de reproduire l'information déjà recueillie dans le cadre de l'évaluation de l'admissibilité et de retarder le processus).

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère apprécie la recommandation du vérificateur général et continuera de démontrer son engagement à aider les personnes âgées à demeurer dans leur collectivité en leur offrant d'autres options communautaires. Par exemple :

- Dans le cadre du Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé, le Ministère a annoncé une Stratégie des soins aux personnes âgées qui aidera les aînés à rester en santé et à vivre chez eux plus longtemps en améliorant les soins de prévention et les services de soins à domicile, réduisant ainsi les pressions sur les foyers de SLD et les hôpitaux. La stratégie aidera à éclairer les décisions concernant le rôle des programmes de rétablissement et de court séjour en foyer de SLD et l'élaboration future d'options communautaires plus proches de la résidence des clients.
- L'investissement sectoriel communautaire de 2012-2013 dans les soins à domicile et les services communautaires annoncé dans le Budget 2012 de l'Ontario a été alloué aux Réseaux locaux d'intégration des soins de santé (RLISS) en août 2012 pour qu'ils investissent davantage dans les soins à domicile et les services communautaires afin d'aider les personnes âgées et d'autres Ontariennes et Ontariens à rester chez eux et de réduire le nombre de visites aux salles d'urgences, de patients hospitalisés en attente d'un autre niveau de soins et de réadmissions évitables à l'hôpital. Le gouvernement a également signalé son intention d'accroître le soutien financier au secteur communautaire sur trois exercices.
- Les modifications réglementaires de juin 2008 et de septembre 2009 permettaient aux Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de faire preuve d'innovation et de souplesse dans la prestation des soins à domicile et des services communautaires. Les maximums établis pour les services de soutien à la personne et d'aide familiale et les soins infirmiers ont été augmentés, et de nouveaux services et points de service ont été introduits.

Les exigences actuelles en matière d'évaluation de l'état de santé ont été établies en réponse

aux préoccupations concernant le contenu et le moment des évaluations effectuées au cours du processus de placement qui ont été soulevées par suite de l'enquête du coroner sur la mort de deux résidents tués par un autre résident le jour de son admission (maison de soins infirmiers Casa Verde). Des fonctions faisant double emploi sont parfois nécessaires pour vérifier l'information sur l'état de santé d'un client et faire une évaluation complète. Le Ministère travaillera avec les CASC et les foyers de SLD à examiner les processus d'évaluation de l'état de santé et il cherchera des moyens de réduire les doubles emplois inutiles dans le processus.

TEMPS D'ATTENTE

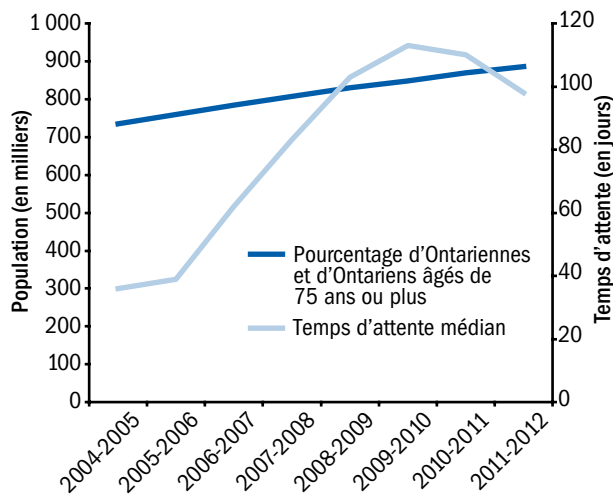
Selon les données du Ministère, en 2011-2012, 50 % des clients à l'échelle de la province (à l'exclusion des cas critiques, des réunifications de conjoints ou partenaires et des personnes en attente de transfert à un autre foyer) ont été placés dans un foyer de SLD dans un délai de 98 jours, 75 % dans un délai de 10 mois et 90 % dans un délai d'environ 2 ans. Ces chiffres reflètent la période écoulée entre la réception de la demande du client par le CASC et son placement dans un foyer. Dans le cas des clients qui n'ont pas encore été admis dans un foyer de SLD, y compris les cas critiques et la réunification des conjoints ou partenaires, la période d'attente médiane tombe à 85 jours, principalement parce que 90 % des clients en situation de crise sont placés dans les trois mois suivant leur désignation. En 2011-2012, 15 % des clients sont décédés avant d'avoir été placés dans un foyer de SLD.

Tendances dans les temps d'attente

Comme le montre la Figure 5, les temps d'attente médians ont presque triplé, passant de 36 jours en 2004-2005 à 98 jours en 2011-2012. Le nombre de lits de SLD a augmenté de 3 % durant cette période, mais cela n'a pas été suffisant pour répondre à la

Figure 5 : Temps d'attente médians pour l'admission dans un foyer de soins de longue durée* et nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés de 75 ans ou plus, 2004-2005-2011-2012

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



* exclut les situations de crise, les réunifications de conjoints ou de partenaires et les transferts entre foyers de SLD

demande croissante due au vieillissement de la population. Le temps d'attente a quand même diminué depuis 2009-2010, notamment en raison du resserrement des critères d'admissibilité prévu dans la nouvelle Loi entrée en vigueur en juillet 2010.

Environ 85 % des résidents des foyers de SLD ont 75 ans ou plus et, entre 2005 et 2012, le nombre de personnes de cet âge en Ontario a augmenté de plus de 20 %. Selon Statistique Canada, la population de l'Ontario âgée de 75 ans ou plus devrait croître de près de 30 % entre 2012 et 2021. Cette tendance fera probablement augmenter la demande de soins de longue durée, mais des options communautaires améliorées pourraient absorber une partie de cette demande. De plus, à compter de 2021, la première vague de baby-boomers — nés entre 1946 et 1964 — atteindra l'âge de 75 ans, ce qui devrait exercer des pressions encore plus fortes sur les services de soins de longue durée.

Temps d'attente par CASC et par priorité des clients

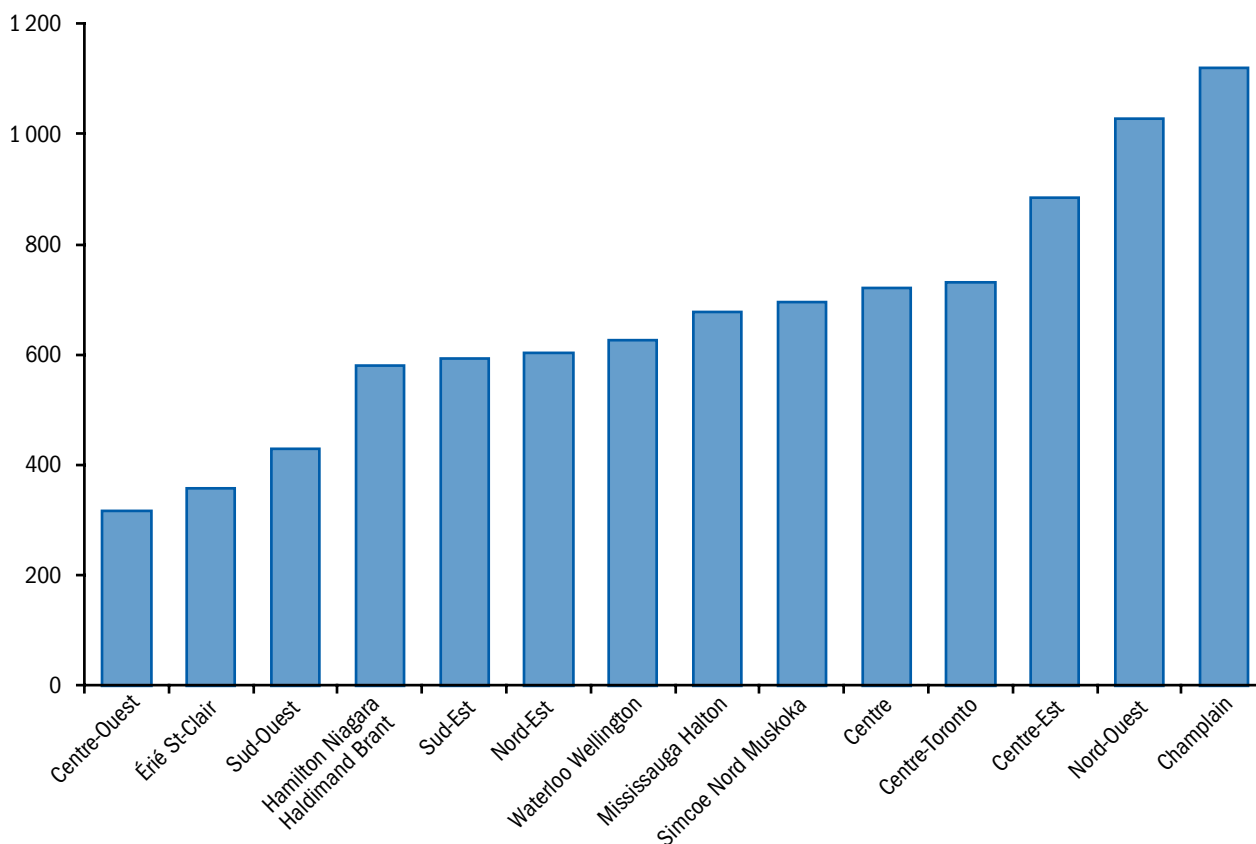
Les données du Ministère indiquent que les demandeurs qui vivent dans certaines régions de la province sont admis plus rapidement dans des foyers de SLD. En 2011-2012, les temps d'attente médians pour l'admission dans un foyer de SLD allaient d'un minimum de 50 jours au CASC d'Érié St-Clair à un maximum de 187 jours au CASC du Nord-Ouest. (Comme le montre la Figure 6, le délai de placement de 90 % des clients variait entre un minimum de 317 jours au CASC du Centre-Ouest et un maximum d'environ 1 100 jours au CASC de Champlain.) Cet écart reflète notamment les différences dans la demande de SLD attribuable à l'état de santé et à l'âge de la population dans la région desservie par chaque CASC, ainsi que le nombre, l'âge et l'emplacement des lits de SLD.

Selon l'Association des hôpitaux de l'Ontario, au 31 mars 2012, environ 1 000 personnes à l'échelle de la province attendaient dans un lit d'hôpital de soins actifs qu'un lit se libère dans un foyer de SLD; un autre millier attendait dans d'autres types de lits d'hôpitaux, comme les lits de soins de réadaptation ou de soins de santé mentale. Nous avons remarqué que le nombre de personnes hospitalisées en attente d'un lit dans un foyer de SLD avait diminué d'environ 25 % depuis mars 2010. Cependant, pour celles qui attendent encore, le temps d'attente pour le placement avait considérablement augmenté. Les données du Ministère indiquaient qu'en 2011-2012, environ la moitié des patients de soins actifs étaient placés dans un délai d'environ deux mois (comparativement à un mois en 2009-2010), et 90 % dans un délai de 495 jours (contre 128 en 2009-2010). Les temps d'attente à l'hôpital ont tendance à être plus longs pour les patients plus difficiles à traiter, par exemple les personnes qui souffrent de démence ou d'une surcharge pondérale importante ou qui doivent subir de fréquents traitements médicaux tels que la dialyse.

La Loi exige des CASC qu'ils fournissent un « temps d'attente estimatif » aux clients qui ont

Figure 6 : Nombre de jours en deçà desquels 90 % des clients de chaque CASC ont été placés, 2011

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



besoin de renseignements à ce sujet. Les CASC visités ont dit que certains clients se sentaient contrariés lorsque le temps d'attente réel dépasse le temps estimatif. En conséquence, les CASC disent généralement aux clients combien de temps la personne inscrite en tête de la liste d'attente, au même niveau de priorité que le client, a attendu jusqu'ici. Nous avons examiné les données du Ministère sur les listes d'attente au 31 mars 2012 afin de vérifier les temps d'attente des clients. Le temps d'attente total médian à ce jour était de 94 jours pour les clients en situation de crise, y compris ceux qui attendaient auparavant à un niveau de priorité plus faible, de 423 et 309 jours pour les clients des catégories 3A et 4A, et de 712 et 587 jours pour ceux des catégories 3B et 4B (considérés comme ayant des besoins plus faibles que les clients des catégories 3A et 4A).

En 2011-2012, environ 5 600 (ou 22 %) des placements en foyer de SLD visaient des clients à

un niveau de priorité critique et 71 %, des clients des catégories de besoins généralement plus élevés 3A et 4A. Comme le montre la Figure 7, selon le nombre de personnes en attente et le nombre de personnes effectivement placées au cours de l'exercice précédent, le temps d'attente prévu pour les personnes classées à des niveaux de priorité plus faibles peut souvent s'étendre sur plusieurs années.

Par ailleurs, étant donné la priorité élevée accordée aux clients en situation de crise, il pourrait être difficile pour les autres clients d'être admis dans certains foyers. Par exemple, les données du Ministère montrent que, dans plus de 70 foyers de SLD, au moins la moitié des clients admis en 2011-2012 étaient en situation de crise. En fait, dans un des CASC visités, les clients en situation de crise représentaient les deux tiers des placements dans les quatre foyers de SLD les plus populaires — c'est-à-dire les foyers qui ont les plus longues listes

Figure 7 : Nombre de clients en attente de soins de longue durée, nombre de placements et délai de placement moyen prévu pour les niveaux de priorité couramment utilisés

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Niveau de priorité	Nombre de personnes en attente au 31 mars 2012	Nombre de personnes placées en 2011-2012	Délai de placement prévu
1 – Situation de crise	1 400	5 600	3 mois
2 – Réunification de conjoints ou partenaires	200	900	3 à 5 mois
3A – Foyer servant un groupe religieux, ethnique ou linguistique (besoins plus élevés)	3 100	900	3,5 ans
3B – Foyer servant un groupe religieux, ethnique ou linguistique	1 400	100	14 ans
4A – Autre (besoins plus élevés)	19 700	17 000	1 an
4B – Autre	5 800	800	7 ans
Total	31 600	25 300	

d'attente. Les données du Ministère montraient également que plus de 40 % des placements critiques en 2011-2012 concernaient des personnes reclassées à un niveau de priorité critique (par exemple en raison de la détérioration de leur état ou de l'évolution des circonstances, comme l'alourdissement du fardeau des fournisseurs de soins) afin de permettre un placement rapide après une période d'attente, parfois prolongée, à un niveau de priorité inférieur.

Impact des choix des clients sur les temps d'attente

Bien que le Ministère octroie un financement aux foyers de SLD, les résidents doivent verser une quote-part pour leurs coûts d'hébergement. En juillet 2012, la quote-part mensuelle allait d'un minimum de presque 1 700 \$ par mois pour l'hébergement avec services de base à un maximum de plus de 2 200 \$ pour une chambre individuelle. L'hébergement en chambre individuelle ou à deux lits dans les foyers plus nouveaux (qui représentent environ 55 % des lits de SLD qui respectent ou dépassent généralement les normes de conception élaborées par le Ministère en 1999 pour les foyers de SLD) coûte environ de 30 \$ à 50 \$ de plus par mois que dans les foyers plus vieux. Le Ministère peut offrir une aide financière aux résidents qui

n'ont pas les moyens de payer, mais seulement pour l'hébergement avec services de base.

La Loi permet aux foyers de SLD de désigner jusqu'à 60 % de leurs lits comme lits d'hébergement avec services privilégiés (en chambre individuelle ou à deux lits), ce qui signifie qu'au moins 40 % de leurs lits doivent se classer dans la catégorie hébergement avec services de base. Près de 60 % des clients en attente d'un lit dans un foyer de SLD demandaient toutefois un hébergement avec services de base. Les clients qui ont les moyens de payer un hébergement avec services privilégiés peuvent donc être placés plus rapidement que ceux qui demandent un hébergement avec services de base, quels que soient leurs besoins médicaux.

Les personnes paient le même taux pour l'hébergement avec services de base quel que soit l'âge du foyer, même s'il y a seulement une ou deux personnes par chambre dans les foyers plus nouveaux, comparativement à un maximum de quatre personnes par chambre dans les foyers plus vieux. Cela explique en partie pourquoi les foyers plus nouveaux ont tendance à avoir des listes d'attente plus longues (beaucoup de ces listes comptent plus d'un millier de noms), tandis que les foyers moins attrayants peuvent avoir des lits vides pendant de plus longues périodes. En conséquence, les clients qui sélectionnent des foyers moins attrayants ayant des lits disponibles ou de courtes listes d'attente peuvent être placés plus rapidement.

Déclaration publique des temps d'attente

Qualité des services de santé Ontario publie chaque année le temps d'attente provincial global pour le placement en foyer de SLD. L'organisme ne communique toutefois aucune information sur les temps d'attente régionaux ou, plus particulièrement, les temps d'attente pour chaque foyer de SLD. La déclaration des temps d'attente pour des foyers particuliers est une tâche assez complexe, car ceux-ci varient en fonction d'un certain nombre de facteurs, dont le niveau de priorité du client et le type d'hébergement choisi.

En août 2012, un des CASC visités a commencé à diffuser sur son site Web des renseignements sur les temps d'attente pour chaque foyer de SLD dans sa région, dont le nombre de clients en attente pour chaque type d'hébergement, le nombre moyen de jours d'attente jusqu'ici et le nombre moyen de lits libérés chaque mois. Nous croyons qu'il s'agit là d'une bonne initiative pour déclarer publiquement les temps d'attente.

RECOMMANDATION 3

Pour mieux s'assurer que les clients ont suffisamment d'information sur le processus de placement en foyer de soins de longue durée (SLD) et les temps d'attente pour l'admission dans un foyer de SLD, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), de concert avec les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), doit :

- fournir au public des renseignements détaillés sur le processus d'admission en foyer de SLD et les politiques mises en place pour assurer une administration équitable du processus;
- examiner les options qui encourageraient une plus grande utilisation de l'hébergement avec services de base dans les foyers moins attrayants;
- promouvoir la divulgation publique des renseignements qui aideraient les personnes à choisir les foyers de SLD auxquels présenter

une demande d'admission, comme les temps d'attente par foyer, par type d'hébergement — en chambre individuelle ou à deux lits ou hébergement avec services de base — comme le fait un CASC sur son site Web, ainsi que les temps d'attente par niveau de priorité.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit aux principes énoncés dans la recommandation et travaillera avec les CASC, par l'entremise de l'Association des Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, à continuer de promouvoir une communication continue en temps opportun des renseignements pertinents concernant le processus de placement en foyer de SLD. Le Ministère poursuivra son examen continu de ces politiques et processus en partenariat avec les CASC. Qui plus est, il examine périodiquement les politiques et processus afin d'assurer une utilisation maximale de tous les niveaux d'hébergement dans tous les foyers.

RÉPONSE DES CASC

Même si cette recommandation ne s'adressait pas directement aux CASC, l'un d'eux a souligné qu'il appuyait la divulgation de renseignements qui aideraient les personnes à choisir les foyers de SLD auxquels envoyer une demande d'admission, comme les temps d'attente moyens par foyer.

SURVEILLANCE

Le Ministère est chargé d'assurer la conformité à la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* (la Loi), ce qui englobe le processus de placement en foyer de SLD. Il a indiqué qu'il avait commencé à surveiller le processus de placement au cours de l'automne 2011, principalement en assurant le suivi des plaintes reçues directement. Nous avons constaté que les trois CASC visités avaient tous mis en place des processus de traitement des plaintes.

Ils ont indiqué que très peu de plaintes — en moyenne, moins de 20 par an — avaient été reçues au sujet du processus de placement. Un des CASC transmettait certaines statistiques générales sur les plaintes à son RLISS, mais aucune autre information périodique sur les plaintes n'était fournie par les CASC, que ce soit aux RLISS ou au Ministère.

Autrement, le Ministère a délégué la surveillance des CASC aux RLISS. La *Loi sur l'intégration du système de santé local* limite l'accès des RLISS à l'information sur les clients. Toutefois, aux termes des ententes de rendement des RLISS avec les CASC, les RLISS reçoivent des renseignements sur le pourcentage de clients aux besoins plus élevés qui sont placés dans des foyers de SLD. En outre, les CASC visités ont tous fourni à leurs RLISS des renseignements additionnels concernant le processus de placement, comme le nombre de placements critiques par lieu d'attente et le nombre de placements par hôpital.

Dans notre rapport de 2010 sur la mise en congé des patients hospitalisés, nous avons souligné la nécessité d'établir des normes de référence pour chaque étape du processus de placement en foyer de SLD (comme les délais à respecter pour la détermination de l'admissibilité des clients, la présentation des demandes d'admission par les clients hospitalisés, l'inscription des clients sur une liste d'attente et le placement des clients). Bien que le Ministère ait accepté notre recommandation, il y a encore peu de normes de référence pour ce processus. (Voir la section de suivi du Chapitre 4 sur la mise en congé des patients hospitalisés pour en savoir plus sur la mise en oeuvre de la recommandation.) Les autres mesures de rendement qui renseigneraient le Ministère ou les RLISS sur l'efficacité du processus de placement peuvent comprendre : les temps d'attente pour l'hébergement avec services privilégiés par rapport à l'hébergement

avec services de base; les temps d'attente pour les clients hospitalisés par rapport à ceux qui attendent chez eux; le pourcentage de clients qui meurent en attendant un placement; et le pourcentage de clients dont la demande de transfert à un autre foyer de SLD est acceptée.

RECOMMANDATION 4

Pour améliorer la surveillance du processus de placement en foyer de soins de longue durée (SLD), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), de concert avec les Réseaux locaux d'intégration des soins de santé (RLISS) et les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), doit :

- uniformiser les mesures de rendement pour la surveillance du processus, comme les temps d'attente des clients hospitalisés par rapport aux clients qui attendent chez eux, les temps d'attente pour l'hébergement avec services privilégiés (c'est-à-dire en chambre individuelle ou à deux lits) par rapport à l'hébergement avec services de base, et le pourcentage de clients dont la demande de transfert à un autre foyer de SLD est acceptée;
- élaborer des lignes directrices cibles pour chaque étape du processus de placement, comme les temps d'attente pour la détermination de l'admissibilité des clients, la présentation des demandes de placement par les patients hospitalisés et l'inscription des clients sur une liste d'attente.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère continuera d'examiner les données requises pour surveiller les mesures de rendement et de présenter des rapports périodiques à ce sujet.