

CASC – Centres d'accès aux soins communautaires – Programme des soins à domicile

1.0 Contexte

Aperçu : Les 14 centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de l'Ontario sont chargés de fournir des services de soins à domicile aux Ontariennes et Ontariens qui, autrement, devraient être admis dans des hôpitaux ou des foyers de soins de longue durée. Ce groupe comprend les personnes âgées fragiles et les personnes handicapées qui ont besoin d'aide pour vivre de façon aussi autonome que possible dans leurs propres foyers.

Les soins à domicile sont financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) pour les personnes couvertes par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Ces personnes peuvent être aiguillées vers les services de soins à domicile par des hôpitaux ou des médecins de famille, ou les services peuvent être fournis à la demande des clients mêmes ou de leurs familles.

Les clients qui recevaient des soins à domicile dans le passé avaient généralement des besoins faibles ou modérés, mais les clients servis de nos jours ont des besoins de soins médicaux et de soutien social de plus en plus complexes. Ce changement a commencé à se manifester en juillet 2009,

lorsque tous les hôpitaux de l'Ontario ont reçu pour directive de minimiser le nombre de patients ayant besoin d'autres niveaux de soins (ceux qui occupent un lit dans un hôpital, mais qui n'ont pas besoin des ressources ou services intensifs fournis dans ce milieu de soins). Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015, 60 % des clients des soins à domicile étaient des aînés (âgés de 65 ans ou plus), 20 % étaient des adultes (âgés de 18 à 64 ans), 15 % étaient des enfants, et 5 % étaient des patients des soins palliatifs.

Modèle de prestation des soins : Les CASC, par l'entremise de leurs coordonnateurs de soins, évaluent les clients afin de déterminer si leurs besoins les rendent admissibles aux services de soins à domicile et d'élaborer des plans de soins le cas échéant. Les CASC passent ensuite des contrats avec environ 160 fournisseurs du secteur privé pour la prestation de services de soins à domicile directement aux clients. Il peut s'agir de services professionnels (p. ex. les services de soins infirmiers et de thérapie) ou de soutien à la personne (p. ex. aider les clients à prendre un bain et à faire leur toilette). Ces fournisseurs de services peuvent être des organismes à but lucratif ou sans but lucratif. Les coordonnateurs de soins des CASC gèrent les cas des

clients, réévaluent leurs plans de soins sur une base continue et y apportent des modifications au besoin.

Services communautaires de soutien : Les coordonnateurs de soins des CASC aident aussi les clients à naviguer dans le réseau de services communautaires et peuvent les aiguiller vers les quelque 800 organismes de services communautaires de soutien (organismes de soutien) qui offrent, par exemple, des services de livraison de repas à domicile, de transport, de soins de relève, d'aide familiale et de réparations domiciliaires) ainsi que des services d'aide familiale (entretien ménager et buanderie). Certains services communautaires de soutien et d'aide familiale pourraient nécessiter une quote-part des clients. À l'instar des CASC, les organismes de soutien sont financés par le Ministère par le biais des réseaux locaux d'intégration des services de santé.

Comme les organismes de soutien sont traditionnellement établis par des bénévoles pour répondre aux besoins locaux, ces services ne sont pas disponibles partout. En général, les zones urbaines offrent plus de services communautaires de soutien que les régions rurales et du Nord, mais même les zones urbaines pourraient ne pas offrir tous les services requis pour répondre aux besoins changeants.

Le rôle des organismes de soutien pourrait bientôt changer. En effet, une modification réglementaire apportée en juillet 2014 et un ensemble connexe de lignes directrices du Ministère diffusé en avril 2014 permettent aux organismes de soutien et aux CASC de fournir des services de soutien à la personne aux clients ayant des besoins plus faibles. Une fois qu'un client a été aiguillé vers un organisme de soutien, il devient la responsabilité de cet organisme, notamment pour les services de coordination des soins et de soutien à la personne.

Rapports de responsabilisation : Chaque CASC relève d'un des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), qui ont pour mandat de financer les fournisseurs de services de santé tels

que les hôpitaux, les CASC et les organismes de soutien dans des régions géographiques déterminées. Les RLISS, quant à eux, doivent rendre compte au Ministère, qui définit l'orientation stratégique globale des soins de santé en Ontario.

Constituée en personne morale en 1998, l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario (l'Association) représente les 14 CASC. Elle reçoit la plus grande partie de son financement du Ministère et des CASC sous forme de droits d'adhésion. Depuis mai 2015, le conseil d'administration de l'Association se compose de 3 membres recrutés de l'extérieur et de 9 représentants des CASC, pour un total de 12 membres. L'Association, qui emploie environ 190 personnes, fournit des services d'approvisionnement, de politiques et de recherche, de gestion de l'information et d'autres services partagés aux CASC.

Dépenses en soins à domicile : Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, l'Ontario a dépensé un total de 2,5 milliards de dollars pour offrir des services de soins à domicile à 713 500 clients, comme le montre la **figure 1**. (Cette figure illustre les dépenses des CASC en services de soins à domicile seulement et non leurs dépenses totales au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015. Par comparaison, une figure similaire incluse dans le *Rapport spécial — Centres d'accès aux soins communautaires — Opérations financières et prestation des services* que notre Bureau a déposé en septembre 2015 indiquait les dépenses totales des CASC pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.) Ce montant représente une augmentation du financement de 42 % et une hausse du nombre de clients servis de 22 % par rapport à l'exercice terminé le 31 mars 2009, l'année précédant notre dernier audit des services de soins à domicile. En 2008-2009, les CASC avaient dépensé 1,76 milliard de dollars pour servir environ 586 400 clients.

Entre 2005-2006 et 2014-2015, le financement global des CASC (qui englobe les soins à domicile et d'autres services des CASC, comme le placement en foyer de soins de longue durée) a augmenté

Figure 1 : Financement des soins à domicile et clients desservis, par CASC, exercice terminé le 31 mars 2015

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

	Financement des soins à domicile (en millions de dollars)	Nombre de clients servis	Financement des soins à domicile par client servi (en dollars)
Simcoe-Nord Muskoka	100	24 932	4 027
Champlain	231	58 305	3 957
Nord-Est	136	35 652	3 802
Sud-Est	122	32 349	3 769
Hamilton Niagara Haldimand Brant	311	82 686	3 756
Érié St-Clair	142	38 790	3 668
Nord-Ouest	53	14 783	3 564
Sud-Ouest	210	59 346	3 547
Centre	285	82 587	3 457
Waterloo Wellington	133	38 986	3 403
Centre-Est	276	82 611	3 346
Centre-Toronto	250	74 822	3 338
Mississauga Halton	160	49 004	3 271
Centre-Ouest	111	38 640	2 879
Total provincial	2 520	713 493	3 532

de 73 %, passant de 1,4 à 2,5 milliards de dollars, mais est resté relativement constant, à 4 % ou 5 % des dépenses provinciales globales en soins de santé. Au cours des dernières années, le Ministère a augmenté le financement octroyé aux CASC dans plusieurs secteurs. Par exemple, dans le budget provincial de 2015, le gouvernement a annoncé qu'il augmenterait le financement du secteur des soins à domicile et en milieu communautaire de 5 % par an sur les trois exercices de 2015-2016 à 2017-2018, pour un total de 750 millions de dollars. Le gouvernement n'a pas précisé comment ces augmentations seraient réparties entre les 14 CASC et les quelque 800 organismes de soutien du secteur. De plus, pour aider les CASC à atteindre l'objectif du gouvernement de ramener à cinq jours le temps d'attente des clients ayant des besoins complexes pour les services de soins infirmiers et de soutien à la personne, le Ministère a alloué 75 millions de dollars aux CASC par l'entremise des RLISS en 2013-2014 et en 2014-2015, soit 15 millions de dollars pour les services de soins infirmiers et 60 millions de

dollars pour les services de soutien à la personne. Ces augmentations du financement montrent que le Ministère continue de travailler à l'élargissement des services de soins à domicile et en milieu communautaire pour que les clients puissent recevoir des soins aussi près que possible de leur lieu de résidence, ce qui est une des priorités établies dans la lettre de mandat que la première ministre a adressée au ministre de la Santé et des Soins de longue durée en septembre 2014.

Les CASC ne doivent pas dépenser plus qu'ils ne reçoivent chaque année conformément à leurs ententes respectives avec les RLISS qui les financent.

Priorité gouvernementale : En avril 2014, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée s'est engagé à réaliser une vision des soins à domicile et en milieu communautaire qui est fiable, robuste et accessible; qui est axée sur les clients et étroitement intégrée avec les autres services de santé et de soutien communautaire; qui est

responsable et transparente; et qui optimise les ressources pour les clients et les contribuables. En septembre 2014, un Groupe d'experts pour l'examen des soins à domicile et en milieu communautaire (le Groupe d'experts) a été formé pour formuler des recommandations précises et pratiques qui permettront au Ministère de réaliser sa vision. En mars 2015, le Groupe d'experts a publié un rapport, intitulé *Amener les soins au domicile*. Le rapport contenait 16 recommandations visant à créer un secteur des soins à domicile et en milieu communautaire davantage axé sur les clients et les familles, comme le montre l'**annexe 1**.

La lettre de mandat que la première ministre a adressée au ministre de la Santé et des Soins de longue durée en septembre 2014 faisait de l'élargissement des soins à domicile et en milieu communautaire une priorité du gouvernement.

En mai 2015, le Ministère a publié le rapport *Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire*, qui était éclairé par le travail du Groupe d'experts. Ce rapport énonce les 10 initiatives devant être réalisées entre 2015 et 2017 pour transformer le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire. Ces 10 initiatives sont décrites à l'**annexe 2**.

Rôle des coordonnateurs de soins : Les coordonnateurs de soins des CASC sont des professionnels de la santé réglementés — surtout des infirmières et infirmiers, des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes — qui sont chargés d'évaluer les clients et de gérer leurs soins à domicile. Ils travaillent directement avec les clients et leurs familles, aux CASC ou dans des hôpitaux. Les coordonnateurs de soins créent des plans de soins individuels qui indiquent le type et le niveau de service à fournir, en collaboration avec les fournisseurs des soins primaires des clients (comme le personnel infirmier praticien) et d'autres partenaires tels que les médecins de famille et d'autres organismes communautaires. Les coordonnateurs de soins aident également les clients qui passent d'un milieu de soins à un autre (par exemple, d'un foyer de soins de longue durée à un

logement avec services de soutien) ou d'une région géographique à une autre.

Pour permettre aux coordonnateurs de soins de passer plus de temps avec les clients, les CASC emploient des adjoints d'équipe qui assurent des services de soutien administratif, par exemple en mettant à jour les dossiers des clients, en prenant des rendez-vous pour eux et en les mettant en congé sous la direction des coordonnateurs de soins. Contrairement aux coordonnateurs de soins, les adjoints d'équipe ne sont pas des professionnels de la santé réglementés.

Au 31 mars 2015, 5 100 ou les trois quarts des 6 775 employés des CASC travaillaient comme coordonnateurs de soins ou comme adjoints d'équipe qui gèrent les cas des clients recevant des soins à domicile. Le coût de leurs salaires représente environ 20 % du financement total des CASC (la plus grande partie du financement restant sert à payer les services des fournisseurs contractuels).

Modèle de soins axés sur le client : Les 14 CASC utilisent un modèle de soins (voir la **figure 2**) afin d'offrir des niveaux de service plus uniformes qui répondent aux différents besoins des clients.

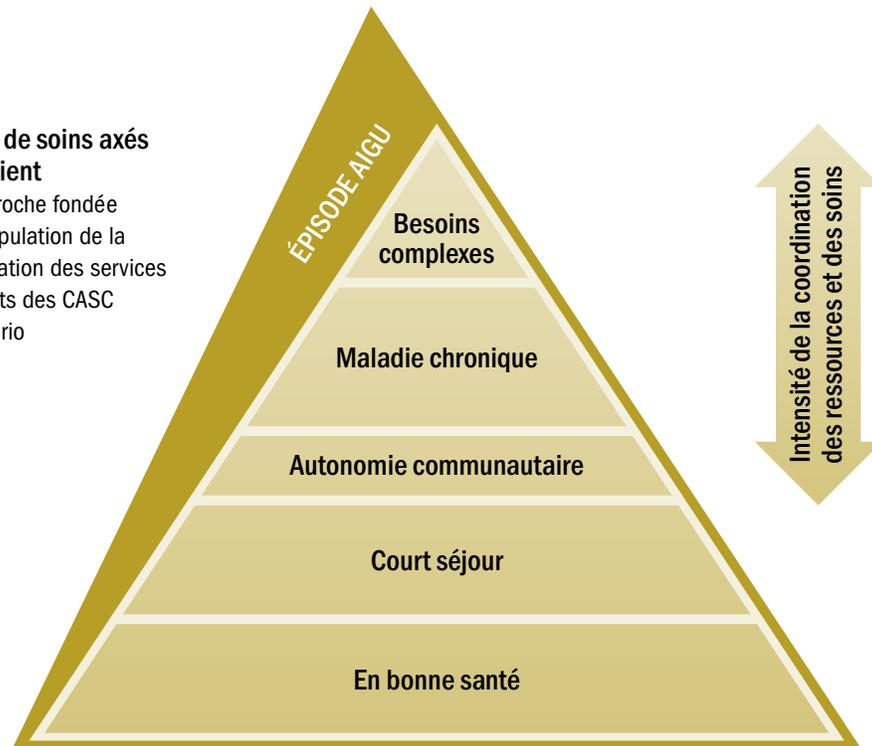
Conformément au modèle, les coordonnateurs de soins des CASC évaluent les clients en fonction de divers facteurs incluant l'état de santé, le degré d'indépendance, le risque d'épisode aigu (un épisode aigu est le stade le plus grave d'une blessure) et les facteurs socioéconomiques (comme la scolarité et le revenu). Les coordonnateurs de soins des CASC classent ensuite les clients évalués en cinq groupes de population : les clients en bonne santé, ceux qui doivent passer un court séjour en établissement, ceux qui vivent en autonomie dans la collectivité, ceux qui ont une maladie chronique et ceux qui ont des besoins complexes. Les membres du personnel des CASC doivent posséder les connaissances spécialisées et les compétences en gestion de cas nécessaires pour coordonner les soins aux clients particuliers et déterminer le niveau d'intensité requis pour répondre à leurs besoins. L'**annexe 3** comprend un tableau des groupes et sous-groupes

Figure 2 : Modèle de soins axés sur le client

Source des données : centres d'accès aux soins communautaires

Modèle de soins axés sur le client

Une approche fondée sur la population de la segmentation des services aux clients des CASC de l'Ontario



Notes explicatives :

- La population est plus nombreuse à la base (« En bonne santé ») et plus faible au sommet (« Besoins complexes »).
- Les clients peuvent se déplacer à l'intérieur du triangle et passer d'une catégorie à une autre lorsque leurs besoins changent.
- Un épisode aigu peut survenir n'importe quand pour n'importe quelle catégorie de clients, mais le potentiel augmente pour les clients qui ont de plus grands besoins.

de population qui indique l'intensité de gestion de cas recommandée pour chacun.

Outils d'évaluation des soins à domicile : Après confirmation par un CASC de l'admissibilité d'un client selon les critères établis par le règlement, un coordonnateur de soins du CASC évalue le client à l'aide d'outils d'évaluation normalisés, les Resident Assessment Instruments (RAI). Ces outils sont mis au point par un réseau de chercheurs répartis dans plus de 30 pays qui appartiennent à une organisation appelée interRAI. Différents outils RAI sont utilisés dans les services de soins de santé à domicile et en milieu communautaire, comme les foyers de soins de longue durée et les organismes de soutien. Par exemple, les organismes de soutien utilisent l'outil RAI-CHA (RAI-Community Health Assessment) pour évaluer la capacité des clients à

vivre en autonomie dans la collectivité, tandis que les CASC et les hôpitaux utilisent l'outil RAI-PC (RAI-Palliative Care) pour évaluer les besoins en soins palliatifs. Aux fins des soins à domicile, le personnel des CASC utilise l'outil RAI-CA (RAI-Contact Assessment) pour l'évaluation à l'accueil et l'outil RAI-HC (RAI-Home Care) pour l'évaluation initiale des résidents.

Pour déterminer les besoins en services d'un client, les coordonnateurs de soins posent habituellement les questions du RAI-CA par téléphone à partir du bureau du CASC dans les 72 heures suivant l'aiguillage. Cet instrument permet aux coordonnateurs de déterminer si les clients doivent faire l'objet d'une évaluation formelle immédiate ou s'ils ont besoin de soins urgents à domicile ou de services de réadaptation spécialisés. Comme les clients doivent généralement attendre avant

d'être évalués au moyen du RAI-HC, chaque CASC a conçu sa propre méthode de notation à utiliser avec le RAI-CA afin de pouvoir faire une détermination préliminaire des niveaux de service requis et les fournir sans délai. S'il est déterminé que les clients ne sont pas admissibles à des services de soins à domicile, les coordonnateurs de soins des CASC peuvent les aiguiller vers d'autres services communautaires de soutien, comme les services de livraison de repas à domicile, d'aide familiale et de transport.

Certains CASC ont également préparé un questionnaire de présélection plus court afin d'aider leur personnel à déterminer rapidement si une personne devrait faire l'objet d'une évaluation à l'aide du RAI-CA. Les clients présélectionnés et jugés « en bonne santé » selon le modèle de soins axés sur le client ne sont pas soumis à une évaluation RAI-CA.

S'il est déterminé lors de l'évaluation à l'accueil que le client vit en autonomie dans la collectivité ou qu'il a une maladie chronique ou des besoins complexes, le coordonnateur de soins doit poser les questions du RAI-HC en personne au domicile du client dans les 7 à 14 jours suivant l'évaluation à l'accueil du CASC. Le coordonnateur de soins élabore le plan de soins à l'aide des résultats de l'évaluation faite avec le RAI-HC, d'autres renseignements et de son jugement clinique. Le plan de soins décrit en détail le type et le niveau de services de soins à domicile qui répondraient aux besoins du client. Les CASC ont élaboré une méthode de mesure (non approuvée par l'interRAI) qui est utilisée de concert avec l'outil RAI-HC. Cette méthode de mesure produit des scores allant de 0 à 28, 0 étant le plus faible niveau de besoin en services de soutien à la personne et 28, le plus haut niveau. Les coordonnateurs de soins utilisent également cet instrument pour réévaluer les clients de long séjour qui ont des besoins complexes ou une maladie chronique ou qui vivent en autonomie dans la collectivité afin de déterminer si les besoins sont encore requis ou d'ajuster les niveaux de service au besoin. L'Association a entrepris de mettre en oeuvre l'instrument interRAI-HC afin de remplacer le RAI-HC

d'ici avril 2017 (les instruments interRAI-HC et RAI-HC ont été mis au point par la même équipe de recherche). Selon l'Association, l'instrument interRAI-HC permettra de mieux évaluer les besoins des clients.

La **figure 3** montre à quelle étape du parcours de soins à domicile chacun de ces outils d'évaluation est utilisé.

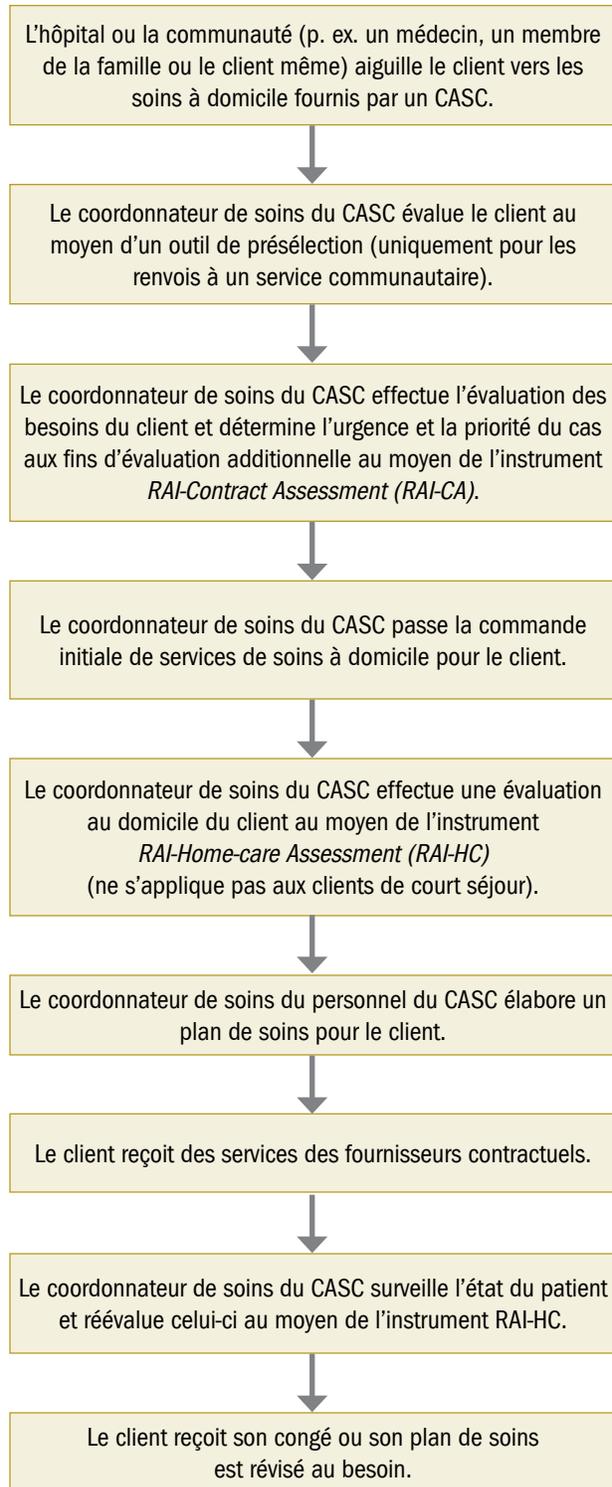
Les clients des CASC peuvent aussi recevoir des services de soins infirmiers ou de thérapie dans le cadre des soins à domicile. Les coordonnateurs de soins des CASC n'ont pas à vérifier si les clients ont besoin de ces services, car le personnel professionnel (comme les infirmières et infirmiers autorisés) détermine les niveaux de service et le nombre de visites d'après leur jugement clinique professionnel et les lignes directrices appelées « cheminements cliniques », qui définissent l'objectif, le processus, la durée et le plan de soins en fonction de la maladie.

Services de soutien à la personne : La plupart des services de soins à domicile sont fournis par des préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) qui sont employés par des fournisseurs de services à but lucratif du secteur privé ainsi que des organismes sans but lucratif. En 2014-2015, environ les trois quarts des heures de travail contractuelles ont été consacrés à la prestation de services de soutien à la personne au domicile des clients (les heures restantes ont été fournies par des infirmières et infirmiers et des thérapeutes). Selon la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires* (la Loi), les services de soutien à la personne comprennent principalement les activités relatives à l'hygiène personnelle, les activités personnelles régulières de la vie courante et la fourniture de matériel et de fournitures.

Un règlement pris en application de la Loi spécifie le nombre maximum d'heures de service de soutien à la personne qui peuvent être fournies à un client. Une modification apportée au règlement en juin 2008 a fait passer ce maximum de 80 à 120 heures au cours des 30 premiers jours de service et de 60 à 90 au cours de toute période

Figure 3 : Parcours du client à travers le système de soins à domicile* depuis l'aiguillage jusqu'à la mise en congé

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



* La figure illustre le processus de prestation des services de soutien à la personne.

subséquente de 30 jours. Ces limites peuvent être dépassées indéfiniment pour les clients des soins palliatifs et ceux qui attendent un placement en foyer de soins de longue durée dans des « circonstances exceptionnelles », ou pendant une période pouvant aller jusqu'à 90 jours pendant toute période de 12 mois pour les autres clients.

Soutien aux soignants : La *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires* énonce six objectifs d'un CASC, dont l'un est de fournir, directement ou indirectement, des biens et des services pour aider des parents, amis et autres particuliers à prodiguer des soins à domicile. Il est bien connu dans le secteur et chez les chercheurs que les soignants tels que les membres de la famille et les voisins jouent un rôle important en s'assurant que les clients reçoivent des soins appropriés qui leur permettent de rester chez eux le plus longtemps possible. Le rapport du Groupe d'experts soulignait d'ailleurs le besoin urgent d'aider les soignants à continuer de prendre soin des clients et recommandait de fournir davantage de ressources pour accroître la capacité des services de relève et d'urgence à domicile et hors domicile.

2.0 Objectif et portée de l'audit

Notre audit avait pour objectif de déterminer si les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), en partenariat avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), ont des processus en place pour coordonner la prestation des soins à domicile de manière intégrée et équitable, pour surveiller les fournisseurs de services conformément aux exigences contractuelles et autres, et pour évaluer la qualité et l'efficacité des services fournis et en rendre compte. Notre dernier audit des soins à domicile remonte à 2010. Étant donné l'importance de ce programme, nous avons

déterminé que le moment était venu de procéder à un autre examen. La haute direction du Ministère a accepté l'objectif de notre audit et les critères connexes.

Nous avons effectué nos travaux sur le terrain entre mars et juin 2015 et visité trois CASC : le CASC du Centre (administration centrale dans le Nord de Toronto), le CASC du Nord-Est (administration centrale à Sudbury) et le CASC de Champlain (administration centrale à Ottawa). Nous avons sélectionné ces 3 CASC pour représenter les 14 CASC en tenant compte de la région géographique, de la taille de la population et de la combinaison et du volume de services professionnels fournis. Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015, le Ministère a versé à ces trois CASC 644 millions de dollars, ce qui correspond à 26 % du total des dépenses des 14 CASC et à environ 25 % du nombre total de clients servis en Ontario. Nous nous intéressions surtout aux aînés (âgés de 65 ans et plus) et aux autres adultes (âgés de 18 à 64 ans) plutôt qu'aux enfants, qui peuvent aussi recevoir des services de soins à domicile et en milieu communautaire. Nous avons examiné les dossiers des clients et les documents internes sur les programmes, analysé les données sur les programmes et interviewé le personnel compétent. Nous avons également interviewé le personnel des réseaux locaux d'intégration des services de santé concernés, du Ministère et de l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, qui représente les 14 CASC.

Nous avons rencontré la présidente du Groupe d'experts pour l'examen des soins à domicile et en milieu communautaire et tenu compte du travail du Groupe d'experts dans cet audit. Nous avons obtenu des données du Bureau de l'Ombudsman de l'Ontario sur les plaintes reçues au sujet des CASC. Nous avons rencontré des représentants de l'Institut canadien d'information sur la santé afin de déterminer le type de données recueillies par l'Ontario au moyen des outils d'évaluation par comparaison avec les autres administrations canadiennes. Nous avons également rencontré des représentants

de Qualité des services de santé Ontario afin de déterminer le rôle joué par cet organisme dans l'évaluation du rendement des CASC. Nous avons recueilli des points de vue externes sur les soins à domicile auprès des organismes suivants : l'Association ontarienne de soutien communautaire, Home Care Ontario, l'Association canadienne de soins et services à domicile, la Coalition canadienne des proches aidants, l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario et l'Ontario Health Coalition.

Nous avons rencontré deux experts en conception et application des outils d'évaluation des soins à domicile et interviewé des représentants de neuf fournisseurs de services choisis sur leur expérience de la mise en oeuvre du programme de subventions salariales pour les préposés aux services de soutien à la personne. Nous avons également mené des recherches sur les pratiques de soutien aux soignants en vigueur dans d'autres provinces canadiennes, au Royaume-Uni, en Australie et aux États-Unis.

Cet audit sur les services de soins à domicile s'ajoute au rapport spécial de septembre 2015 sur les CASC que nous avons présenté en réponse à une motion adoptée par le Comité permanent des comptes publics, un comité tripartite de l'Assemblée législative de l'Ontario. Ce rapport couvrait notamment les dépenses des CASC, la rémunération des cadres supérieurs, les services de soins infirmiers fournis par les CASC et les fournisseurs de services, ainsi que l'acquisition des services de fournisseurs du secteur privé.

3.0 Résumé

Les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) jouent un rôle essentiel en veillant à ce que les clients reçoivent des soins là où ils sont le plus à l'aise : dans leur propre domicile. Entre 2008-2009 et 2014-2015, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a augmenté de 42 % les dépenses en services de soins

à domicile. Le Ministère a reconnu la valeur des soins à domicile et en milieu communautaire et a diffusé un certain nombre de rapports, mentionnés dans la **section 1.0**, qui soulignent l'importance de renforcer ce secteur.

Malgré ces efforts positifs, certains problèmes soulevés dans notre audit de 2010 du programme de soins à domicile n'ont pas encore été résolus. Par exemple, les clients font encore face à de longues périodes d'attente avant de pouvoir obtenir des services de soutien à la personne, et les niveaux de service offerts aux clients ayant les mêmes besoins dépendent encore de la région de l'Ontario où ils vivent. Ces problèmes de longue date subsistent principalement parce que les fonds octroyés à chaque CASC pour les soins à domicile se fondent en grande partie sur le financement des années précédentes plutôt que sur les besoins réels des clients et les priorités. En conséquence, pour respecter son budget, chaque CASC détermine lui-même les types et niveaux de service à fournir, contribuant ainsi aux différences notables entre les CASC sur le plan de l'admissibilité et des services. Par exemple, étant donné l'absence de normes provinciales dans de nombreux secteurs critiques, comme les niveaux de services de soutien à la personne à offrir aux clients ayant différents niveaux de besoins, certains clients peuvent recevoir plus de services que d'autres, simplement parce qu'ils habitent une région donnée.

Tant que ces problèmes généraux n'auront pas été réglés, la prestation des services de soins à domicile en Ontario restera inéquitable. Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- **L'admissibilité aux services de soutien à la personne et le niveau de service fourni, le cas échéant, dépendent du lieu de résidence** — Chaque CASC peut établir ses propres critères d'admissibilité aux soins à domicile. Une personne évaluée pourrait recevoir des services d'un CASC, mais pas d'un autre CASC. Par exemple, dans un des trois CASC visités, un client recevant une note de sept à l'évaluation liée aux soins à domicile n'aurait pas droit à des services de soutien à

la personne, parce que ce CASC ne fournit des services qu'aux clients ayant obtenu au moins huit points. Ce même client recevrait toutefois des services dans les deux autres CASC visités. De plus, pour les clients jugés admissibles aux soins à domicile, le niveau de soins reçu peut différer entre les CASC, même pour les clients ayant obtenu une note d'évaluation identique. Par exemple, le nombre maximum d'heures de service de soutien à la personne qu'un client ayant obtenu une note de 15 pourrait recevoir chaque semaine serait de 5 dans un des CASC visités, de 8 dans le deuxième et de 10 dans le troisième. De plus, comme les CASC ne peuvent pas accuser de déficit, la période de l'année où le client est aiguillé vers un CASC et son niveau de besoins peuvent déterminer s'il recevra des services ou non. Par exemple, dans un des CASC visités, il y avait neuf fois plus de clients inscrits sur la liste d'attente à la fin qu'au début de l'exercice 2014-2015. Cette augmentation du nombre d'inscriptions s'appliquait surtout aux clients ayant des besoins élevés ou très élevés, auxquels il faut généralement consacrer plus d'heures de service. Cette disparité des niveaux de service entre les CASC est largement attribuable aux grands écarts de financement des soins à domicile. Malgré les modifications apportées à la formule de financement depuis avril 2012, la province fournit encore différents montants par client à différents CASC. En outre, la disponibilité des services communautaires de soutien n'est pas uniforme à travers la province; certains CASC sont donc tenus de fournir plus de services à leurs clients lorsqu'il n'y a pas d'autres organismes aptes à fournir les services de soutien nécessaires.

- **La charge de travail des coordonnateurs de soins varie grandement et dépasse parfois la fourchette suggérée dans les lignes directrices normalisées. Il est donc difficile de s'assurer que les services de coordination de soins sont**

systematiquement offerts à tous les

clients — Dans deux des CASC que nous avons visités, l'ampleur des charges de travail n'est pas conforme aux recommandations des lignes directrices sur la charge de travail élaborée par l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario. Par exemple, dans un CASC, le nombre de clients ayant une maladie chronique dont les coordonnateurs de soins étaient responsables dépassait la charge de travail recommandée de 30 % en moyenne. En outre, les charges de travail variaient à l'intérieur de chaque CASC, la charge de travail d'un coordonnateur de soins pouvant être jusqu'à deux fois plus élevée que celle d'un autre coordonnateur de soins du même CASC. Ces variations pourraient faire en sorte que certains clients bénéficient d'une meilleure qualité de coordination des soins que d'autres. Le troisième CASC a choisi d'établir ses propres normes au lieu de suivre celles de la province après avoir évalué son expérience de l'application des lignes directrices concernant la charge de travail standard. Le personnel des CASC a indiqué que les charges de travail prescrites dans les lignes directrices provinciales doivent être révisées afin de refléter des objectifs plus réalistes étant donné les contraintes budgétaires.

- **Les CASC ne peuvent pas fournir les services de soutien à la personne aux niveaux maximaux autorisés par la loi** — Les coordonnateurs de soins des CASC doivent suivre les lignes directrices locales sur l'allocation de services et utiliser leur jugement clinique pour établir les niveaux de service aux clients. Au moment de notre audit, les coordonnateurs de soins des CASC limitaient encore le niveau de services de soutien à la personne à 60 heures par mois (les heures supplémentaires doivent être approuvées par la direction du CASC concerné), bien que les modifications réglementaires entrées en vigueur en juin 2008

aient porté le niveau de service maximum à 90 heures par mois après le premier mois de service (les clients ont droit à un maximum de 120 heures lors du premier mois de service). Un des CASC visités surveille le nombre de patients qui reçoivent plus de 60 heures de service par mois, afin de respecter son budget de fonctionnement annuel. Nous avons constaté que, dans ce CASC, les clients ayant besoin du plus grand nombre d'heures de service par mois attendaient plus longtemps que ceux dont les besoins étaient moins élevés. La réglementation ontarienne ne précise pas non plus le niveau minimum de services à fournir. Les CASC ne sont donc pas tenus d'offrir un niveau minimum de services de soutien à la personne à leurs clients, par exemple un nombre minimum spécifié de bains par semaine.

- **Les clients pourraient ne pas recevoir des niveaux de service appropriés, car les coordonnateurs de soins des CASC n'évaluaient ou ne réévaluaient pas les clients en temps opportun** — Dans les trois CASC visités, 65 % des évaluations initiales des besoins en soins à domicile et 32 % des réévaluations pour les clients ayant une maladie chronique ou des besoins complexes n'ont pas été effectuées dans les délais fixés au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015. Certains clients n'ont pas été évalués ni réévalués depuis près d'un an et d'autres depuis plus d'un an. En raison de ces retards, les clients pourraient ne pas recevoir le type et le niveau de soins appropriés aussi rapidement que possible, de sorte qu'ils pourraient recevoir des soins à domicile pour une période plus longue que nécessaire — ou même recevoir des services hospitaliers d'urgence ou être hospitalisés inutilement.
- **Les coordonnateurs de soins ne maintenaient pas tous leur capacité d'utiliser les outils d'évaluation, et certains d'entre eux n'étaient pas soumis à des tests réguliers**

mesurant leur compétence à cet égard

— Dans les trois CASC visités, 33 % des coordonnateurs de soins n'ont pas maintenu la compétence requise en effectuant le nombre minimum d'évaluations par mois prescrit par les normes du Ministère. En outre, les coordonnateurs de soins ne subissaient pas tous des tests formels sur l'utilisation des outils d'évaluation à la fréquence requise. Il est donc difficile de s'assurer que tous les coordonnateurs de soins possèdent les compétences requises pour évaluer les clients à l'aide des outils d'évaluation et qu'ils utilisent ceux-ci correctement.

- **Les soutiens aux soignants tels que les membres de la famille des clients des soins à domicile sont limités et ne sont pas disponibles de façon uniforme en Ontario** — Le niveau de soutien, comme les soins de relève, qu'un soignant reçoit dépend de la région où il vit, car ces services ne sont pas toujours disponibles ni facilement accessibles dans toutes les régions de l'Ontario. Même lorsque les CASC peuvent fournir des services de soutien à la personne afin d'alléger le fardeau des soignants, ces services sont fournis uniquement durant les heures de service allouées au client. Ce soutien pourrait ne pas être suffisant pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants. Nous avons remarqué que, dans son plan d'action en 10 points de mai 2015 pour les soins à domicile et en milieu communautaire, le Ministère proposait d'investir dans d'autres programmes de formation et d'éducation à l'intention des soignants.
- **Il pourrait être difficile pour les coordonnateurs de soins des CASC d'assurer un aiguillage efficace des clients vers les services communautaires de soutien, car les données d'évaluation et les listes d'attente ne sont pas centralisées** — Les CASC ne peuvent pas accéder aux données d'évaluation de certains organismes de services communautaires de soutien, car beaucoup de

ces organismes ont choisi de ne pas utiliser le système partagé d'information établi à cette fin. Par ailleurs, les CASC doivent communiquer avec plusieurs organismes de soutien afin de recenser les services disponibles de livraison de repas à domicile, de soins de relève, d'aide familiale et de transport, car il n'y a pas de listes d'attente centralisées pour ces services.

- **Les CASC doivent améliorer leur surveillance des fournisseurs de services contractuels** — Les CASC ne font pas des visites sur place régulières pour s'assurer que les fournisseurs de services respectent les exigences de leurs contrats. Nous avons constaté qu'aucun des CASC visités n'avait vérifié si les fournisseurs de services avaient signalé les visites manquées de façon exacte et complète. Il n'est pas non plus facile pour les CASC de repérer les cas où les fournisseurs de services n'ont pas fourni les services au moment où les clients en avaient besoin, parce que le terme « visites manquées » avait récemment été remplacé par « soins manqués ». Les CASC réalisent des sondages auprès de leurs clients afin de déterminer s'ils sont satisfaits du rendement de leurs fournisseurs de services, mais les résultats ne sont pas fiables en raison des fortes marges d'erreur pour certaines réponses des clients.
- **Le rendement de chaque CASC est mesuré par rapport à différents objectifs de prestation des services à la clientèle** — Seulement certaines données sur le rendement communiquées par les CASC sont mesurées par rapport à des objectifs. Dans les secteurs de rendement qui ont des objectifs, les CASC sont évalués en fonction de différentes normes, car les objectifs sont établis individuellement avec leurs RLISS respectifs. Par exemple, dans le cas de l'indicateur de rendement mesurant le pourcentage de clients des soins à domicile qui ont fait une visite imprévue au service des urgences dans les 30 jours suivant leur sortie de l'hôpital, les

objectifs des trois CASC visités variaient entre environ 4 % et 12 % en 2014-2015.

Le présent rapport contient 14 recommandations consistant en 31 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) apprécie l'audit détaillé sur la prestation des services de soins à domicile assurée par les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) qu'a mené le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario. Nous nous engageons à mettre en œuvre toutes les recommandations adressées au Ministère et à travailler avec nos partenaires du secteur des soins à domicile et en milieu communautaire afin de répondre de façon appropriée à toutes les recommandations de la vérificatrice générale.

Comme l'a souligné le Ministère dans sa réponse au rapport spécial de la vérificatrice générale publié en septembre 2015 intitulé *Centres d'accès aux soins communautaires — Opérations financières et prestation des services*, l'amélioration des soins à domicile et en milieu communautaire est une des grandes priorités du gouvernement. En mai 2015, le Ministère a publié *Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire* (Feuille de route), un nouveau plan visant à transformer la prestation de services à la maison et dans la communauté, par le biais de 10 grandes initiatives. Comme dans le cas du rapport de septembre 2015 de la vérificatrice générale, les observations et recommandations formulées dans le présent audit seront examinées et mises en œuvre par le Ministère dans le cadre des efforts déployés pour atteindre son objectif : offrir des services de soins à domicile et dans la communauté de plus grande qualité de façon plus uniforme et mieux intégrée.

Les recommandations de la vérificatrice générale visent de nombreux aspects des

initiatives de la Feuille de route. La création d'un cadre des niveaux de soins favorisera l'uniformisation des services offerts, des niveaux de service et des évaluations des clients à l'échelle provinciale. Le cadre permettra d'améliorer l'ensemble du système et de combler les lacunes actuelles en matière de services et d'information liés aux soins à domicile et dans la communauté. La Feuille de route définit en outre comme priorité l'accroissement des mesures de soutien à l'intention des fournisseurs de soins. Le Ministère s'est engagé à satisfaire aux besoins des clients et des fournisseurs de soins à domicile et dans la communauté.

RÉPONSE GLOBALE DES CASC ET DE L'ASSOCIATION

Les CASC se sont engagés à mettre en œuvre des pratiques exemplaires et des approches fondées sur des données probantes afin d'améliorer les soins aux patients, et ils donneront suite à la rétroaction donnée dans le présent rapport de la vérificatrice générale, comme ils l'ont fait auparavant. Nous sommes en faveur de l'adoption d'approches normalisées qui permettent une évaluation uniforme des patients, la collecte de données et l'analyse comparative à l'échelle locale, provinciale, nationale et internationale. C'est pour cette raison que les CASC ont œuvré sans relâche ces dernières années pour favoriser le recours à des modèles de prestation de service fondés sur les données probantes, et qu'ils évaluent et mesurent régulièrement leur rendement et produisent des rapports à ce sujet.

Le présent rapport souligne le rôle majeur que jouent les coordonnateurs de soins. Selon les CASC, on ne saurait trop insister sur l'importance de ces personnes, qui constituent le cœur d'un système efficace de soins à domicile. Les coordonnateurs de soins représentent l'unique point de contact pour les patients et leurs soignants. Les coordonnateurs aident ces personnes en élaborant des plans de soins adaptés

aux besoins en évolution des patients, veillent à ce que les soins soient fournis comme prévu et se font souvent à la fois le défenseur des intérêts des patients et l'allié des soignants pour aider les patients dans leur cheminement de soins. Étant donné que les coordonnateurs de soins évaluent les besoins des patients et s'assurent qu'ils bénéficient des meilleurs soins disponibles au moment et à l'endroit appropriés, les médecins et autres fournisseurs de soins font appel à eux à titre d'agents de communication avec les patients, en particulier lorsque l'état de santé de ceux-ci évolue.

La complexité des soins à domicile pour les patients s'est considérablement accrue depuis 10 ans. Cette situation crée de nouveaux défis pour les partenaires du système de santé en matière de prestation d'aide à domicile pour des patients ayant des besoins de plus en plus complexes. En 2014-2015, environ 70 % des patients de long séjour hospitalier des CASC sont considérés comme ayant des besoins complexes, alors que ce chiffre était de 40 % il y a cinq ans. Le nombre total de patients des CASC a plus que doublé en 10 ans pour s'établir à plus de 700 000 en 2014-2015.

Toute proposition de modernisation des soins à domicile et en milieu communautaire doit tenir compte de l'évolution du nombre de patients et de leurs besoins, de même que de la demande croissante de soins à domicile. Le cadre législatif qui régit notre secteur et les approches de financement à l'appui des CASC sont désuets et n'ont pas suivi la cadence des besoins actuels et futurs en matière de soins à domicile et en milieu communautaire.

Les CASC maintiennent leur volonté d'améliorer en permanence les soins et les services aux patients et ils appuient les efforts menés par la province pour transformer les soins à domicile et en milieu communautaire. S'appuyant sur leurs antécédents en gestion du changement, les CASC poursuivront leur collaboration avec les patients et soignants, les réseaux

locaux d'intégration des services de santé, les médecins, les hôpitaux, les organismes communautaires et les organisations de prestations de service ainsi que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour assurer la prestation de soins à domicile et en milieu communautaire de qualité.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 L'évaluation des besoins des clients et des familles doit être améliorée

Les coordonnateurs de soins des CASC sont l'unique point de contact pour les clients et coordonnent les mécanismes d'aide à leur intention en fonction de leurs besoins en soins, qui peuvent évoluer au fil du temps. Il incombe aux coordonnateurs de s'assurer que les services sont fournis conformément aux plans de soins établis pour chaque client. En outre, les coordonnateurs collaborent avec les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé pour s'assurer que les services fournis répondent aux besoins du client. Aux fins de l'évaluation des besoins de soins de clients, les coordonnateurs utilisent de façon continue des outils d'évaluation normalisés et fondés sur des données probantes ainsi que leur jugement clinique.

L'évaluation et la réévaluation des clients en temps opportun constituent un aspect important de la gestion des services de soins à domicile, pour que les clients reçoivent les bons niveaux de service au bon moment. Concernant les évaluations des clients dans les trois CASC visités, nous avons les préoccupations suivantes : elles n'étaient pas faites en temps opportun; les coordonnateurs de soins n'étaient pas assujettis à des tests réguliers permettant de déterminer leur compétence en évaluation des clients; et les soutiens aux aidants membres de la famille étaient limités et leur disponibilité n'était

pas uniforme, même lorsqu'il y avait un besoin évalué de tels services.

4.1.1 Les clients n'étaient pas évalués ou réévalués de façon uniforme et en temps opportun

Pour être admissible aux services de soins à domicile, une personne doit être assurée par le régime d'assurance-santé de l'Ontario. Les CASC servent les clients aiguillés vers les services de soins à domicile par un hôpital ou un organisme communautaire. Entre 2012-2013 et 2014-2015, le nombre de clients aiguillés vers les trois CASC visités par des hôpitaux ou des organismes communautaires est resté constant : en moyenne, 52 % des clients étaient aiguillés par des hôpitaux et 48 %, par des organismes communautaires. Les coordonnateurs de soins des CASC sont censés effectuer une évaluation à l'accueil à l'aide de l'instrument RAI-CA pour les clients aiguillés par des organismes communautaires (les clients qui reçoivent leur congé de l'hôpital peuvent être évalués à l'hôpital même), puis à l'aide de l'instrument RAI-HC pour tous les clients.

Nous avons constaté que, dans les trois CASC visités, les coordonnateurs de soins des CASC n'effectuaient pas les évaluations initiales (RAI-CA ou RAI-HC) en temps opportun. La **figure 4** montre dans quelle mesure les évaluations et réévaluations initiales ont été effectuées dans les délais prescrits. Nous faisons la même observation dans notre audit de 2010 des services de soins à domicile. Notre constatation d'audit à cet égard est conforme à celle de l'Association qui, dans son examen provisoire du modèle de soins axés sur le client de janvier 2013, concluait que de nombreux CASC n'arrivaient pas à évaluer les clients dans les délais prescrits par les normes de service. Dans les trois CASC visités, pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, 40 % des évaluations RAI-CA effectuées par les coordonnateurs de soins des CASC n'étaient pas effectuées dans le délai de 72 heures, tandis que 65 % des évaluations RAI-HC plus complètes n'étaient pas faites dans le délai de 7 à 14 jours pour les différentes catégories

de clients. En moyenne, le temps réel écoulé entre l'aiguillage et l'évaluation RAI-CA était de six à huit jours au lieu des trois jours prescrits. Les évaluations RAI-HC, quant à elles, étaient réalisées entre 25 et 28 jours après l'évaluation RAI-CA, plutôt que dans le délai fixé de 7 à 14 jours.

Des réévaluations régulières sont importantes pour que les clients qui reçoivent déjà des services de soins à domicile continuent de recevoir les services qui répondent le mieux à leurs besoins, ou pour que les coordonnateurs de soins des CASC sachent quand les clients n'ont plus besoin des services. Nous avons constaté que les clients qui reçoivent des soins à domicile ne sont pas réévalués dans les délais prescrits pour que les coordonnateurs puissent s'assurer que les soins reçus sont encore appropriés. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, les coordonnateurs de soins des trois CASC visités n'ont pas réévalué les clients ayant des besoins complexes ou une maladie chronique dans les délais dans 32 % des cas, mais ils ont réévalué tous les clients vivant en autonomie communautaire dans les 12 mois suivant leur évaluation à l'accueil, au besoin.

Des clients ne sont pas réévalués alors qu'ils auraient dû l'être. Par exemple, en juillet 2015, le pourcentage de tels clients se situait entre 34 % et 39 %, selon le CASC. Dans un centre, plus de la moitié des clients vivant en autonomie communautaire n'avaient pas été réévalués dans la période prescrite d'un an et attendaient encore en juillet 2015.

Les retards d'évaluation et de réévaluation — d'un an ou plus dans certains cas — mettent en évidence le problème d'absence d'évaluation systématique par les coordonnateurs de soins à l'aide des outils normalisés; des patients pourraient donc recevoir des services de niveau ne correspondant pas à leurs besoins. Compte tenu de cette préoccupation, les trois CASC ont mis en oeuvre des processus pour aviser les coordonnateurs de soins des évaluations et réévaluations en retard, et l'un d'eux envoyait un autre rappel à ses coordonnateurs lorsque les évaluations et réévaluations étaient en

Figure 4 : Délais fixés et délais réels pour les évaluations et les réévaluations dans trois CASC choisis, 2014-2015

Sources des données : Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, centres d'accès aux soins communautaires choisis

Catégorie de clients	Lignes directrices de l'Association	Délai réel			Maximum	Nombre d'évaluations en retard	Nombre total d'évaluations terminées	Pourcentage d'évaluations en retard	Nombre d'évaluations en retard de plus de 180 jours
		Moyenne	Médiane	90 ^e centile					
Temps écoulé entre l'aiguillage et l'évaluation à l'accueil (RAI-CA)									
Besoins complexes	Dans les 3 jours	7 jours	3 jours	20 jours	242 jours	1 876	4 218	44	2
Maladie chronique	Dans les 3 jours	8 jours	2 jours	24 jours	281 jours	7 198	17 390	41	2
Autonomie communautaire	Dans les 3 jours	6 jours	2 jours	17 jours	182 jours	2 745	7 818	35	1
Total						11 819	29 426	40	
Temps écoulé entre l'évaluation à l'accueil et l'évaluation initiale des résidents (RAI-HC)									
Besoins complexes	Dans les 7 jours	25 jours	15 jours	62 jours	349 jours	2 394	3 364	71	29
Maladie chronique	Dans les 10 jours	28 jours	16 jours	64 jours	432 jours	9 298	13 892	67	186
Autonomie communautaire	Dans les 14 jours	28 jours	16 jours	60 jours	452 jours	2 707	5 010	54	96
Total						14 399	22 266	65	
Temps écoulé entre l'évaluation initiale des résidents (RAI-HC) et la réévaluation									
Besoins complexes	Tous les 3 à 6 mois	3,6 mois	3,1 mois	7,5 mois	11,6 mois	250	1 347	19	250
Maladie chronique	Tous les 6 mois	5,1 mois	4,9 mois	9,1 mois	12 mois	1 349	3 646	37	1 349
Sous-total						1 599	4 993	32	
Autonomie communautaire	Chaque année	5,2 mois	5 mois	9,3 mois	12 mois	0	905	0	347

retard de 18 mois. Cependant, comme il y avait beaucoup d'évaluations et de réévaluations en retard dans les trois CASC visités au 31 mars 2015, nous nous demandons si leur personnel prenait des mesures pour remédier aux retards signalés.

Nous décrivons ci-après le cas d'une cliente aiguillée qui n'a pas été évaluée en temps opportun. Une cliente âgée de plus de 90 ans vit seule dans une maison de retraite. En septembre 2014, elle a été aiguillée vers un CASC parce qu'elle avait besoin de services de physiothérapie et de soutien à la personne en raison de sa mobilité réduite et de ses difficultés à accomplir certaines activités de la vie quotidienne. Quelques semaines plus tard, le CASC l'a appelée pour fixer la date de son évaluation à l'accueil le mois suivant, soit 52 jours après son aiguillage et bien après le délai de 3 jours prévu pour les évaluations à l'accueil. La cliente a obtenu une note RAI de 21, ce qui est « très élevé », et la coordonnatrice de soins a classé cette cliente comme ayant des besoins complexes. Le CASC a refusé de fournir des services de physiothérapie à cette cliente et a approuvé seulement 16 heures de service de soutien à la personne par mois, ce qui est bien inférieur aux 90 heures permises par la loi. En décembre 2014, la cliente est tombée et s'est fracturé le poignet. Sa famille a demandé des services supplémentaires de soutien à la personne, mais la coordonnatrice de soins a expliqué qu'il y avait une liste d'attente pour ces services et qu'ils n'étaient donc pas disponibles. La famille a choisi de payer des soins privés pour les heures supplémentaires requises. Le plâtre de la cliente a été enlevé en janvier 2015, et sa famille a alors demandé des services de physiothérapie. La coordonnatrice de soins a fait une visite à domicile en mars 2015, soit quatre mois et demi après l'évaluation à l'accueil et bien après les sept jours prévus pour une évaluation initiale des besoins en soins à domicile. En se fondant sur les résultats de cette évaluation, la coordonnatrice de soins a déterminé que la cliente avait besoin de services supplémentaires de soutien à la personne, mais la cliente n'a pas reçu les services requis parce qu'il y avait une longue liste

d'attente pour ces services, et elle n'a pas été jugée admissible aux services de physiothérapie.

4.1.2 Les coordonnateurs de soins n'ont pas maintenu leur compétence en utilisation des outils d'évaluation

Les CASC dispensent différentes formations sur l'utilisation des outils d'évaluation à leurs nouveaux coordonnateurs de soins. Par exemple, un CASC offre à ses nouveaux coordonnateurs au moins deux visites à domicile avec un mentor, des séances de formation et des exercices d'évaluation. Un autre exige de ses nouveaux coordonnateurs qu'ils participent à un programme d'orientation complet de 7 à 10 jours sur l'utilisation des outils d'évaluation. Ce CASC offre également un apprentissage en ligne et un soutien par les pairs à ses nouveaux coordonnateurs.

Pour que les coordonnateurs de soins maintiennent leur compétence en utilisation des outils d'évaluation, la politique du Ministère exige que chacun d'eux fasse au moins de 8 à 10 évaluations par mois. Nous avons vérifié si cette politique avait été respectée dans les trois CASC visités, au cours des quatre mois échantillonnés en 2014-2015. Nous avons constaté que 33 % des coordonnateurs de soins n'avaient pas effectué le nombre minimum requis d'évaluations par mois. Les CASC ont expliqué que leurs coordonnateurs n'avaient pas effectué le nombre prévu d'évaluations parce qu'ils travaillaient de façon occasionnelle ou à temps partiel; que certains d'entre eux travaillaient dans des hôpitaux et effectuaient seulement des évaluations au besoin; et que d'autres étaient en congé ou avaient été affectés ailleurs. Nous avons toutefois noté que la politique du Ministère n'établissait pas des exigences distinctes quant au nombre minimum d'évaluations pour les coordonnateurs de soins occasionnels ou à temps partiel.

Des tests continus pourraient aider les coordonnateurs de soins à maintenir leur compétence en utilisation des outils d'évaluation. En l'absence de norme provinciale concernant la fréquence des

tests à administrer aux coordonnateurs de soins des CASC, chaque CASC a établi sa propre politique à cet égard. Deux des trois CASC visités exigeaient que leurs coordonnateurs soient testés tous les deux ans sur leur connaissance de l'instrument d'évaluation des résidents (RAI-HC) et de l'instrument d'évaluation à l'accueil (RAI-CA), tandis que le troisième exigeait des tests annuels pour le RAI-HC et bisannuels pour le RAI-CA. Dans la pratique, nous avons constaté que, dans deux des trois CASC, les coordonnateurs de soins n'étaient pas testés à la fréquence requise ou n'étaient pas tous testés. Un CASC a fait passer des tests en 2010 et de nouveau en 2013, soit trois ans plus tard, alors qu'il a pour politique de tester les coordonnateurs de soins tous les deux ans. Environ 20 % des coordonnateurs n'ont pas subi le test de 2010 et à peu près 5 % n'ont pas participé au test de 2013. L'autre CASC a testé ses coordonnateurs de soins pour la dernière fois en 2011, mais 9 % d'entre eux n'ont pas passé ce test ou y ont échoué. Au moment de notre audit, ce CASC n'avait pas obligé ses coordonnateurs de soins à se soumettre à des tests depuis 2011 et il ne prévoyait pas le faire à l'avenir.

Nous avons remarqué que le personnel des foyers de soins de longue durée de l'Ontario doit être testé sur sa connaissance des outils d'évaluation chaque année et que l'Alberta, la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Zélande soumettent aussi leurs préposés aux soins à domicile à des tests annuels sur les outils d'évaluation. En 2004, l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario (l'Association) a engagé un organisme de l'extérieur pour qu'il offre une formation sur les outils d'évaluation aux coordonnateurs de soins des 14 CASC et qu'il administre des tests connexes, mais l'Association ne vérifie pas si les coordonnateurs de soins sont testés à la fréquence requise. C'est à chaque CASC qu'il revient de le faire.

RECOMMANDATION 1

Pour que tous les clients des soins à domicile reçoivent les soins les plus appropriés en temps opportun, les centres d'accès aux soins communautaires, de concert avec l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, doivent :

- évaluer et réévaluer les clients dans les délais prescrits;
- informer les clients des temps d'attente prévus pour les évaluations et les réévaluations, particulièrement lorsque le délai fixé ne sera pas respecté;
- exiger des gestionnaires qu'ils examinent les rapports sur les évaluations et les réévaluations en retard et s'assurer que les coordonnateurs de soins s'occupent des dossiers en retard dans les meilleurs délais;
- exiger que tous les coordonnateurs de soins des CASC effectuent le nombre minimum d'évaluations chaque mois et soient testés sur l'utilisation des outils d'évaluation chaque année et vérifier si cette exigence est respectée.

RÉPONSE DES CASC ET DE L'ASSOCIATION

L'Association et les CASC accueillent favorablement la reconnaissance par la vérificatrice générale de leurs grandes priorités, soit les soins et la sécurité des patients. Nous sommes également ravis que la vérificatrice générale reconnaisse que les coordonnateurs de soins sont des professionnels de la santé très compétents et réglementés qui évaluent constamment les patients en se fondant sur leur jugement clinique et sur un ensemble de commentaires importants. Ceux-ci sont donnés notamment par les patients et leurs soignants (par téléphone ou en personne), de fréquentes mises à jour faites par tous les membres de l'équipe de soins (y compris les médecins et le personnel de fournisseurs

de services contractuels), ainsi que le Resident Assessment Instrument, un outil électronique normalisé de collecte de renseignements. Toutes ces sources d'information aident les coordonnateurs de soins à évaluer les besoins, points forts et préférences des patients. Au gré de l'échange d'information et de l'évolution des besoins, les coordonnateurs de soins priorisent les patients et modifient les plans de soins en conséquence afin de s'assurer que les patients bénéficient des soins dont ils ont besoin. Les CASC poursuivront leurs efforts pour améliorer les processus d'évaluation et de réévaluation au moment opportun, déterminer le meilleur moment d'utiliser les outils d'évaluation et mieux expliquer les lignes directrices sur l'utilisation des outils généraux d'évaluation pour effectuer l'évaluation globale des besoins en soins des patients.

4.1.3 Les soutiens aux soignants sont minimes

Tant les CASC que le Ministère reconnaissent l'importance des soignants dans la prestation des soins à domicile. Un des CASC visités a constitué un conseil composé de clients et de soignants qui donne des avis à son conseil d'administration et cherche des moyens d'améliorer les services à la clientèle. En outre, les CASC ont chacun leur propre page sur « lignesante.ca », un site Web provincial qui contient des renseignements sur les services et soutiens aux soignants. En fait, le Ministère avait reconnu l'importance des soignants dès 2009 lorsqu'il a financé la production d'un rapport sur les répercussions de la politique à long terme concernant les soignants. Le rapport affirmait que le gouvernement devrait appuyer et encourager une plus grande participation des soignants. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de même que le ministère du Travail ont depuis pris un certain nombre d'initiatives de soutien aux soignants, notamment en adoptant une loi qui crée un congé avec protection de l'emploi d'une durée maximale de huit semaines pour que les soignants

puissent prendre soin d'un membre de leur famille qui a un problème de santé grave et en améliorant l'accès des clients des soins à domicile à des lits de soins de courte et de longue durée afin d'accorder un répit aux soignants.

Au moment de notre audit, nous avons constaté que le soutien offert aux soignants par les trois CASC visités était minime.

- À l'intérieur des CASC, les coordonnateurs de soins peuvent prendre des dispositions pour qu'une partie des services de soutien à la personne alloués à un client soit consacrée aux soins de relève. Cependant, ce bloc de temps est prélevé sur le total des heures de soutien à la personne alloué au client et ne s'y ajoute pas.
- En ce qui concerne les services à l'extérieur des CASC, les coordonnateurs de soins des CASC peuvent aussi aiguiller les clients vers d'autres organismes, par exemple pour qu'ils puissent occuper des lits de soins de longue durée réservés à cette fin ou participer à des programmes de jour pour adultes, afin d'accorder un répit aux soignants. Cependant, ces services ont des listes d'attente ou ne sont pas disponibles du tout dans certaines collectivités.

Nous avons comparé le niveau de soutien offert aux soignants des clients des soins à domicile en Ontario à celui offert ailleurs et constaté que d'autres provinces et pays soutiennent davantage les soignants. À l'heure actuelle, le Manitoba est la seule province canadienne à avoir adopté une loi reconnaissant formellement la présence et l'importance des soignants dans les soins à domicile et en milieu communautaire. Dans la foulée de la promulgation de la loi en 2011, le Manitoba a créé en avril 2012 un comité consultatif de soignants chargé de fournir des renseignements, des conseils et des recommandations à la ministre de la Vie saine et des Aînés. Le Manitoba permet également aux soignants primaires qualifiés de recevoir un crédit d'impôt remboursable pouvant aller jusqu'à 1 400 \$ (le maximum permis en 2015). Selon la

Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels, la Nouvelle-Écosse offre une aide financière aux soignants admissibles. En outre, selon le Ministère, l'Australie, les États-Unis et le Royaume-Uni tiennent compte du soignant dans leur évaluation des besoins des clients. Le Royaume-Uni a d'ailleurs mis en place un réseau de 144 « centres pour soignants » qui offrent un soutien, des conseils, des services de counseling et une formation aux soignants informels.

Nous avons également constaté que les CASC ne font pas toujours un suivi distinct du soutien ou des services fournis aux soignants. Un seul des trois CASC visités suivait cette information. Ses données indiquaient que le nombre d'heures de soins de relève avait reculé, de 18 700 en 2012-2013 à 1 110 en 2014-2015, soit 16 fois moins. Cette baisse était due au fait qu'en 2013-2014, ce CASC a décidé de modifier un programme pour aînés afin d'offrir des programmes de jour pour adultes, mais non des soins de relève.

Dans son plan d'action en 10 points de mai 2015 visant à renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire, le Ministère s'engageait à investir dans d'autres programmes de formation et d'éducation pour les soignants. Dans son rapport, le Groupe d'experts recommandait également de fournir davantage de ressources pour accroître la disponibilité des services de soutien aux soignants et, en particulier, pour accroître la capacité des services de relève planifiés et d'urgence à domicile et hors domicile.

RECOMMANDATION 2

Pour appuyer les soignants et faire en sorte que les clients puissent recevoir des soins à domicile aussi longtemps que nécessaire et s'assurer que le niveau de soutien aux soignants est suffisant,

- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, par l'entremise des RLISS, doit évaluer les types de soutiens aux soignants et les initiatives en vigueur ailleurs et envisager des approches à adopter en Ontario;

- les centres d'accès aux soins communautaires doivent suivre la quantité et le type de soutiens offerts aux soignants et déterminer si ceux-ci sont suffisants et appropriés.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec cette recommandation et reconnaît l'importance de placer les clients et les soignants au premier plan de la planification et de la prestation des soins à domicile et en milieu communautaire. Comme le mentionne le rapport de la vérificatrice générale, le Ministère s'est engagé à accroître les mécanismes d'aide et de formation à l'intention des soignants, dans le cadre du plan en 10 étapes intitulé *Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire*. Aux termes de cette Feuille de route, le Ministère travaille à l'élaboration d'un cadre des niveaux de soins qui tiendra compte des besoins des clients et de ceux des soignants lors de l'établissement d'un plan de soins.

Le Ministère est toujours prêt à mobiliser et à consulter les soignants pour la conception de toutes les initiatives de la Feuille de route, par le biais du Groupe consultatif des fournisseurs de soins et des patients pour l'amélioration des soins à domicile et en milieu communautaire ainsi que de groupes de travail chargés de projets particuliers. Enfin, le Ministère examinera les mécanismes d'aide et les initiatives offerts dans d'autres administrations afin d'orienter ses efforts d'aide aux soignants.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC reconnaissent qu'il existe trop peu de services et d'aide à l'intention des soignants. Les CASC travaillent en étroite collaboration avec les soignants pour aider les patients à leur domicile et constater sur place les pressions exercées sur les soignants. Les 14 CASC ont créé un site Web, intitulé « Caregiver Exchange » pour promouvoir l'aide et les services disponibles

pour les soignants. Plusieurs CASC ont mis sur pied des programmes d'aide aux soignants, mais aucun n'a reçu de financement pour ces services et programmes. Les CASC attendent avec impatience, et accueillent favorablement, la prestation d'une aide accrue aux soignants.

4.2 La coordination des services à domicile pourrait être mieux gérée

Les clients qui reçoivent des services des CASC sont assignés à des coordonnateurs de soins. Chaque coordonnateur peut avoir une charge de travail incluant une ou plusieurs catégories de clients. Les cas sont assignés aux coordonnateurs de soins en fonction de quatre facteurs : la distance jusqu'au domicile du client; l'intensité de la coordination des soins requise; la spécialité de coordination des soins (selon la catégorie, comme les clients qui ont des besoins complexes ou une maladie chronique ou qui vivent en autonomie communautaire); et le niveau de coordination avec d'autres fournisseurs de soins de santé comme les hôpitaux et les services communautaires. Dans le cadre de notre audit, nous avons constaté que le nombre de cas confiés aux coordonnateurs de soins variait d'un CASC à l'autre et à l'intérieur du même CASC et n'était pas conforme aux lignes directrices provinciales établies par l'Association; et qu'un seul CASC visité avait conçu un rapport d'information pour surveiller les charges de travail.

4.2.1 Les charges de travail des coordonnateurs de soins variaient et n'étaient pas conformes aux lignes directrices en 2014-2015

Dans les trois CASC visités, la plupart des coordonnateurs de soins ont des charges de travail incluant une seule catégorie (comme les clients qui ont des besoins complexes ou une maladie chronique ou qui ont besoin de soins de courte durée), sauf dans les régions rurales ou les vastes

régions géographiques où il est jugé plus rentable d'attribuer des charges de travail mixtes (c.-à-d. une combinaison de clients qui ont des besoins complexes ou une maladie chronique et d'autres clients) étant donné le temps de déplacement et le nombre insuffisant de membres d'une catégorie donnée. En 2009-2010, l'Association a élaboré des lignes directrices provinciales sur les charges de travail pour chaque catégorie de clients conformément au modèle de soins axés sur le client. Au moment de notre audit, deux des trois CASC visités suivaient ce modèle provincial. Le troisième CASC a initialement suivi ce modèle provincial et, en février 2014, il a effectué un examen de l'adoption du modèle afin de connaître les points à améliorer. À la lumière de cette évaluation, le CASC a adopté en février 2015 une version modifiée du modèle provincial, qui comprend des catégories de clients (appelées « soins communautaires » et « soins regroupés ») différentes de celles du modèle provincial. Ce CASC a aussi élaboré ses propres lignes directrices concernant les charges de travail liées aux différentes catégories de clients au printemps 2015. Il a observé que des révisions étaient nécessaires afin de mieux répondre aux besoins de ses clients.

La **figure 5** compare les charges de travail réelles et recommandées pour chaque catégorie de clients dans les trois CASC visités. Dans les deux CASC qui suivaient les lignes directrices de l'Association, nous avons constaté qu'au 31 mars 2015, les charges de travail moyennes n'étaient pas conformes à ces lignes directrices et que certains coordonnateurs de soins avaient beaucoup plus ou beaucoup moins de cas que recommandé. En particulier :

- dans un CASC, les charges de travail recommandées pour les clients ayant des besoins complexes variaient entre 40 et 60 cas, mais la charge de travail des coordonnateurs s'établissait en moyenne à 71 cas et pouvait atteindre 146 cas;
- dans le même CASC, les charges de travail recommandées pour les clients ayant une maladie chronique variaient entre 80

Figure 5 : Comparaison des charges de travail réelles et recommandées par catégorie de clients dans les trois CASC choisis

Sources des données : Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, centres d'accès aux soins communautaires choisis

Catégorie de clients	Sous-catégorie	Charges de travail des coordonnateurs de soins selon les lignes directrices de l'Association	Charges de travail réelles au 31 mars 2015			
			CASC 1		CASC 2	
			Moyenne	Fourchette	Moyenne	Fourchette
Besoins complexes	Aînés, adultes, clients en soins palliatifs	40-60	71	46-146	44	14-60
Maladie chronique	Aînés, adultes, clients en soins palliatifs	80-100	119	88-170	89	51-115
Autonomie communautaire	Stables à risque, autonomie avec soutien	140-160	160	66-217	112	70-148
Court séjour	Épisodes aigus, blessures, réadaptation, oncologie	200-300	214	116-317	294	135-365

Catégorie de clients	Charges de travail des coordonnateurs de soins selon les lignes directrices locales	Charges de travail réelles au 13 juin 2015	
		CASC 3	
		Moyenne	Fourchette
Soins regroupés	150-170	169	94-220
Soins communautaires	90-110	91	50-113
Soins palliatifs	70	62	42-71
Court séjour	300	351	175-539

et 100 cas, mais la charge de travail des coordonnateurs s'établissait en moyenne à 119 cas et pouvait atteindre 170 cas;

- dans un autre CASC, les charges de travail recommandées pour les clients vivant en autonomie communautaire variaient entre 140 et 160 cas, mais la charge de travail moyenne des coordonnateurs s'établissait en moyenne à 112 cas et pouvait être de seulement 70 cas.

Les CASC ont souligné qu'au cours des dernières années, la hausse du nombre de clients, en particulier de ceux ayant des besoins complexes et chroniques a été plus forte que l'augmentation du financement des activités de coordination.

En outre, les besoins des clients actuels évoluent

au fil du temps, et peuvent exiger des services supplémentaires de coordination des soins. Par conséquent, les charges de travail de coordination peuvent ne pas toujours respecter les niveaux de service exigés par les directives normalisées.

Les charges de travail des coordonnateurs de soins pourraient être mieux gérées s'il y avait des données indiquant à la direction quels cas devraient être répartis de façon plus équitable entre les coordonnateurs de soins. Un seul des trois CASC visités produisait un rapport permettant à la direction de surveiller les charges de travail des coordonnateurs de soins.

Nous avons remarqué que les charges de travail variaient beaucoup, même à l'intérieur

de chaque CASC. Par exemple, au 31 mars 2015, un coordonnateur de soins d'un CASC était responsable de 30 clients ayant des besoins complexes, alors qu'un autre coordonnateur du même CASC s'occupait de 60 clients ayant des besoins complexes, soit le double.

Ces variations des charges de travail pourraient affecter la qualité de la coordination des soins. Les différents niveaux de coordination des soins peuvent varier selon le coordonnateur responsable et la région où habite le client. En janvier 2013, l'Association a examiné les charges de travail des coordonnateurs de soins et constaté que, dans sept CASC, la charge de travail se situait dans la fourchette recommandée dans seulement un cas sur cinq, qu'elle la dépassait dans plus de la moitié des cas, et qu'elle y était inférieure dans un cas sur quatre.

D'autres facteurs affectent la qualité de la coordination des soins. Par exemple, dans un des CASC visités, un coordonnateur de soins qui travaille à temps plein et qui est responsable des clients vivant en autonomie communautaire s'occupait de 168 clients au moment de notre audit, alors que la fourchette recommandée s'étend de 140 à 160. Ce coordonnateur de soins effectuait aussi des évaluations en retard et remplaçait deux autres coordonnateurs.

Les CASC visités ont souligné que les charges de travail recommandées n'étaient pas réalisables en raison des postes vacants, des congés de maladie et des contraintes budgétaires et ont suggéré que l'Association passe en revue les charges de travail et combinaisons recommandées. Un CASC a observé que les charges de travail limitées à une seule catégorie de clients (comme ceux qui ont des besoins complexes ou une maladie chronique) posent des problèmes parce que, dans bien des cas, les clients ne veulent pas être affectés à un autre coordonnateur de soins lorsque leurs besoins changent et préfèrent rester avec le coordonnateur qu'ils connaissent. Comme il est noté plus haut, un des CASC visités a adopté un modèle modifié de gestion de cas en 2015. Ce CASC a établi des objectifs

différents des objectifs de l'Association et était donc davantage en mesure de les atteindre. Au moment de notre audit, l'Association n'avait pas modifié les charges de travail recommandées des coordonnateurs de soins pour les différentes catégories de clients.

4.2.2 Le suivi téléphonique des clients après la mise en congé des soins à domicile n'est pas efficace

On pourrait éviter que les clients qui ont reçu leur congé des soins à domicile retournent inutilement à l'hôpital ou aux services de soins à domicile en assurant un suivi afin de savoir comment ils se tirent d'affaire. Nous avons constaté que le pourcentage de clients non suivis par les coordonnateurs de soins était de 17 % dans un des CASC visités et de 82 % dans un autre. Le troisième CASC n'a pas vérifié si des appels de suivi avaient été faits aux clients mis en congé au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014. Dans les deux CASC qui ont fait et surveillé les appels de suivi, le nombre moyen de jours écoulés entre la mise en congé et le suivi était de 64 pour les clients vivant en autonomie communautaire, comparativement aux 30 jours recommandés dans les lignes directrices provinciales de l'Association. Pour les clients ayant une maladie chronique ou des besoins complexes, les lignes directrices provinciales exigent des CASC qu'ils fassent des appels de suivi dans les six semaines suivant la mise en congé. Or, dans les deux CASC visités, l'intervalle moyen était de 12 semaines pour les clients ayant des besoins complexes et de 11 semaines pour les clients ayant une maladie chronique. Selon les CASC, un certain nombre de clients ont tendance à retourner aux services de soins à domicile après avoir quitté l'hôpital, en raison de leur état de santé. Un appel de suivi auprès de ces clients après leur congé de l'hôpital pourrait ne pas avoir de grande incidence sur le leur taux de retour. Nous avons observé que, sur les clients mis en congé par les trois CASC que nous avons visités au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014,

26 % ont dû retourner aux services de soins à domicile pour le même problème de santé qu'avant. En moyenne, ces clients ont été réadmis aux CASC 181 jours après leur mise en congé des soins à domicile. Or, 20 % des clients ayant reçu leur congé des services des CASC pour une raison autre qu'une hospitalisation, un placement en foyer de soins de longue durée ou un voyage de plus d'un mois ont été réadmis dans le mois suivant leur mise en congé.

RECOMMANDATION 3

Afin d'optimiser le déploiement optimal des coordonnateurs conformément aux lignes directrices sur les charges de travail et d'encourager la prestation de niveaux de services équitables partout dans la province, les CASC doivent travailler avec l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario pour :

- s'efforcer de comprendre pourquoi les charges de travail varient et déterminer comment réduire les écarts;
- réévaluer et, si nécessaire, réviser les lignes directrices provinciales actuelles concernant les charges de travail des coordonnateurs de soins;
- assurer un suivi auprès des clients mis en congé dans les délais prescrits.

RÉPONSE DES CASC

Les coordonnateurs de soins jouent un rôle majeur dans l'évaluation, la planification et la coordination des services afin que les patients atteignent leurs objectifs en matière de soins de santé. Étant donné qu'un nombre croissant de patients veulent rester à leur domicile et que la durée moyenne d'utilisation des services d'un CASC était d'environ 15 mois pour les patients de long séjour en 2014-2015, la charge de travail des coordonnateurs de soins ne cesse de s'alourdir. Les CASC tiennent compte de divers facteurs, dont les lignes directrices sur la charge de travail, lorsqu'ils cherchent à établir

un équilibre entre les besoins des patients et la demande croissante de soins. Le nombre de patients desservis ne peut constituer la seule mesure du travail des coordonnateurs de soins. Cette évaluation doit également comprendre la gamme de soins fournis, à la lumière des besoins propres à chaque patient. De plus, les patients préfèrent conserver le même coordonnateur de soins, ce qui contribue aussi à la croissance de la charge de travail. Retirer un patient de la charge de travail d'un coordonnateur de soins uniquement pour assurer l'atteinte d'un objectif nuit au patient et n'est pas une mesure que prend un CASC si cela n'est pas nécessaire. Les CASC examinent régulièrement les charges de travail afin d'améliorer la compréhension et l'élaboration de programmes et de services qui aident les patients à vivre de façon autonome dans la communauté.

4.3 Il n'y a pas suffisamment d'information sur les services communautaires de soutien disponibles

En plus d'admettre les clients des services de soins à domicile, les coordonnateurs de soins des CASC doivent aussi les aiguiller vers des organismes de services communautaires de soutien (organismes de soutien) lorsque les services de soins à domicile offerts par le CASC ne sont pas suffisants pour répondre aux besoins des clients, ou lorsque ces besoins sont moindres et seraient mieux comblés par un organisme de soutien. Les services communautaires de soutien peuvent comprendre, par exemple, la livraison de repas à domicile et les soins de relève et occasionner des coûts pour les clients. Depuis juin 2009, les coordonnateurs de soins doivent aussi gérer le placement des clients pour certaines catégories de services, comme les programmes de jour pour adultes (programmes supervisés de groupe pour les adultes dépendants) et les services d'assistance et de logement avec services de soutien (pour les personnes qui n'ont pas

besoin du niveau d'assistance offert dans un foyer de soins de longue durée, mais qui ne peuvent plus gérer leur propre ménage).

Depuis 2013, les CASC utilisent une liste de ressources propres à chaque région sur le site Web « lignesante.ca » afin de faciliter leurs activités d'aiguillage. Nous avons toutefois repéré les problèmes suivants qui nuisent à la capacité des CASC d'aiguiller les clients vers les organismes de soutien compétents : les CASC n'assuraient pas un suivi systématique des aiguillages ou ne tenaient pas de listes d'attente centralisées pour tous les programmes à l'intention des clients actuels des soins à domicile; la disponibilité des programmes variait d'une région à l'autre; les programmes de jour pour adultes et les logements avec services de soutien n'étaient pas suffisants pour répondre à la demande; et les données d'évaluation clés sur les clients n'étaient pas ajoutées à un système d'information et n'étaient donc pas partagées entre les CASC et les organismes de soutien.

4.3.1 Le suivi des aiguillages vers les organismes de services communautaires de soutien a été amélioré, mais les données sont limitées

Nous avons constaté que les trois CASC visités n'assuraient pas un suivi systématique des aiguillages effectués vers les services communautaires de soutien pour les clients des soins à domicile ou pour le grand public. Deux CASC ont commencé à recueillir des données sur les aiguillages vers les programmes de jour pour adultes et de logement avec services de soutien en 2012-2013; le troisième CASC a commencé à le faire en 2013-2014. Avant cela, les coordonnateurs de soins versaient une note dans le dossier du client aiguillé vers des services communautaires de soutien, mais ils ne compilaient pas de statistiques sur le nombre total d'aiguillages effectués. Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015, les trois CASC combinés ont aiguillé environ 10 500 personnes vers des programmes de jour pour adultes et des services d'assistance et de

logement avec services de soutien, soit 37 % de plus que l'année d'avant.

Les données recueillies sur les aiguillages vers des services communautaires de soutien autres que les programmes de jour pour adultes et les services d'assistance et de logement avec services de soutien variaient entre les trois CASC visités. Un CASC suivait tous les aiguillages effectués; le deuxième suivait les aiguillages vers les services de soins de relève, de transport et de formation en autonomie pour les clients souffrant d'une lésion cérébrale acquise, mais non vers les services de livraison de repas à domicile; et le troisième ne suivait pas du tout les aiguillages vers d'autres services communautaires de soutien.

Les CASC qui ne tiennent pas de données complètes sur le type d'aiguillages effectués vers d'autres organismes ne peuvent pas démontrer que les clients ont été dirigés vers les services communautaires de soutien appropriés.

4.3.2 Les services communautaires de soutien ne sont pas toujours disponibles dans toutes les régions

Dans les trois CASC visités, le nombre d'aiguillages effectués a augmenté au cours des deux dernières années. Le personnel des CASC nous a toutefois informés que certains services communautaires de soutien ne sont pas disponibles dans certaines régions. Les CASC essaient alors d'aiguiller les clients vers des services similaires fournis par des organismes de leur région ou d'autres régions. Lorsque ces services de rechange ne sont pas disponibles, les clients n'ont simplement pas accès aux services communautaires de soutien dont ils ont besoin. Par exemple, nous avons constaté que les services de soins palliatifs fournis par des organismes d'assistance ne sont pas disponibles dans une région desservie par un des CASC que nous avons visités. Pour combler cette lacune, le Groupe d'experts a recommandé en avril 2015 que chaque RLISS présente au Ministère un plan de capacité pour sa région qui indique quelles sont les

lacunes et comment sera comblé tout écart sur le plan des services de soins à domicile et en milieu communautaire.

4.3.3 Les temps d'attente pour accéder aux programmes de jour pour adultes et aux programmes de logement avec services de soutien variaient d'un CASC à l'autre

Le nombre de programmes de jour pour adultes et de services d'assistance et de logement avec services de soutien n'est pas suffisant pour répondre à la demande. Les trois CASC visités avaient de longues listes d'attente et de longs délais pour ces services. Ces trois CASC gèrent des listes centralisées pour les deux programmes. En moyenne, 275 personnes attendaient des programmes de jour pour adultes et 380 attendaient des services d'assistance et de logement avec services de soutien dans les trois CASC au 31 mars 2015. Certaines personnes devaient attendre jusqu'à deux ans et demi pour les programmes de jour pour adultes et jusqu'à deux ans pour les services d'assistance et de logement avec services de soutien. Le temps d'attente moyen variait : pour les programmes de jour pour adultes, il allait de 3,6 mois dans un CASC à plus du double dans un autre; pour les services d'assistance et de logement avec services de soutien, il allait de 2,8 mois dans un CASC à 7,7 mois dans un autre.

4.3.4 Il n'y a pas de listes d'attente centralisées pour les autres services communautaires de soutien

Les trois CASC visités n'ont pas de listes d'attente centralisées pour les autres services communautaires de soutien tels que la livraison de repas à domicile et les services de transport. Pour diriger des clients vers ces services, les coordonnateurs de soins doivent contacter chaque organisme de soutien pour savoir si des places sont disponibles. Même si les organismes de soutien ont leurs propres listes d'attente pour ces services, les

trois CASC n'ont pas accès à cette information en temps réel. Un tel accès aiderait les CASC à aiguiller les clients vers ces services de façon plus efficace.

RECOMMANDATION 4

Pour aider les clients à obtenir les services communautaires nécessaires et s'assurer que tous les fournisseurs de services de santé et tous les clients ont accès à des données à jour sur la disponibilité de ces services, les centres d'accès aux soins communautaires doivent :

- faire le suivi de tous les aiguillages vers des organismes de services communautaires de soutien;
- de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé qui les financent, envisager de centraliser les données sur les listes d'attente pour tous les services communautaires de soutien.

RÉPONSE DES CASC

En raison de la présence d'un bon nombre d'entités offrant des services de soutien dans chaque communauté, le système de services communautaires de soutien est morcelé. Les CASC ont conçu un outil, eReferral, qui enregistre la prestation de services communautaires à un patient d'un CASC; cette information est ensuite versée au dossier électronique du patient du CASC. Les CASC fournissent l'outil eReferral à plus de 500 organismes de services communautaires de soutien.

Même si les CASC n'exercent pas de pouvoirs de réglementation en matière de gestion des listes d'attente pour les organismes de services communautaires de soutien, ils disposent des capacités technologiques pertinentes; ils pourraient gérer ces listes aux termes d'ententes avec les RLIS et les partenaires et avec le financement nécessaire du programme.

4.3.5 Le partage des données d'évaluation entre les CASC et les organismes de services communautaires de soutien est limité

Chaque fois qu'un CASC, un organisme de soutien ou un autre organisme de prestation de services de santé accepte un client, une évaluation doit être faite. En conséquence, les clients qui reçoivent des services de plusieurs organismes doivent souvent fournir les mêmes renseignements à de multiples reprises. En juin 2009, afin de réduire les frustrations des clients et le chevauchement des efforts, le Ministère a introduit un système en ligne appelé Dossier d'évaluation médicale intégré afin de permettre aux organismes de partager les données d'évaluation concernant les clients. Entre juin 2009 et mars 2015, le Ministère a dépensé environ 24 millions de dollars pour mettre en oeuvre, maintenir et exploiter ce système.

Nous avons néanmoins constaté que ce système ne contenait pas des données d'évaluation complètes à mettre à la disposition des CASC et des organismes de soutien. Le Ministère demandait aux CASC et aux foyers de soins de longue durée de téléverser les données d'évaluation dans le système, mais il n'imposait pas cette exigence aux organismes de soutien, qui téléversent les données d'évaluation dans le système sur une base volontaire. Selon les renseignements tenus par le Ministère, en novembre 2015, 43 % des organismes de soutien en Ontario qui utilisent les outils d'évaluation RAI téléversaient des données d'évaluation dans le système.

Nous avons également observé que le taux d'utilisation des données disponibles dans le système était encore plus faible. Le RLISS d'un des CASC visités a sondé les fournisseurs de services de santé de sa région en novembre 2014 et constaté que seulement 37 % d'entre eux utilisaient le système pour partager des évaluations. Moins de 1 % des rapports d'évaluation des trois CASC visités étaient consultés par d'autres organismes, et environ 5 % des rapports d'évaluation de leurs organismes de

soutien étaient consultés par d'autres fournisseurs (qui étaient probablement des CASC, mais qui pouvaient inclure d'autres organismes). Un des CASC visités a expliqué que son personnel n'utilisait pas les données d'évaluation stockées dans le système parce qu'elles n'incluaient pas certains renseignements cliniques, comme les notes des évaluateurs, qui pourraient l'aider à comprendre la situation du client.

Le personnel des CASC nous a informés que le système n'avait pas de fonction de notification électronique qui indiquerait aux coordonnateurs de soins si un client reçoit aussi des services d'un autre organisme. Une fonction de ce genre permettrait au personnel des CASC de vérifier si un autre organisme recueille déjà des renseignements sur un client et les téléverse dans le système, ce qui lui éviterait d'avoir à poser les mêmes questions au client. Les CASC ont également signalé que ce système ne constitue pas un dépôt de dossiers de santé interactifs, mais plutôt une visionneuse d'un type restreint de dossiers d'évaluation et qu'il peut s'écouler jusqu'à 36 heures avant qu'un dossier d'évaluation puisse être consulté.

RECOMMANDATION 5

Pour accroître le partage des données d'évaluation et éviter le chevauchement des efforts, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, doit :

- exiger de tous les fournisseurs de services de santé qu'ils téléversent des données d'évaluation complètes, y compris les notes de l'évaluateur, dans un système commun;
- doter le système d'une fonctionnalité qui signalerait au personnel des CASC et des organismes de soutien communautaires les clients qui ont déjà des dossiers d'évaluation dans ce système commun.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec la recommandation visant à accroître l'échange des données d'évaluation et à réduire le chevauchement des efforts à l'aide d'un système commun. Il évaluera la faisabilité d'apporter des améliorations, notamment l'ajout des notes de l'évaluateur et d'une fonctionnalité d'avertissement au personnel lorsque le dossier d'évaluation d'un client a déjà été versé dans le système. Le Ministère sollicite en outre des conseils de sources indépendantes sur la meilleure approche à adopter pour les partenaires communautaires du secteur de la santé.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC conviennent que les fournisseurs de soins de santé ont besoin d'un accès aux dossiers de santé partagés. À cette fin, l'Association a participé à l'élaboration du système de renseignements sur les clients CHRIS (Client Health Record Information System) qu'utilisent maintenant les CASC. Cette plateforme de pointe verse des données dans les dossiers de santé électroniques de l'Ontario, par le biais des programmes ConnexionSud-Ouest de l'Ontario (cSOO), ConnexionNord-Est de l'Ontario (cNEO) et ConnexionRégion du Grand Toronto (cRGT), qui relèvent tous de ConnexionOntario (cOntario). Nous convenons que tout système commun doit être doté d'une fonction de signalement; le système CHRIS dispose déjà de cette fonction. L'Association et les CASC poursuivent la mise au point de ce système afin d'offrir un meilleur accès à l'information essentielle pour améliorer la planification des soins aux patients et la prestation de services.

4.4 L'accès aux services de soins à domicile n'est pas uniforme et dépend des niveaux de financement

Traditionnellement, le Ministère verse différents montants de financement aux CASC. En avril 2012, le Ministère a entrepris une réforme d'une partie du financement versé aux CASC. Cette réforme a comme objectif d'accorder aux CASC un financement afin que des types semblables de clients bénéficient de niveaux de service semblables. À l'aide de ce modèle de financement, une partie du financement accordé à chaque CASC (environ 30 %) est redistribué parmi tous les CASC, en fonction de la croissance prévue de la population et de la moyenne provinciale des services offerts aux clients des CASC dans la province. Or, nous avons constaté lors de notre audit que cette réforme du financement ne règle pas de façon satisfaisante les écarts de financement qui contribuent au manque d'uniformité de l'accès aux soins à domicile dans la province.

4.4.1 Le financement par client varie selon le CASC

Malgré la réforme du financement commencée en 2012-2013, la plupart des fonds reçus par les CASC au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015 étaient encore basés sur le financement des années précédentes. De plus, alors que les CASC effectuaient la transition à la nouvelle formule de financement, le Ministère ne voulait pas modifier en profondeur le financement annuel des CASC; il a donc plafonné la part du financement de base redistribué selon la formule à une hausse de 3 % ou à une baisse de 1 % du financement de base de l'exercice antérieur. Un des CASC visités a fait observer que cette restriction l'empêchait de bénéficier pleinement des hausses du financement auxquelles il aurait été admissible.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015, même après l'application de la formule de réforme

du financement à tous les CASC, le coût de la prestation des services de soins à domicile par les CASC variait encore entre 2 879 \$ et 4 027 \$ par client, pour une moyenne de 3 532 \$. Le coût par client varie également selon le groupe de clients. En collaboration avec les CASC, les réseaux locaux d'intégration des services de santé ont ainsi effectué en 2015 une analyse des coûts mensuels par client pour chaque groupe de clients dans tous les 14 CASC en 2014-2015. L'analyse a démontré que les coûts mensuels moyens pour les clients adultes de long séjour ayant des besoins complexes varient de 1 227 \$ à 2 392 \$ et ceux pour les clients adultes de long séjour ayant des besoins chroniques, de 566 \$ à 984 \$, selon le CASC. Dans certains cas, les différents niveaux de financement ont obligé les CASC à placer certains clients sur des listes d'attente et à hausser le seuil d'admissibilité aux services. Les clients n'ont donc pas reçu des niveaux de service équitables, comme il est expliqué dans les **sections 4.4.2 et 4.4.3** ci-dessous.

RECOMMANDATION 6

Pour que les CASC reçoivent un financement qui leur permet d'offrir des niveaux de service équitables dans tout l'Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les centres d'accès aux soins communautaires, doit envisager de meilleures façons d'appliquer les formules de réforme du financement afin de corriger les iniquités.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation. Le modèle d'allocation fondé sur la santé vise à permettre au Ministère de répartir équitablement le financement destiné aux services de santé. En collaboration avec les CASC et les RLISS, le Ministère poursuivra l'examen des formules de financement et les possibilités de modifications afin d'assurer une plus grande équité des niveaux de service.

RÉPONSE DES CASC ET DE L'ASSOCIATION

Les CASC et l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario collaborent avec le Ministère et les RLISS à améliorer les formules de financement pour qu'elles tiennent compte des différences géographiques et de l'évolution de la complexité des besoins des clients et qu'elles corrigent mieux les disparités de financement actuelles. L'actuelle formule de financement repose sur le financement antérieur établi selon un modèle en vigueur lorsque les patients recevaient la majorité des soins dans un établissement plutôt qu'à domicile. L'approche de financement devrait tenir compte des besoins des groupes de patients et établir le niveau de financement nécessaire pour répondre à ces besoins. De nouvelles formules de financement permettraient de faire des investissements stratégiques pour apporter des changements à la prestation des services aux patients et accroître l'uniformité de l'accès aux soins pour l'ensemble des patients. L'élimination des écarts de financement pour les soins à domicile favorisera une plus grande uniformité des soins offerts dans la province.

4.4.2 L'accessibilité et l'étendue des services de soutien à la personne pourraient ne pas être équitables

Les CASC ne peuvent pas accuser de déficit. C'est à chaque CASC qu'il appartient de déterminer comment il répondra à la demande en services de soutien à la personne et d'autres services de soins à domicile (comme les services de thérapie et de soins infirmiers) tout en équilibrant son budget à la fin de l'exercice. Les CASC doivent donc choisir d'offrir moins de services à plus de clients ou plus de services à moins de clients. Même lorsque les clients sont jugés admissibles à des soins à domicile, les CASC fournissent les services de soutien à la personne en priorité aux clients dont les besoins

dépassent un seuil local prédéterminé. Les niveaux de soins fournis par les CASC peuvent différer, même pour les clients qui ont obtenu la même note d'évaluation. En outre, la rapidité avec laquelle le client reçoit des services de soins à domicile peut dépendre de la période de l'année où il est aiguillé vers un CASC.

Il n'existe pas de lignes directrices provinciales communes en matière de priorisation des services, et chacun des trois CASC avait ses propres critères à cet égard. Par exemple, une cliente ayant une note RAI-HC de 7 ne serait pas admissible aux services de soutien à la personne d'un des CASC visités, car ce CASC sert uniquement les clients ayant une note RAI-HC de 8 ou plus (les clients dont la note se situe entre 8 et 10,5 sont inscrits sur une liste d'attente). Cependant, cette même cliente recevrait des services dans les deux autres CASC. Le manque de services de soutien à la personne pourrait aggraver l'état de santé de certains clients et leur causer des souffrances inutiles. Ces clients pourraient retourner à l'hôpital pour obtenir les soins médicaux requis ou avoir besoin plus tard de soins à domicile plus intensifs qu'à l'origine.

Même lorsqu'un client obtient une note RAI-HC plus élevée et a donc plus de chances de recevoir des services de soutien à la personne dans la plupart des CASC, le niveau de service peut varier. Par exemple, une cliente ayant une note RAI-HC de 15 recevrait jusqu'à 5 heures de service par semaine dans un CASC, 8 heures dans le deuxième et 10 heures dans le troisième.

Pour équilibrer leur budget à la fin de l'exercice, les CASC peuvent ajuster leurs critères de priorisation durant l'année. Ainsi, une personne ayant obtenu une note donnée pourrait être admissible à des services près du début d'un exercice, mais une autre personne ayant la même note d'évaluation ne serait plus admissible à des services quelques mois plus tard parce que le CASC local a modifié ses critères de priorisation entre-temps. Par exemple, de nouveaux clients ayant une note RAI-HC de 15,5 ou plus ont reçu des services d'un CASC en juillet 2014. Ce CASC a toutefois haussé son seuil d'admissibilité

à 20 en septembre 2014, de sorte que les nouveaux clients ayant une note de 16 à 20 ont été inscrits sur une liste d'attente après cette date. Dans ce CASC, le nombre de personnes inscrites sur la liste d'attente à la fin de l'exercice 2014-2015 était neuf fois plus élevé qu'au début de l'exercice. Cette augmentation du nombre d'inscriptions s'appliquait surtout aux clients ayant des besoins élevés ou très élevés, auxquels il faut généralement consacrer plus d'heures de service.

La **figure 6** montre les critères de priorisation utilisés par les trois CASC visités en 2014 et 2015.

Les modifications apportées aux critères de priorisation d'un CASC affectent aussi ses clients existants. Après réévaluation des besoins des clients, un CASC peut mettre en congé les clients dont les besoins évalués ne correspondent plus aux critères révisés de priorisation des services, même si ces clients recevaient déjà des services de soins à domicile. Par exemple, en septembre 2014, un CASC a déterminé, avec l'approbation de son RLISS, que les clients dont la note d'évaluation était inférieure à 11 seraient réévalués et cesseraient de recevoir des soins le cas échéant, en prévision du transfert des clients ayant des besoins peu élevés vers des organismes de soutien (voir la **section 4.4.5**). Ce CASC s'attendait à ce que la mise en congé des clients ayant de faibles besoins l'aide à économiser jusqu'à 6 millions de dollars par an. Ce CASC a réévalué environ 1 300 des quelque 1 800 clients ayant de faibles besoins qui recevaient déjà des soins à domicile et a mis en congé 575 d'entre eux. Il a ensuite suspendu ce processus afin d'examiner l'état des clients mis en congé. En décembre 2014, le CASC a mené un sondage auprès des clients mis en congé qu'il avait pu joindre : 30 % des répondants ont indiqué qu'ils n'allaient pas bien et 60 % ont dit qu'ils devaient compter sur les soins prodigués par des membres de leur famille ou des amis ou prendre soin d'eux-mêmes.

Nous donnons ci-après un exemple des différences dans le traitement accordé par un CASC à des clients ayant des besoins semblables. Ce CASC avait évalué une cliente de 80 ans comme ayant

Figure 6 : Comparaison des niveaux de services de soutien à la personne¹ dans trois CASC choisis, 2014 et 2015

Source des données : centres d'accès aux soins communautaires choisis

Niveau de priorité	CASC 1 Depuis avril 2015		CASC 2 Depuis septembre 2014		CASC 3 Depuis mai 2014	
	Note RAI-HC	N ^{bre} d'heures par semaine	Note RAI-HC	N ^{bre} d'heures par semaine	Note RAI-HC	N ^{bre} d'heures par semaine
Faible ou modéré	0-10	1-2	1-6	1	0-10,5	0
Modéré ²	s. o.	s. o.	7-10	2	s. o.	s. o.
Élevé	11-16	5	11-16	8	11-12,5	5
					13-15,5	10
Très élevé	17-28	14	17-28	14	16-28	15

1. Les niveaux de service indiqués représentent le nombre maximum d'heures pour les clients qui vivent seuls (ceux qui vivent avec un membre de leur famille sont généralement admissibles à moins d'heures).

2. Deux des trois CASC visités ne traitent pas de clients ayant ce niveau de priorité.

une maladie chronique et lui avait attribué une note RAI de 13 en juin 2014. La cliente avait une mobilité réduite, une capacité réduite à se livrer aux activités de la vie quotidienne et une blessure physique. Cette cliente a été jugée admissible à deux heures de service de soutien à la personne par semaine. Dans le même CASC, une cliente de 93 ans a elle aussi été évaluée comme ayant une maladie chronique, mais avec une note RAI légèrement plus élevée de 14 en août 2014. Bien qu'ayant une déficience cognitive, cette cliente n'a pas reçu les services de soutien requis tout de suite après son évaluation d'août 2014, car le CASC l'a placée sur une liste d'attente. La cliente n'a pas reçu de services du CASC avant décembre 2014, lorsque le CASC a approuvé deux heures de service de soutien à la personne par semaine.

4.4.3 Il existe des listes d'attente pour les services de soutien à la personne et de thérapie, et les critères de priorisation appliqués varient

Les CASC nous ont dit que la principale raison pour laquelle ils placent des clients sur des listes d'attente est qu'ils n'ont pas la capacité financière voulue pour fournir immédiatement les services requis. Au 31 mars 2015, les trois CASC avaient des listes d'attente pour les services de soutien à

la personne et de thérapie. Par exemple, dans l'un d'eux, plus de 2 000 personnes ayant des besoins divers (complexes et non complexes) attendaient de recevoir des services de soutien à la personne, le temps d'attente variant entre 12 et 198 jours. Ce même CASC avait 500 clients en attente de services d'ergothérapie, le temps d'attente variant entre 20 et 138 jours selon le lieu de résidence. En revanche, aucun des trois CASC n'avait de listes d'attente pour les services de soins infirmiers.

Les listes d'attente ne traduisent pas la demande totale de services, comme les personnes qui pourraient être admissibles à des services de soins à domicile selon les critères établis par la réglementation pertinente, mais qui ne satisfont pas aux directives de priorisation des services du CASC local. Chacun des trois CASC avait établi ses propres critères de priorisation à l'inscription sur la liste d'attente pour les services de soutien à la personne. Par exemple, dans un CASC, les clients évalués après septembre 2014 comme ayant des besoins faibles à modérés avec une note RAI de 10,5 ou moins ne seraient même pas inscrits sur la liste d'attente, alors qu'une cliente ayant la même note aurait été placée sur la liste d'attente des deux autres CASC.

En 2013-2014, le Ministère a pris l'engagement de travailler à l'établissement d'un objectif de cinq jours d'attente pour les services infirmiers et de

soutien à la personne et de publier un rapport à ce sujet. Le Ministère a imposé cet objectif aux CASC. Selon des données publiées par Qualité des services de santé Ontario (un organisme gouvernemental créé en 2005 qui publie des rapports sur l'état du système de santé en Ontario), entre octobre et décembre 2014 :

- En moyenne, 93 % des clients ont reçu leur première visite du personnel infirmier dans les cinq jours suivant la date d'autorisation du service, mais ce pourcentage variait entre 90 % et 97 % dans les 14 CASC. La moyenne provinciale annuelle de 93 % représente une légère baisse par rapport à celle d'environ 94 % enregistrée en 2013-2014.
- En moyenne, 85 % des clients évalués comme ayant des besoins complexes ont reçu leurs premiers services de soutien à la personne dans les cinq jours suivant l'autorisation des services, mais ce pourcentage variait entre 69 % et 95 % dans les 14 CASC. La moyenne provinciale annuelle de 85 % représente une légère amélioration par rapport à celle d'environ 84 % enregistrée en 2013-2014.

Dans le plan d'action triennal en 10 points sur le renforcement des soins à domicile et en milieu communautaire qu'il a publié en mai 2015, le gouvernement s'est engagé à élaborer d'ici 2017 un « plan de capacité comprenant des objectifs pour les collectivités locales ainsi que des normes régissant l'accès aux soins à domicile et en milieu communautaire et la qualité de l'expérience des clients dans l'ensemble de la province ».

4.4.4 L'affectation des services repose sur les niveaux de financement

Les coordonnateurs de soins des CASC doivent respecter les lignes directrices locales sur l'affectation de services et utiliser leur jugement clinique pour déterminer les niveaux de service à offrir aux clients. Bien qu'un règlement entré en vigueur en juin 2008 permette aux CASC de fournir jusqu'à 90 heures de service de soutien à la personne par

mois, les CASC visités n'offraient généralement pas ce niveau de service. Divers facteurs influent sur cette situation : les CASC font remarquer que l'établissement d'un niveau de service est une décision clinique que prend un coordonnateur de soins sans égard à la réglementation sur le niveau maximum de services à offrir. De plus, les CASC doivent travailler en tenant compte de leur affectation budgétaire, ce qui oblige chaque CASC à choisir entre offrir plus de services à moins de clients ou moins de services à plus de clients. Chaque CASC a établi ses propres lignes directrices sur la priorisation, qui définissent le niveau maximum de services à offrir.

Par exemple, un des trois CASC plafonnait le nombre d'heures de service de soutien à la personne à fournir aux clients ayant les plus grands besoins à 15 par semaine (60 heures par mois), tandis que les deux autres plafonnaient ce nombre à 14 par semaine (56 heures par mois). Ces niveaux reflètent le maximum alloué (60 heures pour les services fournis après les 30 premiers jours) avant la modification réglementaire entrée en vigueur en juin 2008. Un des CASC visités surveille le nombre de patients qui reçoivent plus de 60 heures de service par mois, afin de respecter son budget de fonctionnement annuel. Nous avons constaté que les clients admissibles au niveau de service maximum étaient souvent ceux qui attendaient d'être admis dans des foyers de soins de longue durée ou qui recevaient des soins palliatifs. Pour les autres types de clients, la direction du CASC nous a dit qu'elle contrôlait le nombre maximum d'heures de service afin de contenir les coûts. Les coordonnateurs de soins des CASC peuvent autoriser des heures de service dépassant le maximum local, mais seulement avec l'approbation de la direction.

Nous avons constaté qu'au fil des ans, les CASC ont réduit le nombre maximum d'heures de service à fournir aux clients. Par exemple, entre 2010 et 2014, le nombre maximum d'heures par semaine qu'un CASC a fournies à ses clients ayant les besoins les plus complexes est passé de 14 à 7. Nous avons remarqué une réduction semblable dans les deux autres CASC.

Notre examen du nombre maximum d'heures de service de soutien à la personne fournies aux clients par les autres provinces et les territoires a révélé des variations dans les niveaux de service. Certaines administrations ont établi un nombre maximum d'heures de service à fournir par mois, tandis que d'autres n'ont pas plafonné les heures. Chez celles qui ont établi des limites, le maximum variait entre 100 et 160 heures par mois. Trois des administrations comparées n'avaient pas établi de nombre maximum d'heures. Le maximum prévu dans la réglementation ontarienne se situe au bas de la fourchette des administrations canadiennes. Nous reconnaissons que la définition des services de soutien à la personne de chaque administration peut englober différents services; il serait donc prudent que l'Ontario compare son maximum d'heures de services de soutien à la personne avec celui de ces administrations pour déterminer si le nombre d'heures alloué en Ontario est approprié.

La loi ontarienne spécifie le niveau maximum, mais non le niveau minimum de service que les CASC peuvent offrir. Les CASC ne sont donc pas tenus d'offrir un niveau minimum de services de soutien à la personne à leurs clients, par exemple un nombre minimum spécifié de bains par semaine.

RECOMMANDATION 7

Pour que la population ontarienne reçoive des niveaux équitables et appropriés de services de soins à domicile, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), doit :

- élaborer des lignes directrices normalisées afin de déterminer les clients à servir en priorité et surveiller la conformité à ces lignes directrices;
- évaluer des moyens d'offrir plus d'heures de service et de se rapprocher des maximums prescrits dans le règlement pour les clients évalués qui ont besoin de ces services;

- envisager d'établir un niveau minimum de services que les clients peuvent s'attendre à recevoir des CASC.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec cette recommandation et s'est engagé à faire en sorte que la population ontarienne reçoive des niveaux équitables et appropriés de services de soins à domicile et en milieu communautaire. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les CASC, veillera à que les outils d'évaluation des services de soins à domicile et en milieu communautaire soient utilisés efficacement. De plus, la première phase du plan ministériel de transformation des soins à domicile et en milieu communautaire est axée sur l'amélioration de l'uniformité des soins et sur la communication aux Ontariens d'information claire sur ce à quoi ils peuvent s'attendre du secteur des soins à domicile et en milieu communautaire. Pour son cadre des niveaux de soins, le Ministère élaborera des lignes directrices sur l'allocation de services et des protocoles normalisés de soins, afin d'assurer l'uniformité des soins fournis aux clients à l'échelle de la province.

RÉPONSE DES CASC ET DE L'ASSOCIATION

L'Association et les CASC travaillent actuellement avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à l'élaboration d'un cadre des niveaux de soins pour les soins à domicile en Ontario. Nous appuyons pleinement l'objectif du Ministère de contribuer à la création d'un cadre durable d'optimisation des ressources qui assurerait la cohérence des services et des évaluations et inciterait la province à envisager un financement constant à l'appui des besoins évalués des patients.

4.4.5 Les CASC fournissent encore des services de soutien à la personne à des clients ayant de faibles besoins

Des modifications réglementaires en vigueur depuis juillet 2014 permettent aux organismes de soutien de même qu'aux CASC de fournir des services de soutien à la personne aux clients qui ont des besoins plus faibles, pour que les CASC puissent se concentrer sur les clients aux besoins plus élevés. Une fois qu'un client a été aiguillé vers un organisme de soutien, il devient la responsabilité de cet organisme, notamment pour les services de coordination des soins et de soutien à la personne. Au moment de notre audit, le Ministère et les RLISS étaient encore à finaliser les modifications opérationnelles nécessaires pour transférer les clients des CASC aux organismes de soutien. Il faudrait, par exemple, clarifier le rôle des CASC et des organismes de soutien en ce qui concerne la coordination des soins pour les clients aux besoins plus faibles afin d'éviter de semer la confusion dans l'esprit des clients.

RECOMMANDATION 8

Pour que les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) puissent concentrer leurs efforts sur les clients aux besoins plus élevés, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les CASC, doit accélérer le processus par lequel les clients des CASC ayant de faibles besoins sont transférés à des organismes communautaires qui peuvent leur offrir des services de soutien à la personne.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec la recommandation et collabore avec les RLISS à effectuer une transition sûre au moment opportun aux organismes communautaires approuvés. Les RLISS ont entrepris l'évaluation de l'état de préparation de leurs organismes communau-

taires financés afin de déterminer leur capacité d'appuyer cette nouvelle population de clients, ce qui comprend l'obtention des approbations ministérielles requises pour la prestation de services de soutien à la personne.

À l'automne 2015, le Ministère versait des fonds au Partenariat des réseaux locaux d'intégration des services de santé (PRLISS) pour appuyer et accélérer la mise en oeuvre. L'exécution de celle-ci par l'entremise du PRLISS assurera l'application d'une approche cohérente par les 14 RLISS, tout en donnant une certaine marge de manoeuvre locale. La mise en oeuvre se fait progressivement, en commençant par les quatre RLISS pionniers qui mettront à l'essai les processus, normes et outils, pour guider la transition à l'échelle provinciale. Afin de soutenir la modification législative et de préciser les rôles des CASC et des organismes de soutien en matière de coordination des soins, le Ministère a rendu publiques deux lignes directrices stratégiques (*la Directive stratégique relative à la prestation de services de soutien personnel par les centres d'accès aux soins communautaires et les organismes de services de soutien communautaire et la Directive stratégique relative à la collaboration entre les centres d'accès aux soins communautaires et les organismes de services de soutien communautaire concernant la coordination des soins à domicile et en milieu communautaire*). Le Ministère collaborera avec les RLISS et le PRLISS pour favoriser la compréhension et l'utilisation satisfaisantes de ces directives.

RÉPONSE DES CASC

Les RLISS dirigent la mise en oeuvre des modifications réglementaires dans des établissements pilotes. Les CASC comptent travailler avec le Ministère et les RLISS à l'évaluation de ces projets pilotes afin de s'assurer que les services aux patients sont accessibles et ne sont plus morcelés.

4.5 La surveillance des fournisseurs de services contractuels doit être améliorée

Depuis octobre 2012, les CASC utilisent un contrat de service standard conforme aux lignes directrices ministérielles de gestion de contrat pour les CASC qui comprend un ensemble de normes de rendement pour tous leurs fournisseurs de services de soins infirmiers, de thérapie et de soutien à la personne (voir le **Modèle de prestation des soins** à la **section 1.0**). Les normes de rendement comprennent, par exemple, le pourcentage de clients aiguillés par les CASC que les fournisseurs doivent accepter dans des délais spécifiés et les rapports de mise en congé des services infirmiers et de thérapie que les CASC doivent recevoir dans les délais prescrits. Les CASC demandent aussi à une entreprise de recherche par sondages d'évaluer la satisfaction globale de la clientèle à l'égard du rendement des fournisseurs de services ainsi que l'impact des retards des fournisseurs ou des changements de personnel sur les soins aux clients. Nous avons discuté en détail des modifications contractuelles antérieures à octobre 2012 dans notre *Rapport spécial — Centres d'accès aux soins communautaires — Opérations financières et prestation des services*, publié en septembre 2015.

Dans le cadre de la surveillance des fournisseurs de services, les CASC tiennent des réunions trimestrielles ou mensuelles avec tous leurs fournisseurs de services afin de discuter de questions incluant la réalisation des objectifs de rendement, les plaintes reçues et l'état d'avancement des initiatives nouvelles et en cours. Les CASC peuvent remettre un avis concernant la nécessité d'améliorer la qualité à un fournisseur lorsqu'ils repèrent des éléments à corriger afin d'améliorer les soins aux clients. Si les problèmes de rendement ne sont pas réglés, les CASC peuvent réduire le volume de service accordé au fournisseur ou résilier le contrat avec celui-ci. Les fournisseurs de services sont également tenus de soumettre des rapports annuels et des états financiers audités à l'examen des CASC. Les

rapports annuels contiennent des renseignements tels qu'un résumé du rendement du fournisseur de services au cours de l'exercice, un résumé des résultats des sondages sur la satisfaction du personnel et l'état d'avancement des initiatives continues d'amélioration de la qualité, s'il y a lieu.

Cependant, les CASC ne vérifient pas si les fournisseurs obtiennent les résultats escomptés pour les clients; ils ne prennent pas toujours des mesures correctives lorsque le rendement des fournisseurs de services est insatisfaisant; les taux de satisfaction de leur clientèle ne sont pas toujours fiables; et ils ne visitent pas régulièrement les locaux de leurs fournisseurs. Nous avons d'autres préoccupations concernant la planification et la mise en oeuvre par le Ministère, de même que la surveillance par le Ministère, les LHIN et les CASC du programme de subventions salariales pour les préposés aux services de soutien à la personne.

4.5.1 Les CASC ne vérifient pas si les fournisseurs de services obtiennent les résultats escomptés pour les clients

De novembre 2012 à septembre 2014, l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario (l'Association) a défini trois indicateurs de résultat et recueilli des données dans le cadre d'un projet visant à évaluer l'efficacité du traitement de certaines plaies et des soins pour les arthroplasties de la hanche et du genou. Ces indicateurs incluaient le taux de réadmission à l'hôpital et les résultats finals obtenus. Cependant, en septembre 2014, l'Association a suspendu ce projet et les CASC ont cessé de mesurer ces indicateurs de résultat. Nous avons discuté en détail de ce projet dans le *Rapport spécial sur les CASC* publié en septembre 2015.

Bien que les indicateurs définis dans les contrats standard conclus avec les fournisseurs de services en octobre 2014 (la plus récente version du contrat au moment de notre audit) comprennent des mesures de l'expérience des clients (par exemple, si les clients étaient satisfaits des soins fournis — la **section 4.5.3** contient une discussion sur la fiabilité

des résultats des sondages), ils ne mesurent pas les résultats, comme la fréquence des réadmissions à l'hôpital des clients qui recevaient des soins à domicile. Les CASC ne peuvent donc pas déterminer si le niveau et la qualité des services fournis aux clients des soins à domicile ont aidé à réduire le risque de réadmission à l'hôpital.

4.5.2 Manque de cohérence des mesures correctives prises par les CASC lorsque le rendement des fournisseurs de services est insatisfaisant

L'un des CASC visités n'a pas toujours pris de mesures correctives à l'égard des fournisseurs de services qui n'atteignaient pas les niveaux de rendement prévus. Par exemple, la moitié de notre échantillon de fournisseurs de services de soins infirmiers par quart de ce CASC n'atteignait pas le taux d'acceptation des clients aiguillés (90 %) stipulé dans le contrat en 2014-2015. Leurs taux d'acceptation se situaient plutôt entre 35 % et 74 %, pour des raisons telles que des niveaux de dotation insuffisants. De même, dans un autre CASC, plus de 80 % des fournisseurs de services de soutien à la personne n'atteignaient pas le taux cible de satisfaction globale de 90 % en 2013-2014. Dans d'autres cas, ce CASC avait pris des mesures correctives, comme la réduction des aiguillages à ce fournisseur de services ou la remise d'un avis concernant la nécessité d'améliorer la qualité, mais après évaluation de la pertinence de l'imposition de mesures correctives, il n'a pas exercé de recours contractuels dans ces cas.

Les CASC surveillent aussi les visites manquées par les fournisseurs. Avant octobre 2014, les visites manquées n'étaient pas définies de la même façon dans tous les CASC. Par exemple, certains CASC demandaient que les retards des fournisseurs soient signalés, tandis que d'autres ne l'exigeaient pas. De plus, les CASC avaient différents objectifs concernant les visites manquées. Dans les trois CASC visités, par exemple, le pourcentage à ne pas dépasser variait entre 0,2 % et 0,55 %. Les fournisseurs de

services atteignaient généralement ces objectifs. En octobre 2014, l'Association a normalisé la définition d'une visite manquée pour que les CASC puissent recueillir et évaluer des données cohérentes. Cet indicateur est maintenant appelé « soins manqués ». Tous les CASC doivent considérer comme des soins manqués les soins qui ne sont pas fournis conformément au plan de soins du client. Lorsqu'un fournisseur informe le client qu'il doit reporter une visite, ce contretemps n'est pas considéré comme des soins manqués selon la nouvelle définition, même si certains CASC le comptaient comme une visite manquée selon l'ancienne définition. La nouvelle définition rendra plus difficile l'identification des cas où le fournisseur n'a pas offert les services requis au moment requis par les clients, par exemple s'il est arrivé en retard, lorsque le plan de soins stipule simplement que le client doit recevoir deux visites par semaine au lieu de spécifier une heure et une journée précises. Au moment de notre audit, une cible n'avait pas été établie pour le nouvel indicateur de soins manqués, puisque les CASC devaient prendre le temps de recueillir les résultats selon la nouvelle définition afin de pouvoir établir des données repères en vue de l'évaluation. Les CASC prévoient fixer une telle cible d'ici avril 2016.

RECOMMANDATION 9

Pour s'assurer que les fournisseurs offrent des services de soins à domicile de la meilleure qualité aux clients, les centres d'accès aux soins communautaires doivent :

- définir des indicateurs et des objectifs de rendement et recueillir des données pertinentes qui permettent d'évaluer les résultats pour les clients;
- réévaluer la possibilité d'utiliser la définition des « soins manqués » au lieu de suivre tous les scénarios possibles (visites manquées ou reportées et retards);
- imposer de façon constante des mesures correctives appropriées aux fournisseurs qui ne répondent pas aux attentes.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC se conforment à un rigoureux cadre provincial de gestion des contrats avec les fournisseurs de services, cadre qui est accessible au public. Les CASC surveillent régulièrement le rendement des fournisseurs de services et remettent à ceux-ci des avis concernant la nécessité d'améliorer la qualité des soins aux patients. Si les problèmes de rendement ne sont pas réglés, les CASC peuvent réduire le volume de service alloué au fournisseur ayant un rendement insatisfaisant ou résilier le contrat avec celui-ci. En janvier 2015, les CASC ont clarifié la définition du terme « soins manqués » et commencé à recueillir des données selon la définition révisée. Les CASC utilisent ces données afin d'établir des cibles de rendement pour tous les cas de soins manqués.

4.5.3 Le taux de satisfaction globale de la clientèle n'est pas fiable

Le sondage sur la satisfaction des clients et des soignants est une des quelques méthodes employées pour obtenir une rétroaction des clients des CASC. Leurs réponses aident les CASC à surveiller les fournisseurs de services et à améliorer les initiatives et les programmes. Ce sondage comprend une liste standard de questions sur l'expérience du client, comme « En général, est-il facile ou difficile de contacter votre gestionnaire de cas au besoin? » Selon les résultats d'un sondage téléphonique réalisé entre avril 2012 et septembre 2015 par une entreprise de l'extérieur au nom des 14 CASC, le taux de satisfaction globale de la clientèle dépassait 90 %. Nous avons constaté que ces résultats du sondage standard n'étaient pas fiables en raison des fortes marges d'erreur pour certaines des réponses.

Entre avril 2012 et septembre 2015, environ 30 % des clients des trois CASC qui ont été contactés ont répondu au sondage téléphonique (c'est ce qu'on appelle le taux de réponse). Ce taux est légèrement supérieur au taux de réponse moyen

de 27 % aux sondages téléphoniques déclaré par la société chargée de réaliser ce sondage.

Nous avons également observé que les réponses des clients à certaines des questions du sondage standard avaient des marges d'erreur dépassant les niveaux acceptables selon la méthodologie adoptée par la société. L'Association et les CASC ont déterminé ensemble que la marge d'erreur ne devait pas dépasser 10 % pour que les résultats du sondage soient considérés comme fiables. Les réponses ayant une marge d'erreur plus élevée ne seraient ni suffisamment fiables ni suffisamment exactes pour être utilisées dans la surveillance des fournisseurs de services. Nous avons examiné les résultats pour certaines des réponses au sondage et repéré des cas où les marges d'erreur étaient beaucoup plus élevées que 10 % en raison d'un faible taux de réponse. Par exemple, 79 % des clients d'un CASC ont indiqué qu'ils étaient satisfaits d'un fournisseur de services offrant des soins continus. Le taux de satisfaction cible était de 90 %, mais les CASC considéraient que ce fournisseur avait atteint l'objectif, car la marge d'erreur pour cette question et ce fournisseur s'établissait à 18 % étant donné le faible taux de réponse (beaucoup plus élevé que la marge d'erreur limite de 10 %), et les CASC ont abaissé l'objectif à 72 % (90 % moins la marge d'erreur de 18 %).

RECOMMANDATION 10

Pour que les résultats des sondages sur la satisfaction de la clientèle puissent servir à surveiller efficacement le rendement des fournisseurs de services, l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, de concert avec les centres d'accès aux soins communautaires, doit examiner et réviser, si nécessaire, la méthodologie d'enquête afin d'accroître l'exactitude et la fiabilité des réponses aux sondages.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC se servent d'un outil reconnu à l'échelle nationale et couramment utilisé par

les fournisseurs de soins de santé au Canada, y compris des hôpitaux. Les CASC ont adopté des stratégies pour s'assurer que les échantillons sélectionnés donnent des résultats statistiquement significatifs pour tous les fournisseurs contractuels de services, à l'exception de ceux ayant un très faible volume. Ces petits contrats représentent à peine 4 % du total du volume de service des CASC. Ceux-ci poursuivront leur mise à jour régulière de l'outil d'enquête afin de recueillir le plus de commentaires possible des patients. Ce sondage auprès des patients n'est que l'un des outils qu'utilisent les CASC pour évaluer le niveau de satisfaction des patients à l'échelle de la province. Les CASC privilégient la communication directe avec les patients pour obtenir leur rétroaction, afin de continuer à améliorer sans cesse la qualité des services et l'expérience patient.

4.5.4 Les audits d'inspection des fournisseurs de services effectués par les CASC étaient limités

Dans notre audit des services de soins à domicile de 2010, nous avons constaté qu'un seul des trois CASC effectuait des visites d'inspection régulières de ses fournisseurs de services afin de surveiller la qualité des soins dispensés. Le manque de visites sur place reste une préoccupation. De même, un seul des trois CASC audités a effectué des visites sur place régulières de ses fournisseurs de services au cours des trois exercices incluant celui terminé le 31 mars 2015. Ce CASC s'est penché sur des questions telles que les normes de planification des visites, l'utilisation des outils de signalement des risques et la mise en oeuvre de certaines normes cliniques.

Par ailleurs, les deux autres CASC visités n'effectuaient pas de visites sur place régulières. L'un d'eux n'en faisait aucune, citant le manque de ressources. L'autre a effectué des inspections limitées des dossiers internes de ses fournisseurs, mais comptait surtout sur les fournisseurs pour qu'ils

s'inspectent eux-mêmes, particulièrement pour déterminer et signaler s'ils avaient correctement exclu les visites manquées de leurs factures au CASC (les visites manquées auraient déjà dû être signalées au CASC). Ce CASC a constaté en se fondant sur les auto-inspections qu'un de ses quatre fournisseurs n'avait pas correctement exclu les visites manquées de ses factures, ce qui a entraîné l'envoi à ce fournisseur d'un avis concernant la nécessité d'améliorer la qualité. Cette auto-inspection n'aiderait toutefois pas les CASC à déterminer si le fournisseur avait sous-estimé le nombre de visites manquées signalées au CASC. C'est pourquoi nous craignons que le manque de visites sur place par les CASC et la dépendance à l'égard du processus de déclaration volontaire n'atténuent pas suffisamment le risque de rendement insatisfaisant ou d'inexactitudes de facturation. Les CASC pourraient atténuer ce risque en inspectant régulièrement leurs fournisseurs de services.

RECOMMANDATION 11

Pour s'assurer que l'information soumise par leurs fournisseurs de services est complète et exacte et reflète leur rendement, les centres d'accès aux soins communautaires doivent effectuer des visites sur place régulières afin de surveiller la qualité des soins et de vérifier l'exactitude et l'intégralité des renseignements qui leur sont communiqués.

RÉPONSE DES CASC

Afin de surveiller l'uniformité des visites aux patients, les CASC ont mis en place un mécanisme permettant aux fournisseurs de services de verser directement des rapports dans le dossier de santé des patients établi par les CASC. Cette information étant à l'heure actuelle déclarée sur une base volontaire, les CASC estiment valable l'imposition d'obligations provinciales de remise de rapports automatisés directement aux CASC, afin que ceux-ci puissent effectuer une meilleure surveillance du rendement des

fournisseurs de services. De plus, un système provincial cohérent de collecte de données permettra aux CASC d'effectuer la surveillance du rendement des fournisseurs de services et éliminera le recours actuel à l'autodéclaration des données sur le rendement.

4.5.5 Le nombre de plaintes reçues au sujet des services a augmenté depuis 2010

Les CASC peuvent connaître les préoccupations relatives au rendement d'un fournisseur de services et avoir une idée de la qualité des services de soins à domicile fournis en examinant et en surveillant les plaintes des clients. La majorité des plaintes relatives aux soins à domicile dans les trois CASC visités concernaient le niveau des services reçus, la qualité des soins dispensés par le personnel des fournisseurs et l'admissibilité aux services.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, nous avons constaté que le nombre de plaintes dans les trois CASC visités variait entre 6 et 10 par tranche de 1 000 clients. Le CASC qui déclarait 6 plaintes par tranche de 1 000 clients n'incluait pas toutes les situations susceptibles d'occasionner un danger, une perte ou une blessure, contrairement aux deux autres, de sorte que le taux réel de plaintes aurait probablement été beaucoup plus élevé. Le taux calculé dans le cadre de l'audit de 2010 était beaucoup plus faible, soit entre 3 et 8 par tranche de 1 000 clients, mais les CASC visités étaient différents (sauf un, qui a été audité en 2010 et de nouveau cette année).

Toutes les plaintes que nous avons examinées ont généralement été réglées dans le délai de 60 jours prévu dans la loi, et les mesures que les CASC ont prises pour y répondre étaient généralement appropriées. Les CASC ont tous attribué une cote de risque à chaque plainte, comme l'exigent leurs politiques, mais un seul CASC a utilisé l'échelle de cotation pour fixer un délai de règlement des plaintes plus graves qui est inférieur aux 60 jours prévus dans la loi. Ce CASC a déterminé que l'attribution de délais aux différents niveaux

de risque était une façon efficace de prioriser les plaintes. Les autres CASC auraient avantage à adopter une politique de ce genre.

De plus, même si les CASC exigent des fournisseurs de services qu'ils incluent dans leur rapport annuel un résumé des constatations découlant des plaintes de clients reçues pendant l'année, nous avons constaté que certains fournisseurs déclarent la nature de ces plaintes, alors que d'autres n'en indiquent que le nombre. Ni le Ministère ni les RLISS n'exigent des CASC qu'ils révèlent la nature des plaintes locales. Un seul des trois CASC a communiqué la nature des plaintes à son RLISS dans un rapport plus complet sur la sécurité des clients. Les CASC ne sont donc pas en mesure de repérer aisément les problèmes systémiques.

RECOMMANDATION 12

Pour que les plaintes portées à l'attention des centres d'accès aux soins communautaires ou des fournisseurs de services soient traitées de façon appropriée et en temps opportun, les centres d'accès aux soins communautaires doivent :

- prioriser les plaintes reçues en fonction du niveau de risque et répondre d'abord aux plus urgentes;
- exiger des fournisseurs de services qu'ils identifient les préoccupations communes des plaignants et analysent cette information afin de prendre les mesures complémentaires qui s'imposent.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC utilisent un processus transparent, bien établi et défini, qui est prescrit par réglementation pour répondre aux plaintes des patients. Les CASC ont mis en place des systèmes de suivi des plaintes et de priorisation des risques afin de réagir de façon efficace et d'atténuer la probabilité de récurrence. Les fournisseurs de services remettent régulièrement aux CASC des rapports sur l'amélioration de

la qualité qui résumant le nombre et la nature des plaintes reçues, les thèmes communs et les mesures correctives prises pour atténuer la récurrence. Nous cherchons sans cesse à améliorer les définitions des données, afin d'aider les CASC à renforcer leurs capacités d'analyse des renseignements et à favoriser l'amélioration des soins aux patients à l'échelle provinciale.

4.5.6 La planification et la surveillance du programme de subventions salariales pour les préposés aux services de soutien à la personne devraient être améliorées

En 2014-2015, le Ministère a versé environ 52 millions de dollars aux CASC pour qu'ils puissent accroître les salaires de base des préposés aux services de soutien à la personne (PSSP). Ces subventions avaient pour but de faciliter le recrutement et le maintien en poste des PSSP en vue de répondre à la demande croissante de services à domicile et en milieu communautaire en Ontario. Ce financement a permis aux CASC de modifier leurs contrats avec les fournisseurs de services de soutien à la personne afin d'obliger ceux-ci à accroître les salaires horaires de leurs PSSP. L'objectif est d'accroître le salaire horaire minimum des PSSP de 1,50 \$ par an en 2014-2015 et 2015-2016 et de 1,00 \$ en 2016-2017 afin de porter le salaire de base à 16,50 \$ d'ici le 1^{er} avril 2016. Au moment de notre audit, le Ministère avait calculé que le financement des subventions salariales à l'intention des PSSP pour l'exercice 2015-2016 s'élèverait à 53 millions de dollars.

En juin 2015, le Ministère a annoncé qu'il avait apporté des modifications au programme des subventions salariales qui incluaient le plafonnement des salaires des PSSP à 19 \$. Ainsi, les PSSP qui touchent plus de 19 \$ l'heure ne seront plus admissibles aux hausses de salaire du Ministère. Ceux qui touchaient auparavant près de 19 \$ l'heure et qui s'attendaient à une hausse de 4 \$ l'heure sur les trois années visées pourraient recevoir seulement

la partie de la hausse salariale globale qui porterait leur rémunération horaire à 19 \$.

Nous avons plusieurs autres préoccupations concernant la mise en oeuvre par le Ministère, de même que la surveillance par le Ministère, les LHIN et les CASC, du programme de subventions salariales pour les préposés aux services de soutien à la personne :

- Les fournisseurs de services que nous avons contactés nous ont dit que le financement versé initialement par le Ministère incluait implicitement 16 % pour les avantages sociaux, en plus du salaire de base, mais qu'ils payaient en fait des avantages variant entre 20 % et 25 %. Les fournisseurs de services devaient donc couvrir l'écart de financement de leur poche. Depuis l'annonce initiale, le Ministère a octroyé des fonds supplémentaires afin de couvrir 22,7 % des coûts des avantages sociaux pour les exercices 2015-2016 et 2016-2017 et rétroactivement pour 2014-2015.
- Des fournisseurs nous ont dit que le salaire accru des PSSP empiétait sur le bas de la fourchette salariale du personnel infirmier auxiliaire autorisé. Ils craignent que, si la différence de salaire n'est pas maintenue, ils seront désavantagés lorsque viendra le temps de renégocier les conventions collectives du personnel infirmier auxiliaire autorisé. Les fournisseurs craignent aussi que leurs PSSP ne reçoivent pas tous le même salaire parce que certains servent des clients financés par les CASC et les RLISS, alors que d'autres servent des clients qui payent eux-mêmes les services. Les fonds versés par le Ministère ne sont pas destinés aux PSSP qui servent des clients qui payent eux-mêmes les services.
- Selon les modalités de leur contrat avec les CASC, les fournisseurs de services sont tenus de remettre tous les dossiers sur les subventions salariales pour les préposés aux services de soutien à la personne, sur demande, au CASC, au RLISS et au Ministère. Les trois CASC visités n'ont pas effectué de visites

sur les lieux des fournisseurs de services ni demandé aux fournisseurs de leur remettre des documents financiers afin de s'assurer qu'ils ont utilisé les fonds versés pour accroître la rémunération de leurs PSSP. Les CASC ont affirmé que le Ministère leur avait demandé de participer à la mise en oeuvre de l'initiative de stabilisation des salaires des préposés aux services de soutien à la personne en agissant comme intermédiaires pour le versement des fonds aux employeurs avec lesquels les CASC ont un contrat. Nous avons constaté que le Ministère exige uniquement que les fournisseurs de services déclarent chaque année qu'ils ont effectivement accordé les hausses salariales.

RECOMMANDATION 13

Pour s'assurer que les fonds versés pour recruter et retenir des préposés aux services de soutien à la personne sont dépensés aux fins visées, les centres d'accès aux soins communautaires doivent effectuer des inspections aléatoires des dossiers de leurs fournisseurs de services et communiquer les résultats au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie cette recommandation et travaillera avec les RLISS, les CASC et l'Association des Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario à l'établissement d'un processus provincial commun d'audit.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC ont été mandatés par le Ministère pour soutenir la mise en oeuvre de l'initiative de stabilisation des salaires des préposés aux services de soutien à la personne, en agissant comme intermédiaires pour le versement des fonds aux employeurs avec lesquels les CASC ont un contrat. Il est entendu que le Ministère

établira un processus provincial d'audit des organismes bénéficiaires des fonds pour s'assurer que ceux-ci sont utilisés conformément aux modalités établies par le Ministère durant chaque année du programme. En partenariat avec les RLISS, le Ministère est responsable du suivi de l'attribution des fonds par les employeurs.

4.6 Les CASC sont évalués par rapport à différents objectifs dans des domaines communs

Les CASC rendent compte de leur rendement à différents égards aux RLISS et à Qualité des services de santé Ontario. L'**annexe 4** fournit la liste des mesures de rendement déclarées et l'entité à laquelle cette information est communiquée. Seuls les résultats recueillis par Qualité des services de santé Ontario sont publiés sur son site Web.

Nous avons constaté que les trois CASC rendent compte de leur rendement dans une quarantaine de domaines directement aux RLISS ou indirectement à Qualité des services de santé Ontario (un CASC est assujéti à quatre autres mesures de rendement à la demande de son RLISS), comparativement aux 13 mesures relevées dans notre audit de 2010 sur les soins à domicile. Nous avons remarqué que la majorité des indicateurs mesurent des données quantitatives (comme le nombre de clients servis et le coût par service) et l'expérience client (comme le temps d'attente entre la mise en congé de l'hôpital et le début de la prestation des services), et que seulement sept indicateurs mesurent des résultats (par exemple, le taux de réadmission des clients à l'hôpital et les visites imprévues au service des urgences), comme le montre l'**annexe 4**.

Quinze des indicateurs de rendement déclarés aux RLISS et six de ceux signalés indirectement à Qualité des services de santé Ontario sont mesurés par rapport aux objectifs. Comme nous l'avons constaté lors de notre audit en 2010, les CASC sont encore soumis à différentes normes parce que les objectifs de rendement sont établis

individuellement entre chaque CASC et son RLISS. Par exemple, pour l'indicateur de rendement mesurant le temps d'attente de 90 % des clients entre la mise en congé de l'hôpital et le début de la prestation des services par le CASC, l'objectif pour les trois CASC visités variait entre cinq et huit jours en 2013-2014. De même, pour l'indicateur de rendement mesurant le pourcentage de clients des soins à domicile des CASC qui ont fait une visite imprévue au service des urgences dans les 30 jours suivant leur mise en congé de l'hôpital, l'objectif pour les trois CASC visités allait d'environ 4 % à 12 % en 2014-2015.

Les autres indicateurs de rendement déclarés indirectement aux RLISS et à Qualité des services de santé Ontario ne sont pas associés à des objectifs parce que l'information est recueillie seulement pour donner aux décideurs une vue d'ensemble du système de santé provincial et local. Il serait néanmoins prudent d'établir des données repères dans ces domaines.

Nous avons constaté que lorsque des objectifs avaient été établis et que les indicateurs se rapportaient aux soins à domicile, les trois CASC visités ne répondaient pas systématiquement aux objectifs dans tous les secteurs de rendement, comme le montre la **figure 7**.

- Environ 60 % des objectifs de rendement ont été atteints dans les domaines qui ont fait l'objet de rapports aux RLISS au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014, dernière année pour laquelle des données étaient disponibles au moment de notre audit. Dans deux des CASC visités, les patients aiguillés par des services communautaires (plutôt que des hôpitaux) ont attendu deux fois plus longtemps que le délai cible pour recevoir leur première visite (le temps d'attente moyen était de 94 jours par rapport à un objectif de 48 jours pour les patients d'un CASC et de 47 jours par rapport à un objectif de 28 jours pour ceux de l'autre CASC).
- Seulement le tiers des objectifs de rendement ont été atteints dans les domaines qui ont fait

l'objet de signalements indirects à Qualité des services de santé Ontario au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015. Par exemple, aucun des trois CASC visités n'a atteint son objectif pour le pourcentage de clients des soins à domicile qui ont été réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital. Un CASC avait un objectif de 14 %, mais plus de 20 % de ses patients ont été réadmis dans les 30 jours suivant la mise en congé. Ce CASC a mentionné que le taux de réadmission plus élevé que prévu pourrait s'expliquer en partie par l'accès limité à des cliniques sans rendez-vous et des cliniques ouvertes après les heures dans la région et par l'absence de médecin de soins primaires pour certains patients. Un autre CASC, qui avait pour objectif de faire en sorte que 90 % de ses clients reçoivent des services de soutien à la personne dans les cinq jours suivant leur sortie de l'hôpital, a fourni ce niveau de service à moins de 80 % de ses clients.

Les RLISS ont tenu des réunions avec les CASC afin de discuter des mesures que ceux-ci pourraient prendre pour mieux atteindre leurs objectifs au cours de la prochaine période de rapport. Si les objectifs ne sont pas atteints à l'égard des six indicateurs déclarés à Qualité des services de santé Ontario, la rémunération du directeur général de certains CASC pourrait être touchée, comme le prévoit leur contrat d'emploi. En ce qui concerne les 11 autres indicateurs, si ces objectifs ne sont pas atteints, Qualité des services de santé Ontario ne peut pas imposer de mesures correctives aux CASC parce que ceux-ci ne relèvent pas directement de cet organisme.

Les CASC comptent également sur d'autres entités pour obtenir certains des renseignements qui leur permettent de mesurer leur propre rendement. Par exemple, une entreprise de sondage externe présente aux CASC les résultats des sondages sur la satisfaction de la clientèle, tandis que le Ministère leur transmet des données sur les réadmissions à l'hôpital. Cependant, dans les deux cas, les CASC

Figure 7 : Comparaison du rendement réel et ciblé de trois CASC choisis en 2013-2014 et 2014-2015

Sources de données : centres d'accès aux soins communautaires choisis

Indicateur	CASC 1		CASC 2		CASC 3				
	Objectif	Résultats réels en 2013-2014	Objectif atteint?	Objectif	Résultats réels en 2013-2014	Objectif atteint?	Objectif	Résultats réels en 2013-2014	Objectif atteint?
Déclaré aux réseaux locaux d'intégration des services de santé									
Pourcentage de la marge totale	0 %	0,6 %	Oui	0 %	0 %	Oui	0 %	-0,13 %	Non
Budget équilibré (indiqué par 0 ou par un excédent)	0+	1,6 M\$	Oui	0+	0	Oui	0+	-283 000 \$	Non
Pourcentage du budget consacré à l'administration	<=9,8 %	8,2 %	Oui	<=10,5 %	9,10 %	Oui	<=9 %	7,7 %	Oui
Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles	0 %	0,3 %	Non ¹	0 %	0	Oui	0 %	-0,13 %	Oui
Écart entre les unités de service prévues et les unités de service réelles	0 %	1,3 %	Non ¹	0 %	0	Oui	0 %	0 %	Oui
Temps d'attente au 90 ^e centile entre le congé de l'hôpital et le début des services (patients hospitalisés)	< 5 jours	6 jours	Non	<=6 jours	Données non disponibles	Non	s, o,	8 jours	Oui
Temps d'attente au 50 ^e centile entre la demande de services de soins à domicile et le début des services (milieu communautaire)	6 jours	8 jours	Non	Données non déclarées	Données non déclarées	Non	1 jour	1 jour	Oui
Temps d'attente au 90 ^e centile entre la demande de services de soins à domicile et le début des services (milieu communautaire)	28 jours	47 jours	Non	48 jours	94 jours	Non	66 jours	57 jours	Oui
Pourcentage de jours à un autre niveau de soins	<=15 %	12,6 %	Oui	<=22 %	20,70 %	Oui	<=13,5 %	13 %	Oui
Clients ayant obtenu une note MAPLe ² « élevée ou très élevée » qui vivent dans la collectivité servie par un CASC	>=6 600	7 754	Oui	>=3 000	3 333	Oui	>=4 500	5 960	Oui
Clients placés en foyer de soins de longue durée ayant obtenu une note MAPLe ² « élevée ou très élevée » en pourcentage du nombre total de patients placés	>=79 %	85 %	Oui	>= 79 %	83 %	Oui	>=79 %	82 %	Oui
Pourcentage de personnes inscrites à Accès Soins qui ont été aiguillées	>=79 %	91 %	Oui	>=76 %	79 %	Oui	>=76 %	s. o.	s. o.
Nombre de nouveaux clients hospitalisés admis au programme Chez soi avant tout ³ par mois	200	200	Oui	Données non déclarées	Données non déclarées	Oui	90	79,3	Non

Indicateur	CASC 1		CASC 2		CASC 3	
	Objectif	Résultats réels en 2013-2014	Objectif	Résultats réels en 2013-2014	Objectif	Résultats réels en 2013-2014
Indicateur						
Déclaré à Qualité des services de santé Ontario						
Pourcentage de clients qui se disent généralement satisfaits	>=92,2 %	91,4 %	>=90 %	92,4 %	>=94,5 %	93 %
Pourcentage de visites imprévues au service des urgences dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital des clients des services de soins à domicile qui ont été aiguillés vers un CASC durant leur séjour à l'hôpital	<=4,1 %	4,2 %	<=12 %	14,3 %	<=7,7 %	7,3 %
Pourcentage des réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital des clients des services de soins à domicile qui ont été aiguillés vers un CASC durant leur séjour à l'hôpital	<=17,4 %	18,7 %	<=14 %	20,5 %	<=17,9 %	18,8 %
Pourcentage de clients des foyers de soins de longue durée qui sont tombés au cours des 90 derniers jours	<=27,1 %	30,6 %	<=35,5 %	36,8 %	<=34,5 %	38 %
Pourcentage des clients ayant des besoins complexes qui ont reçu des services de soutien à la personne dans le délai prescrit de cinq jours	>=80,2 %	84,1 %	>=81,4 %	84,2 %	>=90 %	79,6 %
Pourcentage des clients qui ont reçu des services de soins infirmiers dans le délai prescrit de cinq jours	>=92,7 %	94,9 %	>=93 %	93,7 %	>=95 %	93,4 %

1. Les RUSS autorisent les CASC à avoir un rendement dans une fourchette acceptable, soit légèrement supérieure ou inférieure au niveau de rendement ciblé. Même si le CASC n'a pas atteint l'objectif, son rendement est dans la fourchette acceptable.
2. La méthode d'attribution des niveaux de priorité MAPLe (Method for Assigning Priority Levels) est un produit de l'évaluation RAI-HC qui prédit l'admission en foyer de soins de longue durée et peut indiquer si les soignants sont en détresse.
3. Le programme Chez soi avant tout aide les aînés hospitalisés fragiles à retourner chez eux le plus tôt possible, au lieu de supposer que le placement en foyer de soins de longue durée est la seule option.

doivent attendre six mois avant d'obtenir les renseignements dont ils ont besoin pour mesurer leur propre rendement dans ces domaines.

RECOMMANDATION 14

Pour que le rendement des CASC dans les secteurs opérationnels et financiers critiques soit évalué de façon cohérente et soit transparent pour le public, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, les CASC et Qualité santé Ontario, doit :

- examiner les indicateurs recueillis et vérifier s'ils restent pertinents pour déterminer l'efficacité et l'efficience des soins à domicile;
- rendre publics plus de résultats des mesures de rendement obtenus par les CASC;
- envisager d'établir des objectifs pour tous les secteurs de rendement au besoin;
- élaborer plus d'indicateurs fondés sur les résultats à mesurer par rapport au rendement global des CASC;
- mettre les données sur la réadmission à l'hôpital à la disposition des centres d'accès aux soins communautaires en temps plus opportun.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation. Des indicateurs sont élaborés par l'entremise de groupes consultatifs dirigés par les RLISS et dont des représentants du Ministère sont membres. Le Ministère s'assurera que les indicateurs des CASC sont harmonisés aux indicateurs à l'échelle du système dans l'entente de responsabilisation entre le Ministère et les RLISS, ainsi qu'aux stratégies et initiatives provinciales.

L'entente de responsabilisation de 2015-2018 comprend trois indicateurs liés aux soins à domicile et en milieu communautaire. Le Ministère a travaillé avec les RLISS afin de recommander des cibles provinciales pour ces trois indicateurs. Deux de ceux-ci sont une nouveauté de l'entente de responsabilisation, mais sont déjà signalés par Qualité santé Ontario :

- pourcentage des clients recevant des soins à domicile et ayant des besoins complexes qui ont reçu leur visite pour des services de soutien à la personne dans les cinq jours suivant la date d'approbation de ces services;
- pourcentage de clients recevant des soins à domicile qui ont reçu leur visite pour soins infirmiers dans les cinq jours suivant la date d'approbation de ces services.

Le 3^e indicateur correspond au « temps d'attente au 90^e centile pour les services de soins à domicile du CASC » entre la demande de services en milieu communautaire et le premier service du CASC (gestion de cas exclue).

Dans le cadre du plan *Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire*, le Ministère poursuivra l'examen des indicateurs de rendement et des objectifs en matière de soins à domicile et en milieu communautaire et s'efforcera de rendre ces renseignements publics.

Le Ministère travaillera également avec les CASC et d'autres partenaires communautaires, y compris les RLISS, afin de recueillir des données pertinentes sur les réadmissions à l'hôpital et les visites aux salles d'urgence.

RÉPONSE DES CASC

Les CASC, le Ministère et les RLISS examinent chaque année les indicateurs de rendement provinciaux et régionaux pour s'assurer qu'ils sont pertinents. Ensemble, nous éliminons les indicateurs non pertinents, définissons des indicateurs fondés sur les résultats et établissons des cibles progressives fondées sur des données probantes. Nous poursuivrons cette collaboration afin de favoriser l'échange d'information avec les groupes consultatifs locaux et provinciaux et de promouvoir la transparence et la responsabilisation. Ainsi, nous fournirons aux Ontariens l'information dont ils ont besoin à titre de patients et de soignants.

Annexe 1 – Recommandations du Groupe d'experts pour l'examen des soins à domicile et en milieu communautaire, rapport « Amener les soins au domicile », mars 2015

Source des données : Groupe d'experts pour l'examen des soins à domicile et en milieu communautaire

- 1 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) souscrive aux principes des soins axés sur le client et la famille exprimés dans la charte des soins à domicile et en milieu communautaire proposée et les intègre à l'élaboration de toutes les politiques, de toutes les stratégies en matière de financement et de responsabilisation, et de tous les règlements pertinents pour ce secteur.
Et que les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), en collaboration avec le Ministère, utilisent la charte des soins à domicile et en milieu communautaire proposée pour la planification, la prestation et l'évaluation des services de soins à domicile et en milieu communautaire.
- 2 Que le Ministère fournisse davantage de ressources pour accroître la disponibilité des services de soutien aux soignants membres de la famille et, en particulier, pour accroître la capacité des services de relève planifiés et d'urgence à domicile et hors domicile. Lorsqu'il est déterminé qu'un ou plusieurs soignants membres de la famille ont besoin de services de relève, ces services devraient être mentionnés explicitement dans le programme de soins.
- 3 Que le Ministère définisse explicitement quels sont les services à domicile et en milieu communautaire admissibles au financement provincial (c.-à-d. l'« éventail de services » offert) et dans quelles circonstances. Un énoncé indiquant clairement à quels services peuvent s'attendre les familles et dans quelles circonstances devrait être rendu facilement accessible, de sorte que les familles puissent mieux se préparer à la création de programmes de soins durables et y participer. L'admissibilité à tous les services devrait être déterminée à partir d'un outil d'évaluation commun normalisé, lui aussi accessible au public.
- 4 Que le Ministère assume un rôle de premier plan dans la définition, en collaboration avec d'autres ministères, d'un éventail de services unique et coordonné à l'intention des clients et familles dont les besoins relèvent de plusieurs ministères.
- 5 Que chaque réseau local d'intégration des services de santé présente au Ministère, pour sa région, un plan de capacité fondé sur des données probantes indiquant quelles sont les lacunes et comment sera comblé tout écart sur le plan des services de soins à domicile et en milieu communautaire. Ces plans devraient être établis selon un cadre provincial commun, à partir d'ensembles de données et d'outils normalisés, et être actualisés tous les trois ans.
- 6 Que le Ministère accorde aux RLISS le pouvoir discrétionnaire d'orienter les fonds en fonction des priorités dans leur région, afin de répondre aux besoins des clients et de leur famille en matière de services de soins à domicile et en milieu communautaire, même s'ils doivent réaffecter des fonds entre les différentes enveloppes budgétaires.
- 7 Que le sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée, par l'entremise du Conseil des sous-ministres, assume un rôle de chef de file par rapport à l'élaboration d'un plan intégré visant à définir et à produire un état des prestations unique et coordonné fondé sur les besoins (c.-à-d. un inventaire des services à domicile et en milieu communautaire) pour les services offerts par tous les ministères de l'Ontario pertinents (p. ex. ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, ministère des Services sociaux et communautaires, ministère des Affaires municipales et du Logement et ministère des Transports) aux enfants et aux adultes ayant des besoins complexes à long terme et à leur famille.
- 8 Que les RLISS, en collaboration avec les responsables des soins primaires de ces réseaux, élaborent et mettent en oeuvre des stratégies d'amélioration des communications bilatérales entre les fournisseurs de soins primaires et les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire.
- 9 Que, lorsque des ententes de rendement ont été conclues avec des fournisseurs de soins primaires (p. ex. avec des équipes de santé familiale et des centres de santé communautaire), les RLISS assument la responsabilité de la gestion du rendement par rapport aux normes de service prévues dans ces ententes et de la communication de ces résultats au public.
- 10 Que le Ministère présente son projet de déclarations d'intérêt concernant l'élaboration de modèles de financement intégré des soins à domicile et en milieu communautaire destinés aux populations ayant des besoins postactifs à court terme.
- 11 Que le Ministère demande aux RLISS de choisir et de financer l'organisme ou les organismes responsables les plus compétents pour concevoir et coordonner la prestation des soins à domicile et en milieu communautaire fondée sur les résultats pour les populations nécessitant des soins à domicile et en milieu communautaire à long terme dans leur RLISS.

-
- 12 Que le Ministère assume un rôle de premier plan dans la définition, en collaboration avec d'autres ministères, d'une enveloppe de financement unique et coordonnée fondée sur les besoins pour les services destinés aux clients et aux familles dont les besoins relèvent de plusieurs ministères.
-
- 13 Que le Ministère augmente les fonds disponibles pour le financement autogéré destinés aux clients et aux familles ayant des besoins importants, et que les coordonnateurs de soins travaillent avec les familles et les appuient, qu'elles aient choisi un programme de financement autogéré ou un fournisseur de l'organisme.
-
- 14 Que Qualité des services de santé Ontario, en partenariat avec les RLISS, achève et mette en oeuvre les indicateurs de rendement du système et, en consultation avec les fournisseurs et les familles, élabore et mette en oeuvre une fiche de rendement du secteur des soins à domicile et en milieu communautaire. La fiche de rendement devrait faire l'objet de rapports publics, et tous les fournisseurs de services de soutien communautaire et de soins à domicile financés par les pouvoirs publics devraient être tenus de présenter chaque année un plan d'amélioration de la qualité.
-
- 15 Que le Ministère associe le financement des services de soins à domicile et en milieu communautaire (p. ex. soins à domicile, services communautaires de soutien, soins primaires) à l'atteinte de résultats clairement définis.
-
- 16 Que le Ministère nomme des chargés adjoints de la mise en oeuvre des soins à domicile et en milieu communautaire (un chargé adjoint au sein du Ministère et un chargé adjoint à l'extérieur du Ministère), en leur fournissant un soutien approprié, pour orienter et surveiller la mise en oeuvre des recommandations formulées dans le présent rapport, qui doivent faire rapport chaque année au ministre de la Santé et des Soins de longue durée.
-

Annexe 2 – Les dix étapes de renforcement des soins à domicile et en milieu communautaire, « Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire », mai 2015

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

1	Rédiger un énoncé de valeurs relatives aux soins à domicile et en milieu communautaire
2	Créer un cadre en matière de niveaux de soins
3	Accroître le financement des soins à domicile et en milieu communautaire
4	Aller de l'avant avec les soins regroupés
5	Offrir des soins autogérés
6	Élargir les services de soutien aux personnes soignantes
7	Accroître le soutien aux préposés aux services de soutien à la personne
8	Accroître les services de soins infirmiers
9	Offrir un plus grand choix en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie
10	Élaborer un plan de capacité

Annexe 3 – Caractéristiques des catégories de clients et niveaux d'intensité de la coordination des soins¹

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

Catégorie de clients	Définition de la catégorie	Sous-catégories	Exemples de maladies	Intensité de la coordination des soins des CASC ¹
Besoins complexes ²	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes médicaux, physiques, cognitifs et sociaux complexes présentant un risque d'hospitalisation, de transfert à un autre niveau de soins ou de placement prématuré en établissement • Un ou plusieurs problèmes de santé chroniques ou autres avec facteurs aggravants • Besoins en soins directs imprévisibles et instables • Un réseau de soutien existe, mais le patient n'est pas autonome et présente des risques élevés à plusieurs égards • Note d'évaluation RAI de 17 ou plus • Gestion de cas d'intensité élevée à l'appui des objectifs ou des résultats visés pour le patient 	Aînés, adultes, clients en soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Démence • Fracture de la hanche • Maladie d'Alzheimer • Dysphagie (difficulté à avaler) • Maladie de Parkinson 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de cas d'intensité élevée face à un éventail complexe de services et de besoins • Rôle important dans la coordination ou le cheminement à travers le système • Engagement élevé avec les partenaires du secteur des soins de santé et d'autres secteurs • Surveillance axée sur les résultats
Maladie chronique ²	<ul style="list-style-type: none"> • Un ou plusieurs problèmes de santé chroniques ou autres avec facteurs aggravants • Besoins en soins directs imprévisibles et instables • Patient autonome ou stable avec un bon réseau de soutien • Note d'évaluation RAI de 11 à 16 • Gestion de cas d'intensité modérée requise pour atteindre les objectifs ou obtenir les résultats souhaités 	Aînés, adultes, clients en soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Démence • Maladie d'Alzheimer • Fractures • Insuffisance cardiaque congestive • Chutes 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de cas d'intensité modérée visant à aider le client à gérer son état de santé et à l'empêcher de s'aggraver • Création de réseaux de soutien afin de répondre aux besoins fonctionnels du client • Cheminement à travers le système et surveillance axée sur les résultats

Catégorie de clients	Définition de la catégorie	Sous-catégories	Exemples de maladies	Intensité de la coordination des soins des CASC ¹
Autonomie communautaire ²	<ul style="list-style-type: none"> • Une ou plusieurs maladies chroniques ou autres problèmes de santé • Capacité de vivre en autonomie (la durée des services ne devrait pas dépasser un an) • Client autonome ou bénéficiant d'un réseau de soutien stable • Note d'évaluation RAI de 1 à 10 • Gestion de cas de faible intensité afin d'atteindre les objectifs et d'obtenir les résultats souhaités 	Clients stables à risque; autonomes avec soutien	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque congestive • Maladie pulmonaire obstructive chronique • Arthrose • Dépression • Démence 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de cas d'intensité modérée à élevée • Accent mis sur une plus grande autonomie grâce à un cheminement efficace à travers le système • Il faut chercher des moyens de prévenir l'aggravation des invalidités de cette catégorie de clients afin d'éviter un accroissement des besoins
Court séjour ³	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin de soins actifs de courte durée • Habituellement un résultat et un temps de rétablissement clairement définis et prévisibles ou possibilité que le client redevienne fonctionnel • Besoin d'une éducation, de soins ou d'un soutien de courte durée • Trajectoire de soins stable et prévisible 	Épisodes aigus, blessures, réadaptation, oncologie	<ul style="list-style-type: none"> • Cellulite (infection bactérienne envahissante de la peau et des tissus sous-cutanés) • Dysphagie (difficulté à avaler) • Arthrose • Rétention urinaire • Cancer du sein 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de cas de faible intensité • Accent mis sur les clients qui font exception aux cheminements ou aux résultats prévus • Surveillance des résultats et cheminement à travers le système pour les clients qui font exception au cheminement et qui ont des besoins supplémentaires
En bonne santé	<ul style="list-style-type: none"> • Ne reçoit pas de services d'un CASC • N'a ni maladie chronique, ni problème de santé grave, ni blessure • Est autonome et gère ses propres besoins en soins de santé • Besoins liés à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie 	s. o.	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiété • Dépression • Arthrose • Masse ovarienne • Chutes 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune gestion de cas • Aiguillage vers des organismes communautaires pour les services tels que la livraison de repas à domicile, les programmes de jour pour adultes et les services de transport, de visites amicales, d'aide familiale, etc.

1. Autrefois appelé gestion de cas.

2. Ces clients, aussi appelés clients « de long séjour », reçoivent généralement des services pendant plus d'un an.

3. Ces clients reçoivent généralement des services pendant moins d'un an et sont censés atteindre leurs objectifs de traitement.

Annexe 4 – Résumé des indicateurs de rendement des CASC, 2013-2014 et 2014-2015

Sources des données : centres d'accès aux soins communautaires, Qualité des services de santé Ontario

Indicateur	Source de l'indicateur				Type d'indicateur	
	Réseaux locaux d'intégration des services de santé – Indicateurs de base ¹	Réseaux locaux d'intégration des services de santé – Indicateurs explicatifs ¹	Qualité des services de santé Ontario – Rapports publics ¹	Qualité des services de santé Ontario – Plan d'amélioration de la qualité ²	Axé sur les résultats	Axé sur les clients
1	Pourcentage de la marge totale	X			X	
2	Budget équilibré	X			X	
3	Pourcentage du budget consacré à l'administration	X			X	
4	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles	X			X	
5	Écart entre les unités de service prévues et les unités de service réelles	X			X	
6	Activité de service par centre fonctionnel ³	X			X	
7	Nombre de personnes servies	X			X	
8	Temps d'attente au 90 ^e centile entre le congé de l'hôpital et le début des services (patients hospitalisés)	X			X	X
9	Temps d'attente au 50 ^e centile entre la demande de services de soins à domicile et le début des services (milieu communautaire)	X			X	X
10	Temps d'attente au 90 ^e centile entre la demande de services de soins à domicile et le début des services (milieu communautaire)	X			X	X
11	Pourcentage de jours à un autre niveau de soins (clients qui occupaient des lits d'hôpitaux et qui sont maintenant servis par un CASC)	X			X	
12	Clients ayant une note MAPLe ⁴ « élevée ou très élevée » qui vivent dans la communauté avec l'aide du CASC	X			X	
13	Clients placés en foyer de soins de longue durée ayant une note MAPLe ⁴ « élevée ou très élevée » en pourcentage du nombre total de patients placés	X			X	
14	Pourcentage de personnes inscrites à Accès Soins qui ont été aiguillées	X			X	X
15	Pourcentage de nouveaux clients hospitalisés admis au programme Chez soi avant tout ⁵ par mois	X			X	X
16	Coût par unité de service (par centre fonctionnel ³)		X		X	
17	Coût par personne servie (par programme, service ou centre fonctionnel)		X		X	

Indicateur	Source de l'indicateur			Type d'indicateur		
	Réseaux locaux d'intégration des services de santé – Indicateurs de base ¹	Réseaux locaux d'intégration des services de santé – Indicateurs explicatifs ¹	Qualité des services de santé Ontario – Rapports publics ¹	Qualité des services de santé	Axé sur les résultats	Axé sur les résultats clients
18	Temps d'attente entre la mise en congé de l'hôpital et le début des services – clients ayant besoin de soins actifs de courte durée	X			X	X
19	Temps d'attente entre la mise en congé de l'hôpital et le début des services – clients ayant besoin de soins de réadaptation de courte durée	X			X	X
20	Temps d'attente entre la mise en congé de l'hôpital et le début des services – clients ayant besoin de soins complexes de longue durée	X			X	X
21	Temps d'attente au 90 ^e centile entre le milieu communautaire et les services communautaires de soins à domicile – clients ayant besoin de soins actifs de courte durée	X			X	X
22	Temps d'attente au 90 ^e centile entre le milieu communautaire et les services communautaires de soins à domicile – clients ayant besoin de soins de réadaptation de courte durée	X			X	X
23	Temps d'attente au 90 ^e centile entre le milieu communautaire et les services communautaires de soins à domicile – clients ayant besoin de soins complexes de longue durée	X			X	X
24	Coût mensuel moyen par épisode – clients adultes ayant besoin de soins actifs de courte durée	X			X	
25	Coût mensuel moyen par épisode – clients adultes ayant besoin de soins complexes de longue durée	X			X	
26	Coût mensuel moyen par épisode – clients en fin de vie	X			X	
27	Coût mensuel moyen par épisode – clients en fin de vie – dans les trois mois précédant immédiatement le décès	X			X	
28	Coût mensuel moyen par épisode – enfants dont la santé est fragile	X			X	
29	Dépenses engagées pour les clients qui reçoivent le nombre maximum d'heures de service ⁶	X			X	
30	Total du financement conjoint (arthroplasties de la hanche et du genou) ⁶	X			X	
31	Dialysés ⁶	X			X	
32	Nombre de personnes en attente de service (par centre fonctionnel) ⁶	X			X	X
33	Satisfaction globale des clients	X		X	X	X

Indicateur	Source de l'indicateur				Type d'indicateur		
	Réseaux locaux d'intégration des services de santé – Indicateurs de base ¹	Réseaux locaux d'intégration des services de santé – Indicateurs explicatifs ¹	Qualité des services de santé Ontario – Rapports publics ¹	Qualité des services de santé Ontario – Plan d'amélioration de la qualité ²	Axé sur les résultats	Axé sur les résultats	Axé sur les clients
34	Pourcentage de visites imprévues au service des urgences dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital des clients des services de soins à domicile qui ont été aiguillés vers un CASC durant leur séjour à l'hôpital		X	X	X		X
35	Pourcentage des réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital des clients des services de soins à domicile qui ont été aiguillés vers un CASC durant leur séjour à l'hôpital		X	X			X
36	Pourcentage de clients des foyers de soins de longue durée qui sont tombés au cours des 90 derniers jours		X	X			X
37	Temps d'attente de cinq jours pour les services de soutien à la personne – clients ayant besoin de soins complexes		X	X			X
38	Temps d'attente de cinq jours pour les services de soins infirmiers		X	X			X
39	Pourcentage de clients des soins à domicile qui ont développé une incontinence d'urine ou dont la fonction vésicale ne s'est pas améliorée depuis leur dernière évaluation		X				X
40	Pourcentage de clients des soins à domicile qui ont développé un problème de communication ou dont le problème de communication existant ne s'est pas amélioré depuis leur dernière évaluation		X				X
41	Pourcentage de clients des soins à domicile qui ont développé une nouvelle plaie de pression (stade 2 à 4)		X				X
42	Pourcentage de clients des soins à domicile qui ont été placés en foyer de soins de longue durée qui auraient pu rester chez eux ou ailleurs dans la collectivité		X			X	
43	Pourcentage de clients des soins à domicile qui n'ont pas été vaccinés contre la grippe au cours des deux dernières années		X				X

1. Mesuré en 2013-2014.

2. Mesuré en 2014-2015. Un Plan d'amélioration de la qualité est un ensemble d'engagements en matière de qualité que prend un organisme de soins de santé afin d'améliorer la qualité au moyen de cibles et de mesures ciblées, comme l'exige la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

3. Des centres fonctionnels sont créés pour les secteurs de programme tels que la coordination des soins, l'ergothérapie et le soutien à la personne, aux fins du suivi de l'information.

4. La méthode d'attribution des niveaux de priorité MAPLe (Method for Assigning Priority Levels) est un produit de l'évaluation RAI-HC qui prédit l'admission en foyer de soins de longue durée et peut indiquer si les soignants sont en détresse.

5. Le programme Chez soi avant tout aide les aînés hospitalisés fragiles à retourner chez eux le plus tôt possible, au lieu de supposer que le placement en foyer de soins de longue durée est la seule option.

6. Mesuré par un seul des trois CASC visités.