

## Chapitre 3

### Section 3.01

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

Suivi de la section 3.01 du *Rapport annuel 2015* par le Comité permanent des comptes publics

En mai 2016, le Comité a tenu une audience publique sur notre audit de 2015 des Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) – Programme des soins à domicile. En décembre 2016, le Comité a déposé à l'Assemblée législative un rapport découlant de l'audience. Le rapport complet figure à l'adresse : <http://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/standingcommittee/standingcommittee-fr.html>.

Le Comité a formulé sept recommandations et a demandé au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de lui soumettre leur réponse d'ici la fin de mars 2017. Le Comité a transmis les recommandations aux RLISS plutôt qu'aux CASC, car les RLISS étaient censés assumer la fonction de soins à domicile des CASC. En outre, les CASC devaient être éliminés sous réserve de l'adoption de la *Loi donnant la priorité aux patients* (la Loi). La Loi a été adoptée à l'Assemblée législative environ une semaine après le dépôt du rapport du Comité. Au moment

du suivi, le transfert de la responsabilité des soins à domicile des CASC aux RLISS était en cours. Le Ministère, Services communs pour la santé Ontario (auparavant l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario) et les CASC ont répondu officiellement au Comité le 31 mars 2017. Certains points soulevés par le Comité étaient similaires aux observations de l'audit que nous avons mené en 2015 et dont nous avons également effectué un suivi cette année (voir le **chapitre 1**). L'état de chacune des mesures recommandées par le Comité est indiqué à la **figure 1**.

Notre travail d'assurance s'est déroulé entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 30 juin 2017 et nous avons obtenu des représentations écrites du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de Services communs pour la santé Ontario, et des trois réseaux locaux d'intégration des services de santé (du Centre, du Nord-Est et de Champlain) selon lesquelles, au 1<sup>er</sup> septembre 2017, ils nous avaient fourni un portrait à jour complet de l'état des recommandations formulées par le Comité.

**Figure 1 : Résumé de l'état des mesures recommandées dans le rapport de décembre 2016 du Comité**

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

	Nombre de mesures recommandées	État des mesures recommandées			
		Pleinement mise en oeuvre	En voie de mise en oeuvre	Peu ou pas de progrès	Ne sera pas mise en oeuvre
Recommandation 1	4		4		
Recommandation 2	2		1	1	
Recommandation 3	1		1		
Recommandation 4	2		2		
Recommandation 5	1	1			
Recommandation 6	7	3	4		
Recommandation 7	1		1		
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>%</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>72</b>	<b>5</b>	<b>0</b>

(Au moment de finaliser le présent rapport, les RLISS avaient commencé à assumer la responsabilité des soins à domicile qui incombait auparavant aux CASC, qui n'existent plus.)

## Conclusion globale

D'après les renseignements que le Ministère, Services communs pour la santé Ontario et les CASC (qui font maintenant partie des RLISS) nous ont fournis, au 30 juin 2017, 22 % des recommandations du Comité avaient été pleinement mises en oeuvre et environ 70 % des recommandations étaient mises en oeuvre. Cependant, peu ou pas de progrès ont été faits dans une recommandation. Par exemple, le Ministère et les CASC avaient pleinement mis en oeuvre des recommandations touchant des domaines comme la révision de la méthodologie du sondage sur la satisfaction de la clientèle afin d'être plus efficaces et les visites sur place régulières pour surveiller le rendement des fournisseurs de service. En outre, le Ministère et les CASC étaient en train de mettre en oeuvre des recommandations

visant des domaines comme la correction des inégalités de financement entre les CASC, l'élaboration de cibles et d'indicateurs de rendement normalisés pour les services de soins à domicile et l'élaboration de lignes directrices normalisées sur l'établissement de clients prioritaires pour la prestation de services de soins à domicile. Toutefois, les CASC avaient réalisé peu de progrès dans la centralisation des listes d'attente rattachées à des services de soutien communautaires. Le Ministère a confirmé que les RLISS, qui sont maintenant responsables des soins à domicile, poursuivront la mise en oeuvre de ces recommandations.

## État détaillé des recommandations

La **figure 2** énumère les recommandations et présente l'état détaillé des mesures prises d'après les réponses du Ministère, de Services communs pour la santé Ontario et des CASC et d'après notre examen des renseignements qu'ils nous ont communiqués.

**Figure 2 : Recommandations du Comité et état détaillé des mesures prises**

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

Recommandations du Comité	État détaillé
<p><b>Recommandation 1</b></p> <p>Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• règle la disparité du financement entre les Centres d'accès aux soins communautaires; État : En voie de mise en oeuvre d'ici juin 2018.</li> <li>• établit un niveau minimal de soins auquel un patient peut s'attendre en fonction de l'évaluation de ses besoins; État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018.</li> <li>• élabore des lignes directrices uniformes pour déterminer la priorité des clients, et surveille le respect de celles-ci; État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018.</li> <li>• veille à ce que les clients ayant les besoins les plus importants reçoivent des heures de soins s'approchant du maximum autorisé. État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018.</li> </ul>	<p>Le Ministère avait commencé à utiliser des données sur la santé de la population pour attribuer des augmentations du financement de base de 100 millions de dollars en 2016-2017 et de 80 millions de dollars en 2017-2018, et 20 millions de dollars supplémentaires en 2017-2018 au titre des services pour les clients ayant des besoins élevés. Pour effectuer ces hausses de financement, le Ministère a tenu compte du nombre de clients ayant des besoins complexes et de la durée des services reçus à chaque CASC. Le Ministère a indiqué qu'il continuera à régler les disparités historiques de financement des soins de santé d'ici juin 2019.</p> <p>En août 2016, le Ministère a constitué un comité d'experts en matière de niveaux de soins (comité d'experts) afin de formuler des conseils et des recommandations relativement à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un cadre de niveaux de soins en Ontario. Le comité d'experts est présidé conjointement par un médecin et un vice-président de Qualité des services de santé Ontario (un organisme constitué en 2005 pour donner des conseils au ministre de la Santé et des Soins de longue durée sur la qualité des soins de santé), et un administrateur principal de l'ancien CASC du Centre-Toronto. Le cadre a pour but de mettre en place des pratiques communes d'évaluation et de planification de soins à domicile et en milieu communautaire et devrait avoir des répercussions importantes sur la coordination des soins. En juin 2017, le comité d'experts a présenté au Ministère un rapport final intitulé <i>L'épanouissement à domicile : Cadre de niveaux de soins pour améliorer la qualité et l'uniformité des soins à domicile et en milieu communautaire pour la population ontarienne</i>. Le Ministère s'attend à travailler avec des partenaires sectoriels afin de planifier la mise en oeuvre de recommandations contenues dans ce rapport au cours de l'été et de l'automne 2017. Les RLIS examineront le cadre et collaboreront avec le Ministère pour mettre en oeuvre les recommandations concernant le niveau de services, ce qui peut inclure l'établissement d'un niveau de soins minimal, l'élaboration de lignes directrices normalisées dans le but d'établir quels services sont fournis en priorité aux clients, et la prestation d'un nombre d'heures de soins qui se rapproche du nombre maximum prévu par règlement, d'ici décembre 2018.</p>

## Recommandations du Comité

## État détaillé

**Recommandation 2**

Que les réseaux locaux d'intégration des services de santé :

- centralisent les renseignements des listes d'attente de tous les organismes de soutien communautaire pour que tous les fournisseurs de services de santé et les clients aient accès à des renseignements à jour sur la disponibilité des services;  
État : Peu ou pas de progrès.

- veillent à ce que tous les fournisseurs de soins de santé à domicile et organismes de soutien communautaire publient les résultats des évaluations sur un système partagé.  
État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2019.

Au moment de ce suivi, les RLISS n'avaient pas élargi les données centralisées de la liste d'attente de manière à inclure tous les services de soutien communautaires. Les anciens CASC (maintenant les RLISS) avaient le pouvoir réglementaire de gérer les listes d'attente en vue de services de soutien communautaires (par exemple, programmes de répit de jour, logements avec services et logements avec services de soutien). Au moment du suivi, les RLISS ne géraient pas l'information sur les listes d'attente relatives à d'autres services de soutien communautaire, comme les services d'aides familiales, de soutien aux personnes soignantes et de transport. Les RLISS ont mentionné que pour centraliser les listes d'attente pour tous les services, il faudrait qu'il y ait des discussions à plus grande échelle sur une planification locale entre la fonction des soins à domicile et en milieu communautaire au sein des RLISS et les organismes de services de soutien communautaires. Au moment de notre suivi, les RLISS ont indiqué que l'adoption de la *Loi donnant la priorité aux patients* et la nécessité d'intégrer des services dans les sous-régions offrent une occasion d'examiner davantage la mesure dans laquelle des listes d'attente centralisées pourraient être mises en oeuvre.

Nous avons constaté dans notre audit de 2015 que le Ministère a instauré un système en ligne appelé Dossier d'évaluation médicale intégré afin de permettre aux organismes de partager les données d'évaluation concernant les clients. À ce moment-là, le Ministère demandait que seuls les CASC et les foyers de soins de longue durée téléversent les données d'évaluation dans le système, mais il n'imposait pas cette exigence aux organismes de services de soutien communautaires, qui téléversaient les données d'évaluation dans le système sur une base volontaire. Ces exigences n'avaient pas encore changé au moment de notre suivi. Le Ministère prévoyait appuyer un usage élargi de ce système (ce qui pourrait comprendre l'obligation des organismes de services de soutien communautaires de téléverser les évaluations des clients dans le système) au cours des exercices 2017-2018 et 2018-2019, après un examen du cadre des niveaux de soins.

**Recommandation 3**

Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, veille à ce que les clients ayant de faibles besoins reçoivent, dans la mesure du possible, les services de soutien personnel dont ils ont besoin des organismes de soutien personnel plutôt que des centres d'accès aux soins communautaires ou, aux termes de la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* proposée, par l'intermédiaire de la fonction de soins communautaires des réseaux locaux d'intégration des services de santé.

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018.

En février 2016, 4 des 14 RLISS de la province avaient versé des fonds à des organismes de services de soutien communautaires désignés pour offrir des services de soutien à la personne aux clients ayant de faibles besoins, ce qui améliore l'accessibilité et permet aux CASC de se concentrer sur les clients qui ont des besoins de soins plus complexes. Ces RLISS avaient établi et partagé les leçons retenues et les approches avec les autres RLISS.

Au moment de ce suivi, les 10 autres RLISS avaient également commencé à transférer leurs clients ayant de faibles besoins aux organismes de services de soutien communautaires, et mettaient en oeuvre des normes, lignes directrices et mesures de rendement afin de coordonner l'accessibilité et d'offrir des soins cohérents aux clients. Les autres RLISS prévoyaient achever la transition d'ici décembre 2018.

Recommandations du Comité	État détaillé
<p><b>Recommandation 4</b> Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, veille à ce que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les clients de soins à domicile soient évalués et réévalués dans les délais prescrits; État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2019.</li> <li>• les coordonnateurs de soins maintiennent leur capacité à utiliser les outils d'évaluation et soient soumis à des tests réguliers mesurant leur compétence à cet égard. État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018.</li> </ul>	<p>En septembre 2014, le secteur des soins à domicile et des soins en milieu communautaire a entrepris un examen de l'évaluation et de la réévaluation des paramètres et objectifs de rendement élaborés et mis en oeuvre dans le cadre du Modèle de soins axés sur le client. Tous les CASC utilisaient ce modèle (une approche axée sur la population pour segmenter les services à la clientèle) afin de faciliter la détermination des différentes populations de patients selon leurs besoins évalués en matière de soins en vue de soutenir la planification des soins. Le secteur a ensuite mis cette démarche en suspens en attendant le résultat des travaux d'élaboration d'un cadre de niveaux de soins en cours; celui-ci devrait avoir des répercussions importantes sur la coordination des soins, y compris les échéanciers d'évaluation et de réévaluation. Le comité d'experts chargé des niveaux de soins a présenté un cadre au Ministère en juin 2017, et le Ministère prévoit commencer à le mettre en oeuvre au début de 2018. Après la mise en oeuvre du cadre, les RLISS s'attendent à ce que les coordonnateurs de soins évaluent et réévaluent les clients d'ici mars 2019 en respectant les échéanciers.</p> <p>Dans l'intervalle, les différents CASC que nous avons visités durant notre audit de 2015 avaient mis en place des initiatives visant à soutenir et à améliorer le choix du moment des évaluations et des réévaluations. Par exemple, un CASC avait uniformisé les pratiques d'établissement des horaires de ses coordonnateurs de soins communautaires en mettant à l'horaire à l'avance une certaine quantité d'évaluations et de réévaluations par semaine. Un autre CASC avait mis en place des procédures uniformisées de réévaluations par téléphone de certains groupes de patients.</p> <p>Au moment de notre audit de 2015, tous les CASC avaient accès à un système provincial d'essais en ligne pour vérifier régulièrement les compétences en évaluation des coordonnateurs de soins. Au moment de notre suivi, les CASC visités durant notre audit de 2015 ont indiqué que les RLISS donneront de la formation complémentaire sur les compétences en évaluation dans le cadre de la transition du secteur des soins à domicile et en milieu communautaire vers un outil d'évaluation appelé instrument d'évaluation pour services à domicile (SD) interRAI en 2018. Dans l'intervalle, les CASC ont élaboré et mis en place leurs propres politiques concernant le nombre minimal d'évaluations et de tests de compétences pour les coordonnateurs de soins. Par exemple, un CASC a donné aux membres de son personnel des objectifs quant au nombre minimal d'évaluations qu'ils doivent remplir chaque mois et fait subir des tests à son personnel aux six mois sur leurs compétences d'utilisation des outils d'évaluation. Un autre CASC fait subir ces tests une fois l'an.</p> <p>Le cadre de prestation des niveaux de soins a été soumis au Ministère en juin 2017. Les RLISS prévoyaient examiner le cadre et mettre en oeuvre toutes les recommandations relatives aux évaluations, qui peuvent inclure des exigences concernant le nombre minimal d'évaluations que doivent effectuer chaque mois les coordonnateurs de soins et ainsi que la fréquence des tests de compétences, d'ici décembre 2018.</p>

Recommandations du Comité	État détaillé
<p><b>Recommandation 5</b></p> <p>Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, veille à ce que le suivi des clients de soins à domicile soit effectué après qu'ils ont été mis en congé de soins.</p> <p><b>État : Pleinement mise en oeuvre.</b></p>	<p>Au moment de ce suivi, les CASC avaient mis en oeuvre diverses initiatives de suivi des clients mis en congé des soins à domicile. Par exemple, un CASC avait mis en place une technologie interactive de réponse vocale pour assurer le suivi des clients mis en congé par téléphone. Le client peut notamment répondre aux questions au sujet de sa situation actuelle à la maison et indiquer s'il aimerait que le suivi du CASC se poursuive. Un autre CASC a retenu à contrat les services d'une société indépendante pour faire des appels directs au client.</p>
<p><b>Recommandation 6</b></p> <p>Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prouve que le financement destiné à l'augmentation du salaire des préposés aux services de soutien à la personne a été utilisé à cette fin; <b>État : En voie de mise en oeuvre d'ici juin 2018.</b></li> <li>• établit des indicateurs et cibles de rendement pour les services de soins à domicile; <b>État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018.</b></li> </ul>	<p>Au moment de l'audit de 2015, nous avons constaté que le Ministère demandait seulement aux fournisseurs de services à contrat de déclarer eux-mêmes annuellement qu'ils s'étaient conformés à l'augmentation de salaire des préposés aux services de soutien à la personne, mais qu'il n'y avait pas de processus d'audit pour veiller à ce que les fonds fournis soient dépensés pour recruter et maintenir en poste des préposés aux services de soutien à la personne, selon l'intention énoncée dans l'initiative. Au moment de ce suivi, c'était toujours le cas. Le Ministère a indiqué que les fournisseurs de services donnent l'assurance de leur conformité à la directive et à l'addenda concernant l'augmentation du salaire des préposés aux services de soutien à la personne au moyen d'un certificat de conformité; cette attestation nécessitait la signature du dirigeant qui occupe le rang le plus élevé dans l'organisation ainsi qu'une confirmation par le président du conseil d'administration. Les CASC (maintenant les RLSS) ont fait le suivi de la réception de ces attestations durant l'initiative de trois ans et ont porté à l'attention du Ministère les problèmes de non-conformité, qui ont été réglés par la suite. Le Ministère a indiqué qu'il collaborera avec les 14 RLSS pour mener un audit provincial d'ici juin 2018 afin de s'assurer que les fonds ont servi à recruter et à maintenir en poste des préposés aux services de soutien à la personne.</p> <p>À compter du printemps 2016, le secteur des soins à domicile a participé à l'examen provincial des indicateurs de soins à domicile et de soins en milieu communautaire dirigé par Qualité des services de santé Ontario, qui évaluait les indicateurs de soins à domicile dont tous les CASC font actuellement rapport au public. L'examen a été effectué en mars 2017. Au moment de notre suivi, le Ministère étudiait le résultat de l'examen des indicateurs et prenait en compte les améliorations à la méthodologie actuelle, qu'il prévoyait achever d'ici septembre 2017. Il entend ensuite établir, d'ici décembre 2018, des objectifs de service pour ces nouveaux indicateurs afin d'assurer le suivi des progrès dans l'amélioration de la cohérence des soins. Le Ministère prévoit également travailler avec Qualité des services de santé Ontario pour établir les nouveaux indicateurs de l'expérience patient qui sont les plus significatifs pour les patients, les fournisseurs de soins et le public.</p>

Recommandations du Comité	État détaillé
<ul style="list-style-type: none"> <li>recueil des données probantes afin de mesurer les résultats obtenus par les clients; État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018.</li> </ul>	<p>Au moment de ce suivi, le secteur des soins à domicile collaborait avec Qualité des services de santé Ontario pour élaborer des normes qualitatives de soins et de réadaptation dans les cas de fractures de la hanche. L'élaboration de la norme qualitative sur les fractures de la hanche et les recommandations connexes aux fins d'adoption en sont aux dernières étapes d'approbation auprès de Qualité des services de santé Ontario, et elles seront publiées à l'automne 2017. Il collaborait également avec la Rehabilitative Care Alliance à l'élaboration de cadres de pratiques exemplaires de soins de réadaptation pour les patients ayant une fracture de la hanche ou ayant subi une arthroplastie primaire de la hanche et du genou. Le secteur des soins à domicile élaborait aussi des indicateurs de mesure du rendement des CASC dans ce domaine. Le secteur des soins à domicile établissait une communauté de pratique provinciale en matière de réadaptation – un groupe de professionnels qui partagent leurs renseignements et leur savoir sur les services de réadaptation – pour aider le secteur à mettre des normes en oeuvre une fois celles-ci achevées. Les RLISS poursuivront l'élaboration des indicateurs fondés sur les résultats de façon continue, mais s'attendent à ce que la majeure partie de ces travaux soient terminés d'ici décembre 2018.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>recueil des données sur les visites manquées, reportées, ou effectuées en retard par chacun des fournisseurs de services; État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018.</li> </ul>	<p>En janvier 2015, les CASC ont révisé la définition de « soins manqués » et ont commencé à recueillir des données provinciales pour contribuer à établir des objectifs provinciaux en matière de « soins manqués ». En mars 2016, les CASC ont mis à jour l'entente conclue avec les fournisseurs de services afin d'inclure la définition révisée et les objectifs en matière de « soins manqués ». Les CASC prévoient faire rapport sur cet indicateur en utilisant la méthodologie révisée au cours du troisième trimestre de 2017-2018. Les CASC mesurent plutôt ces incidences en posant des questions connexes dans un sondage sur la satisfaction de la clientèle.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>effectue régulièrement des visites sur place afin d'évaluer les soins fournis par les fournisseurs de services; État : Pleinement mise en oeuvre.</li> </ul>	<p>Au moment de notre suivi, les CASC visités indiquaient que les membres de leur personnel effectuent des audits et/ou des visites de sites pour surveiller la qualité des soins dispensés par les fournisseurs de services au domicile des clients. Par exemple, un CASC a commencé à visiter des fournisseurs de services en 2015 en mettant l'accent sur la sécurité des patients, et entendait se concentrer sur les obligations contractuelles liées au rendement et à l'amélioration de la qualité en 2017-2018. En 2015-2016 et 2016-2017, un autre CASC a réalisé des audits internes et des audits sur place de ses fournisseurs de services pour faire enquête sur des possibilités précises d'amélioration de la qualité.</p>

Recommandations du Comité	État détaillé
<ul style="list-style-type: none"> <li>examine et améliore la méthode d'évaluation de la satisfaction de la clientèle pour que les résultats obtenus permettent d'évaluer le rendement des fournisseurs de services; État : Pleinement mise en oeuvre.</li> </ul>	<p>Les CASC ont apporté les changements suivants à la méthodologie du sondage sur la satisfaction de la clientèle afin d'améliorer l'exactitude et la fiabilité des réponses au sondage :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mise à jour des critères d'inclusion et d'exclusion applicables au sondage pour maximiser les réponses et la taille des échantillons, ce qui a permis d'améliorer la fiabilité des données (par exemple, le sondage exclut maintenant tout patient ayant déjà rempli un sondage durant les 12 derniers mois et tout patient qui a refusé de prendre part à un sondage ces 9 derniers mois);</li> <li>mise à jour de la méthodologie d'échantillonnage du sondage et du protocole d'appel pour augmenter la probabilité de recevoir des réponses au sondage (par exemple, le sondage extrait maintenant des échantillons qui renferment seulement des données de contacts primaires, ce qui aide à s'assurer que l'intervieweur communique avec le fournisseur de soins le plus approprié si le patient ne peut être interviewé; de plus, l'intervieweur peut maintenant contacter jusqu'à trois fournisseurs de soins plutôt qu'un, ce qui augmente la probabilité d'obtenir une réponse à un sondage);</li> <li>ajout de modules dans le sondage sur la satisfaction de la clientèle pour les patients en clinique et les patients en transition des hôpitaux aux soins à domicile afin d'améliorer l'exactitude des données pour certains services et clients.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>impose les mesures correctives nécessaires aux fournisseurs de services qui ne répondent pas aux attentes. État : Pleinement mise en oeuvre.</li> </ul>	<p>Au moment de notre audit de 2015, les CASC visités ont indiqué qu'ils surveillaient le rendement de leurs fournisseurs de services en regard d'un ensemble de normes de rendement qui font partie de tous les contrats de fournisseurs de services. Si un fournisseur de services ne respectait pas une norme, un CASC pouvait délivrer un avis d'amélioration de la qualité, qui exigeait que le fournisseur de services élabore un plan d'action en vue d'améliorer son rendement. Si les problèmes de rendement n'étaient pas réglés, les CASC pouvaient réduire le volume de service alloué au fournisseur ayant un rendement insatisfaisant ou résilier le contrat avec celui-ci. Durant l'exercice 2016-2017, des CASC ont délivré des avis d'amélioration de la qualité à des fournisseurs de services, mais ces CASC n'ont pas diminué le volume de services ni résilié de contrats.</p>

Recommandations du Comité	État détaillé
<p><b>Recommandation 7</b></p> <p>Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée veille à ce que les fournisseurs de soins reçoivent une aide suffisante et de nature appropriée.  <b>État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2018.</b></p>	<p>En mars 2016, le Ministère a effectué une analyse des lacunes et des différentes administrations chargées des programmes de formation et de sensibilisation des personnes soignantes. Le rapport a révélé les problèmes suivants : l'Ontario disposait de nombreux programmes de formation et de sensibilisation des personnes soignantes propres à certaines maladies, mais non généraux; il n'y avait pas suffisamment de programmes de formation des personnes soignantes basés sur les compétences; l'Ontario offrait un nombre limité de programmes dans des langues autres que l'anglais ainsi que pour des cultures et des groupes différents; l'Ontario offrait un nombre limité de programmes ciblant les personnes s'occupant de personnes âgées fragiles; l'Ontario ne disposait pas d'une organisation dirigeante chargée de coordonner les soutiens aux personnes soignantes.</p> <p>Pour combler ces lacunes, le Ministère prévoit consacrer 4 millions de dollars sur deux ans à compter de l'automne 2017 afin de soutenir l'élaboration et l'exécution de programmes de formation et de sensibilisation des personnes soignantes. En outre, le Ministère a retenu les services d'un consultant en 2016 pour établir s'il est nécessaire qu'une organisation soit chargée de coordonner des soutiens et des ressources à l'intention des personnes soignantes dans l'ensemble de la province. En se fondant sur le rapport du consultant, le gouvernement a annoncé en avril 2017 son intention de lancer une organisation de soutien des personnes soignantes. Le Ministère entend également élaborer une trousse d'outils à l'intention des personnes soignantes et la mettre à la disposition de ces personnes d'ici mars 2018.</p> <p>Le Ministère a versé un total de 40 millions de dollars en juillet 2016 et en avril 2017 pour améliorer les services de relève des fournisseurs de soins à domicile. Les CASC ont assuré le suivi de ces fonds, y compris les renseignements comme les heures de service, les personnes servies et le montant dépensé. Les CASC ont communiqué cette information au Ministère pour éclairer l'orientation à venir des programmes de soutien des personnes soignantes.</p>