

Chapitre 1

Ministère de la Santé

Section 1.03

Centres de santé communautaires

Suivi des audits de l'optimisation des ressources,
section 3.03 du *Rapport annuel 2017*

APERÇU DE L'ÉTAT DES RECOMMANDATIONS

	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	Ne s'applique plus
Recommandation 1	2	1	1			
Recommandation 2	3	1	2			
Recommandation 3	2			2		
Recommandation 4	2		1	1		
Recommandation 5	4		4			
Recommandation 6	3	1	1	1		
Recommandation 7	3	1	2			
Recommandation 8	1		1			
Recommandation 9	2	1	1			
Total	22	5	13	4	0	0
%	100	23	59	18	0	0

Conclusion globale

Au 31 octobre 2019, le ministère de la Santé (le Ministère) (qui s'appelait précédemment ministère de la Santé et des Soins de longue durée) et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) avaient pleinement mis en oeuvre 23 % des mesures que nous avons recommandées dans notre *Rapport annuel 2017* et avaient accompli des progrès dans la mise en oeuvre de 59 % des recommandations.

Le Ministère et les RLISS avaient pleinement mis en oeuvre des recommandations comme celles qui consistaient à établir des échéanciers pour le transfert aux RLISS des responsabilités du financement et de la surveillance de tous les modèles de soins primaires interprofessionnels et à réduire le nombre d'indicateurs de rendement dont les Centres de santé communautaires (CSC) doivent rendre compte dans leurs plans d'amélioration de la qualité. Ils étaient en train de mettre en oeuvre des recommandations comme celle qui consiste à élaborer et à mettre en oeuvre un processus afin

d'obtenir des données sur la capacité et l'utilisation et de les mettre à jour régulièrement. Ils étaient également en train de déterminer si tous les CSC devraient offrir un ensemble de services de base et mettre à jour l'entente de responsabilisation entre les CSC et les RLISS en conséquence.

Toutefois, le Ministère et les RLISS avaient fait peu de progrès dans la mise en oeuvre de 18 % des recommandations, par exemple celles qui consistaient à obliger les CSC qui ne le font pas déjà à assurer la permanence des services de garde; et à offrir une formation sur la gouvernance aux CSC et à les encourager à la suivre.

L'état des mesures prises en réponse à chacune de nos recommandations est exposé ci-après.

Contexte

Les 76 centres de santé communautaires (CSC) de l'Ontario (il y en avait 75 en 2016-2017) offrent des soins de santé ainsi que des programmes et des services communautaires conçus expressément pour leurs collectivités. Les CSC ont pour mandat de servir les populations qui se sont heurtées traditionnellement à des obstacles à l'accès aux services de santé, dont les sans-abri, les aînés, les réfugiés, les nouveaux immigrants et les personnes à faible revenu. Les CSC doivent également fournir gratuitement des services aux personnes qui n'ont pas de carte Santé. Au cours de l'exercice 2018-2019, les CSC ont reçu 454 millions de dollars (401 millions de dollars en 2016-2017) du ministère de la Santé (le Ministère) par l'entremise des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de l'Ontario

Les CSC offrent un large éventail de services, notamment bilans de santé, immunisations, soins du pied diabétique, conseils en nutrition, échanges d'aiguilles, programmes de formation en leadership et de perfectionnement des compétences pour les jeunes, programmes à l'intention des parents et des enfants ainsi qu'activités de prise de contact

avec les aînés isolés. Les médecins et les membres du personnel infirmier praticien des CSC sont salariés et ils ne facturent pas à l'Assurance-santé de l'Ontario les services de santé qu'ils fournissent.

Les CSC offrent des services aux populations vulnérables et ils peuvent contribuer à réduire les pressions qui s'exercent sur le système de soins de santé et sur d'autres programmes du gouvernement provincial. Nous avons toutefois constaté que ni le Ministère ni les RLISS ne disposaient de certains renseignements fondamentaux nécessaires pour prendre des décisions éclairées et déterminer si les CSC affichent un bon rapport coût-efficacité en matière de fourniture de soins de qualité aux groupes démographiques cibles, et si le Ministère devrait élargir le réseau des CSC ou redistribuer le financement entre les CSC existants.

Voici quelques-unes de nos autres observations principales :

- En l'absence d'une évaluation exhaustive de l'ensemble des modèles de soins primaires en Ontario, il était difficile de déterminer la place stratégique qu'occupent les CSC dans le système de soins primaires et dans le système de soins de santé en général, de même que la façon de tirer le meilleur parti possible des divers modèles, c'est-à-dire CSC, équipes de santé familiale et praticiens rémunérés à l'acte, pour dispenser efficacement des soins primaires aux Ontariennes et aux Ontariens.
- Nous avons constaté que 16 % des CSC étaient responsables d'un nombre de patients supérieur à leur capacité; en revanche, à peu près la moitié des CSC servaient moins de 80 % de leur nombre cible de patients. Nous avons également constaté qu'en 2016-2017, les médecins ou les membres du personnel infirmier praticien des CSC voyaient chacun 31 patients par semaine en moyenne, mais que certains tenaient seulement 16 consultations tandis que d'autres en tenaient près de 60. Sans examen de ces données, le Ministère et les RLISS n'avaient pas été en mesure de redistribuer

les ressources de manière à optimiser l'investissement dans le secteur des CSC.

- Quatre sous-régions des RLISS (régions géographiques plus petites situées dans les limites existantes des RLISS) n'avaient pas de CSC ni aucune autre forme de soins primaires interprofessionnels offerts sous le même toit.
- Ni le Ministère ni les RLISS ne définissaient le nombre minimal de professionnels que chaque CSC devait compter dans son équipe ni les services minimaux que les équipes interprofessionnelles devaient offrir aux clients des CSC. Définir le modèle de dotation et les services essentiels qui devraient être offerts dans chaque CSC pourrait permettre d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des équipes interprofessionnelles et ainsi que l'accès des clients à leurs services.
- Le financement de base annuel que les RLISS fournissaient aux CSC reposait principalement sur les niveaux de financement antérieurs et ne tenait pas compte du nombre de clients desservis par les CSC. Les RLISS n'augmentaient pas non plus le financement de base des CSC dont le nombre de clients dépassaient la cible.

Nous avons formulé 9 recommandations préconisant 22 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

Le Ministère et les RLISS s'étaient engagés à prendre des mesures en réponse à nos recommandations.

La *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*, qui est entrée en vigueur le 6 juin 2019, est conçue pour intégrer de multiples organismes provinciaux, y compris les RLISS, en un seul organisme appelé Santé Ontario. Le Ministère a dit qu'il allait examiner le transfert du financement et de la surveillance de tous les modèles de soins primaires interprofessionnels aux RLISS (ou au nouvel organisme unique) pour assurer leur conformité à la transformation globale du système de santé.

État des mesures prises en réponse aux recommandations

Nous avons effectué des travaux d'assurance entre le 1^{er} avril 2019 et le 10 juin 2019. Nous avons reçu des déclarations écrites du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et des quatre réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) que nous avons visités pendant notre audit de 2017 (Champlain, Simcoe Nord Muskoka, Sud-Ouest et Toronto-Centre); ces déclarations indiquaient qu'au 31 octobre 2019, ils nous avaient fourni une mise à jour complète de l'état des recommandations formulées au moment de notre audit initial, deux ans auparavant.

Aucune évaluation n'a été effectuée afin de déterminer si les CSC répondent aux besoins des collectivités

Recommandation 1

Afin d'éclairer les décisions sur la façon d'utiliser les investissements dans les centres de santé communautaires (CSC) pour mieux répondre aux besoins de la population ontarienne, les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent :

- élaborer et mettre en oeuvre un processus afin d'obtenir et de mettre régulièrement à jour des données sur la capacité et l'utilisation, compte tenu du nombre de personnes réellement servies par les CSC par rapport au nombre de personnes dont ils devraient être responsables, ainsi que sur les listes d'attente et la croissance des groupes de clients cibles;

État : En voie de mise en oeuvre d'ici avril 2020.

Détails

Au moment de notre audit de 2017, nous avons signalé que ni le Ministère, ni les quatre RLISS que nous avons visités n'exigeaient que les CSC

déclarent de données sur les listes d'attente. Même si le Ministère fait des examens périodiques pour déterminer s'il y a lieu d'agrandir certains CSC ou d'en ouvrir de nouveaux dans la province, il n'avait pas évalué l'utilisation des CSC par les communautés ni les besoins non satisfaits des communautés. Au 31 mars 2017, l'ensemble des CSC de l'Ontario avaient inscrit approximativement 335 300 patients en soins primaires, soit 83 % de la patientèle cible, c'est-à-dire le nombre de patients dont chaque CSC est censé être responsable. Parmi ces CSC, 16 % atteignaient ou avaient dépassé leur cible et environ la moitié se situaient à moins de 80 % de leur cible.

Au moment du présent suivi, nous avons constaté que les RLISS avaient commencé à exiger des CSC qu'ils rendent compte de certains indicateurs en vertu de l'entente de responsabilisation révisée que les RLISS avaient conclue avec les CSC. Voici certains exemples de données sur la capacité et l'utilisation qui seront transmises au RLISS à compter d'avril 2020 :

- accès aux soins primaires : indicateur qui mesure le nombre de clients des CSC qui se voient offrir actuellement des services cliniques en pourcentage du nombre total de clients dont le CSC est censé être responsable;
- soins spécialisés : pourcentage des heures de travail que le personnel a consacrées aux soins spécialisés, y compris dans des cliniques de soins spécialisés comme les soins palliatifs ou l'obstétrique; les soins à des populations prioritaires (soins gériatriques par exemple) pouvaient être compris;
- clients non assurés : indicateur du pourcentage des clients qui ne sont pas assurés en vertu de l'Assurance-santé de l'Ontario.

De plus, en 2018-2019, les RLISS ont commencé à recueillir auprès des CSC les données suivantes sur les listes d'attente et les temps d'attente dans le cadre des présentations de planification de la responsabilisation communautaire, c'est-à-dire les présentations annuelles qui portent sur la

planification des services ainsi que sur leur mesure et leur évaluation :

- est-ce que le programme dispensé par le CSC a une liste d'attente ou non;
 - le nombre total de personnes qui étaient inscrites sur une liste d'attente à la fin de l'exercice précédent;
 - le temps d'attente moyen pour accéder au programme dispensé par le CSC.
- *déterminer s'il y a lieu de mettre en oeuvre la recommandation du Groupe de planification en matière de soins primaires d'assurer l'accès de tous les résidents de l'Ontario à des soins primaires interprofessionnels, en plus d'élaborer et de mettre en oeuvre un plan à cet égard s'ils le jugent approprié.*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Nous avons indiqué au moment de notre audit de 2017 qu'en 2011, le Groupe de planification en matière de soins primaires avait recommandé au Ministère que tous les Ontariens soient associés à un modèle de soins primaires interprofessionnels et « qu'il n'était pas recommandé d'élaborer de nouveaux modèles » pour la fourniture de ces services au-delà des CSC, des équipes de santé familiale, des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et des centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones. Le Groupe de planification en matière de soins primaires était présidé par un sous-ministre adjoint et comptait des membres de l'Ontario Medical Association, de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, du Collège des médecins de famille de l'Ontario et de l'Association des centres de santé de l'Ontario, qui s'appelle maintenant Alliance pour des communautés en santé. Ce groupe de planification a été mis sur pied pour élaborer une stratégie de renforcement des soins de santé primaires en Ontario et établir un consensus autour de cette stratégie.

Au moment du présent suivi, les RLISS géraient seulement les CSC et non les trois autres modèles de soins primaires interprofessionnels, c'est-à-dire les équipes de santé familiale, les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones. Les RLISS ont pris en considération la recommandation du Groupe de planification des soins de santé primaires qui concernait les CSC et avec un financement qui a totalisé 22,8 millions de dollars en 2017-2018 et en 2018-2019, les RLISS ont élargi le recrutement de fournisseurs de soins primaires interprofessionnels dans 19 CSC de la province. Le Ministère a indiqué que ce financement a profité à près de 28 000 patients

Recommandation 2

Pour que les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) puissent appuyer la planification des services de soins primaires le plus rapidement possible conformément à la Loi de 2016 donnant la priorité aux patients et prendre des décisions éclairées sur l'utilisation des investissements dans les centres de santé communautaires (CSC) afin de mieux répondre aux besoins des Ontariennes et Ontariens, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- *justifier la poursuite des projets d'immobilisations annoncés dans le cadre de l'expansion des CSC en 2004 et 2005 qui n'ont toujours pas été mis en oeuvre et, s'il y a lieu, affecter les ressources disponibles aux secteurs où les besoins sont plus grands;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2023.

Détails

Nous avons signalé en 2017 que parmi les 49 CSC et sites satellites dont le Ministère avait annoncé l'expansion en 2004 et en 2005, les travaux étaient achevés en grande partie dans 30 sites, ils étaient en cours dans 12 sites et 7 sites n'avaient pas soumis au Ministère les documents requis pour leur expansion. Le Ministère a expliqué que les projets des CSC toujours en cours plus de 10 ans plus

tard en étaient encore à l'étape de la planification de projet ou étaient en chantier. Nous avons également noté que le Ministère n'avait pas pu produire l'analyse effectuée en 2004 et en 2005 pour déterminer où ces nouveaux CSC et bureaux satellites devraient être situés.

Au moment du présent suivi, le Ministère a confirmé que sur les 12 projets qui étaient « en cours » en 2017, 4 étaient achevés à 95 % ou plus et des fournisseurs de services de santé y étaient dorénavant installés. Sept autres projets en sont encore au stade de la planification et un autre est en chantier. Le Ministère estime qu'ils seront en grande partie terminés d'ici mars 2023.

Les huit CSC qui, au moment de notre audit de 2017, n'avaient pas soumis de projets d'immobilisations à la suite de l'annonce de l'élargissement des services ne l'avaient toujours pas fait au moment de notre suivi. Le Ministère nous a dit qu'il n'avait pas réservé de financement particulier pour les projets d'expansion annoncés en 2004 et en 2005. Ces CSC peuvent encore présenter une proposition à leur RLISS; le Ministère va ensuite évaluer ces propositions en même temps que d'autres projets communautaires d'immobilisations dans le cadre de son exercice annuel d'affectation de fonds.

- *établir des échéanciers pour le transfert des responsabilités de financement et de surveillance de tous les modèles de soins primaires interprofessionnels aux RLISS;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Nous avons signalé en 2017 qu'en vertu de la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, les RLISS avaient dorénavant le pouvoir de financer et de gérer certains volets des soins primaires en Ontario. Mais au moment de notre audit d'il y a deux ans, le Ministère n'avait pas commencé à transférer aux RLISS ses responsabilités du financement et de la gestion des équipes de santé familiale, des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et

des centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, et le Ministère n'avait pas établi de calendrier pour ce transfert, comme l'y autorise la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*.

Nous avons constaté au moment de notre suivi que le Ministère avait achevé une analyse en août 2018 qui établissait le calendrier de la transition aux RLISS de tous les modèles de soins primaires interprofessionnels si le Ministère amorçait ce processus. Cette analyse comprenait un examen des ententes gérées par le Ministère, des affectations de fonds à tous les modèles de soins primaires interprofessionnels, des ressources humaines et des changements dans les technologies de l'information. À l'époque, le Ministère avait estimé que le transfert des responsabilités du financement et de la gestion aux RLISS prendrait approximativement entre 18 et 24 mois à partir du moment où le processus serait amorcé. Toutefois, le Ministère n'avait pas encore amorcé le processus de transition et il avait indiqué que le transfert des responsabilités de financement et de gestion aux RLISS nécessiterait un examen plus poussé, car l'intégration des RLISS à Santé Ontario était déjà en cours.

- *élaborer des mesures du rendement pour évaluer l'atteinte des objectifs pour le volet des soins primaires dans le plan Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé ainsi que les progrès accomplis à cette fin, et pour évaluer les moyens d'optimiser l'utilisation des divers modèles de soins primaires, y compris les CSC, pour la prestation efficace des soins primaires aux Ontariennes et Ontariens et l'atteinte des objectifs susmentionnés.*
État : En voie de mise en œuvre d'ici mars 2020.

Détails

Nous avons signalé en 2017 que même si le Ministère avait indiqué que le plan provincial en matière de soins primaires était une composante de *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de*

soins de santé, il ne précisait pas la place stratégique qu'occupaient les CSC dans le système des soins primaires et n'était assorti d'aucun paramètre de rendement pour mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs énoncés du plan.

Au moment de notre suivi, le Ministère avait travaillé avec Qualité des services de santé Ontario (QSSO) – organisme provincial chargé de rendre compte au public de la qualité du système de soins de santé – pour améliorer la production de rapports sur le secteur des soins primaires. Dans le rapport annuel *À la hauteur de QSSO*, qui examine le rendement du système de santé, le Ministère avait défini des paramètres pour mesurer la réalisation et les progrès dans la réalisation des objectifs énoncés dans *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*. Dans son rapport annuel *À la hauteur de 2018*, QSSO rendait des comptes au sujet de deux nouveaux paramètres, soit l'accès à des soins de spécialistes et des soins coordonnés pour les patients ayant des problèmes de santé complexes.

La *Loi de 2019 sur les soins de santé pour la population*, qui a reçu la sanction royale en avril 2019, prévoit la mise sur pied d'équipes Santé Ontario conçues pour interconnecter les fournisseurs et les services de soins de santé autour des patients et des familles ainsi que pour intégrer plusieurs organismes provinciaux existants en un seul organisme de santé appelé Santé Ontario. Le Ministère a dit qu'avec ces changements, il se proposait d'évaluer les paramètres actuels des soins primaires et qu'il adopterait peut-être de nouveaux paramètres d'ici mars 2020.

Les CSC ne fournissent pas systématiquement de services rapides et accessibles aux clients

Recommandation 3

Pour que les clients des centres de santé communautaires (CSC) jouissent d'un accès rapide et équitable aux services communautaires et de santé, les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent :

- *recueillir et examiner les renseignements sur la liste d'attente pour les soins primaires et les autres programmes importants des CSC, afin de satisfaire aux besoins non comblés;*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Au moment de notre audit de 2017, nous avons constaté que ni le Ministère ni les RLISS ne disposaient de renseignements complets sur le nombre de personnes qui attendaient de devenir clients d'un CSC. Quatre des huit CSC que nous avons visités pendant l'audit nous ont dit qu'ils n'étaient pas en mesure de répondre à la demande de soins primaires dans leur collectivité. De plus, dans cinq de ces huit CSC, il y avait des retards pour les clients qui attendaient de recevoir des soins de l'un ou l'autre des membres de l'équipe de santé interdisciplinaire, par exemple diététiste, podologue ou physiothérapeute. Ces CSC comptaient entre 25 et 83 clients qui attendaient de tels soins, les temps d'attente allant de 2 à 5 mois au moment de notre audit.

Au moment de notre suivi, le Ministère entreprenait un examen des méthodes de collecte de données et de production de rapports dont les RLISS disposaient à l'époque afin que les RLISS puissent apprendre à améliorer le partage des données au sujet des CSC. Les RLISS se proposent d'envisager d'autres mesures concernant la collecte de données et l'examen des données sur les listes d'attente quand l'examen du Ministère sera terminé, d'ici décembre 2019. Le rôle des RLISS est de recueillir et de diffuser des données sur les CSC qui peuvent subir le contrecoup de la transformation du système de santé et de la constitution d'équipes Santé Ontario.

- *déterminer quels CSC n'assurent pas la permanence des services de garde, et obliger ceux-ci à le faire.*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Au moment de notre audit de 2017, nous avons constaté que deux des huit CSC visités n'assuraient pas la permanence des services de garde, même si l'entente de responsabilisation signée par les CSC prévoit qu'ils doivent assurer et promouvoir activement la permanence des services. Même si les CSC peuvent être exemptés de cette exigence avec le consentement écrit de leur RLISS, l'un d'eux n'avait pas obtenu d'exemption, ce que le RLISS ignorait.

Au moment de notre suivi, les RLISS étaient en train d'examiner les possibilités d'intégration avec des partenaires des CSC, par exemple des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien, pour s'acquitter de leur obligation d'assurer la permanence des services pour leurs clients existants des soins primaires. Les RLISS s'attendaient à avoir terminé cette intégration d'ici septembre 2020. La facilitation de ces possibilités d'intégration, qui revient aux RLISS pour l'instant, pourra être reprise par le Ministère, Santé Ontario et les équipes Santé Ontario à la suite de la transformation du système de santé qui est en cours.

Les services minimaux et le modèle de dotation ne sont pas définis

Recommandation 4

Pour que les clients des centres de santé communautaires (CSC) de tout l'Ontario aient accès à toute la gamme de services de santé et de professionnels membres des équipes interdisciplinaires de soins de santé, et pour mieux diriger la planification des effectifs, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, de concert avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, doivent :

- *déterminer si tous les CSC devraient offrir un ensemble de services de base et mettre à jour*

l'entente de responsabilisation entre les CSC et les RLISS en conséquence;

État : En voie de mise en œuvre d'ici mai 2020.

Détails

En 2017, nous avons signalé que ni les RLISS ni le Ministère ne fournissaient de directives sur un ensemble minimal de services interdisciplinaires au-delà des services inclus dans l'entente de responsabilisation entre les RLISS et les CSC.

Notre suivi nous a permis de constater qu'en mars 2019, le Ministère avait mené une analyse des pratiques d'autres secteurs de compétence pour déterminer si tous les CSC devraient offrir un éventail de services de base. Dans le cadre de cette analyse, l'Ontario a été comparée à d'autres provinces canadiennes ainsi qu'à l'Australie, à l'Angleterre et aux États-Unis. La conclusion a été que les services de santé communautaires varient selon les besoins locaux dans la plupart des secteurs de compétence.

Les RLISS ont indiqué qu'ils vont se conformer aux résultats de l'analyse du Ministère et apporter tous les changements nécessaires à l'entente de responsabilisation d'ici mai 2020.

- *élaborer un mécanisme pour mieux comprendre la gamme de services offerts par les équipes interdisciplinaires de professionnels de la santé des CSC et déterminer si les CSC devraient employer un effectif de base offrant des services de santé interdisciplinaires.*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Au moment de notre audit de 2017, nous avons constaté qu'au-delà de la saisie du nombre d'interactions entre les clients et les professionnels de la santé des équipes interdisciplinaires des CSC, comme les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux et les diététistes, le Ministère ne faisait pas de suivi ni d'analyse des activités de ces professionnels comme l'avait recommandé le Groupe de planification en matière de soins primaires, dont il a été question dans la

recommandation 1. Les catégories auxquelles appartenaient les professionnels des soins de santé interdisciplinaires variaient considérablement d'un CSC à l'autre. Par exemple, selon des données de 2016, 43 % des CSC avaient des physiothérapeutes et 20 % des ergothérapeutes.

Au moment de notre suivi, les RLISS ont indiqué que les CSC dispensent des services communautaires adaptés aux besoins particuliers des collectivités locales qu'ils desservent. Les RLISS ont ajouté qu'ils vont travailler avec le Ministère et les CSC pour envisager un éventail approprié de services de base que les équipes interprofessionnelles des CSC peuvent dispenser aux clients.

Le Ministère et les RLISS ne disposent pas de renseignements utiles sur les CSC

Recommandation 5

Pour disposer de renseignements utiles et complets permettant de mesurer l'efficacité des centres de santé communautaires (CSC), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), doit :

- *élaborer et mettre en œuvre des mécanismes pour obtenir et analyser l'information des CSC qui utilisent des systèmes de dossiers médicaux électroniques qui ne sont peut-être pas compatibles avec le principal système utilisé par la plupart des CSC;*

État : En voie de mise en œuvre d'ici mars 2021.

Détails

Nous avons signalé au moment de notre audit de 2017 que l'Association des centres de santé de l'Ontario (qui s'appelle maintenant Alliance pour des communautés en santé) réunissait des renseignements provenant des CSC de partout dans la province pour en tirer des données démographiques comme le niveau de revenu et

l'âge des clients. L'Alliance recueillait aussi des données auprès des fournisseurs de soins de santé employés par les CSC pour établir des statistiques comme le nombre de médecins ou de diététistes et le nombre de clients qu'ils voyaient. Nous avons toutefois constaté que les données de trois CSC ne pouvaient pas être recueillies, car deux d'entre eux n'avaient pas de système de dossiers de santé électroniques compatible avec le système de l'Alliance, et le troisième CSC n'était pas membre de l'Alliance.

Au moment de notre suivi, il restait encore deux CSC dont les données n'étaient pas versées dans le système de l'Alliance. Le Ministère était en train de mettre en oeuvre une nouvelle procédure pour recueillir des données sur les patients et des données de nature clinique ou non clinique auprès de tous les CSC. En ayant accès à cette information, le Ministère va pouvoir planifier, financer et évaluer plus efficacement les programmes et les services des CSC. Plus précisément, le Ministère travaillait à une entente de partage de données avec les CSC au moment de notre audit de 2017 et lors de notre suivi, il a indiqué qu'il s'attendait à avoir signé une entente avec les CSC d'ici décembre 2019. Les deux CSC seront inclus dans l'entente dès qu'ils auront commencé à transmettre des données au système de l'Alliance. Toutefois, le Ministère nous a informés qu'aucune date n'était officiellement prévue pour que les deux CSC en question commencent à transmettre des données au système de l'Alliance, mais nous comptons faire un suivi auprès du Ministère d'ici à mars 2021

- *mettre la dernière main à l'entente de partage de données avec les CSC et évaluer la faisabilité de partager les données avec les RLISS;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2019.

Détails

Au moment de notre audit de 2017, le Ministère était en train de mettre en oeuvre une entente de

partage de données avec les CSC. Les RLISS ne sont pas parties à cette entente.

Au moment de notre suivi, comme nous l'avons mentionné dans la section précédente, le Ministère était en train de mettre en oeuvre une nouvelle démarche pour la collecte de données auprès des CSC qui devait être en place pour décembre 2019. La démarche en question comprend des ententes de partage de données entre le Ministère et chaque CSC. En outre, le Ministère est actuellement en train de faire un examen des méthodes de collecte de données et de présentation de rapports à la disposition des RLISS, examen qui lui permettra de déterminer la façon optimale de partager avec les RLISS des données qui ne comprennent pas de renseignements personnels sur la santé des patients. Le Ministère s'attend à ce que cet examen soit terminé d'ici décembre 2019.

- *fixer des échéances pour la collecte d'information visant les autres mesures classées par ordre de priorité par le Ministère selon le Cadre de mesure du rendement des soins primaires;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2021.

Détails

Au moment de notre audit de 2017, le Ministère avait indiqué qu'il avait priorisé et adopté un sous-ensemble de mesures du rendement établies par Qualité des services de santé Ontario (QSSO), sous-ensemble qui comportait 18 mesures concernant la pratique et 12 mesures concernant le système (au niveau des collectivités, des régions et de la province) dans le Cadre de mesure du rendement des soins primaires. Or, des données n'étaient pas disponibles pour certaines de ces mesures et le Ministère n'avait pas fixé d'échéance pour la mise en oeuvre de la totalité des mesures priorisées.

Au moment de notre suivi, le Ministère et QSSO n'avaient pas établi de calendrier pour la mise en oeuvre de 11 des 18 mesures concernant la pratique et de 2 des 12 mesures concernant

le système. Ils ont indiqué qu'il n'y avait pas de sources de données uniformes pour ces mesures ou que la collecte des données nécessiterait un investissement significatif. Comme le Ministère et QSSO sont en train de travailler à la transition de QSSO à Santé Ontario, l'évaluation de ce qui doit être fait et la détermination des priorités lorsqu'il s'agira d'élaborer les indicateurs restants seront confiées à Santé Ontario. La fin de ces travaux dépendra du moment où la transition de QSSO à Santé Ontario sera achevée. Nous comptons faire un suivi auprès du Ministère d'ici mars 2021.

- *élaborer des indicateurs de rendement qui mesurent les résultats des clients des CSC pour tous les types de services fournis, recueillir ces renseignements et analyser les résultats.*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2019.

Détails

Au moment de notre audit de 2017, nous avons constaté que même si les CSC communiquaient aux RLISS certains renseignements exigés par l'entente de responsabilisation, ces indicateurs mesuraient surtout les extrants des CSC. Les RLISS n'obligent pas les CSC à faire le suivi d'indicateurs fondés sur les résultats, comme la réduction de l'isolement social et le nombre de jours d'hospitalisation des clients des CSC. Certains CSC que nous avons visités lors de l'audit ont expliqué qu'il était difficile de recueillir de l'information pour évaluer les résultats des patients, car les CSC n'ont pas facilement accès aux données des hôpitaux et d'autres fournisseurs de soins primaires en raison de préoccupations liées à la protection des renseignements personnels. De plus, l'Association des centres de santé de l'Ontario (qui s'appelle maintenant Alliance pour des communautés en santé) était en train de travailler à de nouveaux indicateurs ou à de nouvelles mesures qui allaient aider à évaluer les résultats des programmes et des initiatives communautaires.

Au moment de notre suivi, le Ministère était en train d'établir un cadre normalisé de mesure du rendement qui comprendra un ensemble d'indicateurs des résultats pour les patients, comme l'amélioration de l'expérience des patients en matière de soins et l'amélioration de la santé de la population. Le Ministère a indiqué qu'il s'attendait à ce que ce cadre soit en place d'ici décembre 2019.

La surveillance des centres de santé communautaires est limitée

Recommandation 6

Pour que les centres de santé communautaires (CSC) fassent l'objet d'une surveillance plus étroite, les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent :

- *surveiller l'état d'agrément de tous les CSC; encourager ceux qui ne sont pas agréés à le devenir ou à mettre en oeuvre d'autres mécanismes d'assurance de la qualité;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici avril 2020.

Détails

Au moment de notre audit de 2017, nous avons signalé que les RLISS s'appuyaient sur le processus d'agrément au lieu d'effectuer des visites officielles sur place dans les CSC. Nous avons par ailleurs constaté que les RLISS n'exigeaient pas que les CSC soient agréés et ne vérifiaient pas non plus s'ils l'étaient. Cependant, selon les lignes directrices de l'Association des centres de santé de l'Ontario (qui s'appelle maintenant Alliance pour des communautés en santé), tous les CSC sont censés s'engager à participer à un processus d'agrément. Deux des huit CSC que nous avons visités n'étaient pas agréés, mais s'attendaient à obtenir leur agrément au cours des années qui venaient.

Au moment de notre suivi, les RLISS surveillaient le statut d'agrément des CSC et déterminaient notamment si le processus d'agrément avait été mené à bien, le nom de l'organisme d'agrément ainsi que la période de

validité de l'agrément. Les RLISS se proposent d'inclure une disposition dans les ententes de responsabilisation avec les CSC qui exigera que les CSC aient recours à une méthode ou à un outil de mesure du rendement et favorisent une qualité améliorée, par exemple au moyen d'un processus d'agrément ou d'un mécanisme de rechange. Les RLISS se proposent d'appliquer cette nouvelle exigence d'ici avril 2020.

- *déterminer les points à améliorer suggérés par les organismes d'agrément en examinant les rapports d'agrément des CSC et collaborer avec les CSC pour corriger les problèmes;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Au moment de notre audit de 2017, nous avons constaté que les RLISS n'obligent pas les CSC à soumettre les rapports d'examen d'agrément ni à signaler tout problème soulevé pendant le processus d'agrément. Par conséquent, les RLISS ne pouvaient pas profiter de l'occasion pour cerner les problèmes systémiques et encourager les CSC à les corriger.

Au moment de notre suivi, les RLISS assuraient la surveillance des rapports d'agrément des CSC, quand ils étaient disponibles, ainsi que d'information provenant d'autres sources, comme les rapports trimestriels sur le rendement, pour déterminer des domaines prioritaires en matière d'amélioration de la qualité. Comme l'objectif principal d'un CSC est de répondre aux besoins particuliers de la clientèle qu'il dessert, les domaines désignés à des fins d'amélioration vont varier d'un CSC à l'autre et ne seront peut-être pas applicables à l'échelle de tous les RLISS. Les RLISS vont décider à titre individuel s'il y a lieu de passer les rapports d'agrément en revue avec les CSC et de mener ce travail à bien dans chaque RLISS.

- *offrir une formation sur la gouvernance aux CSC et les encourager à la suivre.*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Au moment de notre audit de 2017, nous avons noté que seulement deux des quatre RLISS que nous avons visités dispensaient de la formation en matière de gouvernance à l'intention des fournisseurs de services de santé dans leur région. Une formation à la gouvernance pour les conseils d'administration communautaires des CSC est utile pour les membres des conseils qui ne possèdent pas d'expérience en administration ou en gouvernance et appuie le volet de gouvernance du processus d'agrément.

Au moment de notre suivi, l'un des quatre RLISS que nous avons visités au moment de notre audit de 2017 avait mis de la formation en gouvernance à la disposition des CSC dans le cadre des forums entre équipes de gouvernance. Plus précisément, il avait offert une séance sur les bonnes pratiques de gouvernance à ses CSC en décembre 2017. En outre, l'Association des centres de santé de l'Ontario (qui s'appelle maintenant Alliance pour des communautés en santé) publie du matériel de formation en matière de gouvernance sur son site Web.

Recommandation 7

Afin d'optimiser la valeur des plans d'amélioration de la qualité et de promouvoir l'amélioration du rendement des centres de santé communautaires (CSC), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec Qualité des services de santé Ontario, doit :

- *cerner les problèmes systémiques en examinant les plans d'amélioration de la qualité soumis et fournir de la rétroaction aux CSC;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2019.

Détails

Au moment de notre audit de 2017, nous avons noté que le Ministère n'examinait pas en détail les plans individuels d'amélioration de la qualité afin de cerner les problèmes de qualité dans certains

CSC ou d'effectuer un suivi auprès des CSC sur ces résultats annuels pour s'assurer que les lacunes avaient été comblées. Les examens et les suivis réalisés par les RLISS que nous avons visités n'étaient pas uniformes.

Au moment de notre suivi, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) avait adopté un plan d'examen et d'analyse des plans d'amélioration de la qualité soumis par les CSC, déterminé les enjeux systémiques et donné aux CSC des rétroactions sur ces plans par l'entremise de webinaires et de directives et, dans certains cas, de mesures de sensibilisation destinées aux CSC dont le rendement était faible. En date d'octobre 2019, QSSO avait offert des webinaires et des séances d'aide à quelques CSC. QSSO tient compte des rétroactions du Ministère et met le plan d'analyse à jour annuellement. QSSO a établi son plan d'analyse pour l'exercice 2019-2020 et s'attendait à avoir fini d'ici décembre 2019 l'examen des plans d'amélioration de la qualité soumis.

- *réduire le nombre d'indicateurs de rendement dont les CSC doivent rendre compte dans leurs plans d'amélioration de la qualité;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Au moment de notre audit de 2017, nous avons noté que les CSC choisissaient leurs propres indicateurs de rendement et qu'ils avaient présenté des rapports sur près de 100 indicateurs uniques dans leurs plans d'amélioration de la qualité combinés en 2016-2017, de sorte qu'il était pratiquement impossible de faire des comparaisons.

Au moment de notre suivi, QSSO avait défini trois indicateurs prioritaires et sept autres indicateurs qui allaient figurer dans les plans d'amélioration de la qualité de 2018-2019 des CSC. Pour l'exercice 2019-2020, QSSO a rationalisé encore davantage les indicateurs en éliminant la catégorie des autres indicateurs pour se concentrer sur les cinq indicateurs prioritaires suivants :

- taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital;
 - accès en temps voulu à un fournisseur de soins primaires;
 - participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins;
 - pourcentage de patients en soins non palliatifs qui reçoivent un opioïde depuis peu;
 - identification précoce : évaluation précoce et consignée des besoins en soins palliatifs des patients à risque.
- *établir des objectifs de rendement communs pour tous les CSC;*
État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2019.

Détails

Nous avons signalé en 2017 que les CSC établissaient eux-mêmes leurs cibles de rendement, à moins que des indicateurs aient été précisés dans leur entente de responsabilisation avec leur RLISS, auquel cas les CSC utilisaient les cibles établies par le RLISS. Nous avons donné des exemples de CSC qui avaient fixé une norme de rendement élevée et d'autres une norme beaucoup moins élevée.

Au moment de notre suivi, le Ministère était en train de faire une évaluation interne du bien-fondé de l'établissement de cibles de rendement communes pour tous les CSC. Compte tenu de la transformation qui est en train de s'opérer dans le système de santé, le Ministère se propose de mobiliser Qualité des soins de santé Ontario et les RLISS ou Santé Ontario pour déterminer la façon dont les objectifs en matière de rendement et de qualité devraient être fixés pour les CSC. Le Ministère a dit qu'il s'attendait à présenter des recommandations formelles d'ici décembre 2019.

Les RLISS ne rajustent pas le financement de base des CSC en fonction du nombre de patients servis

Recommandation 8

Pour que les centres de santé communautaires (CSC) puissent planifier leurs activités et servir leurs clients de façon appropriée, les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent examiner le financement global de fonctionnement de chaque CSC afin de s'assurer qu'il est proportionnel à la complexité des besoins des patients, au nombre de personnes servies, à la géographie et à d'autres facteurs pertinents.

État : En voie de mise en oeuvre d'ici avril 2020.

Détails

Au moment de notre audit de 2017, nous avons signalé que les CSC continuaient de recevoir le même niveau de financement de base chaque année, même si pour la moitié d'entre eux, la patientèle n'atteignait que 80 % de la cible prévue. L'entente de responsabilisation conclue entre le RLISS et le CSC n'exigeait pas explicitement que chaque CSC déclare à son RLISS le nombre de patients inscrits par rapport à la patientèle cible. Par conséquent, trois des quatre RLISS visités ne recueillaient pas de données auprès de leurs CSC sur le nombre réel de patients servis. Les RLISS ne faisaient pas non plus le suivi du nombre de clients qui avaient recours uniquement aux programmes communautaires, ce qui limitait leur capacité de déterminer si le financement de ces programmes devrait être rajusté.

Au moment de notre suivi, le Ministère était en train de mettre en oeuvre une nouvelle entente de partage de données avec les CSC. Ce travail, qui aura peut-être des répercussions sur la formule de financement de la province, devrait être terminé d'ici décembre 2019.

En vertu des ententes de responsabilisation, les RLISS exigent dorénavant que les CSC rendent compte de l'indicateur de rendement « accès aux soins primaires », qui saisit le nombre de clients à qui des services cliniques ont été dispensés en

pourcentage du nombre total de clients à qui le CSC est censé dispenser des services. Les RLISS vont prendre en considération cet indicateur ainsi que de l'information recueillie d'autres sources au moment d'examiner le financement des CSC d'ici avril 2020. Même si les RLISS n'exigent toujours pas que les CSC rendent compte du nombre de clients qui ont accès aux programmes communautaires seulement, certains CSC déclarent ce nombre dans les présentations annuelles de planification de la responsabilisation communautaire. Les RLISS continuent de passer en revue annuellement l'affectation des fonds sur une base annuelle.

Le rôle du Ministère dans la mise en commun des pratiques exemplaires des CSC est limité

Recommandation 9

Afin de faciliter la diffusion de pratiques exemplaires permettant aux centres de santé communautaires (CSC) d'innover, de réduire les inefficiences et de fournir des services plus efficaces et de meilleure qualité, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, doit :

- *s'efforcer de promouvoir les pratiques exemplaires en vertu de la Loi de 2016 donnant la priorité aux patients;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Au moment de notre audit de 2017, nous avons constaté que ce ne sont pas tous les RLISS qui avaient nommé des responsables de clinique, dont les responsabilités comprennent la promotion des normes cliniques élaborées par Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Dans un examen commandé par le Ministère en 2001, les consultants avaient recommandé que le Ministère appuie la diffusion des pratiques exemplaires. Nous avons constaté que le Ministère pourrait en faire davantage pour faciliter la mise en commun

des pratiques exemplaires entre les modèles de soins primaires ou à l'intérieur du secteur des CSC. D'autres modèles de soins primaires interprofessionnels, comme les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et les équipes de santé familiale, pourraient eux aussi avoir des pratiques susceptibles de bénéficier aux CSC.

En date de mai 2019, QSSO avait établi 20 normes de soins cliniques, dont 17 sont pertinentes dans les milieux des soins primaires – 10 de ces 17 normes ont été établies depuis notre audit de 2017. Même si tous les RLISS avaient prévu le financement nécessaire pour leurs postes de responsables de clinique, trois RLISS n'avaient pas pu combler ces postes en raison du gel du recrutement décrété par la province et quatre RLISS n'avaient pas été en mesure de renouveler les contrats de leurs responsables de clinique. Compte tenu de la récente annonce du gouvernement au sujet de la transformation du système de santé, les RLISS vont réexaminer d'ici décembre 2019 s'il y a toujours lieu d'avoir des postes de responsables de clinique.

- *élaborer et mettre en oeuvre un mécanisme de compilation et de mise en commun des pratiques exemplaires de tous les modèles de soins primaires interprofessionnels, y compris les CSC.*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2019.

Détails

Au moment de notre audit de 2017, nous avons noté que le Ministère assurait une surveillance directe de la plupart des modèles de soins primaires interprofessionnels depuis de nombreuses années et que certaines des pratiques mises en oeuvre dans le cadre de ces modèles pourraient être utiles aux CSC.

Au moment de notre suivi, le Ministère était en train de passer en revue les mécanismes de partage des pratiques exemplaires soumis par l'Association des centres de santé de l'Ontario (qui s'appelle maintenant Alliance pour des communautés en santé), l'Association des équipes de santé familiale de l'Ontario et la Nurse Practitioners' Association of Ontario. Le Ministère va déterminer d'ici décembre 2019 s'il doit établir un nouveau mécanisme pour recueillir et partager les pratiques exemplaires de tous les modèles de soins primaires interprofessionnels ou si les mécanismes actuels sont suffisants.