

Centres de santé communautaires

1.0 Résumé

Les 75 centres de santé communautaires (CSC) de l'Ontario offrent des programmes et services communautaires et de soins de santé conçus expressément pour leur collectivité. Les CSC ont pour mandat de servir les populations qui se heurtent 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 sans carte Santé. En 2016-2017, les CSC ont reçu 401 millions de dollars du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) par l'entremise des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de l'Ontario.

Les CSC se démarquent des autres modèles de soins primaires (les soins courants qu'un patient reçoit, souvent d'un médecin de famille), car ils fournissent des services médicaux sous le même toit que les programmes communautaires et de promotion de la santé. Les CSC peuvent compter sur des médecins, des infirmières praticiennes et infirmiers praticiens, des infirmières et infirmiers autorisés, des conseillers, des travailleurs communautaires et d'autres professionnels pour offrir un large éventail de services, dont des examens, des immunisations, des soins du pied

diabétique, des conseils en nutrition, des échanges d'aiguilles, des programmes de formation en leadership et de perfectionnement des compétences pour les jeunes, des programmes à l'intention des parents et des enfants, et des activités de prise de contact avec les aînés isolés. Les médecins et le personnel infirmier praticien des CSC sont salariés et ne facturent pas les services de santé qu'ils fournissent à l'Assurance-santé.

Même si les CSC servent les populations vulnérables et peuvent aider à réduire les pressions exercées sur le système de soins de santé et sur d'autres programmes du gouvernement provincial, le Ministère et les RLISS ne disposent pas des renseignements essentiels nécessaires pour prendre des décisions éclairées et déterminer si les CSC affichent un bon rapport coût-efficacité dans la prestation de soins de qualité aux groupes de population cibles, et si le Ministère devrait élargir le réseau de CSC ou redistribuer le financement entre les CSC existants.

Nous avons également constaté que le Ministère et les RLISS n'examinent pas les données sur l'utilisation des CSC – qui peuvent fonctionner au-dessus ou au-dessous de leur capacité – pour s'assurer que le financement est attribué aux secteurs ayant les plus grands besoins et pour réduire le nombre de personnes qui pourraient utiliser des formes plus coûteuses de soins de santé. Le fait de connaître les taux d'utilisation

peut également aider le Ministère à prendre des décisions éclairées concernant l'emplacement et le nombre de CSC dans la province.

Un certain nombre de modèles de soins primaires coexistent en Ontario. Ces modèles comprennent les CSC, les praticiens autonomes traditionnels rémunérés à l'acte, 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. Toutefois, le Ministère n'a pas effectué d'examen global pour déterminer le modèle le plus rentable ou la combinaison de modèles qui répondrait le mieux aux besoins des Ontariens, la façon dont les CSC pourraient être mieux utilisés et le rôle stratégique des CSC dans le système de soins primaires. Cela aiderait le Ministère et les RLISS à déterminer si les CSC évoluent dans la bonne voie de la façon prévue et de manière à répondre aux besoins de la population.

Voici quelques-unes de nos principales observations.

- **Le partage entre le Ministère et les RLISS des responsabilités liées aux soins primaires effectué lors de la dernière décennie n'est pas propice à une bonne planification des soins primaires.** La planification des soins primaires en Ontario est partagée entre les 14 RLISS de la province (pour les CSC) et le Ministère (pour tous les autres modèles de soins primaires) depuis plus d'une décennie, de sorte qu'il est difficile pour chaque partie de rassembler des renseignements complets permettant de prendre des décisions éclairées. Les choses commencent à changer en vertu de la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, qui est entrée en vigueur en décembre 2016. Les RLISS ont maintenant le pouvoir légal de financer et de gérer certains volets des soins primaires en Ontario, y compris 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 (actuellement financés et gérés par le Ministère), en plus des CSC. Les RLISS ont également un mandat élargi pour appuyer la planification des services de soins primaires. La transition des trois modèles aux RLISS n'avait pas encore commencé au moment où nous avons terminé notre audit.
- **L'utilisation des services des CSC varie à l'échelle de la province.** Certains CSC n'arrivent pas à répondre complètement à la demande, alors que d'autres sont sous-utilisés. Nous avons constaté que 16 % des CSC traitaient un nombre de patients qui dépassait leur capacité, qu'il y avait une liste d'attente pour l'accès aux soins primaires et à d'autres services interdisciplinaires – comme les services de santé mentale et de physiothérapie – dans certains des CSC visités, et que certains des groupes de population cibles des CSC avaient augmenté. Par contre, environ la moitié des CSC servaient moins de 80 % du 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 en moyenne par semaine, mais que certains accordaient seulement 16 consultations tandis que d'autres en offraient près de 60. Comme le Ministère et les RLISS n'ont pas examiné ces données, ils n'ont pas été en mesure de redistribuer les ressources de manière à optimiser les investissements dans le secteur des CSC.
- **Les soins primaires interprofessionnels ne sont pas offerts dans toutes les sous-régions des RLISS en Ontario.** Quatre sous-régions des RLISS (régions géographiques plus petites situées dans les limites actuelles des RLISS) n'ont aucun CSC ni aucune autre source de soins primaires interprofessionnels. Les patients vivant dans des communautés sans accès à des soins interprofessionnels doivent visiter des cliniciens situés à plusieurs endroits pour obtenir des services de santé

généralement fournis sous le même toit, ou se rendre dans une autre sous-région pour accéder à des soins de santé primaires interprofessionnels.

- **Le modèle de dotation des CSC et les types de services n'ont pas été définis.** Ni le Ministère ni les RLISS ne définissaient le nombre minimal de professionnels à inclure dans chaque CSC, ni les services minimaux que les équipes interprofessionnelles doivent offrir aux clients. Les CSC de l'Ontario emploient entre 4 et 17 types de fournisseurs de soins de santé, pour une moyenne de 10 types. Plus de la moitié des CSC n'avaient pas de physiothérapeute, et certains CSC n'avaient pas de travailleurs sociaux ni de diététistes. Définir le modèle de dotation et les services essentiels à offrir dans chaque CSC peut aider à accroître l'efficacité et l'efficacité des équipes interprofessionnelles et améliorer l'accès des clients à leurs services.
- **Le financement versé aux CSC n'est pas lié au nombre de clients servis.** Le financement de base annuel que les RLISS fournissent aux CSC repose principalement sur les niveaux de financement antérieurs et ne tient pas compte du nombre de clients servis. Les niveaux de financement ne sont pas augmentés si les CSC servent un nombre de clients supérieur à leur capacité, ni réduits dans le cas contraire. Au 31 mars 2017, environ la moitié des CSC servaient moins de 80 % de leur nombre cible de clients, mais ils recevaient toujours le même niveau de financement de base année après année. De même, les RLISS n'ont pas augmenté le financement de base des CSC qui dépassaient le nombre cible de clients.
- **Les RLISS ne surveillent pas suffisamment les CSC.** Deux des huit CSC visités n'assuraient pas la permanence des services de garde, alors qu'il s'agit d'une exigence des RLISS. En outre, les RLISS n'exigent pas que tous les CSC soient agréés (c'est-à-dire qu'ils fassent l'objet d'un examen externe de leurs activités par rapport

aux normes acceptées de bonne pratique et de gestion des risques). Nous avons également constaté que la plupart des RLISS n'examinent pas les résultats de l'agrément et ne vérifient pas si les CSC sont agréés.

- **Des données significatives n'ont pas été recueillies pour évaluer l'efficacité des CSC.** Le Ministère et les RLISS disposent de peu de renseignements pour déterminer si les CSC ont contribué à améliorer la santé de leurs clients. Les RLISS n'obligent pas les CSC à faire le suivi des indicateurs fondés sur les résultats pour leurs clients, comme la réduction de l'isolement social (qui peut être mesuré au moyen d'enquêtes auprès des clients) et le nombre de jours d'hospitalisation des clients des CSC. De plus, bien que tous les CSC doivent préparer un plan annuel d'amélioration de la qualité, ces plans contiennent près de 100 indicateurs de rendement uniques, ce qui rend la comparaison quasi impossible. Les CSC n'ont pas non plus des cibles communes liées à ces indicateurs de rendement, car ils fixent eux-mêmes leurs objectifs, et certains d'entre eux ne déclarent pas les données sur quatre indicateurs communs à tous les CSC. Enfin, le Ministère a un accès limité à l'information sectorielle, car il n'a pas conclu d'entente de partage de données avec les CSC. Cette question a été soulevée dans notre *Rapport annuel 2000*, mais le problème n'avait pas été résolu lorsque nous avons effectué un suivi auprès du Ministère en 2002, et il ne l'était toujours pas au moment de notre audit.

Le présent rapport contient 9 recommandations préconisant 22 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

Conclusion globale

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ne

disposent pas de systèmes et de procédures efficaces pour surveiller et coordonner les programmes et les services des centres de santé communautaires (CSC). Ils ne disposent pas de suffisamment de renseignements pour s'assurer que les CSC offrent des programmes et des services de manière rapide et rentable qui répondent aux besoins de la collectivité, y compris ceux de la population prioritaire. Au niveau des CSC, nous avons constaté que les CSC ne comptaient pas tous des physiothérapeutes, des diététistes et des travailleurs sociaux parmi leur personnel, car ni le Ministère ni les RLISS n'exigeaient que chaque CSC fournisse un ensemble minimal de services de base. En outre, les CSC n'assuraient pas la permanence des services de garde, comme l'exigent leurs RLISS. Enfin, bien que le Ministère et les RLISS mesurent certains aspects des opérations des CSC, ils ne mesurent ni la qualité ni l'efficacité des services fournis et ils n'en rendent pas compte au public.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) appuie les observations et recommandations du Bureau de la vérificatrice générale au sujet du Programme des centres de santé communautaires (CSC). Les recommandations formulées dans le rapport contribueront aux efforts visant à accroître la reddition de comptes et à améliorer l'accès à des services de soins de santé de qualité dans les CSC.

Le modèle de soins des CSC repose sur cinq secteurs de services qui s'inscrivent dans l'objectif général du gouvernement de créer un système de soins de santé axés sur les patients. Ce système offre en Ontario des soins fondés sur les données probantes et axés sur la qualité et la valeur. Les cinq secteurs sont les suivants : soins primaires, prévention des maladies, promotion de la santé, renforcement des capacités communautaires et intégration des services. En 2013, les CSC ont modernisé leur modèle pour

adopter le Modèle de santé et de bien-être, qui décrit les valeurs et les principes qui unifient les CSC : qualité du plus haut niveau, centré sur la personne et la communauté, santé et bien-être, équité en santé et justice sociale, et sens d'appartenance et vitalité communautaire. Le modèle comprend huit attributs qui définissent la compréhension commune du rôle du CSC, c'est-à-dire : anti-oppressif et culturellement sécuritaire; accessible; interprofessionnel, intégré et coordonné; géré par la communauté; axé sur les déterminants sociaux de la santé; ancré dans une approche de développement communautaire; fondé sur les besoins de la population; et tenu de rendre des comptes et efficace.

Les CSC et d'autres équipes interprofessionnelles de soins primaires jouent un rôle d'importance croissante dans la prestation de soins aux patients à titre de pierre angulaire des soins aux patients, en faisant en sorte que ceux-ci aient accès aux services et aux ressources dont ils ont besoin. Ce secteur constitue un élément majeur de l'orientation stratégique du Ministère concernant le système de soins de santé de l'Ontario, articulée dans *Priorité aux patients* : plan d'action en matière de soins de santé. Le plan, de même que la gamme d'initiatives qu'il oriente, vise à améliorer l'accès aux soins coordonnés qui répondent mieux aux besoins des Ontariennes et Ontariens et sont davantage axés sur leurs besoins. À ce chapitre, le Ministère reconnaît l'apport majeur des CSC et des autres modèles de prestation de soins primaires axés sur le travail d'équipe. Par le biais d'un engagement annoncé dans le budget de l'Ontario de 2017, le Ministère investira 145 millions de dollars au cours des trois prochaines années pour renforcer le secteur des soins primaires, y compris les CSC, en renforçant leur capacité de recruter et de maintenir en poste des professionnels de la santé hautement qualifiés et d'élargir l'accès à des organisations interprofessionnelles de soins

primaires dans les secteurs à forte demande de la province. Cet engagement s'ajoute aux investissements de 85 millions de dollars dans les équipes interprofessionnelles annoncés dans le budget de l'Ontario de 2016.

Des progrès majeurs ont été accomplis afin de créer de solides assises pour les services de soins primaires en Ontario, il reste encore beaucoup à faire. Le Ministère reconnaît l'importance de la contribution des CSC aux soins de santé primaires dans la province, et il collaborera avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) afin de poursuivre les efforts pour mieux soutenir et améliorer le rendement des CSC de la province. Les réponses détaillées du Ministère sont données dans les recommandations particulières du rapport.

RÉPONSE GLOBALE DES RLISS

Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) accueillent favorablement l'audit détaillé mené par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario sur la prestation des services des Centres de santé communautaires (CSC). En tant que planificateurs, bailleurs de fonds et intégrateurs du système de santé, les RLISS continueront d'appuyer les initiatives qui permettent aux clients d'accéder plus rapidement aux soins axés sur les patients et aident à uniformiser les résultats des patients et la qualité. Les RLISS s'engagent à collaborer avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), les CSC et les dirigeants locaux des soins cliniques à donner suite aux recommandations du présent rapport.

Pour les RLISS, l'accès aux soins primaires, y compris de meilleurs taux de jumelage pour les soins primaires, est une priorité, car cet accès est essentiel à l'amélioration des résultats de santé des Ontariennes et Ontariens. En septembre 2017, grâce à un financement du Ministère, tous les RLISS ont élargi la portée du programme Accès Soins pour favoriser

l'ajout des soins primaires à titre d'élément fondamental du système local de soins de santé. Dans le cadre de ce programme, tous les RLISS s'engagent de façon permanente à consacrer des ressources pour aider les Ontariennes et Ontariens à se trouver un fournisseur de soins de santé familiale s'ils n'en ont pas.

Les RLISS font la promotion du plan Priorité aux patients : plan d'action en matière de soins de santé mis en oeuvre par le Ministère, et acceptent les responsabilités en matière de planification des soins de santé accordées par la *Loi donnant la priorité aux patients*. L'harmonisation d'autres modèles de prestation interdisciplinaire de soins primaires avec les RLISS donnent à ceux-ci la possibilité de piloter la transformation des soins primaires dans leur système local de soins de santé respectif. Les RLISS ont hâte de collaborer avec le Ministère, les CSC et d'autres fournisseurs de soins primaires à la mise en oeuvre de cette passionnante vision pour l'avenir des soins primaires.

2.0 Contexte

2.1 Aperçu des centres de santé communautaires

Les 75 centres de santé communautaires (CSC) de l'Ontario sont des organismes de soins de santé sans but lucratif gérés par la collectivité qui offrent des programmes de soins primaires et de santé communautaire aux membres de leur collectivité. Les CSC défendent les personnes qui, autrement, feraient face à des obstacles à l'accès aux services de soins de santé attribuables à la pauvreté, à l'isolement géographique, à la langue, à la culture ou à un handicap, et ils leur offrent des programmes et des services. Pour servir ces personnes, les CSC travaillent avec la collectivité et élaborent des

programmes pour régler des problèmes sociaux qui mènent à des problèmes de santé.

Mentionnons par exemple le programme d'échange d'aiguilles, qui permet aux utilisateurs de drogues d'échanger des aiguilles usagées contre des aiguilles propres, afin de prévenir la propagation du VIH/sida et d'autres maladies et de réduire le risque de trouver des aiguilles usagées dans des lieux publics tels que les parcs et les terrains de jeu pour enfants. L'accès limité aux soins de santé primaires dans certaines régions rurales constitue un autre obstacle que les CSC sont censés aider à surmonter en servant la population de ces régions qui pourrait ne pas avoir d'autres options de soins de santé dans leurs collectivités. L'**annexe 1** fournit des exemples concrets des expériences vécues par les clients des CSC et de l'incidence positive que les services des CSC ont eue sur la vie de ces clients.

Les CSC sont gérés par des conseils communautaires bénévoles. Les membres du conseil d'administration sont principalement des clients, des membres de la collectivité et des dirigeants communautaires qui fournissent une orientation stratégique pour que les CSC offrent des programmes et services adaptés aux besoins locaux.

Les cliniciens comme les médecins et le personnel infirmier praticien qui dispensent des soins primaires aux patients des CSC sont tous salariés (financés par les budgets de fonctionnement des CSC) et ne sont pas rémunérés selon le modèle traditionnel de rémunération à l'acte en vertu du Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Les CSC sont également chargés de servir les clients qui ne sont pas couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario, comme ceux qui n'ont pas légalement le droit de demeurer au Canada. (Les membres du personnel infirmier praticien sont des infirmières et infirmiers autorisés qui ont fait des études universitaires avancées et qui peuvent diagnostiquer, ordonner et interpréter des tests diagnostiques, prescrire des médicaments ou d'autres traitements, et pratiquer des interventions médicales.)

Le but des CSC est de maintenir les membres de leurs collectivités en bonne santé. Les CSC appuient le plan d'action de la province en matière de soins de santé, *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*, en aidant à améliorer l'accès aux soins de santé, en prodiguant des soins coordonnés et intégrés dans la collectivité, et en fournissant l'éducation, l'information et la transparence dont les patients ont besoin pour prendre les bonnes décisions concernant leur santé.

Tous les CSC de l'Ontario respectent les valeurs et les principes du modèle de santé et de bien-être illustré à la **figure 1**. Ce modèle repose sur des principes adaptés de l'Organisation mondiale de la Santé et sur les 14 déterminants sociaux de la santé (il s'agit de conditions sous-jacentes qui aident à déterminer l'état de santé d'une personne, comme le revenu, la scolarité, l'emploi, la sécurité ou l'insécurité alimentaire, le logement, l'exclusion ou l'inclusion sociale, le sexe, la race et les handicaps).

Figure 1 : Modèle de santé et de bien-être

Source des données : Association des centres de santé de l'Ontario et ministère de la Santé et des Soins de longue durée



Notes :

- Les valeurs et les principes des centres de santé communautaires (CSC) sont présentés dans le cercle extérieur.
- Le modèle comprend huit attributs (cercle intérieur) qui guident le travail et l'approche des CSC.

Le modèle a été publié en mai 2013 par le réseau des directeurs généraux des CSC, qui se compose du directeur général de chacun des CSC de l'Ontario.

2.2 Clients des centres de santé communautaires

Les CSC servent environ 500 000 clients chaque année, soit environ 4 % de la population ontarienne. Les CSC de l'Ontario sont situés dans les régions rurales et les centres urbains (habituellement des quartiers à risque). Dans certaines régions rurales, où l'accès aux soins de santé est plus limité, les clients des CSC peuvent être la population générale de la zone desservie. Dans la plupart des autres cas, toutefois, les clients des CSC sont les membres des groupes de population à risque élevé, comme les sans-abri, les réfugiés, les nouveaux immigrants, les clients ayant des problèmes de santé mentale complexes, les personnes à faible revenu et les personnes non assurées. Environ 1,5 % des clients des CSC n'ont aucun type d'assurance-maladie.

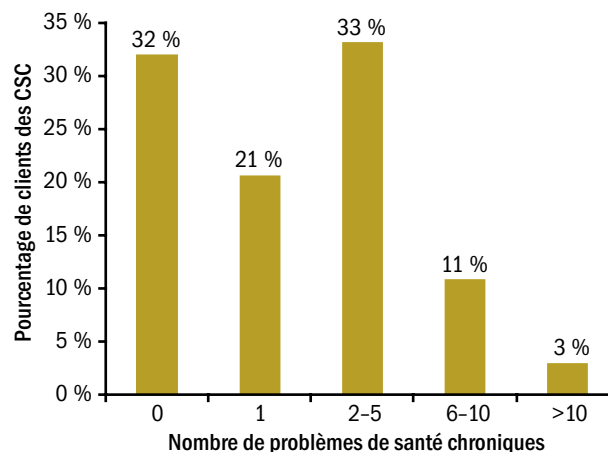
En servant les personnes vulnérables, les CSC peuvent contribuer à réduire la pression sur le système de santé et d'autres programmes du gouvernement provincial. Dans bien des cas, les CSC sont les seules sources de services cliniques et communautaires vers lesquelles les organismes de services sociaux peuvent diriger leurs clients, dont certains font partie de groupes de population à risque élevé. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) considère ces groupes comme des populations prioritaires, définies comme étant celles qui :

- font face à des obstacles géographiques, culturels, linguistiques ou autres à l'accès à une gamme appropriée de services de soins primaires;
- courent un plus grand risque de problèmes de santé en raison des déterminants sociaux de la santé (expliqués dans la **section 2.1**).

De nombreux clients des CSC ont plusieurs problèmes de santé, comme le montre la **figure 2**.

Figure 2 : Ventilation des clients des centres de santé communautaires (CSC) selon les problèmes de santé chroniques, mars 2017

Source des données : Association des centres de santé de l'Ontario



D'après les résultats d'une étude publiée en 2012 qui comparait les modèles de soins primaires en Ontario, les besoins des clients des CSC sont de 84 % plus complexes que ceux de la population générale de l'Ontario. Par ailleurs, 23 % des clients des CSC sont des aînés, comparativement à environ 17 % de la population générale. Les graphiques de la **figure 3** illustrent la répartition des clients des CSC en fonction du revenu, de l'âge et de l'état d'assuré au 31 mars 2017.

2.3 Expansion et emplacement actuel des centres de santé communautaires

Le premier CSC de l'Ontario a été établi au début des années 1970. Les CSC ne sont pas propres à l'Ontario : ils existent dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada, parfois sous des noms différents. Le premier CSC du Canada, le Mount Carmel Health Centre de Winnipeg, a ouvert ses portes en 1926.

En consultation avec les intervenants concernés, le Ministère décide de l'emplacement et du nombre de CSC en Ontario. La dernière expansion majeure

Figure 3 : Profil des clients des centres de santé communautaires, mars 2017

Source des données : Association des centres de santé de l'Ontario

Figure 3a : Ventilation des clients selon le revenu annuel individuel déclaré

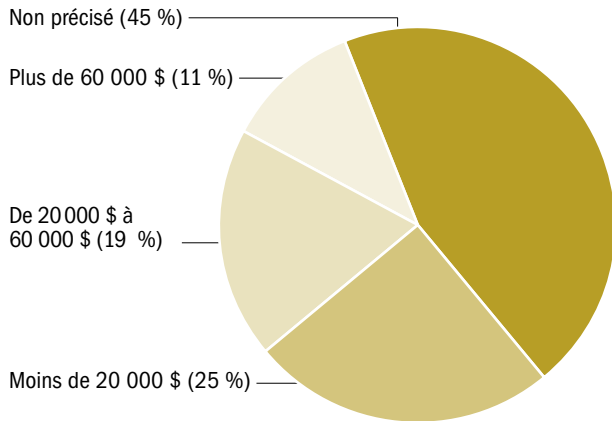


Figure 3b : Ventilation des clients selon l'âge

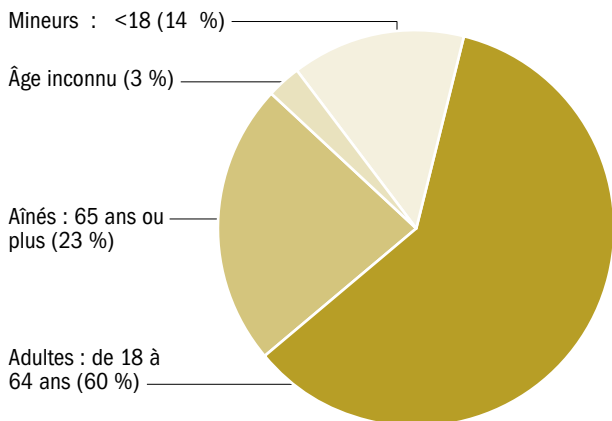
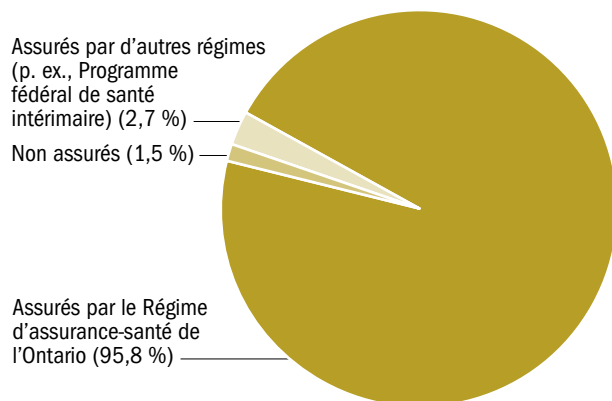


Figure 3c : Ventilation des clients selon qu'ils sont assurés ou non



Note : Les données portent uniquement sur les clients inscrits comme patients en soins primaires et sur les soins interdisciplinaires dispensés dans les centres de santé communautaires (CSC). Elles ne comprennent pas les clients qui participent uniquement aux programmes communautaires des CSC.

du réseau des CSC en Ontario a été annoncée en 2004 et 2005. Au moment de notre audit, l'Ontario comptait 75 CSC exerçant leurs activités dans 145 emplacements (y compris 70 sites satellites). La **figure 4** montre l'emplacement des CSC, tandis que l'**annexe 2** présente les moments marquants de leur histoire.

2.4 Programmes et services offerts dans les centres de santé communautaires

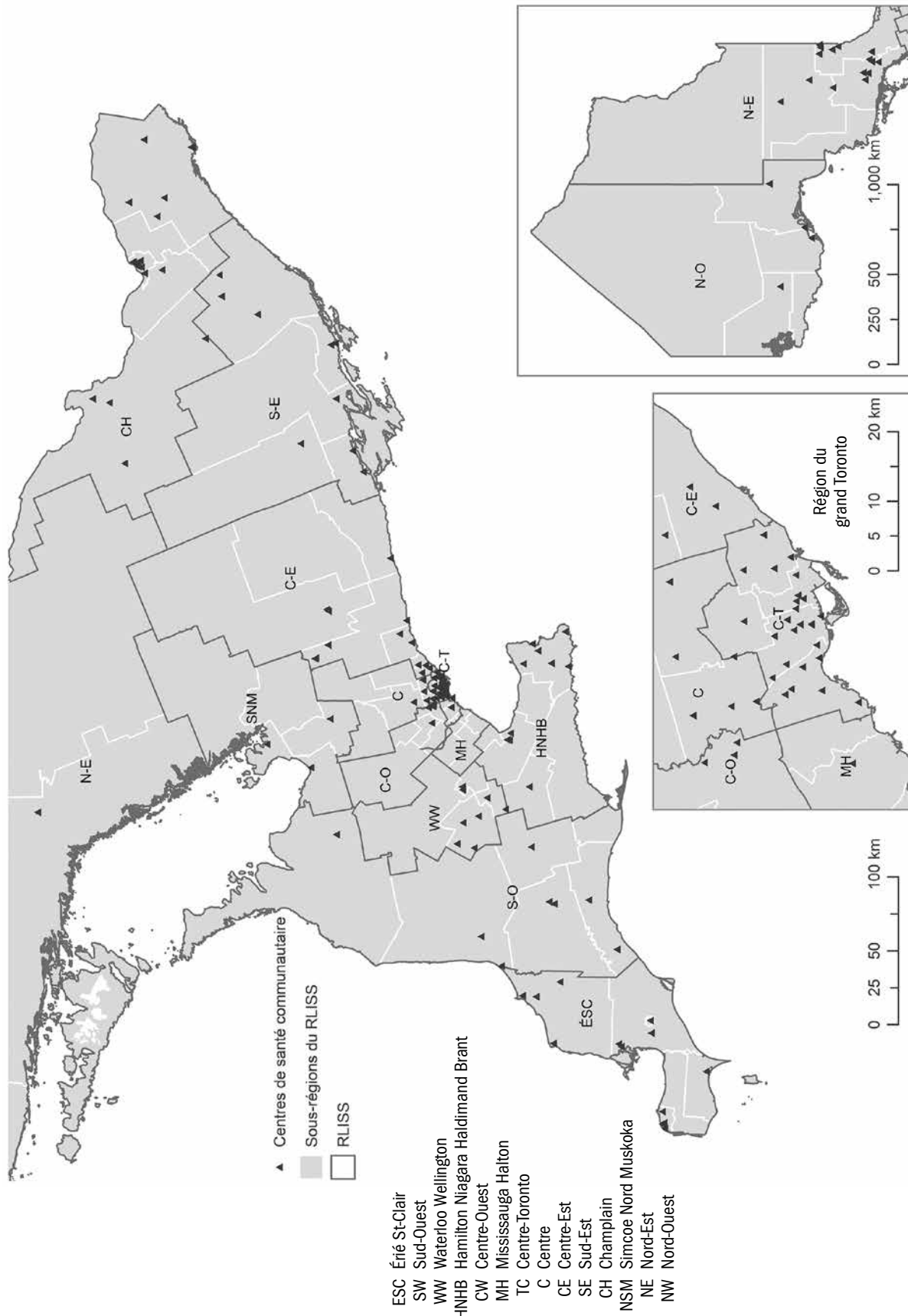
2.4.1 Programmes et services offerts dans les CSC

Les CSC offrent des programmes de soins primaires et de santé communautaire à leurs clients. Ces programmes s'inscrivent dans cinq domaines que le Ministère associe à l'objectif fondamental du gouvernement d'établir un système de soins de santé axé sur le patient. Ils comprennent :

- les soins primaires (soins courants qu'un patient reçoit, par exemple la consultation d'un médecin ou d'un membre du personnel infirmier praticien, les examens, les vaccins, les échographies et les analyses sanguines);
- la prévention des maladies (par exemple, les conseils en nutrition et les soins du pied diabétique);
- la promotion de la santé (par exemple, les programmes de gestion du stress, d'abandon du tabagisme et d'exercice);
- le renforcement des capacités communautaires (par exemple, l'information sur les ressources communautaires et la façon d'y accéder, la formation en leadership et le perfectionnement des compétences des jeunes, les programmes à l'intention des parents et des enfants et la prévention de la violence);
- l'intégration des services (par exemple, la mise en contact avec d'autres fournisseurs de services de santé).

Figure 4 : Centres de santé communautaires de l'Ontario

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



Étant donné que chaque CSC est régi par son propre conseil d'administration communautaire, il peut déterminer le type et la combinaison de services qui couvrent ces cinq domaines et n'a pas à offrir exactement les mêmes services que les autres.

Les soins primaires interprofessionnels (expliqués dans la **section 2.4.2**) et les programmes de santé communautaires offerts par les CSC peuvent être financés par le Ministère, par d'autres ministères ou par d'autres ordres de gouvernement. Par exemple, les CSC peuvent offrir des programmes d'éducation sur le diabète, des programmes d'abandon du tabagisme et des programmes de soutien en santé mentale (financés par le Ministère), des programmes de nutrition prénatale (financés par le gouvernement fédéral), des cliniques juridiques (financées par le ministère du Procureur général) et des services de soutien au logement (financés par l'administration municipale). Les CSC travaillent souvent en partenariat avec des organismes externes comme les organismes d'aide à l'établissement des immigrants et d'autres intervenants qui mettent l'accent sur des questions sociales et de santé plus vastes, pour s'assurer que leurs services sont axés sur les personnes qui pourraient avoir du mal à accéder aux soins de santé et aider leurs clients à accéder aux programmes non offerts dans les CSC.

Les clients peuvent avoir accès à une partie ou à la totalité des services offerts par les CSC. Environ la moitié des clients des CSC ont accès aux soins primaires fournis par des médecins ou des membres du personnel infirmier praticien. L'autre moitié n'a pas accès aux soins primaires offerts par les CSC, mais peut bénéficier de leurs services interdisciplinaires ou de leurs programmes de santé communautaires.

2.4.2 Professionnels qui dispensent des soins et des services dans les CSC

Les CSC fournissent des soins de santé de type interprofessionnel. Grâce à ce modèle, les patients peuvent obtenir une gamme complète de soins

de santé sous le même toit auprès d'une équipe de professionnels de la santé pouvant inclure des médecins, des infirmières praticiennes ou infirmiers praticiens, des diététistes, des podologues (spécialistes des pieds) et des physiothérapeutes, ainsi qu'un autre groupe de professionnels qui appuient les clients, comme les promoteurs de la santé, les intervenants du système de santé et les travailleurs sociaux. La disponibilité de ces professionnels dépend du CSC.

L'Ontario compte également d'autres modèles de soins primaires interprofessionnels, dont certains ne servent pas les mêmes groupes démographiques que les CSC. L'**annexe 3** compare les CSC à ces autres modèles interprofessionnels, qui comprennent ce qui suit :

- Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (10 en Ontario) : centres qui offrent un amalgame d'approches autochtones traditionnelles en matière de santé et de mieux-être, de soins primaires et de promotion de la santé dans des contextes adaptés sur le plan culturel.
- Cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien (25 en Ontario) : cliniques offrant des services de soins primaires complets et coordonnés aux personnes de tous âges. Les infirmières praticiennes et infirmiers praticiens sont les principaux fournisseurs de soins primaires de ces cliniques. En plus des médecins collaborateurs, les autres membres de l'équipe de soins de santé peuvent inclure des infirmières et infirmiers autorisés, des diététistes, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes et des travailleurs en santé mentale.
- Équipes de santé familiale (184 en Ontario) : équipes de médecins de famille, d'infirmières praticiennes et infirmiers praticiens, d'infirmières et infirmiers autorisés, de travailleurs sociaux, de diététistes et d'autres professionnels qui travaillent ensemble (mais peut-être pas au même endroit) pour fournir des soins de santé

primaires à leur collectivité. Chaque équipe de santé familiale est conçue pour répondre aux besoins locaux en matière de santé et de services communautaires.

2.5 Principaux intervenants des centres de santé communautaires

2.5.1 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère)

Le Ministère est ultimement responsable de la surveillance et de la production de rapports sur le système de santé dans son ensemble. Le rôle du Ministère consiste à fournir une orientation générale et un leadership pour le système de santé, en mettant l'accent sur l'élaboration de lois, de normes et de politiques à l'appui de ses orientations stratégiques, et à s'assurer que les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) répondent à ses attentes, conformément aux documents contractuels négociés entre les RLISS et le Ministère. Le Ministère finance presque tous les coûts du programme des CSC par l'entremise des 14 RLISS de l'Ontario et fournit des fonds d'immobilisations directement à tous les CSC.

2.5.2 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)

Les CSC reçoivent la majorité de leur financement des 14 RLISS de l'Ontario, qui ont été mis sur pied aux termes de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et ont pour mandat de créer un système de santé intégré pour améliorer la santé de la population ontarienne. Outre les CSC, les RLISS financent et supervisent d'autres fournisseurs de services de santé comme les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les organismes communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Chaque région desservie par un RLISS compte au moins un CSC.

En vertu de la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, entrée en vigueur en décembre 2016, les

RLISS ont maintenant le pouvoir légal de financer et de gérer certains volets des soins primaires en Ontario, y compris 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 (actuellement financés et gérés par le Ministère) en plus des CSC. Les RLISS ont également un mandat élargi pour appuyer la planification des services de soins primaires. La transition des trois modèles aux RLISS n'avait pas encore commencé au moment où nous avons terminé notre audit.

Les RLISS concluent une entente de responsabilisation annuelle avec chaque CSC. L'entente énonce les modalités que les CSC doivent respecter dans la prestation des services de santé à leurs clients.

2.5.3 Association des centres de santé de l'Ontario

Presque tous les CSC (74 sur 75) sont membres de l'Association des centres de santé de l'Ontario (l'Association), qui est financée par ses membres et basée à Toronto et qui compte moins de 20 employés. L'Association représente également d'autres organismes de soins primaires gérés par la collectivité, y compris les 10 centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, 10 des équipes communautaires de santé familiale et environ la moitié des cliniques dirigées par le personnel infirmier praticien de la province. En plus des droits d'adhésion de ses membres, l'Association a reçu au total environ 27 millions de dollars du Ministère depuis 1999-2000 pour divers projets, dont la plupart étaient liés à la technologie de l'information. L'Association soutient les CSC en ce qui concerne les politiques et les relations avec les intervenants, la gestion de l'information, la recherche et l'évaluation.

2.6 Financement

Au cours de l'exercice 2016-2017, le Ministère, par l'entremise des RLISS, a versé un financement de

programme de 401 millions de dollars aux CSC, ce qui représente moins de 2 % des paiements versés aux fournisseurs de services de santé gérés par les RLISS. Ces 401 millions de dollars représentent une augmentation de 114 % par rapport à 2007-2008, lorsque les CSC étaient financés à hauteur de 187 millions. Les **figures 5a** et **5b** indiquent la tendance d'une année sur l'autre du financement du programme des CSC fourni par le Ministère, le nombre d'emplacements et le nombre de clients des CSC. En 2016-2017, le Ministère a également versé un peu plus de 16 millions de dollars en fonds d'immobilisations pour les CSC.

Certains CSC reçoivent également des fonds d'autres sources, comme les organismes de bienfaisance et les fondations, d'autres ministères provinciaux et d'autres ordres de gouvernement. En 2016-2017, les CSC ont déclaré au Ministère qu'ils avaient reçu environ 96 millions de dollars de ces autres sources.

3.0 Objectif et étendue de l'audit

Notre audit visait à déterminer si le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), en partenariat avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et les centres de santé communautaires (CSC), avait mis en place des systèmes et procédures efficaces pour :

- superviser, coordonner et exécuter des programmes et services par l'entremise des CSC en temps opportun et de manière rentable afin de répondre aux besoins de la collectivité, y compris ceux de la population prioritaire;
- mesurer la qualité et l'efficacité des services fournis et en rendre compte au public.

Avant de commencer notre travail, nous avons défini les critères d'audit à respecter pour atteindre notre objectif. Ces critères ont été établis en fonction des lois, des politiques et des procédures applicables

ainsi que des résultats d'études internes et externes. La haute direction du Ministère et des quatre RLISS visités durant l'audit ont examiné l'objectif de notre audit et les critères connexes énumérés à l'**annexe 4** et ont reconnu qu'ils étaient pertinents.

Nous avons mis l'accent sur les activités des CSC au cours de la période de deux ans terminée le 31 mars 2017, et nous avons tenu compte des données et événements pertinents des 10 dernières années. Nous avons mené notre audit de janvier à juin 2017, et nous avons obtenu une déclaration écrite du Ministère et des RLISS selon laquelle, au 16 novembre 2017, ils nous avaient fourni toute l'information connue susceptible d'avoir une incidence importante sur les constatations ou conclusions du présent rapport.

Dans le cadre de notre travail, nous avons obtenu des documents et mené des entrevues auprès du personnel des directions suivantes du Ministère :

- la Direction des soins primaires, qui fournit une expertise et des conseils stratégiques aux CSC afin d'améliorer l'accès équitable et rapide aux soins primaires qu'ils fournissent;
- la Direction de la liaison avec les RLISS, qui élabore, négocie et gère les rapports redditionnels avec les 14 RLISS de l'Ontario;
- la Direction de la gestion financière, qui rapproche le financement du Ministère et les dépenses des CSC à la fin de l'exercice;
- la Direction de l'investissement dans les immobilisations en matière de santé, qui fournit des fonds aux CSC pour la réparation, la modernisation et l'agrandissement de leurs installations.

Le Ministère verse des paiements de transfert aux 14 RLISS de l'Ontario qui, à leur tour, passent des contrats avec les CSC pour fournir des soins primaires et des services communautaires aux clients de leur collectivité. Dans le cadre de notre audit, nous avons visité 4 des 14 RLISS : Centre-Toronto (bureau central à Toronto), Sud-Ouest (bureau central à London), Simcoe Nord Muskoka (bureau central à Orillia) et Champlain (bureau central à Ottawa). En 2016-2017, les

Figure 5a : Nombre de clients et total du financement du Programme des centres de santé communautaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2007-2008–2016-2017

Source des données : Association des centres de santé de l'Ontario, Secrétariat du Conseil du Trésor

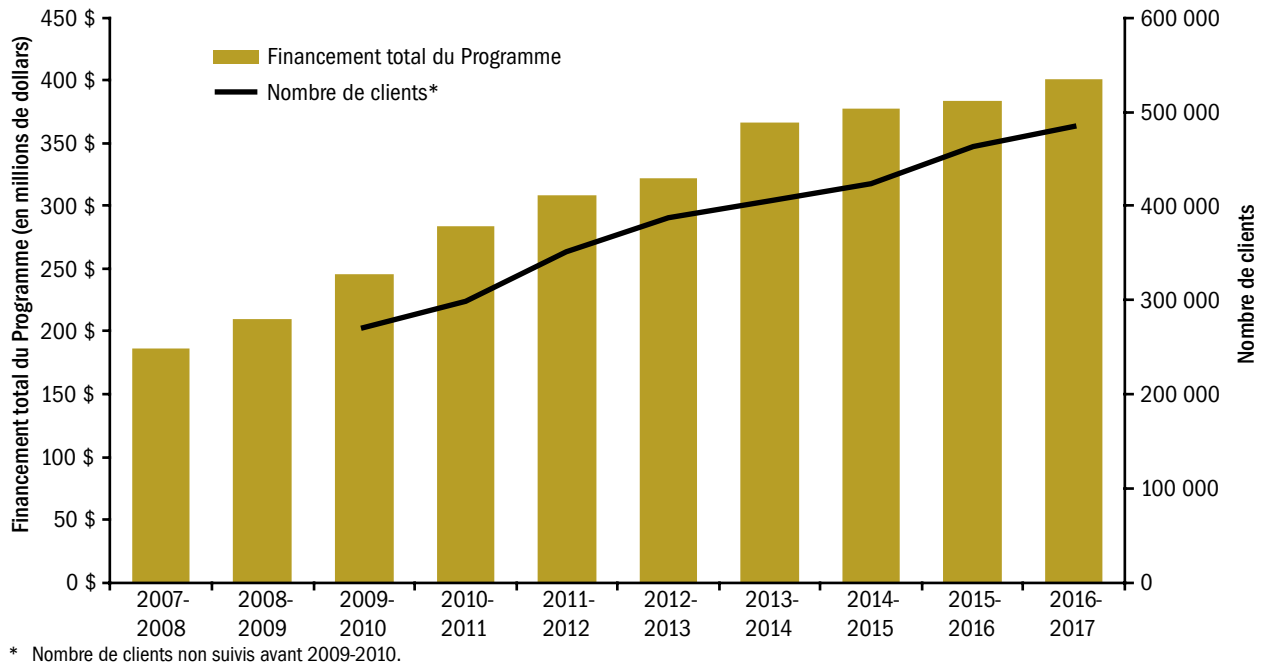
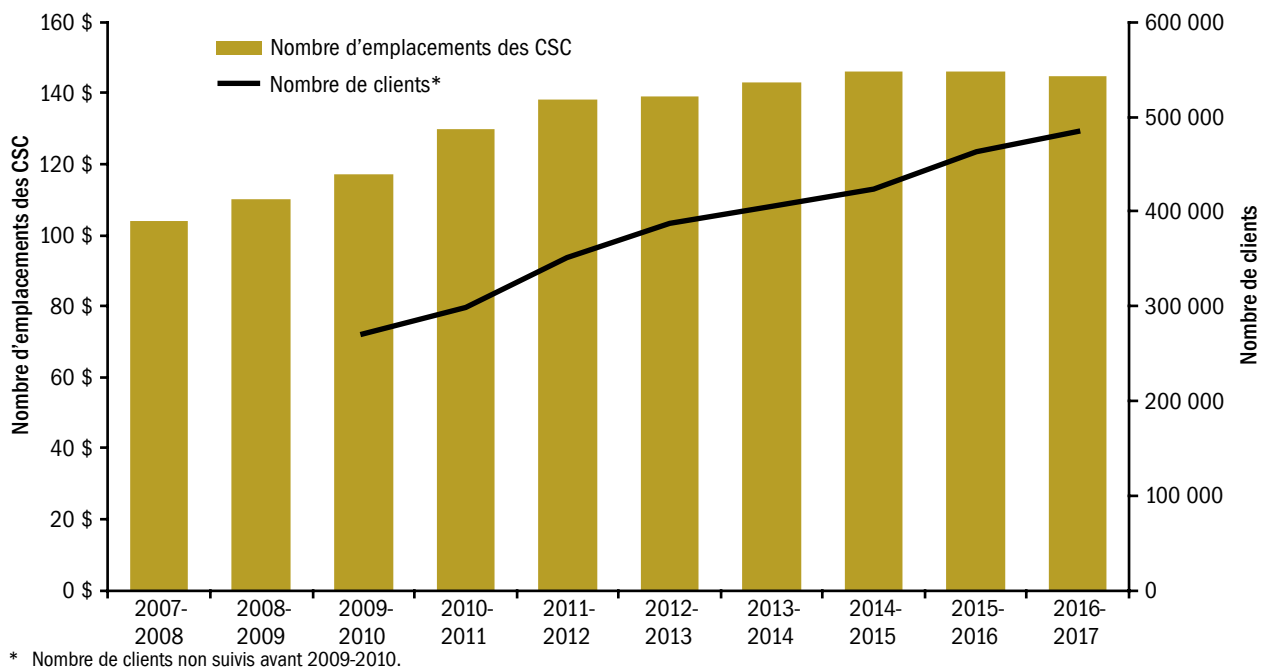


Figure 5b : Nombre de clients et nombre de centres de santé communautaires (CSC), 2007-2008–2016-2017

Source des données : Association des centres de santé de l'Ontario, Secrétariat du Conseil du Trésor



dépenses combinées de ces RLISS pour les CSC représentaient près de 50 % des dépenses globales du Ministère dans ce domaine. De plus, nous avons visité huit CSC gérés par ces quatre RLISS qui sont situés dans des collectivités urbaines et rurales. Nous avons visité leurs installations, examiné les documents pertinents et interviewé la haute direction, le personnel de première ligne, les membres du conseil d'administration et certains clients des CSC afin d'obtenir leurs points de vue sur les façons d'améliorer la prestation des programmes. Dans quatre des huit CSC, nous avons effectué d'autres procédures d'audit sur certains aspects.

L'Association des centres de santé de l'Ontario (l'Association) représente presque tous les CSC de l'Ontario et tient des données au nom de presque tous les CSC à partir de leurs systèmes de dossiers médicaux électroniques. Pour obtenir une vue d'ensemble du secteur des CSC, nous avons rencontré des représentants de l'Association et avons obtenu et analysé des données anonymes opérationnelles et agrégées sur les profils des clients.

Afin de mieux comprendre les problèmes auxquels font face les CSC en Ontario, nous avons rencontré des représentants de l'Association canadienne des centres de santé communautaires et de l'Association des équipes de santé familiale de l'Ontario. Nous avons également examiné des études et des rapports publiés par des organismes comme le Conference Board du Canada, l'Institut de recherche en services de santé et le Groupe de planification en matière de soins primaires. (Ce groupe a été établi en 2010 pour rédiger une stratégie de renforcement des soins de santé primaires en Ontario et établir un consensus autour de cette stratégie. Il est présidé par un sous-ministre adjoint du Ministère et comprend des membres de l'Ontario Medical Association, de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, de l'Ontario College of Family Physicians et de l'Association). Nous avons également obtenu des statistiques sur les plaintes reçues sur les CSC par le Bureau de l'Ombudsman de l'Ontario, et nous en avons tenu compte dans notre audit.

Nous avons engagé une personne experte qui connaît bien le système de santé de l'Ontario, et particulièrement les centres de santé communautaires, pour nous aider à mener notre audit.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

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

4.1.1 Aucun processus ne permet de déterminer si les CSC sont surutilisés ou sous-utilisés

Ni le Ministère ni les RLISS n'ont mis en place de processus pour déterminer si les CSC répondent aux exigences de leurs collectivités. Nous avons constaté que ni l'une ni l'autre des parties n'avait effectué d'évaluation périodique afin de déterminer le nombre de personnes réellement servies par les CSC par rapport au nombre de personnes dont ils sont censés être responsables, les régions où il existe des listes d'attente pour divers services des CSC, ainsi que la croissance des groupes de clients cibles. Une telle analyse permettrait de déterminer combien de CSC devraient être financés et où ils devraient être situés en Ontario afin d'optimiser la réponse aux besoins des Ontariens.

Comme il est mentionné dans la **section 2.3**, en 2004 et 2005, le Ministère a annoncé l'expansion de 49 CSC et sites satellites. Selon le Ministère, au moment de notre audit, 30 de ces sites étaient achevés en grande partie, 12 étaient en cours et 7 n'avaient pas soumis les documents requis au Ministère pour procéder à 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 demandé au Ministère de nous fournir l'analyse effectuée en 2004 et 2005 pour déterminer où ces nouveaux CSC et bureaux satellites devraient être situés. Le Ministère n'a pas pu produire cette analyse. Il nous a également informés que les projets étaient soumis sur la base d'une proposition de l'organisme parrain, qui peut être un CSC existant ou un autre organisme de services de santé. En d'autres termes, le Ministère n'évaluait ni l'utilisation des services ni les besoins insatisfaits des collectivités concernées avant de procéder à l'établissement de ces nouveaux sites à l'échelle de la province.

Le nombre de patients dont les CSC étaient responsables différait de la cible

La capacité d'un CSC dépend en grande partie du nombre réel de cliniciens des soins primaires qui travaillent au centre et d'un score de complexité des cas qui diffère d'un CSC à l'autre. L'Association des centres de santé de l'Ontario (l'Association) calcule le nombre de patients que chaque CSC est censé inscrire à ses soins primaires, au moyen d'une formule élaborée par l'Institut de recherche en services de santé qui tient compte de la complexité des besoins des patients et du nombre de cliniciens des soins primaires (médecins et personnel infirmier praticien). On s'attend à ce qu'un CSC dont les patients ont des besoins plus complexes inscrive moins de patients qu'un CSC dont les patients sont en meilleure santé. Ce calcul est mis à jour chaque année pour chaque CSC. Dans l'ensemble, les clients des CSC ont des besoins de 84 % plus complexes que la population générale de l'Ontario.

Selon cette formule de calcul du nombre de cas, tous les CSC sont censés être responsables d'environ 405 000 patients au total. Le nombre de patients dont chaque CSC est censé être responsable (appelé « patientèle ») varie selon la complexité des besoins des patients inscrits au CSC et le nombre de cliniciens employés par ce CSC. La patientèle exclut les clients qui utilisent uniquement des services

du CSC autre que les soins primaires, comme les programmes communautaires et les services interdisciplinaires offerts par des professionnels comme les travailleurs sociaux et les diététistes.

Au 31 mars 2017, les CSC de tout l'Ontario comptaient environ 335 300 patients inscrits en soins primaires, soit 83 % de la patientèle cible. Alors que 16 % des CSC atteignaient ou dépassaient la cible fixée, l'un d'eux atteignant même 172 % du nombre de cas prévu, environ la moitié se situait à moins de 80 % de la patientèle cible.

Nous avons également examiné le nombre de patients réellement servis par les CSC afin de mieux comprendre l'utilisation, car même si une personne est inscrite auprès d'un CSC, son utilisation des services peut varier en fonction de ses besoins continus en matière de santé. Par exemple, une personne pourrait simplement être inscrite comme patient d'un CSC, mais rarement utiliser ses services, tandis que certains clients ayant des besoins complexes (comme les aînés) peuvent faire une utilisation plus fréquente des services.

La meilleure information susceptible de donner une idée approximative de l'utilisation réelle est le nombre de consultations données par chaque médecin ou membre du personnel infirmier praticien du CSC. D'après les données de l'Association, en 2016-2017, les médecins ou membres du personnel infirmier praticien équivalent à temps plein des CSC ont accordé 31 consultations (interactions directes en personne avec les patients) par semaine en moyenne, mais ce nombre variait entre 16 et près de 60. Toutefois, les RLISS n'ont pas examiné les raisons pour lesquelles certains CSC ne voyaient pas autant de patients que d'autres. Les différences pourraient être attribuables à la complexité des besoins des patients servis, mais une comparaison des consultations entre les CSC qui servent les patients ayant des scores de complexité similaires permettrait de cerner les possibilités de redistribution des ressources et des fonds entre les CSC.

Il existe des listes d'attente pour certains services des CSC

Aucun des quatre RLISS visités n'exigeait que les CSC déclarent les données sur les listes d'attente, de sorte qu'ils ne savaient pas quels CSC avaient des listes d'attente ni combien de personnes attendaient d'accéder aux services, et qu'ils ne connaissaient pas les temps d'attente. Par conséquent, ces RLISS ne pouvaient pas utiliser cette information pour déterminer si certains CSC ont mieux servi leurs collectivités que d'autres. Même si le Ministère avait été chargé de déterminer le nombre et l'emplacement des CSC à l'échelle de la province, il n'avait pas lui non plus recueilli de données sur les listes d'attente des CSC. Par conséquent, le Ministère n'avait pas de renseignements complets pour éclairer la planification et les décisions futures en matière d'investissement. Nous discutons des listes d'attente en détail dans la **section 4.2.1**.

La population de clients cibles des CSC a augmenté

Même si le Ministère a établi plus de CSC et de sites satellites à la suite de ses annonces de 2004 et 2005 (voir les détails à l'**annexe 2**), les groupes de population qui sont censés utiliser les services des CSC ont augmenté depuis ce temps.

Plus de 20 000 réfugiés syriens se sont établis en Ontario entre novembre 2015 et mai 2017, et les cas d'aide sociale (personnes ayant besoin d'une aide financière temporaire qui reçoivent un soutien du programme Ontario au travail) ont connu une hausse de 13 % entre 2007-2008 et 2016-2017. En outre, le niveau d'immigration annuel devrait augmenter de 29 % entre 2016 et 2041.

Un CSC que nous avons visité durant notre audit a indiqué qu'il ne serait pas en mesure de répondre aux besoins de sa collectivité au cours des prochaines années, car la population de la région desservie s'est accrue et a vieilli, et ses besoins sont complexes. Ce CSC avait déjà une liste d'attente pour les soins primaires au moment de notre visite et en était à 119 % de sa capacité.

4.1.2 Les CSC n'ont pas fait l'objet d'une comparaison globale avec d'autres modèles

Le fait que les différents modèles de soins primaires ne relèvent pas des mêmes organismes ne favorise pas une planification adéquate

Un certain nombre de modèles de soins primaires coexistent en Ontario. La plupart des Ontariens connaissent le modèle des médecins praticiens autonomes, mais il existe d'autres modèles, comme ceux des soins primaires interprofessionnels où un médecin ou un membre du personnel infirmier praticien travaille avec d'autres professionnels pour offrir des services de santé aux patients. Nous avons décrit ces modèles dans la **section 2.4.2**. En 2011, le Groupe de planification en matière de soins primaires (décrit dans la **section 3.0**) a recommandé au Ministère que tous les Ontariens soient associés à un modèle de soins primaires professionnels, qu'il s'agisse des CSC, des équipes de santé familiale, des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien ou des centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones. Le Groupe de planification a ajouté qu'il n'était pas recommandé d'élaborer de nouveaux modèles de prestation.

Au cours des 10 dernières années, la responsabilité des modèles de soins primaires interprofessionnels a été partagée entre le Ministère et les RLISS, de sorte qu'il est difficile pour l'une ou l'autre partie de disposer de tous les renseignements requis pour prendre des décisions éclairées au sujet de la planification globale des soins primaires en Ontario. Avant 2007, les CSC et d'autres fournisseurs de soins primaires relevaient de la responsabilité du Ministère. Les RLISS sont établis en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. En 2007, le Ministère a confié la surveillance des CSC aux RLISS, mais a conservé la responsabilité des autres modèles de soins primaires interprofessionnels. Le Ministère a attribué sa décision au fait que, comparativement

aux autres modèles, celui des CSC était déjà bien développé à ce moment-là.

En conséquence de l'adoption de la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, les RLISS ont maintenant le pouvoir de financer et de gérer tous les modèles de soins primaires interprofessionnels. Au moment de notre audit, le Ministère n'avait pas commencé à transférer les responsabilités de financement et de gestion des trois modèles aux RLISS, et il n'avait pas établi de délai pour ce transfert.

Absence d'évaluation de tous les modèles de soins primaires

Une évaluation exhaustive de tous les modèles de soins primaires en Ontario aiderait à déterminer la meilleure façon d'utiliser ces modèles, y compris les CSC, pour assurer une prestation efficace des soins primaires aux Ontariennes et Ontariens. Plusieurs études ontariennes préconisent également une évaluation de tous les modèles de soins primaires en Ontario.

- Entre 2012 et 2015, le Ministère a demandé à l'Institut de recherche en services de santé et au Conference Board du Canada de mener quatre études comparant les différents modèles de soins primaires afin de cerner les différences démographiques, l'utilisation des services de santé et le rendement. Ces études n'ont pas permis de déterminer de façon concluante que les CSC étaient préférables aux autres modèles. En effet, même si les CSC affichaient une plus forte proportion de patientes ayant subi un test Pap (procédure permettant de détecter le cancer du col de l'utérus) et géraient mieux les maladies chroniques de leurs patients, ceux-ci affichaient des taux plus élevés de réadmission à l'hôpital et de visites aux salles des urgences. Les études indiquaient que ces résultats pourraient refléter le fait que les CSC servent une proportion considérablement plus élevée de personnes à faible revenu, de

nouveaux arrivants au Canada ou de patients ayant plusieurs problèmes de santé. Les auteurs de l'une de ces études ont également souligné la nécessité d'une évaluation plus poussée du rendement des modèles de soins primaires de l'Ontario par rapport aux coûts et aux modèles d'autres administrations.

- En 2011, le Groupe de planification en matière de soins primaires a recommandé au Ministère d'élaborer un énoncé clair et mesurable des buts et objectifs que le système de soins primaires devrait atteindre ainsi qu'une stratégie à long terme pour poursuivre l'intégration des équipes interdisciplinaires de professionnels de la santé dans la pratique des soins primaires.
- En 2001, le Ministère a demandé à deux consultants externes de procéder à un examen stratégique des CSC. L'un des objectifs de cet examen stratégique était de « [s]ituer le développement à venir des CSC dans un plan général qui soit aligné sur les stratégies clés du ministère et les directives clés du gouvernement, y compris la réforme du système de soins primaires ». Cet examen des CSC, réalisé il y a 16 ans, est le dernier réalisé par le Ministère, et il a donné lieu à 11 recommandations visant à améliorer la prestation des services des centres. L'une des recommandations formulées était que le Ministère veille à ce que les CSC jouent un rôle stratégique dans la réforme des soins primaires.
- Lors de notre dernier audit des CSC en 2000, nous avons recommandé au Ministère d'évaluer l'efficacité et l'efficacités des CSC dans la prestation de soins de santé primaires de qualité et de comparer les résultats à ceux des autres modèles de soins primaires.

Le Ministère nous a informé que le plan provincial sur les soins primaires fait partie de *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*, le plan stratégique sur le système général de soins de santé en Ontario. Le plan

Priorité aux patients donne une orientation précise sur le renforcement des soins primaires, notamment l'accès rapide à un fournisseur de soins primaires, la facilitation d'un accès amélioré aux spécialistes, une meilleure coordination des soins pour les patients ayant des besoins complexes, l'octroi de pouvoirs au personnel infirmier praticien de prescrire des appareils et accessoires fonctionnels, et la prestation de plus de services de réadaptation pour les aînés. Or, le plan ne précise pas le rôle stratégique des CSC dans le système de soins primaires, ce qui aiderait le Ministère et les RLISS à déterminer si les CSC évoluent dans la bonne voie de la façon prévue et de manière à répondre aux besoins de la population. En outre, le plan ne comprend pas de mesures du rendement pour évaluer l'atteinte des objectifs et les progrès accomplis à cette fin.

Quatre sous-régions du RLISS n'offraient pas de soins primaires interprofessionnels

Conformément aux nouvelles exigences de la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, au début de 2017, le Ministère a avalisé 76 sous-régions (petites régions géographiques situées à l'intérieur des limites actuelles des RLISS) pour permettre aux RLISS de mieux planifier et de mieux répondre aux besoins locaux en santé.

À notre demande, le Ministère a demandé aux RLISS de déterminer combien des 76 sous-régions n'avaient pas de CSC. Cette analyse a révélé que 35 des 76 sous-régions n'avaient pas de CSC, comme l'indique la **figure 6**. De plus, quatre de ces sous-régions n'offrent aucune autre forme de soins primaires interprofessionnels, comme les équipes de santé familiale et les centres d'accès aux services de santé pour Autochtones.

Par conséquent, les patients de ces communautés ne bénéficient pas des mêmes soins primaires interprofessionnels que les patients d'autres régions de la province. Ils doivent plutôt rendre visite à des cliniciens situés à plusieurs endroits pour obtenir des services de santé qui sont

généralement fournis sous le même toit dans un CSC, ou se rendre dans une autre sous-région pour accéder à des soins primaires interprofessionnels. De plus, les médecins praticiens autonomes de ces collectivités peuvent faire face à une charge de travail excessive en raison des clients ayant des besoins complexes.

Dans le budget de l'Ontario de 2017, le gouvernement a annoncé qu'il investirait 15 millions de dollars en 2017-2018 pour créer des équipes interprofessionnelles ou élargir les équipes existantes afin que chacune des 76 sous-régions de l'Ontario dispose d'une équipe.

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 œuvre 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;
- déterminer s'il y a lieu de mettre en œuvre 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 œuvre un plan à cet égard s'ils le jugent approprié.

RÉPONSE DES RLISS

Les RLISS appuient l'adoption d'une approche fondée sur les données probantes pour investir dans les soins de santé et assurer un accès équitable aux soins pour toute la population

Figure 6 : Centres de santé communautaires des réseaux locaux d'intégration des services de santé et des sous-régions, mars 2017

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

RLISS	Sous-région de RLISS	Sans CSC	Sans CSC, ESF, clinique DPIP ni CASSA
Érié St-Clair	Windsor		
	Tecumseh Lakeshore Amherstburg LaSalle	X	
	Essex South Shore	X	
	Centre-ville de Chatham		
	Région rurale de Kent	X	
	Lambton		
Sud-Ouest	Grey Bruce		
	Huron Perth	X	
	London et Middlesex		
	Elgin		
	Oxford		
Waterloo Wellington	Guelph-Puslinch		
	Cambridge-North Dumfries		
	Kitchener-Waterloo-Wellesley-Wilmot-Woolwich		
	Wellington	X	
Hamilton Niagara Haldimand Brant	Hamilton		
	Burlington	X	
	Niagara Nord-Ouest	X	
	Niagara		
	Brant		
	Haldimand Norfolk	X	
Centre-Ouest	Etobicoke-Nord, Malton, Woodbridge-Ouest		
	Dufferin	X	
	Bolton-Caledon	X	X
	Bramalea		
	Brampton	X	
Mississauga Halton	Mississauga-Est*	X	
	Halton Hills	X	
	Milton	X	
	Oakville	X	
	Mississauga Nord-Ouest	X	
	Mississauga Sud-Ouest	X	X
	Etobicoke-Sud	X	
Centre-Toronto	Ouest		
	Centre-Ouest		
	Nord		
	Centre-Est		
	Est		

RLISS	Sous-région de RLISS	Sans CSC	Sans CSC, ESF, clinique DPIP ni CASSA
Centre	North York Ouest		
	North York Centre	X	
	Région de York Ouest		
	Région de York Est	X	
	Simcoe-Sud	X	
	Région de York Nord	X	
Centre-Est	Ville et comté de Peterborough	X	
	Comté de Haliburton et Ville de Kawartha Lakes		
	Comté de Northumberland		
	Durham Nord-Est		
	Durham Ouest	X	
	Scarborough Nord	X	
	Scarborough Sud		
Sud-Est	Région rurale de Hastings		
	Quinte		
	Région rurale de Frontenac, Lennox et Addington	X	
	Kingston		
	Leeds, Lanark et Grenville		
Champlain	Ottawa Centre		
	Ottawa Ouest	X	
	Champlain Est		
	Champlain Ouest		
	Ottawa Est	X	
Simcoe Nord Muskoka	Barrie et secteur		
	Baie Georgienne Sud		
	Couchiching	X	
	Muskoka	X	
	Simcoe Nord		
Nord-Est	Nipissing-Temiskaming		
	Sudbury-Manitoulin-Parry Sound		
	Algoma	X	
	Cochrane		
	Côtes de la baie James et de la baie d'Hudson	X	X
Nord-Ouest	District de Kenora		
	District de Rainy River	X	
	District de Thunder Bay	X	
	Ville de Thunder Bay		
	Nord	X	X
Total		35	4

Note : RLISS : réseau local d'intégration des services de santé, CSC : centre de santé communautaire, ESF : équipe de santé familiale, CDPIP : clinique dirigée par du personnel infirmier praticien, CASSA : centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones

* Mississauga-Est a un bureau satellite du CSC dans le RLISS de Toronto-Centre.

ontarienne. Dans le cadre d'ententes de responsabilisation conclues avec les RLISS, les CSC fournissent aux RLISS des mises à jour régulières sur le rendement, y compris des renseignements sur le nombre de patients qui obtiennent des soins. Les RLISS examinent ces rapports afin de s'assurer que tous les fournisseurs de soins de santé, dont les CSC, affectent les fonds publics aux fins prévues. Les RLISS s'appuient sur les renseignements sur l'utilisation et d'autres demandes pour prendre des décisions concernant le secteur des RLISS.

Les RLISS sont également d'accord avec la recommandation formulée par le Groupe de planification en matière de soins primaires et sont déterminés à aider les Ontariennes et Ontariens à obtenir des soins primaires interprofessionnels. En 2017, grâce à un financement du Ministère, tous les RLISS ont élargi la portée du programme Accès Soins pour favoriser l'ajout des soins primaires à titre d'élément fondamental du système local de soins de santé.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est déterminé à assurer l'accès à des services complets et continus de soins de santé aux Ontariennes et Ontariens, partout dans la province. Le budget de l'Ontario de 2017 énonçait l'engagement d'appuyer l'expansion des équipes interprofessionnelles de santé afin que chacune des 76 sous-régions de la province soit dotée d'une équipe. À l'appui de cette initiative, le Ministère élabore une méthode d'évaluation des besoins généraux en soins primaires dans les sous-régions des RLISS, et de la mesure dans laquelle ces besoins sont satisfaits. Le Ministère mène ces initiatives et prévoit prendre ses décisions définitives en matière d'investissements au printemps 2018. Ces efforts visent tous les modèles de prestation de soins primaires.

Le Ministère reconnaît l'importance des équipes de soins interprofessionnelles pour faire en sorte que les Ontariennes et Ontariens aient accès à des services de soins primaires complets. À cette fin, l'objectif du Ministère est d'avoir un fournisseur de soins de santé familiale pour chaque membre de la population qui en veut un, et d'offrir à davantage de patients un accès plus rapide et pratique à ces soins. Le Ministère reconnaît cependant que les Ontariennes et Ontariens n'ont pas tous besoin d'un accès à une équipe de soins interprofessionnelle et que la prestation des soins primaires doit correspondre aux besoins de la population d'une collectivité donnée.

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

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Dans le cadre de l'expansion en 2004 et 2005, aucune date limite n'était fixée pour la présentation de propositions. À l'heure actuelle, le Ministère envisage uniquement le financement de propositions de projets d'immobilisation approuvés par un RLISS. Cette approbation fait en sorte que les projets proposés s'inscrivent dans les besoins actuels de planification des services de santé locaux. Par conséquent, afin que le Ministère examine un projet d'immobilisations en suspens pour un agrandissement ou un déménagement présenté par l'un des sept fournisseurs de services de santé, le RLISS devrait d'abord passer en revue la demande et confirmer au Ministère, par le biais de son approbation, que le projet proposé répond aux besoins locaux actuels.

Le Ministère appuie la recommandation d'établir un échéancier pour le transfert du Ministère aux RLISS des fonds et des responsabilités de supervision des modèles de prestation interprofessionnelle de soins primaires. Le Ministère travaillera avec les RLISS et les partenaires du secteur pour assurer cette transition. Il reconnaît que l'échéancier doit respecter les obligations législatives et les exigences opérationnelles, ainsi que l'engagement du gouvernement de mobiliser les partenaires autochtones au sujet des modèles de prestation interprofessionnelle de soins primaires dirigés par des Autochtones.

À l'appui du plan *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*, le ministre de la Santé et des soins de longue durée a envoyé une lettre de mandat aux RLISS pour

décrire les priorités et attentes de la province. Mises à la disposition du public, ces lettres de mandat comprennent des sections particulières sur les soins primaires, y compris les moyens pour les RLISS de travailler avec les fournisseurs de soins primaires comme les CSC, pour assurer la prestation de ces services aux Ontariennes et Ontariens et ainsi atteindre les objectifs énoncés dans le plan *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*. Le Ministère poursuivra son évaluation des progrès des RLISS à ce chapitre, ainsi que des indicateurs propres au CSC établis dans les ententes sur la responsabilisation en matière de services multisectoriels conclues entre les CSC et les RLISS.

De concert avec les RLISS, le Ministère examinera la faisabilité d'élaborer des mesures normalisées pour appuyer l'orientation stratégique visant le renforcement des soins primaires énoncée dans le plan *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*. Cette activité sera réalisée lors du cycle normal de renouvellement des ententes sur la responsabilisation entre le Ministère, les RLISS et les modèles de soins primaires, y compris les CSC.

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

Selon leurs besoins, les clients des CSC peuvent accéder à divers programmes et services, y compris les soins primaires, les soins interdisciplinaires et les programmes communautaires, sous le même toit. Dans le cadre de notre audit, nous avons examiné les plaintes relatives aux CSC reçues par le Bureau de l'Ombudsman de l'Ontario au cours des trois dernières années, et nous avons constaté qu'environ une plainte sur cinq concernait les retards dans l'accès aux services. Dans le cadre de notre audit, nous avons relevé des problèmes semblables touchant l'accès aux services, les clients de certains CSC n'ayant pas accès aux soins en

temps opportun et certains services n'étant pas offerts du tout.

Dans l'ensemble, nous avons constaté que plus de 70 % des CSC offrent des services de télémédecine qui permettent aux patients d'accéder à un plus large éventail de services de santé, comme l'ophtalmologie, qui ne sont peut-être pas offerts sur place.

Néanmoins, nous avons remarqué que certains CSC ont de la difficulté à répondre à la demande de soins primaires et de services interdisciplinaires dans leurs collectivités, et que certains CSC n'assurent pas la permanence des services de garde, comme ils sont censés le faire.

4.2.1 Le Ministère et les RLISS ne disposent pas de renseignements sur la demande réelle de services des CSC

Ni le Ministère ni les RLISS ne disposaient de renseignements complets sur le nombre de personnes qui attendent de devenir des clients d'un CSC. Nous avons également constaté que les clients de certains CSC devaient attendre pour avoir accès aux services interdisciplinaires et aux programmes communautaires.

Durant notre audit, nous avons constaté que la moitié des huit CSC visités n'était pas en mesure de répondre à la demande de soins primaires dans leur collectivité. Seulement deux de ces CSC tenaient des listes d'attente.

Dans un des deux CSC qui avaient une liste d'attente pour les soins primaires, 60 personnes devaient attendre jusqu'à six semaines, tandis que dans l'autre, environ 500 personnes devaient attendre jusqu'à 15 mois. Les deux CSC dépassaient leur capacité.

L'un des deux CSC sans liste d'attente n'acceptait que les sans-abri dans les soins primaires et priorisait les personnes déjà inscrites à ses programmes communautaires, tandis que l'autre aiguillait les personnes ayant besoin de soins primaires vers Accès Soins, un service du Ministère qui dirige les Ontariens sans médecin vers un

fournisseur de soins primaires qui accepte de nouveaux patients.

Les CSC ont indiqué que les personnes qui attendent d'être acceptées en tant que patients des soins primaires se rendent sans doute aux cliniques sans rendez-vous ou aux urgences des hôpitaux.

Nous avons constaté que les clients de cinq des huit CSC visités attendaient de recevoir des soins d'un membre de l'équipe de santé interdisciplinaire, comme un diététiste, un spécialiste des soins des pieds ou un physiothérapeute. Au moment de notre audit, ces CSC comptaient entre 25 et 83 clients en attente de soins interdisciplinaires, les temps d'attente allant de deux à cinq mois.

Nous avons également constaté que deux CSC avaient des listes d'attente pour certains de leurs programmes communautaires, comme des cours de cuisine, un groupe de soutien aux personnes souffrant d'anxiété et des programmes d'exercice et de prévention des chutes. Dans un CSC, 90 personnes étaient inscrites sur la liste d'attente pour un programme d'exercice et de prévention des chutes.

4.2.2 Les CSC n'assurent pas tous la permanence des services de garde

Aux termes de l'entente de responsabilisation conclue avec les RLISS, les CSC doivent assurer et promouvoir activement la permanence des services de médecins de garde pour leurs clients des soins primaires. De même, le Groupe de planification en matière de soins primaires a recommandé que les fournisseurs de soins primaires complets, y compris les CSC, aient la capacité de répondre en tout temps aux problèmes de santé des patients.

Le document sur les exigences que l'Association fournit à tous les CSC indique que des services de garde doivent être offerts aux clients des soins primaires pour la prestation de conseils et de renseignements, l'autoadministration des soins, la prise de rendez-vous et l'aiguillage vers les services communautaires et les urgences des hôpitaux, le cas échéant. Le document propose plusieurs façons

d'assurer la permanence des services de garde et souligne que les services peuvent être offerts par deux CSC ou plus, assurés en collaboration avec d'autres organismes de soins primaires, ou confiés en sous-traitance à un autre organisme ou médecin des soins primaires.

Si les CSC n'assurent pas la permanence des services de garde, il se peut que les patients doivent se rendre au service des urgences d'un hôpital pour recevoir des conseils médicaux ou de l'aide après les heures, ce qui est une option plus coûteuse et peut-être injustifiée pour le niveau de soins dont ils ont besoin.

Durant notre audit, nous avons constaté que deux des huit CSC visités n'assurent pas la permanence des services de garde. Bien que les CSC puissent être exemptés de cette exigence avec le consentement écrit de leur RLISS, l'un d'eux n'a pas obtenu d'exemption, et son RLISS n'était pas au courant.

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

RÉPONSE DES RLISS

Les RLISS reconnaissent la nécessité de faire en sorte que les Ontariennes et Ontariens aient un accès rapide et équitable à des soins de qualité offerts avec les ressources disponibles, ce qui comprend un accès équitable aux services d'un CSC. Ceux-ci offrent de multiples services, mais certains ne répondent pas aux besoins. Les RLISS appuient l'idée de recueillir et d'examiner

les renseignements sur la liste d'attente pour les soins primaires et les autres programmes importants des CSC.

Les RLISS détermineront quels CSC n'assurent pas la permanence des services de garde et travailleront avec ceux-ci pour s'assurer qu'ils satisfont aux exigences du programme.

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

Les CSC emploient de nombreux professionnels – médecins, personnel infirmier praticien, diététistes, promoteurs de la santé, travailleurs sociaux et bien d'autres – qui servent les clients des CSC ayant des besoins différents en soins de santé. Un modèle de dotation permettant de déterminer le bon nombre et la meilleure combinaison de fournisseurs peut accroître l'efficacité et l'efficacité des équipes interprofessionnelles et améliorer l'accès des clients à leurs services. Nous avons constaté que ni le Ministère ni les RLISS ne définissaient le nombre minimal de professionnels à inclure dans chaque CSC, ni les services minimaux que les équipes interprofessionnelles doivent offrir aux clients. La définition de ces normes minimales pourrait permettre aux clients des CSC de toute la province de jouir d'un accès plus équitable aux services des centres, en plus d'aider les CSC à mieux planifier leurs effectifs.

Les services de base à offrir n'ont pas été définis

En Ontario, ni les RLISS ni le Ministère ne fournissent de directives sur un ensemble minimal de services interdisciplinaires. L'examen stratégique du programme des centres de santé communautaires commandé par le Ministère en mai 2001 et le rapport présenté par le Groupe de planification en matière de soins primaires en décembre 2011 recommandaient tous deux que les équipes interprofessionnelles des CSC fournissent un ensemble complet de services semblables à ceux inscrits sur la liste publiée en 1996 par le Comité

coordonnateur provincial des relations entre les collectivités et les centres hospitaliers universitaires (un comité nommé par le Ministère). La **figure 7** décrit les services recommandés par le comité.

Le Ministère a donné son appui au secteur des CSC pour recenser cinq composantes de service et compiler une liste d'exemples de services dans ces cinq composantes, comme l'indique la **figure 8**. Toutefois, cette liste ne précise pas les services minimaux que tous les CSC doivent offrir.

Comme l'entente de service entre les RLISS et les CSC ne contient pas de liste minimale, les services offerts par les divers CSC varient considérablement. En particulier, nous avons constaté que plusieurs CSC ne pouvaient pas fournir le niveau de soutien requis dans leur organisation pour leurs patients qui ont besoin de services de physiothérapie et de santé mentale. Même si ces CSC peuvent toujours

les aiguiller vers d'autres organismes de soins de santé, ces patients sont désavantagés par rapport à ceux d'autres CSC qui ont accès à ces services sous le même toit.

Plus de la moitié des CSC n'offraient pas de services de physiothérapie en 2016. Concernant les soins de santé mentale, environ 15 % des plaintes reçues au sujet des CSC par l'Ombudsman de l'Ontario au cours des trois dernières années avaient trait au soutien inadéquat offert aux clients des CSC atteints d'une maladie mentale. Selon l'Association, environ 6 % des clients des CSC ont une maladie mentale grave. Un représentant du secteur a souligné que les soins primaires ne peuvent pas être dissociés des services de santé mentale et de traitement des dépendances et que de nombreux patients ont des problèmes de santé mentale.

Figure 7 : Panier minimal de services en soins primaires complets, recommandé par le Comité coordonnateur provincial des relations entre les collectivités et les centres hospitaliers universitaires, 1996

Source des données : George Southey, M.D., FCMF, *Performance Measurement in Comprehensive Primary Care: Different Perspectives from Different Approaches* (27 mai 2012)

Point	Service	Description
1	Évaluation de la santé	<ul style="list-style-type: none"> détermination de l'état de santé actuel du patient et de ses problèmes de santé possibles par la collecte de renseignements sur son état physique et psychosocial et son mode de vie
2	Prévention de la maladie et promotion de la santé fondées sur des données cliniques	<ul style="list-style-type: none"> services de prévention clinique pour les patients et les familles, conformément à des lignes directrices fondées sur des données probantes, comme des examens périodiques de santé et des vaccins approche (plutôt qu'un ensemble précis de services) qui met l'accent sur les déterminants généraux de la santé, les causes sous-jacentes de la maladie et les facteurs influant sur la capacité de s'adapter, et qui examine l'ensemble de la population éducation et soutien, et possiblement développement communautaire, défense des intérêts et éducation
3	Interventions appropriées en cas de maladie aiguë et épisodique ou de blessures	<ul style="list-style-type: none"> en cas de maladie ou de blessure, accès en temps opportun aux services de soins primaires grâce à des conseils téléphoniques simples, à des contacts directs avec les patients ou à des aiguillages vers les soins secondaires et tertiaires suivi approprié
4	Soins génésiques primaires	<ul style="list-style-type: none"> counseling pour la régulation des naissances et la planification familiale, l'éducation, le dépistage et le traitement des maladies transmissibles sexuellement, les soins prénataux et postnataux, ainsi que le travail et l'accouchement en l'absence de soins maternels complets à l'interne, relation avec l'organisme qui fournit des services

Point	Service	Description
5	Détection précoce et traitement initial et continu des maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none"> gamme de services, y compris les soins de longue durée, la surveillance pour prévenir et traiter les poussées, l'éducation continue pour les patients et leurs familles, et le suivi à intervalles appropriés connaissance des services communautaires
6	Soins pour la majorité des maladies (avec des spécialistes au besoin)	<ul style="list-style-type: none"> soins complets répondant à tous les besoins en soins médicaux primaires, c.-à-d. pour l'ensemble des problèmes de santé et des maladies
7	Éducation et soutien pour l'autogestion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> encouragement d'une plus grande autonomie, soins autoadministrés et aide mutuelle, par l'éducation en matière de santé, le counseling, les liens vers les ressources communautaires, l'accès à des services téléphoniques d'information sur la santé, de conseils et de triage
8	Soutien pour les soins hospitaliers, les soins à domicile et les soins en établissement de longue durée	<ul style="list-style-type: none"> dans certaines collectivités, les omnipraticiens et les médecins de famille assurent ou coordonnent et surveillent les soins hospitaliers à tout le moins, participation à la planification des soins avant et après l'hospitalisation, y compris la mise en contact des patients qui sortent de l'hôpital avec les soins à domicile et d'autres services communautaires soutien aux soins et aux traitements à domicile et en établissement de soins de longue durée liens avec les programmes de soins et de traitement à domicile, aiguillages appropriés, liaison et consultation avec des coordonnateurs et des fournisseurs de soins à domicile
9	Dispositions pour répondre aux besoins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7	<ul style="list-style-type: none"> capacité de répondre aux problèmes de santé des patients 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 intervention directe au lieu d'utiliser un répondeur automatique ou de donner pour instruction au patient de se rendre aux urgences
10	Coordination des services et aiguillage	<ul style="list-style-type: none"> coordination des soins communautaires, secondaires et tertiaires
11	Tenue d'un dossier médical complet	<ul style="list-style-type: none"> gestion de l'information sur les clients afin de faciliter la coordination et l'aiguillage
12	Défense des droits	<ul style="list-style-type: none"> soutien, aiguillage et liaison pour les patients qui savent de quoi ils ont besoin, mais qui sont incapables d'organiser des secours écoute active, accompagnement si nécessaire, rédaction de lettres, appels téléphoniques, représentation des patients et organisation de conférences de cas
13	Soins de santé mentale primaires, y compris des services de counseling psychosocial	<ul style="list-style-type: none"> reconnaissance des problèmes affectifs et psychiatriques, planification complète de la gestion, sensibilisation aux ressources dans la collectivité, reconnaissance du moment où aiguiller les patients vers d'autres fournisseurs de services de santé mentale ou du moment de collaborer avec eux
14	Coordination et accès à la réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> ententes pour des soins de réadaptation appropriés aiguillage des patients vers des thérapeutes en réadaptation, participation à la planification et au suivi des traitements, éducation et défense des droits, « carte de soins » menant à un retour au fonctionnement, aux études ou au travail
15	Soutien des malades en phase terminale	<ul style="list-style-type: none"> visites à domicile et capacité d'intervention 24 heures sur 24 au besoin pour les soins et les conseils coordination des soins médicaux avec les services de soins à domicile et d'autres organismes communautaires dispositions en vue de l'accès en temps opportun aux soins hospitaliers et d'une mise en congé appropriée

Figure 8 : Secteurs de service et exemples de services offerts par les centres de santé communautaires

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

Secteurs de service	Exemples de services compris dans les secteurs de services
(1) Soins primaires (2) Prévention des maladies	<ul style="list-style-type: none"> laboratoire clinique imagerie diagnostique laboratoires de cardiologie non effractive clinique générale clinique de thérapie (soins généraux, soins des pieds, naturopathie, consultation en pharmacie, nutrition, physiothérapie, ergothérapie, counseling, orthophonie et audiologie, massothérapie) clinique de santé bucco-dentaire clinique de maladies chroniques (soins généraux, diabète, asthme, hépatite C ou VIH/sida)
(3) Promotion de la santé (4) Renforcement des capacités communautaires	<ul style="list-style-type: none"> engagement communautaire éducation sur les maladies chroniques, sensibilisation et prévention (soins généraux, diabète, asthme/maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), hépatite C ou VIH/sida) stratégie sur le diabète – centre régional de coordination santé et bien-être personnels – mieux-être mental, promotion de la santé, pratiques personnelles en matière de santé et capacité d'adaptation santé bucco-dentaire développement sain de l'enfant (soins prénataux, bébés bien portants, santé en milieu scolaire, conseils parentaux, planification familiale et bien-être des familles) développement des jeunes (santé sexuelle, toxicomanie, éducation, préparation à l'emploi, développement des aptitudes sociales des jeunes) prévention des blessures ateliers sur les habitudes de vie saine acquisition des compétences essentielles santé sexuelle gestion du stress exercice programmes adaptés sur le plan culturel prévention de la violence gestion de la colère réduction des méfaits échange d'aiguilles abandon du tabagisme services de soutien à la clientèle (accueil en cas de crise, prévention et gestion, information et aiguillage vers des organismes externes, prise en charge individuelle, gestion de cas, logement stable, itinérance, disponibilité alimentaire, accès à l'emploi, justice communautaire, programme de résolution de conflits et de soutien social, cliniques d'identification, banques d'alimentation et de mobilier, information et éducation sur les ressources communautaires et accès à ces ressources)
(5) Intégration des services	<ul style="list-style-type: none"> politiques d'infrastructure du système de santé planification stratégique mise en commun des connaissances du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, des réseaux locaux d'intégration des services de santé et des organismes individuels initiatives liées aux maillons santé (pour optimiser la coordination des services entre les fournisseurs de soins de santé et améliorer la qualité des soins aux patients ayant des besoins importants) recherche officielle (activités axées sur l'acquisition de connaissances scientifiques, la création de connaissances et d'éléments probants pour éclairer et appuyer le plan stratégique, les programmes et les services du centre de santé communautaire en lien avec l'évaluation des programmes, l'amélioration de la qualité, la promotion de la capacité de recherche auprès de plusieurs intervenants afin de mettre en place, de promouvoir et d'appuyer des mécanismes efficaces de transfert des connaissances et d'échange entre les chercheurs, les décideurs, les fournisseurs de services, les utilisateurs des services et les membres de la collectivité)

Nous avons constaté lors de notre audit que les huit CSC visités avaient formé des partenariats avec d'autres fournisseurs de services de santé mentale, comme les hôpitaux et les organismes communautaires, pour aider les clients atteints de maladie mentale. Or, la moitié de ces CSC ont indiqué qu'ils avaient du mal à répondre aux besoins en santé mentale de leurs clients. L'un d'eux a ajouté qu'il n'arrivait pas à trouver des cliniciens possédant les connaissances préalables nécessaires pour prescrire des médicaments aux personnes souffrant d'une maladie mentale. Il se peut donc que certains clients de ces CSC en quête de services de santé mentale se tournent vers les hôpitaux, où les soins sont plus coûteux.

La combinaison de professionnels n'a pas été définie

Les CSC de l'Ontario emploient entre 4 et 17 types de fournisseurs de soins de santé, pour une moyenne de 10 types. La **figure 9** montre les différents types de professionnels de la santé qui travaillent dans les CSC et le pourcentage de CSC qui emploient ces professionnels.

Ni le Ministère ni les RLIS ne définissent la composition des équipes interprofessionnelles des CSC qui permettrait d'offrir un ensemble de services de base. Nous reconnaissons que les CSC devraient avoir la souplesse nécessaire pour embaucher les professionnels qui aideraient à répondre aux besoins de la collectivité locale, mais sans effectif minimal défini, les clients des CSC de certaines collectivités pourraient avoir du mal à accéder aux services d'un groupe de professionnels de base, comme les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux et les diététistes. Dans notre audit des CSC de l'an 2000, nous avons recommandé au Ministère d'élaborer des lignes directrices pour aider les CSC à déterminer les combinaisons rentables de personnel soignant.

En 2011, le Groupe de planification en matière de soins primaires a recommandé au Ministère d'élaborer un mécanisme officiel

Figure 9 : Types de personnel des centres de santé communautaires fournissant des soins et des services directs aux clients, 2016

Source des données : Association des centres de santé de l'Ontario

Poste ¹	Nombre de CSC ²	% des CSC
Personnel infirmier praticien	74	100
Médecins	73	99
Diététistes/nutritionnistes	69	93
Personnel infirmier autorisé	68	92
Travailleurs sociaux	68	92
Autres employés ³	60	81
Promoteurs de la santé	59	80
Personnel infirmier auxiliaire autorisé	49	66
Travailleurs du développement communautaire	45	61
Podologues ⁴	35	47
Physiothérapeutes	32	43
Counseillers	28	38
Travailleurs externes	25	34
Ergothérapeutes	15	20
Pharmaciens	12	16
Personnel dentaire	11	15
Psychiatres	10	14
Techniciens de laboratoire	8	11
Chiropraticiens	6	8
Travailleurs en établissement	5	7
Adjoints au médecin	4	5
Psychologues	4	5
Guérisseurs traditionnels	4	5

1. Comprend les postes financés par des sources autres que les réseaux locaux d'intégration des services de santé; exclut le secrétariat médical, le personnel administratif et la direction.
2. Pour tous les CSC membres de l'Association des centres de santé de l'Ontario (un des CSC n'était pas membre).
3. Les autres membres du personnel peuvent inclure les travailleurs juridiques communautaires, les travailleurs en éducation de la petite enfance, les travailleurs de soutien aux parents et d'autres travailleurs du CSC qui interagissent directement avec les clients.
4. Spécialistes des soins des pieds.

de suivi et d'analyse des activités des équipes interprofessionnelles de soins de santé afin de mieux comprendre l'incidence qu'ils ont sur les soins primaires. Le Groupe souligne

que l'intégration de ces professionnels peut permettre d'améliorer la qualité, l'accessibilité, la responsabilisation et l'efficacité.

Nous avons constaté qu'au-delà de la saisie du nombre d'interactions entre les membres des équipes interprofessionnelles des CSC et leurs clients, le Ministère ne fait pas de suivi ni d'analyse des activités de ces professionnels, comme le recommande le Groupe de planification en matière de soins primaires.

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;
- 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.

RÉPONSE DES RLISS

Les RLISS reconnaissent le caractère unique des collectivités desservies par les CSC et de leurs besoins, ce qui signifie que le concept de services communautaires équitables n'équivaut pas à offrir les mêmes services partout. Avec le Ministère, les RLISS chercheront à déterminer la pertinence de définir un ensemble de services de base pour les CSC, y compris une équipe

interdisciplinaire de professionnels. Les RLISS appuient la planification des services de santé au niveau des sous-régions et maintiendront leur appui aux programmes des CSC adaptés aux besoins uniques de leurs patients.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère sait que les besoins des patients et des collectivités varient considérablement à l'échelle de la province, et que les CSC ont un rôle majeur à jouer dans la conception et la prestation des services et des programmes qui répondent à ces besoins diversifiés dans les cinq zones de services. Il importe de mener un examen attentif afin de savoir si la normalisation provinciale d'un ensemble de services de base à l'extérieur de ces cinq zones et qui serait ajoutée aux ententes de responsabilisation des RLISS avec les CSC serait avantageuse ou nuisible au travail exécuté par les CSC pour adapter leurs services en fonction des besoins des patients, de la collectivité et de la population. Le Ministère collaborera avec les RLISS et les partenaires du secteur à l'évaluation des avantages relatifs de cette approche.

Le Ministère reconnaît qu'il existe un manque de données sur la gamme de services offerts par les CSC et s'efforce de corriger ces lacunes. Le type d'équipes interdisciplinaires de professionnels de la santé dans les CSC tient compte des besoins divers des patients et des collectivités qu'ils desservent. Encore une fois, le Ministère collaborera avec les RLISS et les partenaires du secteur pour évaluer les avantages relatifs de la pertinence pour un CSC de faire appel à un personnel interdisciplinaire de base. Cette évaluation se fera lors du cycle normal de renouvellement des ententes de responsabilisation entre le Ministère, les RLISS et les CSC.

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

L'Association recueille et analyse les données provenant du système de dossiers médicaux électroniques de chaque CSC afin de produire des rapports d'information. Toutefois, le Ministère n'a pas accès à cette information, car il n'a pas conclu d'entente de partage de données avec les CSC. Cette question a été soulevée dans notre *Rapport annuel de 2000*, mais le problème n'avait pas été résolu lorsque nous avons effectué un suivi auprès du Ministère en 2002, et il ne l'était toujours pas au moment de notre audit.

Les CSC et les services de soins primaires en général ne disposent pas de données pour mesurer leur incidence sur la santé de leurs clients. Qualité des services de santé Ontario, le conseiller en matière de qualité des soins de santé de la province, a été chargé en 2011 d'élaborer de meilleures mesures de rendement pour les soins primaires. Ces travaux étaient toujours en cours au moment de notre audit.

Nous avons également constaté que le Ministère et les RLISS ne recueillent pas de renseignements utiles auprès des CSC pour déterminer s'ils ont contribué à améliorer la santé de leurs clients. Par conséquent, le Ministère et les RLISS ne peuvent pas déterminer si les patients reçoivent des services de qualité à moindre coût, ni si le Ministère devrait faire des investissements additionnels dans les CSC.

Nous examinons ces questions en détail dans les sous-sections qui suivent.

4.4.1 Les CSC utilisent différents systèmes de dossiers médicaux électroniques

Au moment de notre audit, les 75 CSC de la province n'utilisaient pas le même système de dossiers médicaux électroniques pour consigner les détails et les données sur leurs interactions avec les patients. Au total, cinq systèmes étaient utilisés, la majorité des CSC utilisant un système commun. Dans notre audit de 2016 sur l'état de la

mise en œuvre des dossiers de santé électroniques, nous avons constaté que le Ministère n'exigeait pas que tous les médecins exerçant en milieu communautaire utilisent des logiciels standards de dossiers médicaux électroniques, et que ceux souhaitant gérer électroniquement l'information sur la santé de leurs patients pouvaient utiliser le logiciel de leur choix. Par conséquent, bien que l'Association agrège les données sur les clients et les fournisseurs de soins des CSC pour produire de l'information sectorielle sur les caractéristiques sociodémographiques (comme le niveau de revenu, l'âge et l'état d'assuré) et sur les fournisseurs de soins de santé employés par les CSC (comme le nombre de médecins, de diététistes ou de travailleurs sociaux et le nombre de clients servis), elle ne peut pas le faire pour trois CSC, car deux d'entre eux n'utilisent pas un système de dossiers médicaux électroniques compatible avec le système de l'Association. L'autre CSC n'est pas membre de l'Association.

Le système le plus couramment utilisé a été vendu à un autre fournisseur en septembre 2016, et une transition vers le système du nouveau fournisseur était en cours au moment de notre audit. L'Association estime qu'il serait avantageux que tous les CSC utilisent ce nouveau système (par exemple, pour uniformiser les rapports), mais elle ne peut pas les obliger à l'utiliser, car chaque CSC est géré par son propre conseil d'administration et n'a pas de comptes à rendre à l'Association. Au moment de notre audit, l'Association ne savait pas combien de CSC adopteraient le nouveau système. L'un des huit CSC visités était indécis, mais penchait en faveur d'un autre système utilisé par d'autres médecins locaux; un autre avait décidé qu'il ne passerait pas au nouveau système. Ni le Ministère ni les RLISS n'ont essayé de promouvoir l'utilisation de systèmes compatibles avec le système courant pour faciliter la collecte et l'analyse des données sectorielles.

4.4.2 Le Ministère et les RLISS continuent d'avoir un aperçu limité des données et de l'analyse du secteur des CSC

Entre 2011-2012 et 2016-2017, le Ministère a versé environ 24 millions de dollars à l'Association pour l'acquisition et la mise en œuvre des systèmes de dossiers médicaux électroniques dans les CSC. Grâce à ce financement, l'Association a recueilli et analysé les données cliniques des CSC qui utilisent un système compatible et fournir des renseignements cliniques anonymisés sommaires aux centres. À leur tour, les CSC ont pu examiner leurs propres données et celles des autres CSC afin de comparer les statistiques concernant, par exemple, le nombre d'interactions avec les clients, les caractéristiques démographiques de ces derniers et les diagnostics.

Malgré cet investissement, le Ministère ne peut pas accéder systématiquement aux données sur les clients et les services des CSC tenues par l'Association, et il doit présenter une demande expresse à cette fin. Cette information est importante, car le Ministère ne dispose pas autrement de renseignements sur les services fournis par les CSC. Contrairement aux autres modèles de soins primaires, les médecins et les autres cliniciens des CSC ne facturent pas le Régime d'assurance-santé de l'Ontario, qui fournit des données sur chaque service rendu.

Dans notre audit des CSC de 2000, nous avons recommandé au Ministère d'accélérer la résolution des problèmes d'accès à l'information. Dans notre rapport de suivi de 2002, le Ministère nous a informés que son entente de partage des données avec les CSC serait finalisée en juin 2002. Il a indiqué qu'en 2002, il avait conclu une entente pour utiliser le système d'information de gestion de l'Association, mais que ce système avait été mis hors service depuis. Au moment de notre audit, le Ministère n'avait toujours pas réglé les problèmes d'accès aux données. Il nous a informés qu'il attendait qu'une base de données commune contenant des données sectorielles soit mise en

place avant de finaliser l'entente de partage des données. Nous avons toutefois constaté que cette base de données commune était en place depuis 2008 et que presque tous les CSC l'utilisaient. Au moment de notre audit, le Ministère était en train de mettre en œuvre une entente de partage de données avec les CSC. Les RLISS ne sont pas parties à cette entente, ce qui limite leur capacité de superviser efficacement les CSC, comme nous l'expliquons dans la **section 4.5**.

4.4.3 On ne sait pas si les CSC sont efficaces

Les CSC ne recueillent pas de données pour mesurer les résultats du programme

Les renseignements que le Ministère ou les RLISS recueillent auprès des CSC ne permettent pas d'évaluer si les CSC ont contribué à améliorer la santé de leurs clients. Par conséquent, le Ministère et les RLISS ne peuvent pas déterminer si les patients reçoivent des services de qualité à moindre coût, ni si le Ministère devrait faire des investissements additionnels dans les CSC.

Même si les CSC communiquent aux RLISS les renseignements exigés par l'entente de responsabilisation, comme le nombre de patients ayant subi des tests de dépistage du cancer, le nombre d'équivalents temps plein, le nombre de personnes servies et le nombre d'interactions avec les fournisseurs de services, ces indicateurs mesurent surtout les extraits des CSC. Les RLISS n'obligent pas les CSC à suivre les indicateurs fondés sur les résultats, comme la réduction de l'isolement social (qui peut être mesurée au moyen de sondages auprès des clients) et le nombre de jours d'hospitalisation des clients des CSC. De tels indicateurs permettraient aux RLISS de mesurer l'incidence des soins fournis par l'équipe sur la santé des clients. Même si Qualité des services de santé Ontario recueille certains renseignements sur les résultats des CSC, ceux-ci ne communiquent pas tous cette information (cette question est examinée dans la **section 4.5.2**). (Qualité des services de

santé Ontario est le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé. Il a pour mission de surveiller le rendement du système de santé et de présenter des rapports à cet égard, d'offrir des conseils sur d'importants enjeux de qualité, et d'évaluer les données probantes afin de déterminer ce qui constitue des soins optimaux.) Certains CSC que nous avons visités lors de l'audit ont affirmé qu'il leur est difficile de recueillir de l'information pour évaluer les résultats des patients, car ils ne peuvent facilement avoir accès aux données des hôpitaux et d'autres fournisseurs de soins primaires, en raison de préoccupations liées à la protection des renseignements personnels.

Le cadre de mesure du rendement des soins primaires n'a pas encore été mis en œuvre

En 2014, pour donner suite à une recommandation du Groupe de planification en matière de soins primaires, Qualité des services de santé Ontario a élaboré le cadre de mesure du rendement des soins primaires. Le cadre recense neuf domaines, 112 mesures au niveau de la pratique et 179 mesures au niveau du système (à l'échelle communautaire, régionale et provinciale) pour évaluer le rendement dans le domaine des soins primaires. Par exemple, une mesure de l'efficacité est le nombre de patients asthmatiques dont les symptômes sont maîtrisés depuis quatre semaines. L'**annexe 5** présente le cadre et les neuf domaines qui correspondent aux caractéristiques d'un système de soins de santé très performant telles que définies par Qualité des services de santé de l'Ontario (accès, soins axés sur le patient, intégration, efficacité, approche axée sur la santé de la population, efficacité, sécurité, ressources appropriées et équité). (Le nombre de domaines a depuis été ramené de neuf à six, mais ces six domaines ont une étendue similaire.)

Dans son rapport, Qualité des services de santé Ontario fait observer que des données sont disponibles pour seulement 15 (13 %) des mesures recommandées au niveau de la pratique

et 73 (41 %) des mesures au niveau du système. Il souligne également la nécessité de mettre en place une infrastructure supplémentaire afin d'appuyer la collecte, l'analyse et la déclaration des données et de combler les lacunes.

Le Ministère nous a informés que ce cadre est une composante fondamentale des efforts déployés par la province pour recueillir des données et mesurer le rendement des fournisseurs de soins primaires, y compris les CSC, et qu'il avait établi un ordre de priorité pour les mesures et adopté un sous-ensemble de mesures recommandées, soit 18 des 112 mesures au niveau de la pratique et 12 des 179 mesures au niveau du système. Or, les données ne sont toujours pas disponibles pour toutes ces mesures et le Ministère n'a pas fixé d'échéance pour la mise en œuvre de toutes les mesures classées par ordre de priorité.

L'information disponible sur les programmes communautaires est limitée

Les CSC offrent des programmes communautaires – comme Passeport pour ma réussite (un programme national visant à améliorer les taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires dans les collectivités à faible revenu) et des programmes d'abandon du tabagisme, de loisirs à l'intention des aînés et de promotion d'une alimentation saine – à leurs clients. Ces programmes sont importants, car bon nombre sont liés aux facteurs sous-jacents qui influent sur la santé des gens (appelés déterminants sociaux de la santé, qui sont expliqués dans la **section 2.1**). Pour déterminer si les programmes communautaires ont eu une incidence positive sur les participants, la plupart des CSC mènent des sondages. Cela mis à part, les CSC trouvent difficile de mesurer l'efficacité des programmes communautaires. Certains CSC nous ont dit qu'il est difficile d'attribuer l'amélioration de la santé d'un client à leurs programmes communautaires. Les autres défis signalés incluaient ce qui suit :

- Les CSC ne tiennent pas systématiquement de données sur les clients qui participent

aux programmes communautaires, dont beaucoup n'accèdent pas à leurs soins primaires. Par conséquent, leurs données ne sont pas recueillies dans leur système de dossiers médicaux électroniques, qui n'est habituellement utilisé que pour les soins primaires. Certains CSC commencent à recueillir des données auprès des clients qui participent aux programmes communautaires, tandis que d'autres ajoutent des données sur les clients de leurs programmes communautaires à leur système de dossiers médicaux électroniques, mais, dans la plupart des cas, les données sur les programmes communautaires ne font pas l'objet d'un suivi électronique.

- Les CSC n'assurent pas un suivi systématique de l'information sur les programmes communautaires dans l'outil de production de rapports sur les initiatives communautaires. Cet outil, qui a été développé par l'Association au coût d'environ 100 000 \$, est conçu pour suivre les initiatives communautaires des CSC afin de faciliter le partage des connaissances et des pratiques exemplaires et l'évaluation des initiatives. Trois des huit CSC visités n'utilisent pas cet outil, l'un d'eux ayant opté pour son propre outil de suivi interne au motif que la saisie des données prendrait beaucoup de temps et que la valeur de l'outil de l'Association n'est pas évidente. Nous avons examiné les CSC à l'échelle de la province qui utilisent activement cet outil et avons constaté que le quart d'entre eux n'y entrent aucun renseignement.

Au moment de notre audit, l'Association travaillait sur de nouveaux indicateurs ou de nouvelles mesures qui permettront d'évaluer l'incidence des programmes et initiatives communautaires.

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;
- 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;
- 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;
- 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.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît qu'un accès amélioré aux données permettrait de mieux mesurer l'efficacité des CSC; à cette fin, il a entrepris des activités pour combler le manque de données et collabore avec le secteur des CSC afin de trouver des moyens de recueillir des données de ceux-ci, y compris les données enregistrées dans les dossiers médicaux électroniques.

Avant sa mise en œuvre, tout mécanisme de partage de données, comme les ententes sur le partage de données, nécessite un examen des exigences et des lois régissant la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements

personnels sur la santé. Le Ministère cherchera à finaliser une entente de partage de données avec les CSC. Le Ministère prévoit que cet examen et les premières étapes de mise en oeuvre seront réalisés à l'automne 2018. En outre, le Ministère examinera la question de l'accès aux données des CSC pour les RLISS; les travaux d'examen de cette possibilité commenceront l'année prochaine.

Dans le cadre du plan *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*, le ministère a travaillé avec l'organisme Qualité des services de santé Ontario afin d'améliorer les rapports sur le secteur des soins primaires dans le rapport *À la hauteur* publié par l'organisme, duquel provient le cadre de mesure du rendement des soins primaires ayant éclairé ce travail. Le Ministère poursuivra sur cette lancée, en collaboration avec des partenaires à l'établissement d'échéances pour l'évaluation des avantages d'avoir d'autres indicateurs de priorité et de mesures. Le Ministère reconnaît que toute échéance fixée doit être conforme aux exigences législatives et opérationnelles, comme les ententes en suspens sur la responsabilisation en matière de services multisectoriels, celles sur la responsabilisation conclues entre le Ministère et les RLISS ainsi que celles sur les services de médecin.

Dans leurs ententes sur la responsabilisation en matière de services multisectoriels avec leurs RLISS respectifs, les CSC sont tenus d'inclure une variété de données et des documents d'appui à leur présentation budgétaire, y compris le nombre de clients actifs enregistrés, la quantité des services dispensés par type de fournisseur de soins de santé, les grandes questions de santé et les populations prioritaires dont il s'occupe, les grandes réalisations, les plans stratégiques et les objectifs organisationnels. Le Ministère travaillera avec les RLISS à l'élaboration de pratiques opérationnelles pour établir des liens entre ces activités et les mesures du rendement,

de façon à faciliter la gestion du rendement dans le secteur des CSC. Le Ministère collaborera également avec les RLISS et les CSC au sein des structures actuelles de responsabilisation pour passer en revue les mesures de rendement actuelles et envisager des mesures différentes ou additionnelles, le cas échéant. Enfin, si des mesures différentes ou additionnelles sont nécessaires, il fixera des échéances pour la collecte d'information à leur sujet.

RÉPONSE DES RLISS

Les RLISS appuient cette recommandation et encouragent l'Association des centres de santé de l'Ontario à poursuivre l'élaboration et la mise en oeuvre de son outil de veille stratégique. Les RLISS poursuivront leur collaboration avec les CSC pour renforcer la mesure des résultats des clients et perfectionner les instruments de responsabilisation afin d'atteindre un rendement optimal.

4.5 La surveillance des centres de santé communautaires est limitée

Au lieu d'effectuer des visites officielles sur place dans les CSC, le Ministère et les RLISS s'appuient plutôt sur le processus d'agrément (une évaluation par un organisme d'agrément indépendant et qualifié) et sur les plans d'amélioration de la qualité (documents préparés par les CSC qui comprennent les résultats des sondages auprès des patients) pour surveiller l'efficacité et la qualité des services des CSC.

Nous avons constaté que les RLISS n'exigent pas que tous les CSC soient agréés. Nous avons également constaté que la plupart des RLISS n'examinent pas les résultats de l'agrément et ne vérifient pas si les CSC sont agréés.

De plus, même si tous les CSC doivent préparer un plan annuel d'amélioration de la qualité aux fins d'assurance de la qualité, ils choisissent leurs propres indicateurs de rendement, de sorte que

l'on trouve près de 100 indicateurs de rendement uniques dans l'ensemble des plans des CSC, ce qui rend la comparaison quasi impossible. En outre, les CSC ne travaillent pas à des cibles communes, mais fixent eux-mêmes les objectifs. Nous avons également constaté que les CSC ne déclarent pas tous les données sur les quatre indicateurs communs (les CSC sont tenus de déclarer trois de ces quatre indicateurs aux termes de leur entente de responsabilisation avec les RLISS).

Nous examinons ces questions en détail dans les sous-sections qui suivent.

4.5.1 L'agrément est encouragé, mais ne fait pas l'objet d'un suivi, et les problèmes ne sont pas signalés aux RLISS

Les RLISS n'exigent pas que les CSC soient agréés. Selon les lignes directrices à l'intention des centres de santé communautaires publiées en novembre 2013 [traduction] « on s'attend à ce que tous les CSC s'engagent à participer à un processus d'agrément ».

L'agrément donne un aperçu externe des activités d'une organisation par rapport aux normes acceptées de bonne pratique et de gestion des risques. Durant le processus d'agrément d'un CSC, des représentants d'un organisme d'agrément externe (les organismes de soins de santé de l'Ontario font couramment appel à plusieurs organismes de ce genre) effectuent un audit sur place pour s'assurer que le CSC respecte les normes. Ces normes touchent notamment la gouvernance, la planification organisationnelle et le rendement, le risque et la sécurité, ainsi que les programmes et services. Les CSC qui obtiennent l'agrément utilisent leur budget de fonctionnement pour payer l'audit. L'agrément est habituellement renouvelé tous les quatre ans.

L'agrément peut donner aux RLISS l'assurance que le financement accordé aux CSC a été affecté à des services conformes aux normes et que les patients reçoivent des soins sûrs et de qualité. Nous avons relevé les préoccupations suivantes concernant l'agrément des CSC.

- Un seul des quatre RLISS visités exige que les CSC indiquent s'ils sont agréés. Les autres RLISS ne savaient pas si les CSC de leur région étaient agréés.
- Deux des huit CSC visités ne sont pas agréés, mais s'attendent à l'être au cours des prochaines années.
- Les RLISS n'obligent pas les CSC à soumettre le rapport d'examen d'agrément ni à signaler tout problème soulevé pendant le processus d'agrément. Par conséquent, les RLISS ne peuvent pas profiter de l'occasion pour cerner les problèmes systémiques et encourager les CSC à les corriger.
- La formation en gouvernance des conseils d'administration communautaires des CSC aide les membres des conseils qui ne possèdent pas d'expérience en administration ou en gouvernance et appuie le volet gouvernance du processus d'agrément. Seulement deux des quatre RLISS visités offrent une formation en gouvernance aux fournisseurs de services de santé de leur région, y compris les CSC.

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

RÉPONSE DES RLISS

Les RLISS soutiennent pleinement la priorité visant l'amélioration de la qualité des services de santé et reconnaissent que le processus volontaire d'agrément fait partie des nombreux outils disponibles pour effectuer une analyse comparative du rendement et appuyer l'amélioration de la qualité. Les RLISS sont déterminés à élaborer un système de santé local fondé sur des soins de grande qualité axés sur les clients, et ils continueront à travailler avec tous les fournisseurs de services de santé, y compris les CSC, pour assurer la mise en place de mécanismes d'assurance de la qualité.

Les RLISS chercheront à offrir la formation disponible sur la gouvernance aux CSC, en mettant à profit les efforts en cours de certains RLISS.

4.5.2 Les résultats du processus d'amélioration de la qualité ne sont pas évalués afin de détecter les problèmes systémiques

Les CSC ont commencé à soumettre des plans d'amélioration de la qualité en 2013-2014

Les plans d'amélioration de la qualité sont des documents qui comprennent les résultats des indicateurs de rendement, les commentaires sur ces résultats et les engagements en matière de qualité pris par un organisme de soins de santé. En vertu de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*, Qualité des services de santé Ontario reçoit les plans d'amélioration de la qualité des hôpitaux, aux fins d'assurance de la qualité. Qualité des services de santé Ontario reçoit également les Plans d'amélioration de la qualité de certains fournisseurs de services de santé, qui sont tenus de fournir ces plans aux termes de leur contrat avec le Ministère ou un RLISS. C'est en 2013-2014 que les CSC ont été tenus pour la première fois de soumettre des plans d'amélioration de la qualité à Qualité des

services de santé Ontario, comme l'indique l'entente de responsabilisation entre les CSC et les RLISS.

Les CSC déclarent des indicateurs de rendement liés à certains enjeux comme l'accès, l'expérience des patients, les taux de dépistage du cancer, le pourcentage de clients qui peuvent consulter un médecin ou un membre du personnel infirmier praticien le jour même ou le lendemain, et le pourcentage de clientes admissibles qui subissent des tests de dépistage du cancer du sein dans les délais.

Chaque année, après avoir reçu les plans d'amélioration de la qualité, Qualité des services de santé Ontario compile les résultats et présente un rapport sommaire au Ministère.

Les ministères et les RLISS n'examinent pas les résultats du plan d'amélioration de la qualité pour déterminer la qualité des soins fournis par les CSC.

Lors de notre dernier audit des CSC en 2000, nous avons recommandé au Ministère d'examiner régulièrement les CSC pour s'assurer que ceux-ci examinent la qualité de leurs soins. Dans le cadre du présent audit, le Ministère nous a indiqué qu'il avait examiné un rapport sommaire sur la qualité des soins fournis par les CSC, que Qualité des services de santé Ontario prépare en se fondant sur les plans d'amélioration de la qualité soumis par les CSC. Le Ministère nous a dit qu'il utiliserait le rapport pour déterminer les améliorations et les investissements supplémentaires possibles dans les CSC.

Nous avons cependant constaté que ce rapport sommaire regroupe des renseignements sur toutes les organisations de soins primaires qui fournissent un plan d'amélioration de la qualité, y compris les équipes de santé familiale, les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, les cliniques dirigées par le personnel infirmier praticien et les CSC; le Ministère ne peut donc pas utiliser ce rapport sommaire pour évaluer le rendement des CSC. Autrement dit, le Ministère ne rend pas compte au public du rendement des CSC.

Nous avons également constaté que le Ministère n'examine pas en détail les plans d'amélioration de la qualité individuels afin de cerner les problèmes de qualité dans certains CSC ou d'effectuer un suivi auprès des CSC sur ces résultats annuels afin de s'assurer que les lacunes sont comblées. Les examens et les suivis réalisés par les RLISS visités n'étaient pas uniformes.

Nous avons examiné tous les plans d'amélioration de la qualité des CSC de 2016-2017 et avons constaté ce qui suit.

- Les CSC présentent des rapports sur près de 100 indicateurs uniques, dont seulement quatre sont communs à tous les CSC. Même si le grand nombre d'indicateurs peut être attribué aux différences entre les CSC et favoriser l'élaboration de nouveaux indicateurs communs, ce manque de points communs rend difficiles les comparaisons entre les CSC et la définition de points de référence.
- Nous avons examiné les résultats de 2016 pour les quatre indicateurs communs et avons constaté que les CSC ne présentent pas tous des renseignements complets et que ceux qui le font devaient améliorer leur rendement. La **figure 10** montre les résultats de 2016-2017 pour ces indicateurs.
- Seulement 4 des quelque 100 indicateurs mesurent les résultats pour les patients. Seulement environ la moitié des CSC ont déclaré des données pour deux de ces indicateurs, et peu d'entre eux ont atteint leurs objectifs de rendement. Un seul CSC a présenté des rapports sur les deux autres indicateurs. Qualité des services de santé Ontario nous a dit que ces indicateurs sont optionnels, ou utilisés seulement par certains CSC. La **figure 11** montre les résultats de 2016-2017 pour ces indicateurs.
- Les objectifs de rendement sont fixés par les CSC eux-mêmes, à moins que les indicateurs ne soient précisés dans leur entente de responsabilisation avec le RLISS, auquel cas la

cible établie par le RLISS est utilisée. Certains CSC peuvent établir une norme de rendement élevée, tandis que d'autres fixent une norme beaucoup moins élevée. Par exemple, dans le cas de l'indicateur qui mesure le pourcentage de patients qui ont vu leur fournisseur de soins primaires pour certaines affections dans les sept jours suivant leur sortie de l'hôpital, un CSC a fixé la cible à 95 % tandis qu'un autre l'a établie à 5 %. De même, dans le cas de l'indicateur qui mesure le pourcentage de patients qui ont visité le service des urgences pour des affections mieux gérées ailleurs, un CSC s'est fixé un objectif élevé de 0 %, contre 55 % dans un autre.

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;
- réduire le nombre d'indicateurs de rendement dont les CSC doivent rendre compte dans leurs plans d'amélioration de la qualité;
- établir des objectifs de rendement communs pour tous les CSC.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

De concert avec Qualité des services de santé Ontario et les RLISS, le Ministère oblige désormais les modèles de soins primaires axés sur les équipes, y compris les CSC, à remettre à Qualité des services de santé Ontario un Plan annuel d'amélioration de la qualité dans le but d'intégrer l'amélioration de la qualité à la culture des organisations de soins primaires.

Figure 10 : Résultats de quatre indicateurs courants déclarés par les centres de santé communautaires (CSC) dans les plans d'amélioration de la qualité, 2016-2017

Source des données : Qualité des services de santé Ontario

Indicateur	Nombre de CSC déclarant les résultats de l'indicateur ¹	Fourchette d'objectifs de rendement (%) ²	% des CSC		Niveau de rendement (%)	
			Objectif atteint	Objectif non atteint	Plus haut niveau de rendement atteint	Plus faible niveau de rendement atteint
% de patients qui ont déclaré que le médecin ou le membre du personnel infirmier praticien qu'ils consultent ou un autre employé du bureau passent toujours ou souvent assez de temps avec eux	73	70-100	45	45	100	76
% de patients/clients qui ont vu leur fournisseur de soins primaires dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital pour certaines affections (selon le GMA3)	74	5-95	30	31	100	5
% de répondants qui ont répondu oui à la question « lorsque vous consultez votre médecin ou un membre du personnel infirmier praticien, cette personne ou un autre employé du bureau vous donnent-ils la chance de poser des questions au sujet du traitement recommandé? »	74	70-100	42	50	100	62
% de patients et de clients qui peuvent consulter un médecin ou le personnel infirmier praticien le jour même ou le lendemain, au besoin	73	37-97	25	61	95	23

1. Il y a 75 CSC au total.

2. Les objectifs de rendement sont fixés par les CSC eux-mêmes ou par leurs réseaux locaux d'intégration des services de santé. Ils sont exprimés en pourcentage, qui varie en fonction de l'indicateur et de chaque CSC.

3. GMA (groupes de maladies analogues) : patients hospitalisés pour une courte durée présentant des caractéristiques cliniques et d'utilisation des ressources similaires pour les sept troubles suivants : AVC, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, insuffisance cardiaque congestive, diabète, cardiopathie et maladies gastro-intestinales.

Figure 11 : Résultats de quatre indicateurs courants déclarés par les centres de santé communautaires (CSC) dans les plans d'amélioration de la qualité, 2016-2017

Source des données : Qualité des services de santé Ontario

Indicateur	Nombre de CSC déclarant les résultats de l'indicateur ¹	Fourchette d'objectifs de rendement (%) ²	% des CSC		Niveau de rendement (%)		
			Objectif atteint	Objectif non atteint	Exclus en raison de données incomplètes	Plus haut niveau de rendement atteint	Plus faible niveau de rendement atteint
% de patients/clients qui ont visité le service des urgences pour des affections mieux gérées ailleurs	41	0-55	32	44	24	3	55
% de patients admis dans un hôpital de soins actifs pour une affection faisant partie des GMA ³ précisés qui ont reçu leur congé et qui ont été réadmis dans un hôpital de soins actifs pour des soins non facultatifs dans les 30 jours suivant le congé	33	0-55	15	33	52	0	55
% de patients hospitalisés qui ont reçu leur congé et qui ont été réadmis dans un hôpital de soins actifs pour des soins non facultatifs dans les 30 jours suivant le congé	1	20 ⁴	100	0	0	3	3
% de clients diabétiques qui atteignent le taux cible de cholestérol LDL de <2,0, soit une réduction de 50 % par rapport au niveau de référence	1	90 ⁴	0	100	0	43	43

1. Il y a 75 CSC au total.

2. Les objectifs de rendement sont fixés par les CSC eux-mêmes ou par leurs réseaux locaux d'intégration des services de santé. Ils sont exprimés en pourcentage, qui varie en fonction de l'indicateur et de chaque CSC.

3. GMA (groupe de maladies analogues) : patients hospitalisés pour une courte durée présentant des caractéristiques cliniques et d'utilisation des ressources similaires pour les sept troubles suivants : AVC, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, insuffisance cardiaque congestive, diabète, cardiopathie et maladies gastro-intestinales.

4. L'objectif concerne le seul CSC qui a déclaré des résultats pour cet indicateur.

Le programme des plans d'amélioration de la qualité est géré par Qualité des services de santé Ontario, un organisme qui dispose de pouvoirs légaux pour conseiller le Ministère sur la qualité de la santé et promouvoir l'amélioration continue de la qualité afin d'apporter des changements majeurs et durables dans le but d'améliorer les soins de santé. Le Ministère collaborera avec Qualité des services de santé Ontario à l'amélioration de la rétroaction sur les problèmes systémiques fournies aux organisations interprofessionnelles de soins primaires, y compris les CSC.

Le Ministère reconnaît que les CSC peuvent choisir parmi plus de 100 indicateurs du rendement pour établir leur Plan d'amélioration de la qualité, mais 3 de ces indicateurs sont prioritaires pour les CSC. Cette approche vise à établir un équilibre entre la présence de normes communes d'amélioration de la qualité dans tous les CSC, et la possibilité pour les organisations d'intégrer des indicateurs personnalisés ou locaux qui s'inscrivent dans leurs priorités d'amélioration qu'ils souhaitent faire connaître au public. Avec Qualité des services de santé Ontario et les RLISS, le Ministère examinera la pertinence de simplifier davantage cette approche.

Le Ministère reconnaît que les CSC doivent répondre aux besoins en soins de santé primaires de leur collectivité respective, mais qu'il importe également d'établir des objectifs communs de rendement pour tous les CSC. À l'heure actuelle, les CSC doivent établir des objectifs correspondant à la taille de la clientèle, c'est-à-dire des objectifs qui définissent le nombre de clients des soins primaires à servir selon le profil de risque de la population desservie et l'effectif de fournisseurs de soins primaires (en d'autres mots, les médecins et le personnel infirmier praticien). Le Ministère poursuivra sa collaboration avec les RLISS et le secteur afin de définir d'autres objectifs communs de rendement pour tous les

CSC, lors du cycle normal de renouvellement des ententes de responsabilisation entre le Ministère, les RLISS et les CSC.

RÉPONSE DE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

Qualité des services de santé Ontario fournit de l'information aux CSC par le biais de sa série de webinaires, au cours desquels l'organisme fait état de l'analyse des Plans d'amélioration de la qualité du secteur des soins primaires fournis l'année précédente, ainsi que des domaines prioritaires pour les Plans de l'année suivante. Qualité des services de santé Ontario a également des webinaires ciblés portant sur des questions comme l'équité, les relations avec les patients ou d'autres sujets pertinents pour tous les secteurs, y compris les CSC. Enfin, il est possible pour toute personne (membre d'un CSC, du personnel du Ministère ou du public) d'avoir accès et de faire des recherches par organisation, secteur ou RLISS, dans les Plans d'amélioration de qualité et les renseignements qu'ils fournissent, pour trouver des renseignements pertinents sur la qualité dans n'importe quel secteur.

Comme le mentionnent les lignes directrices sur le Plan d'amélioration de la qualité, le Plan devrait traduire l'engagement de l'organisation à trouver un équilibre entre les priorités locales et provinciales. Même si Qualité des services de santé Ontario recommande des indicateurs prioritaires, on encourage les organisations à choisir des indicateurs en fonction de leur rendement actuel, des priorités provinciales, des initiatives régionales et de la rétroaction de leurs patients et fournisseurs. De même, on encourage les organisations à établir des objectifs en fonction de leur rendement actuel, en tenant compte de la disponibilité d'analyses comparatives et de leur capacité d'amélioration. Qualité des services de santé Ontario s'engage à poursuivre sa collaboration avec les CSC dans

le cadre de son examen annuel des indicateurs des Plans d'amélioration de la qualité afin de cerner les possibilités de simplifier et de mieux harmoniser les exigences visant les rapports.

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

Le financement de base annuel que les RLISS versent aux CSC se fonde généralement sur les niveaux antérieurs. Au cours des dernières années, le financement a été principalement lié au maintien en poste et au recrutement des professionnels de la santé qui travaillent dans les CSC. Aucun des RLISS visités n'a rajusté les niveaux de financement des CSC lorsque ceux-ci n'atteignaient pas ou dépassaient la patientèle cible (nombre de patients à servir, compte tenu du nombre de médecins et de membres du personnel infirmier praticien et de la complexité des patients dans la zone desservie par le CSC). Au 31 mars 2017, environ la moitié des CSC en étaient à moins de 80 % de leur patientèle cible, mais ces CSC recevaient toujours le même niveau de financement de base chaque année. De même, les RLISS n'ont pas augmenté le financement de base des CSC qui dépassaient leur patientèle cible.

L'arrivée de nouveaux immigrants dans les collectivités de l'Ontario peut accroître la charge de travail des CSC. Un certain nombre de CSC visités ont indiqué qu'ils avaient vu un afflux de nouveaux arrivants, particulièrement les réfugiés syriens, au cours des dernières années. Le Ministère et les RLISS s'attendent à ce que les CSC fournissent des soins primaires et des services communautaires à ces nouveaux arrivants. Or, les CSC n'ont reçu aucun financement de base supplémentaire pour les réfugiés syriens.

Un des CSC visités nous a dit qu'il avait fait face à l'augmentation de la demande en engageant un médecin à forfait grâce aux fonds excédentaires découlant de son incapacité à embaucher un médecin à temps plein, mais qu'il pouvait accepter

uniquement les réfugiés syriens ayant des problèmes complexes, car il était presque arrivé à sa capacité cible. Deux autres CSC visités nous ont informés qu'ils recevaient un financement ponctuel uniquement de leurs RLISS respectifs et que les services continus aux réfugiés syriens sont absorbés par leur financement de base. Deux autres CSC n'ont reçu aucun financement additionnel pour les réfugiés syriens et ont puisé dans leurs fonds existants pour aider ces clients.

L'entente de responsabilisation conclue entre le RLISS et le CSC n'exige pas expressément 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 recueillent pas de données auprès de leurs CSC sur le nombre réel de patients servis. Le seul RLISS qui recueille cette information n'a pas rajusté le financement des CSC de la région qui n'atteignaient pas leur patientèle cible. Il s'attend plutôt à ce que les CSC qui n'atteignent pas la cible s'améliorent au cours de la période de déclaration suivante.

Comme il est mentionné dans la **section 4.4.3**, les RLISS ne font pas le suivi du nombre de clients qui accèdent uniquement aux programmes communautaires, ce qui limite leur capacité de déterminer si le financement de ces programmes devrait être rajusté.

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.

RÉPONSE DES RLISS

Les RLISS continueront à surveiller et à évaluer le financement pour aider les CSC

à répondre aux besoins des Ontariennes et Ontariens. Chaque année, les RLISS effectuent un examen officiel des CSC afin d'évaluer le caractère adéquat du financement des services aux patients. Ce processus tient compte des caractéristiques particulières des patients dans la collectivité desservie par un CSC et d'une comparaison avec les points de repère provinciaux. Les RLISS examineront par ailleurs si d'autres facteurs, comme le nombre de personnes desservies et l'emplacement géographique, devraient être intégrés à leur évaluation du financement.

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

La diffusion de pratiques exemplaires peut aider le secteur à innover, à réduire les inefficiences et à offrir des services plus efficaces et de meilleure qualité. Les consultants qui ont mené l'examen stratégique commandé par le Ministère en 2001 lui ont recommandé d'appuyer la diffusion des pratiques exemplaires. Le Ministère a indiqué que la diffusion de renseignements sur les pratiques exemplaires relève principalement des associations de fournisseurs de soins de santé et de Qualité des services de santé Ontario.

Nous avons examiné l'Association des centres de santé de l'Ontario, qui représente 74 des 75 CSC, et nous avons constaté que celle-ci avait informé les CSC des pratiques exemplaires, notamment dans le cadre de ses conférences annuelles et de ses séances. Nous avons observé que les sujets abordés lors des conférences de 2017 et 2015 couvraient des domaines tels que le soutien aux réfugiés syriens, l'introduction de la télémédecine dans les CSC, l'intégration d'un physiothérapeute au personnel clinique, ainsi que l'engagement des populations francophones et la prestation de services à ce groupe.

En ce qui concerne Qualité des services de santé Ontario, le Ministère a noté que la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* prévoit des

mesures visant à conférer à Qualité des services de santé Ontario le pouvoir de recommander des normes de qualité fondées sur des données probantes aux fournisseurs de services de santé (y compris les CSC), et à habiliter les RLISS à nommer les responsables cliniques locaux chargés de promouvoir les normes cliniques. Au moment de notre audit, les RLISS n'avaient pas tous désigné des responsables cliniques, et Qualité des services de santé Ontario avait recommandé quelques normes de qualité qui seraient pertinentes pour les CSC, qui mettent l'accent sur la situation des patients lorsqu'il existe des écarts majeurs dans la méthode de prestation des soins.

Nous avons toutefois constaté que, comme le Ministère exerce des responsabilités de surveillance directes pour la plupart des modèles de soins primaires interprofessionnels de l'Ontario depuis de nombreuses années, il 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 adopter des pratiques susceptibles de bénéficier aux CSC.

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*;
- élaborer et mettre en œuvre un mécanisme de compilation et de mise en commun des pratiques exemplaires de tous les modèles

de soins primaires interprofessionnels, y compris les CSC.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît l'importance d'assurer la communication à l'échelle provinciale des pratiques exemplaires locales. Cette communication est non seulement une occasion pour les CSC, mais pour l'ensemble du système de soins de santé.

Qualité des services de santé Ontario a comme mandat d'appuyer l'amélioration continue de la santé dans le système de soins de santé de l'Ontario, ainsi que de formuler des recommandations aux organisations de soins de santé et à d'autres entités sur les normes de soins cliniques fondées sur des données probantes. Aux termes de la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, le rôle de Qualité des services de santé Ontario a été élargi pour englober la prestation de recommandations au Ministère au sujet des normes sur les soins cliniques et les mesures du rendement. Par le biais du nouveau conseil sur les normes de qualité, des spécialistes de divers domaines comme les soins primaires examinent les pratiques exemplaires et les données probantes connexes dans le but de les communiquer à l'ensemble du secteur des soins primaires et du système de soins de santé afin de réduire les écarts et d'améliorer la qualité générale des services de santé. Le Ministère prévoit maintenir les efforts de Qualité des services de santé Ontario à ce sujet et mettre à profit les avantages pour le secteur qui découleront d'une meilleure communication des pratiques exemplaires.

En plus des normes sur les soins cliniques en vigueur, Qualité des services de santé Ontario prévoit publier l'année prochaine d'autres normes sur des situations particulières, comme les troubles liés à l'utilisation des opioïdes et les maladies respiratoires obstructives chroniques.

La *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* a grandement accru le rôle des RLISS, qui deviendront le point unique de reddition

des comptes pour la planification, la prestation et la gestion du rendement des services de santé locaux et régionaux. Cela nécessitera un engagement avec le système de santé à tous les niveaux, y compris des fournisseurs de soins primaires. Au cœur de la stratégie du plan Priorité aux patients se trouve l'établissement d'une structure intégrée de direction clinique pour les RLISS. Le Ministère collaborera avec les RLISS pour établir des processus ou une plateforme afin d'assurer une mobilisation clinique efficace dans l'ensemble du système de soins de santé, afin d'améliorer le partage des pratiques exemplaires et l'innovation.

À l'appui de ces initiatives, le Ministère finance également le programme Maillon santé pour améliorer les liens locaux et la communication entre les responsables des soins de santé primaire et le reste du système de soins de santé, afin de garantir aux patients un accès plus équitable et une expérience plus harmonieuse. Qualité des services de santé Ontario joue un rôle majeur pour assurer la réussite de ce programme, y compris la prestation du cadre des pratiques exemplaires, le déploiement de spécialistes en amélioration de la qualité partout en Ontario pour contribuer à l'atteinte des objectifs d'amélioration de la qualité du programme Maillon santé et à la saisie trimestrielle des indicateurs du programme.

RÉPONSE DES RLISS

Les RLISS continueront à désigner et à partager les pratiques exemplaires de l'ensemble du système de santé. Les RLISS ont ainsi créé un partenariat avec Qualité des services de santé Ontario pour faciliter la mise en œuvre de normes de qualité clinique à l'échelle locale. Cela est une fonction essentielle des dirigeants cliniques de chaque sous-région d'un RLISS, qui collabore avec tous les fournisseurs de services de santé, y compris les CSC, pour faire en sorte que les patients aient accès à des soins de santé axés sur les patients et de grande qualité.

Annexe 1 : Exemples d'expériences vécues par des clients des centres de santé communautaires

Source des données : certains centres de santé communautaires

Note : Les noms, les lieux et les détails identificateurs ont été changés afin de protéger la vie privée des personnes concernées.

L'histoire de Kevin

Kevin est un homme de 70 ans qui est venu au Canada, où sa famille élargie vivait, en 1989. Il était sans statut en Ontario après l'expiration de son visa de visiteur. En 2006, il a commencé à éprouver des symptômes médicaux qui exigeaient des services cliniques, qu'il n'a pas pu payer. En 2007, sa nièce l'a présenté au promoteur de la santé d'un centre de santé communautaire (le centre) qui travaillait avec des personnes âgées. Le promoteur de la santé a présenté Kevin au coordonnateur des cas pour l'admission en soins primaires. À ce moment-là, la santé, la sécurité alimentaire et les finances de Kevin s'étaient détériorées. Kevin a subi des tests et a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson pour laquelle il aurait besoin de médicaments à vie. Le coordonnateur des cas a continué de lui offrir un soutien social et financier, de faciliter son immigration et de l'aider à assurer sa sécurité alimentaire. Kevin a été en mesure d'accéder aux médicaments grâce à une combinaison d'échantillons et de programmes de médicaments offerts par des sociétés pharmaceutiques pour des raisons humanitaires. Il a également pu accéder aux soins des pieds grâce à un aiguillage vers un podologue. Comme il était sans statut depuis plus de 20 ans, il ne pouvait pas accéder aux services gouvernementaux. Avec l'aide de son coordonnateur de cas, il a présenté une demande de statut pour des motifs d'ordre humanitaire. En 2009, il a obtenu un statut juridique et a été renvoyé à un avocat en immigration. Kevin n'aurait pas pu réussir sans sa persévérance et celle du personnel du centre. Il a dit qu'il n'avait jamais vu un organisme travailler si fort pour ses clients et que le centre était allé bien au-delà des attentes. Kevin estime qu'il est en vie aujourd'hui en raison de sa foi religieuse et de l'impact du centre sur sa vie sur les plans médical, social, mental et affectif.

L'histoire de Denise

Denise est affiliée à un centre de santé communautaire (le centre) depuis 15 ans. Elle a été présentée au centre par sa mère et ses deux frères. La famille de Denise était bénévole pour divers programmes offerts au centre. En 2003, Denise s'est rendue chez son médecin au centre pour obtenir les résultats d'une biopsie et a reçu un diagnostic de cancer du sein. Le médecin a pris des dispositions pour qu'elle consulte le chirurgien. Au cours des 18 mois suivants, Denise a reçu des soins constants tant des médecins du centre que du personnel infirmier praticien, qui était toujours disponible lorsque les médecins s'occupaient d'autres patients. Lorsque Denise a eu une crise cardiaque, elle a été aiguillée vers une diététiste et vers d'autres spécialistes interdisciplinaires du centre, dont un physiothérapeute. Son médecin lui a recommandé de participer au programme de conditionnement physique Fitness for Health, dirigé conjointement par le centre et le YMCA, ce qui lui a permis d'utiliser les installations du YMCA pour faire de l'exercice. Denise s'est également jointe au groupe de marche du centre pendant six semaines. Elle est extrêmement reconnaissante au centre de tout ce qu'il a fait pour elle et pour la collectivité. Elle se dit impatiente de connaître les autres programmes du centre. Denise est d'avis que le centre fait tout son possible pour offrir de l'aide aux gens qui en ont besoin.

Annexe 2 : Principaux événements liés aux centres de santé communautaires de l'Ontario, 1970-2017

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario d'après les renseignements fournis par cyberSanté Ontario et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Année	Événement
Décennie 1970	Le programme des CSC de l'Ontario est mis à l'essai au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère). L'Ontario compte alors neuf centres de santé en milieu urbain à Ottawa et à Toronto.
1984	Le Ministère établit le programme des CSC, qui font partie du système de soins de santé primaires de l'Ontario.
2000	Le Bureau du vérificateur général de l'Ontario (anciennement le Bureau du vérificateur provincial de l'Ontario) mène un audit de l'optimisation des ressources sur le programme des CSC.
2001	Le Ministère demande à deux consultants externes de procéder à un examen stratégique du programme des CSC.
2004	Le Ministère annonce l'ajout de 10 sites satellites pour que les CSC existants puissent offrir leurs services dans les régions qui en ont besoin.
2005	Le Ministère annonce l'ajout de 22 CSC supplémentaires et de 17 sites satellites.
2006	Les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de l'Ontario sont établis en vertu de la <i>Loi sur les personnes morales</i> et maintenus en vertu de la <i>Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local</i> .
2011	La reddition des comptes et le financement de base pour le fonctionnement des CSC sont transférés du ministère aux RLISS.
2017	Le réseau actuel des CSC de l'Ontario compte 75 CSC exploitant un total de 145 emplacements.

Annexe 3 : Comparaison des modèles de soins primaires interprofessionnels en Ontario

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

	Centres de santé communautaires (CSC)	Équipes de santé familiale (ESF)	Cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien (CDPIP)	Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA)
Modèle	Centres de santé communautaires (CSC)	Équipes de santé familiale (ESF)	Cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien (CDPIP)	Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA)
Description	<ul style="list-style-type: none"> Les CSC fournissent des services dans cinq domaines clés : soins primaires, prévention des maladies, promotion de la santé, renforcement des capacités communautaires et intégration des services. L'équipe professionnelle d'un CSC se compose d'un médecin, d'infirmières praticiennes et d'autres professionnels de la santé, qui peuvent comprendre une diététiste, des travailleurs sociaux, du personnel infirmier, des physiothérapeutes, etc. Les CSC sont conçus pour tenir compte des déterminants sociaux de la santé et offrir des services aux clients non assurés. 	<ul style="list-style-type: none"> Les ESF se composent de médecins de famille, d'infirmières praticiennes et d'infirmiers praticiens, d'infirmières et infirmiers autorisés, de travailleurs sociaux, de diététistes et d'autres professionnels qui travaillent ensemble pour fournir des soins de santé primaires à leur collectivité. Chaque ESF est conçue pour répondre aux besoins locaux en santé et en services communautaires. Par exemple, une ESF du Nord de l'Ontario peut fournir des soins primaires ainsi que d'autres services répondant aux besoins des groupes des Premières Nations. 	<ul style="list-style-type: none"> Les CDPIP fournissent des services complets de soins primaires dans les régions mal desservies où il est difficile d'embaucher ou d'attirer des médecins. Elles s'emploient à améliorer la qualité des soins grâce à une meilleure promotion de la santé, à la prévention des maladies, aux soins de santé mentale et à la gestion des maladies chroniques. Le personnel infirmier praticien et les médecins collaborateurs sont les principaux fournisseurs de soins primaires. Les autres professionnels peuvent inclure les infirmières et infirmiers autorisés, les diététistes, les travailleurs sociaux, les promoteurs de la santé, les travailleurs en santé mentale, les physiothérapeutes et d'autres fournisseurs de soins de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Les CASSA sont similaires aux CSC, sauf qu'ils servent des populations autochtones. Ils offrent un amalgame d'approches autochtones traditionnelles en matière de santé et de mieux-être et de soins de santé primaires contemporains dans un contexte culturellement adapté. Les équipes se composent de médecins, de membres du personnel infirmier praticien et de guérisseurs traditionnels, et elles comprennent d'autres professionnels comme des diététistes et des travailleurs sociaux.
Modèle de gouvernance	Conseil d'administration communautaire	Il y a trois modèles de gouvernance possibles : communautaires, axés sur les fournisseurs ou mixtes (combinaison de gouvernance communautaire et de gouvernance axée sur les fournisseurs).	Conseil d'administration communautaire	Conseil d'administration communautaire représentant les collectivités autochtones

Modèle	Centres de santé communautaires (CSC)	Équipes de santé familiale (ESF)	Cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien (CDPIP)	Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA)
Année(s) d'établissement	Décennie 1970 Expansion de 2004 à 2013	Officiellement établies en 2005. Les réseaux de santé familiale d'origine (modèle précédent) ont été créés à la fin des années 1990 et ont subi des changements au fil des ans.	2007	1995
Nombre en mars 2017	75	184	25	10
Population primaire/groupes démographiques servis	Les populations prioritaires comprennent les personnes : <ul style="list-style-type: none"> • sans abri ou à faible revenu; • nouvellement arrivées; • non assurées; • considérées comme ayant des problèmes de santé mentale complexes; • qui font face à des obstacles pour accéder aux soins primaires en raison de caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, la race, l'orientation sexuelle, la langue, etc. Certains CSC ont une orientation autochtone ou francophone.	Toute la population	Toute la population	Population autochtone
Nombre de clients en mars 2017	Environ 500 000	Environ 3,4 millions	Environ 56 000	Environ 93 000
Responsables	Réseaux locaux d'intégration des services de santé	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Annexe 4 : Critères d'audit

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

1. Les rôles et responsabilités sont clairement définis, et des exigences en matière de reddition de comptes sont établies pour faciliter la prestation des soins et des services aux utilisateurs du programme, conformément aux exigences législatives, contractuelles et du programme.
2. Les programmes et services sont conçus pour répondre aux besoins des clients et sont accessibles. Les besoins non comblés en matière de services sont surveillés, et les ressources sont affectées ou prévues en conséquence.
3. Les affectations de fonds sont appliquées aux programmes en fonction des besoins établis, proportionnées à la valeur des services à fournir et évaluées en temps opportun.
4. Des mesures et des cibles de rendement sont établies, surveillées et comparées aux résultats réels pour que les résultats escomptés soient atteints et que des mesures correctives soient prises en temps opportun lorsque des problèmes sont décelés.
5. Des données financières et opérationnelles exactes, complètes et à jour sont recueillies régulièrement auprès des centres de santé communautaires afin d'évaluer leur rendement, leur efficacité et leur efficience, et les résultats sont rendus publics.

Annexe 5 : Cadre de mesure du rendement des soins primaires

Source des données : Qualité des services de santé Ontario

Cadre de mesure du rendement des soins primaires (Comité directeur pour la mesure du rendement des soins primaires en Ontario, mai 2014)

Accès	Intégration	Efficience	Efficacité	Accent mis sur la santé de la population	Sécurité	Centralité du patient	Ressources appropriées
Évaluation de l'utilisation (éritable) du service d'urgence, de la clinique sans rendez-vous, du centre de soins urgents (intégration) 5	Échange de renseignements au sein du continuum de soins, y compris avec les patients et les soignants dans la famille 5+P	Coûts liés aux soins de santé par personne (soins primaires, soins de spécialiste, soins hospitaliers, diagnostics, produits pharmaceutiques, soins de longue durée, soins communautaires) 5+P	Gestion des maladies chroniques, y compris chez les personnes souffrant de troubles de santé mentale, de dépendances ou de maladies chroniques multiples 5+P	Soins préventifs pour les nourrissons et les enfants (en plus de l'immunisation) 5	Prévention et contrôle des infections 5	Respect des valeurs, de la culture et des objectifs des patients et des familles 5+P	Portée générale du cabinet de soins primaires 5
Accès à un fournisseur de soins primaires habituel 5+P	Coordination des soins avec d'autres fournisseurs et services de soins de santé et communautaires 5+P	Soutien aux soignants dans la famille 5+P	Soins pour les maladies à un stade avancé et soins palliatifs 5	Renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de la population desservie (y compris l'état de santé) 5+P	Reconnaissance et gestion d'événements indésirables, y compris des erreurs médicales 5+P	Processus d'obtention de la rétroaction des patients et des clients et des soignants concernant les services de soins de santé 5	Fonds reçus par pratiques de soins primaires (par catégorie) 5
Collaboration interprofessionnelle en soins primaires 5+P	Temps pour obtenir un rendez-vous sur recommandation avec des médecins ou chirurgiens spécialisés ou d'autres services spécialisés 5+P	Duplication inutile de tests ou d'imagerie diagnostiques 5+P	Gestion des symptômes (Centralité du patient) 5+P	Immunisation pendant la durée de vie 5+P	Communication respectueuse et compréhensible avec les patients 5+P	Communication respectueuse et compréhensible avec les patients 5+P	Disponibilité des ressources humaines, composition (événementiel de compétences) et domaine d'exercice optimisé 5
Accès rapide au lieu de soins habituel 5+P	Mise en place et utilisation pertinente des dossiers médicaux électroniques ou des dossiers de santé électroniques 5	Plan de soins de santé négociés pour les patients souffrant de maladies chroniques 5+P	Collaboration pour la prise de décisions cliniques (Centralité du patient) 5+P	Dépistage et gestion des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et de divers états chroniques (par ex., l'obésité, le tabagisme, l'inactivité physique, le régime alimentaire, l'alcoolisme et la toxicomanie, les caractéristiques sociodémographiques, les comportements sexuels ou à risques divers) 5+P	Coordination des soins dans l'environnement de soins primaires 5+P	Coordination des soins dans l'environnement de soins primaires 5+P	Financement et utilisation de systèmes électroniques à associer à divers paramètres (intégration) 5
Accès aux soins après les heures normales de travail (par téléphone et en personne) 5+P	Admission et réadmission à l'hôpital (Efficacité) 5+P	Soutien en autogestion et collaboration avec les patients et les familles (Centralité du patient et efficacité) 5+P	Temps d'attente pour la prise de décisions cliniques (Centralité du patient) 5+P	Soins pré-natals 5+P	Processus de traitement des suggestions et des plaintes 5	Processus de traitement des suggestions et des plaintes 5	Amélioration et planification de la pratique 5
Accès aux visites à domicile pour des populations ciblées 5+P	Délai d'attente pour les services communautaires 5+P	Temps d'attente du patient dans le bureau P	Fréquence de la prescription de médicaments génériques 5+P	Dépistage des maladies chroniques (cancer, diabète, hypertension, asthme, dépression, démence, etc.) (Efficacité) 5+P	Protection de la vie privée et confidentialité 5	Formation des ressources humaines et perfectionnement professionnel, y compris les soins axés sur le patient et la famille 5	Modes de rémunération des fournisseurs
Le patient a accès à ses propres renseignements (Efficacité) 5+P	Les fournisseurs de soins primaires ont accès à des spécialistes par téléphone, par courriel, etc. 5+P	Délai d'attente avant un test diagnostique demandé par le médecin traitant (compréhension, IRM, etc.) 5+P	Ententes de collaboration en soins de santé pour que les patients puissent consulter un spécialiste dans leur environnement habituel de soins primaires 5+P				Coût total des soins (Efficacité)
							Disponibilité de systèmes d'information
							Investissements et dépenses liés à la technologie de l'information
							Satisfaction des fournisseurs (culture d'engagement des employés)

Légende
 * = Également pertinent pour le domaine mentionné
 --- = Zone d'évaluation à envisager à l'avenir
5 = Priorité du niveau de système
5+P = Priorité du niveau de système et de pratique
P = Priorité du niveau de pratique

Équité

L'équité a été définie comme un domaine transversal et elle sera évaluée selon diverses variables économiques et sociales, comme le revenu, le niveau de scolarité, le sexe, l'état de personne handicapée, le soutien social, la santé mentale, le lieu de résidence (urbain ou rural), l'âge, l'orientation et l'identité sexuelles, la langue, le statut d'immigré, l'identité ethnoculturelle et le statut d'Autochtone.