

Chapitre 1

Section 1.01

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

Suivi des audits de l'optimisation des ressources,
section 3.01 du *Rapport annuel 2015*

APERÇU DE L'ÉTAT DES RECOMMANDATIONS

	Nombre de mesures recommandées	État des mesures recommandées			
		Pleinement mise en œuvre	En voie de mise en œuvre	Peu ou pas de progrès	Ne sera pas mise en œuvre
Recommandation 1	4	2	2		
Recommandation 2	2	1	1		
Recommandation 3	3	2	1		
Recommandation 4	2	1		1	
Recommandation 5	2	1	1		
Recommandation 6	1		1		
Recommandation 7	3		3		
Recommandation 8	1		1		
Recommandation 9	3	1	1	1	
Recommandation 10	1	1			
Recommandation 11	1	1			
Recommandation 12	2	2			
Recommandation 13	1		1		
Recommandation 14	5		5		
Total	31	12	17	2	0
%	100	39	55	6	0

Conclusion globale

Remarque : Les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de l'Ontario ont été intégrés aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) entre mai et juin 2017.

D'après les renseignements que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), Services communs pour la santé Ontario et les CASC (désormais intégrés aux RLISS) nous ont fournis, au 30 juin 2017, environ 39 % des mesures que nous avons recommandées dans notre *Rapport annuel 2015* ont été pleinement mises en oeuvre. Le Ministère, Services communs pour la santé Ontario et les CASC ont réalisé des progrès dans la mise en oeuvre d'une tranche supplémentaire de 55 % des recommandations.

Le Ministère, Services communs pour la santé Ontario et les CASC ont pleinement mis en oeuvre les recommandations, qui consistent notamment à s'assurer que les coordonnateurs de soins s'occupent en temps opportun des évaluations et des réévaluations qui n'ont que trop tardé, à faire le suivi de la quantité et du type de soutien accordé par le fournisseur de soins, et à assurer le suivi des clients qui obtiennent leur congé dans le respect des délais.

En outre, le Ministère, Services communs pour la santé Ontario et les CASC étaient en train de mettre en oeuvre les recommandations sur l'élaboration de lignes directrices normalisées dans le but d'établir quels services sont fournis en priorité aux clients, d'effectuer un audit provincial pour confirmer que les fournisseurs de service se servent à bon escient des fonds consacrés aux augmentations de traitement des préposés aux services de soutien à la personne, et de passer en revue la pertinence et l'efficacité des indicateurs de rendement.

Toutefois, les CASC avaient peu progressé dans la centralisation des listes d'attente pour les services de soutien communautaires et le suivi des visites de soins à domicile reportées, tardives et manquées. Le

Ministère a confirmé que les RLISS donneront suite aux recommandations.

L'état des mesures prises en réponse à chacune de nos recommandations est exposé dans le présent rapport.

Contexte

Au moment de notre audit de 2015, les 14 centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de l'Ontario étaient des organismes sans but lucratif du gouvernement provincial qui aidaient les gens à accéder aux soins de santé à domicile et en milieu communautaire et aux services sociaux connexes hors milieu hospitalier. Ces services comprenaient les soins infirmiers, le soutien à la personne, la physiothérapie et l'ergothérapie, par exemple. Chaque CASC était surveillé et financé par un réseau local d'intégration des services de santé (RLISS).

Après notre audit de 2015, l'Ontario a adopté la *Loi donnant la priorité aux patients* en décembre 2016. La Loi élargit le mandat des RLISS, qui deviennent l'unique responsable des soins à domicile et en milieu communautaire. Au moment de nos travaux de suivi, la province était en train de dissoudre les CASC et de transférer leur personnel, leurs ressources et leurs responsabilités aux RLISS.

Les soins à domicile sont financés par le Ministère. Pour être admissible aux services de soins à domicile, une personne doit être couverte par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Elle peut être aiguillée vers les services de soins à domicile par un hôpital ou par son médecin de famille, ou les services peuvent être fournis à la demande des clients ou de leur famille.

Les 14 centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de l'Ontario étaient chargés de fournir des services de soins à domicile aux Ontariennes et Ontariens qui, autrement, devraient être admis dans des hôpitaux ou des foyers de soins de longue durée. Les CASC évaluaient les personnes afin de déterminer si leurs besoins les rendaient

admissibles aux services de soins à domicile et élaboraient des plans de soins, le cas échéant. Les CASC passaient des contrats avec environ 160 fournisseurs du secteur privé, à but lucratif ou sans but lucratif, pour la prestation de services de soins à domicile directement aux clients.

Ces dernières années, les clients des soins à domicile ont des besoins en soutien médical et social de plus en plus complexes, principalement parce que, depuis 2009, les hôpitaux de l'Ontario sont censés mettre en congé la plupart des patients qui n'ont pas vraiment besoin de soins actifs en établissement. Au cours de l'exercice 2016-2017, 58 % des clients des soins à domicile (60 % en 2014-2015) étaient âgés de 65 ans ou plus.

Au cours de l'exercice 2016-2017, l'Ontario a dépensé 2,7 milliards de dollars pour offrir des services de soins à domicile à 760 000 clients. Ce montant représente une augmentation du financement de 56 % et une hausse du nombre de clients servis de 30 % par rapport à 2008-2009, soit un an avant notre dernier audit des services de soins à domicile en 2010.

Entre 2005-2006 et 2016-2017, le financement global des CASC (pour les soins à domicile et d'autres services) a augmenté de 93 % (il a augmenté de 73 % de 2005-2006 à 2014-2015), mais le pourcentage des dépenses provinciales globales en soins de santé est resté relativement constant, à 4 % ou 5 %. Le Ministère a reconnu la valeur des soins à domicile et en milieu communautaire et a diffusé un certain nombre de rapports soulignant l'importance de renforcer ce secteur.

Malgré ces efforts positifs, certains problèmes soulevés dans notre audit de 2010 du programme de soins à domicile subsistaient au moment de notre audit de 2015. Par exemple, les clients font encore face à de longues périodes d'attente pour bénéficier de services de soutien à la personne, et les clients évalués comme ayant des besoins semblables reçoivent encore des niveaux de service différents selon la région de l'Ontario où ils vivent.

Dans notre *Rapport annuel 2015*, nous avons constaté qu'une personne jugée admissible à des

services dispensés par un CASC pourrait ne pas recevoir de services dans un autre. Cette différence est attribuable à plusieurs facteurs, dont l'absence de normes provinciales qui précisent le niveau de service à offrir selon les besoins du client et les écarts de financement importants entre les CASC malgré la réforme de la formule de financement entamée en avril 2012. En conséquence, pour respecter son budget, chaque CASC a déterminé lui-même les types et niveaux de services à fournir, ce qui contribue aux différences notables entre les CASC sur le plan des critères d'admissibilité et des niveaux de services. En outre, comme les CASC ne pouvaient pas accuser de déficit, la période de l'année où le client était aiguillé vers un CASC et son niveau de besoins pouvaient déterminer s'il recevra des services ou non. Par exemple, dans notre audit de 2015, nous avons constaté que dans un CASC, les clients évalués après septembre 2014 comme ayant des besoins faibles à modérés avec une note d'évaluation des besoins des clients de 10,5 ou moins ne seraient même pas ajoutés à la liste d'attente des services du CASC, alors qu'une cliente ayant la même note aurait été placée sur la liste d'attente des deux autres CASC.

Comme la disponibilité des services de soutien communautaires tels que le logement avec services de soutien et les services de relève variait à l'échelle de la province (de nombreux organismes communautaires de services de soutien ont été établis par des bénévoles pour répondre aux besoins locaux, et il n'y a pas beaucoup d'organismes de ce genre dans les régions rurales et du Nord), certains CASC pourraient avoir à fournir plus de services à leurs clients parce qu'il n'y a pas d'autres organismes pouvant offrir le soutien supplémentaire nécessaire.

Notre audit de 2015 a permis de constater que tant que ces problèmes généraux n'auront pas été réglés, la prestation des services de soins à domicile en Ontario restera inéquitable. Nous avons notamment observé ce qui suit :

- La charge de travail des employés des CASC qui coordonnaient les soins aux clients variait beaucoup d'un CASC à l'autre et à l'intérieur

de chaque CASC. Dans deux des trois CASC visités, les charges de travail n'étaient pas conformes aux lignes directrices élaborées par l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario. Par exemple, dans un CASC, le nombre de clients ayant une maladie chronique dont chaque coordonnateur de soins était responsable dépassait la charge de travail recommandée de 30 % en moyenne.

- Pour des raisons budgétaires, les CASC ne pouvaient pas fournir à la personne les niveaux maximums de services de soutien permis par la loi. Dans la plupart des cas, les coordonnateurs de soins limitaient encore le niveau de services de soutien à la personne à 60 heures par mois, alors que la loi permet jusqu'à 90 heures par mois. La réglementation ontarienne ne précisait pas non plus le niveau minimum de services à fournir. Les CASC n'étaient donc pas tenus d'offrir un niveau minimum de services de soutien à la personne à leurs clients, par exemple en précisant un nombre minimum de bains par semaine.
- Dans les trois CASC visités (du Centre, du Nord-Est et de Champlain), 65 % des évaluations initiales des besoins en soins à domicile et 32 % des réévaluations pour les clients ayant une maladie chronique ou des besoins complexes n'ont pas été effectuées dans les délais fixés en 2014-2015. Certains clients n'ont pas été évalués ou réévalués depuis près d'un an et d'autres, depuis plus d'un an.
- Les coordonnateurs de soins ne maintenaient pas tous leur capacité d'utiliser les outils d'évaluation, et certains d'entre eux n'étaient pas soumis à des tests réguliers mesurant leur compétence à cet égard.
- Les CASC ne faisaient pas des visites sur place régulières pour s'assurer que leurs fournisseurs de services respectaient les exigences contractuelles. Nous avons constaté par exemple qu'aucun des trois CASC visités n'avait vérifié si les fournisseurs de services

avaient signalé les visites manquées de façon exacte et complète.

Nous recommandons notamment au Ministère d'explorer de meilleures façons d'appliquer les formules de réforme du financement afin de remédier aux inégalités de financement; d'élaborer des lignes directrices standard afin de déterminer les clients à servir en priorité et de surveiller le respect de ces lignes directrices; d'évaluer les types de soutiens offerts aux soignants et les initiatives prises à cet égard par d'autres administrations; d'envisager des approches à adopter en Ontario; d'exiger de tous les fournisseurs de services de santé qu'ils téléversent des données d'évaluation complètes sur un système commun; et de mettre plus de résultats des mesures de rendement obtenus par les CASC à la disposition du public.

Nous recommandons également au Ministère de s'assurer que les CASC évaluent et réévaluent les clients dans les délais prescrits; d'exiger que tous les coordonnateurs de soins des CASC effectuent un nombre minimum d'évaluations par mois et soient soumis à des tests annuels sur l'utilisation des outils d'évaluation et de surveiller la conformité à cette exigence; de réexaminer et, si nécessaire, de réviser les lignes directrices actuelles concernant la charge de travail des coordonnateurs de soins; d'élaborer des indicateurs et des cibles de rendement et de recueillir auprès des fournisseurs de services contractuels des données pertinentes qui permettent de mesurer les résultats obtenus par les clients.

Nous avons formulé 14 recommandations comportant 31 mesures d'améliorations requises, et avons reçu les engagements du Ministère, de l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario et des trois CASC visités au cours de notre audit selon lesquels ils prendraient des mesures pour y donner suite.

Événements importants subséquents à notre audit de 2015

En août 2016, le Ministère a constitué un comité d'experts en matière de niveaux de soins (le comité) afin de formuler des conseils et des recommandations relativement à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un cadre de niveaux de soins en Ontario. Le comité était coprésidé par un médecin et un vice-président de Qualité des services de santé Ontario (un organisme constitué en 2010 pour donner des conseils au ministre de la Santé et des Soins de longue durée sur la qualité des soins de santé), et un administrateur principal de l'ancien CASC du Centre de Toronto. Le cadre a pour but de mettre en place des pratiques communes d'évaluation et de planification de soins à domicile et en milieu communautaire et devrait avoir des répercussions importantes sur la coordination des soins. En juin 2017, le comité a présenté au Ministère un rapport final intitulé *Thriving at Home: A Levels of Care Framework to Improve the Quality and Consistency of Home and Community Care for Ontarians*. Le Ministère passe en revue les recommandations contenues dans ce rapport et prévoit travailler avec des partenaires sectoriels afin de planifier leur mise en oeuvre au cours de l'été et de l'automne 2017.

En décembre 2016, la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* a été adoptée. La Loi élargit le mandat des RLISS à titre de point unique de responsabilisation pour les soins à domicile et les soins en milieu communautaire au moyen du transfert de personnel, de ressources et de services du CASC aux RLISS. En rationalisant la prestation de services et en supprimant une strate administrative au sein des CASC, le Ministère s'attend à ce que le système de soins de santé réponde mieux aux besoins des gens. Le transfert des 14 CASC dans les RLISS s'est fait par étapes et par région, en mai et juin 2017. De plus, le 1^{er} mars 2017, Services communs de la santé Ontario est officiellement devenu opérationnel. L'organisation, présidée par un sous-ministre adjoint du Ministère et dirigée

par l'ancien directeur général de l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario (l'Association), a remplacé cette dernière Association et deux autres anciennes organisations de services du RLISS. Elle est chargée d'appuyer les RLISS relativement à l'intégration au système de santé et de leur fournir les fonctions et soutiens principaux liés aux services communs.

Comité permanent des comptes publics

Le 11 mai 2016, le Comité permanent des comptes publics (le Comité) a tenu une audience publique au sujet de notre audit de 2015. En décembre 2016, le Comité a déposé à l'Assemblée législative un rapport découlant de l'audience. Le Comité a approuvé nos constatations et nos recommandations. Il a formulé sept recommandations supplémentaires. Le Ministère, Services communs pour la santé Ontario et les CASC ont fait rapport au Comité en mars 2017. Les recommandations du Comité et le suivi relatif à celles-ci sont présentés au chapitre 3, **section 3.01** du volume 1 de notre *Rapport annuel*.

État des mesures prises à l'égard des recommandations

Notre travail d'assurance s'est déroulé entre le 1^{er} avril 2017 et le 30 juin 2017. Nous avons obtenu les observations écrites du Ministère, de Services communs pour la santé Ontario et de trois RLISS (du Centre, du Nord-Est et de Champlain), qui ont assumé les responsabilités des anciens CASC visités. Le 1^{er} septembre 2017, ils nous ont présenté un compte rendu complet de l'état des recommandations formulées dans l'audit original effectué il y a deux ans.

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

Recommandation 1

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

- évaluer et réévaluer les clients dans les délais prescrits;

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

Détails

En septembre 2014, le secteur des soins à domicile et des soins en milieu communautaire avait entrepris un examen de l'évaluation et de la réévaluation des paramètres et objectifs de rendement élaborés et mis en oeuvre dans le cadre du Modèle de soins axés sur le client. Tous les CASC se servaient de ce modèle (une approche de segmentation des services à la clientèle fondée sur la population) pour identifier les différentes populations de patients en fonction de leurs besoins de santé évalués, afin d'appuyer la planification des soins. Le secteur a ensuite mis cette démarche en suspens en attendant le résultat des travaux d'élaboration d'un cadre de niveaux de soins en cours; celui-ci devrait avoir des répercussions importantes sur la coordination des soins, y compris les échéanciers d'évaluation et de réévaluation. Le comité d'experts en matière de niveaux de soins a présenté un cadre au Ministère en juin 2017, et le Ministère prévoit commencer à le mettre en oeuvre au début de 2018. Après la mise en oeuvre du cadre, les RLISS s'attendent à ce que les coordonnateurs de soins évaluent et réévaluent les clients d'ici mars 2019 en respectant les échéanciers.

Dans l'intervalle, les CASC visités durant notre audit de 2015 avaient mis en place des initiatives visant à soutenir et à améliorer le choix du moment des évaluations et des réévaluations. Par exemple, un CASC a uniformisé les pratiques d'établissement

des horaires de ses coordonnateurs de soins communautaires en mettant à l'horaire à l'avance un certain nombre d'évaluations et de réévaluations par semaine. Un autre CASC avait mis en place des procédures uniformisées de réévaluations par téléphone de certains groupes de patients.

- *informer les clients des temps d'attente prévus pour les évaluations et les réévaluations, particulièrement lorsque le délai fixé ne sera pas respecté;*

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Au moment de notre suivi, les CASC visités durant notre audit de 2015 ont mentionné qu'ils avisent les patients du moment de leur évaluation durant la réalisation du processus d'admission. Lors de la réévaluation, les clients reçoivent un avis sur le moment de la prochaine réévaluation. L'adjoint de l'équipe communique au client les changements aux évaluations à l'horaire.

- *exiger des gestionnaires qu'ils examinent les rapports sur les évaluations et les réévaluations en retard et s'assurer que les coordonnateurs de soins s'occupent des dossiers en retard dans les meilleurs délais;*

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Au moment de notre suivi, les gestionnaires des CASC visités au cours de notre audit de 2015 nous ont dit qu'ils reçoivent et revoient régulièrement des rapports sur les évaluations et les réévaluations en retard pour mieux veiller à ce que les coordonnateurs de soins s'occupent des dossiers en retard dès que possible. Par exemple, les gestionnaires d'un CASC ont commencé à utiliser un rapport d'examen de l'état des évaluations en retard de plus de 18 mois et à assurer un suivi auprès des coordonnateurs de soins. Au moment de nos travaux de suivi, il y avait 62 % d'évaluations en retard de moins à ce CASC comparativement à l'époque de notre audit

de 2015, ce qui témoigne du fait que les coordonnateurs de soins règlent les dossiers en retard.

- *exiger que tous les coordonnateurs de soins des CASC effectuent le nombre minimum d'évaluations chaque mois et soient testés sur l'utilisation des outils d'évaluation chaque année et vérifier si cette exigence est respectée.*

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

Détails

Au moment de notre audit de 2015, tous les CASC avaient accès à un système provincial d'essais en ligne pour vérifier régulièrement les compétences en évaluation des coordonnateurs de soins. Au moment de notre suivi, les CASC visités durant notre audit de 2015 ont indiqué que les RLISS donneront de la formation complémentaire sur les compétences en évaluation dans le cadre de la transition du secteur des soins à domicile et en milieu communautaire vers un outil d'évaluation appelé instrument d'évaluation pour services à domicile (interRAI) en 2018. Dans l'intervalle, les CASC ont élaboré et mis en place leurs propres politiques concernant le nombre minimal d'évaluations et de tests de compétence pour les coordonnateurs de soins. Par exemple, un CASC a donné aux membres de son personnel des objectifs en nombre minimal d'évaluations qu'ils doivent remplir chaque mois et fait subir des tests à son personnel aux six mois sur leurs compétences d'utilisation des outils d'évaluation. Un autre CASC fait subir ces tests une fois l'an.

En juin 2017, le cadre de prestation des niveaux de soins a été présenté au Ministère, qui s'attend à entreprendre sa mise en oeuvre au début de 2018. Les RLISS comptaient examiner le cadre et donner suite aux recommandations relatives aux évaluations, qui peuvent comporter des exigences au sujet du nombre minimal d'évaluations que les coordonnateurs de soins doivent remplir chaque mois et de la fréquence des tests de compétence d'ici décembre 2018.

Recommandation 2

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

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

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

Détails

En mars 2016, le Ministère a effectué une analyse des lacunes et des différentes administrations chargées des programmes de formation et de sensibilisation des fournisseurs de soins. Le rapport a cerné les lacunes suivantes : l'Ontario disposait de nombreux programmes de formation propres à certaines maladies, mais d'un nombre insuffisant de programmes généraux de formation et de sensibilisation des fournisseurs de soins; il n'y avait pas suffisamment de programmes de formation axée sur les compétences pour les fournisseurs de soins; l'Ontario offrait un nombre limité de programmes dans des langues autres que l'anglais ainsi que pour des cultures et des groupes différents; l'Ontario offrait en nombre limité des programmes ciblant les personnes s'occupant de personnes âgées fragiles; et l'Ontario ne disposait pas d'une organisation dirigeante chargée de coordonner les soutiens aux fournisseurs de soins.

Pour combler ces lacunes, le Ministère prévoit consacrer 4 millions de dollars sur 2 ans à compter de l'automne 2017 pour soutenir l'élaboration et l'exécution de programmes de formation et de sensibilisation des fournisseurs de soins. En outre, le Ministère a retenu les services d'un consultant en 2016 pour établir s'il est nécessaire qu'une organisation soit chargée de coordonner des soutiens et des ressources à l'intention des fournisseurs de soins dans l'ensemble de la province. En se fondant sur le rapport du consultant, le gouvernement a annoncé

en avril 2017 son intention de lancer une organisation de soutien des fournisseurs de soins.

Le Ministère entend également élaborer une trousse d'outils à l'intention des fournisseurs de soins et la mettre à la disposition des fournisseurs d'ici mars 2018.

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

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Le Ministère a versé un total de 40 millions de dollars en juillet 2016 et en avril 2017 pour améliorer les services de relève à domicile des fournisseurs de soins. Les CASC ont assuré le suivi de ces fonds, y compris les renseignements comme les heures de service, les personnes servies et le montant dépensé. Les CASC ont communiqué cette information au Ministère pour éclairer l'orientation à venir des programmes de soutien des fournisseurs de soins.

La coordination des services à domicile pourrait être mieux gérée

Recommandation 3

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

- *s'efforcer de comprendre pourquoi les charges de travail varient et déterminer comment réduire les écarts;*

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Au cours de ce suivi, les CASC visités pendant notre audit de 2015 ont mentionné qu'ils revoient et

révisent sans cesse les charges de travail lorsqu'ils équilibrent les besoins des patients et la demande de soins croissante. Toutefois, les lignes directrices en matière de charge de travail constituent un seul des nombreux facteurs que les CASC doivent prendre en compte dans l'examen de l'ampleur et des différences dans les charges de travail. Les autres facteurs ayant une incidence sur l'ampleur de la charge de travail comprennent la durée des soins à domicile d'un patient, les besoins spécialisés de différentes populations de patients, l'emplacement géographique et la densité de population, la disponibilité des ressources (dont les ressources humaines et les autres programmes et services locaux), ainsi que les enjeux locaux touchant le système de santé (comme la nécessité de diminuer le nombre de patients qui occupent des lits d'hôpital, mais qui pourraient être traités ailleurs).

- *réévaluer et, si nécessaire, réviser les lignes directrices provinciales actuelles concernant les charges de travail des coordonnateurs de soins;*

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

Détails

Au moment de notre suivi, les CASC avaient mis en suspens l'examen de l'ampleur de la charge de travail des coordonnateurs de soins en attendant la publication du cadre sur les niveaux de soins. Le comité d'experts a présenté un cadre au Ministère en juin 2017, et le Ministère prévoit commencer à le mettre en oeuvre au début de 2018. Après la mise en oeuvre de ce cadre, les RLISS prévoient revoir l'ampleur de la charge de travail des coordonnateurs de soins d'ici mars 2019.

- *assurer un suivi auprès des clients mis en congé dans les délais prescrits.*

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Au moment de ce suivi, les CASC visités durant notre audit de 2015 avaient mis en oeuvre diverses initiatives de suivi des clients mis en congé des soins à domicile. Par exemple, un CASC avait mis

en place une technologie interactive de réponse vocale pour assurer le suivi des clients mis en congé par téléphone. Le client peut notamment répondre aux questions au sujet de sa situation actuelle à la maison et indiquer s'il aimerait que le suivi du CASC se poursuive. Un autre CASC a passé un marché de services à une société indépendante pour faire des appels directs au client.

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

Recommandation 4

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

- *faire le suivi de tous les aiguillages vers des organismes de services communautaires de soutien;*

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons découvert que chaque CASC tenait différentes statistiques et données sur les aiguillages vers les services de soutien communautaires. Depuis notre audit de 2015, les CASC et les RLISS ont apporté des changements au système provincial d'information sur les soins de santé. Le système comprend maintenant une fonction d'aiguillage qui permet d'échanger des données sur l'aiguillage des patients et d'effectuer un suivi de ces aiguillages auprès de plus de 500 organismes de services de soutien communautaires. En outre, en mars 2016, les CASC ont rationalisé les programmes électroniques d'aiguillage vers des services de soutien en personne destinés aux patients ayant peu de besoins, aux programmes de répit de jour et de logement avec services afin de veiller à

ce que l'information cohérente sur l'aiguillage soit fournie aux organismes bénéficiaires.

- *de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé qui les financent, envisager de centraliser les données sur les listes d'attente pour tous les services communautaires de soutien.*

État : Peu ou pas de progrès

Détails

Au moment de ce suivi, les RLISS n'avaient pas élargi les données centralisées de la liste d'attente de manière à inclure tous les services de soutien communautaires. Les anciens CASC (actuellement les RLISS) avaient le pouvoir réglementaire de gérer les listes d'attente en vue de services de soutien communautaires (par exemple, programmes de répit de jour, logements avec services et logements avec services de soutien), mais non d'autres services, comme des services d'aides familiales, de soutien aux fournisseurs de soins et de transport. Les RLISS ont mentionné que pour centraliser les listes d'attente pour tous les services, il faudrait qu'il y ait des discussions à plus grande échelle sur une planification locale entre la fonction des soins à domicile et en milieu communautaire au sein des RLISS et les organismes de services de soutien communautaires. Au moment de notre suivi, les RLISS ont indiqué que l'adoption de la *Loi donnant la priorité aux patients* et la nécessité d'intégrer des services dans les sous-régions offraient une occasion d'examiner de plus près les moyens à prendre pour mettre en place les listes d'attente centralisées.

Recommandation 5

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

- *exiger de tous les fournisseurs de services de santé qu'ils téléversent des données d'évaluation*

complètes, y compris les notes de l'évaluateur, dans un système commun;

État : En voie de mise en œuvre d'ici mars 2019

Détails

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

- *doter le système d'une fonctionnalité qui signale-rait au personnel des CASC et des organismes de soutien communautaires les clients qui ont déjà des dossiers d'évaluation dans ce système commun.*

État : Pleinement mise en œuvre

Détails

Dans notre audit de 2015, les membres du personnel des CASC nous ont informés que ni le système de Dossier d'évaluation médicale intégré ni le système provincial d'information sur les soins à domicile ne comportaient une caractéristique avisant les coordonnateurs de soins que l'information sur un client a déjà été recueillie par un autre organisme et se trouve dans le système, ce qui mènerait fréquemment à un chevauchement d'efforts qui se caractériserait par une autre collecte et un autre téléversement des données d'évaluation des clients.

En mars 2017, le système de Dossier d'évaluation médicale intégré a été mis à jour pour informer le personnel des CASC et des organismes de services communautaires de soutien du moment où des évaluations nouvelles ou actualisées se rapportant aux clients confiés à ses soins sont téléversées dans le système.

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

Recommandation 6

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

État : En voie de mise en œuvre d'ici juin 2018

Détails

Le Ministère a commencé à se servir des données sur la santé de la population pour attribuer des augmentations de financement de base de 100 millions de dollars en 2016-2017 et de 80 millions en 2017-2018, et 20 millions supplémentaires en 2017-2018 au titre des services dispensés à des clients ayant des besoins élevés. Dans le cadre de ces hausses de financement, le Ministère a pris en compte le nombre de clients ayant des besoins complexes et le temps pendant lequel ils ont reçu des services à chaque CASC. Le Ministère a indiqué qu'il continuera, au cours des prochaines années, à attribuer et à rajuster les fonds au titre des soins à domicile afin de promouvoir et d'atteindre l'équité financière.

Recommandation 7

Pour que la population ontarienne reçoive des niveaux équitables et appropriés de services de soins

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

- élaborer des lignes directrices normalisées afin de déterminer les clients à servir en priorité et surveiller la conformité à ces lignes directrices;

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

Détails

En juin 2017, le cadre des niveaux de soins a été présenté au Ministère, qui prévoit entreprendre sa mise en oeuvre au début de 2018. Le cadre renferme des directives à l'intention des RLISS relativement à la prestation de niveaux de service similaires aux clients ayant des besoins similaires, sans égard à l'endroit où ils habitent, sur la base des politiques et des méthodes provinciales de soins. Au moment du suivi, les RLISS s'étaient engagés à passer en revue les recommandations du cadre et à élaborer des lignes directrices normalisées et à en surveiller l'application d'ici décembre 2018.

En outre, au moment du suivi, les RLISS élaboraient une approche provinciale cohérente de gestion et d'établissement de l'ordre de priorité des patients sur une liste d'attente en vue de services de soutien à la personne. Les RLISS s'attendaient à ce que ce travail soit terminé à l'automne 2017.

- évaluer des moyens d'offrir plus d'heures de service et de se rapprocher des maximums prescrits dans le règlement pour les clients évalués qui ont besoin de ces services;

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

Détails

En juin 2017, le cadre de prestation des niveaux de soins a été présenté au Ministère, qui prévoit entreprendre sa mise en oeuvre au début de 2018. Il instaurerait des normes communes en matière de soins à domicile et en milieu communautaire à l'échelle de la province, ainsi que des normes

communes pour déterminer les personnes admissibles aux soins à domicile et le mode de répartition des services dans la province. Au moment du suivi, les RLISS s'étaient engagés à collaborer avec le Ministère pour mettre en oeuvre, d'ici décembre 2018, les recommandations du cadre qui devrait définir les attentes relatives aux niveaux de service.

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

État : En voie de mise en oeuvre avant décembre 2018

Détails

Dans notre suivi, les CASC visités durant notre audit de 2015 nous ont indiqué qu'ils attendaient la publication du cadre de prestation de niveaux de soins pour orienter leurs prochaines mesures. Ils ont ajouté qu'ils se conformeront à la mise en oeuvre de niveaux de services normalisés si l'ensemble des CASC bénéficie d'un financement équitable. En juin 2017, le cadre de prestation de niveaux de soins a été présenté au Ministère, qui compte entreprendre sa mise en oeuvre au début de 2018. Les RLISS se sont engagés à passer en revue les recommandations du cadre et à donner suite à celles se rapportant aux niveaux de service d'ici décembre 2018.

Recommandation 8

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

État : En voie de mise en oeuvre avant décembre 2018

Détails

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

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

La surveillance des fournisseurs de services contractuels doit être améliorée

Recommandation 9

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

- *définir des indicateurs et des objectifs de rendement et recueillir des données pertinentes qui permettent d'évaluer les résultats pour les clients;*

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

Détails

Tous les CASC ont pris part aux travaux dirigés par Qualité des services de santé Ontario pour élaborer des normes de qualité en matière de soins et de réadaptation à la suite de fractures à la hanche. En outre, ils ont collaboré avec la Rehabilitative Care Alliance (un collectif provincial créé en avril 2013

par les 14 RLISS pour soutenir l'amélioration des services de réadaptation) afin d'élaborer des cadres de pratiques exemplaires relatives aux soins de réadaptation pour les patients ayant subi des fractures de la hanche et des arthroplasties primaires de la hanche et du genou. Les CASC (maintenant les RLISS) ont également contribué à l'élaboration d'indicateurs de mesure des résultats des patients.

De plus, les CASC (maintenant les RLISS) avaient participé aux travaux dirigés par Qualité des services de santé Ontario visant à élaborer des normes qualitatives sur le soin des plaies qui s'appliqueraient dans l'ensemble du système de soins de santé. Dans le cadre de ces travaux, les RLISS ont commencé à examiner les indicateurs de rendement pour les fournisseurs de services auxquels ils attribuent des marchés. Les RLISS prévoient mettre en oeuvre ces normes qualitatives et les indicateurs connexes d'ici décembre 2018.

- *réévaluer la possibilité d'utiliser la définition des « soins manqués » au lieu de suivre tous les scénarios possibles (visites manquées ou reportées et retards);*

État : Peu ou pas de progrès

Détails

En janvier 2015, les CASC ont révisé la définition de « soins manqués » et ont commencé à recueillir des données provinciales pour contribuer à établir des objectifs provinciaux en matière de « soins manqués ». Cette nouvelle définition ne comprend pas les visites lors desquelles le fournisseur de services est arrivé en retard ou le report d'une visite sans que le patient ait été avisé au préalable. Les CASC mesurent plutôt ces incidences en posant des questions connexes dans un sondage sur la satisfaction de la clientèle. En mars 2016, les CASC ont mis à jour l'entente conclue avec les fournisseurs de services afin d'inclure la définition révisée et les objectifs en matière de « soins manqués ». Les CASC prévoyaient commencer à faire rapport sur cet indicateur en utilisant la méthodologie révisée au cours du troisième trimestre de 2017-2018. Ces

modifications n'ont pas traité tous les aspects liés aux soins manqués.

- *imposer de façon constante des mesures correctives appropriées aux fournisseurs qui ne répondent pas aux attentes.*

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Au moment de notre audit de 2015, les CASC visités ont indiqué qu'ils surveillaient le rendement de leurs fournisseurs de services en regard d'un ensemble de normes de rendement qui font partie de tous les contrats de fournisseurs de services. Si un fournisseur de services ne respecte pas une norme, un CASC peut délivrer un avis d'amélioration de la qualité, qui exige que le fournisseur de services élabore un plan d'action en vue d'améliorer son rendement. Si les problèmes de rendement ne sont pas réglés, les CASC peuvent réduire le volume de service alloué au fournisseur ayant un rendement insatisfaisant ou résilier le contrat avec celui-ci. Durant l'exercice 2016-2017, des CASC ont délivré des avis d'amélioration de la qualité à des fournisseurs de services, mais ces CASC n'ont pas diminué le volume de services ni résilié de contrats.

Recommandation 10

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

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Tous les CASC ont apporté les changements suivants à la méthodologie du sondage sur la satisfaction de la clientèle afin d'améliorer l'exactitude et la fiabilité des réponses au sondage :

- mise à jour des critères d'inclusion et d'exclusion applicables au sondage pour maximiser les réponses et la taille des échantillons, ce qui améliorerait la fiabilité des données (par exemple, le sondage exclut maintenant tout patient ayant déjà rempli un sondage durant les 12 derniers mois et tout patient qui a refusé de prendre part à un sondage ces 9 derniers mois);
- mise à jour de la méthodologie d'échantillonnage du sondage et du protocole d'appel pour augmenter la probabilité de recevoir des réponses au sondage (par exemple, le sondage extrait maintenant uniquement des échantillons qui renferment des données de contacts primaires, ce qui aide à s'assurer que l'intervieweur communique avec le fournisseur de soins le plus approprié si le patient ne peut être interviewé; de plus, l'intervieweur peut maintenant contacter jusqu'à trois fournisseurs de soins plutôt qu'un, ce qui augmente la probabilité d'obtenir une réponse à un sondage);
- ajout de modules au sondage sur la satisfaction de la clientèle pour les patients en clinique et les patients en transition des hôpitaux aux soins à domicile afin d'améliorer l'exactitude des données pour certains services et clients.

Recommandation 11

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

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Au moment de notre suivi, les CASC visités durant notre audit de 2015 indiquaient que les membres de leur personnel effectuent des audits ou des visites

de sites pour surveiller la qualité des soins dispensés par les fournisseurs de services au domicile des clients. Par exemple, un CASC a commencé à visiter des fournisseurs de services en 2015 en mettant l'accent sur la sécurité des patients, et entendait se concentrer sur les obligations contractuelles liées au rendement et à l'amélioration de la qualité en 2017-2018. En 2015-2016 et 2016-2017, un autre CASC a réalisé des audits internes et des audits sur place de ses fournisseurs de services pour faire enquête sur des possibilités précises d'amélioration de la qualité.

Recommandation 12

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

- *prioriser les plaintes reçues en fonction du niveau de risque et répondre d'abord aux plus urgentes;*

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Au moment de notre suivi, les CASC visités durant notre audit de 2015 avaient établi un processus en vue de documenter et de prioriser les plaintes reçues et d'y répondre. Par exemple, un CASC a indiqué qu'il accuse réception des plaintes dans les deux jours ouvrables. Ce CASC a également instauré une réunion quotidienne des coordonnateurs de soins pour étudier les nouvelles plaintes et faire le point sur les enquêtes concernant les plaintes en cours. Un autre CASC a établi une politique de priorisation des réponses aux plaintes. Ce CASC établissait le degré de priorité des plaintes en fonction de leur impact (élevé, moyen ou faible) sur le client et répondait aux clients en fonction du niveau d'impact.

- *exiger des fournisseurs de services qu'ils identifient les préoccupations communes des*

plaignants et analysent cette information afin de prendre les mesures complémentaires qui s'imposent.

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons constaté que ni le Ministère ni les RLISS n'exigeaient que les CASC déclarent la nature des plaintes locales, et que seulement l'un des trois CASC visités déclarait la nature des plaintes à son RLISS. Au moment de ce suivi, les trois CASC ont indiqué que tous les trimestres, les fournisseurs de services font rapport du nombre et de la nature des plaintes, des préoccupations et des mesures prises pour régler les plaintes. Par exemple, un CASC exigeait que les fournisseurs de services documentent les plaintes du client dans un système; le CASC a ensuite analysé ces renseignements pour déterminer les possibilités d'amélioration de la qualité ou du rendement. Un autre CASC a lancé un rapport d'information en avril 2017 pour consigner les événements à risque élevé de perfusion et de médication.

Recommandation 13

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

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

Détails

Au moment de l'audit de 2015, nous avons constaté que le Ministère demandait seulement aux fournisseurs de services contractuels de déclarer, chaque année, qu'ils s'étaient conformés à l'augmentation de salaire des préposés aux services de soutien à la personne, mais qu'il n'y avait pas de processus d'audit pour veiller à ce que les fonds fournis soient dépensés pour recruter et maintenir en poste des préposés aux services de soutien à la personne. Au

moment de ce suivi, c'était toujours le cas. Le Ministère a fait savoir que les fournisseurs de services doivent attester leur conformité à la Directive sur l'augmentation du salaire des préposés aux services de soutien à la personne, et à son Addenda, au moyen d'un certificat de conformité. Cette attestation doit être signée par le plus haut dirigeant de l'organisation et confirmée par le président de son conseil d'administration. Les CASC (actuellement les RLISS) ont fait un suivi des attestations reçues au cours de la période triennale de l'initiative et ont porté à l'attention du Ministère les cas de non-conformité, qui ont depuis été réglés. Le Ministère a indiqué qu'il collaborera avec les 14 RLISS pour mener un audit provincial d'ici juin 2018 afin d'assurer que les fonds versés ont été engagés pour recruter et maintenir en poste des préposés aux services de soutien à la personne.

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

Recommandation 14

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

- examiner les indicateurs recueillis et vérifier s'ils restent pertinents pour déterminer l'efficacité et l'efficience des soins à domicile;
État : En voie de mise en oeuvre d'ici septembre 2017

Détails

À compter du printemps 2016, le secteur des soins à domicile a participé à l'examen provincial des indicateurs de soins à domicile et en milieu communautaire dirigé par Qualité des services de santé Ontario, qui évaluait les indicateurs de soins à domicile sur lesquels il fait actuellement

rapport au public. L'examen a été effectué en mars 2017. Au moment de notre suivi, le Ministère étudiait le résultat de l'examen des indicateurs et prenait en compte les améliorations à la méthodologie actuelle, qu'il prévoyait achever d'ici septembre 2017. Le Ministère prévoit également de travailler avec Qualité des services de santé Ontario pour établir de nouveaux indicateurs de l'expérience patient qui sont les plus significatifs pour les patients, les fournisseurs de soins et le public.

- rendre publics plus de résultats des mesures de rendement obtenus par les CASC;

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2017

Détails

Au moment de notre audit de 2015, les CASC avaient déclaré publiquement leur rendement par rapport aux objectifs dans les domaines des finances, des volumes, des services, de l'amélioration de la qualité et du coût des patients servis. Au moment de notre suivi, le Ministère évaluait le résultat de l'examen des indicateurs de soins à domicile et de soins en milieu communautaire, dont il se servirait pour déterminer les rapports publics futurs sur les mesures du rendement.

- envisager d'établir des objectifs pour tous les secteurs de rendement au besoin;

État : En voie de mise en oeuvre avant décembre 2018

Détails

Au moment de notre suivi, les CASC et le Ministère collaboraient avec Qualité des services de santé Ontario pour examiner les indicateurs de services de soins à domicile à l'échelon provincial, au niveau des RLISS et au niveau des fournisseurs de services. Il prévoit ensuite établir, d'ici décembre 2018, des objectifs de service pour ces nouveaux indicateurs afin d'assurer le suivi des progrès dans l'amélioration de la cohérence des soins.

- élaborer plus d'indicateurs fondés sur les résultats à mesurer par rapport au rendement global des CASC;

État : En voie de mise en oeuvre d'ici septembre 2017

Détails

Au moment de notre suivi, le secteur des soins à domicile collaborait avec Qualité des services de santé Ontario pour élaborer des normes qualitatives de soins et de réadaptation dans les cas de fractures de la hanche. Les normes de qualité pour les soins des fractures de la hanche et les recommandations relatives à leur adoption sont en voie d'être approuvées par Qualité des services de santé Ontario et seront publiées à l'automne 2017. Le secteur collaborait également avec la Rehabilitative Care Alliance à l'élaboration de cadres de pratiques exemplaires relatives aux soins de réadaptation pour les patients ayant subi des fractures de la hanche et des arthroplasties primaires de la hanche et du genou. Le secteur des soins à domicile élaborait aussi des indicateurs de mesure du rendement

des CASC dans ce domaine. Le secteur des soins à domicile établissait une communauté de pratique provinciale en matière de réadaptation — un groupe de professionnels qui partagent leurs renseignements et leur savoir sur les services de réadaptation — pour aider le secteur à mettre des normes en oeuvre une fois celles-ci achevées. Les RLIS poursuivront l'élaboration des indicateurs fondés sur les résultats de façon continue, mais s'attendent à ce que la majeure partie de ces travaux soient terminés d'ici décembre 2018.

- mettre les données sur la réadmission à l'hôpital à la disposition des centres d'accès aux soins communautaires en temps plus opportun.

État : En voie de mise en oeuvre d'ici septembre 2017

Détails

En mai 2017, le Ministère a fourni des données hospitalières à Services communs pour la santé Ontario. Lors de ce suivi, les deux parties collaboraient à l'assurance de la qualité des données.