
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE

3.07–Services communautaires

CONTEXTE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le ministère), par l'entremise de sa Division de la santé communautaire, verse des paiements de transfert à 42 centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et à quelque 850 organismes de services communautaires de soutien (SCS) pour la prestation de services communautaires. Ces fonds permettent d'offrir des services professionnels, de ménage et d'appoint à domicile aux personnes qui devraient autrement être admises dans des hôpitaux ou établissements de soins de longue durée ou y prolonger leur séjour. Ils aident également des personnes âgées fragiles et des personnes handicapées à vivre chez elles de la manière la plus autonome possible.

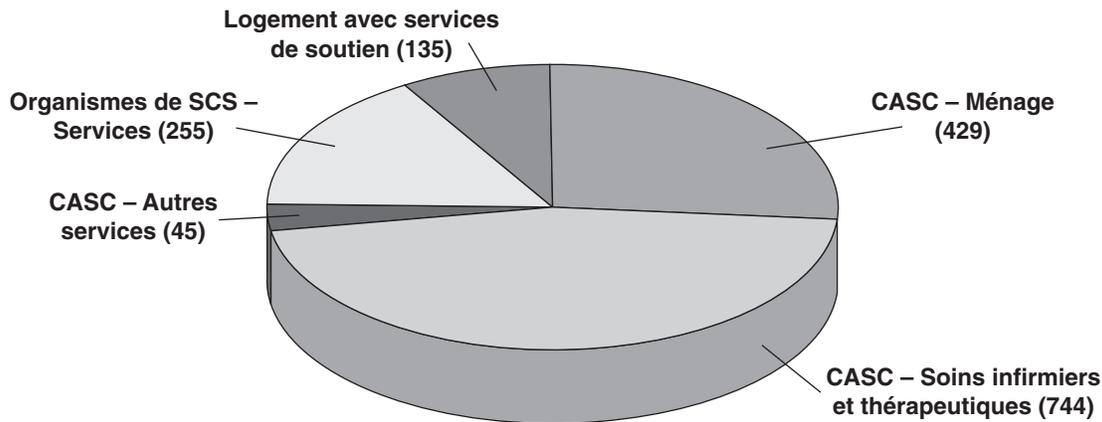
Exemples de services communautaires financés par le ministère

Services offerts par l'intermédiaire des CASC et achetés au nom des bénéficiaires	Services offerts par l'intermédiaire des organismes de SCS et dont ceux-ci assurent la prestation
<ul style="list-style-type: none">• Services professionnels<ul style="list-style-type: none">– soins infirmiers– ergothérapie– physiothérapie– travail social	<ul style="list-style-type: none">• logement avec services de soutien• Popote roulante• transport• entretien ménager et réparations• visites amicales• contrôles de sécurité
<ul style="list-style-type: none">• Services de ménage<ul style="list-style-type: none">– nettoyage– lessive– courses, opérations bancaires, règlement des factures– préparation des repas	
<ul style="list-style-type: none">• Services de soutien à la personne<ul style="list-style-type: none">– aide à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, par exemple l'hygiène personnelle	

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

En 2003-2004, le ministère a transféré environ 1,6 milliard de dollars à des CASC et des organismes de SCS. La dernière fois que nous avons vérifié ce programme, en 1997-1998, le financement s'élevait à 1,2 milliard de dollars.

**Dépenses en services communautaires, 2003-2004
(en millions de dollars)**



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

La prestation des services communautaires est régie par la *Loi sur les soins de longue durée* et la *Loi sur l'assurance-santé*. La *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires* a transformé les CASC, qui étaient auparavant des sociétés sans but lucratif administrées par des conseils indépendants nommés par la collectivité, en sociétés de droit public administrées par des conseils dont les membres sont nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Les exigences administratives, financières et de communication que les CASC et les organismes de SCS sont tenus de respecter sont énoncées dans des protocoles d'entente et des ententes de services conclus entre chaque CASC ou organisme de SCS et le ministère.

C'est à la Direction des centres d'accès aux soins communautaires de la Division de la santé communautaire du ministère qu'il incombe de prendre les décisions relatives au financement et à la répartition des ressources, de déterminer les orientations stratégiques et de mettre en œuvre les initiatives de réforme des services communautaires. Les sept bureaux régionaux, quant à eux, sont chargés d'administrer les programmes et d'affecter les fonds aux CASC et aux organismes de SCS conformément aux politiques du ministère et aux lois applicables.

OBJECTIF ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

Notre vérification des programmes de services communautaires financés par paiements de transfert visait à déterminer si le ministère avait mis en place les procédures requises pour lui permettre de s'assurer que les services fournis par les centres d'accès aux soins communautaires et les organismes de services communautaires de soutien répondaient à ses attentes de manière rentable.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes des missions de certification, englobant l'optimisation des ressources et la conformité, établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, et comprenait, en conséquence, les tests et autres procédures que nous jugeons nécessaires dans les circonstances. Les critères utilisés pour atteindre les objectifs de notre vérification ont fait l'objet de discussions avec la haute direction du ministère et celle-ci les a acceptés.

La vérification englobait l'examen et l'analyse des données pertinentes mises à notre disposition par la Direction des CASC du ministère, trois de ses sept bureaux régionaux et le Bureau du Projet de réaménagement des soins de longue durée, ainsi que des discussions avec le personnel concerné. Nous avons également interrogé d'autres administrations et rencontré des chercheurs et des experts dans le domaine des services communautaires, de même que des représentants de l'Ontario Home Health Care Providers' Association, de l'Ontario Association of Community Care Access Centres et de l'Ontario Community Support Association.

Nous avons jeté un coup d'œil aux activités du Service de vérification interne du ministère et constaté qu'il n'avait pas effectué, dans le domaine de la prestation des services communautaires, des vérifications ou examens récents se répercutant sur la portée de notre vérification.

CONCLUSIONS GLOBALES DE LA VÉRIFICATION

Le ministère a reconnu qu'il devait améliorer ses procédures pour mieux s'assurer que les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et les organismes de services communautaires de soutien (SCS) répondent à ses attentes de manière rentable. Par exemple, il était en train de mettre en œuvre un certain nombre d'initiatives visant à améliorer la responsabilisation, l'uniformité et la coordination des CASC, dont un protocole d'entente normalisé, un modèle de plan d'activités annuel pour les CASC, ainsi qu'une ébauche de manuel de politiques à leur intention.

Bien qu'il y ait eu des progrès, nous reprenons dans ce rapport certaines des préoccupations soulevées dans notre *Rapport annuel 1998*. Ce rapport faisait

notamment état de la nécessité d'une formule de financement davantage axée sur les besoins évalués, de mesures permettant de démontrer que les clients reçoivent effectivement des soins de qualité, et d'un système de collecte de données sur les services fournis et les coûts engagés au niveau de chaque client. Au cours de la présente vérification, nous avons notamment constaté ce qui suit :

- La formule utilisée par le ministère pour déterminer le niveau de financement à offrir aux CASC et aux organismes de SCS ne permet toujours pas d'évaluer les besoins en services ou d'assurer un accès équitable aux services à l'échelle de la province. Un examen indépendant de la formule de financement révélait que le ministère n'avait pas pleinement tenu compte des écarts substantiels entre différentes régions de la province en ce qui concerne les besoins en soins à domicile et que certains CASC recevaient beaucoup plus ou beaucoup moins d'argent que si les niveaux de service étaient appliqués de façon uniforme dans tout l'Ontario.
- Entre 2001-2002 et 2002-2003, période durant laquelle on a maintenu le financement des CASC aux niveaux de 2000-2001, le nombre de visites pour soins infirmiers a diminué de 22 % et le nombre d'heures de ménage, de 30 %. Le ministère n'avait pas formellement évalué l'impact d'une si forte baisse sur les bénéficiaires ou sur d'autres volets du régime de soins de santé (par exemple, un besoin accru de soins hospitaliers).
- Le ministère n'avait pas encore élaboré de normes de service afin de déterminer si les services communautaires étaient fournis aux niveaux prévus et de manière uniforme, équitable et rentable dans toute la province.
- Un outil d'évaluation standard à l'intention de tous les CASC de la province, devant aider à uniformiser l'évaluation des besoins des clients, était en voie de mise en œuvre.
- Le ministère devait accroître ses efforts afin d'évaluer la qualité des soins prodigués aux bénéficiaires et de vérifier la conformité aux lois et à ses normes.
- Le ministère a reconnu en 1998 que l'élaboration d'un nouveau système d'information était une priorité élevée. Malgré les progrès réalisés, l'information requise pour surveiller et gérer efficacement les services communautaires, comme les données sur les services fournis à chaque client et les coûts connexes, n'était pas encore disponible.
- En réponse à notre recommandation de 1998 – que les CASC vérifient si les personnes demandant des services sont titulaires d'une carte valide du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (carte Santé) –, le ministère a mis en œuvre un système de vérification par téléphone. Cependant, bien que plus de 250 000 personnes aient bénéficié des services de 25 des 42 CASC au cours de la période biennale ayant suivi la mise en œuvre, moins de 1 000 numéros de carte Santé ont été validés par le nouveau système.

Nous avons eu des discussions avec le ministère et lui avons recommandé des améliorations. Celui-ci a répondu qu'il faisait des progrès dans la mise en œuvre de nos recommandations.

CONSTATATIONS DÉTAILLÉES DE LA VÉRIFICATION

FINANCEMENT DES PROGRAMMES

Financement basé sur les besoins cernés

Les besoins en services communautaires des différentes régions de la province varient selon les autres services disponibles et les caractéristiques démographiques de chaque région – par exemple, le nombre d'ânés et de personnes handicapées et leur âge, la gravité des invalidités et le niveau de soutien offert par la famille et les amis.

Dans notre *Rapport annuel 1998*, nous faisons remarquer qu'en 1994-1995, le ministère avait introduit une formule de répartition des nouveaux fonds entre différentes régions de la province. Il avait alors reconnu que beaucoup de régions recevaient moins que leur part équitable des fonds existants, tandis que d'autres recevaient beaucoup plus. Afin d'assurer l'équité du financement et de l'accès aux services en fonction des besoins, nous avons alors recommandé au ministère de s'assurer que sa formule de financement tenait compte des besoins de services, des changements démographiques permanents et des changements dans le système des soins de santé. Le ministère avait indiqué qu'il continuerait de s'efforcer « d'éliminer les injustices relatives au financement et les différences de niveaux de service » entre les régions et qu'il examinerait et validerait régulièrement l'efficacité de la formule de financement.

En juin 2002, un comité d'étude du financement des services communautaires, où divers intervenants étaient représentés, a chargé un organisme de recherche d'évaluer la formule en vigueur et de recommander les améliorations possibles. Les chercheurs ont proposé une formule de financement tenant compte de l'état de santé et des caractéristiques sociodémographiques de la population desservie par chaque centre d'accès aux soins communautaires (CASC).

En 2003, l'organisme de recherche a déclaré que, selon l'information contenue dans une enquête sur la santé réalisée en 1996-1997, il y avait des écarts substantiels entre les besoins estimatifs de chaque CASC et les niveaux de financement existants. Selon la formule employée par les chercheurs, en 1999-2000, 20 des 43 régions desservies par des CASC recevaient un financement dépassant leurs besoins de plus de 10 %, tandis que 15 autres étaient sous-financées dans une proportion supérieure à 10 %.

Par exemple, les chercheurs estimaient qu'un CASC qui avait reçu 101 \$ par personne en 1999-2000 aurait dû recevoir 317 \$, tandis qu'un autre aurait dû recevoir 56 \$ plutôt que 111 \$ par personne. Les chercheurs ont également recommandé au ministère de mettre leur analyse à jour en utilisant les dernières données sur le recours aux soins à domicile ainsi que les données plus récentes de l'enquête sur la santé. Le comité d'étude du financement des services communautaires a approuvé les résultats de la recherche, mais nous croyons comprendre que l'analyse des chercheurs n'a pas été mise à jour et que le ministère n'a pas encore déterminé la meilleure façon de procéder pour répartir les fonds en se basant principalement sur les besoins de chaque région.

Un inconvénient de la formule de financement actuelle et de celle des chercheurs est qu'elles utilisent toutes deux les données sur les services offerts par les CASC pour répartir les fonds alloués aux services communautaires de soutien. Dans notre *Rapport annuel 1998*, nous avons souligné que la formule de financement ne tenait pas compte de la division des fonds entre les CASC et les organismes de services communautaires de soutien (SCS). À cette époque, la proportion des fonds alloués aux deux groupes variait sensiblement entre différentes régions de la province. Étant donné que les services fournis par les CASC et ceux offerts par les organismes de SCS (comme l'aide au transport et la Popote roulante) répondent souvent à des besoins différents et ne sont pas interchangeables, des écarts prononcés peuvent indiquer de plus grandes iniquités que celles indiquées par la formule en ce qui concerne l'accès à certains services entre différentes régions de la province. Par exemple, dans une des régions, le CASC a reçu 69 % du financement tandis que, dans une autre région, le CASC en a reçu 90 %, le reste des fonds allant aux organismes de SCS. En réponse à une recommandation figurant dans notre *Rapport annuel 1998*, le ministère a affirmé qu'il s'occupait de « régler les principales différences dans le partage local des fonds » entre les CASC et les organismes de SCS. Au moment de la présente vérification, il y avait encore d'importantes différences entre les régions dans la proportion du financement allouée aux CASC et aux organismes de SCS.

Recommandation

Pour que les gens ayant des besoins semblables mais vivant dans différentes régions de la province puissent jouir d'un accès équitable à un niveau semblable de services communautaires, le ministère doit s'assurer que :

- **les fonds sont répartis en fonction des besoins évalués à l'aide de données à jour;**
- **la formule de répartition des fonds régionaux entre les centres d'accès aux soins communautaires et les organismes de services communautaires de soutien tient compte des différents types de services requis.**

Réponse du ministère

Le ministère souscrit à cette recommandation et a modifié sa méthodologie de financement de manière à atteindre les objectifs. La formule de financement a été révisée (en juin 2004) afin d'assurer l'équité de la répartition des fonds, par personne, entre les régions pour 2004-2005. La formule modifiée de financement équitable tient compte des facteurs permettant de déterminer les besoins relatifs de la population – par exemple, la taille de la population, l'âge, le sexe, la ruralité et les niveaux de services requis par les personnes qui doivent recevoir des soins à domicile après une hospitalisation.

En outre, les plus récentes données du Système ontarien d'administration des soins à domicile, qui comprennent les données de 2003-2004 sur l'utilisation et la population, ont été utilisées dans la plus récente répartition du financement pour 2004-2005.

Mesures de compression des coûts – CASC

Entre 1997-1998 et 2000-2001, les CASC ont enregistré des déficits totalisant quelque 118 millions de dollars, que le ministère a fini par éponger. En mai 2001, le ministère a informé les CASC que le financement pour l'exercice 2001-2002 serait maintenu aux niveaux de 2000-2001. Les CASC ont répondu que cela les obligerait à réduire leurs services pour compenser les hausses de tarif prévues dans les contrats de leurs fournisseurs de services. Un CASC a fait remarquer que, par suite d'un appel d'offres concurrentiel, il faisait face à une augmentation de 48 % du coût de chaque visite pour soins infirmiers pour la durée de son contrat avec le fournisseur de services.

Afin d'aider les CASC à équilibrer leurs budgets, le ministère leur a remis des lignes directrices pour l'élaboration de stratégies uniformes et appropriées de compression des coûts. Ses bureaux régionaux ont souligné que les efforts de compression des coûts devaient reposer sur l'évaluation des besoins de chaque client et être conformes aux lois et aux politiques du ministère. La *Loi sur les soins de longue durée* exige des organismes qu'ils élaborent un plan de service pour chacun de leurs clients. Si un service n'est pas immédiatement disponible, le client devrait être inscrit sur une liste d'attente pour ce service. Une fois que le plan est approuvé et que le client commence à recevoir les services, rien n'est prévu pour réviser le plan en cas de compressions financières. La *Loi* ne permet les révisions qu'en cas de changement des besoins individuels.

En examinant la correspondance régionale, nous avons remarqué que plusieurs des stratégies proposées semblaient contredire les lignes directrices du ministère. Par exemple, bien que celles-ci interdisent les réductions arbitraires de services, plusieurs CASC proposaient des initiatives prévoyant des réductions générales. Nous avons

remarqué qu'entre 2000-2001 et 2002-2003, le nombre d'heures de ménage et de visites pour soins infirmiers avait diminué de 30 % et 22 % respectivement. Le ministère a indiqué qu'il avait analysé l'impact de ces décisions en examinant les soumissions au conseil d'examen et d'appel des services de santé. Cependant, cela n'a pas été suffisant pour déterminer l'impact des réductions sur les bénéficiaires des services communautaires ou sur d'autres composantes du régime de soins de santé, comme les établissements de soins de longue durée et les hôpitaux. L'envergure de ces réductions exigeait un suivi plus formel de la part du ministère.

Recommandation

Pour qu'il soit possible d'évaluer l'impact des futures stratégies de compression des coûts ou d'amélioration adoptées par les centres d'accès aux soins communautaires, le ministère doit :

- **surveiller l'envergure des changements apportés aux services individuels afin de s'assurer qu'ils sont conformes aux lois et à ses lignes directrices;**
- **évaluer formellement l'impact des grandes initiatives de compression des coûts sur les bénéficiaires et sur d'autres composantes du régime de soins de santé.**

Réponse du ministère

En 2003-2004, le ministère a informé les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) que les décisions relatives à la réduction des services ne pouvaient être basées que sur une réévaluation appropriée des besoins des clients. Dans l'avenir, des outils et calendriers communs de réévaluation périodique aideront les CASC à offrir des services appropriés à leurs clients.

Listes d'attente

Des listes d'attente tenues à jour et faisant l'objet d'un suivi adéquat sont une des sources d'information pouvant aider le ministère à déterminer si l'accès aux services est équitable. Le ministère a toutefois restreint l'information sur les listes et les périodes d'attente. L'information que le ministère a reçue des CASC était plus récente, mais son uniformité et son exactitude laissaient à désirer.

La *Loi sur les soins de longue durée* autorise le ministre à réglementer les listes d'attente et le classement des demandeurs de services. Cependant, au moment de notre vérification, il n'y avait pas de règlements en place sur ces points, et le ministère n'avait pas de lignes directrices détaillées sur la gestion des listes d'attente pour tous les CASC. Étant donné le manque d'uniformité possible entre les CASC parce que chacun d'eux établit ses propres critères de placement sur les listes d'attente,

l'information fournie au ministère n'est pas nécessairement comparable. Par exemple, un bureau régional indiquait, dans sa correspondance avec un CASC, qu'un client ne devait être inscrit sur une liste d'attente que si le service pouvait être fourni après une ou deux semaines; sinon, il ne devait pas figurer sur la liste. Cette approche risque d'entraîner une sous-estimation importante du nombre de personnes ayant besoin d'un service donné.

Il arrivait périodiquement au ministère d'établir un tableau récapitulatif des listes d'attente, mais il n'y avait pas d'information relative au temps d'attente sur les listes existantes ou antérieures, ou aux périodes d'attente moyennes pour chaque type de service dans le passé. Selon l'information recueillie par le ministère, certaines régions comptaient, au 31 mars 2003, un nombre important de personnes en attente de services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie.

Listes d'attente régionales par type de service au 31 mars 2003

Type de service	Région							Total
	1	2	3	4	5	6	7	
ménage	17	0	0	31	9	37	0	94
soins infirmiers	0	0	0	50	1	57	0	108
physiothérapie	121	157	415	666	423	197	51	2 030
ergothérapie	1 596	350	1 910	705	1 115	395	131	6 202
travail social	92	3	90	63	52	18	11	329
orthophonie	1 176	552	1 379	269	852	132	239	4 599
diététique	44	7	44	73	47	34	2	251
Nombre total de personnes inscrites sur des listes d'attente	3 046	1 069	3 838	1 857	2 499	870	434	13 613

Source des données : Système de services communautaires du MSSLD – 31 mars 2003

Nous avons examiné les listes d'attente pour les services des CASC au cours des deux années précédentes et découvert des tendances marquées. Nous avons également noté que, dans certaines régions, la liste d'attente était principalement le fait d'un ou deux CASC. Ainsi, les difficultés d'accès pourraient ne pas s'appliquer à toute la région. Par exemple, dans une région, un des quatre CASC était responsable de 45 % de la liste d'attente régionale. Nous croyons que des renseignements fiables de ce genre seraient extrêmement utiles au ministère dans le cadre de son processus de répartition du financement, à l'échelle régionale et entre les CASC de chaque région.

Recommandation

Pour que l'accès aux services communautaires soit équitable à l'échelle de la province, le ministère doit :

- établir des politiques et procédures uniformes sur la tenue des listes d'attente;
- recueillir et analyser les données sur les listes et les périodes d'attente et utiliser cette information dans le cadre de son processus de répartition du financement.

Réponse du ministère

Le ministère souscrit à ces commentaires et a réalisé d'importants progrès dans la mise en œuvre de la recommandation.

En 2003-2004, le ministère a commencé à élaborer des politiques et procédures sur la tenue des listes d'attente, qui ont été communiquées aux centres d'accès aux soins communautaires par l'entremise des bureaux régionaux. Il a recueilli des renseignements sur les listes d'attente et les a utilisés pour fournir un financement ponctuel.

Acquisition de services par les centres d'accès aux soins communautaires

En 1996, le ministre alors en poste a annoncé que les CASC seraient tenus d'acquérir des services de soins infirmiers, de ménage, de soutien à la personne et autres par le biais d'un processus concurrentiel basé sur la meilleure qualité au prix le plus avantageux. Dans notre *Rapport annuel 1998*, nous recommandions au ministère d'évaluer la mise en œuvre du processus concurrentiel, en plus d'élaborer et d'appliquer des méthodes normalisées dont les CASC pourraient se servir pour déterminer si les soumissionnaires retenus honorent leurs engagements relatifs à la qualité du service.

Au cours de la présente vérification, nous avons découvert que le ministère n'avait pas encore mis au point les processus nécessaires pour déterminer si les exigences relatives à la qualité des services stipulées dans les demandes de propositions étaient respectées, ce qui l'aiderait à comparer la qualité des services et la rentabilité des processus des différents CASC. Nous avons toutefois noté qu'on avait, avec la participation du ministère, entrepris des études indépendantes pour évaluer l'impact du processus concurrentiel sur la qualité des services communautaires de soins infirmiers et sur les résultats pour les clients. Il importe également, pour le ministère, de surveiller l'effet du processus d'acquisition concurrentiel sur la prestation des services. Par exemple, si un CASC fait affaire avec seulement un ou deux fournisseurs, cela risque de réduire la concurrence dans l'avenir, particulièrement dans les régions où il y a peu de fournisseurs.

Recommandation

Pour que le processus de demande de propositions réponde à son objectif d'obtenir des services de qualité au prix le plus avantageux, le ministère doit :

- obtenir des renseignements fiables afin d'évaluer le coût et la qualité des services fournis;
- surveiller l'impact global sur le nombre de fournisseurs disponibles, particulièrement dans les régions où il y en a peu.

Réponse du ministère

Le ministère souscrit pleinement à cette recommandation et reconnaît la nécessité de s'assurer que les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) offrent des services de qualité au prix le plus avantageux.

Les demandes de proposition définissent clairement les attentes en matière de services, un mécanisme d'établissement de rapports a été établi pour permettre aux CASC de surveiller la prestation des services, et le ministère recueillera des données qualitatives et quantitatives spécifiques à cet égard. On continuera de surveiller l'impact sur le nombre de fournisseurs disponibles en recueillant des données sur le nombre d'exceptions au processus d'approvisionnement et le nombre de services refusés par les fournisseurs. Des politiques qui peuvent régler les problèmes survenant dans les régions où il y a peu de fournisseurs sont en place.

OUTIL D'ÉVALUATION COMMUN

Depuis 1990, le ministère reconnaît la nécessité d'un processus commun d'évaluation pour que les personnes ayant des besoins semblables soient évaluées de la même façon, quelle que soit la région de l'Ontario où elles habitent. On pourrait aussi utiliser les données recueillies par ce processus pour élaborer des normes provinciales en matière d'accès et de prestation des services.

En 1997, le ministère a commencé à tester son outil d'évaluation commun dans cinq CASC. En avril 2001, les CASC ayant détecté d'importantes lacunes, il a constitué un groupe d'experts et l'a chargé de choisir un outil d'évaluation standard répondant aux exigences des CASC. Le groupe a recommandé le logiciel Resident Assessment Instrument–Home Care (RAI–HC), un outil normalisé de grande ampleur visant à évaluer les besoins et les points forts des adultes recevant des services communautaires.

Le RAI–HC a été adopté pour les clients qui ont besoin de services pour plus de 59 jours et qui pourraient finir par être admis dans des établissements de soins de longue durée. Il fallait une version papier de cet outil d'évaluation pour permettre au

ministère d'honorer son engagement à mettre en œuvre un outil d'évaluation standard pour ces clients avant décembre 2003. Les dépenses à engager pour acquérir et mettre en œuvre la version papier et pour apprendre aux gestionnaires de cas des CASC à s'en servir étaient évaluées à 15 millions de dollars sur trois ans, et le ministère a réussi à mener à bien le projet dans les limites du budget établi avant la fin de l'exercice 2003-2004.

En juillet 2003, le Conseil de gestion du gouvernement a approuvé l'acquisition du logiciel RAI–HC pour les CASC. En février 2004, le contrat portant sur l'outil d'évaluation commun a été signé, pour un coût approuvé d'environ 3,7 millions de dollars sur quatre ans. Une fois que les CASC auront terminé la mise en œuvre du logiciel, la version papier ne sera plus nécessaire.

Toujours en février 2004, le personnel du ministère nous a avisés qu'un module pour les clients ayant besoin de services pour un maximum de 59 jours serait bientôt mis à l'essai dans plusieurs CASC et que le ministère était en train d'élaborer un plan de projet pour ce module, avec échéancier de mise en œuvre sur deux ans.

Des progrès ont été réalisés dans la mise en application des outils normalisés d'accueil et d'évaluation à l'échelle de la province. Il est toutefois essentiel que le ministère mette en place les mécanismes nécessaires de surveillance du système et des bureaux régionaux pour s'assurer que les outils automatisés sont appliqués de manière uniforme et qu'ils garantissent un accès équitable à des niveaux de service comparables.

Recommandation

Pour que les besoins des clients soient évalués de manière uniforme à l'échelle de la province, le ministère doit surveiller la capacité de l'outil d'évaluation commun à garantir des niveaux de services comparables aux clients ayant des besoins semblables, où qu'ils habitent dans la province.

Réponse du ministère

Le ministère reconnaît l'importance de cette recommandation et a pris des mesures pour que la mise en œuvre du logiciel Resident Assessment Instrument—Home Care (pour les clients adultes de long séjour) destiné à tous les centres d'accès aux soins communautaires soit achevée d'ici la fin de 2004-2005.

L'élaboration d'outils de triage et de court séjour (pour les clients adultes de court séjour) commencera durant l'hiver 2004-2005.

SURVEILLANCE DES CASC ET DES ORGANISMES DE SCS

Ententes de services et rapports financiers

Le ministère doit recevoir trois types de rapports des CASC et des organismes de SCS :

- Les ententes annuelles concernant la prestation des services comprennent un accord juridique, un plan de prestation des services et un budget.
- Les rapports financiers et statistiques trimestriels soumis aux bureaux régionaux du ministère contiennent les renseignements requis pour surveiller les services fournis et les dépenses réellement engagées.
- Des rapports annuels de rapprochement (RAR), incluant des états financiers vérifiés, doivent être soumis aux bureaux régionaux dans les trois mois suivant la fin de l'exercice.

Pour les exercices 2001-2002 et 2002-2003, nous avons constaté que les trois bureaux régionaux visités avaient mis en place des processus leur permettant de surveiller la réception des plans de prestation de services, budgets et RAR des CASC et des organismes de SCS. Nous avons cependant remarqué que, même si les budgets étaient présentés en temps opportun, les bureaux régionaux tardaient à les examiner et à les approuver. Par exemple, les budgets 2002-2003 des CASC et des organismes de SCS n'ont été approuvés qu'en janvier 2003, soit neuf mois après le début de l'exercice. En outre, le ministère n'avait pas établi de délais pour l'examen régional des RAR et des états financiers vérifiés.

Recommandation

Pour que les processus de financement et de rapprochement encouragent une surveillance et une évaluation uniformes en temps opportun de l'utilisation des ressources par un organisme, le ministère doit élaborer des normes de rendement pour le traitement régional des rapports annuels de rapprochement et accélérer l'examen et l'approbation des budgets annuels.

Réponse du ministère

Le ministère continuera de travailler à la surveillance et l'évaluation efficaces des ressources des organismes.

Le personnel financier des régions examine les rapports annuels de rapprochement soumis par les centres d'accès aux soins communautaires. Il utilise l'outil d'analyse et d'examen budgétaire pour accélérer l'examen et l'approbation de leurs budgets annuels.

Surveillance des fournisseurs de services

La *Loi sur les soins de longue durée* exige des organismes agréés en vertu de la *Loi* qu'ils établissent des processus de réception et d'examen des plaintes reçues des bénéficiaires. Le ministère oblige actuellement les CASC et les organismes de SCS à inclure dans leurs soumissions annuelles une description de leurs processus de traitement des plaintes et de leurs politiques et procédures en matière de gestion de la qualité.

Dans notre *Rapport annuel 1998*, nous avons noté que les bureaux régionaux du ministère ne disposaient pas de système pour enregistrer la réception, les détails et l'état des plaintes reçues au sujet des services communautaires. Le ministère a indiqué qu'il mettrait au point un processus formel pour uniformiser l'enregistrement et le traitement des plaintes reçues. Il a ajouté qu'il demanderait aux CASC de communiquer des données statistiques sur le nombre, le type et le traitement des plaintes des clients. Les autres organismes recevant des fonds pour offrir des services communautaires seraient tenus d'informer leurs clients de la procédure à suivre pour présenter une plainte et de communiquer les données connexes.

Au cours de la présente vérification, à part quelques plaintes écrites dans les dossiers, nous avons constaté que deux des trois régions visitées n'avaient pas encore de système pour consigner la réception et la résolution des plaintes.

En 1998 et de nouveau cette année, nous avons remarqué que les bureaux régionaux n'avaient pas formellement examiné l'efficacité des processus de règlement des plaintes. En décembre 2000, les consultants engagés par le ministère ont trouvé des écarts dans la définition des plaintes, et les méthodes employées pour assurer leur suivi ont rendu difficiles le dénombrement et la classification des plaintes reçues par les CASC.

En avril 2003, le ministère a diffusé une ébauche de politique obligeant les organismes de services communautaires de soutien à signaler promptement les incidents graves et les problèmes persistants à ses bureaux régionaux. Les organismes seraient également tenus de communiquer chaque année au ministère les données relatives aux plaintes, dont les méthodes proposées pour les régler ainsi que les tendances et leur évolution. La politique n'obligeait toutefois pas les CASC à communiquer systématiquement les données sur le nombre et le type de plaintes reçues et leur résolution.

La *Loi sur les soins de longue durée* permet au ministre de la Santé et des Soins de longue durée de désigner des superviseurs de programme chargés d'inspecter les locaux commerciaux des fournisseurs de services communautaires ainsi que les locaux où les services sont fournis. Les inspections permettent d'évaluer la qualité des services et leur conformité aux lois et normes provinciales.

Dans notre *Rapport annuel 1998*, nous avons noté que le ministère ne faisait pas d'inspections et qu'il n'avait pas élaboré de procédures à cette fin. Nous avons également découvert que les programmes semblables aux États-Unis et au Royaume-Uni prescrivait des visites aux bénéficiaires des soins et services. Nous avons recommandé au ministère d'élaborer des procédures d'inspection appropriées et d'inspecter périodiquement les organismes. Or, nous avons constaté, au cours de la présente vérification, que les trois bureaux régionaux visités n'inspectaient pas périodiquement les CASC et les organismes de SCS et que les visites informelles des organismes par le personnel des CASC n'étaient pas toujours documentées.

Recommandation

Pour que les clients reçoivent des services communautaires efficaces et de qualité, le ministère doit :

- **concevoir un processus formel pour consigner la réception et la résolution de toutes les plaintes aux bureaux régionaux;**
- **surveiller les processus de règlement des plaintes aux centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et aux organismes de services communautaires de soutien afin d'en assurer l'uniformité;**
- **exiger des CASC et des autres organismes de services communautaires qu'ils communiquent périodiquement des renseignements sommaires sur le nombre et le type de plaintes reçues et leur résolution;**
- **mettre au point un processus basé sur les risques pour les inspections périodiques des fournisseurs de services et les visites à des clients choisis.**

Réponse du ministère

Le ministère souscrit pleinement à cette recommandation et a réalisé d'importants progrès dans sa mise en œuvre.

Les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) ont mis en place des processus de règlement des plaintes, comme l'exige la Loi sur les soins de longue durée. Le ministère a donné pour instructions aux CASC d'aviser les bureaux régionaux des plaintes non réglées, et un processus amélioré de surveillance des plaintes est en voie d'élaboration.

En avril 2004, le ministère a mis en œuvre une politique concernant les plaintes relatives aux services communautaires de soutien qui uniformise la définition d'une plainte et exige des organismes qu'ils informent les clients des services disponibles, des politiques existantes, de la procédure à suivre pour présenter une plainte et des étapes du processus d'appel. Un processus de suivi est également en place, et les organismes doivent faire état des plaintes dans le plan annuel de prestation des services qu'ils soumettent au bureau régional.

Des services de qualité sont garantis aux clients des CASC par les gestionnaires de cas des CASC, qui consultent et visitent les bénéficiaires, et grâce à la surveillance et l'évaluation périodiques des contrats de services. Le ministère a établi un cadre de responsabilisation des CASC qui prévoit des mécanismes de surveillance des services, dont des sondages sur la satisfaction à l'égard de la qualité, en plus de fixer des objectifs de rendement et de définir des résultats pour la prestation des services.

SYSTÈMES D'INFORMATION

Pour gérer de façon efficace des programmes diversifiés et de grande envergure tels que les services communautaires, il faut une collecte uniforme des données et des systèmes d'information fiables. Le ministère doit veiller à ce qu'il n'y ait pas de conflits entre les systèmes développés à l'échelle locale et ses propres systèmes. Dans notre *Rapport annuel 1998*, nous avons noté que les CASC avaient besoin de renseignements précis et opportuns pour gérer efficacement leurs activités. Le ministère avait alors déclaré qu'il reconnaissait « la nécessité de remplacer un système d'information en grande partie désuet qui ne répond plus à ses besoins », ajoutant qu'il avait attribué une priorité élevée à l'élaboration et l'implantation d'un système approprié.

Le ministère dispose d'un certain nombre de systèmes d'information qui fournissent des données aux CASC. Il se sert encore des deux principaux systèmes utilisés lors de notre vérification de 1998 pour surveiller les coûts et l'utilisation des services. Le Système de gestion budgétaire des services communautaires (CSBS) tire des statistiques financières et opérationnelles des rapports trimestriels soumis par les CASC et les organismes de SCS, mais ne contient pas de renseignements sur les bénéficiaires. Le Système ontarien d'administration des soins à domicile (SOASD) reçoit les données soumises par les CASC relativement à l'utilisation des services, mais ne contient pas de données sur les coûts liés à chaque bénéficiaire.

Système d'information commun des CASC

En 1998, le ministère a établi le Conseil du Système de gestion intégrée des CASC, qu'il a chargé de l'implantation d'une infrastructure technologique commune dans tous les CASC avant la mise en œuvre du système de gestion des services (SGS). En 1999, le Conseil a été remplacé par Connexion soins communautaires, une équipe de projet conjoint, composée de représentants du ministère et des CASC, qui est responsable de la mise au point du nouveau système.

En 1999, un examen indépendant du processus de développement du SGS a permis de repérer des problèmes techniques indiquant que le SGS ne répondrait pas aux exigences opérationnelles des CASC. En conséquence, en 2000, le ministère a

commencé à mettre au point un Système de gestion intégrée (SGI) devant remplacer le SGS, dont le développement avait coûté environ 10 millions de dollars jusque-là. Un des objectifs du SGI était de remplacer le patchwork existant de systèmes d'information par un système uniforme et convenant à tous les CASC. Le SGI devait comprendre un certain nombre de modules logiciels liés entre eux, portant notamment sur la gestion des soins, l'administration des affaires, la gestion des contrats, l'information et les renvois, ainsi que les analyses et rapports financiers. Le SGI devait être développé et mis en œuvre par étapes.

En décembre 2001, un consultant a examiné le projet du SGI et formulé des recommandations visant à en améliorer la gouvernance, la budgétisation, la planification et l'exécution. Certaines de ses observations concernaient l'efficacité et l'efficacités du développement et de la mise en œuvre du SGI, et bon nombre des recommandations relatives à la gouvernance et au financement étaient semblables à celles figurant dans l'évaluation du SGS faite en 1999. Par exemple, les examens du SGS et du SGI soulignaient que l'équipe de projet n'avait pas de structure effective, qu'elle se composait principalement d'entrepreneurs du secteur privé, et que ni le ministère ni une entreprise du secteur privé n'avait une connaissance approfondie ou la maîtrise du projet. En fait, le consultant chargé d'examiner le projet du SGI avait recommandé de suspendre les activités non essentielles jusqu'à ce qu'une structure de gouvernance effective soit mise en place.

Dix-sept mois plus tard, en mai 2003, un cadre supérieur a été embauché pour prendre la barre du projet Connexion soins communautaires. Cependant, au moment de notre vérification, on n'avait pas encore donné suite aux autres recommandations du consultant (comme faire une analyse de rentabilisation et élaborer un plan à long terme). Nous avons remarqué que certains CASC avaient décidé, avec l'approbation du ministère, de mettre en œuvre leurs propres systèmes afin de répondre à leurs besoins immédiats. Par exemple :

- En février 2003, cinq CASC ont lancé un projet afin d'acquérir, en régime de concurrence, un système de gestion des listes d'attentes devant les aider à attribuer les lits des établissements de soins de longue durée.
- Le ministère a approuvé la demande d'un CASC qui voulait lancer une demande de propositions pour le développement d'un système intégré de gestion des cas, d'une valeur de 2,2 millions de dollars, afin d'améliorer l'efficacité de ses gestionnaires de cas et d'économiser ainsi environ 1 million de dollars par an. En demandant à utiliser une partie de son excédent d'exploitation pour financer le nouveau système, le CASC a indiqué qu'il ne pouvait pas attendre les trois ans que cela devait prendre au ministère pour développer et mettre en œuvre un système de gestion des cas.

Recommandation

Pour que le nouveau Système de gestion intégrée fournisse au ministère et aux centres d'accès aux soins communautaires (CASC) les renseignements dont ils ont besoin pour la planification, la surveillance et la prise de décisions, le ministère doit :

- mettre en œuvre des contrôles efficaces de gestion des projets;
- surveiller les travaux continus de développement, au niveau du ministère et des CASC, afin de déterminer si les objectifs fixés de mise en œuvre sont atteints.

Réponse du ministère

Le ministère continuera de travailler à la collecte efficace de l'information et à l'implantation de contrôles appropriés pour le nouveau Système de gestion intégrée.

Depuis 2001, de nouvelles structures ont été mises en place pour l'organisation et la gouvernance du projet afin d'assurer un leadership approprié en affaires et en ITI.

En août 2002, le ministère a formé un comité exécutif du projet Connexion soins communautaires chargé d'assurer une supervision de haut niveau, afin de garantir la conformité à ses procédures et d'obliger les bénéficiaires de ses fonds à en rendre compte.

Le Conseil de cybersanté pour les soins continus a formé le sous-comité des CASC afin de donner une orientation tactique au projet. Des comités directeurs ont également été constitués pour guider des sous-projets spécifiques, dont :

- l'élaboration et l'évaluation de la demande de propositions concernant le Système de gestion financière et statistique (SGFS);
- l'élaboration et l'évaluation de la demande de propositions concernant le logiciel d'évaluation;
- la mise en œuvre du SGFS et du logiciel d'évaluation.

Les projets en cours, y compris la mise en œuvre du SGFS et du logiciel d'évaluation, sont gérés à l'aide d'un ensemble complet de procédures de gestion. Ces procédures sont conçues pour maintenir un contrôle rigoureux des coûts du projet, des produits livrables, des changements de portée, des enjeux et des risques, conformément aux meilleures pratiques de gestion des projets du Groupement ITI pour les services à la personne.

Analyse de rentabilisation et plan de mise en œuvre

Durant notre examen de l'élaboration du SGI, nous avons demandé une copie du plan d'activités approuvé, y compris les coûts estimatifs. L'analyse des activités opérationnelles (AAO) donnait une vue d'ensemble des principales exigences opérationnelles et de système des CASC et recommandait au ministère d'implanter le SGI par étapes à l'aide d'une combinaison de logiciels commerciaux et personnalisés. L'AAO ne contenait toutefois pas de plan détaillé de mise en œuvre et n'indiquait ni les coûts prévus ni les priorités établies pour la mise en application des divers modules logiciels.

Étant donné l'envergure et la complexité du projet, nous aurions pu nous attendre à ce qu'un plan d'activités détaillé (avec coûts estimatifs, produits livrables, plans de mise en œuvre et calendrier d'exécution) soit soumis à l'approbation de la haute direction du ministère et du Conseil de gestion du gouvernement.

Les procédures à suivre pour faire approuver l'acquisition de technologies de l'information sont énoncées dans les politiques et directives du Conseil de gestion du gouvernement et du Bureau du directeur général de l'information pour la fonction publique. L'achat des technologies dont le coût prévu dépasse 1 million de dollars doit être approuvé par le Conseil de gestion du gouvernement. En 1998, le Conseil a approuvé le financement pour le développement et la mise en œuvre du SGS. En ce qui concerne le développement et la mise en œuvre du SGI, d'après la correspondance subséquente du ministère avec le Conseil de gestion, on commencerait par y affecter les 44,5 millions de dollars restant dans le budget triennal initial du SGS.

En septembre 2002, le ministère a indiqué, dans une présentation au Conseil de gestion du gouvernement, qu'il aurait besoin d'environ 90 millions de dollars pour l'implantation et la maintenance des modules approuvés du SGI au cours des trois prochaines années. Au 31 mars 2003, il a déclaré des dépenses totalisant environ 65 millions de dollars pour le projet du SGI et 10,5 millions pour la maintenance des systèmes existants. Les dépenses au titre du SGI incluaient les coûts associés à la location de 5 500 ordinateurs pour les CASC, aux serveurs, aux routeurs, aux coupe-feu, aux services de télécommunication et à la dotation en personnel. Selon le ministère, ces postes comptaient pour environ 38 des 65 millions de dollars dépensés. Les autres coûts englobaient le développement du système et de l'outil d'évaluation commun. Le ministère, qui présente des rapports périodiques au Conseil de gestion du gouvernement, a toutefois été incapable de nous fournir une preuve selon laquelle le Conseil avait approuvé le SGI dans son ensemble avant le début du projet.

Recommandation

À l'avenir, pour que les systèmes d'information de l'envergure et de la complexité du Système de gestion intégrée soient développés et mis en œuvre de manière efficace et économique, le ministère doit :

- s'assurer que toutes les exigences opérationnelles sont définies en détail et reflétées dans les produits livrables;
- préparer une analyse de rentabilisation indiquant les coûts estimatifs du développement, de l'implantation et de la maintenance du système;
- faire approuver le financement du projet avant d'engager les fonds.

Réponse du ministère

Le ministère reconnaît et appuie la nécessité d'élaborer des analyses de rentabilisation appropriées et d'obtenir les approbations requises.

Il faut toutefois souligner que le ministère perçoit le Système de gestion intégrée (SGI) comme une série de projets à exécuter par étapes. Il a sollicité et reçu des approbations pour des composantes spécifiques au lieu de chercher à obtenir une approbation globale. Il a procédé ainsi parce qu'il devait être en mesure de suivre l'évolution de ses priorités sur plusieurs années.

Des mesures ont été prises pour que les projets n'aillent de l'avant que s'ils sont appuyés par des analyses de rentabilisation approuvées et compatibles avec les plans à long terme. Des présentations au Conseil de gestion, incluant une vue d'ensemble du SGI par étapes, des plans de mise en œuvre et des mises à jour sur les progrès réalisés, ont été préparées et approuvées pour le Système de gestion financière et statistique (SGFS) et les projets d'évaluation.

Des demandes de propositions pour la fourniture de composantes du SGI ont été lancées en conformité avec l'accord interprovincial sur l'approvisionnement ouvert.

Mise en œuvre du *Guide sur les systèmes d'information de gestion*

En avril 2003, le ministère a prescrit que tous les CASC devaient recueillir et communiquer des données financières et statistiques conformément aux dispositions du *Guide sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada* (Guide SIG), un ensemble de normes nationales pour la collecte, le traitement et la communication de « données financières et statistiques sur le fonctionnement quotidien des organismes de services de santé », qui fournit également un cadre pour l'intégration des données cliniques, financières et statistiques après l'établissement des coûts associés aux bénéficiaires.

La mise en œuvre du plan comptable et des définitions uniformisés du Guide SIG permettra d'améliorer les comparaisons entre les organismes. Pour respecter cette norme, le ministère et les CASC ont convenu d'implanter un Système de gestion financière et statistique (SGFS) dans le cadre du Système de gestion intégrée.

En janvier 2003, le Conseil de gestion du gouvernement a approuvé une demande de propositions en vue de l'acquisition d'un SGFS global pour les CASC. Le fournisseur retenu a demandé 2,54 millions de dollars pour les modules SIG de base et 1,53 million pour les modules améliorés du SGFS. En mai 2003, le Conseil de gestion du gouvernement a approuvé la mise en œuvre des modules SIG de base du SGFS mais non des modules améliorés. La mise en œuvre dans les CASC devrait être terminée en juin 2004, après quoi ces modules pourraient être fournis aux grands organismes de services communautaires de soutien. Cela aiderait à comparer les coûts unitaires des services semblables.

Bien que les CASC aient déclaré avoir besoin des modules améliorés du SGFS, qui comprennent l'établissement des coûts et l'utilisation, la budgétisation et les prévisions ainsi que l'établissement des horaires de travail, l'acquisition dépend de l'approbation et des fonds disponibles.

Recommandation

Pour aider son personnel et celui des centres d'accès aux soins communautaires à mieux gérer les budgets et les ressources, le ministère doit évaluer les avantages :

- **des modules améliorés du Système de gestion financière et statistique (SGFS);**
- **du SGFS dans les grands organismes de services communautaires de soutien.**

Réponse du ministère

Le ministère souscrit à cette recommandation et continuera d'évaluer les avantages des modules améliorés du Système de gestion financière et statistique (SGFS).

Pour implanter les modules améliorés du SGFS, le ministère compte évaluer les avantages pour chaque emplacement et aller de l'avant seulement là où il doit le faire.

Le ministère a l'intention de continuer à suivre le Guide SIG. Il prévoit que, d'ici 2006, le SIG commencera à inclure les données des grands organismes de services communautaires de soutien, sous réserve des approbations requises. L'utilisation, dans tous les secteurs, de lignes directrices communes en matière de rapports permettra d'obtenir de meilleurs indicateurs et d'améliorer la gestion des budgets et des ressources.

ADMISSIBILITÉ AUX SERVICES COMMUNAUTAIRES

Pour être admissible aux services professionnels, de soutien à la personne et de ménage fournis par l'entremise des CASC, une personne doit être titulaire d'une carte valide du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (carte Santé). En 1998, nous avons noté que les CASC n'effectuaient pas toujours cette vérification. Le ministère a répondu qu'il insisterait davantage auprès des CASC pour qu'ils mettent en place un processus de validation des numéros de carte Santé pour les bénéficiaires des services à domicile.

Pour aider les CASC à contrôler l'admissibilité de leurs clients, le ministère leur a donné accès à un système de vérification par téléphone. Au cours de la présente vérification, nous avons demandé au ministère de nous fournir un état récapitulatif du nombre de fois où chaque CASC a accédé au système de vérification par téléphone entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2003. Selon cet état récapitulatif, au cours de la période biennale examinée, 17 des 43 CASC n'ont jamais utilisé le système, tandis que 8 autres ont validé moins de 100 numéros chacun. Durant la même période, ces 25 CASC ont servi plus de 250 000 personnes.

Recommandation

Pour que les services communautaires ne soient fournis qu'aux personnes admissibles, le ministère doit s'assurer que les centres d'accès aux soins communautaires vérifient si les bénéficiaires sont couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Réponse du ministère

La plupart des clients sont adressés aux centres d'accès aux soins communautaires (CASC) par des hôpitaux et des médecins. Le ministère est donc d'avis qu'il y a très peu de clients inadmissibles aux services parce qu'ils ne sont pas couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Il rappellera aux CASC qu'ils doivent vérifier les numéros de carte Santé des clients avant de leur fournir des services.

RESPONSABILISATION ET RAPPORTS SUR LE RENDEMENT

Responsabilisation

Les directives du Conseil de gestion du gouvernement guident les ministères dans l'élaboration de cadres de responsabilisation pour les organismes financés par la province. Un cadre de responsabilisation aide à assurer l'optimisation des ressources

pour les subventions octroyées en définissant les attentes, en surveillant le rendement et présentant des rapports à ce sujet, et en prenant des mesures lorsque les attentes ne sont pas satisfaites.

En 2001, le gouvernement a adopté la *Loi sur les sociétés d'accès aux soins communautaires* dans l'intention de renforcer la gouvernance et la responsabilisation des CASC. La même année, le ministère a lancé un certain nombre d'initiatives visant à améliorer la responsabilisation, l'uniformité et la coordination des CASC, notamment :

- Un protocole d'entente standard énonçant les exigences financières, opérationnelles, administratives et de communication des CASC, y compris les mesures de rendement. À la fin de notre vérification, tous les CASC établis en vertu de la Loi avaient signé les nouveaux protocoles.
- Un format standard pour les plans d'activités annuels des CASC, y compris les mesures du rendement et les exigences en matière de communication.
- Une ébauche de manuel de politiques énonçant les exigences légales et réglementaires et le cadre de politique applicables aux CASC. Selon le personnel du ministère, le manuel devait entrer en vigueur à l'automne 2004.

En vertu de la *Loi sur les soins de longue durée*, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée peut agréer un organisme aux fins de la fourniture d'un service communautaire s'il est convaincu que l'organisme, grâce à l'aide financière octroyée, sera en mesure de fournir le service et qu'il sera exploité dans le respect de la déclaration des droits énoncée dans la *Loi*, ainsi qu'avec compétence, honnêteté et intégrité, et avec le souci de la santé, de la sécurité et du bien-être des personnes qui reçoivent le service.

Le ministre, par règlement pris en application de la *Loi sur les sociétés d'accès aux soins communautaires*, a désigné les CASC comme organismes agréés en vertu de la *Loi sur les soins de longue durée*. Les organismes de SCS n'ont jamais été formellement désignés comme tels mais, selon la Direction des services juridiques du ministère, ils sont légalement considérés comme des « organismes agréés », car ils reçoivent des fonds du ministère pour offrir des services en vertu de la *Loi sur les soins de longue durée*. Malgré cette position, le ministère ne s'est pas conformé à la disposition de la *Loi* selon laquelle il doit, avant d'agréer un organisme, s'assurer qu'il est exploité dans le respect de la *Loi*.

Nous avons également constaté que certains organismes de SCS fournissaient des services, comme la Popote roulante, pouvant être payés, en tout ou en partie, par les bénéficiaires. Cette pratique va à l'encontre de la *Loi sur les soins de longue durée*, qui ne permet le paiement des services par les bénéficiaires que si cela est spécifié dans les règlements, et aucun règlement n'a été adopté à cet effet.

Recommandation

Pour que la *Loi sur les soins de longue durée* soit respectée, le ministère doit, avant d'agréer un organisme de services communautaires de soutien (SCS) en vertu de la *Loi*, déterminer si l'organisme en question est en mesure de se conformer aux dispositions pertinentes de la *Loi*.

Pour que les organismes de SCS soient autorisés à demander des frais pour certains services, le ministère doit apporter les modifications nécessaires aux règlements d'application de la *Loi*.

Réponse du ministère

Le ministère reconnaît la nécessité de s'assurer que les organismes de services communautaires de soutien (SCS) respectent intégralement la Loi. La surveillance et l'examen des ententes annuelles touchant la prestation des services permettent de s'assurer que tous les fournisseurs respectent les critères établis en vertu de la Loi.

Le ministère souscrit également à la recommandation selon laquelle il faut modifier les règlements afin de permettre aux organismes de SCS de demander des frais pour leurs services. En 2003-2004, le ministère a mené à bien les travaux préliminaires sur les modifications qui pourraient être apportées à cette fin.

Mesure du rendement et rapports

Les indicateurs de rendement permettent de mesurer les progrès réalisés à l'égard des objectifs et d'en rendre compte. Les rapports sur le rendement devraient inclure des buts et objectifs clairs, des mesures du rendement complètes et pertinentes, des normes et cibles appropriées pour mesurer les résultats, des systèmes fiables pour recueillir l'information nécessaire, ainsi qu'un mécanisme pour communiquer périodiquement les réalisations et les problèmes exigeant des mesures correctives. Les renseignements de ce genre permettent au ministère de prendre des décisions plus éclairées en matière de financement et dans d'autres domaines.

Bien que chaque CASC publie un rapport annuel, l'absence d'indicateurs de rendement clés et de points de repère limite la capacité du ministère et des CASC à comparer le rendement des différents CASC. Le régime américain d'assurance-maladie a mis en œuvre des mesures de la qualité des soins de santé à domicile dans neuf États et s'est engagé à les étendre à l'échelle nationale. En plus de constituer un outil de gestion utile, ces mesures offrent au public des renseignements qui leur permettent de comparer la qualité des soins à domicile fournis par les organismes financés par le fédéral.

En 1999, le ministère et les CASC ont commencé à étudier l'élaboration de normes de service et de mesures du rendement. Bien que ce projet ait pris fin en 2001, année

où les CASC sont devenus des sociétés de droit public, le personnel du ministère nous a informés que des mesures du rendement seraient intégrées aux plans d'activités des CASC et que ces mesures figureraient dans leurs rapports annuels.

Dans le cas des services fournis par des organismes de SCS, la mesure et le compte rendu des services fournis et de leur coût sont laissés à la discrétion de chaque organisme. Cependant, il y a eu peu de rapports jusqu'ici. En fait, le ministère est incapable de déterminer combien de personnes reçoivent des services.

Recommandation

Pour que les services communautaires soient fournis de manière uniforme, équitable et rentable, le ministère doit :

- **concevoir des mesures et des cibles de rendement clés pour tous les programmes;**
- **s'assurer que les renseignements pertinents sont recueillis et communiqués à la direction pour permettre à celle-ci de surveiller les services fournis et leurs coûts.**

Réponse du ministère

Le ministère a pris des mesures pour donner suite à cette recommandation.

Des mesures de rendement clés pour les centres d'accès aux soins communautaires ont été établies en 2002-2003. Le ministère continuera d'améliorer ces mesures.

Le ministère s'emploiera à mettre en œuvre une fiche d'évaluation équilibrée qui examine les indicateurs clés liés aux facteurs suivants : satisfaction des clients/cadre approprié, capacité/accès, intégration des systèmes et responsabilisation.

FORMATION ET PRÉSÉLECTION DES TRAVAILLEURS

Formation et qualifications

En mai 1997, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère de l'Éducation ont approuvé un curriculum pour le Programme de formation des préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), programme visant à offrir une formation standard. En 1999, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a introduit le Programme de rattrapage des préposés aux services de soutien à la personne, qui mettait à la disposition des organismes fournissant des services aux CASC 10 millions de dollars sur cinq ans pour offrir une formation à leurs préposés

aux soins à domicile (sur une base volontaire), afin que ceux-ci puissent satisfaire aux exigences du Programme de formation des PSSP. Les employés des établissements de soins de longue durée et des autres organismes de SCS n'étaient pas admissibles à ces fonds.

En 2000, un comité représentant l'industrie des services de ménage, les éducateurs et le ministère a recommandé d'évaluer la mise en œuvre du Programme de formation des PSSP. Bien qu'un mandat ait été élaboré en vue de l'embauche d'un consultant devant déterminer dans quelle mesure le Programme de formation répondait aux objectifs, évaluer les curriculums en vigueur et cerner les points forts et les points faibles du programme, l'évaluation n'a jamais eu lieu. En 2001, le Programme de rattrapage a été étendu à tous les organismes de SCS.

Durant notre vérification, nous avons appris que les organismes fournisseurs de services étaient préoccupés par les différences apparentes dans l'interprétation, par les écoles, du curriculum établi pour les PSSP. Plusieurs organismes ont signalé des cas où les diplômés ne possédaient pas les compétences nécessaires pour offrir des services aux clients. Étant donné que le Programme de formation des PSSP existe depuis déjà cinq ans, il conviendrait d'en évaluer l'efficacité.

Nous avons également noté que les bureaux régionaux n'appliquaient pas les règles d'admissibilité au financement de manière uniforme. Par exemple, une région permettait aux organismes de SCS d'utiliser les fonds excédentaires du Programme de rattrapage pour offrir à leurs travailleurs d'autres programmes de formation sur les soins à domicile, tandis que d'autres régions demandaient le retour des fonds supplémentaires. Quoi qu'il en soit, le financement octroyé pour le Programme de rattrapage a cessé à la fin de l'exercice 2002-2003.

Recommandation

Pour aider à déterminer si le Programme de formation des préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) constitue un moyen rentable d'offrir la formation nécessaire aux préposés aux soins à domicile, le ministère doit :

- **déterminer si ce programme atteint les objectifs fixés;**
- **s'assurer en collaboration avec le ministère de l'Éducation que le curriculum du Programme de formation répond aux besoins du secteur et qu'il est mis en œuvre de manière uniforme par tous les établissements de formation.**

Réponse du ministère

Le ministère souscrit à la recommandation et s'emploiera avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités et le ministère de l'Éducation à s'assurer que le curriculum du Programme de formation des préposés aux services de soutien à la personne répond aux besoins du secteur.

Présélection des préposés aux soins

Les personnes qui fournissent des services communautaires ont souvent un accès direct à des adultes potentiellement vulnérables et à leurs biens. Dans notre *Rapport annuel 1998*, nous recommandions au ministère de s'assurer que les organismes de services communautaires faisaient une sélection appropriée de tous les préposés aux services de soins. Un processus approprié de présélection aiderait à déterminer s'il existe des raisons de ne pas embaucher une personne. En janvier 2000, un groupe de travail établi par le ministère a élaboré une ébauche de directive sur la présélection des préposés aux services de soins à la personne.

En avril 2003, le ministère a diffusé des directives provisoires à l'intention des bureaux régionaux et indiqué que les CASC et les organismes de SCS devaient suivre ces directives lors de la présélection des nouveaux employés et des contrôles périodiques du personnel existant. Nous continuerons de suivre les progrès réalisés par le ministère dans la mise en place et l'application de procédures appropriées de présélection des préposés aux services de soins à la personne.