

Services communautaires de santé mentale

Contexte

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* prévoit un système de santé intégré afin d'améliorer la santé de la population ontarienne grâce à un meilleur accès aux services et à des soins de santé mieux coordonnés à l'échelle locale et à celle de la province. Elle établit 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), chargés de gérer de façon efficace et efficiente le système de santé à l'échelon local. Le 1^{er} avril 2007, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a fermé ses sept bureaux régionaux et en a transféré les responsabilités soit aux RLISS, soit à de nouveaux secteurs au sein du Ministère. Les fournisseurs de services communautaires de santé mentale ont alors commencé à rendre compte directement à leur RLISS respectif plutôt qu'au Ministère. Les RLISS ont assumé les responsabilités relatives à l'établissement des priorités, à la planification et au financement pour certains services de santé, dont les services communautaires de santé mentale. Les types de services de santé mentale devant être gérés par les RLISS et ceux relevant du Ministère ont été précisés dans une entente de responsabilisation conclue entre le Ministère et chacun des RLISS, qui établit les obligations redditionnelles des réseaux. La figure 1 présente la répartition des dépenses engagées dans le domaine des services communautaires de santé mentale en 2006-2007

entre les services gérés par le Ministère et ceux gérés par les RLISS.

Le Ministère verse des paiements de transfert aux RLISS, qui financent environ 330 fournisseurs de services communautaires chargés de la prestation des services de santé mentale. Parmi les principales catégories de programmes financés, mentionnons les programmes de logement, la gestion de cas, les équipes de traitement multidisciplinaire (qu'on appelle les équipes de traitement communautaire dynamique), les services d'intervention en cas de crise, ainsi que les programmes de counselling et de traitement. Ces programmes visent principalement à traiter les personnes atteintes d'une maladie mentale grave de 16 ans et plus (environ 2,5 % de ces personnes). Cette population présente trois caractéristiques : un *diagnostic* de maladie mentale, telle que la schizophrénie, la dépression, le trouble bipolaire ou les troubles de la personnalité; une maladie de longue *durée*; et une *invalidité* importante au regard de la vie quotidienne. La figure 2 illustre les dépenses engagées en 2006-2007 par catégorie de services.

En 2007-2008, environ 647 millions de dollars au total ont été consacrés aux services communautaires de santé mentale en Ontario, comparativement à 390 millions en 2001-2002, l'année de notre dernière vérification.

Le Ministère a commencé à financer les services communautaires de santé mentale en 1976. Depuis, la politique ontarienne en matière de santé

Figure 1 : Responsabilité de gestion et dépenses pour les services communautaires de santé mentale, 2006-2007

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

Service	Géré par	Dépenses (en millions de dollars)	% du total des dépenses
Logement avec services de soutien ¹	Ministère	55,8	9
Programme des foyers de soins spéciaux ²	Ministère	28,9	5
Services fournis par certains organismes provinciaux ³	Ministère	14,5	2
Autres services ⁴	RLISS	496,3	83
Total		594,5	100

1. Les bâtiments seulement – les services de soutien ne sont pas compris.

2. Programme mis sur pied en 1964 en vertu de la *Loi sur les foyers de soins spéciaux*, offrant des logements dans des résidences privées avec supervision constante et aide à la vie quotidienne.

3. Il s'agit d'organismes bénéficiaires de paiements de transfert qui, en raison de leur mandat provincial, ne peuvent relever d'un RLISS en particulier. La Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario, par exemple, est l'organisme provincial qui représente tous les organismes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de la province; il ne serait donc pas approprié qu'elle soit gérée par un RLISS en particulier. Le Ministère gère une dizaine d'organismes de ce genre dans le domaine de la santé mentale.

4. Le traitement communautaire dynamique, la gestion de cas, l'intervention en cas de crise, les lits d'hébergement d'urgence temporaire, l'intervention précoce dans le traitement de la psychose et la déjudiciarisation/le soutien devant les tribunaux en sont des exemples.

mentale est passée d'une politique axée sur les soins institutionnels, dans des hôpitaux psychiatriques, à une politique qui met surtout l'accent sur les soins dans la collectivité. Cette réorientation, qu'on appelle couramment la réforme du système de santé mentale, visait à créer un système efficace et intégré qui répondrait aux besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale grave dans l'environnement le plus approprié, le plus efficace et le moins contraignant possible. Dans le cadre de cette réforme, depuis 1998, le Ministère a cédé neuf des dix hôpitaux psychiatriques provinciaux à des hôpitaux publics et à des fournisseurs de services communautaires.

Objectif et portée de la vérification

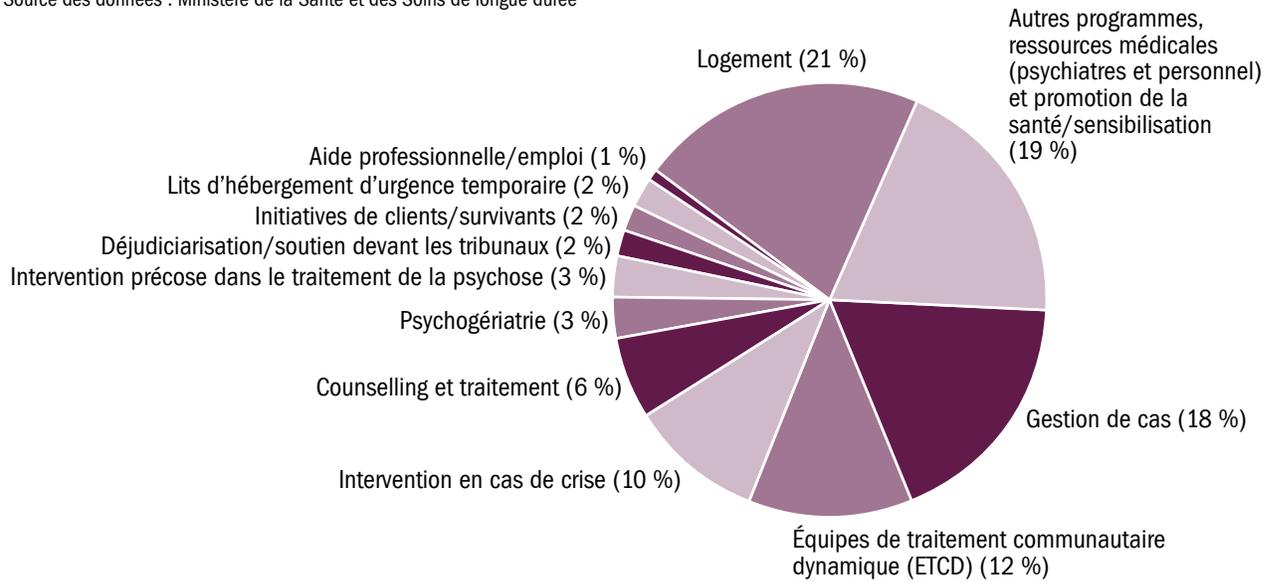
Notre vérification visait à déterminer si le Ministère, en partenariat avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et les fournisseurs de services communautaires, disposait des mécanismes voulus pour :

- répondre aux besoins des personnes qui nécessitent des services de traitement pour des problèmes de santé mentale;
- surveiller les paiements et les services afin de veiller à ce que les lois, les ententes et les politiques pertinentes soient respectées;
- mesurer l'efficacité des programmes communautaires de santé mentale et faire rapport sur la question.

Dans le cadre de notre vérification, nous avons examiné et analysé l'information pertinente disponible au Ministère et nous nous sommes rendus dans les locaux de trois RLISS et de deux fournisseurs de services communautaires de santé mentale de chacun de ces trois RLISS. Nous avons également rencontré des représentants d'organismes intéressés, notamment du Centre de toxicomanie et de santé mentale, de L'Association canadienne pour la santé mentale et de la Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario. Nous avons examiné la documentation pertinente et effectué des recherches sur les pratiques employées par d'autres administrations dans le domaine de la prestation des services communautaires de santé

Figure 2 : Éléments des dépenses en matière de services communautaires de santé mentale, 2006-2007 (%)

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



mentale. Nous avons également étudié les travaux effectués par les services de vérification interne du Ministère et nous nous sommes fondés sur ces travaux lorsque la situation le justifiait.

Notre vérification a été menée dans le respect des normes professionnelles de l'Institut Canadien des Comptables Agréés pour l'évaluation de l'optimisation des ressources et de la conformité. Nous avons établi l'objectif de la vérification et défini des critères portant sur les principaux systèmes, politiques et procédures qui devraient être établis et fonctionner efficacement. Nous avons discuté de ces critères avec les cadres supérieurs du Ministère. Enfin, nous avons conçu et exécuté des tests et des procédures en fonction de l'objectif et des critères établis.

Résumé

Dans nos vérifications de 1997 et de 2002 sur les services communautaires de santé mentale, nous avons soulevé des préoccupations relativement au fait que l'Ontario n'avait pas encore clairement défini ses attentes face au niveau des services communautaires qui seraient offerts aux personnes

atteintes d'une maladie mentale grave. La province ne disposait pas non plus d'une information suffisante à savoir si le niveau de soins offerts par les fournisseurs de services communautaires permettait aux personnes atteintes de troubles mentaux de vivre une vie pleinement satisfaisante dans la collectivité. La présente vérification nous a permis de constater que, bien que le Ministère ait réalisé certains progrès, bon nombre des questions que nous avons soulevées n'ont pas encore été réglées adéquatement. Le Ministère s'était donné comme objectif de remplacer le traitement en établissement par le traitement dans la collectivité et des logements adéquats. On constate effectivement une diminution du nombre de personnes atteintes de maladie mentale dans les établissements. La réalisation de sa stratégie repose toutefois sur la mise en place d'un système de soutien communautaire adéquat. Comme l'indiquent les observations qui suivent, le Ministère, en collaboration avec les RLISS et ses partenaires dans la collectivité, a encore beaucoup à faire à cet égard.

- Le Ministère a presque atteint l'objectif provisoire qu'il s'était fixé en matière de désinstitutionnalisation, à savoir réduire le nombre de lits réservés aux soins psychiatriques à 35 par tranche de 100 000 personnes. Il s'était

également donné comme objectif de consacrer 60 % du financement affecté à la santé mentale pour répondre aux besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale grave dans la collectivité. Il est encore bien loin de cet objectif. En 2006-2007, le Ministère a dépensé environ 39 \$ pour les services communautaires pour chaque tranche de 61 \$ consacrés aux services en établissement.

- D'après un rapport publié par le Centre de toxicomanie et de santé mentale en 2004, plus de la moitié des personnes souffrant de troubles mentaux graves qui vivaient au sein de la collectivité ne recevaient pas des soins appropriés. Cette étude relevait également un taux élevé de besoins non comblés, surtout en ce qui concerne les services communautaires intensifs. Qui plus est, plus de la moitié des personnes hospitalisées pour maladie mentale grave auraient pu vivre dans la collectivité si les services nécessaires y étaient offerts. Bien que le Ministère ait fait des investissements importants dans les soins communautaires après cette étude, les RLIS et les organismes fournisseurs de services dans lesquels nous nous sommes rendus ont indiqué que le problème persistait.
- Le délai d'accès aux services peut être très long. Mis à part les programmes de logements avec services de soutien, le temps d'attente pour les services communautaires de santé mentale était en moyenne de 180 jours, allant de huit semaines à un an ou plus.
- Nous avons relevé certaines initiatives locales de coordination pouvant être considérées comme des meilleures pratiques, mais, de façon générale, il n'y a pas de coordination et de collaboration officielles entre les intervenants – y compris les fournisseurs de services communautaires de santé mentale, les ministères pertinents et les RLIS.
- Le Ministère a transféré la prestation des services communautaires de santé mentale aux RLIS le 1^{er} avril 2007. Toutefois, dans ceux où

nous nous sommes rendus, on nous a dit toujours être en train d'apprendre à superviser et à coordonner efficacement les programmes communautaires de santé mentale.

- Bien qu'il ait été possible d'accroître la capacité du secteur communautaire grâce à un nouveau financement du gouvernement fédéral et de l'initiative d'amélioration des services de la province, plus de la moitié des fournisseurs de services communautaires de santé mentale n'ont obtenu que des augmentations annuelles de 1,5 % au cours des quelques dernières années. Les fournisseurs nous ont indiqué que, par conséquent, ils avaient beaucoup de difficulté à maintenir un certain niveau de services communautaires et à conserver du personnel compétent.
- Le financement des programmes communautaires reste fondé sur les niveaux de financement antérieurs plutôt que sur les besoins réels. Cette pratique a entraîné entre les régions des différences considérables du financement moyen par personne, dont le montant peut varier entre 115 \$ et 19 \$ selon le lieu où l'on habite dans la province, ce qui ne tient pas nécessairement compte des besoins actuels de la population.
- Dans l'ensemble, on relève un manque criant de logements avec services de soutien en Ontario, les délais d'attente allant d'un an à six ans. Nous avons également constaté que ces logements étaient répartis de façon inégale dans la province. Un réseau en comptait 20 par tranche de 100 000 personnes, alors qu'un autre en comptait 273 pour la même population. Si certaines régions connaissaient une pénurie grave, d'autres présentaient un taux d'inoccupation élevé, qui allait jusqu'à 26 % dans la région du Grand Toronto.
- Le Ministère n'a pas surveillé adéquatement les paiements versés aux fournisseurs de services. Nous avons relevé des cas dans lesquels le Ministère avait fourni des fonds pour dépenses en capital à des fournisseurs de logements

avec services de soutien sans avoir vérifié si le travail avait été fait en temps opportun et de manière efficace par rapport aux coûts.

- Dans son document stratégique *Franchir les étapes*, publié en 1999, le Ministère confirmait le besoin d'élaborer des objectifs opérationnels et des indicateurs de rendement explicites. Bien que le tableau de bord 2007 sur le système de santé mentale soit un pas dans la bonne direction, il reste encore beaucoup de travail à faire avant que le Ministère et les RLISS disposent d'une information suffisante pour évaluer le caractère adéquat des soins communautaires que les personnes atteintes d'une maladie mentale grave reçoivent en réalité.
- Depuis notre dernière vérification, en 2002, le Ministère a réussi à mettre en place deux nouveaux systèmes pour recueillir des données touchant le secteur des services communautaires de santé mentale; 80 % à 90 % des fournisseurs de services présentent des données et respectent les exigences en la matière. S'il s'agit d'une bonne initiative, il faudra déployer davantage d'efforts pour veiller à ce que les données recueillies soient complètes, exactes et utiles afin de pouvoir les utiliser pour mesurer l'efficacité des services et présenter des rapports sur le sujet.
- Les plans de fonctionnement des fournisseurs de services renferment une information quantitative et qualitative précieuse, qui permet au Ministère et aux RLISS de mieux comprendre et surveiller les activités des fournisseurs. Ces derniers n'étaient toutefois pas tenus de présenter un plan de fonctionnement pour l'exercice 2007-2008.

Bon nombre des questions soulevées ci-dessus sont également les principaux sujets qui préoccupaient les RLISS que nous avons visités. Les RLISS ont par exemple souligné les écarts salariaux considérables entre les secteurs communautaire et institutionnel, le risque d'une réduction des volumes de services en raison de hausses insuffisantes

du financement de base, le fait que les personnes atteintes d'une maladie mentale ne soient pas transférées des hôpitaux vers des établissements offrant un niveau de soins plus approprié, les lacunes dans le domaine du logement avec services de soutien et l'absence de nouveau financement pour appuyer les initiatives liées à la coordination et à l'accès.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Conformément à sa stratégie de réforme du système de santé mentale, le Ministère a mis l'accent sur la prestation de services communautaires destinés aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Depuis 2003, le Ministère a amélioré la capacité et apporté des modifications à ses programmes grâce à une hausse du financement accordé aux organismes communautaires de santé mentale de plus de 200 millions de dollars, soit une augmentation de 50 %.

La majeure partie du financement a été acheminée vers des programmes précis, soit ceux qui sont le mieux en mesure de répondre aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux graves. Cela comprend un montant de 117 millions de dollars versé dans le cadre de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé pour appuyer les équipes de traitement communautaire dynamique, la gestion de cas intensive, l'intervention en cas de crise et l'intervention précoce dans le traitement de la psychose. Le Ministère a également consacré 50 millions de dollars aux services destinés à éviter que les personnes atteintes d'une maladie mentale grave ne se retrouvent dans le système de justice pénale, en finançant des services d'intervention en cas de crise, des lits d'hébergement d'urgence temporaires, des logements avec services de soutien, des services de soutien devant les tribunaux et des services de gestion de cas intensive. De plus, le Ministère a accru le financement pour les services liés aux troubles de l'alimentation, les services de santé mentale

destinés aux Autochtones dans les centres de santé autochtones et les initiatives menées par des clients/survivants. Enfin, tous les programmes communautaires de santé mentale ont profité d'augmentations de stabilisation.

Le Ministère a amorcé une évaluation sur quatre ans de l'incidence du nouveau financement; le rapport devrait être prêt à l'été 2009.

En 2003, le Ministère a commencé à financer le service ConnexOntario, qui offre aux clients, aux familles et aux fournisseurs de services un accès en tout temps aux services communautaires de la province, de même qu'un service d'aiguillage. On étudiera la possibilité de fournir de l'information sur les temps d'attente.

Pour ce qui est de l'amélioration des données, depuis 2002, le Ministère procède à la mise en œuvre graduelle de deux systèmes d'information afin d'améliorer la capacité du gouvernement de surveiller le système communautaire de santé mentale. Il s'agissait d'une entreprise de taille puisque la communication de données était minime auparavant. Le Ministère s'attend à ce que l'information s'améliore au fil du temps.

En 2007, le Ministère a amorcé un projet pilote d'utilisation d'un outil d'évaluation commun dans le domaine des services communautaires de santé mentale dans le but d'aider les organismes à évaluer les besoins en services de leurs clients pour que ces derniers obtiennent les services dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin. Les résultats de ce projet devraient être présentés cette année; le Ministère envisagera ensuite la mise en œuvre intégrale de l'outil. De plus, le Ministère a diffusé un plan stratégique et un tableau de bord pour la santé mentale, qui énonce des indicateurs de rendement. Le Ministère est bien déterminé à poursuivre son travail dans ce domaine.

Ces améliorations ont toutes été apportées dans une période de transition. Les bureaux régionaux ont été fermés en mars 2007, les 14 réseaux locaux d'intégration des services de

santé (RLISS) ont été mis sur pied et les responsabilités du Ministère leur ont été transférées le 1^{er} avril 2007.

Le Ministère continue d'être chargé des lois, des politiques et des normes en matière de programmes, alors que les RLISS planifient les services de santé, et financent et gèrent les fournisseurs locaux de services de santé par le biais d'ententes de responsabilisation. Le Ministère et les RLISS travaillent en étroite collaboration pour assurer l'efficacité du système de santé.

RÉPONSE GLOBALE DES RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

Les réponses des RLISS présentées dans ce rapport sont les réponses conjointes des trois RLISS dans lesquels nous nous sommes rendus dans le cadre de notre vérification.

Les RLISS du Centre, de Champlain et du Sud-Ouest estiment que ce rapport de vérification est un document très utile, qui fait le point sur l'accès aux services, le financement destiné à la rémunération des fournisseurs et l'offre de logements adéquats. Il aborde également la question de la nécessité d'une évaluation en bonne et due forme des normes en matière de programmes, des mesures du rendement, de la surveillance et de la responsabilisation. La santé mentale a été définie comme une priorité par la majorité des RLISS d'après les vastes consultations communautaires qui ont mené à l'élaboration de nos plans de services de santé intégrés. Nous accueillons donc favorablement vos recommandations.

Nous sommes heureux de voir que les questions auxquelles font face les RLISS sont soulignées dans le rapport. Ce dernier fait état d'un certain nombre de problèmes de longue date dans ce secteur et signale que les RLISS vont devoir travailler en collaboration avec le Ministère pour pouvoir répondre aux besoins des Ontariens atteints d'une maladie mentale.

Le rapport aidera les RLISS à s'acquitter de leur mandat.

Le rapport souligne également un certain nombre de choses que le Ministère pourrait faire pour mieux outiller les RLISS et les aider à s'acquitter de leur mandat pour ce qui est de travailler avec les fournisseurs de services de santé locaux afin de produire des données fiables pouvant être utilisées pour surveiller et améliorer les services, et d'améliorer la collaboration et la coordination au sein du secteur.

Constatations détaillées de la vérification

STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

Répercussions de la maladie mentale

Répondre aux besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale est une question urgente pour le système de santé ontarien et la société en général. Diverses études récentes ont fait ressortir les éléments suivants :

- La maladie mentale touche tout le monde. Un Ontarien sur cinq connaîtra la maladie mentale, sous une forme ou une autre, à un degré ou à un autre, au cours de sa vie. Quatre sur cinq seront touchés par la maladie mentale chez un membre de la famille, un ami ou un collègue.
- Chez les Ontariens qui sont atteints d'une maladie mentale, environ 2,5 % souffriront de ce qui peut être considéré comme une maladie mentale grave, et connaîtront une souffrance intense et une invalidité persistante.
- Les personnes atteintes d'une maladie mentale grave sont susceptibles de vivre dans la pauvreté. Environ le tiers d'entre elles sont sans abri et plus de 70 % sont sans emploi.

- Selon L'Association canadienne pour la santé mentale, il existe un lien étroit entre le suicide et la maladie mentale. On estime que 90 % des personnes qui se suicident – environ 900 cas par année en Ontario – sont atteintes d'une maladie mentale pouvant être diagnostiquée.
- Selon le service de police de London, la police et le système de justice pénale doivent composer avec un nombre croissant de personnes atteintes d'une maladie mentale grave, ce qui pèse lourd sur l'appareil judiciaire. Ainsi, la police de London (Ontario) passe depuis quelques années deux fois plus de temps qu'auparavant à traiter avec ces personnes.
- En plus de se répercuter sur la vie de la personne atteinte et de sa famille, la maladie mentale crée un lourd fardeau pour l'économie. Selon une étude publiée par le Centre de toxicomanie et de santé mentale en 2006, la maladie mentale coûte un montant estimatif total de 22 milliards de dollars par année à l'économie de l'Ontario.

Stratégie ontarienne en matière de santé mentale

Dans le domaine de la santé mentale, la politique de l'Ontario délaisse l'institutionnalisation des personnes ayant une maladie mentale grave au profit de services adéquats et accessibles au sein de la collectivité. Cette stratégie est fondée sur des travaux de recherche selon lesquels les soins communautaires seraient plus efficaces et économiques.

- Ainsi, l'hospitalisation d'une personne atteinte d'une maladie mentale grave pendant un an coûte plus de 171 000 \$; son incarcération coûte entre 100 000 \$ et 250 000 \$ par année. Fournir des services de santé mentale dans la collectivité à cette même personne ne coûte par contre qu'environ 34 000 \$ par année.
- Les services communautaires de santé mentale permettent d'atténuer la pression exercée sur d'autres services coûteux qui ont

déjà du mal à répondre à la demande. Selon une étude de L'Association canadienne pour la santé mentale, avec un soutien approprié dans la collectivité, les personnes malades ont beaucoup moins souvent recours aux hôpitaux et aux services de police. Cette étude faisait état d'une diminution de 86 % des hospitalisations, de 60 % du nombre de visites à la salle d'urgence et de 34 % des interventions de la police.

- La majorité des crimes commis par des personnes ayant une maladie mentale peuvent être empêchés si ces personnes ont accès à des mesures de soutien adéquates et appropriées dans la collectivité.

Le Ministère a publié en 1999 un document stratégique clé intitulé *Franchir les étapes*, dans lequel il énonçait ce qui était alors sa stratégie sur trois ans pour restructurer le système de santé mentale, qui visait « la restructuration tant attendue du système de santé mentale et donc la réforme des services qui en relèvent ». Ce document contenait un plan de mise en œuvre orientant la réforme globale, de même qu'un cadre renfermant des directives et des lignes directrices détaillées pour l'organisation et la prestation des services de base au sein du système restructuré.

La réforme du système de santé mentale suppose que l'on déplace certaines des ressources existantes des hôpitaux vers les services communautaires. Le Ministère établissait donc dans *Franchir les étapes* des objectifs et des délais précis quant au nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques qui seraient financés et le ratio entre ce financement et le financement accordé aux services communautaires. Essentiellement, le Ministère avait déterminé que, dans le système de santé mentale, le ratio entre les dépenses consacrées aux services communautaires et celles destinées aux services institutionnels serait de 60:40 et qu'il y aurait 30 lits de soins psychiatriques pour chaque tranche de 100 000 Ontariens. Se fondant sur des recommandations formulées par la Commission de restructuration des services de santé en 1999, le

Ministère a par la suite ramené provisoirement son objectif à 35 lits par tranche de 100 000 personnes. Il s'était engagé à atteindre ces objectifs en 2003.

Le personnel du Ministère nous a indiqué que ces objectifs étaient toujours pertinents. Nous avons constaté que le Ministère avait presque atteint son objectif provisoire (c'est-à-dire réduire le nombre de lits à 35 par tranche de 100 000 personnes), le nombre de lits par tranche de 100 000 personnes étant passé de 40 en 2002-2003 à 36 en 2006-2007 (figure 3). Bien que le Ministère ait augmenté le financement accordé aux programmes communautaires de santé mentale, il n'affecte pas encore 60 % du financement destiné à la santé mentale aux services communautaires, comme il l'avait prévu. En 2006-2007, il a dépensé environ 39 \$ pour les services communautaires pour chaque tranche de 61 \$ consacrée aux services en établissement. Le Ministère a donc presque atteint son objectif sur le plan de la réduction du nombre de lits, mais il n'a pas respecté celui touchant la proportion des dépenses consacrées aux services communautaires. Il a indiqué qu'il n'y était pas encore arrivé

Figure 3 : Situation relative aux objectifs fixés pour les services communautaires de santé mentale – financement et nombre de lits, de 2002-2003 à 2006-2007

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

	Nombre de lits dans des hôpitaux psychiatriques par 100 000 personnes	Ratio de financement des services communautaires/ services institutionnels
Cible	35*	60:40
Nombre réel		
2002-2003	40	28:72
2003-2004	39	27:73
2004-2005	38	28:72
2005-2006	37	29:71
2006-2007	36	39:61

* La Commission de restructuration des services de santé avait au départ appuyé un taux de 30 lits par 100 000 personnes comme objectif final. Toutefois, afin de veiller à ce que le rythme du changement permette une restructuration organisée des services de santé mentale, la Commission a proposé un objectif provisoire de 37 lits par 100 000 personnes pour l'année 2000 et de 35 lits par 100 000 personnes pour l'année 2003.

en raison principalement des coûts toujours plus élevés des soins hospitaliers.

Le fait que le Ministère ait pu réduire le nombre de lits considérablement sans avoir pour cela atteint son objectif quant à la proportion de financement accordé aux services communautaires indique qu'il n'y a peut-être pas encore un soutien communautaire adéquat pour les personnes qui reçoivent leur congé des hôpitaux psychiatriques en raison de la suppression de lits. Pour que la restructuration soit réussie, il fallait que la capacité communautaire soit suffisante avant la suppression des lits. Si les personnes atteintes d'une maladie mentale grave retournent dans la collectivité sans avoir accès à ces services, elles risquent beaucoup plus de devoir être hospitalisées ou de commettre des actes nécessitant l'intervention de la police.

Selon le rapport *Hospital Report 2004: Mental Health* sur les hôpitaux de l'Ontario, les taux de réadmission et d'hospitalisation à répétition signalent un vide entre les services institutionnels et les services communautaires de santé mentale. Il y a trop de personnes qui retournent dans les hôpitaux pour obtenir des soins en raison d'une mauvaise intégration des services, d'un suivi insuffisant dans la collectivité, d'une utilisation des ressources inefficace ou inadéquate, d'une mauvaise planification ou organisation du congé et d'une aide insuffisante pour les personnes qui tentent de rester dans la collectivité plutôt que d'aller en milieu institutionnel. Selon ce rapport :

- 22 % des personnes souffrant de problèmes de santé mentale qui obtiennent leur congé d'un hôpital en Ontario sont réadmisés à l'hôpital ou vues dans un service d'urgence dans les 30 jours de leur congé;
- 26 % des Ontariens hospitalisés en raison d'une maladie mentale le sont à plusieurs reprises au cours de l'année.

Le personnel des RLISS dans lesquels nous nous sommes rendus nous a indiqué que leurs hôpitaux avaient toujours certaines difficultés en ce qui a trait à la continuité des soins entre les milieux institutionnel et communautaire (voir la section « Niveau de soins » du rapport).

RECOMMANDATION 1

Afin de veiller à ce que la stratégie ontarienne visant à offrir des services aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave dans la collectivité plutôt qu'en milieu institutionnel soit mise en œuvre de manière efficace, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) doivent, en consultation avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, s'assurer que la capacité et les ressources communautaires nécessaires pour servir ces personnes lorsqu'elles obtiennent leur congé d'un établissement sont en place.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Les RLISS ont le mandat de planifier les services de santé de leur collectivité, y compris les services de santé mentale.

Depuis 2004-2005, le Ministère a augmenté les budgets consacrés aux services communautaires de santé mentale de plus de 200 millions de dollars et prévoit continuer d'investir dans ce domaine afin que les RLISS puissent accroître leur capacité communautaire.

Ce nouveau financement était destiné aux programmes communautaires de santé mentale dans le but de veiller à ce que la capacité voulue soit en place lorsque les personnes atteintes de maladie mentale grave recevraient leur congé d'un établissement. De plus, le gouvernement a engagé un montant supplémentaire de 20 millions de dollars à compter de 2008-2009 pour appuyer les initiatives communautaires en santé mentale qui ont une incidence sur les temps d'attente dans les services d'urgence.

RÉPONSE DES RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

Appuyant entièrement la stratégie de l'Ontario en matière de santé mentale, les RLISS reconnaissent qu'il est nécessaire d'offrir des services aux personnes atteintes de maladie

mentale dans la collectivité et de réduire ainsi le recours aux lits dans les établissements, qui représentent une solution moins efficace par rapport aux coûts. Bien que des ressources additionnelles – plus particulièrement du côté des programmes de santé mentale, du soutien social et du logement – soient nécessaires, les RLSS sont déterminés à améliorer la coordination et à favoriser la collaboration entre fournisseurs de services de santé locaux afin d'optimiser les ressources disponibles à l'heure actuelle.

ACCÈS AUX SERVICES

Dans le document *Franchir les étapes*, il est énoncé que toutes les personnes ayant une maladie mentale grave devraient pouvoir accéder à des services de traitement, de réadaptation et de soutien. Avec la désinstitutionnalisation, un accès en temps opportun à des services communautaires de santé mentale est essentiel si l'on veut que les personnes atteintes de maladie mentale s'en sortent le mieux possible. Nous avons toutefois constaté qu'il n'est pas toujours possible d'avoir accès à de tels services en temps opportun partout dans la province.

Niveau de soins

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale a mené une série de projets d'évaluation exhaustive d'un bout à l'autre de la province entre 1998 et 2002. Dans le cadre de ces projets, les clients étaient classés selon cinq niveaux d'après leur capacité de vivre en autonomie dans la collectivité, la gravité générale de leurs problèmes, leurs facteurs de risque et leurs points forts (figure 4).

Ces projets ont montré qu'une proportion considérable des clients atteints d'une maladie mentale grave pouvaient être traités dans la collectivité s'ils disposaient de niveaux appropriés de services et de soutien. Ils ont également permis de recueillir des renseignements au sujet de l'utilisation des services faite par ces personnes et de leurs besoins, et de quantifier la capacité en matière de services.

Figure 4 : Niveaux de soins pour les personnes ayant une maladie mentale grave

Source des données : Projets d'évaluation exhaustive du Centre de toxicomanie et de santé mentale

- 1 Autogestion – Le client rencontre un professionnel de la santé mentale ou un médecin de famille une fois par mois au plus. Il navigue dans le système sans gestionnaire de cas.
- 2 Gestion de cas – Le client reçoit un soutien environ une fois par semaine en moyenne.
- 3 Gestion de cas intensive ou traitement communautaire dynamique – Le client a besoin d'un suivi qui suppose habituellement plusieurs rencontres par semaine et est fortement axé sur le soutien clinique et la réadaptation.
- 4 Traitement en résidence – Le client bénéficie d'une supervision intensive en tout temps et de services de réadaptation; possibilité de traitement clinique quotidien, selon les besoins.
- 5 Hospitalisation à long terme

Les projets avaient tous été menés à bien à la fin de 2002 et un rapport sommaire a été diffusé en 2004. On y comparait les besoins des clients aux soins fournis dans la province et concluait que les personnes atteintes de maladie mentale ne recevaient pas le niveau de soins approprié. Ainsi, seulement le tiers des clients recevaient un niveau de soins appropriés, alors que plus de la moitié des personnes ayant une maladie mentale qui étaient hospitalisées auraient pu vivre en autonomie dans la collectivité si elles avaient eu accès à un soutien adéquat.

L'Institut canadien d'information sur la santé a publié un rapport intitulé *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2003-2004*, soulignant également l'incapacité du système de soins de santé mentale de transférer les personnes atteintes de maladie mentale vers un niveau de soins plus approprié. On indiquait dans ce rapport que 10,9 % de tous les jours d'hospitalisation attribuables à une maladie mentale – environ 75 000 par année en Ontario – n'étaient plus jugés nécessaires, c'est-à-dire que ces personnes auraient pu sortir de l'hôpital et recevoir un niveau de soins plus approprié dans la collectivité.

Malgré les nouvelles initiatives de financement lancées dans le système de santé mentale, le pro-

blème demeure selon les RLISS et les fournisseurs de services où nous nous sommes rendus (voir la section « Nouvelles initiatives de financement » du présent rapport). Un des RLISS a mentionné que les hôpitaux de sa région continuaient à avoir de la difficulté à transférer les personnes atteintes d'une maladie mentale grave de l'hôpital à un niveau de soins plus approprié. Un des hôpitaux de ce réseau a indiqué que le nombre de jours d'hospitalisation en raison d'une maladie mentale jugés non nécessaires allait en augmentant. Un autre RLISS a également mentionné que le manque de services communautaires obligeait les personnes ayant une maladie mentale grave à avoir recours à des services qui coûtent plus cher, comme les salles d'urgence et les hôpitaux.

Listes et délais d'attente

Dans notre *Rapport annuel 2002*, nous avons mentionné que le Ministère ne disposait pas d'une information adéquate sur les listes et les délais d'attente, ce qui limitait sa capacité de déterminer si des services suffisants et appropriés étaient disponibles pour répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Dans le cadre de la présente vérification, nous avons constaté que le Ministère avait pris des mesures pour régler cette question en mettant en place deux nouveaux systèmes pour recueillir des données sur le secteur des services communautaires de santé mentale : le Système d'information de gestion (SIG) et le Fichier de données communes sur la santé mentale (voir la section « Systèmes d'information » pour de plus amples détails).

Toutefois, l'utilité d'un système d'information dépend toujours de l'exactitude et de l'uniformité des données recueillies. Nous avons quelques préoccupations au sujet de l'information sur les listes et les temps d'attente recueillie dans ces nouveaux systèmes. Le personnel du Ministère nous a dit que l'information ne pouvait être utilisée pour effectuer des analyses pratiques au niveau provincial et que la comparaison entre fournisseurs de services était

impossible, la communication de l'information devant être améliorée. Les fournisseurs de services ne présentent pas de données sur les temps d'attente ou ne le font pas de façon uniforme, car ils ne comprennent pas la définition des temps d'attente, c'est-à-dire ce qui constitue le début et la fin de ce délai. Comme l'information détenue par le Ministère n'était pas vraiment fiable, nous avons fait nos propres recherches, qui nous ont révélé que les temps d'attente étaient longs.

- Le personnel du Ministère nous a indiqué que le temps d'attente moyen pour les services communautaires de santé mentale se situait à un peu plus de 180 jours.
- Selon un rapport publié par la Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario en 2003, près de la moitié des personnes qui ont besoin de services doivent attendre au moins huit semaines et le délai d'attente dans le cadre de 18 % des programmes communautaires de santé mentale peut aller à un an ou plus.
- D'après un rapport publié par le Fraser Institute en 2007, les personnes qui cherchent à obtenir un traitement pour des problèmes de santé mentale sont susceptibles d'être déçues à l'égard de l'accès à ces services. Toujours selon ce rapport, en Ontario, il faut plus de quatre mois pour être acheminé d'un médecin généraliste à des services de traitement et les délais d'attente entre la consultation d'un spécialiste et le traitement dépassent de 148 % ce que les psychiatres jugent adéquat. On conclut qu'un grand nombre des personnes atteintes d'une maladie mentale voient leur état se détériorer avant d'obtenir les soins dont elles ont besoin.
- Les listes et les temps d'attente des fournisseurs de services chez lesquels nous nous sommes rendus au début de 2008 étaient généralement assez longs. Un de ces fournisseurs, par exemple, nous a indiqué que sa liste d'attente comptait 85 clients, qui attendaient

depuis quatre à huit mois pour obtenir des services. Deux fournisseurs de services nous ont dit que les délais d'accès à des services de psychiatre pouvaient aller de deux à six mois. Deux autres fournisseurs nous ont dit qu'il fallait de huit mois à un an pour obtenir des services de certaines équipes de traitement communautaire dynamique.

Coordination de l'accès aux services

Dans *Franchir les étapes*, publié en 1999, on indiquait que « l'accès aux services de santé mentale est parfois lent ou difficile ». Neuf ans plus tard, le problème demeure. Pendant notre vérification, nous avons remarqué qu'il n'y avait pas de processus de coordination et de collaboration officiels entre les différents intervenants, notamment les fournisseurs de services communautaires de santé mentale, les ministères pertinents et les RLISS.

Entre les fournisseurs de services communautaires de santé mentale

Depuis avril 2007, les RLISS sont chargés de la coordination entre les fournisseurs de services. Cependant, dans bien des régions de la province, la coordination entre organismes qui fournissent des services semblables ou identiques demeure minime. Une des raisons qui a mené à la création des RLISS était que le Ministère s'inquiétait du manque de coordination et d'intégration des services dans le secteur des services communautaires de santé mentale – il s'agissait essentiellement d'un système déroutant composé d'un grand nombre de fournisseurs de services et de points d'accès multiples. Nous avons remarqué dans nos visites dans les RLISS et chez les fournisseurs de services qu'il n'y avait généralement pas de coordination de l'accès aux services. Nous avons plus précisément constaté ce qui suit :

- Dans un sondage réalisé par un RLISS, le manque de coordination et le manque d'accès aux services ont été les lacunes ou problèmes les

plus souvent mentionnés par les fournisseurs de services.

- Aucun financement n'est affecté expressément à la coordination. Dans le cadre de leur mandat, les RLISS incitent les fournisseurs de services à collaborer, mais on nous a dit que, sans financement prévu à cette fin, une telle collaboration est peu probable. Les petits fournisseurs de services sont particulièrement désavantagés puisqu'ils ont peu de ressources à consacrer à la coordination.
- Ni le Ministère ni les RLISS n'ont donné de lignes directrices aux fournisseurs de services sur la façon dont la coordination de l'accès devait se faire.
- Les fournisseurs de services ont élaboré des programmes et fonctionnent chacun de leur côté, selon ce qu'on appelle communément une mentalité « de cloisonnement ». Cette façon de faire a fragmenté ce qui aurait dû être un continuum de soins. Les fournisseurs de services ont élaboré des processus différents pour des activités clés telles que l'évaluation des clients, la détermination de l'admissibilité et l'aiguillage des clients vers d'autres services. Ce manque d'uniformité a mené à un travail en double, à des services qui manquent de cohérence et à des transitions maladroites entre services.
- L'initiative du Ministère visant à financer des services centralisés fournis par ConnexOntario n'a pas été étendue pour englober certains renseignements importants, comme de l'information sur la disponibilité d'un service donné à un moment précis et sur le délai d'accès à ce service.

Cela dit, soulignons que le Ministère a instauré un outil d'évaluation commun pour assurer l'uniformité de l'évaluation des clients dans le secteur des services communautaires de santé mentale. Nous avons également noté certaines initiatives locales qui devraient être classées dans les meilleures pratiques. Les partenariats axés sur la collaboration, les listes d'attente centralisées fondées sur un triage

et les processus d'admission centralisés en sont des exemples. De telles initiatives contribuent à réduire les délais d'attente, éliminent la confusion pour les clients et permettent un système plus facile d'accès et mieux coordonné. Le Ministère et les RLISS devraient encourager et appuyer l'adoption de ces meilleures pratiques afin d'améliorer la coordination.

Entre ministères

La coordination entre ministères a nettement besoin d'être améliorée, surtout en ce qui concerne les services fournis dans les cas de « diagnostic mixte » – une maladie mentale combinée à une déficience développementale qui suppose un fonctionnement intellectuel et une capacité de vivre en autonomie de beaucoup inférieurs à la moyenne. Les personnes qui font l'objet d'un diagnostic mixte obtiennent des services par le biais de deux secteurs distincts : le secteur du développement, financé par le ministère des Services sociaux et communautaires, et le secteur de la santé mentale, financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Un des fournisseurs de services que nous avons visités, qui traite avec les personnes ayant fait l'objet de ce genre de diagnostic, a mentionné que les ministères ne s'entendaient pas sur la définition du diagnostic mixte. On soulignait également cette collaboration inadéquate entre ministères dans une étude publiée par La Fondation ontarienne de la santé mentale en décembre 2005, selon laquelle :

- Les lignes directrices diffusées conjointement par les deux ministères en 1997 n'étaient pas claires en ce qui a trait à l'admissibilité aux services et aux responsabilités de chacun des ministères quant à la prestation de ces services. Certaines personnes se voyaient refuser des services par les deux ministères à cause de ce manque de clarté. Selon cette étude, les gens « finissent par être traités comme des balles de ping-pong entre les deux secteurs ».
- En 1998, les deux ministères ont élaboré un plan de travail pour décrire les résultats

prévus, les dates cibles et les responsabilités de chacun en ce qui a trait à la mise en œuvre des lignes directrices de 1997. Toutefois, les groupes qui ont élaboré le plan ont été dissous et il n'y a eu aucun suivi. Le cloisonnement qui existe au sein des ministères empêche une planification interministérielle suffisante. De plus, la communication entre régions est limitée. En 2005, les deux ministères ont créé un nouveau processus pour mettre à jour les lignes directrices, mais la réalisation de ce travail a été reportée en raison de la création des RLISS et de ses répercussions sur les nouvelles relations.

Entre les RLISS et le Ministère

Depuis le 1^{er} avril 2007, les RLISS se concentrent sur l'administration et la supervision de l'exécution des programmes communautaires de santé mentale, tandis que le Ministère joue un rôle de gestion, assurant l'orientation et la direction générales du système. Le Ministère a créé la Direction de la liaison avec les RLISS, qui sert de premier point de contact pour les RLISS, ceux-ci étant chargés des relations avec les fournisseurs locaux des services de santé.

Quand ils ont évalué l'état de préparation du Ministère et des RLISS en ce qui concerne le transfert de pouvoirs aux RLISS du 1^{er} avril 2007 et l'exécution de ce transfert, les services de vérification interne du Ministère ont relevé des points faibles dans plusieurs domaines, notamment des politiques, des rôles et des responsabilités qui demandaient à être précisés, un besoin toujours présent de transférer des connaissances du Ministère aux RLISS, de même qu'un besoin de données plus à jour et plus utiles si chacun voulait être en mesure d'assumer pleinement ses responsabilités relativement aux services communautaires de santé mentale.

Les visites que nous avons effectuées dans trois RLISS au début de 2008 nous ont permis de confirmer que ces problèmes existaient toujours dans une large mesure.

RECOMMANDATION 2

Afin de veiller à ce que les personnes atteintes d'une maladie mentale grave aient un accès uniforme, équitable et rapide aux services communautaires correspondant à leurs besoins, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- améliorer la coordination à l'échelle provinciale avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et d'autres ministères qui travaillent dans le secteur des services destinés aux personnes ayant des troubles mentaux;
- fournir un soutien aux RLISS – plus particulièrement en ce qui concerne le transfert de connaissances et la disponibilité de données – qui permettrait à ces derniers de coordonner et de superviser efficacement les fournisseurs de services, comme il est prévu. Les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent :
 - travailler en collaboration avec les fournisseurs de services dans le but d'améliorer la fiabilité de l'information sur les listes et les temps d'attente;
 - recueillir et analyser de l'information sur les listes et les temps d'attente et utiliser cette information pour déterminer le besoin de certains types et niveaux de services et en établir l'ordre de priorité;
 - apporter l'aide nécessaire pour améliorer la coordination et la collaboration entre fournisseurs de services de santé.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Depuis 2006, le Ministère finance ConnexOntario pour les organismes de santé mentale. Il s'agit d'un service auprès duquel le public peut obtenir de l'information en tout temps sur l'éventail de services communautaires de santé mentale offerts en Ontario. Le Ministère soutient également la mise sur pied d'un système de services efficace et responsable en fournissant des ren-

seignements sur la planification aux administrateurs des systèmes.

Le Ministère convient que les RLISS vont devoir travailler avec leurs fournisseurs de services de santé pour veiller à ce que les données relatives à leurs services soient transmises régulièrement à ConnexOntario. Le public disposera ainsi de l'information la plus à jour possible et les RLISS pourront se fier à l'information fournie par ConnexOntario pour planifier leurs services et gérer leurs listes d'attente.

Le Ministère travaillera en collaboration avec ConnexOntario pour créer de l'information sur les temps d'attente, de même que des façons uniformes de communiquer cette information.

Le Ministère travaillera avec les RLISS et les fournisseurs de soins de santé afin de mettre en œuvre des initiatives telles que l'outil d'évaluation commun. Cet outil devrait contribuer considérablement à améliorer la coordination et la collaboration en permettant aux fournisseurs de partager de l'information sur leurs clients au moment de l'admission et du congé.

Les RLISS ont été créés pour planifier et intégrer les services. L'amélioration de la coordination afin d'accroître l'accès aux services et la continuité des soins pour les clients qui ont besoin de services de santé mentale et autres est au cœur de leur mandat.

Afin de les aider à assumer leur nouveau rôle, le Ministère a tenu un grand nombre de séances de transfert des connaissances et de formation sur divers sujets pour leur permettre de se familiariser avec, entre autres choses, leurs fournisseurs de services de la santé, les processus de gestion financière et la gestion de l'information sur la santé. Le Ministère continuera de travailler avec les RLISS pour repérer les lacunes dans les connaissances et les besoins en formation, et leur offrira l'aide dont ils ont besoin.

Le Ministère poursuivra également sa collaboration avec les RLISS et d'autres ministères dans les cas où des efforts concertés sont nécessaires pour améliorer les services destinés aux personnes atteintes d'une maladie mentale.

RÉPONSE DES RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

L'accès en temps opportun aux services de santé mentale reste un problème important. Ce point a été souligné dans les séances d'engagement de la collectivité des RLISS. Les ressources sont limitées; le Ministère doit fournir aux RLISS les outils dont ils ont besoin pour travailler de concert avec les fournisseurs locaux afin d'améliorer la qualité des données, de mettre en place un système d'admission commun et plus centralisé et de gérer réellement les listes d'attente. De plus, le Ministère et le ministère des Services sociaux et communautaires doivent étudier la possibilité de mettre en commun les ressources destinées aux citoyens qui ont les besoins les plus complexes. De façon générale, ces clients ne sont pas desservis adéquatement et, par conséquent, utilisent une quantité exagérée de ressources administratives qui devraient plutôt être consacrées à la gestion des listes d'attente et à l'affectation des ressources vers des clients moins dépendants avant qu'ils ne se trouvent dans une situation de crise.

FINANCEMENT

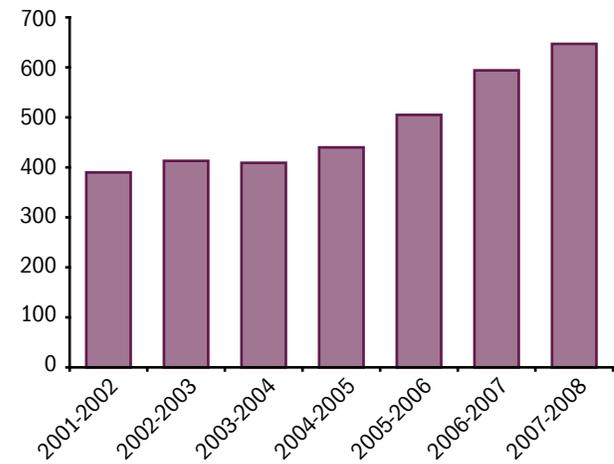
Entre 2003-2004 et 2007-2008, les dépenses liées aux services communautaires de santé mentale ont augmenté de 58 %, passant de 409 millions de dollars à 647 millions de dollars (figure 5). Cette hausse est en majeure partie attribuable à plusieurs nouvelles initiatives de financement, notamment les 117 millions de dollars sur quatre ans provenant du gouvernement fédéral et les 50 millions sur deux ans provenant du Ministère (voir la section « Nouvelles initiatives de financement » ci-après).

Nouvelles initiatives de financement

Au cours des dernières années, deux nouvelles sources de financement importantes sont venues

Figure 5 : Dépenses en services communautaires de santé mentale, 2001-2002 à 2007-2008 (en millions de dollars)

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



accroître les ressources dont dispose le système communautaire de santé mentale pour améliorer les services en place.

- En 2003, le gouvernement fédéral a accepté de verser un nouveau financement dans le cadre de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. En 2004-2005, le gouvernement fédéral a commencé à affecter 117 millions de dollars sur quatre ans pour l'élargissement des services dans les domaines de l'intervention en cas de crise, de la gestion de cas intensive, de l'intervention précoce dans le traitement de la psychose et des équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD). (Les ETCD sont des équipes multidisciplinaires habituellement composées de personnel clinique, dont un psychiatre et des infirmières, de même que d'un travailleur social, d'un ergothérapeute et d'autres spécialistes. Chaque équipe fournit un éventail complet de services à un groupe de 80 à 100 clients.)
- Dans le cadre de son financement destiné à l'amélioration des services, le Ministère a investi 50 millions de dollars sur deux ans à compter de 2004-2005 pour fournir des services visant à éviter que les personnes atteintes

d'une maladie mentale grave ne se retrouvent dans le système de justice pénale et le système correctionnel. Parmi les programmes qui ont reçu un financement supplémentaire figurent les lits d'hébergement d'urgence temporaire, le logement avec services de soutien et la déjudiciarisation/le soutien devant les tribunaux (qui ont pour but d'aider les personnes ayant une maladie mentale aux prises avec la loi, et leur famille, à naviguer le processus judiciaire et de les aiguiller vers divers services communautaires de santé mentale).

Bien que les nouveaux investissements stratégiques aient permis d'accroître la capacité du secteur communautaire, nous avons constaté que le nouveau financement n'était affecté qu'à certains fournisseurs : la majorité des fournisseurs n'ont reçu aucuns fonds additionnels outre une augmentation annuelle de 1,5 % ces dernières années. Le Ministère a indiqué qu'un grand nombre de fournisseurs n'avaient pas reçu de financement supplémentaire parce que le gouvernement avait ciblé des programmes précis qui répondaient à des critères particuliers et des besoins locaux. Quand nous avons demandé des documents à l'appui de ces critères d'affectation des nouveaux fonds, le Ministère nous a dit que les décisions avaient été prises par les bureaux régionaux, qui n'existent plus, et que les documents n'étaient pas disponibles.

Programmes de services communautaires de santé mentale en place

La plupart des fournisseurs de services communautaires de santé mentale ont indiqué au Ministère que, malgré les nouvelles initiatives de financement, les programmes en place continuent de manquer grandement de fonds. Notre examen du financement nous a révélé que, avant l'exercice 2004-2005, les programmes de services communautaires de santé mentale n'avaient reçu aucune augmentation de leur financement de base depuis plus de dix ans. En 2004-2005, le Ministère leur a accordé une augmentation de 2 %, suivie

d'une hausse de 1,5 % pour chacun des exercices 2005-2006, 2006-2007 et 2007-2008. Les RLISS dans lesquels nous nous sommes rendus ont indiqué dans leurs rapports trimestriels et annuels que, après tant d'années de stagnation budgétaire, les récentes augmentations de 1,5 % n'ont pas permis aux fournisseurs de maintenir leur niveau de services. Qui plus est :

- Les fournisseurs de services prévoient que des augmentations de 3 % à 5 % seraient nécessaires pour égaler les règlements négociés par les syndicats, les augmentations au mérite et l'inflation. Comme aucune autre augmentation n'est prévue, les fournisseurs ont réduit leur volume de services et leur effectif pour pouvoir équilibrer leur budget. Ceux chez lesquels nous nous sommes rendus nous ont indiqué avoir dû geler les salaires et réduire les dépenses destinées à l'infrastructure (les installations et la technologie de l'information par exemple).
- Un sondage mené à la fin de 2002 par la Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario a révélé que 80 % des fournisseurs de services avaient dû interrompre temporairement des programmes pour faire face à des pressions budgétaires, et que 25 % avaient mis fin à certains programmes de façon permanente. Près des trois quarts des fournisseurs de services avaient perdu des membres de leur effectif au profit d'emplois mieux rémunérés à l'extérieur du secteur des services de santé mentale et n'étaient pas en mesure de les remplacer parce qu'ils ne pouvaient offrir des salaires concurrentiels.
- Le roulement du personnel dans le secteur des services communautaires de santé mentale est élevé – jusqu'à 40 % par année dans certaines régions. De plus, comme dans les autres systèmes de services communautaires, le personnel est souvent moins bien payé que les employés de compétence égale qui travaillent dans les hôpitaux, ce qui rend difficile de recruter et de

conserver des personnes compétentes et mine la capacité du système de services communautaires de santé mentale au moment même où un plus grand nombre de patients se voient transférer des établissements à la collectivité.

Financement fondé sur les besoins cernés

Selon un rapport publié par le gouvernement fédéral intitulé *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de santé mentale*, l'allocation des ressources est plus efficace et équitable quand elle est fondée sur les besoins réels plutôt que sur le financement passé. Le financement fondé sur les besoins achemine les ressources là où on en a le plus besoin, indépendamment des relations antérieures avec les fournisseurs de services et de l'utilisation faite des fonds par le passé. Nous avons soulevé cette question dans notre *Rapport annuel 2002*, mais le Ministère n'a toujours pas mis en œuvre un modèle de financement fondé sur les besoins, et ce, en raison de la complexité du système des services communautaires de santé mentale.

En 2002, nous avons mentionné que le financement fondé sur les montants dépensés l'année d'avant pour les programmes de services communautaires de santé mentale contribuait à des différences considérables du financement par personne entre les diverses régions de la province. Tant que les augmentations continueront de correspondre à un pourcentage du financement de l'année précédente, les RLISS qui ont toujours eu un financement élevé vont recevoir des montants encore plus importants à l'avenir, peu importe leurs besoins. Dans le cadre de cette vérification-ci, nous avons pu voir que les différences de financement importantes existaient toujours. Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- Le financement moyen par personne des services communautaires de santé mentale pour l'ensemble de la province en 2007-2008 se situait à environ 42 \$, mais il variait entre 115 \$ dans un RLISS (où la population était en

baisse) et 19 \$ dans un autre (où la population allait en augmentant).

- Si le financement continue à être fondé sur les années antérieures plutôt que sur les caractéristiques de la population, les besoins et les risques en matière de santé, les écarts de financement vont encore s'accroître. Comme le montre la figure 6, l'écart entre le niveau de financement par personne le plus bas et le niveau le plus élevé passera de 94 \$ en 2006-2007 à 101 \$ en 2009-2010. Essentiellement, un financement régional inéquitable signifie que des personnes ayant des besoins semblables peuvent ne pas obtenir les services qu'il leur faut selon le lieu où elles habitent en Ontario.

Le Ministère a reconnu que le financement fondé sur les montants dépensés l'année d'avant posait un problème. Afin de tenter de le corriger, il a affecté le nouveau financement fédéral versé dans le cadre de l'Accord des premiers ministres et son propre financement pour l'amélioration des services selon la population. Il n'a toutefois pas tenu compte de certains autres facteurs pertinents, tels que la distance entre les services, ce qui permettrait d'amé-

Figure 6 : Niveaux de financement par personne des programmes communautaires de santé mentale, 2006-2007 à 2009-2010 (en dollars)

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

	Réel		Prévu	
	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Moyenne provinciale	40	42	44	44
RLISS ayant le niveau le plus élevé	112	115	120	122
RLISS ayant le niveau le plus bas	18	19	20	21
Différence entre le niveau le plus élevé et le plus bas	94	96	100	101

liorer la formule d'allocation des fonds. Il a indiqué avoir l'intention de mettre en œuvre un modèle fondé sur les besoins – le Modèle d'allocation fondé sur la santé – pour le secteur des services communautaires de santé mentale, une fois qu'il aura pu recueillir les données et les estimations des coûts nécessaires pour évaluer adéquatement les besoins précis des habitants de la province.

RECOMMANDATION 3

Afin de veiller à ce que des personnes ayant des besoins semblables puissent recevoir un niveau semblable de soutien et de services communautaires, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent recueillir des données complètes et établir des estimations des coûts adéquates pour examiner les différences régionales au chapitre des caractéristiques de la population, des besoins et des risques en matière de santé de manière à ce que le financement accordé corresponde à la demande qui existe à l'égard des services devant être fournis et à l'utilité de ces services.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Les RLISS ont pour mandat de planifier les services en fonction des besoins en santé de leurs collectivités, y compris les personnes ayant des problèmes de santé mentale. La majorité des RLISS ont fait de la santé mentale une de leurs priorités et c'est à ceux qu'il revient de réorganiser les services de leur région pour répondre à ces besoins.

Pour appuyer les efforts des RLISS, le Ministère poursuivra son travail sur la nouvelle méthode d'allocation fondée sur la santé (MAS) pour le secteur des services communautaires de santé mentale.

RÉPONSE DES RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

Il existe des différences de rémunération considérables entre les secteurs institutionnel et communautaire pour un travail semblable. La situation n'ira qu'en s'aggravant avec l'accroissement de la pénurie de main-d'œuvre et, à moins que des mesures correctives ne soient prises, ces différences vont continuer d'entraver énormément la désinstitutionnalisation. Qui plus est, comme on le souligne dans le rapport, les ressources affectées aux programmes varient effectivement énormément d'un réseau à l'autre et d'une collectivité à l'autre au sein de chaque réseau. La répartition inégale des ressources d'année en année entraîne des inégalités importantes dans l'accès aux services, et le Ministère doit aider les RLISS à redresser ce déséquilibre.

LOGEMENT

Le logement est un déterminant clé de la santé et, par conséquent, un élément crucial de tout système de services communautaires de santé mentale efficace. Les personnes atteintes d'une maladie mentale qui ont le choix et le contrôle en matière de logement sont plus susceptibles de voir leur bien-être, leur stabilité psychologique et leur indépendance s'améliorer. Le logement avec services de soutien est une forme de logement offrant des mesures de soutien personnalisées, souples et axées sur la réadaptation en vue d'aider les personnes souffrant de troubles mentaux à améliorer leur capacité de vivre dans la collectivité et d'accroître au maximum leur autonomie, leur intimité, leur dignité et leur capacité de prendre des décisions. Différents types et niveaux de services de soutien sont fournis dans ces résidences, notamment la gestion de cas, la réadaptation sociale, le traitement communautaire dynamique et l'intervention en cas de crise. La vie dans la collectivité et la rémission sont difficiles sans logement et soutien accessibles.

L'itinérance est également un problème fréquent chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves en Ontario. En moyenne, de 30 % à 35 % des sans-abri ont des problèmes de santé mentale.

Le Ministère est la seule source de financement provinciale tant pour le volet « services de soutien » que pour le volet « logement » du logement avec services de soutien. Au moment de notre vérification, environ 7 900 logements avec services de soutien en santé mentale, gérés par 86 fournisseurs, étaient disponibles en Ontario. Sur ce nombre, environ 3 300 étaient des logements « spécialisés » et 4 600, des logements avec « supplément au loyer ».

- Les logements spécialisés sont ceux qui ont été achetés par des fournisseurs de services au moyen d'un financement gouvernemental. Il s'agit en général de maisons et d'immeubles d'habitation. Les fournisseurs de logements, qui sont des organismes sans but lucratif, achètent et gèrent ces logements à l'aide de subventions du Ministère pour couvrir les coûts de fonctionnement.
- Les logements avec supplément au loyer sont ceux qui se trouvent dans des immeubles d'habitation privés. Les fournisseurs de logements travaillent en collaboration avec les propriétaires afin d'obtenir ces logements pour leurs clients. Le Ministère verse un supplément au loyer aux fournisseurs pour couvrir une partie du coût du loyer des clients.

Besoins en logement et capacité

Dans le document *Franchir les étapes*, publié en 1999, on dit que « Conformément aux autres initiatives de politique actuelles du gouvernement, le Ministère va devoir se pencher sur les besoins en matière de logement des personnes [sans abri ou socialement isolées] qui ont aussi une maladie mentale ». Dans notre *Rapport annuel 2002*, nous avons souligné que le Ministère devait évaluer le nombre et le type de logements requis dans différentes régions de la province. Dans le cadre de cette vérification, nous avons constaté que des initiatives mises en œuvre

récemment dans le domaine du logement visaient à tenter de remédier aux inégalités dans la province, mais il reste encore du travail à faire.

Disponibilité

Il y a un manque criant de logements avec services de soutien en Ontario. Selon un rapport publié par le gouvernement fédéral en 2006, intitulé *De l'ombre à la lumière*, 57 000 logements abordables de plus seraient nécessaires au Canada au cours des dix années à venir pour remédier à la pénurie. D'après la population de la province, nous estimons à environ 23 000 le nombre de ces logements qui seraient nécessaires en Ontario.

Les délais d'attente très longs pour obtenir un logement avec services de soutien montrent bien que les besoins sont de beaucoup supérieurs à l'offre dans ce domaine. Une étude menée par l'Association du logement sans but lucratif de l'Ontario en 2006 a révélé que le temps d'attente moyen pour un logement avec services de soutien pouvait aller d'un an à six ans selon le lieu où une personne habite dans la province.

Une autre étude réalisée par une équipe de sept chercheurs provenant de quatre établissements de l'Ontario en 2005 a révélé que le secteur du logement pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale ne disposait pas de sources de données systématiques et fiables ni d'une stratégie de surveillance, fondée sur les résultats, pour gérer et améliorer le stock de logements et les services de soutien et appuyer l'élaboration de politiques. On y indiquait également que le secteur ne disposait pas des données nécessaires pour déterminer le nombre et le type de nouveaux logements qui devraient être créés.

Niveaux de services

Si le Ministère a créé un certain nombre de nouveaux logements avec services de soutien, les soins que les clients reçoivent ne correspondent pas à ceux dont ils ont besoin, ce qui montre que les processus d'évaluation et de planification doivent être

améliorés et que les options proposées en matière de logements et de services de soutien doivent être plus nombreuses. Dans un rapport publié en 2004 à l'issue de ses projets d'évaluation exhaustive, le Centre de toxicomanie et de santé mentale soulignait que les services liés au logement dans le système communautaire de santé mentale n'étaient pas répartis de façon logique.

Même quand les personnes ayant des troubles de santé mentale étaient capables de se trouver un logement, dans bien des cas, elles ne recevaient pas le niveau de soutien approprié dans la collectivité en fonction de leurs besoins. D'un côté, il y avait une offre excédentaire de logements supervisés. Sur le nombre de personnes qui se trouvaient dans des milieux leur offrant un niveau de soutien élevé 24 heures par jour, seulement 14 % avaient effectivement besoin de ce niveau de soutien. De l'autre côté, les besoins du tiers des clients qui nécessitaient un soutien communautaire plus intensif n'étaient pas comblés.

Répartition du logement et taux d'inoccupation

Les logements avec services de soutien ne sont pas répartis de façon égale dans la province. Selon un rapport de recherche publié par le Centre de toxicomanie et de santé mentale en 2005, les longues listes d'attente témoignent du nombre insuffisant de programmes de logement. De plus, la disponibilité de logements dans la province n'est pas égale d'une région à l'autre, les programmes et le soutien étant plus concentrés dans certaines d'entre elles. Le Ministère a indiqué que les logements étaient plus limités dans certaines régions parce que certaines initiatives visaient les centres urbains, où le problème des sans-abri est marqué. Bien que le Ministère ait utilisé des modèles de répartition des logements au cours des dernières années pour tenter de remédier à ce problème de longue date, notre analyse du nombre de logements dont dispose chaque RLISS relativement à sa population a révélé ce qui suit :

- La répartition des logements avec services de soutien entre les RLISS varie énormément, allant de 273 logements par 100 000 personnes dans un réseau à 20 logements seulement par 100 000 habitants dans un autre.
- Trois RLISS représentaient chacun 9 % de la population provinciale, pourtant le nombre de logements dont chacun disposait variait grandement. L'un d'eux comptait 32 % de tous les logements de la province, tandis que les deux autres n'en comptaient qu'environ 5 % chacun.

Même si le nombre de logements avec services de soutien est en général insuffisant dans la province, nous avons constaté des taux d'inoccupation inhabituellement élevés dans certaines régions. Le Ministère permet aux fournisseurs de logements de prévoir un taux d'inoccupation de 3 % dans leur budget chaque année. Toutefois, notre examen des taux d'inoccupation et des coûts de fonctionnement 2006-2007 de dix fournisseurs de logements nous a révélé que certains d'entre eux avaient de la difficulté à remplir leurs logements.

- Les dix fournisseurs de logements dont nous avons étudié les chiffres ont assumé des coûts liés à l'inoccupation d'environ 1,1 million de dollars et avaient un taux d'inoccupation moyen de 8 %.
- Les taux d'inoccupation et les coûts connexes de deux fournisseurs de la région du Grand Toronto étaient particulièrement élevés. Le total de leurs coûts liés à l'inoccupation était d'environ 860 000 \$, d'après leur rapport de fin d'année, qui n'avait pas encore été examiné par le Ministère au moment de la vérification. Leurs taux d'inoccupation respectifs étaient en outre de 26 % et 14 % – considérablement plus élevés que les 3 % prévus par le Ministère. Ce dernier nous a indiqué que les taux d'inoccupation et les coûts connexes élevés étaient principalement attribuables à l'initiative d'amélioration des services, qui n'en était toujours qu'au stade de la mise en œuvre, et qu'il faudrait donc un certain temps pour que ces deux fournisseurs remplissent leurs logements.

Financement unique pour dépenses en capital

Le Ministère accorde aux fournisseurs de logements un financement unique pour dépenses en capital pour leur réserve de capital. Ces fonds sont destinés à des réparations précises et aux gros travaux d'entretien futurs des logements. En 2006-2007, le Ministère a versé 11 millions de dollars en financement unique pour les réserves en capital. Nous avons choisi dans chacune des régions desservies par les sept anciens bureaux régionaux le fournisseur de logements qui avait obtenu le montant le plus élevé de financement unique. À l'examen des sept dossiers, nous avons relevé un certain nombre d'exemples de situations dans lesquelles ces fonds n'avaient pas été utilisés en temps opportun ni de façon efficace par rapport aux coûts.

Dans un cas, un fournisseur de logements avait acheté 15 logements dans deux immeubles d'habitation en 2003 pour la somme d'environ 1,6 million de dollars (approximativement 105 000 \$ par logement) avec une subvention pour dépenses en capital du Ministère d'environ 1,8 million de dollars. La différence entre le prix d'achat et le montant de la subvention (environ 270 000 \$) devait servir à payer les coûts de la rénovation et des coûts de consultation pour les deux immeubles. Avant l'achat, le personnel du Ministère avait examiné un rapport d'inspection préparé par un consultant indépendant et inspecté les logements. Le Ministère a confirmé que les logements étaient dans un état acceptable, nécessitant quelques petites réparations mineures, qui devaient, selon le consultant, coûter moins de 200 000 \$. Cependant, le fournisseur n'avait toujours pas commencé les rénovations en 2007, et selon le devis, les travaux de rénovation des 15 logements et des aires communes coûteraient environ 780 000 \$. Nous avons constaté plus particulièrement ce qui suit :

- Jusqu'à 5 des 15 logements n'avaient pas été réparés dans un délai raisonnable.
- Ces cinq logements étaient inoccupés depuis une période allant de deux à cinq ans parce

qu'ils étaient inhabitables. La non-occupation de ces logements causait particulièrement un problème puisque ces derniers sont situés dans le territoire du RLISS qui compte le plus faible pourcentage de logements avec services de soutien relativement à sa population.

Dans un autre cas, un fournisseur de logements avait demandé 68 000 \$ en 2006, d'après un prix qui lui avait été donné par un entrepreneur, pour remédier à une fuite d'eau et à des problèmes de moisissure dans le sous-sol d'une maison. Le personnel du Ministère a effectué une inspection et jugé le prix demandé raisonnable. Par conséquent, au début de 2007, le Ministère a versé la somme de 71 000 \$ au fournisseur et lui a recommandé d'utiliser les 3 000 \$ en plus pour faire étudier le problème plus à fond par un ingénieur. Au moment de cette vérification, les réparations n'avaient pas encore été commencées. Le 31 mars 2008, le Ministère a accordé 50 000 \$ de plus à ce fournisseur pour d'autres travaux d'inspection liés à l'infiltration d'eau, des dommages aux murs de fondation et des réparations courantes. Trois principaux points nous préoccupent, à savoir :

- Les 71 000 \$ versés initialement par le Ministère étaient suffisants pour couvrir le coût des réparations (68 000 \$) et de l'inspection de l'immeuble (3 000 \$); le Ministère n'avait aucun document pour appuyer le versement des 50 000 \$ supplémentaires.
- De plus, 50 000 \$ ne constituent pas un montant raisonnable pour vérifier si la situation avait changé depuis l'évaluation effectuée seulement deux ans auparavant. Le personnel du Ministère nous a dit que les 50 000 \$ représentaient un montant arbitraire accordé parce qu'il restait de l'argent dans le fonds de financement unique pour dépenses en capital et que cet argent devait être utilisé avant la fin de 2007-2008. Le Ministère nous a dit qu'il voulait que le fournisseur de logements ait des fonds supplémentaires au cas où d'autres travaux s'avéreraient nécessaires.

- Outre les questions d'ordre financier, au moment de la vérification, tous les travaux qui devaient être effectués dans le sous-sol attendaient déjà depuis un an et demi, et le sous-sol servait d'aire commune pour les résidents. La principale raison de ce retard était que le fournisseur ne savait pas s'il allait décider de vendre l'immeuble, qui avait de l'âge et dont l'entretien commençait à être coûteux.

RECOMMANDATION 4

Afin de veiller à ce que des logements avec services de soutien adéquats soient disponibles pour fournir aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave des soins adéquats, justes et uniformes, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent :

- améliorer les mécanismes de collecte de données et la surveillance du système pour pouvoir déterminer le nombre et le type de logements dont ces personnes ont besoin; les régions où il y a pénurie importante de logements; les niveaux de besoins non comblés; les taux d'occupation ou d'inoccupation; le caractère adéquat et approprié des soins fournis aux clients de ces logements;
- veiller à ce que le financement en capital unique soit dépensé en temps opportun et de façon judicieuse.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Au cours des quatre dernières années, 2 250 nouveaux logements avec services de soutien ont été créés avec un budget d'environ 36,5 millions de dollars. Pour répartir ces nouveaux logements entre les régions, on a tenu compte de la croissance de la population et de la demande, de même que de la répartition actuelle des logements avec services de soutien existants.

Le Ministère continuera de travailler en collaboration avec les RLISS afin de veiller à ce

que les fonds en capital destinés aux projets réalisés par les fournisseurs de services des RLISS soient utilisés en temps opportun et de façon judicieuse.

Les RLISS ont pour mandat de planifier les services de santé en fonction des besoins de leurs collectivités, y compris des personnes atteintes de maladie mentale. La majorité des RLISS ont fait de la santé mentale une priorité. Un élément important du processus de planification locale consistera à cerner les besoins en matière de logements avec services de soutien, de même qu'à déterminer la combinaison de logements qui convient pour répondre aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux au sein de la zone géographique desservie par le réseau.

De plus, afin d'appuyer les activités des RLISS en matière de planification des services de santé pour répondre aux besoins de leurs collectivités, y compris les personnes ayant des problèmes de santé mentale, le Ministère poursuivra son travail pour incorporer les données démographiques et d'autres données liées à la santé mentale à la nouvelle méthode d'allocation fondée sur la santé.

RÉPONSE DES RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

Les logements avec services de soutien abordables constituent l'élément de base de soins communautaires efficaces par rapport aux coûts pour les personnes atteintes de maladie mentale. Pour que la stratégie fonctionne, les RLISS doivent consigner les changements locaux du stock de logements appropriés et travailler avec le Ministère et divers paliers de gouvernement pour veiller à ce que le stock de logements soit adéquat. Comme on le mentionne dans le rapport, il y a lieu d'améliorer la surveillance à l'échelon local des fonds accordés dans la collectivité pour créer et entretenir le stock de logements.

NORMES EN MATIÈRE DE PROGRAMMES

Étant donné qu'un nombre croissant de personnes atteintes d'une maladie mentale grave obtiennent les services dont elles ont besoin dans la collectivité, il devient d'autant plus important que des normes mesurables et significatives en matière de programmes soient mises en place pour veiller à ce que les besoins des clients soient comblés adéquatement et à ce que les services soient fournis de manière à optimiser les ressources. Les normes établissent des attentes quant aux caractéristiques des programmes, par exemple les compétences du personnel et les coefficients employé-clients, pour que les services soient fournis de manière uniforme dans toute la province et selon des pratiques fondées sur des données probantes (c'est-à-dire des pratiques fondées sur les constatations issues de travaux de recherche ou dont l'efficacité a été prouvée au moyen d'un examen critique des pratiques actuelles et passées). Comme c'était le cas en 2002, au moment de notre dernière vérification, le Ministère n'a pas encore élaboré de normes pour définir ce qui constitue des services et une qualité de service acceptables pour la grande majorité des programmes financés. Sans ces normes et critères, il est difficile de déterminer si les personnes atteintes d'une maladie mentale grave reçoivent le niveau et la qualité de services dont elles ont besoin.

Programmes pour lesquels il existe des normes provinciales

À l'heure actuelle, il n'existe des normes provinciales que pour les équipes de traitement communautaire dynamique, la gestion de cas intensive et l'intervention en cas de crise. Malgré l'existence de ces normes, nous avons constaté que ni le Ministère, ni les RLISS ne surveillent le niveau de services fourni par rapport aux normes. Un certain nombre de fournisseurs de services chez lesquels nous nous sommes rendus nous ont dit que ni le Ministère ni les RLISS ne vérifiaient si les fournis-

seurs se conformaient aux normes. Ils nous ont dit qu'au cours des cinq dernières années, personne – que ce soit un membre du personnel du Ministère, d'un ancien bureau régional du Ministère ou d'un RLISS – n'avait communiqué avec eux pour contrôler la conformité aux normes.

Équipes de traitement communautaire dynamique

Les équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD) représentent une solution de rechange à l'hospitalisation pour les personnes ayant une maladie mentale grave. Elles fournissent un soutien continu, personnalisé et intensif dans le but d'aider les clients à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour vivre dans la collectivité. Selon le modèle de l'ETCD, une équipe multidisciplinaire fournit un éventail complet de services à un groupe de clients (de 80 à 100 environ). Chaque équipe est habituellement composée d'un personnel clinique comprenant de 9 à 12 personnes à temps plein, dont un psychiatre, des infirmières autorisées, un adjoint de programme, un coordonnateur d'équipe et, au minimum, un travailleur social, un ergothérapeute, un spécialiste en toxicomanie, un spécialiste en réadaptation au travail, et d'autres spécialistes. Les services des ETCD sont disponibles en tout temps.

Le Ministère a commencé à mettre en œuvre le modèle des ETCD dans la province en 1998. À la fin de mars 2008, il y avait 79 ETCD en Ontario, comparativement à 60 au moment de notre vérification de 2002. Le Ministère a élaboré des normes provinciales pour ces équipes en 1998, normes qu'il a modifiées en 2005. Ces dernières portent sur les exigences en matière de personnel, l'organisation et le fonctionnement des programmes, les critères d'admission, la capacité en matière de services et les divers éléments des services.

En mars 2008, le Ministère a publié son rapport sur les activités des 72 ETCD au cours de l'exercice 2006-2007. Selon ce rapport, environ 4 500 clients étaient inscrits auprès des ETCD dans la province

cette année-là, et le nombre moyen de cas de chaque équipe était de 63, un chiffre inférieur aux 80 à 100 clients par équipe prévus. Nous avons examiné l'information sur les ETCD dans la base de données du Ministère et constaté que le coefficient employé-clients des équipes variait de 1:0,4 à 1:14, ce qui montre que, dans certaines équipes, il y avait plus de deux membres du personnel pour chaque client, tandis que dans d'autres, il n'y en avait qu'un pour 14 clients. Nos entretiens avec le personnel du Ministère ont révélé ce qui suit :

- Les employés du Ministère ne pouvaient garantir l'exactitude et la fiabilité des données présentées par les ETCD puisque ces données sont fournies par les intéressés et que la communication de données est une démarche relativement nouvelle dans le secteur des services communautaires de santé mentale.
- Sans données fiables, le Ministère ne pouvait mesurer le rendement des ETCD par rapport aux normes en établissant des statistiques sur le coefficient employé-clients, le financement, la capacité d'inscription et les temps d'attente par équipe.

Quand le Ministère a élaboré les premières normes à l'intention des ETCD, en 1998, il a également mis sur pied un groupe consultatif technique volontaire, qui était chargé de fournir des renseignements techniques pour l'élaboration et la mise en œuvre des programmes. Le groupe, qui se réunit quatre fois par année, comprend des représentants des ETCD de chaque région de la province, ainsi que des représentants d'organismes œuvrant pour les familles, des clients, des représentants du Bureau d'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques et des cadres supérieurs du Ministère. Selon les membres du groupe, il n'existe aucun mécanisme pour surveiller le respect des normes. Le personnel du Ministère nous a indiqué qu'au cours des deux dernières années, le Ministère et le groupe avaient créé des séances d'orientation et de formation pour les nouvelles équipes, de même qu'à l'intention des équipes qui éprouvaient des difficultés.

Nous avons noté que, en 2001, le Ministère avait un groupe de soutien technique comprenant deux cliniciens principaux pour apporter une aide dans la mise en œuvre des normes, l'éducation et la formation des équipes, l'examen des fonctions des équipes et l'élaboration d'un processus de surveillance et d'évaluation de la conformité des ETCD qui serait employé ultérieurement. Le Ministère nous a toutefois avisés qu'il avait dû dissoudre ce groupe en raison d'un manque de fonds.

Gestion de cas intensive

La gestion de cas intensive est un autre programme assorti de normes provinciales. Il s'agit d'un programme qui favorise l'indépendance et la qualité de vie des clients en coordonnant les services dont ils ont besoin et en leur offrant un soutien constant. Les gestionnaires de cas fournissent les services d'extension, d'évaluation, de planification et de défense des droits, et ils dirigent les clients vers des services de réadaptation et de traitement, notamment des services de loisirs sociaux, des programmes d'emploi et des programmes de logements avec services de soutien. Contrairement aux ETCD, le personnel de gestion de cas intensive ne fournit généralement pas des services 24 heures sur 24.

Le Ministère a élaboré des normes pour la gestion de cas intensive en 2005, mais n'a encore pris aucune mesure pour surveiller le rendement des fournisseurs de services par rapport à ces normes. Ainsi, le personnel du Ministère a indiqué que ce dernier ne peut surveiller des normes comme celles indiquant que le coefficient gestionnaire de cas-clients ne doit pas dépasser 1:20, que la prestation des services doit se faire surtout dans la collectivité et non pas dans les locaux ou que les services doivent être fournis au moins huit heures par jour, cinq jours par semaine, parce que ses systèmes d'information ne permettent pas la collecte de données sur le nombre de gestionnaires de cas, le lieu de la prestation des services et la fréquence et la durée des contacts avec les clients. Ni le Ministère ni les RLIS ne se rendent sur place pour évaluer l'exécution du programme.

Programmes pour lesquels il n'existe pas de normes provinciales

Les programmes suivants, qui ont servi environ 10 000 clients dans l'ensemble de la province en 2006-2007, nous donnent une idée de la situation de la majorité des programmes de services communautaires de santé mentale pour lesquels le Ministère n'a pas élaboré de normes provinciales.

Lits d'hébergement d'urgence temporaire

Les lits d'hébergement d'urgence temporaire (« lits tampons ») sont utilisés en tant que solution de rechange à l'incarcération ou à l'hospitalisation. Le service est offert aux personnes ayant une maladie mentale grave qui sont en situation de crise ou sont aux prises avec la loi. Les gens restent dans cet environnement pendant une courte période pendant que se fait l'aiguillage nécessaire vers d'autres programmes communautaires. Ces lits coûtent environ 85 000 \$ par année chacun. Au moment de notre vérification, nous avons noté ce qui suit :

- Le Ministère n'avait pas élaboré de normes pour préciser où ces lits devraient se trouver et quelles compétences le personnel qui surveille ces lits devrait avoir. Dans certains cas, les lits se trouvaient dans différents lieux, notamment un motel, une résidence privée et au rez-de-chaussée d'un immeuble d'habitation.
- Les systèmes d'information du Ministère ne renfermaient pas de données sur le nombre de lits disponibles dans la province, ni sur la durée d'utilisation de ces lits. Le Ministère n'était donc pas en mesure de savoir si les services répondaient à la demande et quelle était leur incidence sur le système de santé mentale.

Le personnel du Ministère a convenu qu'il faudrait s'assurer que les lits promis par les fournisseurs de services sont bel et bien disponibles et que les services sont fournis à la population qui en a besoin.

Ordonnance de traitement en milieu communautaire

En 2000, le gouvernement a adopté des modifications législatives dans le but de veiller à ce que les personnes atteintes d'une maladie mentale grave obtiennent les soins et les traitements dont elles ont besoin dans un système de services communautaires. Aux termes de ces nouvelles dispositions législatives, un médecin accrédité peut prendre une ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC) afin d'offrir à une personne un traitement ou des soins et de la supervision en milieu communautaire qui soient moins contraignants que l'hospitalisation. Les personnes faisant l'objet d'une OTMC sont tenues de se présenter devant un médecin tous les six mois. En novembre 2007, 975 personnes faisaient l'objet d'une OTMC. Un examen du programme des OTMC mené par un consultant externe pour le Ministère en 2007 a révélé ce qui suit :

- Même si le programme était sur pied depuis plus de sept ans, le Ministère n'avait pas encore élaboré de normes pour les postes de coordonnateur des OTMC, établi une description de travail commune pour ces coordonnateurs et défini les rôles et responsabilités des diverses parties. Il n'existait donc aucun moyen d'assurer l'uniformité du service.
- Le Ministère a conçu des formulaires, établi des mécanismes de collecte de données et créé une base de données pour consigner les renseignements sur les OTMC, mais n'a désigné personne pour gérer et tenir ces données. Il n'a donc produit aucune analyse ni aucun rapport systématique qui pourrait faciliter la surveillance des OTMC. Certains coordonnateurs d'OTMC ont cessé de fournir des données parce qu'ils ne recevaient jamais de commentaires du Ministère et se sont rendu compte que ce dernier n'utilisait probablement pas l'information.

Intervention précoce dans le traitement de la psychose

Le programme d'intervention précoce dans le traitement de la psychose vise à atténuer la gravité d'une psychose non traitée et favoriser la probabilité d'une rémission grâce à une détection précoce et à une intervention appropriée. Les troubles psychotiques se manifestent habituellement pour la première fois entre les âges de 15 et 34 ans. Comme le programme représente une approche relativement nouvelle des soins de santé mentale, les éléments clés nécessaires à son fonctionnement efficace et efficient ne sont pas encore en place.

Nous soulignons plus particulièrement ce qui suit :

- Au moment de cette vérification, le Ministère était toujours en train d'élaborer des normes pour le programme. Il avait formulé un cadre stratégique en 2004, mais ce cadre sert simplement à aider les fournisseurs de services à planifier et à élaborer des programmes – il n'établit pas de normes.
- Le cadre stratégique prévoit que les services d'intervention précoce visent prioritairement les personnes âgées de 14 à 35 ans, mais nous avons constaté que cette politique n'était pas mise en application de façon uniforme. Nous avons choisi cinq fournisseurs de services, dont nous avons examiné les critères d'admission. Cet examen a révélé que la majorité des fournisseurs n'acceptaient que les clients qui avaient plus de 15 ans. C'est donc dire que les plus jeunes parmi la population prioritaire (les personnes de 14 et 15 ans) risquent de ne recevoir de services ni des fournisseurs qui s'adressent aux enfants ni de ceux qui s'adressent aux adultes, créant ainsi la possibilité que cette population ne soit pas servie du tout.
- Le Ministère va devoir établir des mesures du rendement et des résultats, des mécanismes de surveillance et des systèmes d'évaluation pour pouvoir évaluer l'efficacité de ce nouveau programme et cerner les pratiques efficaces, et les communiquer ensuite aux RLISS et aux fournisseurs de services.

RECOMMANDATION 5

Afin de veiller à ce que les fournisseurs de services offrent des services exhaustifs, uniformes et de grande qualité de manière efficace par rapport aux coûts dans toute la province, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent :

- améliorer les mécanismes de collecte de données et les exigences en matière de communication des données afin de recueillir une information pertinente, exacte et uniforme dans toute la province aux fins de surveillance du rendement;
- établir des normes provinciales, des critères de rendement et des indicateurs de résultats au moins pour les programmes les plus cruciaux pour permettre l'évaluation de la qualité et des coûts des services.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Conformément à son mandat en matière d'établissement de politiques et de normes de programmes provinciales, le Ministère établira des normes pour les programmes d'intervention précoce dans le traitement de la psychose et de lits d'hébergement d'urgence temporaire.

Le Ministère se penchera également sur les problèmes actuels liés à la qualité des données, notamment en renseignant les fournisseurs et les utilisateurs des données sur les normes en la matière.

Le Ministère utilisera ses données et sa structure organisée de communication de l'information, par exemple le tableau de bord du système de santé mentale, pour établir des attentes et des critères en matière de rendement en collaboration avec les RLISS et les intervenants. Les RLISS travailleront en collaboration avec les fournisseurs de services de santé afin d'améliorer la conformité de ces derniers aux exigences et utiliseront les mesures établies pour surveiller le rendement des fournisseurs. De nouveaux

tableaux de bord normalisés pour le Ministère, les RLISS et les organismes devraient être élaborés d'ici 2010.

RÉPONSE DES RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

Le rapport fait ressortir la nécessité d'établir des normes en matière de programmes et de mesurer la capacité des fournisseurs de services de respecter ces normes. Les RLISS sont conscients du fait qu'il leur faut travailler avec le Ministère et les spécialistes du domaine pour établir des normes et des mesures appropriées à l'égard des soins et des traitements. Ils seront ensuite mieux en mesure de surveiller les fournisseurs de services et de cerner les besoins locaux, de définir les priorités et d'établir des stratégies, de même que d'apporter les améliorations nécessaires pour accroître l'accessibilité, la coordination et la capacité.

MESURE DU RENDEMENT ET RAPPORTS

Selon le document *Franchir les étapes*, un des buts de la réforme du système de santé mentale est d'établir « un partage bien clair des responsabilités en matière de gestion du système et de prestation des services par la définition d'objectifs opérationnels et de mesures du rendement explicites ». Les indicateurs de rendement sont des mesures quantifiables, établies au préalable, fondées sur les facteurs critiques de succès d'un programme ou d'un service. Ils représentent un moyen concret de mesurer les progrès réalisés quant aux objectifs et de faire rapport sur le sujet. Une bonne information sur le rendement repose sur les éléments suivants :

- des buts et objectifs clairs;
- des mesures du rendement complètes et pertinentes;
- des normes et des cibles appropriées pour mesurer les résultats;

- des systèmes fiables de collecte des données nécessaires;
- un mécanisme permettant la communication périodique des réalisations et des points à corriger.

Les renseignements de ce genre permettraient au Ministère de prendre des décisions plus éclairées en matière de financement et dans d'autres domaines.

Tableau de bord du système de santé mentale

Dans notre *Rapport annuel 2002*, nous avons souligné que le Ministère ne disposait que d'une information limitée pour déterminer si les ressources communautaires étaient utilisées de manière efficiente et efficace. Depuis, le Ministère a amorcé l'élaboration d'indicateurs de rendement pour mesurer les services communautaires de santé mentale et leurs résultats. En janvier 2007, il a présenté son plan stratégique pour la santé mentale et son tableau de bord du système de santé mentale dans le but d'harmoniser les stratégies en la matière et d'améliorer le rendement. Le plan stratégique comprend une mission, une stratégie et des objectifs, tandis que le tableau de bord définit un ensemble d'indicateurs et de mesures du rendement. Le tableau de bord étant fondé sur les objectifs du plan stratégique, le Ministère sera mieux en mesure de déterminer ce qu'il doit faire pour améliorer le rendement, obtenir les résultats souhaités et accroître la reddition de comptes.

Bien que le tableau de bord comporte 29 indicateurs, nous avons constaté qu'environ la moitié d'entre eux n'étaient pas encore entièrement prêts à être utilisés, et ce, pour les raisons suivantes :

- Il n'y a pas de sources de données pour certains des indicateurs, tels que la disponibilité de processus d'admission/d'accès coordonnés, la satisfaction des familles à l'égard des services et l'utilisation de mécanismes électroniques d'aiguillage et de suivi.

- Les données employées pour certains des indicateurs de rendement étaient soit incomplètes, soit de qualité médiocre. Nous parlons ici, entre autres, des données sur la disponibilité de ressources pour la gestion de l'information, les capacités en ressources humaines, les temps d'attente ainsi que les résultats obtenus au niveau du client, notamment sur le plan des activités criminelles, du taux d'emploi et de la situation financière. Les données étaient incomplètes parce qu'un grand nombre de fournisseurs de services n'en présentaient pas. Celles qui étaient présentées étaient souvent de qualité médiocre et inutilisables parce que les fournisseurs avaient du mal à interpréter les définitions des données, par exemple la définition du temps d'attente, et à comprendre les exigences en matière de rapports.

De plus, le Ministère n'avait pas établi d'indicateurs de rendement pour mesurer des aspects cruciaux de l'exécution des programmes, tels que la sensibilité aux besoins des clients, la viabilité et l'équité dans le système de santé mentale, la continuité des soins prodigués et les résultats cliniques. Nous avons également noté que le Ministère n'avait pas encore établi de cibles ou de critères mesurables et utiles pour chaque indicateur de rendement, même si nous en avons soulevé la nécessité dans notre *Rapport annuel 1997* et, de nouveau, dans notre *Rapport annuel 2002*. Tant en 1997 qu'en 2002, le Ministère avait indiqué qu'il travaillait à l'élaboration de cibles ou critères fondés sur les meilleures pratiques dans le domaine des services de santé mentale. Pourtant, 11 ans après que nous ayons soulevé la question pour la première fois, rien n'a encore été fait à cet égard. Le Ministère a reconnu qu'il disposait encore de très peu de cibles ou critères de rendement, une situation qui l'empêche de mesurer le rendement des fournisseurs de services et de comparer ce rendement.

Le Health System Performance Research Network (HSPRN), connu sous le nom de Hospital Report Research Collaborative (HRRC) avant 2008, est un réseau de chercheurs universitaires

travaillant à des projets qui visent à cerner, valider, mettre en place et exploiter l'information sur le rendement pouvant être utile au système de santé de l'Ontario. En 2004, le HRRC avait noté que la communication d'information sur le rendement était très limitée dans le secteur de la santé mentale. Selon une étude réalisée par le HSPRN en 2008, très peu de choses se sont faites en matière de mesure du rendement dans le secteur des services communautaires de santé mentale; par conséquent, le secteur a relativement peu d'expérience dans ce domaine.

Les récents plan stratégique pour la santé mentale et tableau de bord du système de santé mentale sont des initiatives valables. Toutefois, la mesure du rendement – c'est-à-dire les activités visant à déterminer dans quelle mesure un programme répond efficacement aux besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale – a encore besoin d'être grandement améliorée.

Systèmes d'information

Une gestion efficace de programmes importants et complexes comme les services communautaires de santé mentale exige une collecte de données systématique et des systèmes d'information fiables. Les fournisseurs de services ont besoin d'une information à jour et exacte pour pouvoir gérer efficacement leurs activités et répondre rapidement aux besoins des clients. Le Ministère et les RLISS ont aussi besoin d'une information adéquate et pertinente pour surveiller les coûts et l'utilisation des services, de même que le rendement des fournisseurs de services. Nos trois dernières vérifications qui ont porté sur ce domaine, menées en 1987, en 1997 et en 2002 respectivement, ont toutes révélé l'absence d'un système intégré de renseignements sur le client comme une lacune importante.

Nous sommes donc heureux de voir que, en 2003-2004, le Ministère a mis sur pied deux nouveaux systèmes pour recueillir des données sur le secteur des services communautaires de santé mentale : le Système d'information de gestion (SIG)

et le Fichier de données communes sur la santé mentale. Le SIG renferme des données financières et statistiques communiquées trimestriellement par les fournisseurs de services. Il tient compte des exigences des normes ontariennes en matière de présentation des données sur les soins de santé, qui offrent un cadre pour l'amélioration de l'uniformité de la présentation de l'information financière et statistique par les fournisseurs de services. Le Fichier de données communes renferme les données administratives et cliniques transmises par les fournisseurs de services deux fois par année. Il s'agit d'un fichier de données uniformes qui contient des données agrégées sur les temps d'attente, l'utilisation des services et les résultats des services du point de vue des clients. Ce fichier ne sert pas encore à recueillir des données au niveau du client même, telles que l'âge, le sexe ou l'état de santé du client.

Notre examen de ces deux systèmes nous a indiqué que de 80 % à 90 % des fournisseurs de services présentent aujourd'hui des données et se conforment aux exigences établies en matière de communication de données. Néanmoins, le personnel du Ministère nous a dit que certains fournisseurs de services de santé mentale n'avaient pas vraiment l'expertise et les ressources nécessaires pour recueillir et gérer des données et avaient du mal à le faire. Ces fournisseurs ont dit avoir de la difficulté à respecter les délais de présentation des données. Les fournisseurs de services chez lesquels nous nous sommes rendus ont mentionné des problèmes dans ce domaine, notamment un manque de ressources et de soutien de la part du Ministère, une absence d'outils uniformes de collecte des données et le fait qu'ils ne savaient pas exactement quand et comment présenter certains types de données pour lesquelles les définitions n'étaient pas claires, comme les temps d'attente. Le Ministère a indiqué qu'il n'avait pas encore préparé toute la documentation voulue sur les définitions des données et distribué cette documentation aux fournisseurs.

Dans notre examen de l'information produite par les systèmes, nous avons relevé un certain

nombre de résultats inhabituels ou illogiques qui auraient dû, à notre avis, déclencher un suivi de la part du Ministère. En voici des exemples :

- Un fournisseur de services a indiqué avoir une liste de plus de 17 000 personnes qui attendaient pour obtenir des services de gestion de cas, tandis que d'autres avaient moins de 150 personnes sur leur liste.
- Le coût par client des services d'intervention en cas de crise variait énormément entre les fournisseurs, allant de 11 \$ à 590 000 \$, alors que la moyenne provinciale était d'environ 280 \$.
- Environ 100 fournisseurs de services ont déclaré des frais d'administration nuls, voire négatifs.

Ces exemples nous montrent que, bien que les fournisseurs de services soient plus efficaces dans la présentation de données, la qualité des données et leur utilité pour la prise de décisions restent à améliorer. Selon le manuel des normes ontariennes en matière de présentation des données sur les soins de santé, [TRADUCTION] « le Ministère doit produire des rapports sur les tendances et des rapports comparatifs sur les indicateurs et en transmettre les résultats aux représentants des services de santé afin de cerner les problèmes sur le plan de la qualité des données. On communiquera avec les organismes présentant des résultats inhabituels afin de déterminer la source de l'écart et de corriger les données s'il y a lieu ». De plus, selon l'entente de responsabilisation conclue entre le Ministère et les RLIS, le Ministère « procède systématiquement à des vérifications des données et de l'information transmises par les fournisseurs de services de santé afin d'en vérifier la conformité et la transmission en temps utile, et notamment : (i) communique au nom du RLIS avec les fournisseurs de services de santé dont les rapports sont tardifs, lacunaires ou contiennent des données contradictoires; (ii) détermine si les fournisseurs de services de santé transmettent les données en temps utile, et mesure la qualité de celles-ci; (iii) informe le RLIS de tout problème relié au retard ou à la qualité des

données transmises par les fournisseurs de services de santé. »

Bien que le Ministère tienne une documentation adéquate sur le processus de vérification des données, il ne vérifie pas l'information reçue pour repérer les anomalies ou les observations extrêmes ou pour évaluer le caractère raisonnable des données. Quand nous avons fait notre vérification, le Ministère se limitait à envoyer des courriels aux RLISS et aux fournisseurs de services au sujet des données manquantes et des rapports en retard. Nos entretiens avec le personnel du Ministère ont confirmé que ce dernier n'a pas de processus officiel de vérification de la qualité des données du secteur des services communautaires de santé mentale. Le Ministère nous a indiqué que la vérification de la qualité des données figure sur la liste des choses qui restent à faire dans le secteur de la santé mentale et prévoit mettre un plan en œuvre d'ici l'été 2008. Il a également l'intention de produire des rapports systématiques sur la qualité des données pour le secteur au cours de l'exercice 2008-2009.

Nous avons également constaté que, contrairement à ce qui se fait dans le secteur de la toxicomanie, aucune donnée au niveau du client n'est disponible dans le secteur des services communautaires de santé mentale parce que le Fichier de données communes sur la santé mentale ne permet que la collecte protégée de données agrégées. Le Ministère ne peut donc suivre que les progrès réalisés par un groupe de personnes plutôt que par la personne. Le Ministère nous a indiqué qu'il devra, plus tard, mettre au point une infrastructure de systèmes pour permettre la collecte de données au niveau des clients afin de pouvoir évaluer dans quelle mesure on répond efficacement aux besoins de ces clients.

Nous avons constaté qu'un nouvel outil, l'outil d'Évaluation des besoins de Camberwell (CAN-F), est utilisé par certaines autres administrations pour tenir des données au niveau du client et évaluer les besoins en santé et les besoins sociaux des personnes atteintes de maladie mentale. On nous a dit que le CAN-F faisait l'objet de 16 projets pilotes dans la

province au moment de notre vérification. Le Ministère n'avait toutefois pris aucune décision quant au niveau de soutien à apporter sur le plan des systèmes et à la mise en œuvre intégrale de l'outil à l'échelle de la province. Une décision au sujet de la mise en œuvre sera prise à la suite de l'évaluation des projets pilotes, d'ici la fin de 2008-2009.

RECOMMANDATION 6

Afin d'être en mesure de déterminer si les fournisseurs offrent leurs services de manière uniforme, équitable et efficace par rapport aux coûts, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- mener à bien la mise en œuvre de son ensemble exhaustif d'indicateurs du rendement et établir des objectifs ou des critères qui lui permettront, à lui et aux réseaux locaux d'intégration des services de santé, d'évaluer adéquatement le rendement des fournisseurs de services;
- améliorer les systèmes d'information de manière à ce que ces derniers permettent de recueillir des données complètes, exactes et utiles sur lesquelles fonder les décisions en matière de gestion et à partir desquelles déterminer si les services fournis sont efficaces et permettent une optimisation des ressources;
- faire rapport périodiquement au public sur les indicateurs de rendement du secteur des services communautaires de santé mentale.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère continue d'améliorer ses indicateurs de rendement liés au secteur de la santé mentale. L'entente de responsabilisation actuelle entre le Ministère et les RLISS comprend deux indicateurs pilotes pour les services de santé mentale. Le Ministère s'attend à ce que ces indicateurs, et d'autres aussi peut-être, en viennent à être utilisés pour évaluer le rendement des RLISS en matière de santé mentale.

Les RLISS sont en train d'élaborer de nouveaux mécanismes de reddition de comptes qui s'appliqueront au secteur de la santé mentale. L'entente de responsabilisation proposée en matière de services prévoit que les RLISS effectueront des vérifications périodiques des fournisseurs des services de santé.

En ce qui a trait à l'amélioration des systèmes d'information, le Ministère et les RLISS ont à l'heure actuelle l'obligation réciproque de relever et d'examiner ensemble les lacunes en matière de données et d'information, les exigences sur le plan de la gestion de l'information et les problèmes de qualité des données. Les normes relatives aux deux systèmes d'information sont consignées et accessibles en ligne pour les utilisateurs. Les processus de présentation des données sont eux aussi décrits en détail et disponibles en ligne. Le Ministère améliorera le degré d'actualité de ses données et ses vérifications de la qualité des données, et les RLISS travailleront avec les fournisseurs de services de santé pour améliorer leur conformité à ces exigences.

RÉPONSE DES RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

Le secteur de la santé mentale ne dispose pas de mesures du rendement rigoureuses, et la communication de l'information n'y a jamais été systématique. Le temps est venu de déployer des efforts concertés pour élaborer, dans un délai établi, un tableau de bord fondé sur des données probantes qui soit raisonnable pour des programmes dotés de budgets limités. Le Ministère doit travailler avec les spécialistes du contenu et de la méthodologie pour mener à bien cette démarche. Cette dernière est essentielle si l'on veut donner aux RLISS les outils dont ils ont besoin pour s'acquitter de leur mandat.

SURVEILLANCE ET RESPONSABILISATION

La responsabilisation au sein du programme et l'amélioration continue de la qualité reposent sur une surveillance constante de tous les services communautaires de santé mentale. Selon le document *Franchir les étapes*, le Ministère se dit « toutefois bien déterminé à mettre l'accent sur la responsabilisation dans le système de santé mentale réformé ». À titre d'organismes de la Couronne, les RLISS sont chargés de gérer les fournisseurs de services du système de santé local pour le compte du Ministère. Il est donc crucial que le Ministère dispose de mécanismes de surveillance adéquats. En fin de compte, tous les partenaires du système – le Ministère, les RLISS et les fournisseurs de services – sont conjointement redevables devant les Ontariens pour ce qui est de répondre aux besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale.

Surveillance des RLISS

Selon la nouvelle structure organisationnelle, le Ministère alloue des fonds aux RLISS, qui, eux, accordent un financement aux fournisseurs de services. La relation entre le Ministère et chacun des RLISS est régie par un protocole d'entente et une entente de responsabilisation. Cette entente comprend des buts et objectifs en matière de rendement, des normes, des cibles et des mesures du rendement, ainsi qu'un plan de dépenses. Les RLISS concluent avec tous les fournisseurs des ententes de responsabilisation en matière de services dans lesquelles les deux parties s'entendent sur les services qui doivent être fournis. Nous avons constaté cependant que le Ministère avait demandé à chaque RLISS d'élaborer un plan de services de santé intégrés (PSSI) pour la période allant de 2007 à 2010. Le PSSI est un plan stratégique qui comprend une vision, des stratégies et un ensemble de priorités précises pour le système de santé local. Il tient compte de l'état de santé de la population locale et définit des secteurs d'intervention parti-

culiers. Le personnel du Ministère nous a dit que ce dernier n'était pas tenu d'approuver les PSSI, mais surveillait la réalisation des priorités établies par les RLISS par le biais des protocoles d'entente et des ententes de responsabilisation.

Nous avons étudié les PSSI et les plans de services annuels des RLISS dans lesquels nous nous sommes rendus et relevé un certain nombre de problèmes et de risques importants soulignés dans ces documents. Au nombre de ces problèmes et risques figuraient les différences salariales considérables entre les secteurs communautaire et institutionnel, le risque d'une réduction des volumes de services en raison d'augmentations insuffisantes du financement de base, le défaut de transférer les personnes atteintes d'une maladie mentale des hôpitaux à un milieu de traitement plus approprié, les lacunes en matière de services dans le domaine du logement avec services de soutien et l'absence de nouveau financement pour appuyer les initiatives liées à la coordination et à l'accès.

Surveillance des fournisseurs de services

Ententes de responsabilisation en matière de services

La principale méthode employée pour responsabiliser les fournisseurs est la signature d'une entente en matière de services, qui prévoit les exigences relatives aux rapports et oblige les fournisseurs de services à obtenir des résultats précis et mesurables. Les ententes actuelles entre le Ministère et les fournisseurs de services doivent être maintenues jusqu'à ce que les RLISS négocient de nouvelles ententes avec leurs fournisseurs. Cela sera mis en œuvre graduellement par le Ministère. Dans le cas du secteur des services communautaires de santé mentale, la négociation des nouvelles ententes se fera au cours de l'exercice 2008-2009 et les ententes entreront en vigueur le 1^{er} avril 2009. Ces nouvelles ententes doivent comprendre des barèmes de rendement, qui permettront aux RLISS de mesurer le rendement des fournisseurs de services par rapport aux attentes. Ces barèmes n'avaient toutefois

pas encore été établis par les RLISS au moment de notre vérification.

Plans de fonctionnement

Le Ministère surveillait également les services communautaires de santé mentale en examinant les plans de fonctionnement et les budgets annuels présentés par les fournisseurs de services. Les plans de fonctionnement décrivent les éléments suivants : les programmes communautaires de santé mentale, les buts et objectifs, les cibles et résultats, les ressources humaines, les initiatives financières, les changements proposés et les nouveautés. Ils constituent un outil important pour le Ministère et les RLISS, leur permettant de mieux comprendre les activités des fournisseurs de services et de déterminer si la prestation des services se fait dans un souci d'efficacité et d'efficience. Avec les budgets, les plans de fonctionnement précisent les coûts prévus de la prestation et de l'administration des services. Avant que les pouvoirs ne soient cédés aux RLISS, le Ministère examinait chaque plan de fonctionnement et donnait son approbation finale une fois qu'il était convaincu que les fonds seraient utilisés pour fournir les services voulus.

Nous avons étudié un échantillon de plans de fonctionnement 2006-2007 et évalué l'examen que le Ministère en avait fait. Nous avons relevé trois problèmes. D'abord, il y avait de grandes différences d'un plan à l'autre en ce qui concerne la quantité et la qualité de l'information donnée pour chacun des éléments du plan. Environ la moitié des plans ne contenaient pas toute l'information exigée par le Ministère, et rien ne nous indiquait que le Ministère avait fait un suivi sur l'information manquante. Ensuite, l'examen des plans n'avait pas été fait de façon uniforme. Enfin, le Ministère n'avait pas fourni une rétroaction assez rapidement pour que les fournisseurs de services puissent remédier aux problèmes relevés; il avait fallu en moyenne 103 jours pour que le Ministère communique avec les fournisseurs, bien qu'on nous ait dit que des discussions avaient eu lieu entre le Ministère et les fournisseurs pendant cette période.

De plus, les fournisseurs de services chez lesquels nous nous sommes rendus considéraient les plans de fonctionnement comme le principal outil de communication avec le Ministère sur les sujets de leurs résultats opérationnels et de leurs besoins financiers. Ainsi, ces plans représentent un moyen important pour le Ministère et les RLISS de mieux comprendre et de surveiller les activités des fournisseurs de services, étant donné plus particulièrement le peu d'information issue des indicateurs de rendement jusqu'ici. Toutefois, les fournisseurs n'ont pas été tenus en 2007-2008 de présenter un plan de fonctionnement au Ministère ni aux RLISS. Sans l'information quantitative et qualitative utile que renferment ces plans, le Ministère et les RLISS vont avoir de la difficulté à surveiller et à évaluer le rendement des fournisseurs de services et à s'assurer que les clients obtiennent des services efficaces et de grande qualité.

Autres questions liées à la surveillance

Nous avons relevé plusieurs autres lacunes en ce qui concerne la surveillance des fournisseurs de services :

- Des membres du personnel des anciens bureaux régionaux nous ont dit qu'ils surveillaient le rendement des programmes au moyen de rapports financiers trimestriels, de l'examen des plans de fonctionnement annuels et d'entretiens téléphoniques. Quand nous avons demandé de la documentation ou des preuves relatives à ces examens, le Ministère nous a dit que, comme les bureaux régionaux avaient été fermés en mars 2007, leurs dossiers sur les activités de surveillance des fournisseurs de services n'étaient pas disponibles.
- Bien que les RLISS soient dorénavant chargés de surveiller les fournisseurs de services, aucun de ceux dans lesquels nous nous sommes rendus n'avait mené d'activités de surveillance, exception faite de l'examen des budgets. Au moment de notre vérification, il ne se faisait aucune surveillance de la confor-

mité dans le secteur des services communautaires de santé mentale. Le personnel des RLISS nous a dit qu'il n'avait pas beaucoup de compétences et de ressources en santé mentale pour s'acquitter de la fonction de surveillance.

- Selon l'entente de responsabilisation entre le Ministère et les RLISS, en 2007-2008, le Ministère et les réseaux devaient élaborer conjointement des lignes directrices pour les RLISS sur les vérifications, les inspections et les examens des fournisseurs de services de manière à assurer l'uniformité entre les RLISS. Toutefois, ces lignes directrices n'étaient pas encore disponibles pour le secteur des services communautaires de santé mentale au moment de notre vérification. Le personnel du Ministère nous a dit qu'on y travaillait encore.

Surveillance et recouvrement des fonds excédentaires

Les fournisseurs de services sont tenus de déclarer leurs revenus et leurs dépenses en soumettant une trousse d'information financière chaque année. Cette trousse comprend les états financiers vérifiés, un questionnaire signé par le vérificateur et un formulaire d'explication des écarts. Ces documents donnent au Ministère une assurance quant aux renseignements financiers présentés par les fournisseurs de services. De même, les fournisseurs de logements sont tenus de présenter un rapport d'information annuel, qui renferme des données financières et statistiques, ainsi que des renseignements sur leur fonctionnement. La vérification de ces rapports permet de déterminer si le financement accordé était raisonnable et si le fournisseur de logements a respecté les exigences du programme dans ses dépenses.

Le Ministère exige que tous les fonds excédentaires ou non dépensés soient retournés au gouvernement à la fin de l'exercice. Bien que le Ministère ait un processus officiel de règlement pour recouvrer les fonds excédentaires que lui doivent les fournisseurs de services et de logements, il n'arrive pas à le

faire en temps opportun. Le Ministère reconnaît que les règlements en suspens constituent un problème et a réalisé des progrès à cet égard. Toutefois, au moment de notre vérification, il restait encore un arriéré considérable. La figure 7 montre la proportion de tous les fournisseurs de services et de logements dont les règlements pour les exercices 2002-2003 à 2006-2007 étaient toujours en suspens en mars 2008.

Comme l'illustre cette figure, les règlements en suspens remontent à plusieurs années et sont particulièrement élevés dans le cas des fournisseurs de logements. Dans la plupart des cas, aucun règlement n'a été effectué avec les fournisseurs depuis deux ans. Le Ministère nous a indiqué que l'arriéré était principalement attribuable à un manque de personnel. Nous estimons que le Ministère aurait recouvré au moins 13 millions de dollars sans cet arriéré.

Surveillance des contrats avec des tiers

Un fournisseur de services peut agir en tant qu'intermédiaire pour verser des fonds à un tiers pour le compte du Ministère, cette tierce partie pouvant être un autre fournisseur de services ou un organisme externe qui n'a peut-être pas de lien avec le Ministère sur les plans financement et reddition de comptes. Cette façon de procéder peut créer un point faible dans la responsabilisation. De façon générale, nous ne sommes pas convaincus qu'il existe des mesures de reddition de comptes adéqua-

tes pour surveiller ces contrats avec des tiers. Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- Le Ministère n'a pas été en mesure de fournir une liste complète des fournisseurs de services qui avaient pris des contrats avec des tiers et des montants qui leur avaient été versés.
- Selon le manuel des normes ontariennes en matière de présentation des données sur les soins de santé, le Ministère doit faire le rapprochement des fonds versés à des tiers chaque année pour assurer une comptabilisation adéquate de ces fonds. Nous avons toutefois constaté qu'aucun secteur du Ministère ne s'occupait de ces rapprochements.
- Les tiers qui n'ont pas de lien redditionnel direct avec le Ministère sont tenus de présenter des données financières et opérationnelles au fournisseur de services, qui, lui, communique l'information au Ministère aux fins de surveillance. Nous avons toutefois constaté que cette pratique n'était pas instaurée. Un des fournisseurs de services chez qui nous nous sommes rendus nous a indiqué qu'il n'était pas au courant de cette exigence, n'avait pas recueilli de données financières et opérationnelles auprès des tiers auxquels il versait du financement et n'avait donc jamais communiqué une telle information au Ministère pour le compte de ces tierces parties. Notre vérification nous a révélé que ce fournisseur de services versait plus de 1 million de dollars par année à des tiers.
- Le Ministère ne pouvait savoir avec certitude que les fonds versés par les fournisseurs de services à des tiers étaient dépensés aux fins prévues. Ainsi, nous avons constaté qu'un fournisseur avait versé 1,2 million de dollars à un tiers pour des services communautaires de santé mentale. Nous avons toutefois découvert que les activités de ce tiers étaient limitées aux services destinés aux toxicomanes – plutôt que des services communautaires de santé mentale –, ce qui nous indique que le montant de 1,2 million n'était probablement pas consacré aux fins prévues.

Figure 7 : Règlements en suspens avec les fournisseurs de services et de logements, 2002-2003 à 2006-2007 (%), en mars 2008

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

	Fournisseurs de services	
	communautaires de santé mentale	Fournisseurs de logements
2002-2003	1	35
2003-2004	4	41
2004-2005	5	44
2005-2006	12	77
2006-2007	74	99

RECOMMANDATION 7

Afin de veiller à ce que tous les partenaires du secteur des services communautaires de santé mentale – le Ministère, les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les fournisseurs de services – rendent compte aux Ontariens de l'efficacité et de la qualité des services, le Ministère doit :

- établir des mécanismes d'assurance de la conformité pour surveiller la réalisation des priorités établies par les RLISS et fournir à ces derniers une rétroaction sur les améliorations à apporter à leurs activités;
- examiner les trousseaux d'information financière en temps opportun pour veiller à ce que le financement soit utilisé conformément aux lignes directrices du Ministère et à ce que les montants excédentaires importants soient recouverts auprès des fournisseurs de services.

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent :

- en collaboration avec le Ministère, élaborer des lignes directrices sur la surveillance des fournisseurs de services qui exigeraient des fournisseurs qu'ils contrôlent les contrats importants avec des tiers et veillent à ce que le financement destiné aux services communautaires de santé mentale soit dépensé judicieusement.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, de même que le protocole d'entente et l'entente de responsabilisation entre

le Ministère et les RLISS contiennent tous un certain nombre d'exigences liées aux obligations redditionnelles. À l'heure actuelle, les RLISS présentent des rapports trimestriels au Ministère, de même qu'un rapport annuel à l'Assemblée législative.

Le Ministère examine les rapports des RLISS en tenant compte de ces exigences, surveille les réalisations de ces derniers en fonction des indicateurs de rendement prévus dans l'entente et leur fournit une rétroaction périodique sur ces rapports.

En ce qui a trait aux règlements en suspens, le Ministère a éliminé environ 50 % de l'arriéré et s'attend à l'avoir éliminé complètement jusqu'à l'exercice 2006-2007 inclusivement, d'ici le 31 mars 2009.

Les RLISS sont chargés de gérer leurs fournisseurs de services de santé locaux, ce qui comprend une surveillance adéquate des contrats conclus avec des tiers.

RÉPONSE DES RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

Pour pouvoir s'acquitter de la fonction cruciale de surveillance et de reddition de comptes prévue dans leur mandat, les RLISS doivent disposer des outils nécessaires à cette fin. Les RLISS et le Ministère doivent évaluer ensemble la situation actuelle et déterminer quelles sont les mesures à prendre pour aller de l'avant.