

Services de soins à domicile

Contexte

Les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) fournissent des services de soins à domicile aux Ontariens qui, sans ces services et soutiens, pourraient devoir être admis dans des hôpitaux ou des établissements de soins de longue durée, ou pourraient avoir besoin des services d'autres organismes communautaires. Les soins à domicile aident également des personnes âgées fragiles et des personnes handicapées à vivre chez elles de la manière la plus autonome possible.

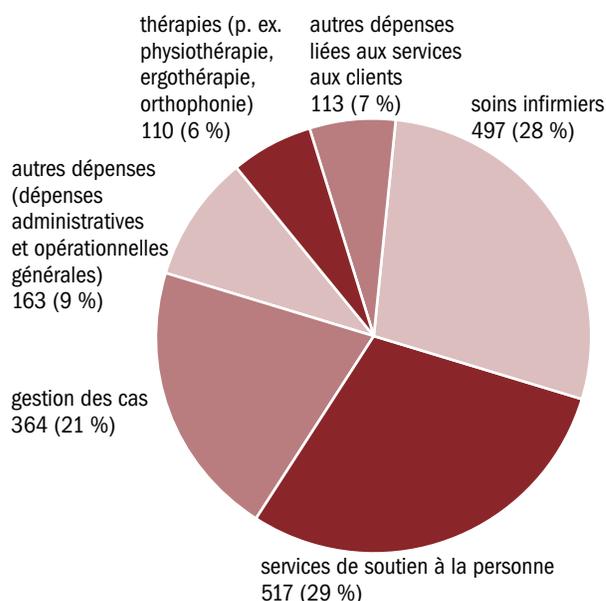
En général, les CASC passent des contrats avec des fournisseurs de services de soins à domicile au lieu de fournir eux-mêmes ces services. Les CASC ont pour rôle de déterminer si les clients potentiels sont admissibles et d'approuver la prestation des services suivants aux bénéficiaires admissibles :

- Services professionnels — y compris les services de soins infirmiers, d'ergothérapie, de physiothérapie, d'orthophonie et de diététique et le travail social.
- Services de soutien à la personne et d'aide familiale — y compris le soutien à la vie quotidienne tel que les soins personnels.

Les CASC autorisent également les admissions dans des établissements de soins de longue durée.

Figure 1 : Ventilation des dépenses des CASC, 2008-2009 (en millions de dollars)

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



Pour l'exercice terminé le 31 mars 2009, l'Ontario a dépensé un total de 1,76 milliard de dollars pour fournir des services de soins à domicile à 586 400 clients. La Figure 1 illustre la ventilation des sommes affectées par les CASC aux soins à domicile pour l'exercice 2008-2009. Au moment de notre dernière vérification, dont les résultats sont présentés dans notre *Rapport annuel 2004*, un total de 1,22 milliard de dollars avait été dépensé pour offrir

des services semblables de soins à domicile à environ 350 000 clients. Les dépenses ont depuis grimpé de plus de 40 %, tandis que le nombre de clients servis par les CASC a augmenté de plus des deux tiers.

Selon les données fournies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour l'exercice 2008-2009, les personnes admissibles aux services de soins à domicile se répartissaient à peu près comme suit : 55 % des clients des CASC avaient plus de 65 ans; 35 % avaient de 19 à 64 ans; 10 % avaient moins de 19 ans. En 2008-2009, les clients des services de soins à domicile ont reçu environ 19,8 millions d'heures de services de soutien à la personne et de soins infirmiers, 6,7 millions de visites de professionnels, et 1,3 million de visites des responsables de gestion des cas.

Chaque CASC relève d'un des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui, en vertu de la *Loi sur l'intégration du système de santé local*, sont chargés de planifier et de financer les fournisseurs de services de santé. Les RLISS, à leur tour, relèvent du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Objectif et portée de la vérification

Notre vérification visait à déterminer si les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) avaient mis en place des mécanismes pour :

- répondre aux besoins des personnes qui doivent recevoir des services de soins à domicile;
- financer les services en fonction des besoins des clients et surveiller la conformité aux exigences pour s'assurer que les services sont fournis de façon équitable et cohérente dans toute la province;
- mesurer la qualité et l'efficacité des services à domicile et en rendre compte.

Notre vérification comprenait l'examen et l'analyse des procédures administratives et dossiers pertinents et des entrevues avec le personnel concerné du Ministère, des RLISS et des CASC. Nous avons visité trois CASC : le CASC du Sud-Est (bureau principal à Kingston), le CASC du Centre (bureau principal à Newmarket) et le CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant (bureau principal à Brantford). Les dépenses de ces trois CASC s'élevaient à 526 millions de dollars, ce qui représente environ 30 % du total pour tous les CASC. Nous avons envoyé un questionnaire aux 11 CASC que nous n'avons pas visités.

Dans le cadre de notre vérification, nous avons assisté à des visites au domicile des clients avec les responsables de la gestion des cas de chacun des trois CASC. Nous avons également rencontré des représentants de l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, de l'Ontario Home Care Association, du Conseil ontarien de la qualité des services de santé et de l'Ontario Home Care Research and Knowledge Exchange.

Nous ne nous sommes pas appuyés sur les travaux des vérificateurs internes du Ministère, car ils n'avaient pas mené d'études récentes sur les CASC.

Résumé

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée reconnaît qu'améliorer les services de soins à domicile permettrait non seulement de réaliser des économies, mais aussi de rehausser la qualité de vie des clients en leur permettant de rester chez eux au lieu d'être admis dans des foyers de soins de longue durée, des hôpitaux ou d'autres établissements institutionnels. Le financement des soins à domicile a augmenté substantiellement depuis notre dernière vérification, et les sondages indépendants sur la satisfaction des clients des CASC indiquent que les bénéficiaires de soins à domicile sont généralement satisfaits des services reçus.

Cependant, certaines des principales préoccupations exprimées dans nos rapports de vérification de 2004 et 1998 sur le programme de soins à domicile n'ont pas encore été réglées. En particulier, les fonds sont encore principalement affectés en fonction des niveaux de financement antérieurs plutôt que des besoins des clients locaux. Ainsi, les clients ayant des besoins semblables ne reçoivent pas nécessairement des niveaux de services semblables. De plus, les CASC n'ont pas une assurance raisonnable que les services offerts par leurs fournisseurs de l'extérieur sont acquis de la manière la plus rentable possible. Nous avons notamment remarqué ce qui suit :

- La plupart des iniquités de financement entre les CASC pour les services de soins à domicile, qui sont un problème de longue date, n'ont pas encore été corrigées. Nous avons constaté que le financement des soins à domicile par personne variait beaucoup entre les 14 CASC de la province. Par exemple, un CASC recevait deux fois plus de fonds par personne qu'un autre. Les fonds octroyés aux CASC ne sont pas alloués en fonction des besoins particuliers des clients ou même sur une base plus représentative prenant en compte la taille de la population, le taux de croissance, l'âge, le sexe, les régions rurales et d'autres facteurs locaux. Le Ministère a mis au point un nouveau modèle de financement, mais son utilisation est encore trop limitée pour avoir un effet sur les iniquités de financement.
- La politique du Ministère exige des CASC qu'ils administrent les programmes de manière uniforme pour que tous les Ontariens jouissent d'un accès équitable, où qu'ils vivent dans la province. Étant donné les contraintes de financement, un des trois CASC que nous avons visités avait priorisé ses services pour que seules les personnes à risque élevé soient admissibles aux services de soutien à la personne, par exemple pour se laver, se changer ou faire leur toilette. Afin de réduire les coûts et d'équilibrer son budget, ce CASC a déterminé que les clients à risque modéré ne seraient pas admissibles à des services financés. Nous avons toutefois constaté que les clients à risque modéré des deux autres CASC visités recevaient des services de soutien à la personne ou étaient inscrits sur une liste d'attente.
- Onze des 14 CASC ont une liste d'attente quelconque pour différents services de soins à domicile. Les listes d'attente découlaient habituellement d'un manque de ressources financières ou d'un manque de personnel spécialisé. Les quelque 10 000 personnes inscrites sur les listes d'attente de ces 11 CASC devaient attendre en moyenne entre huit et 262 jours pour accéder à différents services. Les trois autres CASC disaient n'avoir aucune liste d'attente. Cette disparité pourrait indiquer une distribution inéquitable des ressources entre les 14 CASC, ce qui peut se produire lorsque le financement est fondé sur les niveaux historiques plutôt que sur les besoins.
- En l'absence de lignes directrices standards sur les services, chaque CASC a élaboré ses propres lignes directrices touchant la fréquence et la durée des services. Il y avait donc des différences dans le temps alloué à chaque tâche et la fréquence recommandée des visites, ce qui signifie que le niveau de service offert peut varier d'un CASC à l'autre.
- Les CASC ont fait des progrès notables dans la mise en oeuvre d'un outil normalisé d'évaluation initiale des besoins des clients. Cependant, dans bien des cas, ces évaluations n'étaient pas effectuées en temps opportun. Au CASC que nous avons visité, de nombreux clients étaient évalués entre quatre jours et 15 mois après avoir été identifiés comme ayant besoin de services de soins à domicile. Les réévaluations périodiques requises pour s'assurer que les plans de services continuent de répondre aux besoins des clients étaient aussi en retard dans les trois CASC visités.

- Un seul des CASC visités rendait périodiquement visite à ses fournisseurs de services afin de surveiller la qualité des soins fournis. Ces visites proactives permettaient de repérer les problèmes à régler. Un meilleur suivi des incidents et des plaintes des clients donnerait aussi une indication de la qualité des soins à domicile. Les récents efforts déployés par les CASC pour mener des enquêtes indépendantes sur la satisfaction des clients à l'échelle de la province sont une bonne initiative.
- Plus de 70 % des fonds dépensés par les CASC servaient à acheter des services tels que des services de soins infirmiers, de soutien à la personne et d'aide familiale auprès de fournisseurs de l'extérieur. Les CASC ont toutefois ajouté qu'ils ne pouvaient pas obtenir la meilleure valeur auprès des fournisseurs, du double point de vue des coûts et des services, parce qu'ils ne pouvaient pas obtenir les services en régime de concurrence. Le Ministère a suspendu le processus d'approvisionnement concurrentiel à trois reprises depuis 2002, et le processus était encore suspendu au moment de notre vérification. Les CASC nous ont informés que la continuité des soins était un problème — que leurs clients craignaient de perdre leurs préposés aux services de soutien si un fournisseur différent était choisi dans le cadre d'un processus d'approvisionnement concurrentiel.
- L'absence de processus d'approvisionnement concurrentiel a entraîné d'importantes différences dans les tarifs payés aux fournisseurs de services au sein de chaque CASC et entre les trois CASC visités. Par exemple, les tarifs payés par un CASC pour les services de soins infirmiers par postes pouvaient être deux fois plus élevés que ceux payés par un autre CASC.
- Ensemble, les 14 CASC ont fait des progrès dans la mise en oeuvre d'un système intégré de gestion des cas qui fournit l'information requise pour aider à mesurer et à améliorer le rendement.

- Les RLISS ont conclu avec leurs CASC des ententes de responsabilisation prévoyant 13 mesures et objectifs de rendement. Ces objectifs étaient basés sur le rendement réel de chaque CASC pour chaque mesure en 2008. Lorsque les données sur les tendances pour tous les CASC deviendront disponibles et seront analysées, il faudra envisager de rendre publics certains de ces critères de rendement.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Les soins à domicile constituent un volet essentiel de notre système de santé. À l'heure actuelle, plus de 600 000 clients reçoivent des services de soins à domicile en Ontario. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) reconnaît que les services de soins à domicile permettent aux gens de rester chez eux le plus longtemps possible et aident nos hôpitaux et établissements de soins de longue durée à bien fonctionner.

En 2009-2010, le Ministère a octroyé 1,9 milliard de dollars aux centres d'accès aux soins communautaires (CASC), soit 56 % de plus qu'en 2003-2004.

Dans le cadre de son soutien au secteur des soins à domicile et des services communautaires, le gouvernement s'est engagé à investir le montant record de 1,1 milliard de dollars sur quatre ans dans la stratégie Vieillir chez soi, qui offrira aux personnes âgées et à leurs soignants un continuum intégré de services communautaires (dont les soins à domicile) qui leur permettra de demeurer en santé et de vivre de façon plus indépendante chez eux.

Constatations détaillées de la vérification

Les modalités d'administration des soins à domicile en Ontario ont changé depuis notre dernière vérification, en 2004. À ce moment-là, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, par l'entremise de sa Division de la santé communautaire et de sept bureaux régionaux, versait des paiements de transfert à 42 centres d'accès aux soins communautaires (CASC) exerçant leurs activités en vertu de la *Loi sur les sociétés d'accès aux soins communautaires*, pour qu'ils offrent des services de soins à domicile à la population ontarienne. Sous cette structure, les CASC relevaient directement des sept bureaux régionaux du Ministère.

En 2006, 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont été formés en vertu de la *Loi sur l'intégration du système de santé local*. Les RLISS étaient chargés de planifier, de financer, de coordonner et d'intégrer les services de soins de santé dans leurs régions respectives. La nouvelle loi éliminait les sept bureaux régionaux du Ministère. Le Ministère reste toutefois l'ultime responsable du système de soins de santé en obligeant chaque RLISS à rendre compte du rendement de son système de santé local. Toujours en 2006, des modifications réglementaires apportées à la *Loi sur les sociétés d'accès aux soins communautaires* fusionnaient les 42 CASC antérieurs de manière à ce qu'ils couvrent le même territoire que les 14 nouveaux RLISS. Ces 14 CASC ont ouvert leurs portes le 1^{er} janvier 2007. Les CASC sont devenus des organismes communautaires sans but lucratif en 2009. Les 14 CASC relèvent de leurs RLISS respectifs.

En 2008, le Ministère a publié une stratégie visant à renforcer les soins à domicile en Ontario. La stratégie prévoyait notamment une responsabilisation accrue des CASC et de leurs fournisseurs de services, des modifications aux modalités de prestation des services à la clientèle et l'élargissement du mandat des CASC pour qu'ils puissent placer des

clients, par exemple dans des programmes de jour pour adultes ou des logements avec services de soutien. Les CASC pouvaient aussi placer des personnes dans des lits de soins aux malades chroniques ou de réadaptation des hôpitaux publics, mettant ainsi à profit leurs compétences en gestion de cas pour améliorer à la fois le service à la clientèle et l'efficacité du système de santé.

Le Ministère reconnaît que l'amélioration des services de soins à domicile présente un double avantage. En effet, en plus d'offrir une meilleure qualité de vie au patient, cette option est beaucoup plus rentable que le placement dans un hôpital, un foyer de soins de longue durée ou un autre établissement institutionnel. Le représentant d'un CASC à qui nous avons parlé nous a informés que les services de soutien à la personne pouvaient, par exemple, permettre aux clients à risque moyen ou aux besoins modérés de continuer de vivre de façon indépendante chez eux. Les clients qui n'ont pas accès à ces services risquent de voir leur état se détériorer et d'être hospitalisés ou placés dans un établissement.

Les répondants aux enquêtes sur la satisfaction des clients des soins à domicile se disent généralement satisfaits des services fournis par les CASC. Cependant, certaines des grandes préoccupations soulevées dans nos vérifications antérieures, dont les modalités de financement des soins à domicile, n'ont pas encore été réglées de façon satisfaisante. Exception faite des nouvelles initiatives, le financement reste fondé en grande partie sur les niveaux antérieurs plutôt que sur les besoins particuliers de chaque CASC.

FINANCEMENT DES SERVICES DE SOINS À DOMICILE

Depuis notre dernière vérification, en 2004, le financement des soins à domicile est passé de 1,22 milliard de dollars à 1,76 milliard en 2008-2009, ce qui représente une augmentation de plus de 40 %. Les fonds additionnels consentis pour les exercices 2008-2009 et 2009-2010 incluaient

une hausse de 4 % du financement de base pour que les CASC puissent faire face à la croissance normale des services et à l'inflation annuelle. Nous avons toutefois constaté lors de notre vérification que l'augmentation du financement ne se fondait pas sur une évaluation des besoins particuliers de chaque CASC. Certains CASC continuent donc de recevoir un financement beaucoup plus élevé par personne que d'autres centres offrant des services semblables, ce qui est un problème de longue date. Certains CASC ont pris des mesures de réduction des coûts et des niveaux de services afin d'équilibrer leur budget, par exemple en prolongeant les temps d'attente, en priorisant les services et en réduisant les coûts administratifs. En conséquence, les clients qui ont des problèmes semblables peuvent recevoir différents niveaux de services à l'échelle de la province.

La distribution inéquitable des fonds était particulièrement marquée au niveau du financement de base des CASC, qui représentait la plupart des fonds reçus.

Financement de base

Lors des vérifications des soins à domicile et des services communautaires que nous avons effectués en 1998 et 2004, nous avons constaté que la formule de financement devait prendre en compte les besoins particuliers en services, l'évolution continue des réalités démographiques et les changements apportés au système de soins de santé. Dans sa réponse de 1998 à notre recommandation, le Ministère soulignait que les CASC devaient administrer les programmes de manière uniforme afin d'assurer un accès équitable pour tous les Ontariens, où qu'ils vivent dans la province. En 2004, le Ministère a indiqué qu'il avait révisé sa formule de financement pour tenir compte du nombre de personnes qui reçoivent leur congé de l'hôpital ainsi que de l'âge et du sexe de ces personnes, de leurs besoins en services de soins à domicile et du caractère rural du lieu de résidence.

Le Ministère a également constaté qu'un comité de financement et de planification budgétaire pour les CASC avait été établi en mars 2004 pour surveiller la répartition des nouveaux fonds et son impact, examiner et prévoir les améliorations à apporter à la formule de financement. Cependant, avec le regroupement des 42 anciens CASC en 14 CASC, la responsabilité du financement a été transférée aux RLISS.

En 2006, le Ministère a reconnu qu'il y avait encore des iniquités dans le financement par habitant entre les CASC et ailleurs dans le système de soins de santé. Pour régler le problème, le Ministère a mis au point une autre méthodologie de financement appelée Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS), qui se fondait sur des mesures de la santé prenant en compte des facteurs démographiques tels que l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et le caractère rural de la région, ainsi que sur les caractéristiques des fournisseurs de services de santé, comme la spécialisation, l'emplacement et les économies d'échelle. Le MAS se sert des fonds réellement utilisés dans le passé et des coûts réellement engagés pour répartir les fonds.

Le MAS est utilisé depuis l'exercice 2008-2009 pour déterminer les fonds à affecter à deux nouvelles initiatives de soins à domicile : la stratégie Vieillir chez soi et des modifications législatives qui augmentaient le nombre maximum d'heures de service pour les clients. Le Ministère a toutefois indiqué que le gouvernement ne l'avait pas autorisé à appliquer le MAS au financement de base des CASC pour les soins à domicile. Le financement reste donc fondé en grande partie sur les modèles de financement historiques. Comme le financement de base représentait (depuis la réorganisation) 90 % des fonds octroyés aux trois CASC visités, le fait de restreindre l'application du MAS aux nouvelles initiatives signifie que les ajustements apportés afin d'améliorer l'équité prendront beaucoup de temps à produire un effet.

Au cours de notre examen, nous avons constaté qu'une grande partie des iniquités de financement qui existaient avant la réorganisation existaient

encore après la réorganisation. Par exemple, au moment de notre vérification, un CASC avait reçu 188 \$ par personne, alors qu'un autre avait reçu seulement 90 \$ par personne. Ces écarts peuvent être justifiés par un manque de logements communautaires avec services de soutien du RLISS dans certaines régions, et par d'autres facteurs démographiques et géographiques. Cependant, l'étendue même des écarts indique que d'importantes iniquités de financement continueront probablement d'exister, et qu'elles ont eu un impact sur l'équité de l'accès aux services entre les régions, comme il est expliqué plus loin dans le rapport.

Comme il est mentionné plus haut, nous avons recommandé, dans nos rapports de 1998 et 2004, que le financement se fonde principalement sur les besoins évalués des clients d'une région donnée. Mais si le financement octroyé aux CASC pour les nouvelles initiatives se fonde en partie sur les besoins, le financement de base, quant à lui, reste principalement fondé sur les niveaux historiques.

Nouvelles initiatives de financement

Depuis notre dernière vérification, en 2004, plusieurs nouvelles initiatives ont été prises dans le dossier du financement des services de soins à domicile en Ontario. Bien que ces initiatives aient aidé le Ministère à mieux répondre aux besoins particuliers des clients des soins à domicile, elles n'ont pas encore eu un impact suffisant pour régler le problème des iniquités de financement à l'échelle de la province. Nous avons examiné certaines des nouvelles initiatives et constaté ce qui suit :

- Entre 2004-2005 et 2009-2010, 76 millions de dollars ont été versés aux CASC pour les aider à réduire les temps d'attente pour les chirurgies d'arthroplastie de la hanche et du genou. Ces fonds ont permis à des patients de sortir plus tôt de l'hôpital en leur fournissant des services de réadaptation et de soutien à domicile. Ils étaient censés couvrir les coûts additionnels découlant de l'augmentation du nombre de clients servis par rapport à

2003-2004. Cependant, les CASC visités qui avaient reçu les fonds additionnels ne savaient pas combien de clients additionnels avaient été servis, car le nombre de base n'avait pas été établi.

- En 2008-2009 et 2009-2010, 30 millions de dollars additionnels par année ont été versés aux CASC afin de financer l'augmentation du nombre maximum d'heures de services de soutien à la personne et d'aide familiale aux clients admissibles. Le financement additionnel découlait d'un changement réglementaire et était calculé en ajoutant le total des coûts de la prestation des services aux nouveaux clients au coût des heures de service additionnelles aux clients existants. Les CASC visités ont tous souligné que les fonds n'étaient pas suffisants pour couvrir les coûts associés à la modification législative. Qui plus est, le Ministère exigeait des CASC qu'ils déclarent seulement le total des coûts au lieu de présenter une ventilation par type de client et les coûts connexes. Étant donné la façon dont les coûts étaient déclarés, il était difficile pour les RLISS ou le Ministère de déterminer si les fonds avaient été suffisants pour couvrir les heures additionnelles découlant des modifications législatives.
- En 2008-2009, le Ministère a lancé la stratégie Vieillir chez soi, une initiative quadriennale de 1,1 milliard de dollars conçue pour aider les personnes âgées à vivre dignement, en bonne santé et avec autonomie dans le confort de leur propre domicile. Le Ministère fondait ce financement sur le nouveau Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS), qui répartit les fonds en grande partie en fonction des besoins locaux. Cependant, les fonds reçus par les 14 CASC au titre de cette initiative en 2008-2009 et 2009-2010 totalisaient seulement 45 millions de dollars, plutôt que le montant annoncé de 1,1 milliard de dollars. Les CASC visités ont reconnu que les fonds versés pour les nouvelles initiatives fournissaient des

ressources additionnelles, mais qu'ils ne couvraient pas toujours les hausses de coûts connexes, comme l'augmentation du nombre maximum d'heures de services de soutien à la personne. De plus, les fonds affectés aux nouvelles initiatives représentaient seulement une petite partie du financement total des soins à domicile.

À moins que le financement total ne soit principalement affecté en fonction des besoins locaux relatifs, comme le propose le nouveau MAS, les iniquités de financement à l'échelle de la province continueront de se répercuter sur le niveau de services que les clients des soins à domicile ayant des besoins semblables reçoivent dans différentes régions de la province.

RECOMMANDATION 1

Pour que les gens ayant des besoins semblables qui vivent dans différentes parties de la province reçoivent des niveaux semblables de services de soins à domicile, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les RLISS, doit répartir les fonds entre les CASC en se basant principalement sur les besoins évalués de chaque collectivité, par exemple en utilisant le Modèle d'allocation fondée sur la santé qui est proposé.

RÉPONSE DES CENTRES D'ACCÈS AUX SOINS COMMUNAUTAIRES

Nous sommes d'accord en principe et nous appuyons la mise en oeuvre d'un modèle de financement axé sur le patient. Il est à noter que les besoins évalués de la collectivité et les ressources communautaires disponibles sont des facteurs essentiels à prendre en compte dans la détermination des niveaux appropriés de services de soins à domicile.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient que les fonds versés aux CASC doivent être répartis en fonction des

besoins de la collectivité. Le Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS) comprendra des indicateurs fondés sur la population et des mesures directes de l'état de santé afin de fournir une évaluation plus exacte des besoins locaux en matière de santé. Avec l'appui du Ministère, les RLISS pourraient utiliser le MAS pour calculer les fonds additionnels à verser aux CASC chaque année. Une considération importante pour les futurs objectifs de la mise en oeuvre du MAS aux fins du financement sera de maintenir la stabilité du système et de préserver l'accès aux services.

PRESTATION DES SERVICES DE SOINS À DOMICILE

Charges de travail en gestion des cas

Presque tous les services directs — professionnels, de soutien à la personne et d'aide familiale — que les clients des soins à domicile reçoivent sont fournis par des fournisseurs de services externes, tandis que le personnel des CASC est chargé de surveiller la prestation de ces services. La Figure 2 illustre les étapes générales à suivre dans la prestation des services de soins à domicile.

Les responsables de la gestion des cas des CASC doivent s'assurer que les bons services sont fournis aux bons clients au bon moment. Ils répondent aux demandes d'aiguillage, évaluent l'admissibilité des clients potentiels aux services de soins à domicile, élaborent des plans de services et autorisent les dépenses liées aux services conformément à la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires*. Ils procèdent également à des réévaluations périodiques afin de déterminer si les clients devraient continuer de recevoir des soins à domicile. Enfin, les responsables de la gestion des cas doivent déterminer si les services fournis sont adéquats en faisant des visites sur place et en répondant aux plaintes.

Le système de gestion de l'information du Ministère comprend des données sur le nombre total

Figure 2 : Aperçu des services de soins à domicile des CASC

Source des données : Données préparées par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario



de responsables de la gestion des cas dans chaque CASC. Pour avoir une meilleure idée de la charge de travail par type de soins dans les trois CASC visités, nous avons recueilli des données sur la charge de travail des responsables de la gestion des cas et constaté que le nombre de cas par responsable variait beaucoup, comme le montre la Figure 3. La gestion des cas représente plus de 20 % du budget des CASC, comme le montre la Figure 1. La charge de travail des responsables de la gestion des cas, combinée aux types de clients servis, a un impact important sur l'efficacité avec laquelle ils peuvent s'acquitter de leurs responsabilités. Nous avons toutefois constaté qu'aucune ligne directrice standard n'avait été établie pour orienter le déploiement des responsables de la gestion des cas des CASC. Des lignes directrices de ce genre seraient utiles, car elles aideraient les CASC à attribuer une charge de travail optimale à chaque responsable de la gestion des cas. Le risque associé à une distribution inégale des cas est que certains clients pourraient ne pas recevoir les services en temps opportun ou ne pas recevoir un niveau adéquat ou une qualité appropriée de service.

Des données sur les charges de travail relatives des 14 CASC aideraient les RLISS et le Ministère à s'assurer que les services de soins à domicile sont fournis de façon équitable à travers la province.

RECOMMANDATION 2

Afin d'optimiser le déploiement des responsables de la gestion des cas et d'encourager la prestation de niveaux de services équitables partout dans la province, le ministère de la Santé

Figure 3 : Nombre de cas par responsable de la gestion des cas

Source des données : Centres d'accès aux soins communautaires

Type de soins	CASC 1	CASC 2	CASC 3
actifs	199	125	131
adultes (communautaires)	125	123	101
palliatifs/oncologie	68	77	49
enfants	207	135	256

et des Soins de longue durée doit travailler avec les RLISS et l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario à établir des lignes directrices sur le nombre de clients devant être attribués aux responsables de la gestion des cas.

RÉPONSE DES CENTRES D'ACCÈS AUX SOINS COMMUNAUTAIRES

Nous sommes d'accord avec cette recommandation. Chaque CASC doit examiner périodiquement les clients assignés aux responsables de la gestion des cas pour s'assurer qu'il répond aux besoins des différents groupes servis. Il est à noter que les clients des CASC ne constituent pas un groupe homogène et que leurs besoins varient selon l'état de santé, la situation et le niveau de risque. Les niveaux de services varient donc en fonction du nombre de clients et de la collectivité.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère envisage des rôles nouveaux et spécialisés pour les responsables de la gestion

des cas des CASC dans le cadre d'un projet provincial — le Projet d'intégration des soins — en partenariat avec plusieurs intervenants. En plus d'introduire une gestion spécialisée des cas fondée sur la population (c'est-à-dire selon l'état de santé du client, son acuité et d'autres facteurs), les rôles de navigation du système et de coordination des soins cliniques à l'échelle du système de santé seront présentés et évalués dans le cadre du rôle de gestion des cas pour les clients aux besoins complexes. Les modifications au modèle de gestion des cas seront évaluées afin d'en déterminer l'efficacité ainsi que les gains d'efficacité réalisés et de créer des lignes directrices optimales de gestion des cas à utiliser à l'avenir.

Traitement des demandes de services

Les demandes de services de soins à domicile peuvent être présentées par des clients potentiels, des membres de la famille, des médecins traitants ou des membres du public. En 2009-2010, environ 60 % des demandes présentées aux CASC venaient des hôpitaux – elles pouvaient notamment avoir été envoyées par un des médecins traitants de l'hôpital – et les 40 % restants venaient de la collectivité, par exemple de médecins de famille ou de membres de la famille. Le CASC qui reçoit une demande procède à une évaluation initiale en personne ou par téléphone, ce qui lui permet de déterminer l'admissibilité initiale du client à ses services ou de le renvoyer à d'autres services communautaires.

Les CASC utilisent différents outils pour effectuer ces évaluations initiales. Ils reconnaissent toutefois l'importance d'utiliser un outil d'évaluation standard à l'échelle de la province pour que les personnes ayant des besoins semblables reçoivent des niveaux de services semblables, où qu'elles habitent dans la province. Les CASC sont à mettre en oeuvre un outil standard d'évaluation initiale pour toutes les catégories de clients, appelé Contact Assessment Tool. L'outil devrait être pleinement mis en oeuvre

d'ici mars 2011 et, selon les trois CASC visités, il doit être obligatoire pour les 14 CASC.

Admission aux services ou inscription sur les listes d'attente

Une fois que l'évaluation initiale a permis de déterminer que la personne a besoin des services du CASC et qu'elle y est admissible, la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires* stipule que les services doivent être fournis « dans un délai qui soit raisonnable dans les circonstances ». Si le service n'est pas immédiatement disponible, le client est inscrit sur une liste d'attente.

Dans notre *Rapport annuel 2004*, nous soulignons que le Ministère n'avait pas donné de directives précises aux CASC sur le classement des clients en attente de services ni sur la gestion des listes d'attente. Nous avons constaté que la situation n'avait pas changé. Chacun des CASC visités avait élaboré et utilisait sa propre approche pour établir l'ordre de priorité des clients à admettre aux services de soins à domicile ou à inscrire sur les listes d'attente.

Évaluation des soins aux clients

Les personnes identifiées comme étant des « clients adultes de long séjour » — celles qui doivent recevoir les services d'un CASC pour une période ininterrompue d'au moins 60 jours — sont évaluées au moyen d'un outil standard appelé Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI-HC). Nous avons constaté que les trois CASC utilisaient tous l'outil RAI-HC pour évaluer les clients adultes de long séjour.

Selon le guide ministériel des politiques sur les services aux clients, un responsable de la gestion des cas doit remplir l'évaluation RAI-HC dans les 14 jours civils suivant la date d'identification d'un client de long séjour. Cette évaluation doit être faite en personne et prend généralement la forme d'une entrevue chez le client. L'évaluation initiale

mène à l'élaboration d'un plan de services de soins à domicile. Dans les CASC qui ne disposent pas des ressources voulues pour fournir les services, et selon l'évaluation des besoins prioritaires du client, le client peut être inscrit sur une liste d'attente pour certains services.

Nous avons constaté que, dans bien des cas, les clients adultes de long séjour ne recevaient pas leur évaluation initiale dans le délai prescrit de 14 jours. Nous avons examiné un échantillon de dossiers clients dans chacun des CASC visités et observé que les clients devaient attendre entre quatre jours et 15 mois pour se faire évaluer. Deux des CASC visités nous ont également fait parvenir des rapports sur les évaluations qui devaient être faites pendant un mois donné de 2009, et nous avons relevé des retards semblables dans l'évaluation initiale.

Lorsque nous les avons questionnés au sujet des retards, les CASC nous ont dit qu'ils pouvaient être attribuables au fait que les clients n'étaient pas disponibles dans le délai prescrit de 14 jours. Cependant, certains des dossiers examinés ne contenaient aucun document expliquant de si longs retards.

Les responsables de la gestion des cas que nous avons interviewés nous ont dit que, dans les cas où des clients aux besoins urgents ne pouvaient pas attendre 14 jours avant de recevoir les services, ils commandaient des services de soins à domicile en se fondant sur une évaluation téléphonique. Les évaluations téléphoniques pourraient constituer une solution provisoire lorsque les services requis doivent être commandés sans délai, mais elles ne sont pas suffisamment détaillées pour s'assurer que les services recommandés au client sont appropriés. Il est donc important de faire une évaluation initiale en temps opportun chez le client.

Listes d'attente

Les clients sont inscrits sur des listes d'attente, soit parce que le CASC n'avait pas la capacité financière voulue pour fournir immédiatement les services requis, soit parce que la disponibilité du personnel spécialisé fournissant ces services est limitée. Les

CASC visités et sondés ont indiqué que, dans la plupart des cas, le retard dans la prestation des services de soutien à la personne ou d'aide familiale était dû à la capacité financière insuffisante du CASC, tandis que le manque de thérapeutes était la principale raison citée pour l'inscription des clients sur la liste d'attente pour les services thérapeutiques.

Comme nous l'avons souligné, les iniquités de financement se répercutent sur la répartition des ressources. Sur les trois CASC visités et les onze autres CASC que nous avons sondés, certains avaient de très longues listes d'attente pour des services donnés, tandis que d'autres n'avaient aucune liste d'attente. Par exemple, dans un des CASC visités, 1 400 personnes attendaient de voir un orthophoniste à la fin mars 2010. Un des CASC sondés comptait plus de 1 300 personnes en attente de services de soutien à la personne, et un autre en comptait plus de 770 en attente de services d'ergothérapie. Les CASC n'avaient pas de listes d'attente pour les services de soins infirmiers au moment de notre vérification, mais environ 10 000 personnes devaient attendre entre huit et 262 jours en moyenne pour obtenir d'autres services de soins à domicile. Trois des 14 CASC ont indiqué qu'ils étaient en mesure de répondre aux besoins de leurs clients et qu'ils n'avaient aucune liste d'attente pour les services de soins à domicile.

Écart dans l'admissibilité aux services

Les trois CASC visités utilisaient différentes approches pour le classement par ordre de priorité des clients inscrits sur les listes d'attente pour certains types de services de soins à domicile. L'admissibilité d'un client à un service peut donc varier d'un CASC à un autre. Par exemple, en ce qui concerne les services de soutien à la personne :

- Dans un CASC, seules les personnes à risque élevé ou aux besoins complexes (selon l'outil d'évaluation RAI-HC) étaient admissibles aux services de soutien à la personne, par exemple pour se laver, se changer et faire sa toilette. Les clients à risque ou aux besoins faibles ou

modérés, quant à eux, étaient jugés inadmissibles aux services financés de soutien à la personne et n'étaient même pas inscrits sur la liste d'attente. Le CASC nous a informés que ces personnes étaient renvoyées à des organismes communautaires où elles auraient, dans certains cas, à payer elles-mêmes les services. Cette mesure était jugée nécessaire pour réduire les coûts et équilibrer le budget.

- Le deuxième CASC plaçait les personnes à risque ou aux besoins faibles ou modérés sur la liste d'attente pour les services de soutien à la personne, mais il ne spécifiait pas le délai dans lequel les services devaient être fournis.
- Le troisième CASC inscrivait les personnes à risque ou aux besoins faibles ou modérés sur une liste d'attente pour les services de soutien à la personne, et les informait qu'elles recevraient les services dans les trois mois.

Dates de début de service

Après avoir élaboré des plans de services pour leurs clients, les responsables de la gestion des cas commandent les services nécessaires auprès de fournisseurs de services de l'extérieur. C'est le fournisseur qui se rend chez le client pour fournir les services. Chaque CASC établissait lui-même sa propre stratégie de priorisation, mais il n'y avait pas de lignes directrices standards pour spécifier combien de temps le client devait attendre la première visite du fournisseur. Pour déterminer si les services étaient fournis en temps opportun, nous avons appliqué les lignes directrices utilisées par chacun des CASC visités pour classer les clients par ordre de priorité et gérer les listes d'attente et constaté ce qui suit :

- Le premier CASC avait établi quatre niveaux de priorité et quatre délais d'attente allant de 24 heures à 21 jours. En vérifiant la conformité à ces lignes directrices, nous avons constaté que 15 % des clients qui étaient censés recevoir des services dans un délai de 24 heures avaient attendu plus longtemps. Nous avons remarqué qu'un client qui devait

recevoir des services dans les sept jours avait dû attendre 134 jours. Le CASC ne pouvait pas expliquer le retard. Dans ce même CASC, environ les deux tiers des clients recevaient leur première visite dans les délais prescrits pour le niveau de priorité.

- Un autre CASC appliquait trois niveaux de priorité, mais avait prescrit un délai (maximum de trois mois) seulement pour les clients classés au niveau de priorité le plus faible. Dans les autres cas, la décision se fondait sur l'évaluation des besoins du client par le responsable de la gestion des cas. Un examen des données de ce CASC montrait que la majorité des clients recevaient généralement leur première visite dans un délai d'un mois.
- Le troisième CASC utilisait les résultats de l'outil d'évaluation RAI-HC pour classer les clients par ordre de priorité pour les services de soutien à la personne, parce que cela lui donnait au moins une forme de mesure objective. Un examen des données de ce CASC montrait que la plupart de ses clients recevaient des services dans un délai d'un mois.

Niveaux de service

Après avoir mené une évaluation afin de cerner les besoins du client en matière de soins à domicile, le responsable de la gestion des cas élabore un plan de services pour répondre à ces besoins. Nous avons examiné les dossiers des trois CASC visités et constaté qu'ils avaient mis en place des plans de services pour répondre aux besoins évalués des clients. Les modalités d'établissement des niveaux de service variaient toutefois d'un CASC à l'autre.

En l'absence de lignes directrices provinciales sur le niveau approprié de services de soins à domicile pour répondre aux besoins jugés faibles, modérés ou élevés, chaque CASC visité avait mis au point ses propres pratiques. Ces pratiques variaient quant à la fréquence des services et aux temps de prestation, de sorte que des clients aux besoins

semblables pouvaient recevoir différents niveaux de service.

Par exemple, l'aide au bain est un service courant de soins à domicile fourni par un préposé aux services de soins à la personne. Cependant, les lignes directrices applicables à ce service variaient entre les CASC visités :

- Dans un CASC, les lignes directrices prévoyaient que les fournisseurs de services devaient passer entre 30 et 45 minutes avec les clients pour l'aide au bain ou à la douche et le nettoyage de la salle de bains. La fréquence des services d'aide au bain dépendait de la continence du client, de l'état de sa peau et d'autres facteurs connexes.
- Dans un autre CASC, les responsables de la gestion des cas avaient établi des lignes directrices précises sur la durée des services d'aide au bain en fonction des besoins du client : entre 5 et 15 minutes par jour pour un à sept jours pour les personnes dont le transfert à la baignoire doit être surveillé; entre 15 et 30 minutes par jour pour un à sept jours pour les personnes fréquemment incontinentes; et entre 30 et 60 minutes jusqu'à deux fois par jour pour celles qui ont des problèmes plus graves et à qui il faut donner des bains.
- Le troisième CASC n'avait pas de lignes directrices précises sur la durée et la fréquence des services d'aide au bain.

Lors de nos visites aux trois CASC, nous avons constaté qu'ils vérifiaient tous régulièrement si les services commandés étaient couverts par les fonds disponibles afin d'équilibrer le budget, ce qui pourrait aussi influencer sur le niveau des services commandés aux fournisseurs pour répondre aux besoins des clients.

Surveillance de la prestation des services de soins à domicile

Pour s'assurer que les services de soins à domicile sont fournis comme prévu et qu'ils sont conformes aux normes de rendement, les CASC ont conclu

avec les fournisseurs de services des contrats prévoyant des mesures qui permettent de déterminer si les services fournis sont adéquats. Ces mesures comprennent des visites aux locaux des fournisseurs, des examens des données sur le rendement, comme les taux d'acceptation des renvois, les rapports d'événements importants et le pourcentage de visites manquées, le suivi des plaintes des clients, de leurs familles et de la collectivité, et les sondages sur la satisfaction de la clientèle.

Visites sur place

Les trois CASC visités avaient effectué des visites ponctuelles dans les locaux de certains de leurs fournisseurs de services, par exemple après avoir reçu une plainte ou identifié un problème ou dans le cadre d'une vérification de conformité pour le financement ciblé. Un seul CASC avait effectué des visites régulières sur place entre mars 2009 et février 2010 pour vérifier ses 14 fournisseurs de services de soutien à la personne ou d'aide familiale. Nous avons examiné les conclusions des visites sur place que ce CASC avait effectuées au moment de notre vérification et constaté que ce processus de surveillance proactive avait permis de déceler certaines lacunes courantes :

- Les trois quarts des processus mis en place par les fournisseurs de services avaient une capacité limitée de déterminer si leur personnel avait fourni les services requis chez le client en temps opportun.
- La moitié des fournisseurs de services examinés ne disposaient pas de processus suffisants pour identifier rapidement les écarts d'horaire, comme les visites manquées ou annulées.
- Près de 60 % des fournisseurs de services avaient une définition vague ou inexacte de ce qui constitue une visite manquée.
- Le tiers des fournisseurs de services n'évaluaient pas les préposés aux services de soutien à la personne en les observant en train de fournir des services aux clients. La

surveillance de la qualité du personnel se fondait donc entièrement sur la rétroaction des clients ou de leurs familles.

Ce CASC nous a aussi informés qu'il prévoyait d'effectuer des visites sur place afin de vérifier les fournisseurs de services de soins infirmiers dans l'année qui vient. Un autre CASC a indiqué que l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario envisageait maintenant de mettre en oeuvre des visites ou vérifications sur place des fournisseurs de services.

Examens des données sur le rendement

Les fournisseurs de services doivent présenter des données sur le rendement au CASC tous les trimestres. Les données comprennent le taux d'acceptation des renvois, le pourcentage de visites manquées et le taux d'acceptation des demandes urgentes de services. Le cas échéant, les fournisseurs doivent expliquer pourquoi ils n'ont pas atteint leurs objectifs.

Nous avons constaté que les fournisseurs de services soumettaient eux-mêmes les données trimestrielles sur les mesures de rendement. À l'heure actuelle, la seule mesure de rendement pouvant être validée par le système d'information sur la santé des clients et de renseignements connexes (Client Health and Related Information System [CHRIS]) est le taux d'acceptation des renvois. Nous avons examiné cette mesure pour un échantillon de fournisseurs de services de soutien à la personne pour le deuxième trimestre de 2009-2010. Notre examen a fait ressortir des différences entre le taux de refus suivi par le CASC et le taux d'acceptation autodéclaré par le fournisseur dans les trois CASC. Par exemple :

- Dans un CASC, un fournisseur disait avoir rejeté environ 7 % des demandes de services durant ce trimestre, alors que les données du CASC indiquaient un pourcentage de refus de 39 % pour la même période.

- Au deuxième CASC, un fournisseur disait avoir rejeté seulement environ 2 % des demandes de services durant ce trimestre, alors que les données du CASC indiquaient un pourcentage de refus de 10 % pour la même période.
- Au troisième CASC, un fournisseur de services disait avoir accepté 100 % des demandes de service durant ce trimestre, alors que les données du CASC indiquaient un pourcentage de refus de 12 % pour la même période.

Les fournisseurs de services qui n'atteignent pas leurs objectifs doivent expliquer pourquoi. Dans les cas susmentionnés, nous n'avons vu aucune preuve que le CASC avait essayé de rapprocher les taux et de vérifier les explications des fournisseurs. Les CASC nous ont dit qu'ils avaient discuté de la question avec les fournisseurs et que les écarts pouvaient être attribuables aux modalités de déclaration des données ou à des erreurs humaines dans la saisie des données. Il leur était toutefois impossible de déterminer les raisons réelles des écarts sans rapprocher les chiffres. Les CASC ont indiqué que, dans la vaste majorité des cas de refus, un autre fournisseur prend la relève sans que le client en souffre.

Les trois CASC visités avaient organisé des réunions avec l'ensemble de leurs fournisseurs et avec chaque type de fournisseurs (p. ex. tous les fournisseurs de services de soins infirmiers) pour discuter des enjeux propres à chaque secteur.

Chacun des trois CASC visités avait sa propre stratégie pour discuter des problèmes avec chaque fournisseur. Un CASC avait établi un calendrier officiel et rencontrait chaque fournisseur séparément au moins deux fois par an. Un autre prévoyait des rencontres individuelles seulement en cas de problème. Le troisième CASC tenait des réunions sur des points particuliers et avait commencé à tenir des réunions trimestrielles avec chaque fournisseur au cours du troisième trimestre de l'exercice 2009-2010.

Règlement des plaintes

Un système d'examen et de surveillance des plaintes peut donner une idée de la qualité des services de soins à domicile fournis. Il importe également de maintenir de bonnes relations avec les clients, leurs familles et la collectivité.

Chacun des trois CASC visités avait mis en place un processus d'examen des plaintes. Deux d'entre eux avaient aussi embauché des médiateurs indépendants pour les aider à traiter les plaintes.

Nous avons examiné un échantillon des plaintes présentées à chaque CASC et constaté que la plupart d'entre elles avaient été réglées de façon appropriée dans le délai prescrit de 60 jours. Une constante entre les trois CASC visités était le petit nombre de plaintes reçues par rapport au nombre de clients servis. Par exemple, pour les trois premiers trimestres de l'exercice 2009-2010, un CASC faisait état de 157 plaintes, ce qui représente environ trois plaintes pour 1 000 clients servis. Un autre déclarait 225 plaintes, soit environ cinq plaintes pour 1 000 clients servis. Le troisième disait avoir reçu 170 plaintes durant la même période, ce qui correspond à environ huit plaintes pour 1 000 clients servis.

De même, seulement environ 270 plaintes par année étaient reçues par l'entremise de la Ligne ACTION des Soins de longue durée. La Commission d'appel des services de santé a entendu à peu près 25 causes contre les CASC depuis 2003, dont une seule depuis la réorganisation.

Les CASC nous ont dit que certains problèmes signalés aux responsables de la gestion des cas par des clients ou des membres de leurs familles ou même par des fournisseurs n'étaient pas considérés comme des plaintes formelles. Un problème de ce genre serait simplement réglé par le responsable de la gestion des cas et consigné dans le dossier du client.

Au moment de notre vérification, les trois CASC visités utilisaient différents « systèmes de gestion des événements » pour traiter les plaintes et d'autres questions. Nous avons examiné les données disponibles pour ces trois CASC et constaté que le

nombre d'« événements » déclarés par les clients était substantiellement plus élevé que le nombre de plaintes formelles. Deux CASC faisaient état de plus de 1 300 événements chacun sur neuf mois, tandis que le troisième déclarait plus de 600 événements sur six mois. Dans les trois CASC, les événements les plus courants se rapportaient aux visites manquées des fournisseurs de services. Tous les CASC prévoient d'adopter un cadre provincial de gestion des événements, ce qui permettra d'uniformiser la terminologie et les définitions et de faire des analyses comparatives entre les CASC et à l'échelle de la province.

Pour avoir une vue d'ensemble des problèmes liés aux services de soins à domicile, il faut examiner non seulement les plaintes, mais aussi les événements. Or, nos discussions avec les RLIS concernés indiquaient qu'aucun d'eux n'exigeait des CASC qu'ils déclarent les principales sources de plaintes ou d'événements pour les aider à évaluer la qualité globale des services fournis.

Sondages sur la satisfaction des clients

Les sondages sur la satisfaction des clients offrent aux CASC un autre moyen de déterminer la qualité des services des fournisseurs externes. Au printemps 2009, sept CASC, dont deux des CASC visités, ont commencé à participer à un projet de sondage provincial standard visant à évaluer la satisfaction des clients et des soignants. Cette initiative est coordonnée par l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario dans le but de mettre le sondage provincial en oeuvre dans tous les CASC. Au cours des deux premières étapes de ce qui constituera un sondage en quatre étapes, un tiers indépendant a mené plus de 4 700 entrevues téléphoniques. Le taux de réponse au sondage était de 37 %, et 78 % des répondants affirmaient que les soins reçus à domicile étaient bons ou excellents.

Le sondage mesurait neuf aspects de la satisfaction des clients et des soignants : l'expérience globale, les soins axés sur le client, les rendez-vous,

la qualité des soins, l'établissement de relations de confiance, les soins intégrés et le soutien aux transitions, la volonté de recommander les services à d'autres, les attentes sur le plan de la qualité et la sécurisation du foyer. Un des deux CASC visités qui avaient participé au sondage affichait un rendement supérieur à la moyenne provinciale dans six des neuf secteurs de rendement clés, tandis que l'autre dépassait la moyenne dans les neuf secteurs.

Les résultats ont été analysés par emplacement, par type de services reçus, par ethnicité et par type de ménage. Étant donné que différents types de clients peuvent avoir différentes attentes et différents niveaux de satisfaction à l'égard des services reçus, les résultats du sondage pourraient aussi être analysés, à l'avenir, en fonction de la catégorie de clients (p. ex. selon qu'ils ont besoin de soins actifs, d'entretien, de longue durée ou de réadaptation).

Deux des CASC visités avaient mené leurs propres sondages pour prendre en compte les groupes non inclus dans le sondage provincial. Par exemple, un CASC a réalisé un sondage sur les soins palliatifs, et 90 % des clients sondés en 2009 se disaient généralement satisfaits des services reçus.

Six autres CASC qui n'avaient pas participé aux premières étapes du sondage provincial y participaient au moment de notre vérification. Le dernier CASC a indiqué qu'il comptait y participer à une date ultérieure.

Réévaluation des clients aux fins du maintien des services

Conformément à la politique du Ministère, les clients des services de soins à domicile doivent être réévalués par un responsable de la gestion des cas au moins tous les six mois, ou en cas de changement important dans l'état de santé, le niveau de fonctionnement ou les conditions de vie.

Notre examen des dossiers clients des CASC révélait que, dans bien des cas, la politique de réévaluation aux six mois n'était pas appliquée. Les chefs et les responsables de la gestion des cas des trois CASC visités nous ont dit que cette exigence

n'était pas toujours respectée pour différentes raisons liées à la charge de travail, combinées au fait que les responsables de la gestion des cas ont l'habitude d'utiliser leur jugement pour déterminer le moment de réévaluer leurs clients. Certains clients pourraient être réévalués plus souvent qu'aux six mois, tandis que, dans d'autres cas, on pourrait juger que des réévaluations semestrielles ne sont pas nécessaires.

Pour déterminer dans quelle mesure chacun des CASC visités procédait à des réévaluations semestrielles, nous avons examiné un échantillon de dossiers clients ainsi que des rapports sur les retards dans la réévaluation des clients adultes de long séjour. La Figure 4 montre les retards de réévaluation au 31 décembre 2009.

En l'absence de réévaluations semestrielles dans les dossiers, les CASC pourraient ne pas être conscients des changements dans l'état de santé des clients qui nécessitent l'accroissement de certains services ou qui permettent de réduire les niveaux de services. De plus, particulièrement dans le cas des personnes âgées à la santé fragile, des réévaluations périodiques peuvent aider à déterminer s'il faut envisager un placement dans un établissement de soins de longue durée.

Il pourrait y avoir des raisons légitimes d'ajuster les exigences en matière de réévaluation au lieu de respecter rigoureusement le délai de six mois, mais les CASC n'avaient pas établi de directives ou de critères susceptibles d'aider le personnel à prendre cette décision. Par ailleurs, les raisons invoquées pour ne pas effectuer une réévaluation semestrielle doivent être consignées au dossier du client.

Figure 4 : Réévaluations en retard pour les clients adultes de long séjour, au 31 décembre 2009 (%)

Source des données : Centres d'accès aux soins communautaires

Retard	CASC 1	CASC 2	CASC 3
moins de 3 mois	54	70	47
3 à 5 mois	23	23	25
6 mois ou plus	23	7	28

RECOMMANDATION 3

Pour s'assurer que les niveaux de services offerts aux clients des soins à domicile sont appropriés et uniformes, les Centres d'accès aux soins communautaires doivent :

- vérifier si les responsables de la gestion des cas respectent les délais prescrits pour l'évaluation initiale du client et les réévaluations périodiques et, le cas échéant, s'assurer que les responsables de la gestion des cas consignent les raisons du non-respect des délais dans le dossier des clients concernés;
- améliorer la surveillance des fournisseurs externes pour mieux s'assurer que les niveaux de services prévus et payés sont fournis aux clients des services de soins à domicile;
- examiner périodiquement les plaintes et événements concernant les clients afin de repérer les problèmes systémiques qui nécessitent un suivi.

Afin de promouvoir un financement et des niveaux de services équitables à l'échelle de la province, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec les RLISS, doit envisager d'intégrer des données sommaires tirées de l'instrument d'évaluation RAI pour aider à élaborer un modèle de financement axé davantage sur les besoins du client et encourager les CASC à adopter des critères uniformes pour la priorisation des différents niveaux de services de soins à domicile.

RÉPONSE DES CENTRES D'ACCÈS AUX SOINS COMMUNAUTAIRES

Nous convenons que des niveaux de services appropriés et équitables doivent être fournis aux clients des services de soins à domicile. En particulier :

- Les CASC examineront la fréquence des évaluations et établiront des exigences fondées sur la recherche et la documentation dans ce domaine. Nous convenons que tous les

facteurs expliquant le retard des évaluations doivent être consignés dans le dossier du client.

- Les CASC amélioreront la surveillance des fournisseurs externes. Des groupes de travail établis ont fait une grande partie du travail de planification nécessaire pour surveiller ces fournisseurs. Un processus formel de vérification des fournisseurs de services sera mis en place en 2011. De plus, le projet d'intégration des soins aux clients renforcera l'obligation de rendre compte des fournisseurs de services et mettra l'accent sur la surveillance des résultats obtenus par les clients.
- Les CASC ont actuellement pour politique d'examiner les plaintes et les événements concernant les clients et d'y donner suite. De plus, un cadre provincial de gestion des risques a été élaboré et est en voie de mise en oeuvre dans tous les CASC.

Les CASC travailleront avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à fournir les données requises à l'appui des modèles de financement axés sur le patient. Ils fourniront également au Ministère et aux RLISS tous les renseignements demandés au sujet des listes d'attente et des charges de travail.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient que les clients des services de soins à domicile doivent recevoir des niveaux de services appropriés et uniformes. Le Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS) favorise un financement équitable, car il utilise des indicateurs démographiques (dont l'âge, le sexe et le statut socioéconomique des clients) et des mesures directes de l'état de santé pour évaluer avec exactitude les besoins locaux en matière de santé.

Le Ministère travaillera avec les RLISS et les CASC à obtenir l'information pertinente sur les charges de travail.

Acquisition de services auprès d'entrepreneurs

Les CASC comptent sur des fournisseurs de l'extérieur pour fournir les services de soins à domicile dont leurs clients ont besoin. La plupart de leurs dépenses se rapportent à l'acquisition de ces services. Les trois CASC visités affectent chacun plus de 70 % de leur budget à l'acquisition de services — par exemple, les services de soins infirmiers, de soutien à la personne, d'aide familiale et de physiothérapie et le travail social — auprès de fournisseurs de l'extérieur. Les CASC visités nous ont dit que, dans bien des cas, ils ne pouvaient pas obtenir le meilleur rapport qualité-prix parce qu'ils ne pouvaient pas acquérir les services à des prix concurrentiels.

Entre 1997 et 2002, les CASC devaient suivre un processus d'approvisionnement concurrentiel pour tout achat de services, de fournitures médicales ou de matériel de plus de 150 000 \$. Le processus concurrentiel a toutefois été suspendu par le Ministère à trois occasions depuis 2002 et il restait suspendu au moment de notre vérification.

Il était difficile pour les CASC d'obtenir un bon rapport coût-efficacité en l'absence de concurrence entre les fournisseurs de services — du double point de vue des prix et des niveaux de services — après la réorganisation des CASC et leur réaligement sur les nouvelles limites des RLISS. Ce redécoupage a causé des problèmes, car de nombreux contrats conclus avec les fournisseurs et transférés aux nouveaux CASC contenaient différentes dispositions concernant les tarifs et les exigences. Une grande partie des contrats en vigueur durant la période examinée avaient été conclus avant 2004, et certains remontaient même à 1999. Chaque CASC avait élaboré son propre processus pour renouveler les tarifs et étendre les exigences contractuelles.

Dans les trois CASC visités, nous avons relevé d'importantes fluctuations des tarifs versés à différents fournisseurs pour les mêmes types de services. Par exemple, un CASC pouvait payer près

de deux fois plus qu'un autre pour des services de soins infirmiers semblables, comme le montre la Figure 5. Nous avons également constaté que des tarifs différents pouvaient être payés aux mêmes fournisseurs d'un CASC et à différents fournisseurs d'un CASC pour le même type de services. Enfin, nous avons trouvé des différences dans les tarifs payés au même fournisseur pour les mêmes types de services selon le CASC payeur. La Figure 5 montre les différences en pourcentage entre le tarif le plus faible et le tarif le plus élevé payé pour différents services à l'intérieur de chaque CASC et entre eux.

Une des raisons de l'écart substantiel entre les tarifs était l'impact, sur les prix négociés actuels, des prix originaux proposés par les fournisseurs de services il y a plusieurs années lorsqu'ils ont présenté des soumissions en réponse aux demandes de propositions des CASC.

Certaines fluctuations sont attribuables en partie à l'absence, depuis un certain temps, d'un processus d'approvisionnement concurrentiel pleinement

Figure 5 : Différence entre les tarifs les plus faibles et les plus élevés payés pour les services (%)

Source des données : Centres d'accès aux soins communautaires

	3 CASC	CASC 1	CASC 2	CASC 3
Soins infirmiers				
visite IA	52	40	31	32
visite IAA	82	44	31	32
visite IA/IAA combinée	52	19	31	32
quart IA	98	60	22	59
quart IAA	69	69	22	59
quart IA/IAA combiné	59	5	-	59
Soutien à la personne				
	56	29	30	54
Thérapies				
ergothérapie	82	43	28	37
physiothérapie	67	25	18	65
orthophonie	61	45	24	45
diététique	74	29	32	59
travail social	55	43	10	39

opérationnel. D'après les CASC, des clients des services de soins à domicile craindraient que le rétablissement d'un processus d'approvisionnement concurrentiel n'entraîne le remplacement de leurs travailleurs de soutien. Tout en reconnaissant l'importance de la continuité des soins, les CASC visités ont indiqué qu'étant donné l'absence de processus concurrentiel pour l'acquisition des services à la clientèle, ils ne pouvaient pas s'assurer que ces services étaient fournis aux meilleurs prix.

Durant la période de suspension du processus d'approvisionnement concurrentiel, les CASC ont dû reconduire les contrats existants avec les fournisseurs de services en suivant les lignes directrices diffusées par le Ministère. Selon ces lignes directrices, les reconductions et les prolongations devaient être effectuées dans les limites du niveau de financement annuel, et les CASC devaient veiller à ce que les services soient acquis à des prix « justes et raisonnables ».

Les trois CASC visités avaient reconduit leurs contrats avec les fournisseurs de services en se fondant sur un nouveau contrat standard élaboré par l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario en 2007. Cependant, il n'existe pas encore d'approche standard pour les reconductions, et les trois CASC visités avaient chacun leur propre façon de procéder. Par exemple, nous avons examiné un échantillon de contrats de services de soins infirmiers et de soutien à la personne conclus par un CASC et constaté que la différence entre les tarifs négociés en 2008 et les anciens tarifs variait entre une diminution de 3 % et une augmentation de 24 %. Un autre CASC a établi une augmentation maximum en pourcentage fixe pour chaque type de service et limité les tarifs négociés à ces maximums. Nous avons remarqué que, dans le même CASC, les demandes de tarifs dépassant ces paramètres étaient évaluées par un expert de l'extérieur.

RECOMMANDATION 4

Afin d'assurer la rentabilité des services de soins à domicile acquis auprès de fournisseurs de l'extérieur, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit, en collaboration avec les RLISS et l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario :

- évaluer formellement les économies qui devraient découler du fait de permettre aux CASC d'acquérir des services de soins à domicile en régime de concurrence, tout en tenant compte de l'impact potentiel sur les clients et les niveaux de services;
- entre-temps, effectuer un examen des tarifs versés aux fournisseurs par type de service dans tout l'Ontario afin de déterminer si les variations importantes de tarifs sont justifiées par rapport au coût réel des services.

RÉPONSE DES CENTRES D'ACCÈS AUX SOINS COMMUNAUTAIRES

Nous sommes d'accord avec cette recommandation et nous sommes disposés à participer à une évaluation formelle du processus d'acquisition des services par les CASC. Il importe toutefois de noter que l'acquisition des services vise d'abord et avant tout à s'assurer que des fournisseurs compétents sont en place pour offrir des soins aux clients. Bien que le coût de la prestation des soins aux clients soit pris en compte dans le processus d'approvisionnement, 75 % de l'évaluation des fournisseurs se fonde sur la qualité.

La raison pour laquelle les tarifs varient entre les CASC et à l'échelle de la province est que, dans le cadre de l'ancien processus de demandes de propositions (DP), le prix accepté était celui proposé par le fournisseur ayant obtenu la note la plus élevée sur le plan de la qualité. Les prix ne sont pas négociés à la fin du processus de DP. Comme il n'y a pas de processus de DP en place depuis un certain nombre

d'années, les CASC ont renégocié les tarifs au moment de la reconduction des contrats.

Nous tenons à préciser, en outre, qu'un processus de DP n'entraînera pas nécessairement une réduction des tarifs ou des écarts.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère s'emploiera avec les RLISS et les CASC à analyser les facteurs de coût qui contribuent aux fluctuations du coût des soins à domicile à l'échelle de la province.

Dans le cadre du projet d'intégration des soins aux clients, le Ministère, les CASC et les fournisseurs de services ont mis à l'essai d'autres modèles de paiement qui sont fondés sur les résultats et qui récompensent l'innovation. Cette transition marque une nouvelle façon de déterminer comment améliorer et soutenir notre système de soins de santé en apportant des changements à la prestation des soins. D'autres modèles de paiement seront évalués pour s'assurer que les incitatifs aident à réaliser les gains d'efficacité prévus dans la prestation des soins, à accroître l'innovation, à améliorer la qualité des soins et à fournir des niveaux de services équitables.

GESTION ET ANALYSE DES DONNÉES

Différents systèmes de données et d'information sont en place pour aider les CASC, les RLISS et le Ministère à surveiller et à évaluer des aspects tels que la rentabilité des services, l'accès aux services, l'évaluation des clients, les factures des fournisseurs de services et la gestion des cas, en plus de fournir des renseignements globaux sur les programmes.

Depuis notre dernière vérification en 2004, l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario a mis au point un système d'information sur la santé des clients et de renseignements connexes (Client Health and Related Information System [CHRIS]), qui intégrait les

quatre systèmes utilisés par les CASC avant leur réorganisation. Le CHRIS permet de recueillir des renseignements détaillés sur les clients aux fins de l'admission, de la détermination de l'admissibilité, du suivi des évaluations, de la planification des soins et services aux clients, de la commande des services auprès des fournisseurs et de la facturation. Au moment de notre vérification, tous les CASC sauf un avaient pleinement mis en oeuvre le CHRIS. En général, les trois CASC visités nous ont donné une rétroaction positive sur le CHRIS, disant qu'il avait aidé à améliorer l'efficacité de leur travail de gestion des cas.

Bien que le CHRIS ne fournisse pas de renseignements sommaires à l'échelle de la province, cette information est accessible par le biais des systèmes du Ministère, particulièrement son Système d'information sur la gestion (SIG). Ce système contient des données financières et statistiques trimestrielles et de fin d'exercice soumises par les CASC, et le Système de production de rapports sur le Web (WERS) produit également des rapports pour aider les RLISS et les CASC à repérer les écarts entre les exigences liées à l'entente de responsabilisation et le rendement réel.

Certaines parties des données saisies dans le CHRIS sont téléchargées dans les systèmes d'information du Ministère tels que le SIG. Cependant, lorsque nous avons rapproché un échantillon de rapports de données entre le CHRIS et le SIG, nous avons identifié des écarts découlant de l'incompatibilité des définitions de données et des classifications de comptes.

Bien que le Ministère soit responsable du rendement du système de santé dans son ensemble, nous avons constaté qu'il n'avait pas effectué des examens périodiques des données à l'échelle de la province afin d'évaluer la rentabilité des services fournis et d'identifier les dossiers à suivre. Nous avons examiné les données du troisième trimestre de l'exercice 2009-2010 et repéré d'importants écarts entre les CASC. Par exemple, le total des coûts par client des services de soutien à la personne variait entre environ 2 200 \$ et 4 000 \$.

Nous avons effectué un suivi auprès du CASC qui affichait les coûts les plus élevés, qui nous a dit que ces coûts pouvaient être attribuables à la complexité des clients servis. De plus, le nombre moyen de jours d'attente pour les services variait entre un et 121 jours. Notre suivi auprès du CASC où la période d'attente était la plus longue indiquait que les données pourraient ne pas être exactes. Les deux CASC ont dit qu'ils n'avaient reçu aucune demande de renseignements du Ministère au sujet de ces chiffres.

Dans l'ensemble, les CASC et le Ministère ont fait des progrès substantiels dans la collecte de renseignements répondant à leurs besoins en gestion des services à la clientèle et leur permettant d'assumer leurs responsabilités en matière de surveillance du rendement. Il faut toutefois prêter une plus grande attention à l'uniformité et à l'exactitude des données et mettre en place un mécanisme de surveillance des données à l'échelle de la province afin de repérer les problèmes pouvant nécessiter un suivi plus poussé.

RECOMMANDATION 5

Pour tirer pleinement parti des récentes améliorations au système d'information sur la gestion des cas, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, doit examiner les données sommaires à l'échelle de la province et de la région afin d'améliorer sa surveillance des services de soins à domicile actuellement fournis.

RÉPONSE DES CENTRES D'ACCÈS AUX SOINS COMMUNAUTAIRES

Les CASC reconnaissent que cette recommandation constitue une étape importante des efforts d'uniformisation, et ils seraient heureux d'aider le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS à élaborer des rapports récapitulatifs qui seraient utiles et appropriés pour leurs processus d'examen.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère travaillera avec les RLISS à examiner les données sommaires afin d'améliorer la surveillance des services de soins à domicile. Le Ministère organise chaque année des séances de formation axées sur l'amélioration de la qualité des données financières et statistiques dans le secteur des CASC. Les enjeux tels que l'exactitude des données, l'uniformité et les observations aberrantes sont définis et examinés au cours de ces séances, auxquelles tous les CASC et les RLISS peuvent participer. Le Ministère anime également un groupe de travail consultatif et des groupes de travail sur les services aux clients avec les CASC afin de discuter des enjeux liés aux données financières et statistiques. Les RLISS surveillent tous les services fournis par les CASC en utilisant les données générées par la Présentation de planification communautaire annuelle et l'Outil d'analyse communautaire.

MESURE DU RENDEMENT DES CASC

Les CASC sont évalués par rapport à 13 mesures standards du rendement incluses dans les ententes de responsabilisation conclues avec leurs RLISS. Ces mesures sont financières, opérationnelles et statistiques. Chaque mesure comporte un objectif de rendement à atteindre. Par exemple, les CASC doivent équilibrer leur budget, le taux de roulement du personnel ne doit pas dépasser un pourcentage donné, et le temps d'attente entre le renvoi à un service communautaire et la date d'évaluation ne doit pas dépasser un nombre donné de jours. Nous avons constaté que les objectifs de rendement étaient établis individuellement entre chaque CASC et ses RLISS respectifs. Au lieu d'objectifs en matière de pratiques exemplaires, les RLISS et les CASC ont dit qu'ils se fondaient sur le rendement réel de l'exercice 2007-2008 pour faire une analyse plus approfondie et établir leurs futurs objectifs.

Avec le temps, on pourrait envisager de rendre publiques certaines mesures de rendement clés.

En plus des mesures standards prévues dans l'entente de responsabilisation, chaque RLISS peut choisir d'inclure des mesures reflétant les priorités locales. Les trois CASC visités devaient rendre compte aux RLISS des mesures additionnelles. L'un d'entre eux, par exemple, devait travailler avec les

hôpitaux à réduire le nombre de patients occupant des lits d'hôpitaux alors qu'ils pourraient être servis dans la collectivité; un autre avait un délai précis à respecter pour la mise en oeuvre du système CHRIS.

Les trois CASC avaient également élaboré des cartes de pointage internes pour mesurer leur rendement organisationnel.