

## Chapitre 2

### Section 2.01

# Centres d'accès aux soins communautaires – Opérations financières et prestation des services

Suivi du *Rapport spécial de septembre 2015*

APERÇU DE L'ÉTAT DES RECOMMANDATIONS						
	Nombre de mesures recommandées	État des mesures recommandées				
		Pleinement mise en œuvre	En voie de mise en œuvre	Peu ou pas de progrès	Ne sera pas mise en œuvre	Ne s'ap- plique plus
Recommandation 1	1	1				
Recommandation 2	1	0,5				0,5
Recommandation 3	2		2			
Recommandation 4	2		2			
Recommandation 5	1	1				
Recommandation 6	2		2			
Recommandation 7	1	1				
Recommandation 8	1	1				
Recommandation 9	1	1				
Recommandation 10	1		1			
Recommandation 11	1	1				
Recommandation 12	3	1	2			
Recommandation 13	2	2				
Recommandation 14	1		1			
Recommandation 15	2	1	1			
Recommandation 16	1		1			
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>10,5</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>
<b>%</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>52</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

## Conclusion globale

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

D'après les renseignements que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), Services communs pour la santé Ontario et les CASC (qui font maintenant partie des RLISS) nous ont fournis, au 30 juin 2017, environ 46 % des mesures que nous avons recommandées dans notre rapport spécial de 2015 avaient été pleinement mises en oeuvre. Le Ministère, Services communs pour la santé Ontario et les CASC ont réalisé des progrès dans la mise en oeuvre de 52 % des recommandations.

Le Ministère, Services communs pour la santé Ontario et les CASC ont pleinement mis en oeuvre les recommandations portant sur des domaines comme la finalisation anticipée du financement annuel, la conformité à un cadre commun de rémunération des chefs de la direction, la modification des horaires de travail du personnel infirmier d'intervention rapide pour couvrir la fin de semaine, l'établissement de charges de travail repères pour le personnel pour les services de soins infirmiers directs, et l'élaboration d'indicateurs de rendement pour ces services. En outre, les organisations étaient en train de mettre en oeuvre des recommandations concernant des domaines comme l'analyse des tendances de réadmission à l'hôpital pour tous les patients qui ont reçu des services de soins infirmiers d'intervention rapide, l'inclusion dans les contrats des taux de facturation harmonisés pour les fournisseurs de services sous contrat avec les CASC, ainsi que l'élaboration d'exigences normalisées en matière de données pour mesurer la rentabilité des protocoles de soins.

Un autre changement important qui se poursuivait au cours de notre période de suivi était la simplification du modèle de prestation de services

de soins à domicile et de soins en milieu communautaire. L'adoption de la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* a amené la dissolution des CASC et le transfert de la responsabilité des soins à domicile et des soins en milieu communautaire aux RLISS. Au moment de la publication du présent rapport de suivi, les CASC auront cessé d'exister.

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

## Contexte

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

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

Au cours de l'exercice 2016-2017, les CASC ont dépensé environ 2,7 milliards de dollars (2,4 milliards de dollars en 2013-2014), soit environ 5 % du total des fonds affectés aux soins de santé en Ontario. Pendant l'exercice 2016-2017, ils ont servi environ 760 000 personnes, comparativement à 700 000 personnes en 2013-2014.

Les CASC ont surtout employé des coordonnateurs de soins qui déterminent si les patients sont admissibles aux soins et aux services de soutien,

dont la plupart sont assurés par environ 160 fournisseurs de services contractuels, et si ces soins et services sont appropriés. Ces fournisseurs de services pouvaient aller des entrepreneurs professionnels qui travaillent à leur propre compte aux grandes sociétés multidisciplinaires qui exercent leurs activités dans plusieurs provinces. Au cours de l'exercice 2016-2017, 6 des 14 CASC (comparativement à 5 des 14 en 2014-2015) employaient leurs propres professionnels pour offrir des services de thérapie plutôt que de conclure des contrats avec des fournisseurs de services externes.

En 2011, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a donné pour directive à tous les CASC de commencer à fournir des services directs aux patients dans le cadre de trois programmes : les infirmières et infirmiers d'intervention rapide, les infirmières et infirmiers spécialisés en santé mentale et en lutte contre les dépendances, et les infirmières et infirmiers praticiens en soins palliatifs. Dans le cadre de ces programmes, les CASC employaient et fournissaient eux-mêmes des infirmières et infirmiers en soins directs.

L'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario (l'Association), financée par le Ministère et les CASC, représentait tous les CASC. L'Association fournissait des services partagés d'approvisionnement, de politiques et de recherche ainsi que de gestion de l'information aux CASC.

En mars 2014, le Comité permanent des comptes publics a demandé que nous examinions, entre autres, les dépenses, la rémunération, l'efficacité des programmes et l'acquisition de services de soins à domicile et en milieu communautaire dans les CASC, chez les fournisseurs de services contractuels et à l'Association. Nous avons notamment constaté ce qui suit dans notre rapport spécial de septembre 2015 intitulé CASC — Opérations financières et prestation de services :

- **Entre 2009-2010 et 2013-2014, les CASC ont augmenté leurs dépenses de 26 % afin d'offrir plus d'heures de soins aux patients**

**ayant des besoins en matière de santé chroniques plus complexes** — Les dépenses combinées des 14 CASC ont progressé de 26 % entre le 1<sup>er</sup> avril 2009 et le 31 mars 2014. Environ 62 % des dépenses des CASC sont allées aux fournisseurs contractuels pour la prestation de services tels que les services de soins infirmiers, de soutien à la personne et de thérapie. Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014, les 14 CASC ont versé à ces fournisseurs un total combiné d'environ 1,5 milliard de dollars, en hausse de 28 % par rapport à l'exercice terminé le 31 mars 2010. Au cours de la même période, les heures de soins avaient augmenté de 35 % et le nombre de visites avait augmenté de 10 %. Durant la même période, les patients servis par les CASC avaient des troubles médicaux chroniques beaucoup plus complexes. (Le nombre de patients ayant des troubles médicaux chroniques ou complexes s'est accru de 89 % et 77 %, respectivement.) Les dépenses de l'Association ont fait un bond de 6 % sur la même période.

- **Les coûts que les CASC considéraient comme affectés aux « soins directs aux patients » incluait des postes qui n'impliquaient aucune interaction directe avec les patients, comme les coûts indirects et les bénéfiques des fournisseurs** — Les CASC suivent les lignes directrices provinciales sur la déclaration des coûts des soins de santé et incluent toutes les dépenses engagées pour prendre soin des patients dans les « coûts des soins directs aux patients ». Cela comprend tous les montants payés au personnel clinique des CASC ainsi que toutes les sommes versées aux fournisseurs de services contractuels, y compris leurs coûts indirects et leurs bénéfiques. Les bénéfiques sont définis comme étant la différence entre les revenus tirés des CASC et les dépenses engagées pour fournir les services demandés par les CASC, qui sont déclarés par les fournisseurs à but lucratif et

les fournisseurs sans but lucratif. (Les CASC excluent leurs propres coûts indirects et administratifs des coûts des soins directs aux patients qu'ils déclarent.) Selon ces règles, les CASC auraient consacré, en moyenne, 92 % de leurs dépenses aux soins directs aux patients au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014. Cependant, lorsque les coûts indirects et les bénéfices des fournisseurs sont exclus du calcul, la moyenne tombe à 81 %. Par ailleurs, la définition du terme « soins directs » varie à l'intérieur du secteur des soins de santé. Une définition plus étroite limite les « coûts des soins directs aux patients » aux activités impliquant une interaction directe avec les patients. Les activités qui pourraient influencer les soins aux patients mais qui ne comportent aucune interaction avec ces derniers, comme la documentation des activités de soins, les déplacements et la formation du personnel, sont exclues. Selon la définition qui exclut les dépenses des CASC et des fournisseurs non liées aux activités impliquant une interaction directe avec les patients, les CASC auraient consacré, en moyenne, 71,5 % des dépenses aux soins directs aux patients durant l'exercice terminé le 31 mars 2014. Si nous incluons les frais de déplacement des coordonnateurs des soins (qui sont inhérents aux soins à domicile et en milieu communautaire) et la documentation des soins prodigués (ce qui est exigé par les normes de pratique professionnelles), les CASC ont consacré en moyenne 72 % de leurs dépenses aux soins directs aux patients durant l'exercice terminé le 31 mars 2014. Quelle que soit la définition utilisée, les dépenses liées aux soins directs aux patients bénéficient aux patients seulement dans la mesure où les soins sont efficaces et se traduisent par de meilleurs résultats pour ces derniers. Ni le Ministère, ni les CASC, ni leur Association n'ont analysé la corrélation entre les montants affectés à une activité donnée et les résultats pour les

patients. Une telle analyse aiderait les CASC à prioriser leurs dépenses, en attribuant des ressources et des fonds suffisants aux activités de soins les plus efficaces.

- **Les salaires des directeurs généraux des CASC ont augmenté de 27 % entre 2009 et 2013** — Les 14 CASC ont versé à leurs directeurs généraux un salaire moyen de 249 000 \$ chacun en 2013 (dernière année où des données étaient disponibles au moment de notre audit), en hausse de 27 % par rapport à 2009. Exclusion faite des paiements ponctuels tels que les indemnités de départ et de congé annuel, les directeurs généraux des CASC touchaient un salaire annualisé moyen de 245 300 \$ en 2013, ce qui représente également une augmentation de 27 % depuis 2009. Ce montant dépassait de 43 % le salaire que les fournisseurs versaient à leurs cadres en 2013, alors que, d'après les fournisseurs, les responsabilités et fonctions de ces derniers seraient comparables à celles des directeurs généraux des CASC. Cependant, dans bien des cas, les directeurs généraux des CASC n'assument pas les mêmes responsabilités et ne surveillent pas les mêmes genres d'organisations que les cadres des fournisseurs occupant un poste équivalent à celui de directeur général. En fait, comparer la rémunération des deux groupes revient à comparer des pommes avec des oranges.
- **Les CASC n'ont pas tous appliqué le cadre de rémunération commun conçu explicitement à l'intention de leurs directeurs généraux, tandis que les fournisseurs ont appliqué des cadres de rémunération différents pour leurs directeurs généraux** — Les CASC ont convenu à l'unanimité d'adopter le cadre de rémunération commun pour les directeurs généraux qui a été établi en 2012, mais trois d'entre eux ne l'avaient pas encore mis en oeuvre au moment de nos travaux sur le terrain. Il y avait un manque d'uniformité dans la paye des cadres supérieurs autres

que les directeurs généraux, car les CASC utilisaient différents cadres de rémunération. Les neuf fournisseurs que nous avons visités durant notre audit utilisaient tous des cadres de rémunération différents pour leurs directeurs généraux et leurs autres cadres supérieurs.

- **Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014, le personnel infirmier et les thérapeutes des CASC étaient mieux payés que leurs homologues employés par des fournisseurs** — Nous avons constaté que les infirmières et infirmiers des CASC touchaient en moyenne 40,80 \$ l'heure, comparative-ment à 30 \$ pour leurs homologues employés par des fournisseurs. La différence de rémunération est attribuable au fait que les syndicats représentant le personnel infirmier ont négocié différents taux avec les CASC et les fournisseurs. De plus, les deux CASC visités et qui employaient leurs propres thérapeutes versaient à ces derniers un salaire considérablement plus élevé que ce qu'ils payaient aux fournisseurs de services semblables. Dans un CASC, la différence était attribuable au fait que les thérapeutes servaient une vaste région géographique peu peuplée sans fournisseurs de services (la charge de travail dans ces régions n'est pas suffisamment stable pour occuper le personnel des fournisseurs à temps plein). Dans l'autre CASC, elle s'expliquait par le fait que les thérapeutes internes assumaient de plus grandes responsabilités que leurs homologues employés par des fournisseurs.
- **Les CASC n'ont préparé aucune analyse coûts-avantages de la prestation directe de services par leur personnel infirmier dans le cadre de trois nouveaux programmes (intervention rapide, santé mentale et traitement des dépendances, et soins palliatifs) avant le lancement de ces programmes, dont ils n'ont pas non plus évalué l'efficacité** — En 2011, le Ministère a mis en oeuvre trois nouveaux programmes qui

obligeaient les CASC à engager leurs propres infirmières et infirmiers et leur propre personnel infirmier praticien pour qu'ils offrent directement les services sans intervention de la part des fournisseurs. Cependant, le Ministère n'a pas fait d'analyse préalable afin de déterminer si les fournisseurs pouvaient offrir le même service de manière plus rentable. Les programmes sont maintenant en place depuis plus de trois ans, mais le Ministère ne les a pas évalués afin de déterminer s'ils atteignent leurs objectifs. Par ailleurs, bien que le Ministère et l'Association aient élaboré des indicateurs de rendement pour les trois programmes, la plupart de ces indicateurs ne mesuraient pas les résultats des programmes, et aucun objectif n'a été établi pour s'assurer que les niveaux de rendement prévus soient atteints. Les infirmières et infirmiers d'intervention rapide sont censés visiter les patients à domicile dans les 24 heures suivant leur congé de l'hôpital, mais 47 % des patients n'étaient pas visités dans ce délai. Un des CASC visités a expliqué que cette norme n'était pas toujours respectée, parce que de nombreux patients sortent de l'hôpital le vendredi et que le personnel infirmier ne travaille pas les fins de semaine dans certaines parties de la région.

- **Les taux de facturation pour les mêmes catégories de services variaient selon le fournisseur de services et le CASC** — Avant février 2008, les CASC de l'Ontario utilisaient un processus concurrentiel pour se procurer des services contractuels. Le Ministère a suspendu ce processus parce qu'il avait appris que les patients craignaient de perdre leurs travailleurs de soutien si un autre fournisseur était sélectionné dans le cadre d'un processus d'approvisionnement concurrentiel. Différents taux de facturation des services ont été établis dans le contexte du processus concurrentiel. Ces taux de facturation n'ont pas changé, même après la fusion des 42 CASC originaux

aux 14 CASC en 2007. Par conséquent, les taux affichaient parfois de grandes variations dans les CASC, certains des taux en vigueur dans des catégories de services données correspondant à plus du double d'autres taux demandés pour les mêmes services. De plus, certains CASC payaient différents taux de facturation au même fournisseur pour le même service, y compris au sein du même CASC.

- **Les fournisseurs de services utilisent différents protocoles de soins cliniques. L'utilisation de parcours fondés sur les résultats n'entraîne pas toujours des économies** — Il n'existe aucun protocole de soins cliniques normalisé à l'échelle de la province, et certains CASC obligent les fournisseurs à utiliser un protocole de soins différent de celui qu'ils utilisent pour les patients d'autres CASC qui ont le même genre de trouble médical. L'Association supervise l'élaboration des « parcours fondés sur les résultats » pour certains troubles médicaux, comme les plaies et les arthroplasties de la hanche et du genou, en plus des protocoles de soins cliniques. Ces parcours indiquent le moment où certaines améliorations (« résultats ») devraient apparaître dans l'état du patient en récupération. En établissant et en utilisant ces parcours, les CASC devraient, en temps utile, payer les fournisseurs de services en fonction des résultats obtenus dans les délais prescrits au lieu de les payer à l'heure ou par visite. Cette approche devrait permettre au Ministère d'ajuster les fonds versés aux hôpitaux et aux CASC pour les soins de santé. Cinq CASC ont testé les trois parcours élaborés jusqu'ici, mais l'Association analysait encore les résultats au moment de notre audit. En outre, bien que l'adoption de protocoles de soins cliniques et de parcours fondés sur les résultats ne vise pas seulement à réaliser des économies, nous avons étudié des données sur le coût de traitement par patient avant et après la mise en oeuvre des protocoles de soins cliniques dans

les trois CASC visités et avons constaté que la mise en oeuvre de ces outils n'entraînait pas toujours des économies.

Nous avons formulé 16 recommandations comportant 23 mesures d'améliorations requises, et avons reçu les engagements du Ministère, de l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario et des trois CASC visités au cours de notre audit (du Centre, du Nord-Est et de Hamilton Niagara Haldimand Brant) selon lesquels ils prendraient des mesures pour y donner suite.

## Événements importants subséquents à notre audit de 2015

En août 2016, le Ministère a constitué un comité d'experts en matière de niveaux de soins (le comité d'experts) afin de formuler des conseils et des recommandations relativement à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un cadre de niveaux de soins en Ontario. Le comité d'experts est présidé conjointement par un médecin et un vice-président de Qualité des services de santé Ontario (un organisme constitué en 2005 pour donner des conseils au ministre de la Santé et des Soins de longue durée sur la qualité des soins de santé), et un administrateur principal de l'ancien CASC du Centre-Toronto. Le cadre a pour but de mettre en place des pratiques communes d'évaluation et de planification de soins à domicile et en milieu communautaire et devrait avoir des répercussions importantes sur la coordination des soins.

En juin 2017, le comité d'experts a présenté au Ministère un rapport final intitulé *Thriving at Home: A Levels of Care Framework to Improve the Quality and Consistency of Home and Community Care for Ontarians*. Le Ministère s'attend à travailler avec des partenaires sectoriels afin de planifier la mise en oeuvre de recommandations contenues dans ce rapport au cours de l'été et de l'automne 2017.

En décembre 2016, la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* a été adoptée. La Loi élargit le mandat des RLISS à titre de point unique de

responsabilisation pour les soins à domicile et les soins en milieu communautaire au moyen du transfert de personnel, de ressources et de services des CASC aux RLISS. En rationalisant la prestation de services et en supprimant une strate administrative au sein des CASC, le Ministère s'attend à ce que le système de soins de santé réponde mieux aux besoins des gens. Le transfert des 14 CASC dans les RLISS s'est fait par étapes et par région, en mai et juin 2017.

De plus, le 1<sup>er</sup> mars 2017, Services communs de la santé Ontario est officiellement devenu opérationnel. L'organisation, présidée par un sous-ministre adjoint du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et dirigée par l'ancien directeur général de l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario (l'Association), a remplacé cette dernière association et deux autres anciennes organisations de services du RLISS. Services communs pour la santé Ontario est chargé de soutenir les RLISS en ce qui concerne l'intégration du système de santé ainsi que de fournir aux RLISS des fonctions et des soutiens clés liés aux services communs.

## État des mesures prises en réponse aux recommandations

Notre travail d'assurance s'est déroulé entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 30 juin 2017. Nous avons obtenu du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), de Services communs pour la santé Ontario, et des trois réseaux locaux d'intégration des services de santé (du Centre, du Nord-Est et de Hamilton Niagara Haldimand Brand) qui ont assumé les responsabilités des anciens CASC visités des représentations écrites selon lesquelles, au 1<sup>er</sup> septembre 2017, ils nous ont tracé un portrait à jour complet de l'état des recommandations formulées dans l'audit original effectué il y a deux ans.

## Dépenses globales des CASC, des fournisseurs de services et de l'Association ontarienne des CASC

### Recommandation 1

*Pour que les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) puissent planifier les mesures nécessaires pour répondre aux besoins en soins de santé des patients, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, doit finaliser le financement annuel de chaque CASC avant — ou, sinon, le plus tôt possible après — le début de l'exercice.*

**État : Pleinement mise en oeuvre.**

### Détails

La plus grande partie du financement des services de soins à domicile consistait en un budget de base qui était renouvelé d'année en année. Cependant, le budget finalisé pouvait changer au cours de l'année selon que le Ministère ajustait ou non le financement ou mettait en oeuvre de nouvelles initiatives. En avril 2017, le Ministère a informé les RLISS des changements (une augmentation) au financement des CASC pour l'exercice 2017-2018 par rapport à novembre 2014, soit trois exercices auparavant.

## Rémunération des cadres et dépenses des cadres et des membres des conseils d'administration

### Recommandation 2

*Pour que la rémunération versée aux directeurs généraux de tous les Centres d'accès aux soins communautaires soit uniforme et défendable, tous les Centres doivent respecter un cadre commun de rémunération des directeurs généraux et être tenus de signaler les exceptions à leurs réseaux locaux d'intégration des services de santé respectifs.*

**État : Pleinement mise en oeuvre à la suite du cadre commun de rémunération; la déclaration aux RLISS n'est plus applicable.**

### Détails

Nous avons constaté dans notre audit de 2015 que tandis que les 14 CASC avaient convenu de mettre en place le cadre de rémunération commun pour les directeurs généraux élaboré en 2012, l'un d'eux n'avait pas encore terminé la mise en oeuvre, et deux autres ne l'avaient pas encore mis en oeuvre à la fin de notre audit. Depuis la fin de notre audit, tous les CASC avaient mis en oeuvre le cadre de rémunération à la fin de 2015.

Comme la transition des 14 CASC aux RLISS avait été complètement effectuée à la fin de juin 2017, le deuxième volet de notre recommandation — selon lequel les CASC doivent signaler les exceptions au cadre commun de rémunération des directeurs généraux à leurs RLISS respectifs — n'est plus applicable.

## Coût des soins directs aux patients

### Recommandation 3

*Pour que les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) puissent identifier, comparer et gérer les heures de travail et les activités de leurs coordonnateurs de soins :*

- *l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires, de concert avec tous les CASC, doit mettre à jour le modèle de rapport de suivi des heures de travail des coordonnateurs de soins et établir des points de référence pour le temps consacré à différentes activités de coordination des soins;*

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

### Détails

L'Association (maintenant Services communs pour la santé Ontario) et les CASC avaient commencé à mettre en place des repères pour les coordonnateurs de soins au cours de l'exercice 2015-2016, notamment en établissant des repères hebdomadaires du nombre de visites de patients. Ils avaient

mis leurs activités en suspens en attendant le résultat de l'initiative du Ministère visant à élaborer un cadre des niveaux de soins qui instaurerait des normes communes sur les soins à domicile et la prestation de soins communautaires dans l'ensemble de la province. Les RLISS prévoient achever l'examen des lignes directrices et repères actuels de coordination des soins et faire rapport des heures des coordonnateurs des soins dans le contexte de la mise en oeuvre du cadre sur les niveaux de soins d'ici décembre 2018.

Au moment de notre suivi, chacun des CASC visités avait mis en place certaines initiatives de surveillance des heures et activités des coordonnateurs des soins. Par exemple, un CASC avait commencé à établir des cibles de charge de travail des coordonnateurs de soins et à surveiller leur charge de travail touchant leur travail auprès des fournisseurs de soins primaires; un autre CASC avait mis à jour la liste des tâches des coordonnateurs de soins dans son système d'information de façon à mieux faire état des travaux accomplis quotidiennement par les coordonnateurs de soins et des nouvelles initiatives.

- *tous les CASC doivent utiliser le modèle mis à jour de rapport de suivi des heures de travail pour les coordonnateurs des soins.*

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

### Détails

Au moment du suivi, le cadre des niveaux de soins venait d'être achevé. Les RLISS prévoient examiner le cadre et la déclaration des heures des coordonnateurs de soins d'ici décembre 2018.

### Recommandation 4

*Pour que les fonds soient alloués de manière à produire les meilleurs résultats possibles pour les patients, les Centres d'accès aux soins communautaires, en collaboration avec l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires, doivent :*

- *analyser le lien entre des activités particulières de soins aux patients — qu'il s'agisse d'activités impliquant un contact direct avec les patients ou de services de soutien — et les résultats pour ces derniers;*

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

#### Détails

En 2016, l'Association (maintenant Services communs pour la santé Ontario) a commencé à examiner l'impact des services de soutien à la personne sur les résultats pour les patients. Il a été établi que les services de soutien à la personne constituaient le point de départ parce qu'ils représentent le volume de services le plus élevé fourni par les CASC dans l'ensemble de la province. Cette analyse se penche sur plusieurs indicateurs importants de résultats pour les patients, y compris la diminution des difficultés des personnes soignantes et des taux plus faibles de demandes d'admission dans les foyers de soins de longue durée.

Le secteur a également entrepris des activités dans le but de comprendre l'impact des soins sur les résultats pour les patients dans le domaine du soin des plaies. L'un des objectifs des parcours fondés sur les résultats dans ce domaine consiste à normaliser l'exécution des pratiques exemplaires et la présentation des rapports connexes. Ces travaux ont été mis en suspens en attendant l'achèvement des activités provinciales dirigées par Qualité des services de santé Ontario pour élaborer des normes qualitatives sur le soin des plaies qui s'appliqueraient dans l'ensemble du système de santé. Les normes qualitatives devraient être publiées d'ici la fin de 2017. Le Ministère s'emploie actuellement à planifier la mise en oeuvre des normes, et il collaborera avec les RLISS en ce qui concerne les principaux domaines prioritaires de la mise en oeuvre dans les secteurs des soins à domicile et communautaires et d'autres secteurs. Les RLISS prévoient qu'ils mettront en oeuvre ces normes qualitatives en soins à domicile et soins en milieu communautaire d'ici décembre 2018.

Chacun des CASC visités lors de notre audit de 2015 avait également effectué du travail d'analyse de la relation entre les activités propres aux patients et les résultats visés pour les patients. Par exemple, un CASC a effectué une analyse des résultats pour les patients recevant des soins des plaies qui ont bénéficié de soins à domicile par rapport à ceux qui ont reçu des soins dans des cliniques des CASC. D'après les résultats de cette analyse, qui s'est penchée sur les résultats, le temps de guérison, l'utilisation des services et le coût, le CASC était mieux informé dans le cadre de ses efforts pour transférer les patients concernés dans des cliniques. De même, un autre CASC a modifié sa façon d'affecter des thérapeutes dans l'ensemble de la région géographique pour diminuer les heures de déplacement, et se servait de modèles se trouvant dans le système d'information pour accélérer la documentation des services de thérapie, ce qui dans les deux cas contribuait à diminuer le temps d'attente des patients pour ces services.

- *utiliser cette information pour établir des niveaux de ressources et de financement de référence pour les activités clés de soins aux patients.*

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

#### Détails

Au moment de nos travaux de suivi, le comité d'experts venait de soumettre le cadre des niveaux de soins, qui renferme des conseils sur les repères de ressources applicables aux activités pour les patients en matière de soins à domicile et de soins en milieu communautaire. Les RLISS prévoient établir des repères de ressources et de financement pour les activités principales en soins de patients d'ici décembre 2018, soit après la mise en oeuvre du cadre des niveaux de soins et des normes qualitatives de Qualité des services de santé Ontario.

### Recommandation 5

*Pour que les patients reçoivent des soins de santé équitables et de haute qualité à domicile et en milieu communautaire de la manière la plus rentable possible, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit réexaminer le modèle de prestation qui fait actuellement appel à 14 Centres d'accès aux soins communautaires et à environ 160 fournisseurs à but lucratif et sans but lucratif du secteur privé.*

**État : Pleinement mise en oeuvre.**

#### Détails

En décembre 2016, le gouvernement a adopté la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*. Cette Loi élargit le mandat des RLISS de manière à inclure la gestion des services et la prestation de soins à domicile et en milieu communautaire. Les 14 CASC ont transféré leur personnel, leurs ressources et leurs responsabilités dans les RLISS en mai et juin 2017 et ont été démantelés ultérieurement. Les organisations de fournisseurs de services qui détenaient des contrats avec d'anciens CASC poursuivront leur relation contractuelle avec les RLISS, qui géreront ces contrats de services. Les RLISS sont également en train d'établir des sous-régions et d'harmoniser les organisations de fournisseurs de services et la prestation des services contractuels avec les limites des sous-régions.

## Rémunération du personnel infirmier et des thérapeutes employés par les CASC et par les fournisseurs de services contractuels

### Recommandation 6

*Pour que les programmes de soins infirmiers directs à l'interne et les services de thérapie soient offerts de la façon la plus économique possible, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC), doit :*

- étudier la rémunération versée au personnel de soins infirmiers directs et aux thérapeutes des CASC afin de confirmer que celle-ci est proportionnée aux fonctions accomplies;

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

#### Détails

Les membres du personnel de soins infirmiers directs des CASC (maintenant les RLISS) sont syndiqués et leur rémunération est établie par le processus de négociation collective. Les CASC ont amorcé les négociations des conventions collectives à l'automne 2016, et les RLISS poursuivront ces négociations en 2017 et 2018, à mesure que les contrats actuels conclus avec les syndicats qui représentent ces employés prennent fin. Le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire a indiqué que les taux négociés de soins infirmiers directs et de thérapeutes sont fondés sur les tendances récentes sur le marché du travail. Les RLISS prévoyaient achever les négociations des conventions collectives en 2018.

- dans le cadre de son évaluation des modifications possibles au modèle de prestation des services proposé dans la **recommandation 5**, déterminer, en tenant compte des renseignements communiqués par les 14 CASC, si les organismes de prestation de services ou le personnel directement employé pourraient offrir les programmes de soins infirmiers directs (Programme de personnel infirmier pour l'intervention rapide, Programme d'affectation du personnel infirmier aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et Programme de personnel infirmier praticien pour les soins palliatifs à domicile) de façon plus rentable.

**État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2020.**

#### Détails

Au moment de nos travaux de suivi, les CASC visités ont constaté qu'ils avaient renforcé leur capacité de faire rapport des paramètres de rendement des programmes de soins infirmiers directs. Plus

précisément, les CASC ont amélioré les indicateurs, les cibles et le système de collecte de données, ainsi que la formation visant à appuyer la mise en oeuvre de ces améliorations. Les résultats de ces travaux sont accessibles pour aider le Ministère à évaluer le modèle des services de soins infirmiers directs.

En décembre 2016, le gouvernement a adopté la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*. Cette Loi élargit le mandat des RLISS de manière à inclure la gestion des services et la prestation de soins à domicile et en milieu communautaire. Les 14 CASC ont été démantelés et leur personnel, leurs ressources et leurs responsabilités ont été transférés dans les RLISS en mai et juin 2017. Après cette transition, le Ministère prévoit se concentrer sur d'autres améliorations au modèle de prestation des services de soins à domicile et en milieu communautaire, notamment en établissant si les programmes de soins infirmiers directs seraient offerts de façon plus rentable par des organisations de fournisseurs de services ou par du personnel employé directement.

### Comparaison de l'efficacité des visites à domicile effectuées par le personnel des CASC et par celui des fournisseurs de services contractuels

#### Recommandation 7

*Pour que les enfants qui ont des problèmes médicaux complexes et les adultes et personnes âgées frêles qui ont des besoins complexes ou des caractéristiques à risque élevé reçoivent des services de soins infirmiers d'intervention rapide en temps opportun après leur congé de l'hôpital, les Centres d'accès aux soins communautaires doivent établir les horaires de travail du personnel infirmier d'intervention rapide, et prévoir des services la fin de semaine au besoin, en tenant compte du moment où les patients reçoivent leur congé de l'hôpital.*

**État : Pleinement mise en oeuvre.**

#### Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons constaté que les 14 CASC ont signalé que leurs infirmières et infirmiers d'intervention rapide n'ont pas respecté la norme de visite des patients à domicile dans les 24 heures suivant la mise en congé de l'hôpital au cours de l'exercice 2013-2014. Dans notre audit de 2015, l'un des trois CASC visités avait expliqué que la norme n'était pas toujours respectée parce que de nombreux patients sortent de l'hôpital les vendredis, et que le personnel infirmier ne travaille pas les fins de semaine dans certaines parties de la région. Au moment de notre suivi, les trois CASC avaient mis en place des modifications aux horaires du personnel pour que des services soient offerts les fins de semaine, sur la base des tendances en matière de congés de l'hôpital et de demandes. Un CASC avait établi des horaires de fin de semaine en février 2016. De plus, deux des trois CASC ont fait observer qu'ils vérifient si les infirmières et infirmiers d'intervention rapide visitent des patients dans les 24 heures et 48 heures de leur congé de l'hôpital.

#### Recommandation 8

*Pour que les patients admissibles aux soins infirmiers d'intervention rapide soient traités de façon juste et équitable où qu'ils vivent dans la province, les Centres d'accès aux soins communautaires doivent suivre toutes les lignes directrices provinciales applicables aux programmes.*

**État : Pleinement mise en oeuvre.**

#### Détails

Au moment du suivi, les trois CASC visités offraient des services de soins infirmiers d'intervention rapide sept jours par semaine comme l'exigeaient les lignes directrices provinciales sur les programmes. Un CASC qui n'offrait pas de services aux enfants ayant des besoins complexes au moment de notre audit de 2015 a commencé à le faire en février 2017 dans certains secteurs géographiques à volume élevé de la région.

### Recommandation 9

*Pour réduire le risque que l'état des enfants d'âge scolaire ayant des problèmes de santé mentale s'aggrave inutilement, les Centres d'accès aux soins communautaires doivent envisager d'élargir la disponibilité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les enfants d'âge scolaire durant les mois d'été.*

**État : Pleinement mise en oeuvre.**

#### Détails

Au moment de notre suivi, les trois CASC visités avaient mis à la disposition des enfants d'âge scolaire des services de soins infirmiers en santé mentale et de lutte contre les dépendances au cours des mois d'été. Ces CASC avaient recours à différentes méthodes pour élargir l'accès à leurs services pendant l'été, notamment en reliant les patients au personnel infirmier au moyen de la technologie du Réseau Télémédecine Ontario, en rappelant aux conseils scolaires que les services des CASC continuent à appuyer les enfants durant l'été même lorsque les écoles sont fermées, et en mettant en rapport les étudiants et étudiantes en transition vers les collèges ou universités avec des organismes communautaires, des fournisseurs de soins primaires, ainsi que des services de soutien dans leurs nouvelles écoles.

### Recommandation 10

*Pour assurer la rentabilité des services de bilan comparatif des médicaments, les Centres d'accès aux soins communautaires doivent examiner tous les modes de prestation possibles et choisir l'option la plus efficace et la plus économique pour chaque patient.*

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

#### Détails

Nous avons constaté dans notre audit de 2015 que le personnel infirmier d'intervention rapide fournit des services de bilan comparatif des médicaments dans le cadre de ses fonctions habituelles, mais que le même service était offert par plusieurs autres programmes, dont certains coûtaient jusqu'à 70 %

de plus que d'autres. Après notre audit, tous les CASC ont convenu d'une politique uniformisée de gestion des médicaments en avril 2016 et de bilan comparatif des médicaments en février 2017. Au moment de ce suivi, tous les CASC étaient en train de mettre en oeuvre la politique provinciale et de donner de la formation aux membres de leur personnel à cet égard. Dans la plupart des cas, les coordonnateurs de soins identifieront les patients qui satisfont à certains critères selon la politique uniformisée et les aiguilleront vers le service de bilan comparatif des médicaments le plus approprié, par l'intermédiaire d'une pharmacie communautaire, d'un fournisseur de soins primaires, d'un fournisseur de services du secteur privé sous contrat avec les CASC, ou encore des membres du personnel des services de soins infirmiers directs du CASC lui-même. Au moment de notre suivi, les trois CASC visités dans le cadre de l'audit de 2015 avaient également élaboré des politiques locales sur la gestion et l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments qui concordaient ou concorderont avec la politique provinciale d'ici décembre 2017.

### Recommandation 11

*Pour aider à améliorer les programmes de soins infirmiers directs et faire en sorte que les patients reçoivent des niveaux de services optimaux et équitables, les Centres d'accès aux soins communautaires doivent établir des fourchettes de référence pour les charges de travail du personnel et surveiller les résultats obtenus par rapport à ces fourchettes.*

**État : Pleinement mise en oeuvre.**

#### Détails

L'Association (maintenant Services communs pour la santé Ontario) et les CASC ont élaboré des repères sur la charge de travail des membres du personnel de programme de soins infirmiers directs en 2015. Au moment de notre suivi, chaque CASC avait compilé à tous les trimestres des données sur la charge de travail par programme sur les soins infirmiers directs, et Services communs pour la santé Ontario comparait ces données à l'échelle

provinciale. Par exemple, au mois d'octobre 2016, chaque membre du personnel infirmier d'intervention rapide des CASC comptait en moyenne 42 clients, chaque membre du personnel infirmier spécialisé en santé mentale et en lutte contre les dépendances avait 26 clients, et chaque praticien ou praticienne en soins infirmiers palliatifs comptait 48 clients. En comparaison, la valeur de référence sur la charge de travail du personnel pour chacun de ces trois programmes était respectivement de 20 à 30 clients, de 20 à 25 clients et de 18 à 23 clients. En outre, la direction des trois CASC visités surveillait régulièrement l'ampleur des charges de travail.

### Recommandation 12

*Pour mesurer pleinement l'efficacité des programmes de soins infirmiers directs (Programme du personnel infirmier pour l'intervention rapide, Programme d'affectation du personnel infirmier aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et Programme de personnel infirmier praticien pour les soins palliatifs à domicile) dans chaque Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) et à l'échelle provinciale, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :*

- *mettre les données sur les réadmissions à l'hôpital et les visites aux salles d'urgence à la disposition des CASC pour que chacun d'eux puisse surveiller l'efficacité de ses propres programmes;*

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

#### Détails

En mai 2017, le Ministère a fourni des données des hôpitaux à Services communs pour la santé Ontario. Au moment du suivi, les deux parties collaboraient pour assurer la qualité des données.

- *analyser les tendances de réadmission à l'échelle de la province pour les patients qui ont reçu des soins infirmiers d'intervention rapide;*

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

#### Détails

Au moment du présent suivi, le Ministère analysait les tendances de réadmission et indiquait qu'il collaborera avec les RLISS pour examiner les trois programmes de soins infirmiers directs.

- *établir des cibles liées aux indicateurs de rendement des trois programmes.*

**État : Pleinement mise en oeuvre.**

#### Détails

En 2016, un groupe de travail provincial formé des anciens CASC et de l'Association (maintenant Services communs pour la santé Ontario) a peaufiné et finalisé les cibles et les indicateurs des programmes de soins infirmiers directs. Par exemple, les infirmières et infirmiers d'intervention rapide devraient offrir un bilan comparatif de médicaments à 90 % à 95 % de leurs patients; chaque infirmière et infirmier en santé mentale et en lutte contre les dépendances devrait compter de 20 à 25 patients actifs; et le personnel infirmier praticien pour les soins palliatifs devrait recevoir de 90 % à 95 % de ses patients dans les cinq jours suivant la disponibilité des patients pour une visite.

### Recommandation 13

*Pour confirmer que les fournisseurs offrent des services de soins à domicile de haute qualité aux patients, les Centres d'accès aux soins communautaires doivent :*

- *établir des cibles de rendement liées aux cas de soins manqués;*

**État : Pleinement mise en oeuvre.**

#### Détails

En mars 2016, les anciens CASC avaient mis à jour le cadre provincial de rendement des contrats de service à la clientèle des CASC de manière à inclure les cibles de soins manqués. Pour chaque groupe de 10 000 clients, le CASC s'attendait à ce que le fournisseur de services limite à 5 le nombre de clients non soignés.

- *déterminer, par exemple en contactant les patients, si les soins dispensés par les fournisseurs durant une période convenue étaient conformes aux plans.*

**État : Pleinement mise en oeuvre.**

#### Détails

En 2015-2016 et 2016-2017, l'Association (maintenant Services communs pour la santé Ontario) a effectué plusieurs mises à jour du sondage provincial sur la satisfaction de la clientèle pour améliorer l'exactitude et la fiabilité des réponses au sondage. L'une des mises à jour comportait l'ajout de questions au sondage demandant expressément aux patients et aux personnes soignantes si les organisations de fournisseurs de services procuraient des services à temps, s'ils tenaient les patients au courant du moment de la prestation de services, et si les services fournis étaient les services convenus dans le cadre de leur plan de soins.

## Contrats existants entre les CASC et les fournisseurs de services contractuels

### Recommandation 14

*Afin d'assurer la rentabilité des services de soins à domicile assurés par des fournisseurs externes, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit travailler à l'harmonisation des taux de facturation en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires.*

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

#### Détails

En octobre 2015, le Ministère a constitué un groupe de travail chargé de donner des conseils sur un projet de taux harmonisé applicable à des services généraux de soutien à la personne (ce qui représente environ 80 % de l'ensemble du volume du service de soutien à la personne). Ce groupe de travail comprenait des représentants des CASC, de l'Association (maintenant Services communs pour la santé Ontario), des RLISS, des organisations de

fournisseurs de services, ainsi que des associations de fournisseurs de soins à domicile. Le Ministère a également effectué deux séries de consultations avec des fournisseurs de services au sujet du projet de taux harmonisé pour confirmer les chiffres et l'approche. Sur la base de ces efforts, le Ministère a déterminé un taux harmonisé des services généraux de soutien à la personne en avril 2017, et avait émis une directive visant à exiger que les CASC modifient des contrats de service avec leurs fournisseurs de services de manière à refléter le taux harmonisé. Le Ministère continue de travailler avec les RLISS, et les RLISS continuent de travailler avec les fournisseurs de services de santé, en vue de mettre à jour d'autres taux.

## Rentabilité à long terme des protocoles de soins existants

### Recommandation 15

*Afin d'uniformiser les processus de prestation des soins suivis dans toute la province, l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires, de concert avec les Centres d'accès aux soins communautaires, doit :*

- *confirmer que les pratiques exemplaires concernant les différents protocoles de soins cliniques sont mises en oeuvre dans la province;*

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

#### Détails

Le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire est en train d'élaborer des approches provinciales cohérentes portant sur différentes populations de patients. Par exemple, en 2015, le secteur a mis en oeuvre de nouvelles lignes directrices d'évaluation sur l'utilisation d'un outil de dépistage pour tous les enfants et les jeunes qui reçoivent d'un CASC des services de soins infirmiers en santé mentale et en lutte contre les dépendances. Le secteur apporte également du soutien à Qualité des services de santé Ontario dans

l'élaboration de normes de soins de qualité pour les fractures de la hanche, les ulcères de jambes veineux et veineux/artériels, les ulcères du pied diabétique et les plaies de pression. (Les normes de qualité sont des ensembles concis d'énoncés qui aideront les patients à savoir quoi demander dans le cadre de leurs soins, qui aideront les professionnels des soins de santé à savoir quels soins ils devraient offrir, et qui aideront les organisations de soins de santé à mesurer, évaluer et améliorer le rendement.) Le secteur attend que Qualité des services de santé Ontario publie ses normes de qualité pour le soin des plaies avant de mettre en oeuvre des protocoles normalisés de soins cliniques connexes, ce qu'il prévoit faire d'ici décembre 2018. De plus, le secteur a collaboré avec la Rehabilitative Care Alliance (un collectif provincial créé en avril 2013 par les 14 RLISS) pour élaborer des cadres de pratiques exemplaires de soins de réadaptation pour les patients qui ont subi une fracture de la hanche ou une arthroplastie primaire de la hanche et du genou.

- *en collaboration avec les fournisseurs du secteur privé, envisager de normaliser les protocoles de soins cliniques à domicile, y compris les fournitures médicales à utiliser, pour les troubles médicaux les plus répandus.*

**État : Pleinement mise en oeuvre.**

#### Détails

Au moment de ce suivi, les trois CASC visités lors de l'audit de 2015 avaient élaboré des normes locales qui définissent les types et les quantités de fournitures médicales pour le soin des plaies, et un

CASC avait également défini des normes locales sur d'autres services de soins à domicile comme les soins par cathéter et l'alimentation entérale. Les CASC visités nous ont dit qu'ils entendaient surveiller de façon continue les pratiques exemplaires actuelles afin de veiller à ce que les normes reflètent les pratiques exemplaires. Ils ont constaté que des facteurs locaux comme les fournitures utilisées par les hôpitaux locaux influent sur la normalisation des fournitures médicales. Par conséquent, la normalisation aurait lieu par région plutôt qu'à l'échelon provincial.

#### Recommandation 16

*Pour que la rentabilité à long terme des protocoles de soins puisse être évaluée, l'Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires, de concert avec les Centres d'accès aux soins communautaires, doit élaborer des exigences standard en matière de données et recueillir les données nécessaires à une analyse plus approfondie.*

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

#### Détails

Au moment du suivi, Services communs pour la santé Ontario et les CASC attendaient que Qualité des services de santé Ontario termine ses travaux sur les normes qualitatives concernant le soin des plaies. Une fois ces normes achevées, ils prévoient les utiliser pour établir des exigences relatives aux données et commencer à recueillir des données à des fins d'analyse et de rapports complémentaires sur le rendement.