

Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Audit de l'optimisation des ressources :

Services d'assistance



Décembre 2021



Ministère de la Santé et Santé Ontario

Services d'assistance

1.0 Résumé

En 2020-2021, environ 23 100 Ontariens vulnérables - principalement des personnes âgées, mais aussi des personnes ayant certains problèmes de santé comme des déficiences physiques, des lésions cérébrales acquises et le VIH/sida - ont reçu des services d'assistance. Les services d'assistance sont des services de soins de santé financés par des fonds publics qui comprennent de l'aide à domicile, y compris des services de soutien à la personne comme de l'aide à se nourrir et à utiliser la toilette; des services d'aides familiales, par exemple pour la préparation des repas et la buanderie; et des appels ou des visites à domicile pour vérifier la santé et la sécurité du client. L'une des caractéristiques importantes de ce programme qui le distingue des autres services de santé communautaires, comme les soins à domicile, est la possibilité pour les clients de recevoir des visites de service non planifiées 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Environ 63 % des clients ont reçu des services d'assistance dans un immeuble avec services, habituellement un immeuble de logements, et environ 37 % ont reçu des services dans la collectivité.

Le ministère de la Santé (le Ministère) a fourni à Santé Ontario du financement pour offrir des services d'assistance par l'entremise des réseaux locaux d'intégration des services de santé, et à compter du 1^{er} avril 2021, par l'entremise de Santé Ontario. Santé Ontario est un organisme de la Couronne établi en juin 2019 qui sert de centre intégré et centralisé en matière de gouvernance, de responsabilisation et de surveillance du système de soins de santé. En 2020-2021, le Ministère a distribué environ 389 millions de dollars à 182 organismes sans but lucratif, principalement des organismes communautaires, pour fournir ces services.

Le Ministère, qui assure l'orientation stratégique à l'égard de ce programme, estime que les services d'assistance sont destinés aux personnes qui ont besoin de soins plus fréquents, plus urgents et plus actifs que ceux qui reçoivent des services de soins à domicile planifiés, mais n'ont pas besoin de la surveillance médicale directe continue dans les foyers de soins de longue durée. La politique de 2011 du Ministère, qui concerne les personnes âgées (le groupe de la population qui reçoit le plus souvent des services d'assistance), souligne que les services sont destinés aux personnes qui sont susceptibles de devoir se rendre aux urgences ou d'être admises dans des foyers de soins de longue durée. Ce programme devient donc une initiative qui revêt une importance particulière pour maintenir les Ontariens à domicile aussi longtemps qu'il est sécuritaire de le faire.

Plusieurs organismes gouvernementaux offrent des services d'assistance, dont bon nombre faisaient l'objet d'une transformation importante au moment de notre audit :

- avant le 1^{er} avril 2021, le Ministère et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) (ci-après aussi appelés habituellement les régions sanitaires);
- depuis le 1^{er} avril 2021, le Ministère, les organismes de Santé Ontario et les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC);

Ces changements dans le nom des agents de prestation sont nécessaires parce que les régions sanitaires sont devenues d'autres entités le 1^{er} avril 2021. Ils ont continué d'exercer leurs activités sous un nouveau nom (SSDMC) dans le cadre d'un mandat restreint de prestation et d'organisation des services aux patients, ce qui comprend la liaison avec les clients pour déterminer leur admissibilité initiale aux services d'assistance, le cas échéant. Leurs fonctions relatives au financement du système de santé, à la planification et à la mobilisation communautaire ont été transférées à Santé Ontario, qui est également responsable de gérer les ententes de responsabilisation en matière de services avec les organismes de services d'assistance et de surveiller la prestation de ces services. De plus, les équipes de Santé Ontario, un nouveau modèle de prestation de soins de santé en Ontario, peuvent également participer à la prestation des services d'assistance. En août 2021, le personnel du Ministère a indiqué qu'aucune date limite n'avait été fixée pour que les équipes de Santé Ontario deviennent pleinement opérationnelles.

Notre audit a révélé que les régions sanitaires, et Santé Ontario depuis le 1^{er} avril 2021, disposaient de peu de renseignements pour confirmer que les clients reçoivent suffisamment de services d'assistance pour répondre à leurs besoins. Par exemple, elles n'exigeaient pas des organismes qu'ils déclarent les ratios personnel-clients, leurs taux d'acceptation des clients aiguillés par les régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, les organismes de SSDMC) et la fréquence des visites manquées. De plus, bien que Santé Ontario tienne les organismes responsables du nombre de clients servis et du nombre de jours où des services sont fournis aux clients, une seule des 14 régions sanitaires tenait les organismes responsables du nombre d'heures de service fourni aux clients.

De plus, les régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) ne savaient pas si les clients sont victimes de négligence ou de mauvais traitements de la part du personnel des organismes de services d'assistance. Les régions sanitaires ne se sont pas engagées à veiller à ce que les plaintes

concernant les services soient réglées de façon satisfaisante. La moitié des plaintes que nous avons examinées portaient sur la suffisance et la qualité des services, comme les visites de soins planifiées qui n'ont pas été effectuées et la diminution de la qualité des soins.

Nous avons également constaté que le programme peut offrir un moyen rentable de permettre aux adultes vulnérables de demeurer à leur domicile au lieu d'être hospitalisés parce qu'ils ne reçoivent pas de soins dès le moment où ils en ont besoin, étant donné que les services d'assistance permettent de fournir des soins plus immédiats que les soins à domicile, ou de les admettre prématurément dans un foyer de soins de longue durée. Toutefois, le Ministère n'avait pas tiré efficacement parti des services d'assistance pour améliorer le rendement du système de santé dans son ensemble en réduisant les coûts ou en cernant les possibilités d'améliorer la qualité des soins. Par exemple, les personnes qui n'ont pas accès à des services d'assistance en temps opportun pourraient être forcées de choisir des soins de longue durée, lesquels représentent un programme public plus coûteux à offrir. Le Ministère n'a pas non plus déterminé s'il est utile de combiner les soins à domicile et les services d'assistance alors que ces deux programmes offrent des services semblables à des groupes de clients semblables. De plus, la structure actuelle ne soutient pas un service de soins à domicile pour les personnes vulnérables qui bénéficient des services d'assistance, ainsi que des soins de longue durée et d'autres services, de sorte que certains clients ne reçoivent peut-être pas le niveau de soins dont ils ont besoin au moment où ils en ont besoin. Il s'agit d'un enjeu important, car il est généralement plus économique de fournir des services d'assistance en établissement que des soins de longue durée.

Le Ministère n'a pas non plus démontré que les services d'assistance ont amélioré la qualité de vie des bénéficiaires de ces services. Par exemple, seulement 2 des 14 régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) exigent que leurs organismes déclarent des données sur les hospitalisations et les admissions en soins de longue

durée des clients, et elles ne présentent pas ces données au Ministère.

Voici un aperçu de nos constatations importantes :

Soins centralisés et accessibles

- Le public et les intervenants du programme sont peu familiers avec les services **d'assistance.** Le gouvernement a pris peu de mesures pour renseigner la population sur le programme de services d'assistance. En fait, ni le Ministère, ni bon nombre des régions sanitaires ni Santé Ontario n'avait recensé les régions où des services d'assistance étaient offerts. Santé Ontario a dû compiler ces renseignements pour nous lorsque nous lui avons demandé de le faire dans le cadre de notre audit. La plupart de nos entrevues avec les intervenants ont révélé un manque semblable de familiarité avec les programmes offerts par les organismes de services d'assistance ainsi qu'une confusion quant aux endroits où ils sont offerts, à la nature des services offerts et aux personnes admissibles. Ce manque général d'information représente un obstacle important pour les personnes vulnérables à obtenir l'aide dont elles ont besoin pour vivre en sécurité et confortablement dans leur maison et éviter les soins de longue durée ou l'hospitalisation.
- La double approche d'évaluation de l'admissibilité des clients prête à confusion et ouvre la voie à une éventuelle partialité des **organismes.** Selon leur lieu de résidence, les personnes qui ont besoin d'une aide à la vie autonome sont évaluées par un coordonnateur des soins de la région sanitaire ou d'un organisme de services d'assistance. Le Ministère n'a jamais évalué si cette approche double, en place depuis 2009, est efficace et objective. Par exemple, la centralisation de cette responsabilité où seuls des coordonnateurs des soins des organismes de SSDMC mèneraient cette évaluation pourrait être avantageuse pour plusieurs raisons. Premièrement, l'approche serait moins déroutante pour les personnes qui désirent accéder à ces services, d'autant plus que certaines personnes admissibles peuvent

- être atteintes de démence. Deuxièmement, les coordonnateurs des soins des organismes de SSDMC peuvent également aider les clients à accéder à d'autres programmes financés par le gouvernement, comme les services de santé mentale et les soins à domicile, alors que les organismes ne le peuvent pas. Troisièmement, lorsque les organismes de services d'assistance déterminent l'admissibilité des clients, ils risquent d'appliquer les conditions d'admissibilité de façon incohérente et contraire à la politique du Ministère. Ni le Ministère ni Santé Ontario n'ont vérifié si les organismes avaient admis des personnes ayant des besoins de soins moins complexes que ce que suggérait la politique de 2011 afin de réduire la charge de travail de leur personnel.
- Le Ministère et Santé Ontario n'ont pas utilisé les données disponibles pour planifier adéquatement les services **d'assistance.** Le Ministère n'a pas analysé les données démographiques et d'autres renseignements disponibles, comme les listes d'attente, pour éclairer les investissements actuels et futurs dans les services d'assistance par rapport à d'autres programmes de santé. Nous avons constaté que la province n'avait pas de liste d'attente centrale pour les services d'assistance et que les renseignements sur les listes d'attente déclarés étaient incomplets ou non transparents. Seulement 11 des 14 régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) disposaient de renseignements complets sur les listes d'attente, tandis que les autres avaient attribué cette responsabilité en tout ou en partie aux organismes de services d'assistance et n'avaient donc pas facilement accès à ces renseignements. Les données sur les listes d'attente que nous avons examinées ne précisaient pas si les personnes étaient en attente de services dans un immeuble avec services ou dans la collectivité en général, et les temps d'attente n'étaient pas accessibles au public.

Financement et planification des services de santé

- Il existe d'autres programmes gouvernementaux connexes qui pourraient être utiles pour de nombreux clients des services d'assistance, mais leur accès n'est pas **coordonné.** Les services d'assistance comptent parmi une gamme de services qui aident à soutenir l'autonomie des personnes âgées et des adultes ayant une déficience physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/sida. Cette gamme de services est habituellement offerte par le Ministère et peut aussi être offerte directement par des organismes de services, séparément, par l'entremise des régions sanitaires (depuis le 1er avril 2021, Santé Ontario) ou d'un autre ministère. Nous avons constaté que le Ministère n'a pas collaboré avec d'autres ministères pour déterminer si les services fournis sont offerts équitablement à tous les Ontariens en fonction de leurs besoins et ne font pas double emploi avec les services qu'ils reçoivent déjà. De plus, il n'a pas examiné les avantages potentiellement importants de la centralisation de la coordination des soins avec les organismes de SSDMC pour améliorer la commodité et l'information pour les personnes qui tentent d'accéder à de multiples services, mais aussi pour rationaliser la prestation des services gouvernementaux.
- Le Ministère n'a pas évalué si les services d'assistance répondent aux besoins des adultes vulnérables. Le Ministère a présenté sa politique pour les groupes des personnes non âgées, y compris les adultes ayant une déficience physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/sida en 1994, et il n'a pas examiné si elle continue de répondre aux besoins de ces groupes aujourd'hui, 27 ans plus tard. L'évaluation du rendement de ces programmes peut contribuer à orienter les décisions sur le meilleur modèle de soins. Par exemple, le Ministère n'a pas évalué si les personnes atteintes du VIH/sida devraient continuer d'être admissibles aux services d'assistance compte tenu des progrès médicaux des dernières décennies, ni précisé si les services

d'assistance pour les adultes ayant une déficience physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/sida peuvent plutôt être fournis à l'extérieur des immeubles désignés et à domicile. La politique de 1994 ne fait aucune mention des services à domicile – c'est-à-dire au-delà des limites d'un immeuble avec services d'assistance – et les groupes d'intervenants ont mentionné que ces services ne sont habituellement offerts que dans les immeubles avec services d'assistance et ne sont pas couramment offerts dans la collectivité.

Ententes et surveillance

• Les données du Ministère sur le nombre de clients qui reçoivent des services n'ont pas été corroborées par les régions sanitaires et par Santé Ontario. Notre audit a révélé des écarts, dont 18 % de l'ensemble des clients servis en 2020-2021, entre les données déclarées au Ministère par les organismes d'assistance et les résultats d'autres exercices de collecte de renseignements qui ont été menés dans le cadre de notre audit. Ces écarts mettent en évidence la nécessité que les organismes d'assistance exercent une surveillance accrue à l'avenir pour favoriser une discussion plus significative sur les services d'assistance et une analyse plus précise de ceux-ci.

Processus de plainte et recours hiérarchique

• Les clients vulnérables ont peu de moyens de faire valoir leurs plaintes, et leurs droits sont minimalement protégés. Les organismes de services d'assistance sont responsables de traiter les plaintes relatives à leurs propres services et il y a peu de surveillance effectuée par un tiers pour vérifier que le processus de règlement des plaintes est équitable. À titre de comparaison, l'ombudsman des patients enquête sur les plaintes concernant les foyers de soins de longue durée, l'Office de réglementation des maisons de retraite enquête sur les plaintes concernant les maisons de retraite et les régions sanitaires (depuis le 1er avril 2021, les organismes

de SDSLD) surveillent les plaintes concernant les services de soins à domicile financés par des fonds publics. Un groupe d'intervenants nous a dit que les clients des services d'assistance peuvent hésiter à se plaindre directement à leur préposé ou organisme par crainte de représailles, étant donné qu'ils dépendent des préposés pour répondre à leurs besoins quotidiens.

Immeubles avec services d'assistance exploitée par un organisme

• Dans bien des cas, les organismes agissent à la fois comme locateur et fournisseur de soins pour les clients, malgré le risque d'abus inhérent à ces arrangements. Depuis 1994, le Ministère a pour politique de ne pas inclure la gestion du logement dans la prestation des services, mais nous avons constaté qu'il n'y avait pas de procédures supplémentaires pour se prémunir contre les types de risques que ces arrangements présentent pour les clients; par exemple, le fait de facturer aux clients les services de soutien à la personne, l'un des principaux services d'assistance, ce qu'interdit la Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires. On dénombre encore plus de 140 immeubles de ce genre, et ni le Ministère ni de nombreuses régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) n'avaient de renseignements sur leur emplacement.

Le présent rapport contient 24 recommandations préconisant 53 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

Conclusion globale

Notre audit a révélé que le ministère de la Santé (le Ministère), Santé Ontario et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) n'avaient pas mis en place de processus efficaces pour fournir des services d'assistance rentables de manière équitable à l'échelle de la province. De plus, le programme des services d'assistance n'est pas intégré

au continuum provincial des services de soins à domicile. L'intégration de ces services réduirait la confusion et améliorerait la commodité pour les clients, car ils pourraient accéder à tous les soins auxquels ils sont admissibles à partir d'une seule source. Elle permettrait également de rationaliser la prestation des services gouvernementaux, de réaliser des économies de coûts et de mieux comprendre l'évolution de la demande.

Santé Ontario (qui a assumé certaines des responsabilités des RLISS le 1^{er} avril 2021) n'a pas surveillé de manière efficace les organismes de services d'assistance pour confirmer qu'ils fournissaient des services aux Ontariens admissibles conformément aux lois et politiques applicables. Par exemple, il n'avait pas recueilli et analysé de données exhaustives – comme le temps consacré à la prestation des soins, le taux d'acceptation par les organismes des clients des régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, des organismes de SSDMC) aiguillés et la fréquence des visites manquées – pour confirmer leur efficacité.

Enfin, le Ministère n'a pas entièrement mesuré la qualité et l'efficacité de ces services ni n'en a rendu compte. Par exemple, le Ministère n'analyse pas les tendances démographiques des groupes de clients admissibles et des listes d'attente pour planifier les services d'assistance de manière appropriée. De plus, seulement 2 des 14 régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) exigent que leurs organismes déclarent des données sur les hospitalisations et les admissions en soins de longue durée, et aucune de ces régions ne communique ces données au Ministère.

Nous avons constaté que le Ministère n'utilise pas son programme de services d'assistance de façon optimale pour servir les Ontariens en laissant ces faiblesses persister. Tout aussi important, il manque une occasion importante d'améliorer la prestation globale des soins de santé dans la province parce qu'il ne réalise pas pleinement les avantages rattachés au résultat de venir en aide au plus grand nombre possible de personnes vulnérables à vivre chez elles

en toute sécurité et en tout confort le plus longtemps possible et d'éviter des admissions dans les services de soins de longue durée et les hôpitaux.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé (le Ministère) remercie la vérificatrice générale de l'examen exhaustif des services d'assistance. Les recommandations formulées dans le présent rapport appuieront des améliorations visant à renforcer la responsabilisation, à améliorer l'accès à des soins de qualité axés sur la personne et à contribuer à notre engagement de moderniser les soins à domicile et en milieu communautaire.

Les services d'assistance soutiennent les personnes qui ont besoin de certains services à une fréquence ou une intensité plus élevée que les clients des services de soins à domicile, mais qui n'ont pas besoin de la supervision infirmière en tout temps fournie dans les foyers de soins de longue durée. Régi par la loi et les politiques du Ministère, le programme des services d'assistance est conçu pour répondre à un large éventail de besoins des clients et favoriser des résultats équitables. Le Ministère s'est engagé à donner suite aux recommandations de l'audit dans le cadre d'un examen plus vaste du programme des services d'assistance pour s'assurer que les politiques sont mises à jour de manière appropriée et qu'elles offrent un soutien efficace aux populations clientes et au système de santé. Le Ministère travaillera également avec Santé Ontario pour communiquer en temps opportun certaines mesures initiales clés aux fournisseurs de services d'assistance.

Les recommandations découlant de cet audit seront prises en compte dans le contexte des plans approuvés par le gouvernement pour la transformation du système de santé. Le 1^{er} avril 2021, la responsabilité du financement et de la responsabilisation en matière de services d'assistance a été transférée des réseaux locaux d'intégration des services de santé à Santé

Ontario. La transformation comprend également la mise en place d'équipes de Santé Ontario (ESO), qui, à maturité, fourniront un continuum complet et coordonné de soins à une population définie, y compris des services d'assistance. En septembre 2021, 50 ESO avaient été approuvées dans la province et elles font déjà une différence dans leurs collectivités. Les conseils judicieux de la vérificatrice générale orienteront l'évolution continue du système de santé interrelié et axé sur le patient de l'Ontario.

RÉPONSE GLOBALE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario est reconnaissant d'avoir l'occasion de participer à l'audit exhaustif des services d'assistance mené par la vérificatrice générale. Les observations, les réflexions et les recommandations présentées dans le rapport de la vérificatrice générale appuient ses efforts et son engagement constants à améliorer le système de santé de l'Ontario pour les personnes et les collectivités qu'il dessert. Une fois mises sur pied les équipes de Santé Ontario, les recommandations seront examinées dans le contexte de l'évolution des rôles et des responsabilités dans le système de santé.

Les équipes de Santé Ontario sont des groupes de fournisseurs et d'organismes qui, à maturité, seront responsables sur le plan clinique et financier de la prestation d'un continuum complet et coordonné de soins à une population définie, tandis que Santé Ontario sera responsable de surveiller le rendement, la qualité et la responsabilisation du système et de produire des rapports à ce sujet.

Dans ce cadre, Santé Ontario se réjouit de la possibilité de collaborer avec ses partenaires du système de santé, y compris le ministère de la Santé, les organismes de Services de soutien aux soins à domicile et en milieu communautaire, les équipes de Santé Ontario, les fournisseurs de services d'assistance, les patients et les

familles, pour s'assurer que les participants au programme reçoivent les meilleurs soins possible.

RÉPONSE GLOBALE DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

Les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire reconnaissent le mérite de l'examen du Programme des services d'assistance effectué par la vérificatrice générale. Les services d'assistance sont un élément essentiel du continuum des soins de santé et des partenaires importants du système pour la prestation des Services de soutien à domicile et en milieu communautaire. Dans le cadre des travaux généraux de transformation et de modernisation des soins à domicile entrepris par le ministère de la Santé (le Ministère), les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire appuieraient un vaste examen du programme des services d'assistance afin d'assurer une meilleure intégration du programme à d'autres services communautaires et de s'assurer que le programme continue de répondre aux besoins des Ontariens.

Comme l'indique le rapport de la vérificatrice générale, 11 des 14 organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire sont responsables de déterminer l'admissibilité aux services d'assistance dans leur région géographique. Avec les ressources appropriées, le rôle des organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire pourrait être élargi à l'échelle de la province afin d'appuyer l'intégration des services de soins à domicile et des services d'assistance et de contribuer à uniformiser la gestion du programme des services d'assistance, y compris la façon dont les évaluations sont menées, dont l'admissibilité est déterminée et dont les données sur les listes d'attente sont recueillies et administrées.

Les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire sont impatients de collaborer avec le Ministère, Santé Ontario, les équipes de Santé Ontario et les fournisseurs de services d'assistance pour donner suite aux recommandations du rapport.

2.0 Contexte

2.1 Clients des services d'assistance

En 2020-2021, environ 23 100 personnes ont reçu des services d'assistance à leur domicile; ces services ont été fournis par 182 organismes qui sont principalement des organismes communautaires sans but lucratif, mais qui comprennent également certaines municipalités et certains hôpitaux (voir l'annexe 1). Ces services s'adressent à certains groupes de population vulnérables, conformément aux politiques du Ministère, en particulier aux personnes âgées à risque élevé (c'est-à-dire les personnes qui présentent un risque élevé d'hospitalisation ou d'admission dans des établissements de soins de longue durée), ainsi qu'aux adultes ayant une déficience physique, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou une lésion cérébrale acquise. Une lésion cérébrale acquise est une lésion cérébrale qui n'est pas liée à une complication de l'accouchement, à un trouble congénital ou à un trouble dégénératif.

Comme le montre la **figure 1**, au cours des cinq dernières années de 2016-2017 à 2020-2021, les clients qui ont sollicité le plus fréquemment des services d'assistance étaient les personnes âgées, soit 83 % de l'ensemble des clients servis, suivis des adultes ayant une déficience physique, soit 13 %. Les adultes atteints du VIH/sida et les adultes atteints d'une lésion cérébrale acquise représentaient respectivement environ 2 % des clients servis au cours de cette période.

Figure 1 : Nombre de clients des services d'assistance servis, par groupe de population cible, 2016-2017 à 2020-2021

Source des données : Ministère de la Santé

Groupes de population cible¹	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	% du total sur 5 ans
Personnes âgées à risque élevé (Politique de 2011)	5 426	5 131	5 276	5 712	5 286	23
Personnes âgées ou fragiles	13 159	13 065	14 335	11 960	12 915	56
Personnes âgées ayant une déficience cognitive	1 158	1 408	1 151	926	766	5
Total des personnes âgées²	19 743	19 604	20 762	18 598	18 967	83
Adultes ayant une déficience physique	2 863	3 088	3 369	3 397	3 075	13
Adultes atteints du VIH/sida	368	331	343	338	711³	2
Adultes ayant une lésion cérébrale acquise	343	366	367	378	363	2
Total	23 317	23 389	24 841	22 711	23 116	100

- Données déclarées directement au ministère de la Santé par les organismes de services d'assistance. Seules les données sur les aînés à risque élevé sont liées à
 une politique particulière du Ministère (c.-à-d. la politique Services d'assistance pour les personnes âgées à risque élevé, 2011). Les autres données sur les clients
 ne comprennent aucun renvoi à un document de politique.
- 2. La grande majorité des clients couverts par les données présentées ici sont des personnes âgées, comme l'indique le nom du groupe de clients utilisé par le Ministère; dans un petit nombre de cas, ces totaux peuvent comprendre des personnes âgées de moins de 65 ans.
- 3. La majeure partie de l'augmentation était attribuable à un organisme qui a reçu des fonds supplémentaires en 2020-2021; cet organisme a servi 343 clients de plus en 2020-2021 que l'année précédente.

2.2 Principaux intervenants participant à la planification, au financement, à la prestation et à la surveillance des services

Plusieurs organismes participent à la planification, au financement et à la prestation des services d'assistance. Ils ont évolué depuis la période précédant 2007 jusqu'à aujourd'hui, comme le montre l'annexe 2. Au moment de l'audit, le ministère de la Santé (le Ministère), Santé Ontario et 14 organismes Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC) partageaient la responsabilité du programme des services d'assistance, comme décrit plus en détail dans la figure 2.

Au moment où nous terminions l'audit, le Ministère avait mis la dernière main à son entente de responsabilisation avec Santé Ontario en octobre 2021 et commençait son travail de finalisation son entente de responsabilisation avec les SSDMC en novembre 2021. Ces ententes définissent les rôles et les responsabilités enchâssés dans le nouveau cadre de planification, de surveillance et de prestation du système de santé. Les principales responsabilités du Ministère et de Santé Ontario énoncées dans l'entente de responsabilisation sont décrites à l'annexe 3.

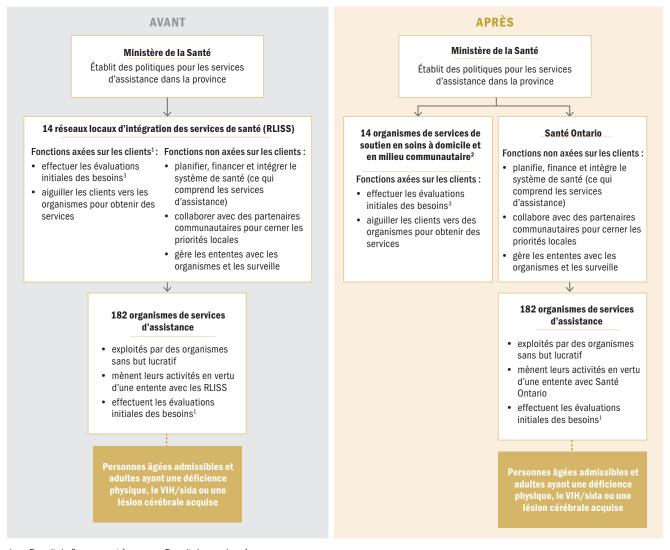
À l'avenir, les équipes de Santé Ontario devraient être le principal moyen de fournir la plupart des services de santé, y compris les services d'assistance. En août 2021, le personnel du Ministère nous a informés qu'aucune date limite n'avait été fixée pour que les équipes de Santé Ontario deviennent pleinement opérationnelles.

2.3 Services offerts par les organismes de services d'assistance

Les services d'assistance soutiennent les personnes qui ont besoin d'aide à domicile. Plus précisément, ils

Figure 2 : Planification, financement et prestation des services d'assistance en Ontario, avant et après le 1^{er} avril 2021

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



- $\longleftarrow \hbox{ Fournit du financement à } \quad \hbox{-----} \hbox{ Fournit des services à }$
- Le rôle des RLISS a été élargi pour inclure des fonctions axées sur les clients au printemps 2017, lorsque la responsabilité des Centres d'accès aux soins communautaires leur a été transférée.
- 2. Nouvelle appellation pour les 14 RLISS.
- 3. La détermination de l'admissibilité aux services d'assistance peut être effectuée par les SSDMC ou un organisme d'assistance, ou les deux, selon les pratiques locales qui sont demeurées en vigueur depuis 2009. Voir la discussion à la section 4.1.2.

comprennent les services de soutien à la personne (c'est-à-dire l'aide pour l'hygiène personnelle et les activités de la vie quotidienne, ce qui comprend les tâches essentielles et courantes, comme s'alimenter, s'habiller et utiliser la toilette) et les services d'aides familiales (comme passer l'aspirateur, préparer les repas, faire la buanderie) à

une fréquence, à un niveau d'urgence et d'intensité plus élevé que les visites de soins à domicile planifiées, sans que la personne doive nécessairement faire l'objet d'une surveillance médicale directe continue comme dans le cas des services fournis dans les foyers de soins de longue durée. Les services d'assistance comprennent également des vérifications

Figure 3 : Continuum des soins – soins à domicile, services d'assistance et soins de longue durée présentés dans la plus récente politique sur les services d'assistance (2011) du ministère de la Santé

Source des données : Ministère de la Santé

FAIBLE-

TRÈS ÉLEVÉ

Domicile avec soutien (soins à domicile)

Soins planifiés :

- · Visites à domicile
- Messages de rappel des activités instrumentales de la vie quotidienne* (AIVQ)
- · Services professionnels
- · Soutien social
- Soutien à la prise de médicaments
- · Soins actifs épisodiques

Services d'assistance pour les personnes âgées à risque élevé

Soins planifiés et non planifiés :

- Soutien « juste à temps » pour les soins personnels urgents
- Tâches ménagères essentielles
- · Soutien social
- · Soutien aux AIVQ
- Messages de rappel pour la prise de médicaments
- Relation avec les services professionnels pour les problèmes de santé chroniques

Soutien illimité aux soins à domicile

Les personnes inscrites sur une liste d'attente en soins de longue durée reçoivent des services de soutien à domicile et d'aides familiales à un niveau qui dépasse les niveaux de services habituels

Foyer de soins de longue durée

- · Soins infirmiers
- Supervision 24 heures sur 24, 7 jours sur 7
- Soutien pratique pour les AIVQ
- Gestion des médicaments

Remarque : Faible à très élevé s'applique à a) la fréquence des services et b) aux urgences et l'intensité des services.

* Les activités quotidiennes comprennent l'hygiène personnelle, l'utilisation des toilettes, les déplacements et l'alimentation.

de sécurité (lorsqu'une personne se rend au domicile pour s'assurer que le client est en sécurité), les services de réconfort (lorsqu'une personne appelle pour s'enquérir de la santé et de la sécurité du client) et les visites de service non planifiées 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (lorsqu'une personne peut répondre lorsque le client a besoin d'un soutien immédiat et ne peut attendre une visite planifiée). Étant donné que les organismes d'assistance ne fournissent pas de services professionnels comme les soins infirmiers, la politique du Ministère ordonne aux clients d'obtenir ces services auprès d'organismes de services à domicile (organismes avec lesquels les régions sanitaires, ou depuis le 1^{er} avril 2021, les organismes de SSDMC, ont conclu un contrat pour fournir des services de soins, y compris des services professionnels) au besoin. En revanche, les services de soins à domicile comprennent les services de soutien à la personne, les services d'aides familiales et les services professionnels. L'annexe 4 compare les services d'assistance avec les services de soins à domicile.

En Ontario, les services d'assistances fait partie d'un continuum de soins pour les personnes qui

ont besoin de soutien dans la collectivité pour demeurer plus autonomes, comme le montre la **figure 3.** D'autres provinces offrent des services semblables à leurs résidents. L'**annexe 5** présente la comparaison des principaux aspects des services d'assistance, comme l'admissibilité et la surveillance, entre l'Ontario et certaines provinces offrant des services comparables.

L'annexe 6 montre comment les services d'assistance ont aidé certaines personnes à demeurer dans la collectivité et avec leur famille.

2.3.1 Organismes et programmes de services d'assistance

Au total, 182 organismes de services d'assistance, qui relèvent chacun d'un conseil d'administration, offrent collectivement environ 500 programmes de services d'assistance dans un immeuble avec services ou dans la collectivité. Certains organismes offrent une combinaison de programmes dans des immeubles avec services et en milieu communautaire et d'autres ne fournissent des services que dans l'un ou l'autre de ces modes, comme le montre l'annexe 7.

figure 4, 63 % des clients ont reçu des services d'assistance dans un immeuble avec services indépendant en 2020-2021. Environ 37 % des clients ont reçu des services dans la collectivité, y compris dans leur lieu de résidence (occupé comme locataire ou propriétaire), qui peut se trouver dans une collectivité près d'un « centre de soins » (c'est-à-dire

un immeuble avec services central) ou non. (Santé

Ontario ne ventile pas cette information et les régions

Comme on peut le voir sur la

sanitaires ne l'avaient pas fait.)

Les services d'assistance sont offerts dans plus de 140 immeubles avec services, qui sont souvent des immeubles d'appartements dont l'organisme est propriétaire ou exploitant; les clients reçoivent non seulement des services d'assistance de l'organisme, mais ils peuvent aussi payer un loyer à l'organisme, le locateur du client. L'annexe 8 présente la liste de ces immeubles.

Chaque organisme de services d'assistance a conclu une entente de responsabilisation en matière de services avec la région sanitaire (depuis le 1er avril 2021, Santé Ontario) qui le finance en se fondant sur une entente modèle établie à l'origine par les régions sanitaires; les régions ont le pouvoir discrétionnaire de déterminer la durée de l'entente, qui est habituellement de trois ans. L'entente énonce les modalités que les organismes tiers doivent respecter dans la prestation des services de santé à leurs clients. Les régions sanitaires pouvaient apporter des modifications aux services offerts, à leur discrétion. Les ententes comprenaient des annexes mises à jour chaque année pour préciser le financement annuel et les cibles de rendement, ainsi qu'une gamme acceptable de résultats pour satisfaire les cibles que chaque organisme négocie avec la région sanitaire. L'entente décrit également des indicateurs de rendement, qui

Figure 4: Clients des services d'assistance, par lieu de prestation des services, 2020-2021

Source des données : Santé Ontario

	Dans un établis services d'a		En milieu com	munautaire	
Population cible	Nombre	% du total	Nombre	% du total	% du total
Personnes âgées à risque élevé (politique de 2011) ¹	3 150	51	2 992	49	6 142
concerne les personnes âgées ou fragiles et aux personnes âgées ayant une déficience cognitive	1 505	87	224	13	1 729
Personnes âgées (combinaison des deux catégories ci- dessus)	2 929	67	1 436	33	4 365
Total des personnes âgées	7 584	62	4 652	38	12 236
Adultes ayant une déficience physique ²	1 152	68	535	32	1 687
Adultes atteints du VIH/sida ²	442	92	37	8	479
Adultes ayant une lésion cérébrale acquise ²	234	75	77	25	311
Données regroupées (groupe de population non précisé; peut contenir l'un des groupes susmentionnés)	2 512	60	1 656	40	4 168
Total	11 924	63	6 957	37	18 881³

La politique Services d'assistance pour les personnes âgées à risque élevé (la Politique de 2011) précise les conditions d'admissibilité des aînés qui présentent un risque élevé d'hospitalisation ou d'admission dans un établissement de soins de longue durée (maintenant appelés personnes âgées à risque élevé) et qui correspondent aux profils présentés à la figure 6.

^{2.} La Politique sur le logement avec services de soutien de longue durée de décembre 1994 (Politique de 1994) stipule que le client doit être âgé d'au moins 16 ans, avoir un problème de santé particulier (c.-à-d. une déficience physique, une lésion cérébrale ou le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise) et avoir besoin de services de soutien à la personne et d'aides familiales de façon continue.

^{3.} Les données ont été obtenues des 14 régions sanitaires, qui ont été regroupées en cinq régions sous l'égide de Santé Ontario le 1er avril 2021. Les régions sanitaires ont communiqué avec les organismes de services en notre nom pour obtenir ces renseignements. Cet exercice de collecte de données a produit des chiffres inférieurs au montant déclaré par les organismes au ministère de la Santé. Cette question fait l'objet de discussions additionnelles à la section 4.4.3.

varient d'une région sanitaire à l'autre, mais qui précisent habituellement le nombre de clients servis et le nombre de jours pendant lesquels ces clients ont reçu des services. Les cibles varient également d'une région sanitaire à l'autre.

Ces ententes ont été transférées de chacun des 14 RLISS à Santé Ontario le 1^{er} avril 2021. La durée de ces ententes s'échelonne sur plusieurs années. Actuellement, toutes les ententes ont été modifiées pour prendre fin le 31 mars 2022. Santé Ontario nous a informés qu'il ne prévoyait pas l'établissement de nouvelles ententes pour officialiser la relation hiérarchique entre lui et les organismes.

L'annexe 9 présente un échantillon d'organismes de services d'assistance et les services qu'ils offrent.

2.3.2 Accès et admissibilité aux services

La figure 5 montre le cheminement vers l'obtention des services d'assistance. Contrairement aux services de soins à domicile où l'admission initiale des clients est toujours effectuée dans la région sanitaire (depuis avril 2021, auprès de l'organisme de SSDMC), certaines régions sanitaires ont permis aux organismes d'effectuer ces évaluations initiales à l'admission principalement en raison des pratiques locales qui persistent depuis 2009. Pour 234 (46 %) des 507 programmes de services d'assistance offerts, l'admissibilité initiale est déterminée par les coordonnateurs des soins qui travaillent dans les 14 organismes de SSDMC; les coordonnateurs des soins peuvent aiguiller les clients vers des services de soins à domicile, d'assistance ou de soins de longue durée. Pour les 273 (54 %) programmes d'assistance restants, les organismes de service évaluent l'admissibilité, sans participation ou presque des SSDMC.

La politique ministérielle stipule que l'organisme qui détermine l'admissibilité en décide également du plan de services, qui comprend la quantité de services qu'un client recevra en fonction de ses besoins évalués.

Le Ministère a élaboré deux politiques qui énoncent les conditions d'admissibilité aux services

Figure 5 : Processus de prestation des services d'assistance en Ontario

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Aiguillage

Des hôpitaux, des professionnels de la santé, y compris des fournisseurs de soins primaires, d'autres aidants (comme des membres de la famille, des voisins, des amis), du personnel de soutien communautaire ou par soi-même

Détermination de l'admissibilité¹

ou

Organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC) (avant le 1er avril 2021, le réseau local d'intégration des services de santé)

un organisme d'assistance tiers

Élaboration d'un plan de services

Organismes de SSDMC2

un organisme ou d'assistance tiers³

Prestation de services

Un organisme d'assistance tiers fournit des services et réévalue les besoins en services tous les trimestres

- La partie responsable diffère d'une région sanitaire à l'autre, et parfois à l'intérieur de la même région sanitaire, selon les pratiques locales en vigueur depuis 2009 et comme l'autorise la Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires.
- Lorsque les organismes de SSDMC déterminent l'admissibilité, certains fournissent un plan de services de haut niveau, mais celui-ci n'indique pas les heures, la répétition ou la fréquence des services.
- Lorsque l'organisme d'assistance détermine l'admissibilité, il élabore un plan de services qui indique la quantité de services que la personne admissible devrait recevoir.

et les attentes quant à la prestation de ces services aux clients, l'une datant de 2011, qui concerne les personnes âgées à risque élevé et l'autre datant de 1994, qui concerne les adultes ayant une déficience physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/sida; voir l'annexe 10 pour plus de renseignements sur ces deux politiques. L'annexe 11 présente les principales sections de la politique la plus récente, celle de 2011.

Les organismes de SSDMC et les organismes de services d'assistance utilisent un instrument

d'admissibilité commun pour s'assurer que les décisions concernant les bénéficiaires des services sont cohérentes et fondées sur des aspects clés de l'état de santé d'une personne. L'outil utilisé s'appelle l'Instrument d'évaluation des résidents internationaux ou interRAI. La **figure 6** montre les caractéristiques et scores minimaux à l'instrument d'évaluation qu'une personne doit obtenir pour être considérée comme une « personne âgée à risque élevé » admissible aux services d'assistance en vertu de la politique de 2011.

2.3.3 Appels de plaintes devant la Commission d'appel et de révision des services de santé

Les clients (ou leur famille) qui ne sont pas satisfaits de la façon dont leur organisme d'assistance a réglé leurs plaintes, en particulier celles concernant la détermination de leur admissibilité aux services, l'exclusion d'un service de leur plan de services, le montant du service prévu dans leur plan de services ou la cessation d'un service, peuvent interjeter appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé, pourvu que la plainte ne porte pas sur la qualité des services. La Commission est un tribunal indépendant désigné dans diverses lois relatives aux soins de santé, notamment la *Loi de 1994 sur les services de*

Figure 6 : Profils des personnes âgées à risque élevé au sens de la *Politique des services d'assistance pour les personnes âgées à risque élevé, 2011*

Source des données : Ministère de la Santé

Profil ¹	Description	Résultats de l'instrument d'évaluation interRAI ²
1.	Le demandeur a un aidant naturel (cà-d. probablement un membre de la famille) qui est en mesure de lui fournir le soutien nécessaire et il présente une combinaison de besoins; par exemple, il a besoin d'aide pour s'habiller et s'occuper de son hygiène personnelle, il a de la difficulté à prendre des décisions et a des antécédents de chutes ou de difficulté à gérer ses médicaments.	Résultat à l'évaluation avec la méthode d'attribution des niveaux de priorité (Method for Assigning Priority Levels ou MAPLe³) 4 ou 5
2.	Le demandeur n'a pas d'aidant naturel ou a un aidant naturel qui est incapable de fournir le soutien requis. Le demandeur est sain sur le plan cognitif, a peu ou pas de difficulté avec sa mémoire à court terme, ses aptitudes cognitives pour prendre des décisions au quotidien ou à se faire comprendre et/ou a de la difficulté à s'alimenter. Le demandeur peut aussi avoir besoin d'aide pour préparer les repas et accomplir les tâches ménagères courantes.	Résultat à l'évaluation du rendement cognitif ⁴ de 0 ou 1 et de 5 ou 6 à l'échelle hiérarchique des activités instrumentales de la vie quotidienne ⁵
3.	Le demandeur n'a pas d'aidant naturel ou a un aidant naturel qui est incapable de fournir le soutien requis. Le demandeur a une déficience cognitive légère à modérée et il est évalué comme étant parfois incontinent.	Résultat à l'évaluation du rendement cognitif de 2+ et d'au plus « incontinence occasionnelle »

- 1. Une personne doit satisfaire à l'une des trois descriptions de profil pour être admissible aux services d'assistance.
- 2. Évalue les besoins, les forces et les préférences des personnes qui reçoivent des soins à domicile et en milieu communautaire; met l'accent sur le fonctionnement et la qualité de vie de la personne et facilite l'aiguillage vers les services de santé appropriés.
- 3. MAPLe Méthode d'attribution des niveaux de priorité est un outil d'aide à la décision qui peut être utilisé pour établir l'ordre de priorité des personnes qui ont besoin de services en milieu communautaire ou en établissement et pour planifier l'affectation des ressources. Il attribue l'un des cinq niveaux de priorité à la personne évaluée en fonction de l'information tirée de l'évaluation interRAI, les résultats élevés indiquant une probabilité accrue d'avoir besoin de soins en établissement.
- 4. Évalue l'état cognitif d'une personne sur une échelle de 0 à 6, les résultats les plus élevés indiquant une déficience plus grave.
- 5. Mesure la capacité d'une personne à accomplir des tâches (p. ex. préparation des repas, tâches ménagères courantes et gestion des médicaments) sur une échelle de 0 à 6, les résultats les plus élevés indiquant une capacité moindre d'accomplir les activités de la vie quotidienne, y compris en ce qui concerne l'hygiène personnelle, l'utilisation des toilettes, les déplacements et l'alimentation.

soins à domicile et les services communautaires ainsi que la Loi sur les ambulances et la Loi sur la protection et la promotion de la santé. Les clients et leur famille pourraient également signaler toute préoccupation concernant de mauvais traitements ou de la négligence à la police.

2.4 Déclaration des données financières et sur les services

En 2020-2021, le Ministère a distribué près de 389 millions de dollars (343 millions de dollars en 2019-2020) à des organismes de services d'assistance tiers dans les régions sanitaires; ce montant était en hausse de 24 % par rapport aux 313 millions de dollars distribués 2016-2017. Comme le montre la figure 7, l'augmentation annuelle appliquée en 2020-2021 a dépassé l'augmentation annuelle moyenne des années précédentes en partie en raison des répercussions de la pandémie de COVID-19. Selon le coût par client, les services d'assistance représentent environ le double du coût des soins à domicile « de longue durée » (lorsque les clients reçoivent habituellement des services pendant plus d'un an) et environ le cinquième du coût des soins de longue durée, comme le montre la figure 8.

En moyenne, chaque organisme a dépensé environ 17 400 \$ pour chaque client des services d'assistance en 2020-2021, comme le montre la **figure 8**; ce coût variait de 1 151 \$ à 228 393 \$, comme le montre **l'annexe 1**. Les coûts peuvent varier en raison des différents niveaux de service, des besoins des clients, de la capacité de l'organisme et l'emplacement géographique où les services sont fournis.

Comme le montre la **figure 9**, d'après les données que les organismes ont déclarées au Ministère, dans les 14 régions sanitaires, le coût moyen par client pour les organismes variait de 7 987 \$ à Waterloo Wellington à 42 495 \$ dans la région du Sud-Est, où les clients recevaient en moyenne respectivement 18 heures et 93 heures de services par mois. De plus, le coût moyen par heure de service variait de 35 \$ dans le Nord-Est à 67 \$ dans Simcoe Nord Muskoka.

Comme l'exigent les ententes de responsabilisation en matière de services conclues avec les régions sanitaires (la responsabilité des ententes a depuis été transférée à Santé Ontario), les organismes de services d'assistance déclarent des données financières détaillées et des données sur les soins aux patients à la Direction de la science des données sur la santé du Ministère trois fois par année. Le nombre

Figure 7 : Paiements de transfert des réseaux locaux d'intégration des services de santé aux services d'assistance et autres programmes destinés aux personnes qui ont besoin de services de soutien à la personne et d'aides familiales, 2016-2017 à 2020-2021 (000 \$)

Source des données	Comptee	nublice	da	l'Ontario
Source des données	Comples	DUDITES	ue	i Unitario

	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	Variation annuelle moyenne en %, 2016-2017 à 2019-2020	2020-2021	Variation en %, 2019-2020 à 2020-2021¹
Services d'assistance	312 961	323 080	337 644	343 301	3	388 572 ²	13
Soins à domicile	2 736 514	2 611 545	2 780 291	2 878 836	2	3 080 825	7
Foyers de soins de longue durée	3 687 241	3 781 585	3 929 078	4 023 425	3	5 939 893³	48

^{1.} Les augmentations du financement de 2019-2020 à 2020-2021 sont principalement attribuables aux dépenses liées à la pandémie de COVID-19.

^{2.} Comprend un financement d'environ 38 millions de dollars lié à la pandémie de COVID-19 et un financement accru pour les organismes de services qui, grâce à celui-ci, ont pu accroître leur capacité de desserte des clients.

^{3.} Comprend le financement des anciens RLISS et le financement géré par le Ministère.

Figure 8 : Coût annuel moyen par bénéficiaire des services d'assistance, de soins à domicile et de soins de longue durée, 2016-2017 à 2020-2021 (\$)

Source des données : Ministère de la Santé

	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-20211
Services d'assistance	10 499	14 592 ^{2,3}	14 221 ²	15 768 ²	17 400 ²
Soins à domicile (longue durée seulement) ⁴	7 359	7 564	7 743	8 059	8 849
Soins de longue durée	73 291	72 673	75 469	76 832	88 028

- 1. L'augmentation du financement de 2019-2020 à 2020-2021 est principalement attribuable aux dépenses liées à la pandémie de COVID-19 et en partie à l'augmentation du financement des organismes de services qui, grâce à celui-ci, ont pu accroître leur capacité de desserte des clients.
- 2. Comprend le financement et les clients acheminés dans le cadre du programme de soins de transition/à court terme, comme expliqué à l'annexe 1.
- 3. L'augmentation est principalement attribuable au financement global des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), celui-ci variant de 1 % à 8 % selon le RLISS, qui a servi à accroître les services fournis aux clients.
- 4. Les soins à domicile peuvent être classés comme des services de courte ou de longue durée. Les clients des services de courte durée sont habituellement ceux dont les besoins sont aigus ou liés à une plaie, à une réadaptation ou à un traitement oncologique. Les clients des services de longue durée reçoivent habituellement des services pendant plus d'un an.

Figure 9 : Coût par client servi et heures de service mensuelles, par région sanitaire, 2020-2021

Source des données : Ministère de la Santé

		Co	oût¹ par client (\$)	Moyenne	
Région sanitaire	Nombre total de clients servis	Nombre minimal	Nombre maximal	Moyenne	des heures de service par client par mois	Coût moyen par heure de service (\$)
Centre	2 150	7 725	91 354	22 431	47	39
Centre-Est	2 668	4 382	87 355	10 550	24	37
Centre-Ouest	404	8 367	76 162	12 541	19	54
Champlain	1 180	2 446	70 815	20 895	41	43
Érié St-Clair	370	13 524	53 587	37 210	84	37
Hamilton Niagara Haldimand Brant	2 252	6 109	75 407	25 477	54	39
Mississauga Halton	3 552	4 490	70 467	13 414	27	42
Nord-Est	2 202	3 928	59 231	12 996	31	35
Simcoe Nord Muskoka	456	8 786	40 554	23 586	30	672
Nord-Ouest	1 197	952	38 595	13 966	31	38
Sud-Est	247	17 157	206 075	42 495	93	38
Sud-Ouest	849	10 277	173 084	41 153	92	37
Centre-Toronto	3 967	2 251	103 791	15 842	27	50
Waterloo Wellington	1 622	912	55 975	7 987	18	38
Province	23 116	912	206 075	17 400³	36 ³	41

Fondé sur les coûts consacrés à la desserte des clients des services d'assistance déclarés par les organismes de services d'assistance, financés par le ministère de la Santé et d'autres sources, comme les collectes de fonds.

^{2.} La région sanitaire n'a pas été en mesure d'expliquer cette anomalie (c.-à-d. le coût horaire le plus élevé de toutes les régions sanitaires) lorsque nous avons terminé notre audit.

^{3.} Nous avons observé des fourchettes d'ampleur semblable en 2019-2020.

Figure 10 : Sélection de données sur les services déclarées par les organismes de services d'assistance dans les 14 régions sanitaires, 2018-2019 à 2020-2021

Source des données : Ministère de la Santé

	Nombre aiguillées	Nombre de personnes aiguillées vers des services d'assistance ¹	nes ervices	Nombre de	Nombre de clients en attente du début du service ²	attente	Nombred	Nombre de clients admis³	dmis³	Nombre	Nombre de clients servis ⁴	ervic ⁴	Nombre	Nombre de iours-récidents ⁵	dents ⁵
Région sanitaire	2018-	2019-	2020-	2018-	2019-	2020-	2018-	2019- 2020	2020-	2018-	2019-	2020-	2018-2019	2019-2020	2020-2021
Centre	20	88	43	1 678	1 067	1 055	463	579	260	2 426	2 453	2 150	699 028	689 947	634 790
Centre-Est	320	582	488	1 321	1 423	1 364	757	894	635	3 691	3 051	2 668	619 648	755 694	713 800
Centre-Ouest	0	0	0	144	49	66	237	140	119	495	363	404	79 350	802 99	77 176
Champlain	104	157	35	528	691	707	453	353	220	1 992	1 413	1 180	301 621	300 799	263 247
Érié St-Clair	0	0	3	204	518	531	84	73	118	324	364	370	88 214	89 228	89 333
Hamilton Niagara Haldimand Brant	17	∞	4	387	143	242	1 6776	147	69	2 618	2 877	2 252	512 628	520 493	511 193
Mississauga Halton	145	92	102	478	628	202	651	702	399	2 632	2 797	3 552	568 482	545 295	532 076
Nord-Est	30	130	127	527	852	426	469	222	234	1 750	1 467	2 202	330 199	321 457	307 013
Simcoe Nord Muskoka	11	6	က	463	483	449	93	38	31	677	573	456	148 907	134 973	119 606
Nord-Ouest	0	0	0	502	543	611	143	171	102	1 034	1 297	1 197	260 940	259 152	250 751
Sud-Est	4	2	1	214	237	237	65	38	36	304	284	247	82 848	81 252	71 657
Sud-Ouest	88	153	124	139	159	116	133	136	136	849	877	849	213 319	224 282	220 893
Centre- Toronto	415	436	252	808	770	792	6 420 ⁶	445	284	5 047	3 793	3 967	1 076 309	931 327	1 040 814
Waterloo Wellington	874	866	2	61	34	0	12	15	12	1 002	1 102	1 622	47 903	78 880	74 342
Total	2 029	2 523	1 184	7 455	7 597	7 134	11 657	3 953	2 655	24 841	22 711	23 116	5 029 396	4 999 287	4 906 691

^{1.} Nombre d'adultes et de personnes âgées nouvellement aiguillés vers des services d'assistance au cours de l'année.

^{2.} Nombre de personnes acceptant de recevoir des services d'assistance et en attente de service au 31 mars de l'année.

^{3.} Nombre de personnes pour qui l'évaluation des services d'assistance a été effectuée et qui ont reçu leur premier service au cours de l'année.

^{4.} Nombre de personnes servies par l'organisme au cours de l'année. Les personnes ne sont comptées qu'une seule fois dans l'année, peu importe le nombre de services différents qu'elles ont reçus ou le nombre de fois où elles ont été admises et ont obtenu leur congé au cours de l'année.

^{5.} Nombre de jours de services à un client fournis par l'organisme de services d'assistance.

^{6.} La région sanitaire n'a pas été en mesure d'expliquer cette anomalie des données et a indiqué que ses données étaient différentes de celles du Ministère.

de clients admis et en attente de services est un exemple du type d'information soumise. Les régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) peuvent accéder à ces données. La **figure 10** présente un échantillon des principaux services déclarés par les organismes au cours des trois dernières années. La demande et le niveau de service sont généralement demeurés constants au fil des ans, tandis que le nombre de nouveaux clients admis a diminué.

Les organismes déclarent également certaines mesures aux régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) trois fois par année, comme l'exigent la politique ministérielle et leurs ententes de responsabilisation en matière de services; ces mesures varient d'une région sanitaire à l'autre. Les mesures les plus courantes sont le nombre de clients différents servis pendant une année et le nombre de « jours-résidents », qui représente le nombre de jours où les organismes de services d'assistance ont fourni des services à un client. Si les organismes de services d'assistance n'atteignent pas ces niveaux de rendement minimaux, Santé Ontario discutera avec le personnel des organismes de la façon de combler les lacunes.

2.5 Cadre juridique et de gouvernance

Les services d'assistance sont fournis en tant que services communautaires en vertu de la *Loi* de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires. L'abrogation de cette loi entrera en vigueur au moment de la proclamation de la *Loi pour connecter la population aux services de soins à domicile et en milieu communautaire* de 2020, que le Ministère prévoit de mettre en œuvre d'ici la fin de 2021-2022.

La Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires :

- définit les différents groupes de services communautaires qui comprennent les soins à domicile et en milieu communautaire et les services particuliers dans chaque groupe;
- établit une déclaration des droits du patient (voir l'annexe 12) pour les personnes recevant des services en milieu communautaire, que les

- fournisseurs de services doivent respecter et promouvoir pleinement;
- énonce le pouvoir du ministre de la Santé d'approuver et de financer les organismes qui fournissent des services en milieu communautaire et d'établir les modalités de ces approbations et de ces fonds;
- établit les exigences en matière de coordination des soins, y compris celle voulant que l'organisme autorisé à fournir des services en milieu communautaire évalue les besoins de la personne, détermine son admissibilité à des services, élabore un plan des services fournis et coordonne les services planifiés, inscrive la personne sur une liste d'attente, au besoin, réévalue les besoins et révise le plan de services selon la situation de la personne;
- exige que les organismes autorisés établissent un processus d'examen et de traitement des plaintes;
- établit le droit du patient d'en appeler des décisions de l'organisme autorisé concernant l'admissibilité du patient à la prestation de services en milieu communautaire, la quantité de services, l'exclusion d'un service de son plan de services ou la cessation d'un service;
- exige que les organismes autorisés élaborent et mettent en œuvre un système de gestion de la qualité pour surveiller, évaluer et améliorer les services fournis.

Le 1^{er} avril 2021, le gouvernement a transféré certaines des responsabilités, y compris la surveillance des services d'assistance, des régions sanitaires à Santé Ontario, et les RLISS ont commencé à exercer leurs activités sous un nouveau nom commercial, les SSDMC, avec un champ de responsabilité plus limité (c.-à-d. principalement les soins à domicile et les services de placement en foyer de soins de longue durée, ainsi que la détermination de l'admissibilité à certains services d'assistance). Cette question est traitée à la **section 2.2.**

En février 2019, le Ministère a mis sur pied les équipes de Santé Ontario dans le cadre d'une initiative en cours d'élaboration visant à créer un « système de santé publique interconnecté dans la province ». Les équipes seront composées d'organismes de soins de santé comme des hôpitaux, des foyers de soins primaires, des foyers de soins de longue durée et des organismes de services de soins à domicile et en milieu communautaire. En septembre 2021, 50 équipes de Santé Ontario ont été mises sur pied; elles en étaient aux premières étapes de développement, mais ne fonctionnaient pas encore à plein régime. Environ 70 organismes de services d'assistance s'étaient joints à une équipe de Santé Ontario. Le Ministère a indiqué qu'une fois que les équipes de Santé Ontario auront été pleinement établies, elles se partageront la responsabilité de la prestation des services de santé. Les équipes ont pour but d'intégrer les soins et le financement, de mettre les patients et les familles de la collectivité en contact avec les organismes et les services de santé pertinents en tenant compte des antécédents des patients en matière de soins de santé, de mettre les patients en contact avec les différents types de soins dont ils ont besoin et d'aider les patients à s'y retrouver dans le système de santé. Le 1er août 2021, le personnel du Ministère a indiqué qu'aucune date limite n'avait été fixée pour que les équipes de Santé Ontario soient pleinement opérationnelles, en partie en raison des répercussions de la pandémie de COVID-19.

3.0 Objectif et étendue de l'audit

Notre audit visait à déterminer si le ministère de la Santé (le Ministère) et Santé Ontario, y compris les anciens réseaux locaux d'intégration des services de santé, disposent de processus efficaces pour :

- planifier les services d'assistance, en tant que composante économique du continuum de soins, de manière équitable et intégrée à l'échelle de la province;
- surveiller les organismes de prestation de services d'assistance offrant ces services aux Ontariens

- admissibles conformément aux lois et aux politiques applicables;
- mesurer la qualité et l'efficacité de ces services et en rendre compte.

Lors de la planification de nos travaux, nous avons défini les critères (voir l'Annexe 13) que nous utiliserions pour atteindre l'objectif de notre audit. Ces critères sont fondés sur un examen des lois, des politiques et des procédures applicables, ainsi que sur des études internes et externes et des pratiques exemplaires. Les cadres supérieurs du ministère de la Santé examiné et accepté la pertinence de nos objectifs et des critères connexes.

L'audit s'est déroulé de janvier à août 2021. Nous avons obtenu du Ministère une déclaration écrite selon laquelle au 19 novembre 2021, il avait fourni à notre Bureau toute l'information qui, à sa connaissance, pourrait avoir une incidence importante sur les constatations ou la conclusion du présent rapport.

Dans le cadre de notre travail, nous avons examiné les lois, les ententes, les rapports, les lignes directrices des programmes et les politiques applicables. Nous avons examiné des documents, analysé des données, évalué les contrôles de TI et les risques associés, en plus de recueillir des données sur les services d'assistance dans le cadre de deux enquêtes et interviewé des membres du personnel des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (responsabilités maintenant réparties entre Santé Ontario et 14 organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire [SSDMC]). Ces enquêtes nous ont permis de dégager des données plus précises sur les services d'assistance dans l'ensemble de l'Ontario, notamment en ce qui concerne la participation des régions sanitaires (depuis le 1er avril 2021, Santé Ontario) à la surveillance des services et à l'endroit où les services ont été fournis, y compris dans les milieux collectifs centraux ou dans la collectivité en général. Nous avons également obtenu et évalué des données sur la notation de l'admissibilité, des renseignements sur les listes d'attente et des renseignements sur les services de soins à domicile pour les clients des services

d'assistance tirés des données du Client Health and Related Information System de Santé Ontario pour les 11 régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, les organismes de SSDMC) de la province qui sont chargées de déterminer l'admissibilité des clients.

Dans sept organismes de services d'assistance, nous avons interviewé des cadres supérieurs et des membres du personnel de soins afin de mieux comprendre comment ils fournissent des services d'assistance, examiné un échantillon de dossiers de patients afin de déterminer la quantité et le type de soins fournis et le lien avec leurs ententes de responsabilisation avec la région sanitaire, en plus de participer à des visites virtuelles en direct d'un échantillon de leurs points de services. Nous avons sélectionné ces organismes dans quatre régions sanitaires (Centre, Mississauga Halton, Simcoe Nord Muskoka et Centre-Toronto) puisque leurs dépenses combinées pour les services d'assistance en 2020-2021 représentaient environ 46 % des dépenses globales du Ministère dans ce secteur. Dans ces régions sanitaires, nous avons sélectionné des organismes qui reflètent un éventail de milieux urbains et ruraux et de modèles de prestation de services, y compris les organismes qui possèdent ou exploitent des immeubles et les organismes qui fournissent des services à l'extérieur de ces immeubles au domicile des personnes, ainsi qu'une gamme de tailles, de ceux qui reçoivent un financement annuel plus faible aux exploitants d'immeubles avec services plus grands et à emplacements multiples.

Nous avons également examiné les renseignements accessibles au public concernant les immeubles avec services exploités par un organisme afin de repérer ceux qui avaient indiqué facturer les services aux clients. De plus, nous avons enquêté en nous présentant comme des membres de la famille de clients potentiels à la recherche de services d'assistance dans un établissement et avons communiqué par téléphone avec un échantillon de cinq organismes pour s'enquérir de leurs frais et de leurs services. Nous n'avons pas été en mesure de joindre deux organismes parce qu'ils n'ont pas

répondu à nos appels et obtenu des renseignements des trois autres organismes.

Les travaux supplémentaires que nous avons effectués sont énumérés à l'annexe 14.

Nous avons réalisé nos travaux et présenté les résultats de notre examen conformément aux Normes canadiennes de missions de certification – Missions d'appréciation directe publiées par le Conseil des normes d'audit et de certification des Comptables professionnels agréés du Canada. Cela comprenait l'obtention d'un niveau d'assurance raisonnable.

Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario applique la Norme canadienne de contrôle qualité et, de ce fait, il maintient un système exhaustif de contrôle qualité comprenant des politiques et des consignes documentées au sujet du respect des règles de conduite professionnelle, des normes professionnelles, ainsi que des critères législatifs et réglementaires applicables.

Nous nous sommes conformés aux exigences en matière d'indépendance et d'éthique du Code de déontologie de l'Institut des comptables agréés de l'Ontario, qui est fondé sur des principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle, de diligence raisonnable, de confidentialité et de conduite professionnelle.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Soins centralisés et accessibles

4.1.1 Les Ontariens et les partenaires du secteur public ne sont pas bien informés des services d'assistance.

Notre audit a révélé que le gouvernement n'avait pas pris suffisamment de mesures pour sensibiliser davantage le public au programme de services d'assistance. En fait, ni le Ministère, ni bon nombre des régions sanitaires ni Santé Ontario n'ont recensé les endroits où les services d'assistance étaient

fournis. Même les ententes entre les organismes de services d'assistance et les régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) n'indiquaient pas où les services devaient être fournis. Les régions sanitaires et le Ministère ont dû compiler ces renseignements pour nous lorsque nous leur avons demandé de le faire dans le cadre de notre audit.

Ce manque général d'information représente un obstacle important pour les personnes vulnérables lorsqu'il s'agit de trouver l'aide dont elles ont besoin pour vivre en sécurité et confortablement chez elles et éviter les soins de longue durée ou l'hospitalisation. L'itinérance est un autre résultat potentiel moins courant, mais grave, qui peut être évité. L'un des organismes de services d'assistance à qui nous avons fait appel dispose de spécialistes pour fournir des services aux personnes qui sont vulnérables à l'itinérance.

Au moment de notre audit sur le terrain, nous avons constaté que le Ministère avait pris peu de mesures pour communiquer au public ou à d'autres secteurs du gouvernement des renseignements pertinents sur son programme de services d'assistance depuis sa dernière mise à jour il y a 10 ans. Les deux plus récents rapports du Ministère, établis par des experts et visant à améliorer les soins à domicile et en milieu communautaire (L'épanouissement à domicile : Cadre de niveaux de soins pour améliorer la qualité et l'uniformité des soins à domicile et en milieu communautaire pour la population ontarienne de juin 2017 et Amener les soins au domicile de mars 2015) ne faisaient pas mention des services d'assistance.

La plupart des groupes d'intervenants à qui nous avons parlé semblaient eux aussi mal connaître les programmes offerts par les organismes de services d'assistance un peu confus quant à l'endroit où ils sont offerts, leur nature, le nombre de places disponibles, les temps d'attente, les processus de demande et les personnes admissibles à ces programmes. Les réponses à notre sondage auprès des préposés aux services de soutien à la personne ont également révélé de la confusion au sujet du programme des services d'assistance – certains ont

confondu ce programme avec les soins de longue durée. De plus, selon les données que les organismes d'assistance ont déclarées au Ministère, le nombre de nouveaux aiguillages vers le programme était en moyenne de 85 par région en 2020-2021 et de 180 par région en 2019-2020. Cependant, à ces deux années, dans environ la moitié des régions sanitaires, moins de 10 personnes ont été aiguillées et, dans certains cas, personne n'a été aiguillé vers des services d'assistance.

La confusion au sujet du programme est d'autant plus exacerbée que certaines maisons de retraite se désignent comme « résidence avec services » ou des « services d'assistance » étant donné que le terme « résidence avec services » n'est pas un terme protégé; toutefois, le gouvernement ne finance pas les services de soins que les maisons de retraite offrent à leurs résidents. Le nombre de changements de nom parmi les organismes qui offrent le programme de soins à domicile et en milieu communautaire du gouvernement, qui comprend les services d'assistance, exacerbe cette confusion. Plus particulièrement, les centres d'accès aux soins communautaires ont été transférés aux RLISS en 2017 et, plus récemment, les RLISS ont changé de nom et sont devenus les organismes de SSDMC. Ces changements d'appellations peuvent compliquer la tâche des Ontariens qui ont besoin de services de soins et doivent s'y retrouver parmi ces organismes.

Lorsque nous avons commencé nos travaux sur le terrain au début de 2021, nous avons constaté que les sites Web des régions sanitaires et du Ministère fournissaient peu de renseignements sur le programme. Toutefois, avec la transition des régions sanitaires vers des organismes de SSDMC le 1^{er} avril 2021, la situation s'est améliorée. Nous avons alors trouvé plus de renseignements auprès de ces organismes sur la façon dont les services d'assistance peuvent aider les personnes qui ont besoin d'autres services que le programme de soins à domicile n'offre pas, comme des soins plus fréquents et des visites non planifiées. Nous avons toutefois constaté que l'information publiée n'était pas toujours cohérente ou complète. En particulier,

- Les sites Web de Santé Ontario et des organismes de SSDMC ne précisent pas l'endroit ou les secteurs où les services d'assistance sont fournis ni ne contiennent de liens vers les sites des organismes de services d'assistance. De plus, l'information qu'ils fournissent sur les services de soins à domicile ne précise pas que certains clients des soins à domicile peuvent également être admissibles aux services d'assistance.
- Le site Web du ministère de la Santé contient des renseignements utiles sur les services de soins à domicile et les services de santé mentale, mais il ne contient toujours pas de renseignements facilement repérables sur les services d'assistance, comme une description de base du programme ou des liens pour diriger les visiteurs vers les sites Web des organismes de SSDMC.

Les autres partenaires du secteur public offrent aussi peu d'information sur les services d'assistance. Par exemple, lorsque nous avons demandé des renseignements que Santé publique Ontario conserve sur les immeubles avec services, comme tout incident de santé publique important qui s'y est produit, l'organisme nous a informés que bien qu'il reçoive une liste des noms et adresses des foyers de soins de longue durée en Ontario du ministère des Soins de longue durée pour repérer les éclosions dans ce milieu, une liste semblable n'est pas disponible dans le cas des immeubles avec services, décrits plus en détail à la section 4.6.3.

RECOMMANDATION 1

Pour accroître la visibilité des services d'assistance pour le public et les autres partenaires du secteur public, le ministère de la Santé doit publier sur son site Web une description de base des services d'assistance, y compris les personnes admissibles à ce service, et fournir des liens pour orienter les visiteurs de son site vers les sites Web des organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation et s'engage à améliorer l'information disponible sur son site Web. Il apportera les mises à jour nécessaires à l'information sur les services d'assistance, y compris les critères d'admissibilité et des liens vers les sites Web des organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire.

Le Ministère collaborera également avec Santé Ontario pour diffuser une communication aux fournisseurs de services de santé pour s'assurer qu'ils sont informés des services auxquels leurs clients peuvent être admissibles.

RECOMMANDATION 2

Afin de tirer parti des progrès réalisés au cours de notre audit et d'améliorer la compréhension du public et d'autres partenaires du secteur public à l'égard du programme des services d'assistance, les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire doivent :

- tenir à jour leur liste des endroits où les services d'assistance sont offerts;
- publier sur leurs sites Web des renseignements indiquant où les services d'assistance sont offerts et inclure des liens vers les sites Web des organismes de services d'assistance.

RÉPONSE DES ORGANISMES DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

Les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire reconnaissent l'importance d'avoir accès à des renseignements exacts et à jour afin que les Ontariens connaissent l'existence des services auxquels ils ont accès. Pour que la liste complète des services d'assistance soit accessible au public, les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire s'engagent à tenir et à mettre à jour leurs

bases de données régionales sur les services d'assistance. Les listes seront accessibles au public sur leurs sites Web (healthcareathome. ca) et dans le répertoire provincial des services de santé (lignesante.ca). Chaque dossier fournira une description des services offerts et, lorsqu'ils sont disponibles, inclura des liens vers le site Web de l'organisme.

4.1.2 Plusieurs parties participent à l'évaluation de l'admissibilité initiale aux services, ce qui entraîne des décisions incohérentes en matière de soins qui pourraient être biaisées

Les coordonnateurs des soins peuvent maintenir leur objectivité dans l'évaluation de l'admissibilité initiale, mais ils ne participent souvent pas à ces évaluations

Le processus actuel d'évaluation de l'admissibilité des personnes vulnérables aux services d'assistance à domicile n'est pas bien intégré dans l'ensemble du continuum des soins, c'est-à-dire les soins de longue durée, les soins à domicile ou les autres services nécessaires. Il s'agit d'un enjeu clé, d'autant plus qu'il en coûte généralement moins de fournir des services d'aide en établissement que des soins de longue durée.

Selon leur lieu de résidence, les personnes qui ont besoin de services d'assistance sont évaluées par un coordonnateur des soins de la région sanitaire (depuis le 1er avril 2021, les organismes de SSDMC) ou d'un organisme de services d'assistance. Le Ministère n'a jamais évalué l'efficacité de cette approche double, utilisée depuis 2009, pour déterminer si elle est efficace et objective. Ce cheminement varié pour obtenir des services peut porter à confusion pour le public, surtout pour les clients atteints de démence. Notre recherche a révélé que de meilleures pratiques ont été appliquées dans d'autres administrations canadiennes où les évaluations initiales de l'admissibilité sont effectuées par une seule partie autre que les organismes de services d'assistance, comme des ministères ou des organismes provinciaux ou régionaux du système de santé.

En 2009, le Ministère a donné aux centres d'accès aux soins communautaires (CASC) d'alors la possibilité d'évaluer l'admissibilité des clients aux services ou de maintenir cette fonction au sein des organismes de services d'assistance. Les CASC ont finalement été intégrés aux régions sanitaires et la double approche d'évaluation des clients a persisté. Si les CASC n'assumaient pas le rôle d'évaluer l'admissibilité des clients, les organismes d'assistance continuaient d'en être responsables. Le Ministère a expliqué qu'il n'avait pas fusionné les services de soins à domicile et les services d'assistance à ce moment-là parce qu'ils utilisent des modèles de dotation différents – les soins à domicile sont habituellement planifiés ou axés sur des quarts de travail, contrairement aux services d'assistance. Par conséquent, les organismes de services d'assistance ont continué d'évaluer l'admissibilité.

Pour 234 (46 %) des 507 programmes de services d'assistance, l'admissibilité initiale aux services est déterminée par les coordonnateurs des soins des SSDMC; les coordonnateurs des soins peuvent aiguiller les clients vers des services de soins à domicile, des services d'assistance ou des foyers de soins de longue durée. Pour les 273 (54 %) programmes de services d'assistance restants, les organismes sont responsables d'évaluer l'admissibilité avec peu ou pas de participation des SSDMC.

La centralisation des évaluations de l'admissibilité qu'elle soit effectuée uniquement par les coordonnateurs des soins SSDMC pourrait s'avérer utile pour plusieurs raisons. Premièrement, la démarche serait moins déroutante pour les personnes qui désirent obtenir des services d'assistance, d'autant plus que certaines personnes admissibles peuvent être atteintes de démence. Deuxièmement, les coordonnateurs des soins des organismes de SSDMC peuvent également aider les clients à accéder à d'autres programmes financés par le gouvernement, comme les services de santé mentale et les soins à domicile, alors que les organismes ne le peuvent pas. Troisièmement, lorsque les organismes de services d'assistance déterminent l'admissibilité

des clients, ils risquent d'appliquer les conditions d'admissibilité de façon incohérente et contraire à la politique du Ministère.

Notre sondage auprès des régions sanitaires (depuis le 1er avril 2021, Santé Ontario) a révélé que 164 ou 59 % des 278 programmes destinés aux personnes âgées accueillent des clients en vertu de la politique moins de 1994, qui est moins prescriptive, ce que nous avons confirmé par nos travaux auprès des organismes auxquels nous avons fait appel. Par exemple, un organisme a expliqué ne pas avoir les ressources appropriées pour offrir des services aux personnes âgées ayant besoin de soins plus intensifs. Dans le cas de ces 164 programmes ayant servi des personnes âgées en vertu de la politique de 1994, les organismes de services d'assistance étaient chargés de déterminer l'admissibilité initiale des clients dans 80 programmes ou 50 % des programmes.

RECOMMANDATION 3

Afin d'accroître l'objectivité et l'uniformité de l'évaluation de l'admissibilité des clients aux services d'assistance conformément à la politique du Ministère, le ministère de la Santé doit transférer la responsabilité d'effectuer les évaluations initiales de l'admissibilité, des organismes de services d'assistance aux organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire seulement ou fusionner les services de soins à domicile et de services d'assistance afin d'offrir des soins plus intégrés.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît l'importance d'assurer l'intégration des services de soins à domicile et en milieu communautaire et s'engage à examiner la faisabilité de mise en oeuvre de cette recommandation.

Le gouvernement a annoncé son intention de moderniser les soins à domicile et en milieu communautaire, notamment en transférant de façon progressive la responsabilité de la prestation des soins à domicile – y compris l'évaluation des besoins et la détermination de l'admissibilité aux services de soins à domicile – des organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire aux fournisseurs de services de santé et aux équipes de Santé Ontario (ESO) afin de mieux intégrer les soins. Les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire seront éventuellement éliminés dans le cadre de ce processus.

Le Ministère collabore avec les partenaires du système pour appuyer cette transition future. Le Ministère évaluera la faisabilité de mise en oeuvre de cette recommandation et d'autres options pour renforcer l'intégration des services d'assistance à la prestation des soins à domicile dans le contexte des ESO.

RÉPONSE DES ORGANISMES DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

Les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire appuient cette recommandation. Actuellement, 11 des 14 organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire effectuent les évaluations initiales de l'admissibilité aux services d'assistance. Avec les ressources appropriées et sous réserve de l'orientation du gouvernement sur la modernisation des soins à domicile et de la transformation générale du système de santé, les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire pourraient assumer la responsabilité de déterminer l'admissibilité à l'échelle de la province.

Les données relatives aux évaluations ne sont pas conservées dans un lieu centralisé

Nous avons constaté que l'information sur l'évaluation de l'admissibilité des clients aux services d'assistance est stockée dans plusieurs systèmes d'information qui n'interagissent pas. En outre, le Ministère n'a pas exigé que les organismes de services d'assistance saisissent les résultats des évaluations dans le dépôt central qu'il avait élaboré en 2009. L'absence de données d'évaluation complètes et stockées centralement empêche les régions sanitaires (depuis le 1er avril 2021, les organismes de SSDMC) et les organismes d'échanger facilement l'information nécessaire pour promouvoir des services plus appropriés pour les clients, par exemple en veillant à ce que les fournisseurs de soins aient un portrait plus complet de la santé des clients.

Les résultats de l'évaluation, y compris les scores d'admissibilité, comme discuté à la section 2.3.2, sont stockés dans différents systèmes d'information indépendants :

- dans les régions sanitaires, le plus souvent dans le Client Health and Related Information System, administré par Santé Ontario;
- dans les organismes de services de santé, les résultats des évaluations sont consignés dans leurs propres systèmes internes, mais peuvent ensuite être téléversés dans une base de données centrale appelée Dossier d'évaluation intégrée (DEI). En 2009, le Ministère a élaboré le DEI à l'intention des organismes de services de santé, y compris les organismes de services d'assistance et de soins à domicile, afin de consulter par voie virtuelle les évaluations des clients qui avaient été effectuées par d'autres organismes pour favoriser la continuité des soins entre les services. Le Ministère administre le DEI depuis sa création, mais l'a transféré à Santé Ontario le 1er septembre 2021.

Nous avons obtenu du Ministère les données du DEI et compilé les résultats de nos enquêtes auprès des régions sanitaires (depuis le 1er avril 2021, Santé Ontario), et nous avons constaté que moins de la moitié des organismes de services d'assistance saisissaient les résultats d'évaluation de leurs clients dans le DEI. Notre audit de 2015 des centres d'accès aux soins communautaires – programme de soins à domicile recommandait que le Ministère, de concert avec les RLISS, exige que tous les organismes de services de santé téléversent des données d'évaluation

complètes dans un système commun, afin d'accroître l'échange des données d'évaluation et de réduire le dédoublement des efforts.

De plus, seulement 11 des 14 régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) utilisent le Client Health and Related Information System pour déterminer l'admissibilité aux services d'assistance et gérer les listes d'attente. Ce système et les autres systèmes utilisés par les trois autres régions sanitaires n'ont pas non plus d'interface avec le DEI.

RECOMMANDATION 4

Afin d'améliorer l'échange de renseignements sur l'évaluation des clients entre les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et les organismes de services d'assistance, le ministère de la Santé, de concert avec Santé Ontario, devrait :

- exiger que tous les organismes de services d'assistance téléversent l'information sur l'évaluation des clients dans un dépôt central qui documente l'ensemble du continuum de soins, y compris les services de soins de longue durée, que les clients reçoivent;
- exiger que tous les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire consignent les résultats des évaluations dans ce dépôt central;
- s'assurer que le dépôt central contient tous les renseignements relatifs à l'évaluation des clients et assurer un suivi au besoin;
- entre-temps, avant la création d'un dépôt central, établir une interface entre tous les dépôts de données d'évaluation, y compris ceux utilisés par les organismes de services d'assistance et les organismes de soins à domicile.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

L'échange d'information entre les fournisseurs de soins est essentiel à la prestation de soins et de services efficaces et à l'amélioration de l'expérience du client.

Le Ministère s'est engagé à améliorer la gestion des données du système de santé et l'analyse des données entre les secteurs dans les cadres juridiques appropriés. Le Ministère, en partenariat avec Santé Ontario, s'efforce d'appuyer l'accès aux actifs provinciaux en matière de santé numérique des équipes de Santé Ontario (ESO), qui peuvent faciliter l'établissement d'un dépôt de données d'évaluation des clients pour les fournisseurs communautaires de services d'assistance. Le Ministère a fourni des fonds de mise en œuvre à toutes les ESO approuvées pour appuyer l'avancement des priorités clés, y compris la santé numérique. Les ESO doivent élaborer un plan visant à intégrer et à coordonner les outils numériques et à améliorer le partage de l'information au sein d'une ESO. À leur maturité, les ESO appuieront l'intégration de nombreux types de données cliniques et l'accès à celles-ci, y compris des renseignements sur l'évaluation des clients dans l'ensemble des ESO afin d'appuyer la prestation intégrée des soins.

Le Ministère collaborera avec Santé Ontario pour faciliter l'accès à un dépôt de données provincial aux fins de la tenue à jour de l'information sur l'évaluation des clients des services d'assistance et de faciliter l'accès aux ESO. En outre, le Ministère, en partenariat avec Santé Ontario, s'emploiera entre-temps à assurer l'échange de renseignements en respectant les cadres juridiques appropriés.

Le Ministère travaillera également avec Santé Ontario pour trouver une solution pour que les fournisseurs de services de santé fournissent les renseignements requis sur les clients aux parties concernées du cercle de soins aux clients et pour que les fournisseurs de services qui fournissent des services en vertu de la *Loi de 1994 sur les services* de soins à domicile et les services communautaires connaissent leur capacité et leur responsabilité de compter sur le consentement implicite d'un patient au partage de ses renseignements personnels sur sa santé avec d'autres fournisseurs de services de santé dans le cercle de soins, à moins que le patient n'ait expressément refusé ou retiré son consentement.

Le Ministère collaborera avec ses partenaires pour examiner les possibilités d'intégrer les données sur les soins de longue durée au dépôt de données provincial.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario appuie cette recommandation et collaborera avec le ministère de la Santé (le Ministère) à l'examen d'options visant à améliorer la collecte et le partage des données d'évaluation.

À l'heure actuelle, les foyers de soins de longue durée, les fournisseurs de services d'assistance, les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire, les services de santé mentale et de toxicomanie dans la collectivité et en milieu hospitalier et les organismes de services de soutien communautaire soumettent des données d'évaluation au Dossier d'évaluation intégrée (DEI) en utilisant différentes interfaces. Toutefois, la soumission de ces données par les fournisseurs n'est pas encore obligatoire.

Santé Ontario collaborera avec le Ministère pour effectuer des recherches et évaluer la nécessité de soumettre les données d'évaluation et, au besoin, pour s'assurer que les autorisations appropriées sont en place pour permettre la collecte et le partage des données d'évaluation.

RÉPONSE DES ORGANISMES DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

Sous réserve du consentement du patient, toutes les évaluations de l'admissibilité aux Services de soutien à domicile et en milieu communautaire sont automatiquement téléversées quotidiennement dans le Dossier d'évaluation intégrée (DEI) par l'entremise du Client Health and Related Information System et de l'interface du DEI. Les évaluations des Services de soutien à domicile et en milieu communautaire continueront d'être téléversées jusqu'à l'élaboration d'un dépôt de données centralisé.

4.1.3 Le Ministère n'a pas précisé comment les clients qui reçoivent des services d'assistance peuvent accéder à des services de soins infirmiers et à d'autres services professionnels

Le Ministère reconnaît que les clients des services d'assistance peuvent également avoir besoin de services professionnels qui ne peuvent être fournis que par d'autres parties comme les organismes de soins à domicile, mais il ne précise pas dans ses politiques comment les services d'assistance et les services de soins à domicile doivent être harmonisés. Bien que la politique de 2011 du Ministère mentionne que le plan de services d'un organisme devrait faire référence à d'autres fournisseurs et organismes de soins de santé [traduction] « avec qui les soins pour le client seront coordonnés », notre travail avec les sept organismes de services d'assistance auxquels nous avons fait appel indiquait que ces ententes n'étaient pas coordonnées de la manière préconisée par la politique. De même, la politique de 1994 du Ministère qui décrit le programme pour les clients ayant une déficience physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/ sida ne précise pas non plus comment coordonner ces deux services. Le Ministère n'a toujours pas révisé cette politique depuis sa publication initiale en 1994, il y a environ 27 ans.

Proportion de clients des services d'assistance recevant également des services professionnels non précisés

Le Ministère et les régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) n'ont pas effectué de suivi ni évalué la mesure dans laquelle les clients des services d'assistance ont reçu des services de soins à domicile depuis 2009, même si cela l'aiderait à mieux comprendre la quantité et les types de services que ces personnes reçoivent par rapport à leur état de santé ou à leurs besoins.

Selon la politique du Ministère, les clients des services d'assistance auraient des besoins plus élevés que les clients des services de soins à domicile, comme le montre la **figure 3.** Néanmoins, les résidences avec services ne fournissent pas de services professionnels comme des soins infirmiers (comme expliqué à la **section 2.3**), même si les clients sont susceptibles d'avoir des problèmes de santé qui nécessitent ces services. Les soins à domicile constituent le principal moyen d'obtenir des services professionnels à domicile.

En 2009, lorsque le Ministère a évalué pour la dernière fois quels autres services les clients des services d'assistance recevaient, il a constaté que 91 % de ces clients recevaient également des services professionnels, comme le permet la politique du Ministère. Nous n'avons pas pu déterminer facilement le taux actuel parce que ni les organismes de SSDMC ni Santé Ontario n'ont accès à des renseignements centralisés propres aux clients des services d'assistance, contrairement aux renseignements sur les clients des services de soins à domicile.

Notre travail dans les organismes de services d'assistance et notre examen des données d'évaluation ont révélé qu'il était relativement fréquent que les clients des services d'assistance reçoivent également des services professionnels. Trois des sept organismes auxquels nous avons fait appel disposaient d'une infirmière sur place ou sur appel; un autre a indiqué qu'il n'est pas autorisé à embaucher du personnel professionnel et qu'il compte donc beaucoup sur les services de soins à domicile pour offrir des services de soins infirmiers à ses clients.

Les organismes de services d'assistance et les organismes de soins à domicile n'échangent pas de renseignements sur la santé des clients de manière efficace.

Nous avons constaté que certains organismes de services d'assistance avaient l'impression qu'ils ne peuvent pas échanger librement des renseignements sur la santé des clients avec les organismes de soins à domicile, suivant l'aiguillage initial vers l'organisme, car leurs ententes de service avec les régions sanitaires (depuis le 1er avril 2021, Santé Ontario) leur interdisent de communiquer des renseignements personnels sur la santé avec des tiers. Quatre des six organismes avec lesquels nous avons collaboré, et dont les clients reçoivent également des services de soins à domicile, nous ont informés qu'ils ne pouvaient pas échanger facilement de renseignements avec les organismes de soins à domicile au sujet de l'état des patients et de l'horaire des services. Les régions sanitaires appuient principalement l'interprétation de ces organismes. L'un de ces organismes a adopté une pratique de contournement pour gérer plus les soins prodigués à ses clients de manière plus efficace. Il a demandé à l'organisme de soins à domicile d'envoyer tous les mois un courriel renfermant une liste des clients communs qui recevront des soins (matin ou soir), mais l'organisme ne fournit pas de renseignements sur l'affection des clients. De plus, le personnel d'un autre organisme nous a informés qu'il souhaitait embaucher un infirmier ou une infirmière pour fournir de meilleurs soins mieux adaptés à ses clients, mais que le Ministère ne l'autorisait pas à le faire. Le Ministère nous a informés que l'approbation de l'organisme pour la prestation de services infirmiers entraînerait probablement une infraction à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. Parallèlement, Santé Ontario nous a informés qu'à son avis, le partage de renseignements personnels sur la santé entre le personnel des soins à domicile et celui des résidences avec services serait approprié dans le cadre du « cercle de soins ».

Cette confusion et l'absence d'un processus établi encadrant l'échange de renseignements sur les patients, envisagé lors de l'élaboration du DEI, sont autant de facteurs qui peuvent miner l'efficacité des soins. Par exemple, dans une situation où le personnel des deux organismes se présente au domicile d'un client en même temps, le personnel infirmier des soins à domicile peut ou non partager des renseignements sur les affections des patients qui pourraient aider le personnel des organismes de services d'assistance à offrir de meilleurs soins au client. À titre de comparaison, des échanges de renseignements semblables ont lieu entre les quarts de travail des employés dans les foyers de soins de longue durée. Les employés d'un quart de travail expliquent aux employés du quart suivant tout ce qui est nécessaire pour faciliter la continuité des soins.

Il est extrêmement important que les organismes collaborent mieux entre eux pour offrir les meilleurs soins possibles aux clients. En examinant les renseignements relatifs aux plaintes dans les régions sanitaires, nous avons repéré un cas, en 2019, où un client ayant de multiples problèmes de santé, y compris la cécité et la sclérose en plaques, souffrait d'une blessure grave que le personnel de l'organisme de services d'assistance n'avait pas détectée et traitée de manière appropriée, de sorte que le client n'avait pas été aiguillé vers un organisme de soins à domicile. Même si le client a fini par recevoir de meilleurs soins après que sa famille s'est plainte à la région sanitaire, sa plaie s'était considérablement aggravée entre-temps et son état de santé s'était considérablement détérioré au point où il dut être admis à l'hôpital, où il est resté pour recevoir un traitement pendant plus de quatre mois.

La politique du Ministère exige que les organismes de services d'assistance entretiennent une communication continue avec les fournisseurs de soins primaires, mais seulement 37 % des organismes de services d'assistance le font

Selon la politique de 2011 sur les services d'assistance qui s'applique aux personnes âgées, les organismes doivent s'assurer que l'ensemble des soins fournis aux clients répond à leurs besoins, y compris en ce qui concerne les communications régulières et continues

avec d'autres organismes et fournisseurs de soins primaires. Notre enquête auprès des régions sanitaires a révélé que seulement 37 % des programmes de services d'assistance offerts par les organismes aident les clients à prendre des rendez-vous médicaux. Dans 27 % des programmes, soit le client, soit un membre de la famille soit un mandataire spécial fixait des rendez-vous médicaux. Dans les 36 % restants des programmes, les régions sanitaires ont indiqué ne pas être en mesure de déterminer qui était responsable de prendre les rendez-vous médicaux.

RECOMMANDATION 5

Afin de mieux servir les clients qui reçoivent des services d'assistance et d'autres services de soins de santé, Santé Ontario devrait :

- modifier les ententes de service pour préciser que les organismes de services d'assistance et d'autres organismes de service peuvent échanger des renseignements, comme le type de services fournis aux clients, et le moment, ainsi que l'état d'un client, lorsque cela est nécessaire pour assurer la continuité des soins;
- enjoindre aux organismes de services
 d'assistance de maintenir des communications
 continues avec d'autres fournisseurs de
 services de santé, y compris les fournisseurs
 de soins primaires, et surveiller le maintien de
 ces communications.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario reconnaît l'importance de l'échange de renseignements entre les fournisseurs de services de santé pour améliorer les soins aux patients. Toutefois, l'échange de renseignements doit se faire dans le cadre juridique en place pour protéger la vie privée des patients. Santé Ontario s'engage à examiner et à modifier les ententes de responsabilisation en matière de services conclues

avec ses organismes d'assistance, le cas échéant, et à préciser les attentes en matière d'échange de renseignements dans la mesure permise par les lois applicables en matière de protection des renseignements personnels.

Comme Santé Ontario ne participe pas directement à la prestation des soins fournis dans le cadre des services d'assistance, il n'est pas en mesure de surveiller les communications internes entre les organismes d'assistance et les autres fournisseurs de services de santé. Toutefois, dans le cadre de l'engagement continu entre Santé Ontario et ses fournisseurs de services de santé, Santé Ontario est en mesure d'exercer une surveillance à l'échelle du système et de collaborer avec les fournisseurs pour cerner les obstacles et les solutions.

Selon un modèle mature des équipes de Santé Ontario, l'échange de renseignements entre les fournisseurs pourrait être facilité, puisque tous les fournisseurs feraient partie d'un cadre de gouvernance commun.

RECOMMANDATION 6

Afin de mieux harmoniser la prestation de services d'assistance avec d'autres services de soins de santé dont un client pourrait avoir besoin, le ministère de la Santé doit mettre à jour les politiques sur les services d'assistance afin de préciser que les clients de tous les groupes de population peuvent avoir accès à des services professionnels et décrire la marche à suivre pour ce faire.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation et mettra à jour les politiques sur les services d'assistance. Entre-temps, le Ministère collaborera avec Santé Ontario pour communiquer cette précision aux partenaires de prestation des services d'assistance.

4.1.4 Le Ministère et Santé Ontario manquent d'information sur la demande réelle de services d'assistance

Ni le Ministère ni Santé Ontario (auparavant les régions sanitaires) ne disposent de renseignements complets pour mesurer toutes les demandes de services d'assistance demeurées non satisfaites à l'échelle de la province. Nous avons constaté que la province n'avait pas de liste d'attente centrale sur les services d'assistance et que les renseignements disponibles sur les listes d'attente étaient communiqués de manière incomplète ou non transparente.

Le Ministère exige que les organismes communiquent des renseignements sur les listes d'attente trois fois par année; Santé Ontario dispose également de renseignements sur les listes d'attente dans le Client Health and Related Information System, mais ceux-ci sont incomplets. Nous avons analysé les renseignements sur les listes d'attente du Ministère et constaté ce qui suit :

- De 2019 à 2021, le nombre de personnes en attente de services d'assistance s'élevait en moyenne à environ 7 400 chaque année.
- En 2020-2021, les personnes ont attendu 69 jours en moyenne avant d'être admises aux services d'assistance, ce qui représente une baisse par rapport à 120 jours en 2019-2020. Certaines personnes ont attendu plus de 1 000 jours dans un organisme de la région du Nord-Est en 2020-2021.
- En attendant les services
 d'assistance, 1 259 personnes sont décédées
 et 907 personnes ont été admises en soins
 de longue durée au cours des cinq années
 de 2016-2017 à 2020-2021. Il ne s'agit ici que
 de données provenant de 11 des 14 régions
 sanitaires, puisque le Client Health and
 Related Information System qui contient ces
 renseignements n'a pas été utilisé par trois des

régions sanitaires – Mississauga Halton, Centre-Toronto et Waterloo Wellington.

Depuis le transfert des fonctions de planification et de financement du système de santé des régions sanitaires à Santé Ontario le 1er avril 2021, la configuration de ces processus locaux relatifs aux listes d'attente n'a pas beaucoup changé, car Santé Ontario fonctionne à peu près comme les régions sanitaires l'ont fait auparavant. Santé Ontario n'avait toujours pas de plan pour restructurer les listes d'attente afin de fournir des renseignements plus centralisés sur les régions sanitaires à des fins d'inclusion dans une liste d'attente tenue à l'échelle provinciale.

Nous avons également constaté des lacunes dans le suivi des renseignements sur les listes d'attente. En effet, certains renseignements sont incomplets et insuffisamment détaillés pour appuyer des processus de planification et renseigner le public de la disponibilité des services. L'annexe 15 explique ces faiblesses plus en détail.

RECOMMANDATION 7

Pour aider les personnes admissibles à bénéficier d'un accès plus rapide et équitable aux services d'assistance et pour faciliter la planification des services de santé en Ontario, Santé Ontario, de concert avec les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire, devrait :

- recueillir et examiner les listes d'attente pour confirmer qu'elles sont complètes et indiquent notamment si la personne attend une place dans un immeuble avec services ou des services dans la collectivité, ainsi que la priorité du client selon ses besoins et le temps qu'il a passé sur la liste d'attente;
- recenser les personnes en attente de services d'assistance à l'hôpital en les distinguant de celles en attente dans un logement supervisé;
- publier les temps d'attente et les listes d'attente par région;
- travailler à l'élaboration d'une liste d'attente centrale pour l'ensemble de la province.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario encadre la déclaration et la surveillance de l'information sur les listes d'attente comme moyen d'améliorer la qualité des services fournis. Toutefois, comme la détermination de l'admissibilité aux services d'assistance est répartie entre les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et les fournisseurs de services d'assistance, il n'existe actuellement aucune liste d'attente ou information sur les temps d'attente qui soient consolidées et centralisées à l'échelle provinciale De plus, même si Santé Ontario finance les fournisseurs de services d'assistance, et conclut des ententes de responsabilisation avec eux, en plus de jouer un rôle en matière de soutien et de production de rapports sur le rendement du système de santé, y compris l'information sur les temps d'attente, il n'a pas le pouvoir de recueillir et d'examiner les données au niveau des patients.

À mesure que les équipes de Santé Ontario gagneront en maturité durant la transformation du système de santé, elles assumeront la responsabilité de fournir la gamme complète de services de santé dans un domaine défini – y compris les services d'assistance et les services de soins à domicile – et pourraient devenir les entités les mieux placées pour recueillir et examiner l'information des listes d'attente et les temps d'attente dans le continuum des services qu'elles offriront.

Santé Ontario collaborera avec le ministère de la Santé, les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et les équipes de Santé Ontario afin de préciser où se situe l'autorité de collecte et de déclaration des données sur les services d'assistance et le processus de collecte et de déclaration de ces données.

RÉPONSE DES ORGANISMES DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

Étant donné que la responsabilité de déterminer l'admissibilité aux services d'assistance est répartie entre les services de soutien à domicile et en milieu communautaire et les fournisseurs de services d'assistance, il n'existe actuellement aucune information consolidée et centralisée sur les listes d'attente et les temps d'attente dans la province.

La consolidation de la fonction de détermination de l'admissibilité sous l'égide des Services de soutien à domicile et en milieu communautaire, conformément à la recommandation 3, centraliserait la collecte de données et faciliterait l'examen de l'information sur les temps d'attente.

Les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire collaboreront avec le ministère de la Santé et Santé Ontario pour élaborer et mettre en œuvre un processus de collecte et de déclaration de ces données.

4.2 Prestation équitable de services

4.2.1 La plupart des régions sanitaires n'ont pas tenu les organismes d'assistance responsables du nombre d'heures de service qu'ils fournissent à leurs clients

Ni le Ministère ni les régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) n'ont évalué ni comparé la quantité de services d'assistance et de soins à domicile que reçoivent réellement les clients, et le Ministère n'a pas précisé aux régions sanitaires si les clients des services d'assistance devraient s'attendre à recevoir plus d'heures de service que les clients des services de soins à domicile. De plus, le Ministère n'a pas évalué pourquoi les coûts des soins à domicile par client ont toujours été inférieurs aux coûts des services d'assistance par client – une tendance

inattendue étant donné que les travailleurs des soins à domicile comprennent des professionnels qui coûteraient normalement plus cher; cette tendance est illustrée à la **figure 8.**

De plus, les régions sanitaires n'avaient pas de lignes directrices provinciales communes pour établir l'ordre de priorité des services, et chaque région utilisait des critères différents pour établir l'ordre de priorité des personnes en attente d'une aide à domicile pour recevoir des soins à domicile ou des services d'assistance, ce qui nuit davantage à la prestation équitable des services. De plus, une seule région sanitaire (Centre-Est) a précisé le nombre d'heures que les organismes devaient fournir aux clients dans ses ententes de responsabilisation avec les organismes. Toutefois, même cette région n'exigeait pas toujours que les services d'aides familiales et de soutien à la personne soient déclarés séparément et, dans un cas, un organisme a déclaré avoir offert plus de 11 000 heures de service, soit 15 % de moins que sa cible pour l'exercice 2020-2021. L'explication de l'organisme comportait deux volets : les clients sollicitaient moins de service parce qu'ils se préoccupaient du contact avec les intervenants dans le contexte de la pandémie de COVID-19, et le nombre insuffisant de préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) en raison de la directive du Ministère qui a restreint la prestation de services par plusieurs organismes. La région n'avait pas d'autres renseignements sur ce que cela signifiait pour le bienêtre des clients de cet organisme.

Tous les organismes de services d'assistance déclarent au Ministère les heures de service qu'ils ont fournies aux clients; toutefois, les régions sanitaires n'avaient pas examiné les renseignements à leur disposition sur une base régulière pour en contrôler l'exactitude et n'avaient pas analysé les données pour déceler des écarts dans les heures de service entre les 14 régions sanitaires ou ne les avaient pas utilisées pour prendre des décisions de financement. En revanche, tous les organismes de soins à domicile sont tenus de déclarer le nombre d'heures de service et de visites qu'ils effectuent dans les régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, des organismes de

SSDMC) qui les surveillent directement. Les clients des services d'assistance n'ont donc aucune garantie de recevoir les heures de service auxquelles ils ont droit. Notre travail dans les sept organismes de services d'assistance auxquels nous avons fait appel a révélé que trois organismes ne faisaient pas le suivi du nombre d'heures de soins qu'ils fournissaient aux clients. Parmi ceux qui l'ont fait, nous avons constaté que les clients recevaient en moyenne entre 1,25 et 4 heures de service par jour. La **section 4.4.2** traite plus en détail de la question des heures de service.

Nous avons interrogé les 14 régions sanitaires et constaté qu'une seule avait observé l'intention de la politique du Ministère selon laquelle les clients des services d'assistance ont des besoins plus élevés que les clients des services de soins à domicile, comme le montre la figure 3. Deux régions sanitaires ont indiqué que leurs clients des services de soins à domicile avaient des besoins plus élevés que les clients des services d'assistance; sept d'entre elles ne disposaient pas de suffisamment de renseignements pour le déterminer et quatre d'entre elles ont indiqué que ni l'un ni l'autre des groupes n'avaient nécessairement des besoins plus élevés que l'autre. L'une d'elles a fait remarquer que [traduction] « parfois, (la région sanitaire) peut fournir des services professionnels supplémentaires ou peut servir des clients qui recevaient auparavant du soutien de (organismes de services d'assistance) lorsque leurs besoins augmentent ou deviennent plus imprévisibles ».

Santé Ontario nous a informés que depuis 2011, les problèmes de santé des clients des services de soins à domicile sont devenus plus complexes et que l'urgence et l'intensité des services requis ont considérablement changé. Par conséquent, le continuum des soins dans la politique du Ministère ne reflète plus la situation actuelle. En effet, il existe probablement un chevauchement entre le programme de soins à domicile et le programme de services d'assistance.

L'annexe 16 décrit d'autres préoccupations qui indiquent un risque accru que des clients ne reçoivent pas un nombre approprié d'heures de service.

RECOMMANDATION 8

Pour améliorer l'uniformité et la suffisance des services que les organismes de services d'assistance fournissent aux clients, le ministère de la Santé, de concert avec Santé Ontario, devrait :

- recueillir et valider l'information sur le nombre d'heures de service que les clients reçoivent dans le cadre du programme de services d'assistance et du programme de soins à domicile, ainsi que les notes d'évaluation correspondantes, les comparer et réévaluer si le nombre maximal d'heures de service pour les deux programmes est toujours raisonnable;
- établir des cibles mensuelles du nombre d'heures de service minimal pour divers niveaux de soins – par exemple en fonction des résultats des évaluations – et mettre à jour ses politiques en conséquence.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère collaborera avec Santé Ontario pour évaluer les volumes actuels de services d'assistance fournis.

Le Ministère reconnaît l'importance de veiller à ce que les volumes de soins soient répartis en tenant compte des besoins, de l'équité et des pratiques exemplaires cliniques. Le Ministère signale également que les données pour l'exercice 2020-2021 étaient atypiques en raison des répercussions de la pandémie de COVID-19. Les coûts et les volumes étaient plus variables et le nombre d'admissions pourrait avoir été moindre en raison des protocoles liés à la COVID-19 ou des préférences des clients.

Le Ministère a également annoncé son intention de supprimer les exigences relatives au nombre maximum d'heures de service du règlement régissant les services de soins à domicile et en milieu communautaire, y compris les services d'assistance.

Le Ministère, en partenariat avec Santé Ontario, élaborera des lignes directrices mensuelles sur les heures de service minimales pour les services d'assistance. De telles lignes directrices peuvent améliorer la transparence et l'équité et constituer une ressource importante pour les professionnels responsables de l'évaluation et de la planification des soins. D'autres ressources importantes sont le jugement clinique, l'ensemble d'instruments d'évaluation interRAI et d'autres outils d'orientation.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario appuie cette recommandation et collaborera avec le ministère de la Santé pour examiner la question des heures de service.

RECOMMANDATION 9

Pour améliorer l'uniformité et la suffisance des services que les organismes de services d'assistance fournissent aux clients. Santé Ontario devrait :

- mettre à jour ses ententes avec les organismes de services d'assistance afin d'inclure des cibles mensuelles du nombre d'heures de service minimal pour divers niveaux de soins;
- surveiller les heures de service déclarées par rapport aux normes révisées du Ministère.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario appuie cette recommandation et examinera et modifiera ses ententes de responsabilisation en matière de services avec les organismes d'assistance, au besoin, pour s'assurer que ces ententes tiennent compte des nouveaux éléments prescrits des politiques et des programmes établis par le ministère de la Santé. Santé Ontario élaborera et mettra en œuvre un système de suivi et de surveillance des données déclarées.

4.2.2 Les régions sanitaires n'ont pas confirmé que les clients ayant obtenu des résultats semblables reçoivent des types et des niveaux de service semblables

La politique de 2011 du Ministère sur les services d'assistance énonce des conditions d'admissibilité définies par des résultats à l'évaluation de la capacité, mais les régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) n'ont pas déterminé si ces scores correspondent aux niveaux de service appropriés, c'est-à-dire si les personnes qui ont des besoins semblables reçoivent le même type de service et un niveau de service semblable de façon uniforme à l'échelle de la province.

Les résultats de l'évaluation de la capacité, effectuée au moyen de l'instrument d'évaluation commun décrit à la section 2.3.2, visent à mesurer les capacités physiques et mentales des personnes et à déterminer si les besoins de la personne justifient des services d'assistance par opposition à des soins de longue durée (qui servent une population ayant moins de capacité et aux besoins plus élevés) ou à des soins à domicile (qui servent une population ayant plus de capacité et aux besoins moins élevés), à l'exception de celles qui reçoivent des soins à domicile et qui sont aussi sur une liste d'attente pour être admises dans des foyers de soins de longue durée.

Comme il est décrit à la **section 4.1.2**, nous avons obtenu les données d'évaluation du Dossier d'évaluation intégré pour les programmes de services d'assistance dans l'ensemble des régions sanitaires, mais le système ne fait pas de distinction entre les personnes qui reçoivent des services et celles en attente de services. Par conséquent, nous n'avons pas été en mesure de déterminer si les organismes ont admis les clients de façon appropriée à une résidence avec services en fonction des résultats de leur évaluation ou si les organismes ont refusé des services à certaines personnes, par exemple parce que leurs besoins dépassaient la portée des services que peut fournir l'organisme. Nous n'avons pas non plus été en mesure de comparer les résultats d'évaluation

des clients des services de soins à domicile pour déterminer, à l'échelle provinciale, à quelle fréquence les intentions de la politique du Ministère s'étaient concrétisées, c'est-à-dire que les clients des services de soins à domicile devaient avoir une plus grande autonomie que les clients des services d'assistance.

Même si des renseignements étaient disponibles sur les résultats d'évaluation, comme il en a été question à la **section 4.2.1**, l'exactitude des heures de service n'étant pas validée, il n'était pas possible d'effectuer une analyse des résultats d'évaluation par rapport aux niveaux de service.

Nous avons examiné un échantillon de dossiers de clients dans les sept organismes auxquels nous avons fait appel durant l'audit. L'un des organismes nous a informés que la majorité des clients admis avaient moins de besoins (selon le résultat de l'évaluation de la capacité) que ce que requiert la politique du Ministère. Il a expliqué qu'il n'a pas les ressources nécessaires pour fournir des soins aux clients s'ils ont tous des besoins plus élevés en matière de soins.

RECOMMANDATION 10

Afin d'offrir aux personnes qui en ont le plus besoin un accès équitable aux services d'assistance, Santé Ontario, de concert avec le ministère de la Santé, devrait :

- recueillir des données sur les besoins des clients et les heures de service, surveiller les cas où des clients non admissibles sont par ailleurs admis à des services d'assistance et où des clients reçoivent des services à des niveaux supérieurs ou inférieurs à celui prévu, comme établi à la recommandation 8, exiger que les organismes fournissent des services seulement aux clients admissibles, aiguillent les clients non admissibles vers d'autres services et ajustent la nature et la quantité des services fournis selon les besoins;
- recueillir et analyser, au moins une fois par année, des données sur les résultats d'évaluation des clients des résidences avec services et des services de soins à domicile

afin de confirmer qu'elles correspondent à leur profil de santé.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario reconnaît le rôle important que joue la collecte de données pour déterminer si les services fournis répondent aux besoins des clients et si le programme atteint ses objectifs. Comme Santé Ontario ne participe pas directement à la prestation des soins et n'a pas accès aux données au niveau des patients, il collaborera avec le ministère de la Santé pour établir un processus de collecte et d'examen des données dans les limites des pouvoirs législatifs de Santé Ontario. Ce processus précisera la fréquence à laquelle un tel examen sera effectué et la façon dont les résultats seront utilisés et communiqués pour améliorer la prestation des services.

À l'avenir, à mesure que les équipes de Santé Ontario évolueront, cette fonction pourrait être mieux assumée par les équipes de Santé Ontario, qui seraient responsables de la prestation des services dans l'ensemble du continuum de soins dans une région géographique définie.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé appuie cette recommandation et collaborera avec Santé Ontario pour établir un processus de collecte et d'examen des données selon les cadres juridiques appropriés.

4.2.3 L'admissibilité de près de 80 % des clients des services d'assistance n'est pas fondée sur leurs capacités et leurs besoins

Comme l'indique la **figure 1**, les organismes d'assistance ont déclaré au Ministère que seulement 23 % des clients servis satisfaisaient aux critères de la politique ministérielle de 2011. Cette politique est la seule qui comprend des critères précis fondés sur les besoins; elle s'applique aux personnes âgées

à risque élevé. Pour les 77 % de clients des services d'assistance restants, les services sont fournis sans l'utilisation de critères précis pour définir leurs besoins et leurs capacités.

Les conditions d'admissibilité et les autres politiques pour les trois autres populations ciblées – adultes ayant une déficience physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/sida – ne sont définies que dans la politique du programme initiale de 1994, qui date de 27 ans. La politique exige simplement que le client soit âgé d'au moins 16 ans et que ses besoins ne puissent être satisfaits que par des visites planifiées. La politique ne comprend aucun profil ou aucune quantification de la capacité reflétée dans les résultats d'évaluation de la capacité qui s'applique aux personnes âgées en vertu de la politique plus récente, celle de 2011. Par conséquent, certaines personnes qui reçoivent actuellement des services d'assistance pourraient par exemple être beaucoup plus aptes que certaines personnes qui figurent sur la liste d'attente qui pourraient autrement profiter davantage de ces services.

En particulier, en ce qui concerne les clients ayant une lésion cérébrale acquise, notre analyse des données des organismes d'assistance a révélé que le coût par client de ces services était presque sept fois plus élevé en moyenne que le coût des services des autres groupes de clients. Le Ministère a confirmé que les exigences de dotation en personnel pour ces clients sont souvent importantes en raison des besoins de ces clients. Notre collaboration avec l'un de ces organismes a révélé que le personnel est toujours sur place pour aider les clients, par exemple pour préparer les repas et s'occuper de la buanderie. Toutefois, la politique de 1994 ne fournit aucune orientation supplémentaire sur ces modèles de dotation.

La politique de 1994 s'appliquait également aux personnes âgées fragiles ou ayant une déficience cognitive. Comme expliqué à la section 2.3.2, l'instauration de la politique de 2011 pour les personnes âgées « à risque élevé » a fait en sorte que les personnes âgées qui recevaient déjà des services en vertu de la

politique de 1994 étaient autorisées à continuer de recevoir des services même si elles avaient des besoins inférieurs au seuil décrit dans la politique de 2011. Toutefois, 10 ans plus tard, selon ce que les organismes de services d'assistance ont déclaré, 72 % des personnes âgées servies recevaient toujours des services d'assistance selon les conditions prévues dans la politique de 1994. Le Ministère n'avait pas encore vérifié si les régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) se conformaient à la politique de 2011 et ne pouvait expliquer pourquoi il ne l'avait pas examinée depuis 2011. Il ne pouvait pas non plus préciser dans quelle mesure les organismes avaient continué d'admettre des clients en appliquant les conditions d'admissibilité moins contraignantes de la politique de 1994.

4.2.4 Le Ministère, les régions sanitaires et Santé Ontario ne se sont pas penchés sur la question de savoir si les critères d'exclusion fondés sur les politiques ou les pratiques locales avaient entraîné des conséquences imprévues comme des coûts plus élevés pour le système public

La politique de 2011 du Ministère interdit l'admissibilité aux services d'assistance de certains Ontariens, comme ceux qui résident dans des maisons de retraite et ceux qui sont inscrits sur une liste d'attente de services de soins de longue durée (voir **Annexe 17** pour plus de détails). Dans le cas des maisons de retraite, le Ministère a indiqué qu'il avait l'intention d'établir une distinction claire entre les bénéficiaires de services financés par des fonds publics (résidences avec services) et ceux financés par le secteur privé (maisons de retraite); les résidents des maisons de retraite peuvent toutefois avoir accès à des services de soins à domicile par l'entremise des organismes de SSDMC. De plus, la politique indique que seules les personnes vivant dans des régions particulières de la province peuvent être considérées comme admissibles aux services

d'assistance. Toutefois, le Ministère n'a pas cherché à déterminer si ces exclusions sont économiques dans le contexte de l'ensemble du système de santé et si elles respectent le principe de la prestation de services équitables aux personnes qui ont besoin de ces services essentiels. Par exemple, les personnes qui n'ont pas accès en temps opportun à des services d'assistance peuvent devoir opter pour des soins de longue durée, un programme plus coûteux à maintenir pour le gouvernement provincial, comme le montre la figure 7.

De plus, bien qu'ils ne soient pas expressément exclus par la politique du Ministère, certains groupes ne peuvent par recevoir ce service, comme le montre la **figure 11**, soit en raison de décisions locales prises par les régions sanitaires ou les organismes, même si leurs besoins peuvent être égaux ou supérieurs à ceux des personnes qui reçoivent des services. De même, Santé Ontario (et avant le 1^{er} avril 2021, les régions sanitaires) n'a pas examiné l'incidence de ces facteurs sur la prestation des services.

RECOMMANDATION 11

Pour offrir des services plus équitables à tous les Ontariens qui peuvent bénéficier de services d'assistance en fonction de leurs besoins, le ministère de la Santé, de concert avec Santé Ontario, devrait :

- surveiller les organismes de services d'assistance pour s'assurer qu'ils n'admettent plus de personnes âgées en utilisant les critères énoncés dans la politique de 1994;
- déterminer si les conditions d'admissibilité applicables aux adultes ayant une déficience physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/sida devraient être mises à jour pour inclure des critères fondés sur des données probantes, comme la capacité de vivre de façon autonome, à l'instar de l'approche à l'origine de la mise à jour de la politique sur les personnes âgées de 2011;
- examiner et réviser les critères d'exclusion (comme ceux qui ne permettent pas la

prestation de services aux personnes qui résident dans des maisons de retraite et à celles qui sont inscrites sur des listes d'attente pour être admises dans un foyer de soins de longue durée) et les critères d'exclusion locaux (comme ceux qui restreignent l'admissibilité aux seules personnes qui résident dans certaines régions de la province) qui ont été utilisés, compte tenu de l'incidence de ces critères sur le système de santé en général.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation.

Le Ministère s'associera à Santé Ontario pour exiger que les fournisseurs de services de santé offrant des services d'assistance signent une attestation confirmant qu'ils n'admettront pas les personnes âgées selon les critères énoncés dans la politique de 1994.

Le Ministère s'est engagé à répondre aux besoins uniques en matière de soins des adultes ayant une déficience physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/sida, et il évaluera les conditions d'admissibilité pour ces groupes de population et les mettra à jour au besoin.

Le Ministère examinera tous les critères pouvant être perçus comme des critères d'exclusion, tiendra compte de leur incidence sur le système de soins de santé dans son ensemble et les révisera au besoin.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario appuie l'exécution d'un examen du programme des services d'assistance pour s'assurer qu'il répond aux besoins des patients et du système de soins de santé en général.

Figure 11 : Facteurs influant sur l'accès aux services d'assistance

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Facteurs influant sur l'accès

Détails

Défense des intérêts des familles

- Le personnel d'un établissement avec services d'assistance du Sud de l'Ontario nous a informés que pour des raisons pratiques, elle n'accepte que les clients qui ont des membres de la famille ou des amis; ce sont ces personnes qui ont défendu leurs intérêts et les ont aidés à obtenir leur admission.
- Cet obstacle au service est lié au manque d'accès centralisé aux services d'assistance dont il est question à la section 4.1.
- Un gériatre possédant une vaste expérience des soins à domicile pour personnes âgées nous a informés d'un cas où l'un de ses patients vivait dans un immeuble de logements avec services de soutien offrant un programme de services d'assistance dans 20 des 100 logements de l'immeuble : l'organisme des services d'assistance connaissait les besoins du patient, mais n'a pas offert de l'y admettre parce que personne ne l'avait aiguillé vers le programme; le patient n'avait aucun soutien familial. Le patient lui-même n'avait pas la capacité cognitive de faire les démarches nécessaires parce qu'il est atteint de sa démence. La situation a perduré pendant plus de deux ans; cette personne âgée atteinte de démence s'est finalement retrouvée aux urgences après avoir vécu seule pendant deux à trois ans.

Âge

- Certaines régions sanitaires avaient adopté un l'âge minimum de 65 ans pour obtenir des services.
- La politique de 2011 ne définit pas l'âge d'une « personne âgée » parce que le Ministère voulait que les services soient fournis aux personnes qui en ont le plus besoin, peu importe leur âge.

4.2.5 Services d'aides familiales essentiels aux services d'assistance, mais non offerts dans certaines régions

Nous avons constaté que même si les politiques de 1994 et de 2011 précisent que les services d'assistance devraient inclurent les services d'aides familiales (comme le nettoyage du logement, la buanderie et le paiement des factures) ces services ne sont pas offerts par tous les organismes de services d'assistance. Lorsque ces services ne sont pas disponibles, les clients doivent les retenir, à leurs frais, dans le secteur privé, ou simplement y renoncer s'ils n'ont pas les moyens de se les procurer ou de les organiser en raison, par exemple, d'une déficience cognitive.

Dans le cadre d'un vaste examen effectué par le Ministère avant la publication de la politique de 2011, celui-ci a constaté que les services de soutien à la personne et d'aides familiales étaient essentiels pour réduire les pressions exercées sur les autres niveaux de soins dans les hôpitaux qu'il conviendrait de trouver des solutions de rechange viables en recourant à des services de soutien en milieu communautaire sûrs et rentables. L'examen a révélé que l'incapacité de déplacer les patients qui occupent des lits d'hôpitaux pour les servir en milieu communautaire en toute sécurité est une préoccupation importante, car l'occupation de ces lits empêche des patients qui ont besoin de soins actifs de les recevoir.

Sur les 507 programmes de services d'assistance, les régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) nous ont informés, en répondant à notre sondage, que 297 ou 59 % offrent des services d'aides familiales et que 60 ou 12 % n'en offrent pas; les régions ne savaient pas si les 150 programmes restants (29 %) offrent ou non des services d'aides familiales. Le personnel des régions sanitaires nous a informés que les organismes

accordent souvent la priorité aux services de soutien à la personne plutôt qu'aux services d'aides familiales.

RECOMMANDATION 12

Pour éviter que les clients des services d'assistance aient besoin de soins actifs ou soient admis prématurément dans des établissements de soins de longue durée, Santé Ontario doit inclure dans ses ententes avec les organismes de services d'assistance l'exigence de fournir des services d'aides familiales, conformément aux politiques du ministère de la Santé.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario examinera les ententes de service conclues avec les organismes d'assistance pour s'assurer qu'elles exigent que les organismes satisfassent à toutes les exigences législatives, réglementaires et stratégiques du programme.

4.3 Financement et planification du système de santé

4.3.1 Le Ministère, les régions sanitaires et Santé Ontario manquent de données pour planifier adéquatement les services d'assistance et répartir équitablement le financement entre les régions sanitaires et les organismes de services

Le Ministère n'a pas planifié en fonction d'une croissance future de la demande

Le Ministère n'a pas analysé les renseignements disponibles, comme les données démographiques et les listes d'attente, pour éclairer ses investissements actuels et futurs dans les services d'assistance. De plus, le Ministère n'a pas évalué si le financement est réparti équitablement dans la province, comme mesuré par le financement de la région sanitaire, en fonction de leurs besoins relatifs en matière de services d'assistance, à savoir notamment si certaines régions comptent une plus grande proportion de

personnes ayant moins de moyens économiques de payer pour les maisons de retraite ou un moins grand nombre de foyers de soins de longue durée par rapport à la population actuelle et future de personnes âgées.

Bien que le Ministère ait apporté des rajustements mineurs pour réaffecter le financement aux régions sanitaires afin de tenir compte des populations futures et des populations marginalisées et à faible revenu, nous avons constaté que le financement actuel des services d'assistance ne reflète pas les besoins locaux, comme ceux quantifiés dans les listes d'attente.

Le financement moyen par client n'a pas été analysé par rapport aux besoins pour confirmer le caractère raisonnable

Les régions sanitaires (depuis le 1er avril 2021, Santé Ontario) ne vérifient pas si les organismes sont justifiés de recevoir des échelles de financement par client variables. Par conséquent, elles ne sont pas en mesure de déterminer si ces écarts reflètent un sous-financement des organismes qui servent des populations à besoins plus élevés, qui pourraient ne pas être entièrement satisfaits, ou un surfinancement des organismes qui servent des populations à besoins moins élevés qui sollicitent moins de services. Nous avons constaté que les organismes dépensaient en moyenne 18 100 \$ par client en 2020-2021, mais que cette somme variait de 1 151 \$ à 228 393 \$, comme il est indiqué dans **l'annexe 1.**

Comme le Ministère n'exige pas que les organismes saisissent les résultats d'évaluation dans un dépôt central, il ne peut pas accéder facilement à de l'information sur les capacités des clients de chaque organisme et ne peut donc pas vérifier si les organismes qui dépensent plus par client sont ceux qui fournissent des services à des clients ayant des besoins plus élevés.

Le Ministère a également déclaré dans la politique de 2011 que celle-ci sera examinée au plus tard 36 mois après sa date d'entrée en vigueur. Bien que le Ministère ait mis à jour la politique en 2012 afin de fournir plus de conditions d'admissibilité fondées sur des données probantes, il n'a pas examiné la politique ni demandé de rétroaction à ce sujet depuis. Le Ministère n'a pu expliquer pourquoi il n'avait pas examiné la politique depuis 2012.

RECOMMANDATION 13

Afin de mieux harmoniser le financement avec les besoins des personnes qui auront besoin d'aide pour vivre à domicile et d'assurer une utilisation plus efficace du financement, le ministère de la Santé devrait :

- analyser l'information
 pertinente, comme les listes d'attente
 et les données démographiques, pour
 comprendre la demande actuelle et future
 de services d'assistance, de soins à domicile
 et de soins de longue durée à l'échelle de la
 province, et rajuster le financement pour les
 services d'assistance et les services de soins à
 domicile en tenant compte de facteurs locaux
 comme les populations marginalisées ou à
 faible revenu;
- demander à Santé Ontario d'examiner
 l'information locale, comme les listes d'attente
 et les données démographiques locales, et
 de réaffecter le financement dans l'ensemble
 du continuum des soins dans l'ensemble
 des régions sanitaires en fonction des
 besoins démontrés;
- collaborer avec Santé Ontario pour analyser périodiquement le financement des organismes par client ou par heure et enquêter sur les anomalies;
- examiner et mettre à jour toutes les politiques de services d'assistance en conséquence.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation.

Le Ministère analysera les renseignements
pertinents pour renforcer la planification des
services d'assistance et des soins à domicile et est

déterminé à collaborer avec Santé Ontario et les

organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire.

Le Ministère collaborera avec le ministère des Soins de longue durée pour obtenir des données sur les soins de longue durée, au besoin, afin d'éclairer la planification des services d'assistance et de soins à domicile. Les décisions de financement des soins de longue durée relèvent du mandat du ministère des Soins de longue durée.

Le Ministère demandera à Santé Ontario d'examiner l'information locale et de distribuer le financement en fonction des besoins démontrés de services d'assistance.

Le Ministère collaborera avec Santé Ontario pour analyser périodiquement le financement par client et par heure octroyé aux organismes et enquêter sur toute anomalie.

Le Ministère prend acte de l'occasion que cela présente pour mettre à jour les politiques actuelles relatives aux services d'assistance.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario appuie l'exécution d'un examen de la demande actuelle et future de services d'assistance, de soins à domicile et de soins de longue durée afin d'assurer une combinaison appropriée de services pour répondre aux besoins des Ontariens.

À la lumière des constatations de l'examen et de l'analyse des données disponibles, Santé Ontario collaborera avec le ministère de la Santé pour répartir le financement en fonction des besoins locaux et régionaux déterminés.

4.3.2 Il existe d'autres programmes gouvernementaux pertinents pour de nombreux clients des services d'assistance, mais l'accès à ces services n'est pas coordonné

Le programme de services d'assistance est l'un des nombreux programmes financés par la province qui aident à soutenir l'autonomie des personnes âgées et des adultes ayant une déficience

physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/ sida. Ces autres programmes, comme le montre la **figure 12**, sont offerts par divers organismes, y compris des organismes de services d'assistance, des régions sanitaires et parfois d'autres ministères. Nous avons constaté que le Ministère n'avait pas collaboré avec d'autres ministères pour déterminer si les services qu'il offre sont offerts de manière équitable à tous les Ontariens en fonction de leurs besoins et s'ils se chevauchent. De plus, il n'a pas examiné les avantages d'une centralisation de la coordination des soins avec les régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, les organismes de SSDMC) en vue d'accroître l'efficacité de prestation de ces services. Par exemple, une coordination centrale permettrait à une personne de s'adresser à un seul fournisseur pour trouver et obtenir facilement tous les services dont elle a besoin, ce qui permet de réduire la confusion et de ne pas manquer une occasion d'accéder à des soins. Cela permettrait également au Ministère de cibler ses communications publiques par le biais d'une seule source et de mieux faire connaître ses services au public; d'avoir un meilleur accès aux données – comme le nombre d'aiguillages des services d'assistance vers d'autres services ou inversement – pour l'aider à prendre des décisions judicieuses en matière de planification des soins de santé; et de cerner les lacunes dans les cas où les services ne sont pas offerts.

Provincial Geriatrics Leadership Ontario (PGLO) a souligné la nécessité d'assurer une coordination holistique des services qui s'adressent aux personnes âgées. PGLO est un organisme qui travaille à l'amélioration des processus dans le but de coordonner les services cliniques de gériatrie offerts par des cliniciens de diverses disciplines de la santé comme des médecins, du personnel infirmier et des thérapeutes. Par exemple, PGLO a remarqué que les patients (ou leurs fournisseurs de soins primaires) affirment qu'il n'existe pas de source unique pour obtenir dans la collectivité tous les services dont pourrait avoir besoin une personne âgée ayant des problèmes de santé complexes. De plus, même si dans certaines régions de nombreux

Figure 12 : Services gouvernementaux de soutien à la vie en milieu communautaire offerts aux personnes âgées, aux personnes ayant une incapacité physique, ayant des lésions cérébrales acquises ou le VIH/sida

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

			Personnes	
	âgées	handicapées	atteintes d'une lésion cérébrale acquise	VIH/sida
Services d'assistance (ministère de la Santé)	✓	✓	✓	✓
Services d'auxiliaires à domicile¹ (ministère de la Santé)	×	✓	✓	×
Services paramédicaux communautaires ² (ministère de la Santé)	✓	×	×	×
Services résidentiels ³ (Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires)	√	✓	×	×
Ministère de la Santé ⁴	✓	✓	✓	✓
Services de soutien en milieu communautaire (ministère de la Santé) ⁵	√	✓	✓	✓

- Ces services comprennent les services de soutien à la personne et d'aides familiales et sont offerts aux adultes ayant une déficience physique ou une lésion cérébrale acquise. Le Ministère a versé 151 millions de dollars en 2020-2021 à ce programme. Les organismes qui offrent ce programme déterminent l'admissibilité.
- 2. Le Ministère a mis à l'essai cette initiative en 2014-2015 pour aider les personnes ayant des problèmes de santé chroniques à vivre de façon autonome à la maison, « là où elles veulent vivre ». En 2020-2021, le Ministère a élargi les programmes de services paramédicaux communautaires pour compléter les soins à domicile et en milieu communautaire lorsque des lacunes avaient été relevées. Les ambulanciers paramédicaux et les autres travailleurs qui participent aux programmes communautaires de soins paramédicaux travaillent en collaboration avec les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire. Près de 12 000 personnes ont reçu des services dans le cadre du programme d'expansion 2020-2021, selon les données disponibles. Le financement de ce programme a été reconduit pour 2021-2022. Les clients peuvent être aiguillés vers des programmes de services paramédicaux communautaires par l'intermédiaire de sources multiples, y compris les ambulanciers paramédicaux, le personnel des services d'urgence des hôpitaux et les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC). Les programmes de services paramédicaux communautaires peuvent à leur tour aiguiller les clients vers d'autres fournisseurs de services, comme les organismes de SSDMC, pour les aider à recevoir d'autres services de soins à domicile et en milieu communautaire dont ils pourraient avoir besoin et pour s'assurer que les clients reçoivent des soins coordonnés. Les ambulanciers paramédicaux communautaires sont un modèle de soins dans lequel les ambulanciers paramédicaux utilisent leur formation et leur expertise en dehors de leur rôle habituel d'intervention d'urgence, généralement sous la supervision d'un médecin, pour fournir du soutien en matière de gestion des maladies chroniques, de l'éducation sur la santé et des services d'évaluation. Les clients sont généralement des personnes atteintes de maladies chroniques qui ont besoin de soutien pour vivre de façon autonome dans la collectivité. Les services paramédica
- 3. Ces programmes offrent aux clients des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle, qui peuvent avoir des déficiences physiques concomitantes, des mesures d'adaptation et de soutien à la personne à domicile. Selon Statistique Canada, 70 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont au moins deux types d'incapacité ou plus. Ceux-ci comprennent les incapacités liées à de la douleur, à la flexibilité, à la mobilité, à la santé mentale, à la vue, à l'ouïe, à la dextérité, à l'apprentissage, à la mémoire et au développement. Les services en établissement sont financés par le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et comprunantaires.
- 4. Ces services sont offerts à tous les groupes qui reçoivent des services d'assistance et qui ont besoin de services professionnels. Les adultes atteints d'une lésion cérébrale acquise font partie des principaux groupes admissibles au programme de soins à domicile gérés par la famille, qui a été officiellement instauré en mai 2018. Le programme fournit du financement aux clients admissibles ou à leurs mandataires pour l'achat de services de soins à domicile indiqués dans le programme de soins d'un client.
- 5. Les exemples comprennent les programmes de jour pour adultes, les services de livraison de repas à domicile et les visites amicales.

services peuvent être accessibles aux personnes âgées, ceux-ci peuvent être cloisonnés et utiliser des critères d'admissibilité et des processus de demande indépendants, de sorte qu'il devient difficile d'accéder à toutes les options disponibles de manière efficace. Nous avons également constaté que même si le ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité soutient les personnes âgées et les adultes ayant une

déficience, il ne participe pas à la coordination des services destinés à ces personnes.

RECOMMANDATION 14

Pour aider à fournir des soins mieux coordonnés aux clients admissibles à des services d'assistance et peuvent aussi recevoir d'autres services semblables comme les services de soins à domicile, les services paramédicaux et les services d'auxiliaires à domicile, le ministère de la Santé, de concert avec d'autres ministères compétents, comme le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires et le ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité devrait :

- repérer tout dédoublement des services offerts aux clients ayant des profils de besoins semblables et élaborer un plan pour amalgamer ou rationaliser l'offre des services à domicile semblables;
- améliorer l'expérience des clients quant à l'accès aux divers services auxquels ils peuvent être admissibles dans leur collectivité, notamment en assurant la coordination des soins par le biais d'organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et en fournissant des renseignements à jour sur les services offerts aux fournisseurs de soins primaires.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation.

Le Ministère reconnaît que de nombreux
Ontariens sont aux prises avec des problèmes
complexes liés au double diagnostic et se réjouit
à l'idée d'explorer les possibilités d'améliorer
l'accès aux soins pour les clients ayant un double
diagnostic et s'engage à collaborer avec des
partenaires dans l'ensemble du gouvernement
pour rendre la prestation des services
plus efficace.

Le Ministère s'efforcera d'améliorer la coordination des soins et la navigation pour les clients. Diverses initiatives sont en cours pour permettre cette amélioration dans le cadre du plan global de transformation du système de santé du gouvernement de l'Ontario. Par exemple, les équipes de Santé Ontario visent à améliorer l'expérience des soins en améliorant les transitions et en renforçant l'accès aux services de navigation. En outre, le Ministère prend

des mesures pour élargir l'accès aux options de soins par voies numérique et virtuelle pour les Ontariens.

Afin de faciliter et de rendre plus commode l'accès aux services de soins de santé et la navigation dans le système de soins de santé, le Ministère procède à la mise point d'un outil de navigation numérique à guichet unique doté offrant un contenu entièrement bilingue qui améliorera l'accès aux soins et renforcera l'équité. Grâce à ce nouvel outil qui devrait être prêt au début de 2022, les Ontariens disposeront d'une « porte d'entrée numérique » au système de soins de santé de l'Ontario, où ils pourront accéder plus facilement à l'information sur la santé, à des conseils, à des services de triage initial, à des services de vérification des symptômes, à du soutien en santé mentale et en toxicomanie, à des soins à domicile et en milieu communautaire, à des services de soutien des aidants, à de l'information pour trouver un médecin ou une infirmière praticienne locale et à des soins par voie virtuelle pour se connecter à l'information sur la santé et aux services de soins de santé de la province et recevoir des conseils tout au long de leur cheminement dans le système de soins de santé.

4.3.3 Le Ministère n'a pas tiré parti des services d'assistance pour améliorer le rendement du système de santé

Le Ministère n'a pas évalué si les services d'assistance sont utilisés de façon stratégique partout en Ontario pour maximiser les avantages du programme. Les sept organismes auxquels nous avons fait appel ont reconnu que les services d'assistance aident bel et bien les personnes à retarder le moment où elles recourent à des soins de longue durée, ou tout simplement à les éviter, et leur permettent plutôt de « vieillir chez soi ». Certaines études ont relevé des constatations semblables. L'amélioration de la prestation de ces services représente donc une occasion importante d'améliorer la qualité de vie

des Ontariens et de réduire considérablement les coûts globaux du système de santé. Par exemple, des améliorations pourraient être apportées dans les domaines suivants pour améliorer la prestation globale des services :

- visites non planifiées : dans quelles circonstances devraient-elles être offertes pour avoir le plus d'impact;
- aide à la vie autonome par rapport aux soins de longue durée : quel est le nombre maximal de services d'assistance, ainsi que les services professionnels fournis dans le cadre des soins à domicile, qui peuvent être fournis tout en restant moins coûteux que les soins de longue durée;
- combiner les services de soins à domicile et les services d'assistance : quelle valeur cela offre-t-il compte tenu du fait que les deux programmes offrent des services semblables à des clients semblables dans des milieux semblables;
- lacunes dans la disponibilité à l'échelle de la province : où les services sont-ils les plus et les moins disponibles et comment cela influe-t-il sur la demande pour d'autres services?

L'annexe 18 traite de ces aspects et d'autres aspects qui contribueraient à optimiser l'utilisation des services d'assistance.

L'approche du Danemark dans les soins aux personnes âgées est différente de celle du Canada: le vieillissement en santé est une priorité. Lorsqu'on estime que des personnes âgées ont été placées en établissement inutilement, des pénalités financières sont imposées aux municipalités. De plus, les omnipraticiens sont responsables du suivi médical des patients, que les soins soient fournis dans des cliniques, dans des hôpitaux ou à domicile. Les programmes de soins aux personnes âgées du Danemark visent à aider ces personnes à conserver ou à retrouver leur autonomie. La philosophie sousjacente est de garder les personnes âgées aussi autonomes que possible.

RECOMMANDATION 15

Pour renforcer le rôle des services d'assistance en aidant les clients à améliorer leur qualité de vie tout en vivant dans la collectivité et en réduisant les coûts globaux du système de soins de santé, le ministère de la Santé, de concert avec Santé Ontario, devrait :

- déterminer quelles sont les données
 pertinentes pour mesurer le rendement du
 programme de services d'assistance (y compris
 le seuil de rentabilité entre les options de
 l'aide à la vie autonome et des soins de longue
 durée, et cerner les écarts de disponibilité);
- recueillir et évaluer ces données chaque année;
- utiliser les résultats pour déterminer comment il entend financer et gérer le programme à l'avenir.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère, en partenariat avec Santé
Ontario, déterminera quelles données sont
pertinentes pour mesurer le rendement du
programme, recueillera les données pertinentes
chaque année et utilisera les données pertinentes
pour déterminer comment il finance et gère
le programme.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario est d'accord avec la recommandation de déterminer quelles données serviront à comprendre le rendement du programme des services d'assistance, et de les mesurer, pour améliorer les résultats et l'expérience des clients.

4.3.4 Le Ministère n'a pas évalué si les services d'assistance répondent aux besoins des adultes non âgés vulnérables

En 1994, le Ministère a présenté sa politique pour les groupes des personnes non âgées, y compris les adultes ayant une déficience physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/sida et n'a pas déterminé si elle répond toujours aux besoins de ces groupes de population aujourd'hui, 27 ans plus tard. L'évaluation du rendement de ces programmes peut contribuer à orienter les décisions sur le meilleur modèle de soins.

Depuis l'instauration de la politique en 1994, le Ministère n'a pris aucune mesure pour examiner la demande de ces services ni pour déterminer s'il conviendrait d'apporter des modifications aux politiques concernant l'admissibilité. L'annexe 19 traite de ces domaines et d'autres domaines que le Ministère n'a pas étudiés.

L'Ontario Brain Injury Association nous a informés que les personnes atteintes d'une lésion cérébrale acquise courent le risque de devenir sans-abri en raison du nombre limité d'options de soins et que les soins fournis dans des programmes spécialisés ou des établissements avec services d'assistance désignés pour les personnes atteintes d'une lésion cérébrale acquise contribueraient à éviter de devoir placer ces personnes dans un foyer de soins de longue durée ou qu'elles deviennent sans-abri. De même, un organisme de services d'assistance qui offrait des services à des clients atteints du VIH/sida nous a informés que la prestation de services d'assistance à domicile aiderait les clients à rester en contact avec leur collectivité, à éviter les soins de longue durée et à gérer leur charge virale du VIH pour éviter l'affection plus contagieuse et grave qu'est le sida. Alors que le gouvernement va de l'avant avec le modèle des équipes de Santé Ontario, le moment est bien choisi pour envisager une telle restructuration de la prestation des soins à domicile.

RECOMMANDATION 16

Pour que les adultes ayant une déficience physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/sida reçoivent des services d'assistance de qualité, le ministère de la Santé devrait :

- obtenir des données sur les tendances relatives au nombre d'Ontariens qui vivent avec une déficience physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/sida pour éclairer les décisions de planification;
- préciser si les services d'assistance devraient être offerts dans la collectivité au-delà des établissements avec services d'assistance désignés;
- fixer, avec l'aide d'experts
 compétents, des cibles de résultats appropriées
 pour aider à mesurer l'efficacité des
 services d'assistance, pour faire suite à la
 recommandation 11 sur la mise à jour de la
 politique de 1994;
- collaborer avec Santé Ontario pour exiger que tous les organismes de services d'assistance mesurent les données sur les résultats et en rendent compte, y compris la réduction du nombre de visites aux urgences ou le nombre d'admissions retardées dans des établissements de soins de longue durée.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation.

Le Ministère est impatient de recueillir des renseignements qui permettront de mieux comprendre les besoins en matière de soins des adultes ayant une déficience physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/sida.

Le Ministère précisera sa politique concernant l'élargissement des services d'assistance à l'extérieur des établissements avec services d'assistance.

Le Ministère collaborera avec Santé Ontario pour déterminer des cibles de résultats appropriées et exigera que tous les fournisseurs de services d'assistance mesurent les données sur les résultats et en rendent compte. Le Ministère cernera les possibilités d'éliminer les obstacles actuels à l'échange de données entre les secteurs de la santé à l'intérieur des cadres juridiques appropriés.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario appuie cette recommandation et collaborera avec le ministère de la Santé pour déterminer les données appropriées à compiler sur les résultats des organismes d'assistance et modifier les ententes de service au besoin.

4.4 Ententes avec les organismes de services d'assistance et surveillance de ces derniers

4.4.1 Les régions sanitaires et Santé Ontario n'ont pas évalué les variations de coûts entre les organismes et ne peuvent pas négocier les coûts des services avec les organismes.

Ni les régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) ni le Ministère n'ont analysé si les variations des coûts entre les organismes étaient raisonnables ou si elles étaient justifiées, même si les organismes avaient fourni ces données. Une telle analyse permettrait de cerner les problèmes de rendement des organismes à des fins de suivi. Le Ministère n'a pas non plus analysé si les variations des coûts entre les régions sanitaires étaient raisonnables.

Nous avons examiné les renseignements sur le coût par client et le coût par heure que les organismes de services d'assistance déclaraient au Ministère et avons constaté que les coûts engagés dans la région et à l'échelle de la province variaient considérablement. Par exemple, comme le montre la **figure 9**, le coût annuel moyen par client dans la province était de 17 400 \$. Il variait de 7 987 \$ dans la région sanitaire de Waterloo Wellington à 42 495 \$ dans la région sanitaire du Sud-Est. Le coût par client dans chaque région variait également considérablement, par exemple, de 17 157 \$ à

206 075 \$ dans la région sanitaire du Sud-Est. En outre, nous avons calculé que le coût horaire du service variait de 35 \$ dans une région sanitaire à 67 \$ dans une autre. Bien que les régions sanitaires disposent de certains renseignements sur les raisons expliquant les variations de coûts entre les organismes – par exemple, elles ont observé que les organismes qui offrent des services aux clients ayant des lésions cérébrales acquises ont tendance à engager des coûts plus élevés – elles n'ont pas déterminé si d'autres écarts sont justifiés ni dans quelle mesure ils sont expliqués par des facteurs comme l'emplacement géographique ou l'efficacité opérationnelle des organismes.

Services d'assistance retenus autrement que par voie concurrentielle

Le Ministère n'a pas non plus étudié la possibilité d'obtenir des services d'assistance de façon concurrentielle. Les régions sanitaires (depuis le 1er avril 2021, Santé Ontario) sont limitées dans ce qu'elles peuvent faire pour améliorer le rapport coûtefficacité des fonds distribués aux organismes de services d'assistance sans retenir ces services de façon concurrentielle. Par exemple, bien qu'elles puissent négocier avec les organismes certaines mesures des niveaux de service, comme le nombre de clients uniques auxquels ils doivent fournir des services au cours de l'année et les « jours-résidents » (expliqués à la section 2.4), elles sont menottées quant à leur capacité de négocier un prix concurrentiel puisqu'il n'existe aucun mécanisme pour faciliter l'approvisionnement par voie concurrentielle.

Le Ministère nous a informés que les équipes de Santé Ontario en sont aux premières étapes de la mise en oeuvre, mais ces équipes sont établies selon le modèle de divers organismes de services de santé qui déterminent collectivement la meilleure façon de fournir les services à une collectivité particulière, sans garantir que les équipes fourniront des services à un prix concurrentiel. On ne peut donc déterminer clairement si cette approche permettra d'obtenir le meilleur rapport qualité-prix pour les clients des services d'assistance. Six des sept organismes

d'assistance auxquels à qui nous avons fait appel durant notre audit ont indiqué qu'ils s'inquiétaient de l'incidence de cette nouvelle approche en matière de financement sur leurs activités; par exemple, deux organismes se sont dits préoccupés de la façon dont un modèle de financement équitable serait établi.

RECOMMANDATION 17

Pour obtenir le meilleur rapport qualité-prix des services d'assistance, nous recommandons que le ministère de la Santé veille à ce que les équipes de Santé Ontario fournissent aux clients des services d'assistance acquis de façon concurrentielle.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Les équipes de Santé Ontario seront assujetties aux directives ou lignes directrices du gouvernement relatives à l'acquisition de services et le Ministère, en partenariat avec Santé Ontario, surveillera la conformité.

4.4.2 Les données déclarées par les organismes de services d'assistance ne sont pas utiles pour confirmer efficacité leur de fonctionnement

Treize régions sanitaires ne surveillent que les indicateurs de rendement relatifs au nombre de clients servis et les jours de service

Malgré l'accès à une vaste gamme de données déclarées au Ministère, y compris des renseignements financiers détaillés et certaines données globales sur les soins aux patients, comme le nombre total d'heures de soins directs que fournit l'organisme de services d'assistance, 13 régions sanitaires limitent leur examen des organismes à deux mesures : le nombre de clients uniques servis pendant une année et le nombre de « jours-résidents », soit le nombre de jours où l'organisme a fourni des services à un client. Ces deux mesures ne révèlent pas le rendement d'un organisme de manière appropriée.

Par exemple, bien qu'un organisme ait atteint ses objectifs de rendement, il a été constaté qu'il avait

de graves problèmes lors d'un examen opérationnel subséquent mené par une société d'experts-conseils indépendante engagée par la région sanitaire. Plus précisément, l'examen a révélé que l'organisme était « incapable de s'acquitter de ses obligations envers les bailleurs de fonds et la collectivité »; l'examen n'a été effectué qu'après que le conseil d'administration de l'organisme eut reçu une pétition signée par un groupe de 46 clients et aidants décrivant un certain nombre de préoccupations relatives notamment à des réductions des services, à des horaires dysfonctionnels et le au traitement des préposés. L'examen a également permis de déceler des lacunes dans l'orientation et la formation offertes aux préposés; un roulement élevé de ces employés; des problèmes touchant la réception et le traitement des plaintes et des « perturbations graves » pour des clients vulnérables « qui n'avaient nulle part ailleurs où aller pour obtenir les services dont ils avaient besoin ». Cet organisme se trouve dans une région sanitaire qui ne surveille que le rendement des organismes au moyen des deux mesures de rendement susmentionnées.

Le Ministère nous a informés que ces mesures avaient été choisies par les régions sanitaires lorsqu'elles ont élaboré l'entente de responsabilisation conclue avec les organismes, y compris les organismes d'assistance, qui comprenait la détermination de ces mesures de rendement. Le ministère de la Santé de l'Ontario ne disposait pas de renseignements sur le raisonnement utilisé pour choisir ces mesures.

Les ententes de responsabilisation n'obligent pas les organismes à déclarer des données clés sur le rendement

Nous avons constaté que les ententes de responsabilisation conclues entre les régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) et les organismes de services d'assistance n'obligent pas ces derniers à déclarer des renseignements clés qui permettraient aux régions sanitaires de surveiller adéquatement la qualité des soins fournis aux clients par les organismes ni si ces derniers fonctionnent de manière efficace. Plus précisément, les ententes ne

tiennent pas les organismes responsables envers les régions sanitaires du temps consacré à la prestation des soins, du taux d'acceptation des clients aiguillés par la région sanitaire (depuis le 1^{er} avril 2021, des organismes de SSDMC) ou de la fréquence des visites manquées. Ces questions sont abordées plus en détail à l'annexe 20.

4.4.3 Les régions sanitaires effectuent rarement des examens des activités des organismes de services d'assistance ou des visites sur place.

Les régions sanitaires ont effectué quelques visites sur place, et en de rares cas, elles ont pris d'autres mesures pour surveiller le rendement des organismes de services d'assistance, comme l'exécution directe ou par un tiers d'un examen opérationnel. Toutefois, la portée de ces activités ne comprenait pas certains aspects de la prestation des services, comme la question de savoir si l'organisme fournissait les heures de service aux clients conformément à son plan de services et si les plaintes des clients faisaient l'objet d'un suivi et étaient résolues de manière appropriée. Les lacunes dans la capacité de l'organisme à répondre aux besoins des clients peuvent donc passer inaperçues.

Notre examen d'un échantillon de clients des organismes a révélé que ces derniers avaient tous élaboré des plans de services pour leurs clients, mais deux d'entre eux n'incluaient pas le nombre d'heures de service à fournir dans les plans de services, de sorte qu'il nous a été difficile de déterminer le niveau de soins qu'ils avaient évalué pour le client. De plus, parmi les organismes qui desservent des personnes âgées, un seul était en mesure de démontrer qu'il examinait les plans de services chaque trimestre, comme l'exigeait la politique ministérielle de 2011.

Selon les ententes de service, les régions sanitaires peuvent effectuer des examens des activités menées par les organismes (la responsabilité de ces ententes a été transférée à Santé Ontario le 1^{er} avril 2021). Les ententes définissent un examen opérationnel comme une [traduction] « vérification, inspection

ou autre forme d'examen financier ou opérationnel demandé ou exigé par la région sanitaire, distincte de la vérification annuelle des états financiers du fournisseur de services de santé (organisme) ». Depuis janvier 2016, seulement trois des 14 régions sanitaires ont commandé un examen opérationnel d'un organisme de services d'assistance dans la région. Ces examens ont été effectués de 2018 à 2021. Ils ont tous été effectués en réponse aux préoccupations de la région sanitaire concernant la gouvernance des organismes, y compris la création de passifs. Des superviseurs ont été désignés dans les trois cas pour prendre en charge les activités de l'organisme. Par exemple, en 2018, la région sanitaire du Nord-Est a effectué un examen auprès d'un organisme où elle avait relevé d'importants problèmes de gouvernance et financiers remontant à 2013-2014. L'examen a révélé que le conseil d'administration ne respectait pas de suffisamment près la stratégie, et se consacrait plutôt à des discussions au niveau de la direction. Il a également révélé que les communications entre la région sanitaire et la direction de l'organisme concernant l'orientation stratégique et l'orientation axée sur les services étaient tendues et imprécises. De plus, il a remarqué que l'organisme limitait les services offerts aux clients en raison du roulement élevé des PSSP, qui s'explique par la vaste superficie géographie du territoire à desservir, et que l'organisme ne disposait pas de mesures suffisantes de la qualité des services.

Certaines régions sanitaires nous ont informés qu'elles effectuaient des visites sur place dans les installations des organismes de services d'assistance, mais ces visites se limitaient à discuter avec la direction de l'organisme de l'état actuel des programmes de services d'assistance, des obstacles à la prestation des services et de la situation financière courante de l'organisme. Les visites sur place et l'examen de certains dossiers peuvent aider la région sanitaire à cerner les préoccupations courantes soulevées par des clients. Nous avons examiné le registre des plaintes d'un organisme et constaté que plusieurs clients avaient signalé des préoccupations au sujet des soins manqués. Par exemple, un client

a déclaré que la préposée était restée 10 minutes alors que la visite devait durer 30 minutes; un autre client a mentionné que personne ne s'était présenté pour une visite planifiée en après-midi; un autre client a raconté que la préposée lui avait donné une tranche de pain, mais pas un petit déjeuner complet parce qu'elle était en retard et n'avait pas le temps; et un autre client a manqué son rendez-vous médical et a dû payer des frais d'annulation de 130 \$ au professionnel de la santé mobilisé parce qu'une préposée s'était présentée en retard pour une visite planifiée en matinée.

La Loi de 2019 pour des soins interconnectés confère à Santé Ontario le pouvoir de nommer des enquêteurs chargés de faire rapport sur la qualité de la gestion, des soins ou des traitements fournis par un organisme d'assistance ou toute autre question relative à un organisme si Santé Ontario détermine qu'il est dans l'intérêt public de le faire. Santé Ontario n'avait pas mené de telles activités au moment de notre audit.

Les régions sanitaires et Santé Ontario n'ont pas corroboré les données sur les services auprès des organismes

Notre audit a révélé que les organismes ne communiquaient pas de façon uniforme et exacte les données au Ministère. Même si nous avons relevé des écarts mineurs (parfois aucun) chez la moitié des organismes que nous avons contactés, chez l'autre moitié, les dossiers de 2020-2021 de ces organismes indiquaient des écarts qui variaient de 17 % à 70 % par rapport à ce qu'ils avaient déclaré au Ministère. De plus, pour la même année, notre travail a révélé un écart d'environ 4 200 clients ou 18 % dans l'ensemble des organismes lorsque nous avons comparé le nombre de clients servis déclaré au Ministère (figure 1) et le nombre de clients servis que nous avons constaté lors de notre enquête auprès des régions sanitaires (figure 4). Les écarts entre les nombres de clients servis signalés au Ministère ont également été relevés par Santé Ontario durant notre audit.

Même si le Ministère maintient que les valeurs déclarées par les organismes sont les sources les plus fiables, ces écarts mettent en évidence le besoin d'exercer une surveillance accrue des organismes d'assistance à l'avenir pour favoriser une discussion et une analyse plus significatives par rapport aux services d'assistance.

RECOMMANDATION 18

Afin d'obtenir des services de la plus grande qualité qui soit pour les Ontariens qui comptent sur des services d'assistance et de maximiser la valeur de ce financement, Santé Ontario devrait :

- effectuer des audits périodiques fondés sur le risque auprès des organismes de services d'assistance afin de vérifier s'ils se sont conformés aux exigences de la politique sur l'aide à la vie autonome, notamment en ce qui concerne l'élaboration d'un plan de services pour chaque client, et sa mise à jour régulière, et la prestation de services d'assistance uniquement aux clients dont les résultats d'évaluation de la capacité satisfont aux critères d'admissibilité;
- mettre à jour l'entente de responsabilisation standard avec les organismes de services d'assistance à utiliser dans l'ensemble de la province afin d'y inclure l'obligation de déclarer certaines données, notamment le temps consacré à la prestation des soins, le taux d'acceptation des clients aiguillés par des organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et les visites manquées.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario appuie l'exigence de mener des vérifications périodiques axées sur les risques auprès des organismes qui offrent des services d'assistance. Pour s'assurer que les fournisseurs de services d'assistance respectent les politiques et les exigences du programme, Santé Ontario examinera ses processus actuels afin de les

améliorer aux fins de l'exécution des vérifications périodiques axées sur les risques et de la conformité aux politiques du programme.

Santé Ontario appuie cette recommandation et examinera et modifiera ses ententes de responsabilisation en matière de services avec les organismes d'assistance afin d'y inclure des exigences de déclaration utiles pour le programme.

4.4.4 Il n'y a aucune norme relative aux ratios personnel-clients pour les organismes, ce qui augmente le risque d'un manque d'uniformité dans la qualité des soins

Le Ministère ne participe pas à l'établissement des ratios personnel-clients minimums des organismes de services d'assistance, et les ententes entre les régions sanitaires et les organismes ne l'exigent pas non plus. Notre travail d'audit auprès des organismes de services d'assistance a révélé que chaque employé offrant des soins directs peut aider de 7 clients pendant la journée à 46 la nuit dans le cadre de visites non planifiées. À défaut d'un effectif suffisant, il y a un risque plus élevé que des services de mauvaise qualité soient fournis aux clients.

En outre, les régions sanitaires ne s'assurent pas que la formation offerte au personnel des services d'assistance est adéquate. En revanche, en vertu de la Loi de 2010 sur les maisons de retraite, les exploitants de maisons de retraite sont tenus d'offrir à leur personnel responsable des soins directs une formation sur le dépistage et la prévention des mauvais traitements, les problèmes de santé mentale, la gestion du comportement et l'utilisation d'appareils de service d'aide personnelle. Les inspecteurs de l'Office de réglementation des maisons de retraite examinent les dossiers de formation pour évaluer les compétences et les qualifications du personnel dans le cadre de leur processus d'inspection. Ils observent la façon dont les employés exécutent leurs fonctions pour confirmer que la Loi est respectée.

RECOMMANDATION 19

Afin d'améliorer la qualité et l'uniformité des services d'assistance offerts aux clients, le ministère de la Santé devrait établir des normes relatives aux ratios personnel-clients (en tenant compte du niveau des besoins des clients) et aux qualifications du personnel de soins directs (notamment en ce qui concerne une formation initiale minimale et une formation continue), et surveiller que Santé Ontario met à jour les ententes de responsabilisation et la conformité à celles-ci par la suite.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère collaborera avec Santé Ontario à l'élaboration de pratiques efficaces en matière d'embauche et de formation du personnel et veillera à ce que Santé Ontario mette à jour les ententes de responsabilisation au besoin.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario modifiera ses ententes de responsabilisation en matière de services avec les organismes d'assistance, au besoin, pour tenir compte des normes du programme établies par le ministère de la Santé.

4.5 Processus de plainte et recours hiérarchique

4.5.1 Les clients vulnérables ont peu de moyens pour déposer des plaintes et la protection de leurs droits est minimale

Les services d'assistance, y compris ceux offerts dans les établissements et dans la collectivité, par opposition à tous les autres services offerts aux adultes vulnérables, font l'objet d'une surveillance des plaintes parmi les plus faibles. Les régions sanitaires ont indiqué que les organismes de services d'assistance sont responsables de traiter les plaintes concernant leurs services. Il y a peu de surveillance par un tiers pour vérifier que le processus de

règlement des plaintes est équitable, par exemple par l'ombudsman des patients (qui enquête sur les plaintes concernant les foyers de soins de longue durée) ou les régions sanitaires (qui surveillent les plaintes concernant les services de soins à domicile).

L'un des groupes d'intervenants avec qui nous avons parlé durant l'audit a indiqué que dans certains cas, les clients des services d'assistance ne veulent pas être servis par le préposé qui fait l'objet de leur plainte par crainte de représailles, étant donné qu'ils dépendent des services de préposés pour les soutenir dans leurs activités quotidiennes.

Nous avons constaté que l'ombudsman des patients n'exerçait pas de fonction de surveillance des services d'assistance. De plus, bien que l'Office de réglementation des maisons de retraite surveille les plaintes relatives aux maisons de retraite et y réponde, et que le Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée du ministère des Soins de longue durée surveille les plaintes relatives aux foyers de soins de longue durée et mène des enquêtes à leur sujet, il n'existe aucun mécanisme de ce genre pour surveiller les services d'assistance.

De plus, un groupe d'intervenants s'inquiétait du fait que la loi de 2020 régissant les services d'assistance, qui n'a pas encore été promulguée (comme expliqué à la section 2.5), n'oblige pas les organismes à se doter d'une déclaration des droits, comme le prévoit la loi de 1994 qui était toujours en vigueur au moment de l'audit. La loi actuelle exige que les organismes autorisés respectent pleinement ces droits et en fassent la promotion. Le Ministère nous a informés que la Loi en instance n'inclut pas de déclaration des droits parce qu'elle couvre plusieurs autres secteurs des soins de santé, y compris les soins primaires, en santé mentale et en toxicomanie, et qu'une déclaration des droits générique couvrant tous les secteurs ne serait donc pas appropriée. Quoi qu'il en soit, le Ministère prévoit d'inclure une déclaration des droits et l'obligation pour les équipes de Santé Ontario et les organismes de services de respecter et de promouvoir pleinement ces droits dans les règlements d'application de la Loi

régissant la prestation de tous les services de soins à domicile et en milieu communautaire, y compris les services d'assistance.

Au niveau des organismes de services d'assistance, la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires* exige que les organismes établissent un processus d'examen des plaintes. Toutefois, notre examen des registres des organismes auxquels nous avons fait appel a révélé que, dans certains cas, très peu de plaintes avaient été enregistrées – dans un cas, par exemple, une plainte avait été enregistrée l'année précédente, et dans un autre cas, l'organisme nous a informés qu'il détruit tous les documents relatifs à une plainte une fois celle-ci réglée, de sorte que nous n'avons pas pu déterminer si le processus de traitement des plaintes était suffisant.

Santé Ontario nous a informés qu'il n'a pas la responsabilité de mettre en place un processus de recours hiérarchique pour les organismes de services d'assistance et que si les clients communiquent avec lui ou avec un organisme de SSDMC pour des plaintes concernant l'un de ces organismes, ils seront redirigés vers le processus interne de règlement des plaintes de l'organisme concerné. Le Ministère nous a informés qu'il croyait comprendre que les clients peuvent adresser leurs plaintes au sujet des services d'assistance directement à Santé Ontario.

RECOMMANDATION 20

Afin de mieux renseigner le public et de confirmer que les plaintes et les préoccupations des clients des services d'assistance sont réglées de façon appropriée par les organismes de services d'assistance, le ministère de la Santé devrait établir des voies claires pour permettre aux clients de déposer des plaintes auprès d'une entité qui a le pouvoir de les régler et qui est indépendante de l'organisme de services d'assistance, comme Santé Ontario ou l'ombudsman des patients, et qui fera le suivi nécessaire.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation et convient avec la vérificatrice générale de l'importance de s'assurer que les personnes qui reçoivent des services d'assistance disposent de processus appropriés pour déposer des plaintes concernant la qualité de leurs soins.

Dans le cadre du processus de mobilisation du public lié au projet de règlement sur les soins à domicile et en milieu communautaire en vertu de la *Loi pour connecter la population aux services de soins à domicile et en milieu communautaire de 2020*, le Ministère a fait part de son intention de renforcer les exigences du processus de règlement des plaintes, y compris lorsque ces services sont fournis dans le cadre du programme des services d'assistance.

Dans le cadre de ce processus, le Ministère a également fait part de son intention de préciser la portée de la compétence de l'ombudsman des patients pour inclure les services de soutien à la personne fournis par les organismes communautaires dans le cadre de programmes comme les services d'assistance.

4.5.2 Le Ministère exige que les organismes signalent les plaintes aux régions sanitaires, mais celles-ci ne participent pas au processus

Reconnaissant l'importance de surveiller les plaintes des clients qui sont souvent des personnes vulnérables, la politique de 2011 du Ministère stipulait que les organismes de services d'assistance doivent déclarer le nombre de plaintes qu'ils reçoivent aux régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) ainsi que la façon dont elles ont été réglées. Les régions sanitaires doivent pour leur part fournir ces renseignements au Ministère. Cela ne s'est toutefois jamais produit à ces deux niveaux.

Nous avons constaté que seulement deux régions sanitaires (Centre-Toronto et Simcoe-Nord Muskoka) exigeaient des organismes de services d'assistance qu'ils leur signalent les incidents graves, conformément aux ententes de responsabilisation conclues avec les organismes. Ces régions sanitaires n'ont toutefois pas défini ce qui constitue un incident grave ni fourni d'exemples à l'appui. En ce qui concerne les organismes auxquels nous avons fait appel, aucun incident de ce genre n'a été signalé à une région sanitaire en 2019-2020 et en 2020-2021.

Les sondages sont un moyen d'obtenir la rétroaction des clients sur leurs préoccupations en matière de service; toutefois, ceux-ci sont menés par les organismes plutôt que par les régions sanitaires qui sont responsables de surveiller le rendement des organismes. Cet arrangement pourrait poser problème si un client ne se sent pas à l'aise de porter plainte auprès de l'organisme qui lui fournit ses soins, également par crainte de représailles.

Les régions sanitaires n'ont pas tenu de dossiers détaillés des plaintes

Pour déterminer les types de plaintes concernant les organismes de services d'assistance et le type de suivi effectué, nous avons demandé aux 14 régions sanitaires de fournir les registres des plaintes relatives aux services d'assistance. Quatre régions sanitaires ont indiqué ne pas avoir de registre puisque le traitement des plaintes relève des organismes. Les 10 autres nous ont transmis leurs registres, mais ont noté qu'ils n'ont pas le pouvoir légal d'enquêter sur les situations où des clients des services d'assistance ou leurs familles ont des préoccupations concernant les services fournis.

Notre examen de ces registres, de janvier 2017 à juillet 2021, a révélé que chaque région sanitaire recevait de 0 à 30 plaintes par année; environ la moitié des plaintes portaient sur la suffisance et la qualité des services, comme les visites de soins planifiées, mais reçues, et la diminution de la qualité des soins.

Nous avons constaté que le niveau de détail enregistré variait considérablement d'une région sanitaire à l'autre. Par exemple, la région du Centre-Toronto a indiqué la nature de la plainte, l'organisme concerné, une description du problème, les mesures prises, une personne-ressource de la région sanitaire et le résultat, tandis que la région de Mississauga Halton a fourni très peu de détails et, dans certains cas, aucun détail au sujet des plaintes. Dans plus de 20 % des entrées, les registres ne contenaient pas suffisamment de renseignements pour nous permettre de comprendre la nature de la plainte de sorte qu'il nous a été impossible de les classer en catégories.

Les régions sanitaires n'ont pas confirmé que les plaintes avaient été réglées de manière appropriée

Notre examen d'un échantillon de plaintes a également révélé que les régions sanitaires ne se considèrent pas comme responsables d'effectuer un processus d'enquête approfondie sur les plaintes. Nous avons également constaté que, dans certains cas, le personnel de la région sanitaire ne pouvait pas nous fournir suffisamment de renseignements pour nous permettre de comprendre clairement ce qui s'était passé et de déterminer si le suivi effectué par la région sanitaire avait été approprié. L'annexe 21 présente un échantillon de ces plaintes, qui font notamment état de préoccupations concernant la sécurité des clients et des difficultés inhérentes à la présentation de plaintes aux personnes qui fournissent des soins directs.

RECOMMANDATION 21

Afin de protéger les clients des services d'assistance contre des préjudices et des services de mauvaise qualité, Santé Ontario devrait :

- définir ce que sont les incidents graves et les inclure dans les ententes de responsabilisation conclues avec les organismes de services d'assistance;
- élaborer un format standard de registre des plaintes, exiger des organismes de services d'assistance qu'ils consignent tous les renseignements dans le registre et qu'ils assurent une surveillance et un suivi exhaustifs de ces renseignements;
- faire un suivi en temps opportun auprès des organismes de services d'assistance pour

confirmer que chaque plainte a été réglée de manière appropriée ou renvoyer les cas à une tierce partie appropriée, comme il est indiqué à la **Recommandation 20**.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario reconnaît le rôle important que joue la collecte et la déclaration des données sur les incidents graves pour assurer et améliorer la prestation sécuritaire des services d'assistance. Santé Ontario s'engage à collaborer avec les partenaires du système de santé pour établir un processus de suivi et de surveillance des incidents graves, y compris à utiliser une définition commune des incidents graves dans tous les secteurs de la santé, dans la mesure du possible. Pour appuyer la mise en œuvre de cette recommandation, Santé Ontario modifiera ses ententes de responsabilisation en matière de services avec les organismes d'assistance, au besoin, afin de tenir compte des exigences en matière de déclaration.

À mesure que les équipes de Santé Ontario évolueront, elles seront bien placées pour faire le suivi des plaintes individuelles des clients afin de s'assurer qu'elles sont résolues comme il se doit.

4.5.3 Les clients peuvent interjeter appel des décisions relatives aux plaintes devant la Commission d'appel et de révision des services de santé, mais pas celles liées à la qualité des soins

La plupart des appels interjetés devant la Commission d'appel et de révision des services de santé ont trait aux niveaux de service

La Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires permet aux clients d'interjeter appel de certaines décisions prises par des organismes de services d'assistance devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (le processus est expliqué à la **section 2.3.3**). La Commission peut statuer sur les décisions des

organismes concernant la quantité de service, comme la réduction ou l'abandon de services, ou sur une conclusion d'inadmissibilité, mais pas sur la qualité du service.

Le Ministère a expliqué que la Commission est limitée dans sa compétence et son autorité et qu'elle n'est pas la mieux placée pour cerner les causes profondes des problèmes de qualité, comme la mauvaise gestion de l'organisme. Le bailleur de fonds de l'organisme, Santé Ontario, serait le mieux placé pour cerner ces causes profondes.

Nous avons examiné le résumé des affaires portées devant la Commission de janvier 2016 à mai 2021 et nous n'avons relevé que 13 affaires portant sur des services d'assistance, dont la plupart concernaient des allégations de réduction déraisonnable des heures de services fournis aux clients. Par exemple, un client a subi une réduction des services de soutien à la personne de 8,25 heures par semaine parce que l'organisme a mis en œuvre une initiative de « transformation de l'effectif » pour pallier la pénurie de préposés aux services de soutien à la personne dans la province. La Commission a annulé la décision de l'organisme et lui a ordonné de respecter les heures de service prévues dans le plan de services du client.

Nous n'avons pu déterminer si le nombre relativement faible de plaintes indiquait que les clients étaient largement satisfaits des services qu'ils reçoivent, ne savaient pas comment communiquer des plaintes à la Commission ou désiraient déposer des plaintes liées à la qualité des services et n'avaient donc pas eu recours à la Commission. Nous avons examiné les plaintes reçues par les organismes de services d'assistance auxquels nous avons fait appel durant l'audit et avons relevé des cas où des clients ou leur famille avaient des préoccupations au sujet de la qualité des soins reçus. Dans un organisme, plusieurs clients se sont plaints que leurs préposés ne fournissaient pas des soins appropriés par exemple, qu'un préposé s'était montré « dur » avec un client qui ressentait beaucoup de douleur et ne pouvait pas bouger; qu'un préposé n'avait pas changé un piqué souillé; qu'un préposé n'avait pas appliqué

correctement la crème protectrice; qu'un préposé n'avait pas donné de médicaments ou qu'il n'avait pas donné la douche.

La législation révisée ne protège toujours pas les clients contre des soins de mauvaise qualité

La Loi pour connecter la population aux services de soins à domicile et en milieu communautaire de 2020, qui est semblable à la loi de 1994 qu'elle remplacera une fois l'abrogation proclamée, ne prévoit aucun modèle de mécanisme d'appel indépendant pour les plaintes relatives à la qualité des services. Un groupe d'intervenants nous a donné quelques exemples de services de mauvaise qualité : traiter un client avec rudesse pendant la prestation des services; ne pas respecter la façon dont une personne veut que ses services soient fournis; ne pas tenir compte de la routine d'hygiène ou d'autres routines en raison du « manque de temps »; ou utiliser des produits parfumés alors que client demande de ne pas en utiliser.

Le groupe d'intervenants craint aussi que la loi de 2020 permette aux organismes à but lucratif de fournir des services d'assistance en vertu d'un contrat à un organisme à but non lucratif qui fournit ces services, comme le prévoit le cadre actuel. Le groupe d'intervenants craignait que la qualité du service soit sacrifiée pour réaliser des économies. Comme nous l'avons mentionné dans *Préparation et gestion en lien avec la COVID-19 : Rapport spécial sur la préparation et la réponse à la pandémie dans les foyers de soins de longue durée* d'avril 2021, 13 des 15 foyers dans lesquels le plus grand nombre de décès de résidents a été constaté étaient exploités par des entités à but lucratif.

RECOMMANDATION 22

Afin de protéger les clients des services d'assistance contre des préjudices et des services de mauvaise qualité, le ministère de la Santé, par l'entremise du règlement pris en vertu de la Loi pour connecter la population aux services de soins à domicile et en milieu communautaire

de 2020, devrait élaborer des processus appropriés permettant aux clients des services d'assistance d'interjeter appel de plaintes de tous genres, y compris les plaintes liées à la qualité des soins, qu'ils estiment ne pas avoir été réglées de façon appropriée.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec la vérificatrice générale sur l'importance de s'assurer que les personnes qui reçoivent des services d'assistance disposent de processus appropriés pour déposer des plaintes concernant la qualité de leurs soins.

Dans le cadre du processus de mobilisation du public lié au projet de règlement sur les soins à domicile et en milieu communautaire en vertu de la *Loi pour connecter la population aux services de soins à domicile et en milieu communautaire de 2020*, le Ministère a fait part de son intention de renforcer les exigences du processus de règlement des plaintes, y compris lorsque ces services sont fournis dans le cadre du programme des services d'assistance.

Dans le cadre de ce processus, le Ministère a également fait part de son intention de préciser la portée de la compétence de l'ombudsman des patients pour inclure les services de soutien à la personne fournis par les organismes communautaires dans le cadre de programmes comme les services d'assistance.

4.6 Établissements avec services d'assistance exploités par un organisme

4.6.1 Services d'assistance fournis dans plus de 140 établissements avec services par des organismes qui agissent également à titre de locateurs pour les clients, malgré le fait que le Ministère n'appuie pas entièrement ce modèle de soins

Ni le Ministère ni de nombreuses régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) ne

disposaient de renseignements sur l'emplacement des établissements avec services d'assistance où l'organisme qui fournit des services de soins aux clients est également le propriétaire de ces résidences. Depuis 1994, le Ministère a pour politique de ne pas inclure la gestion du logement dans la prestation des services, mais nous avons constaté qu'il n'y avait pas de procédures supplémentaires pour se prémunir contre les types de risques que ces ententes présentent pour les clients, comme la facturation de services d'assistance, ce qui contrevient à la Loi de 1994 sur les services de soins à domicile *et les services communautaires*. De plus, lorsque nous avons demandé aux régions sanitaires des renseignements sur les établissements avec services d'assistance exploités par un organisme, quatre régions (Centre-Est, Érié St. Clair, Hamilton Niagara Haldimand Brant et Sud-Ouest) ne savaient pas quels services d'assistance étaient fournis dans des établissements exploités par un organisme et devaient obtenir ces renseignements de leurs organismes à notre demande.

Le projet de loi 164, Loi de 2020 sur la protection des personnes vulnérables dans les logements supervisés, un projet de loi d'initiative parlementaire, qui a été renvoyé au Comité permanent des affaires gouvernementales en novembre 2020, souligne le risque d'abus inhérent à ces ententes. De plus, la politique de 1994 du Ministère laissait entendre que la prestation des services ne devrait pas inclure, dans la mesure du possible, la gestion du logement puisqu'elle contribue à « établir un équilibre de pouvoir entre le client et le fournisseur de services ».

Bien que la politique précise que cette séparation n'est pas toujours possible, ni le Ministère ni les régions sanitaires ni Santé Ontario n'ont évalué la pertinence ou les options possibles pour les organismes qui exploitent des établissements avec services d'assistance. Par exemple, le Ministère n'a pas cherché à obtenir par voie concurrentielle des services pour les locataires de ces établissements auprès d'un autre organisme sans lien avec le propriétaire. Comme il est indiqué à la **section 4.4.1**, ni le Ministère ni les

régions sanitaires n'ont acquis de services d'assistance de façon concurrentielle.

Les organismes de services d'assistance ne devraient pas facturer aux clients les services de soutien à la personne ou les services d'aide familiale : la facturation des services de soutien à la personne contrevient à la Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires. L'organisme d'assistance est financé pour fournir des services d'aide familiale en fonction des besoins évalués. Cependant, le Ministère ne disposait d'aucun renseignement sur la question de savoir si de telles accusations avaient été portées. Toutefois, nous avons constaté que deux des sept organismes auxquels nous avons fait appel au cours de l'audit, qui sont tous deux propriétaires d'établissements avec services d'assistance, facturent certains services à des clients. Nous avons tenté de déterminer le montant facturé pour des services de soins, mais nous n'avons pas pu y parvenir parce que les factures reçues par les clients n'indiquaient pas quels services étaient facturés, même si les documents fiscaux fournis aux clients indiquaient que dans un cas, 25 % des frais annuels de 40 000 \$ étaient des frais liés à la prestation de soins. L'organisme a expliqué que son approche en matière de prestation de services aux résidents de l'établissement avec services d'assistance consistait à facturer à ses clients les plus aptes à prendre soin d'eux-mêmes les services requis et à utiliser le financement de l'aide à la vie autonome pour répartir de manière équitable les services entre ses 19 autres clients des services d'assistance (ou 25 %). En outre, nous avons constaté que certains organismes facturaient aux clients des frais de services de gestion des médicaments même si ce service est financé par la province. Le Ministère reconnaît qu'il pourrait y avoir un manque de clarté concernant l'interdiction de facturer les services financés par la province et nous a informés qu'il était déterminé à examiner les possibilités de préciser la portée des frais que les organismes d'assistance sont autorisés à facturer.

Le Ministère nous a informés que si un client reçoit des services d'assistance, l'organisme n'est pas autorisé à facturer ces services aux clients, mais qu'il peut facturer à d'autres clients qui habitent dans l'établissement pour y recevoir des services d'assistance. Toutefois, comme l'identité des clients des services d'assistance n'est pas déclarée au Ministère ou à Santé Ontario (régions sanitaires avant le 1^{er} avril 2021) et que les factures remises aux résidents ne peuvent pas indiquer à un résident si la personne est considérée comme un client des services d'assistance, il pourrait être difficile de déterminer si la facturation de frais à un client était justifiée.

Les régions sanitaires n'avaient mis en place aucun processus pour empêcher ces organismes de facturer aux clients des frais pour des services financés par des fonds publics, par exemple en exigeant des organismes qu'ils obtiennent une opinion d'un auditeur spécial confirmant que les clients ne se voient pas facturer des frais pour des services de soins qui ont aussi été payés par des fonds publics. Le risque que ce type de situation se produise est accru par l'absence de mécanismes de surveillance, comme il est mentionné à la section 4.4.

4.6.2 Certains établissements avec services d'assistance ne respectent pas les exigences plus strictes du Code des incendies, ce qui met les résidents en danger

Selon notre analyse des renseignements sur les établissements avec services d'assistance tirés de notre enquête sur les régions sanitaires et des renseignements sur l'occupation à des fins de soins fournis par le Bureau du commissaire des incendies, seulement 59 (13 %) des 449 établissements avec services d'assistance sont classés comme des « établissements de soins ». Les services d'assistance ne sont pas définis dans la Loi de 1997 sur la prévention et la protection contre l'incendie ou dans le Code des incendies, un règlement pris en vertu de cette Loi. Cela dit, les établissements avec services d'assistance qui, selon le

service d'incendie local, appartiennent à la catégorie « établissements de soins » doivent respecter des exigences supplémentaires en matière de sécurité-incendie en raison du risque accru que pose l'incendie pour certaines populations vulnérables. Les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite sont également assujettis à des exigences semblables. L'un des principaux facteurs pris en compte dans la définition d'« d'établissement de soins » est de savoir si les résidents sont en mesure d'évacuer l'immeuble sans avoir de l'aide.

Les services d'incendie locaux sont responsables de faire respecter les exigences du Code des incendies. Les codes qui s'appliquent aux immeubles qui abritent des établissements de soins sont plus rigoureux que ceux qui s'appliquent aux bâtiments qui servent exclusivement à des fins résidentielles. Par exemple, en vertu du Code des incendies, les immeubles qui abritent des établissements de soins sont tenus de faire installer des gicleurs et de procéder à un exercice d'incendie annuel surveillé et approuvé par le service d'incendie local. Les services d'incendie peuvent constater des infractions au Code des incendies à la suite d'une inspection de l'immeuble abritant un établissement de soins.

Six des sept organismes que nous avons contactés offrent des services d'assistance dans des établissements. À la suite de nos visites par voie virtuelle auprès d'un échantillon des bâtiments des 6 organismes qui y exploitaient des établissements avec services d'assistance, nous avons constaté que 11 des 20 immeubles n'étaient pas munis de gicleurs dans les logements occupés par des clients, contrairement aux 9 autres.

RECOMMANDATION 23

Pour protéger les adultes vulnérables vivant dans des établissements avec services d'assistance contre les risques que sont l'exploitation financière et l'incendie, le ministère de la Santé, de concert avec Santé Ontario, devrait :

• mettre à jour l'inventaire des établissements avec services d'assistance qui a été dressé aux

- fins de cet audit (annexe 8) et inclure d'autres renseignements pertinents, notamment les caractéristiques des services fournis aux clients dans ces établissements;
- élaborer des mécanismes pour séparer la prestation des services des responsabilités du propriétaire, par exemple en se procurant les services auprès d'un autre organisme au terme d'un processus concurrentiel;
- vérifier si les organismes de services d'assistance facturent des frais pour d'autres services financés par la province, y compris des services de soutien à la personne ou d'aides familiales, et prendre des mesures correctives en cas de non-conformité;
- déterminer quels établissements avec services d'assistance devraient être considérés comme des établissements de soins en vertu de la Loi de 1997 sur la prévention et la protection contre l'incendie et transmettre la liste au Bureau du commissaire des incendies aux fins de l'application du Code des incendies.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation.

Le Ministère reconnaît le mérite des efforts déployés par la vérificatrice générale pour achever cet inventaire. Le Ministère s'est engagé à travailler avec ses partenaires de Santé Ontario pour examiner le type de données recueillies auprès des fournisseurs de services de soins de santé pour s'assurer que Santé Ontario et le Ministère tiennent des renseignements à jour et utiles.

Le Ministère étudiera et évaluera les mécanismes permettant de distinguer la prestation des services des responsabilités des propriétaires.

Le Ministère collaborera avec Santé Ontario pour examiner et clarifier les cas où la politique ou la loi interdit de facturer des services financés par la province, communiquer aux partenaires de prestation des services d'assistance l'impératif de se conformer et de prendre des mesures correctives en cas de non-conformité.

Le Ministère transmettra au Bureau du commissaire des incendies une liste des immeubles où des services d'assistance sont offerts. Le Ministère collaborera également avec le Bureau du commissaire des incendies pour déterminer les immeubles qui correspondent à la définition d'« établissement de soins » énoncée dans la Loi de 1997 sur la prévention et la protection contre les incendies afin de continuer d'assurer la conformité à ces lois importantes. De plus, le Ministère collaborera avec Santé Ontario pour communiquer cette information aux fournisseurs de services d'assistance.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario appuie cette recommandation et collaborera avec le ministère de la Santé pour s'assurer que les renseignements appropriés sont recueillis pour détailler l'inventaire des établissements avec services d'assistance et, une fois l'inventaire établi, pour s'assurer qu'ils sont examinés et tenus à jour.

4.6.3 Absence d'inspections et manque de renseignements sur les éclosions de COVID-19 dans les établissements avec services d'assistance

Les régions sanitaires et le Ministère n'ont pas mené d'inspection dans les établissements avec services d'assistance

Des 449 établissements avec services d'assistance en Ontario, 24 sont financées par le gouvernement à titre de logements avec services de soutien. Ces 24 immeubles comptent collectivement 740 logements. Nous avons constaté que ni les régions sanitaires (depuis le 1^{er} avril 2021, Santé Ontario) ni le Ministère ne savent le nombre de ces logements qui sont occupés par des clients des services d'assistance ni l'état de leurs conditions de vie. Le Ministère peut visiter ces établissements avec services

d'assistance, mais il ne les inspecte pas officiellement pour évaluer l'état des lieux qu'il a financés.

Les régions sanitaires n'effectuent pas non plus d'inspections des chambres et les lieux collectifs, comme les salles à manger ou les aires de séjour, afin de déterminer si les droits, la sécurité et les soins des résidents répondent aux normes minimales. Elles ne vérifient pas non plus si les établissements disposent de processus appropriés pour l'administration des médicaments, comme un registre de suivi des médicaments pour chaque client, même si certains établissements avec services d'assistance sont responsables de s'assurer que les clients prennent leurs médicaments. En particulier, nous avons constaté que l'organisme qui surveillait les services d'assistance pour les clients ayant une lésion cérébrale acquise gardait les médicaments des clients dans une armoire verrouillée et supervisait l'administration des médicaments. De plus, les clients atteints de déficience cognitive ou de démence pourraient avoir besoin d'une surveillance plus directe de leurs pratiques de prise de médicaments. Comme tous les établissements avec services d'assistance auxquels nous avons fait appel ont indiqué que certains de leurs clients seraient admissibles à des services de soins de longue durée, ce genre de surveillance devient d'autant plus important. À titre de comparaison, l'Office de réglementation des maisons de retraite inspecte les maisons de retraite et le ministère des Soins de longue durée inspecte les foyers de soins de longue durée. Nous avons constaté que la plupart des autres provinces canadiennes surveillent les établissements avec services d'assistance au moyen de permis, d'inspections ou d'enquêtes.

De plus, certains de ces établissements avec services d'assistance ne seraient pas assujettis à la fonction de surveillance de la délivrance de permis et d'inspection de l'Office de réglementation des maisons de retraite (l'Office) s'ils sont considérés, en totalité ou en partie, comme un programme de logement avec services de soutien financé en vertu de lois particulières. Selon la *Loi de 2010 sur les*

maisons de retraite, une maison de retraite est définie comme étant un ensemble d'habitation ou une partie d'un immeuble d'habitation qui comprend des logements locatifs et qui est occupé surtout par des personnes âgées de 65 ans et plus, occupé ou destiné à être occupé par au moins 6 personnes non liées à l'exploitant de la maison, et lorsque l'exploitant fournit aux résidents au moins 2 services de soins, directement ou indirectement. Le Ministère n'a pas communiqué à l'Office la liste des immeubles où des services d'assistance sont fournis. Durant notre audit, nous avons confirmé avec l'Office qu'il avait recensé un tel établissement avec services d'assistance qui semblait correspondre à la définition d'une maison de retraite en vertu de la *Loi de 2010 sur* les maisons de retraite et qu'il travaillait avec le propriétaire de cet établissement pour s'assurer qu'il exploitait ses activités en conformité avec cette loi. Toutefois, le Ministère a précisé que si une partie d'un tel immeuble sert de logement à des clients des services d'assistance, il ne serait pas assujetti à la surveillance effectuée par l'Office; l'immeuble serait alors assujetti à la surveillance de Santé Ontario en vertu de la Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires. Comme il est mentionné à la section 4.4, cette surveillance a été minimale.

Nous avons également constaté que les bureaux de santé publique intervenaient peu auprès des établissements avec services d'assistance, malgré certaines exigences relatives à l'inspection et à la sécurité des lieux dans ces établissements. Nous avons communiqué avec un échantillon de bureaux de santé publique; ils nous ont informés qu'ils répondaient aux éclosions, mais qu'ils n'effectuaient aucune inspection proactive de prévention et de contrôle des infections. Comme il est mentionné à la section 4.5.2, un organisme aurait exploité un logement infesté de coquerelles et de champignons. Nous avons communiqué avec ce bureau de santé publique et avons été informés que la région sanitaire (Centre-Toronto) n'avait pas renvoyé ce cas. Le bureau de santé publique

estime que ce renvoi aurait dû avoir eu lieu. De même, un membre de la famille d'un résident de l'un de ces établissements avec services d'assistance a communiqué avec notre Bureau pour nous informer que son parent n'avait pas reçu de douches à la fréquence convenue, ce qui a entraîné de multiples infections, dont certaines ont nécessité une hospitalisation. Le membre de la famille allègue également que le client vivait dans un milieu insalubre et qu'il avait subi plusieurs blessures dans son logement dans cet établissement. Il s'était notamment blessé à la tête à la suite d'une chute en cherchant à se déplacer parce que l'organisme n'avait pas fourni le service de soutien en temps voulu. En fait, le résident n'a pas pu se prévaloir de soins non planifiés parce que le bouton d'appel du logement était hors service depuis longtemps. Le membre de la famille a fait part de ses préoccupations à l'établissement concerné, mais nous a informés que celui-ci n'avait pas pris de mesures efficaces pour y répondre. Le membre de la famille a également communiqué certaines de ses préoccupations au ministère de la Santé et à la région sanitaire, mais n'a pas reçu d'aide de l'un ou l'autre parce que les deux entités lui ont répondu qu'elles n'avaient pas le mandat d'intervenir. Ni Santé Ontario ni la région sanitaire n'ont effectué de visite dans cet établissement pour s'assurer que le client avait reçu les soins appropriés.

L'effet de la COVID-19 sur les services d'assistance reste inconnu

Le Ministère n'est pas en mesure de déterminer dans quelle mesure des éclosions de COVID-19 ont touché des établissements avec services d'assistance parce qu'il manque de renseignements sur l'emplacement de tous les immeubles collectifs où des services d'assistance sont offerts. De même, Santé publique Ontario n'a pas été en mesure de déterminer dans quelle mesure les établissements avec services d'assistance ont connu des éclosions de COVID-19 parce qu'il n'a pas reçu de liste de noms et d'adresses de tous les immeubles collectifs où des services d'assistance sont fournis afin que les

éclosions dans ces milieux puissent être repérées dans les données. De plus, Santé publique Ontario nous a informés que même si les bureaux de santé publique recueillent des données sur l'incidence de la maladie, comme les infections et les décès liés à la COVID-19, la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* ne précise pas de procéder à la collecte de renseignements sur le type de services qu'un client reçoit à l'extérieur d'un hôpital, par exemple les services d'assistance ou d'autres services.

Le Ministère nous a informés que la responsabilité de vacciner les résidents des établissements avec services d'assistance revient aux bureaux de santé publique locaux et qu'il ne dispose donc pas de renseignements sur la mesure dans laquelle cette population a reçu la priorité à l'échelle locale – par exemple, dans le cas des cliniques de vaccination sur place. Nous avons avec quelques bureaux de santé publique et ils nous ont informés qu'ils vaccinent les résidents des établissements avec services d'assistance en respectant les lignes directrices concernant l'admissibilité publiées par le Ministère et en fonction de la disponibilité de plages horaires. L'établissement de cliniques de vaccination sur place dépendait de la suffisance de l'espace physique qu'offre l'établissement avec services d'assistance pour ce faire. Nous avons demandé aux établissements exploités par des organismes auxquels nous avons fait appel de nous fournir des données sur la vaccination. Nous avons constaté que le taux de vaccination des résidents était de 86 % à 100 % au 30 septembre 2021, bien qu'un organisme nous ait informés qu'il ne pouvait obtenir cette information pour des raisons liées à la protection des renseignements personnels.

En août 2021, le Ministère a publié une directive qui exige que la plupart des organismes de soins de santé, y compris les organismes de services d'assistance, se dotent d'une politique de vaccination contre la COVID-19 qui oblige leurs employés à fournir une preuve de vaccination ou une preuve écrite d'une raison médicale pour ne pas être entièrement vaccinés d'ici le 7 septembre 2021. S'ils ne le peuvent pas, ils doivent faire l'objet d'examens

réguliers ou suivre une formation sur les bienfaits de la vaccination, même si les organismes de soins de santé peuvent néanmoins choisir de ne pas inclure l'option de séances de formation dans leurs politiques internes. Notre examen des politiques des sept organismes auxquels nous avons fait appel a révélé que tous les organismes se conformaient à cette directive. Toutefois, au 30 septembre 2021, le taux de vaccination du personnel de ces organismes variait de 54 % à 99 %.

RECOMMANDATION 24

Afin d'offrir aux clients des services d'assistance une protection contre l'infection à la COVID-19 et les éclosions futures de maladies infectieuses, le ministère de la Santé, de concert avec Santé Ontario, devrait :

- cerner les aspects des activités des établissements avec services d'assistance qui exigent l'exercice d'une surveillance, y compris en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections, les normes de soins et la sécurité, et collaborer avec d'autres partenaires, comme les bureaux de santé publique, pour mener des inspections axées sur les risques sur une base régulière;
- collaborer avec le ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité pour partager la liste des établissements avec services d'assistance avec l'Office de réglementation des maisons de retraite afin que les établissements qui satisfont aux conditions énoncées dans la Loi de 2010 sur les maisons de retraite soient réglementés à titre de maisons de retraite.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation.

Le Ministère cernera les aspects des établissements avec services d'assistance et des programmes d'assistance qui doivent faire l'objet d'une surveillance aux fins de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et de l'établissement de normes de soins et de sécurité.

Le Ministère collabore avec Santé Ontario et d'autres partenaires à l'initiative des carrefours de PCI, qui fournit un réseau provincial de milieux de vie collectifs. Ce réseau est une voie officielle et coordonnée pour accéder à l'expertise en matière de PCI par l'entremise des carrefours locaux de PCI afin d'encourager la préparation, la prévention et la gestion des éclosions dans ses milieux. Ce modèle, bien qu'il ait été élaboré en réponse à la pandémie de COVID-19, doit être mis à profit au cours des prochaines années.

Le Ministère examinera également avec Santé Ontario et les bureaux de santé publique les possibilités de renforcer les protocoles d'inspection.

Le Ministère collaborera avec le ministère des Aînés et de l'Accessibilité pour fournir une liste des immeubles où des services d'assistance sont offerts à l'Office de réglementation des maisons de retraite.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario appuie cette recommandation et collaborera avec le ministère de la Santé pour cerner les aspects des soins qui exigent une surveillance.

Annexe 1 : Paiements de transfert aux organismes de services d'assistance, 2016-2017 à 2020-2021

Sources des données : Ministère de la Santé et Santé Ontario

		Région		Pai <u>ements</u>	de transfert a	annuels (\$)		Nombre de clients servis	Paiement moyen par client (\$)
	Nom de l'organisme	sanitaire	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2020-2021	2020-2021
1	Community Care Durham	Centre-Est	1 088 955	1 088 955	1 091 041	1 088 955	1 088 955	482	2 259
2	Services de santé des hautes-terres d'Haliburton	Centre-Est	757 638	757 638	759 385	757 638	757 638	115	6 588
3	Carefirst Seniors and Community Services Association	Centre-Est	1 050 541	1 050 541	1 052 694	1 050 541	1 050 541	293	3 585
4	Scarborough Centre for Healthy Communities	Centre-Est	521 134	536 802	573 552	573 362	573 362	121	4 739
5	Yee Hong Centre – Scarborough McNicoll	Centre-Est	463 851	463 851	464 738	463 851	463 851	156	2 973
6	Participation House Toronto	Centre-Est	507 103	507 103	508 271	507 103	506 604	5	101 321
7	Momiji Health Care Society	Centre-Est	853 845	903 845	905 900	903 845	828 845	221	3 750
8	Marche des dix sous du Canada – Durham	Centre-Est	1 289 048	1 289 048	1 351 258	1 289 048	1 289 048	22	58 593
9	St. John's Retirement Home Inc.	Centre-Est	694 877	694 877	696 181	694 877	769 654	121	6 361
10	Kawartha Participation Projects	Centre-Est	4 193 442	4 193 442	4 219 937	4 209 233	4 110 442	70	58 721
11	St. Paul L'Amoreaux Centre	Centre-Est	1 054 658	-	-	-	-	-	-
12	Bureau local 133, Legion Village Inc.	Centre-Est	1 178 310	1 166 200	1 216 388	1 216 839	1 289 060	68	18 957
13	Hôpital Memorial de Campbellford (SCS)	Centre-Est	423 025	419 172	494 776	480 822	396 506	30	13 217
14	Senior Persons Living Connected	Centre-Est	-	1 054 658	1 056 675	1 054 658	1 054 658	112	9 417
15	Soins en milieu communautaire, Ville de Kawartha Lakes	Centre-Est	989 578	989 578	991 477	989 578	989 578	166	5 961
16	Croix-Rouge canadienne – Zone de l'Ontario, Northumberland	Centre-Est	195 092	112 727	-	-	-	-	-
17	Tri-County Community Support Services	Centre-Est	707 828	707 828	709 390	707 828	707 828	173	4 091
18	Carefirst Seniors and Community Services Association	Centre	1 917 044	1 917 044	1 965 518	1 999 303	2 128 053	230	9 252
19	Etobicoke Service for Seniors	Centre	1 275 730	1 192 613	1 214 726	1 202 339	1 202 339	125	9 619
20	Community Home Assistance to Seniors (CHATS)	Centre	5 897 464	6 341 853	6 475 531	6 465 897	6 465 897	404	16 005

				Paigments	de transfert a	nnuels (\$)		Nombre de clients servis	Paiement moyen par client (\$)
	Nom de l'organisme	Région sanitaire	2016-2017	2017-2018		,	2020-2021		2020-2021
21	Circle of Home Care Services (Toronto)	Centre	2 729 716	3 650 589	4 122 766	4 167 025	3 864 019	350	11 040
22	St. Demetrius Supportive Care Services	Centre	740 423	764 525	759 132	758 193	740 193	90	8 224
23	Yee Hong Centre – Markham	Centre	240 688	519 251	1 216 228	1 223 688	1 223 688	86	14 229
24	Villa Colombo	Centre	1 472 416	1 472 416	1 510 317	1 507 754	1 507 754	158	9 543
25	PACE Independent Living	Centre	5 524 307	5 481 859	5 587 582	5 883 955	5 564 730	156	35 671
26	Lumacare Services	Centre	1 696 667	1 979 981	2 278 310	2 275 019	2 275 019	469	4 851
27	Marche des dix sous du Canada - York	Centre	4 073 205	4 198 205	4 307 363	4 298 962	4 298 962	67	64 164
28	Ville de Toronto	Centre	535 258	530 378	544 949	543 107	545 942	S.0. ¹	S.0. ¹
29	North Yorkers for Disabled Persons Inc	Centre	853 130	883 130	888 130	873 605	873 605	10	87 361
30	Cerebral Palsy Parent Council of Toronto (Participation House)	Centre	2 294 895	2 292 530	2 360 313	2 322 142	2 381 809	47	50 677
31	Access Independent Living Services	Centre	3 468 858	3 615 921	4 007 119	4 066 307	3 769 647	53	71 125
32	North York Seniors Centre	Centre	1 299 108	1 301 950	1 334 311	1 331 742	1 331 742	93	14 320
33	Parkway House	Champlain	730 533	652 033	740 568	603 774	589 463	12	49 122
34	Choix Personnel Vie Autonome/ Personal Choice Independent Living	Champlain	2 930 485	2 928 628	3 126 895	2 232 414	-	-	-
35	North Renfrew Long- Term Care Services Inc.	Champlain	1 037 463	1 031 040	1 066 890	928 673	961 987	14	68 713
36	Montfort Renaissance Inc. (SCS)	Champlain	1 118 730	1 122 358	1 294 689	1 147 546	1 141 105	50	22 822
37	Williamsburg Non-Profit Housing Corporation/ MacIntosh Seniors' Support Centre	Champlain	981 733	960 536	982 086	992 086	992 086	72	13 779
38	Participation House Support Services (Champlain)	Champlain	-	-	-	149 329	456 785	2	228 393
39	Services communautaires de Prescott et Russell	Champlain	62 484	305 727	376 325	457 163	457 163	25	18 287
40	Centre de santé Perley et Rideau pour les anciens combattants	Champlain	1 815 740	1 822 271	1 872 655	1 971 134	2 051 684	92	22 301
41	Service communautaire d'Ottawa-Ouest	Champlain	927 675	930 578	1 077 523	1 345 487	1 345 487	65	20 700
42	Hôpital général de Hawkesbury et du district (SCS)	Champlain	198 220	-	-	-	-	-	-

		n.c.d		Paiements	de transfert a	annuels (S)		Nombre de clients servis	Paiement moyen par client (\$)
	Nom de l'organisme	Région sanitaire	2016-2017	2017-2018		2019-2020	2020-2021		
43	Barry's Bay & Area Senior Citizens Home Support Program Inc.	Champlain	477 084	478 535	944	-	-	-	-
44	VHA Soins et soutien à domicile	Champlain	3 948 801	4 121 041	4 244 410	6 158 098	7 900 404	199	39 701
45	Carleton Residence Attendant Services Program	Champlain	731 002	771 393	748 886	744 185	677 129	S.0. ¹	S.0. ¹
46	Algonquins de Pikwàkanagàn	Champlain	231 906	245 027	221 514	221 514	220 196	23	9 574
47	Carefor Soins et Services de santé communautaires – Ottawa-Carleton	Champlain	468 376	1 032 091	3 905 853	3 883 268	4 209 624	185	22 755
48	Renfrew Victoria Hospital/Palliative Care Service	Champlain	427 726	427 607	437 091	436 259	433 659	15	28 911
49	Grove Arnprior et district NH – Hôpital Memorial d'Arnprior et du district (SCS)	Champlain	488 381	456 582	608 403	479 634	433 634	18	24 091
50	Mills Community Support Corporation	Champlain	870 071	872 974	902 175	887 472	887 472	40	22 187
51	Société canadienne de la Croix-Rouge – Cornwall	Champlain	3 278 111	3 045 271	-	_	-	-	-
52	Marianhill Inc.	Champlain	793 537	795 569	811 087	809 408	741 958	65	11 415
53	Bruyère Continuing Care Inc. – Palliative Care Program	Champlain	2 507 139	2 919 622	2 970 441	3 098 825	2 983 641	101	29 541
54	CANES Community Care	Centre- Ouest	4 763 020	4 819 221	4 894 259	5 194 856	4 950 435	345	14 349
55	Peel Senior Link (centre-ouest)	Centre- Ouest	663 908	685 828	701 581	723 550	705 512	40	17 638
56	Dufferin County Community Support Services	Centre- Ouest	577 620	577 494	591 565	627 901	598 358	35	17 096
57	Holland Christian Homes	Centre- Ouest	743 975	747 695	765 950	812 959	774 709	67	11 563
58	Services and Housing in the Province - SCS	Centre- Ouest	-	-	-	-	5 231	S.0. ¹	S.0. ¹
59	Peel Cheshire Homes (Brampton) Inc.	Centre- Ouest	-	-	-	885 159	845 159	10	84 516
60	Caledon Community Services	Centre- Ouest	2 115 691	2 167 655	1 998 802	2 309 298	2 101 028	164	12 811
61	Richview Community Care Services Corporation	Centre- Ouest	1 268 201	1 349 643	1 354 318	1 405 682	1 354 722	128	10 584

				Paiements	de transfert a	annuels (\$)		Nombre de clients servis	Paiement moyen par client (\$)
	Nom de l'organisme	Région sanitaire	2016-2017	2017-2018		2019-2020	2020-2021		
62	Marche des dix sous du Canada - Sarnia	Érié St-Clair	3 565 048	3 886 414	3 997 907	3 762 042	3 968 042	213	18 629
	Marche des dix sous du Canada – Sarnia (programme de soins de transition/à court terme²)	Érié St-Clair	-	(273 750)	(250 000)	(300 000)	100 000	71	1 408
63	Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada	Érié St-Clair	489 444	494 338	495 270	494 338	494 338	34	14 539
64	Association canadienne pour la santé mentale – Lambton	Érié St-Clair	-	-	-	-	7 755	S.O. ¹	S.0. ¹
35	Services d'assistance Sud-Ouest de l'Ontario	Érié St-Clair	7 970 052	8 419 425	8 381 563	7 939 763	8 460 763	165	57 924
-	Aide à la vie autonome Sud-Ouest de l'Ontario (programme de soins de transition/à court terme²)	Érié St. Clair	-	(23 412)	(518 000)	700 000	(500 000)	259	1 931
66	Croix-Rouge canadienne, bureau local de Chatham-Kent	Érié St-Clair	279 945	69 993	132	-	-	-	-
67	Chippewas of Kettle and Stony Point Home Support Program	Érié St-Clair	17 948	177 563	177 898	177 563	177 563	S.0. ¹	S.0. ¹
68	Établissement de soins de longue durée Heidehof	Hamilton Niagara Haldimand Brant	919 437	919 437	921 796	919 437	919 437	84	10 946
69	Positive Living Niagara	Hamilton Niagara Haldimand Brant	838 412	838 412	838 412	789 249	789 249	36	21 924
70	Conway Opportunity Homes	Hamilton Niagara Haldimand Brant	635 131	635 131	636 681	635 131	635 131	10	63 513
71	United Mennonite Home	Hamilton Niagara Haldimand Brant	349 928	349 928	349 928	429 928	389 928	52	7 499
72	Municipalité régionale de Niagara	Hamilton Niagara Haldimand Brant	980 039	800 039	801 888	800 039	800 039	31	25 808
73	Marche des dix sous du Canada - Hamilton	Hamilton Niagara Haldimand Brant	2 791 240	2 791 240	2 791 240	2 798 879	2 791 240	56	49 844
74	Marche des dix sous du Canada – Niagara	Hamilton Niagara Haldimand Brant	6 142 990	6 142 990	6 157 558	6 400 990	6 628 990	393	16 867

		Dárian		Paiements	s de transfert a	nnuels (\$)		Nombre de clients servis	Paiement moyen par client (\$)
	Nom de l'organisme	Région sanitaire	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2020-2021	
75	INCA - Hamilton	Hamilton Niagara Haldimand Brant	741 432	741 432	743 260	-	-	-	-
76	Centre Good Shepherd de Hamilton	Hamilton Niagara Haldimand Brant	1 590 436	1 590 436	1 538 355	1 587 387	1 639 969	180	9 111
77	Hamilton Jewish Home for the Aged – Shalom Village	Hamilton Niagara Haldimand Brant	386 170	386 170	388 076	386 170	386 170	59	6 545
78	Mennonite Brethren Senior Citizens Home (Tabor Manor)	Hamilton Niagara Haldimand Brant	923 853	923 853	923 853	923 853	793 303	259	3 063
79	Pleasant Manor Retirement Village – Heritage Place	Hamilton Niagara Haldimand Brant	1 276 860	1 276 860	1 276 860	1 294 387	1 311 914	150	8 746
80	Participation House Brantford	Hamilton Niagara Haldimand Brant	2 951 459	3 658 029	3 745 960	3 736 958	3 736 958	97	38 525
81	Ableliving Services Inc.	Hamilton Niagara Haldimand Brant	8 061 941	8 321 467	8 825 620	9 674 406	11 154 576	216	51 642
82	Niagara District Homes Committee for the Physically Disabled (The)	Hamilton Niagara Haldimand Brant	833 316	833 316	833 316	963 316	898 316	15	59 888
83	Capability Support Services Inc.	Hamilton Niagara Haldimand Brant	3 234 369	3 234 369	3 242 730	3 341 426	3 544 955	89	39 831
84	Village Ina Grafton Gage de Niagara	Hamilton Niagara Haldimand Brant	1 358 765	1 358 765	1 693 883	1 736 823	1 750 327	191	9 164
85	Six Nations de la rivière Grand	Hamilton Niagara Haldimand Brant	-	51 024	51 024	61 024	56 024	3	18 675
86	St. Joseph's Home Care	Hamilton Niagara Haldimand Brant	1 968 115	2 268 900	2 846 676	3 500 470	3 500 809	301	11 631
-	St. Joseph's Home Care (programme de soins de transition/à court terme²)	Hamilton Niagara Haldimand Brant	-	-	(209 957)	(209 957)	(209 957)	75	2 799

				Paiements	de transfert a	nnuels (S)		Nombre de clients servis	Paiement moyen par client (\$)
	Nom de l'organisme	Région sanitaire	2016-2017	2017-2018		2019-2020	2020-2021		
87	Nucleus Housing	Mississauga Halton	9 719 154	10 013 769	10 436 139	10 657 327	10 256 316	427	24 019
-	Nucleus Housing (programme de soins de transition/à court terme²)	Mississauga Halton	-	-	-	(926 439)	(926 439)	25	37 058
88	Oakville Senior Citizens Residence	Mississauga Halton	5 958 631	6 026 306	6 061 345	6 003 956	6 226 398	660	9 434
89	Forum Italia Community Services - MICBA	Mississauga Halton	881 848	892 073	865 070	863 580	890 094	95	9 369
90	Yee Hong Centre for Geriatric Care	Mississauga Halton	672 966	672 966	691 004	686 425	686 425	36	19 067
91	Peel Senior Link	Mississauga Halton	6 111 209	6 620 526	6 863 522	6 659 290	6 615 631	335	19 748
92	Marche des dix sous du Canada - Peel	Mississauga Halton	8 664 781	8 664 781	8 957 874	9 125 282	8 838 077	193	45 793
93	Links2Care	Mississauga Halton	205 628	205 628	210 064	209 740	209 740	24	8 739
94	Municipalité régionale d'Halton	Mississauga Halton	3 701 624	3 689 679	3 783 876	3 806 494	3 799 617	241	15 766
95	Ivan Franko Home (Mississauga)	Mississauga Halton	525 092	425 741	384 577	383 820	383 820	15	25 588
96	Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada – site de Peel	Mississauga Halton	2 126 651	2 198 422	2 306 675	2 310 466	2 310 390	153	15 101
97	Independent Living Halton – Joyce Scott Non-Profit Homes Inc.	Mississauga Halton	384 734	384 734	393 027	406 159	427 948	5	85 590
98	Cheshire Homes - Peel Cheshire Homes Inc. (Brampton)	Mississauga Halton	866 630	841 489	897 872	_	-	-	-
99	Cheshire Homes – Peel Cheshire Homes Inc. (Streetsville)	Mississauga Halton	558 483	499 430	510 306	509 419	526 100	10	52 610
100	Halton Healthcare Services Corporation - Supportive Housing Program	Mississauga Halton	451 638	451 638	461 429	460 671	460 671	54	8 531
101	Association canadienne de la surdicécité, chapitre de l'Ontario	Programme géré par le Ministère	297 007	297 007	297 007	297 007	297 007	S.O. ¹	S.0. ¹
102	Head Injury Rehabilitation Ontario	Programme géré par le Ministère	408 000	43 820	-	-	-	-	-
103	Physically Handicapped Adults' Rehabilitation Association	Nord-Est	1 921 926	2 044 261	2 085 151	2 085 151	2 085 151	44	47 390
104	Huron Lodge Community Service Board Inc.	Nord-Est	2 303 312	2 303 312	2 353 795	2 349 382	2 349 382	66	35 597

		D/ 4		Paiement	s de transfert a	annuels (S)		Nombre de clients servis	Paiement moyen par client (\$)
	Nom de l'organisme	Région sanitaire	2016-2017	2017-2018		2019-2020	2020-2021	2020-2021	
105	CERD - Centre et réseau d'indépendance	Nord-Est	3 520 187	3 954 379	4 360 429	4 460 429	4 610 429	119	38 743
_	ICAN – Centre et Réseau d'Indépendance (programme de soins de transition/à court terme²)	Nord-Est	-	(188 000)	(188 000)	(188 000)	(188 000)	16	11 750
106	Services de santé de Chapleau Health Services (SCS)	Nord-Est	164 583	164 583	167 873	167 873	167 873	24	6 995
107	Services de santé communautaire Maamwesying North Shore - (SCS)	Nord-Est	321 508	-	-	-	-	-	-
108	Au Château Home for the Aged – (SCS)	Nord-Est	284 705	284 705	290 790	290 395	290 395	17	17 082
109	Access Better Living Inc.	Nord-Est	580 875	580 875	592 495	592 495	592 495	14	42 321
110	Aide aux seniors de Sudbury Est/ Sudbury East Seniors Support Inc.	Nord-Est	518 142	543 625	555 295	554 495	580 695	66	8 798
111	Ukrainian Seniors' Centre of Sudbury Inc.	Nord-Est	203 492	203 492	207 855	207 562	256 892	40	6 422
112	Soutien à domicile – Timiskaming Home Support	Nord-Est	797 916	604 494	917 414	1 498 543	1 415 868	72	19 665
113	Cassellholme - (SCS)	Nord-Est	1 247 589	1 242 589	1 299 765	1 298 039	1 298 039	57	22 773
114	Marche des dix sous du Canada - Sudbury	Nord-Est	2 484 133	2 705 467	2 796 035	2 792 217	2 792 217	117	23 865
115	VON - Bureau de l'Ontario - Site du Grand Sudbury	Nord-Est	1 001 325	1 298 810	1 166 818	1 324 790	1 184 790	46	25 756
116	The Friends	Nord-Est	1 788 254	1 813 254	1 849 524	1 879 508	1 879 508	89	21 118
117	Ontario Finnish Resthome Association	Nord-Est	1 182 766	1 182 766	1 208 204	1 206 426	1 206 426	253	4 768
118	Finlandia Village	Nord-Est	1 595 570	1 545 466	1 546 390	1 546 390	1 546 390	253	6 112
119	Croix-Rouge canadienne – bureau local de Sudbury	Nord-Est	4 112 073	4 280 407	4 366 017	4 366 017	4 366 017	64	68 219
120	Mains secourables, Orillia	Simcoe Nord Muskoka	2 310 357	2 685 042	3 278 658	2 583 526	2 163 154	102	21 207
121	IOOF Seniors Homes Inc.	Simcoe Nord Muskoka	690 147	725 147	2 381 635	5 247 750	6 257 978	354	17 678
-	IOOF Seniors Homes Inc. (programme de soins de transition/à court terme²)	Simcoe Nord Muskoka	-	-	(1 640 000)	(2 851 800)	(5 110 700)	227	18 450

		B Calls		Paiements	de transfert a	annuels (\$)		Nombre de clients servis	Paiement moyen par client (\$)
	Nom de l'organisme	Région sanitaire	2016-2017	2017-2018		2019-2020	2020-2021		
122	Marche des dix sous du Canada – Barrie	Simcoe Nord Muskoka	-	299 914	1 013 899	1 012 847	1 012 847	60	16 881
123	(Georgian, Trillium & Sunset Manors) Corporation of the County of Simcoe	Simcoe Nord Muskoka	363 040	786 040	1 127 506	370 301	422 876	38	11 128
124	Independent Living Services of Simcoe County and Area	Simcoe Nord Muskoka	4 152 355	4 152 355	4 235 402	4 235 402	4 235 402	91	46 543
125	LOFT Community Services	Simcoe Nord Muskoka	-	-	-	1 731 460	1 081 460	513	2 108
126	Société canadienne de la Croix-Rouge, bureau local du comté de Simcoe	Simcoe Nord Muskoka	1 177 703	670 205	-	-	-	-	-
127	Wendat Community Programs (SCS)	Simcoe Nord Muskoka	298 376	337 176	344 497	348 420	364 400	27	13 496
128	Northwestern Independent Living Services Inc.	Nord-Ouest	477 796	618 136	-	-	-	-	-
129	Community Services for Independence North West	Nord-Ouest	2 864 384	3 460 044	4 107 025	4 138 822	4 311 968	95	45 389
130	Services de lésions cérébrales du Nord de l'Ontario	Nord-Ouest	2 422 597	2 991 240	3 061 271	3 121 340	3 121 340	121	25 796
131	Pinecrest - SCS	Nord-Ouest	1 275 728	1 275 728	1 337 852	1 395 728	1 395 728	S.0. ¹	S.O. ¹
132	Hôpital Memorial du district de Nipigon (SCS)	Nord-Ouest	106 000	156 000	156 260	156 000	156 000	19	8 211
133	Corporation of the City of Thunder Bay	Nord-Ouest	988 778	988 778	990 425	988 778	988 778	121	8 172
134	Dilico Ojibway Child and Family Services	Nord-Ouest	-	-	_	60 000	120 000	9	13 333
135	Patricia Region Senior Services Inc.	Nord-Ouest	507 606	557 606	558 534	557 606	557 606	59	9 451
136	St. Joseph's Care Group (SCS)	Nord-Ouest	4 402 920	3 163 877	3 214 443	3 215 877	3 233 877	313	10 332
-	St. Joseph's Care Group (SCS) (programme de soins de transition/à court terme²)	Nord-Ouest	-	(30 000)	(85 858)	(40 000)	(40 000)	1	40 000
137	North of Superior Healthcare Group - SCS	Nord-Ouest	108 000	108 000	220 180	190 000	240 000	32	7 500
138	Hôpital du district de Geraldton (SCS)	Nord-Ouest	-	-	-	25 200	60 000	S.0. ¹	S.0. ¹
139	Santé Manitouwadge Health (SCS)	Nord-Ouest	-	-	-	47 900	53 800	34	1 582

		D.C.		Paiements	de transfert a	annuels (\$)		Nombre de clients servis	Paiement moyen par client (\$)
	Nom de l'organisme	Région sanitaire	2016-2017	2017-2018		2019-2020	2020-2021		
140	Riverside Health Care Facilities Inc. (Rainycrest) - SCS	Nord-Ouest	334 711	334 711	395 268	454 711	454 711	48	9 473
141	Wesway	Nord-Ouest	-	-	706 250	697 700	697 700	S.0. ¹	S.0. ¹
142	Marche des dix sous du Canada - Région de l'Est	Sud-Est	1 033 298	1 033 298	1 052 900	1 052 900	1 052 900	38	27 708
143	Cheshire Homes (Hastings-Prince Edward) Inc.	Sud-Est	715 624	689 599	739 281	722 810	702 681	288	2 440
144	Providence Care Centre	Sud-Est	513 800	513 800	523 545	523 545	523 545	S.O. ¹	S.O. ¹
145	Ingersoll Services for Seniors	Sud-Ouest	381 617	381 617	390 088	461 566	461 566	32	14 424
146	Connexion régionale VIH/sida (SCS)	Sud-Ouest	439 652	489 527	449 411	448 349	448 349	12	37 362
	Services de santé Four Counties	Sud-Ouest	278 780	278 780	284 968	274 918	284 295	7	40 614
	Participation House Support Services	Sud-Ouest	5 217 548	6 082 782	6 299 974	7 177 894	6 972 612	41	170 064
149	Corporation of the Town of St. Marys – Home Support Services	Sud-Ouest	161 143	161 143	164 720	164 331	160 537	6	26 757
150	St. Marys & Area Home Support Services	Sud-Ouest	-	-	_	-	22 723	7	3 246
151	Spruce Lodge	Sud-Ouest	371 718	524 987	420 928	564 733	564 733	27	20 916
152	Multi-Service Centre	Sud-Ouest	1 019 214	1 115 583	1 080 525	1 512 372	1 512 372	58	26 075
153	Participation Lodge - Grey Bruce	Sud-Ouest	2 003 687	2 083 687	2 048 165	2 072 482	2 163 679	20	108 184
154	Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada - Bureau d'Oxford	Sud-Ouest	-	270 312	499 184	564 145	521 378	21	24 828
155	Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada - Bureau de Perth- Huron	Sud-Ouest	-	98 959	176 193	163 777	175 777	8	21 972
156	Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada – Bureau de Grey-Bruce	Sud-Ouest	1 799 676	1 799 676	1 839 625	1 990 858	2 052 478	154	13 328
157	Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada - Bureau de Middlesex	Sud-Ouest	2 508 524	2 895 541	3 187 761	3 325 028	3 325 028	139	23 921
158	One Care Home and Community Support Services	Sud-Ouest	793 162	793 162	810 769	953 653	953 653	31	30 763
159	Cheshire Homes of London, Inc.	Sud-Ouest	8 162 008	8 434 263	8 811 939	9 406 516	9 406 516	177	53 144
160	West Elgin Community Health Centre	Sud-Ouest	871 726	871 726	847 577	1 016 571	947 693	37	25 613
161	Croix-Rouge canadienne, bureau local de Woodstock	Sud-Ouest	1 195 163	535 760	-	-	-	-	-

				Paiements	s de transfert a	annuels (\$)		Nombre de clients servis	Paiement moyen par client (\$)
	Nom de l'organisme	Région sanitaire	2016-2017	2017-2018		2019-2020	2020-2021		
162	Good Shepherd Ministries	Centre- Toronto	644 419	644 419	656 174	654 085	689 085	14	49 220
163	Etobicoke Service for Seniors	Centre- Toronto	70 441	70 441	70 797	70 441	70 441	S.O. ¹	S.0. ¹
164	Copernicus Lodge	Centre- Toronto	726 822	726 822	739 102	737 724	737 724	200	3 689
165	Tobias House Attendant Care Inc.	Centre- Toronto	4 573 188	4 573 188	1 529 355	381 099	-	-	_
166	NABORS	Centre- Toronto	1 169 458	1 169 458	1 189 301	1 187 000	1 222 000	12	101 833
167	Storefront Humber	Centre- Toronto	1 899 104	1 899 104	2 473 641	2 427 590	2 427 590	145	16 742
168	New Visions Toronto	Centre- Toronto	878 253	878 253	891 427	891 427	926 427	96	9 650
169	Warden Woods Community Centre	Centre- Toronto	338 796	338 796	344 617	343 878	368 878	S.O. ¹	S.0. ¹
170	West Toronto Support Services	Centre- Toronto	1 425 438	1 425 438	1 428 941	1 425 438	356 364	S.0. ¹	S.0. ¹
171	PACE Independent Living	Centre- Toronto	3 808 854	3 808 854	3 869 484	3 808 854	4 158 854	55	75 616
172	Reconnect Community Health Services (SCS)	Centre- Toronto	-	3 088 527	3 141 519	3 134 855	4 203 929	451	9 321
173	The Ontario Community Centre for the Deaf (Bob Rumball Centre for the Deaf)	Centre- Toronto	1 205 795	1 205 795	1 226 054	1 223 882	1 258 882	48	26 227
174	Marche des dix sous du Canada - Toronto	Centre- Toronto	5 030 074	5 030 074	5 065 083	5 135 218	5 130 074	62	82 743
175	St. Christopher House (Intégration sociale)	Centre- Toronto	-	-	-	-	136 311		
176	St. Christopher House	Centre- Toronto	1 764 540	1 764 540	1 795 033	1 791 008	1 826 008	166	11 000
177	Woodgreen Community Services	Centre- Toronto	6 175 872	5 675 076	5 771 714	5 760 202	5 760 202	893	6 450
178	Dixon Hall	Centre- Toronto	593 308	593 308	602 208	602 208	602 208	96	6 273
179	Ville de Toronto – Foyers et services de soins de longue durée – Logement avec services de soutien	Centre- Toronto	4 064 548	4 064 548	4 134 795	4 125 516	4 225 516	330	12 805
180	Les Centres d'Accueil Heritage – Centre des Pionniers	Centre- Toronto	490 933	485 985	494 722	493 275	493 275	58	8 505
181	Fife House Foundation	Centre- Toronto	1 568 761	2 017 816	2 115 141	1 592 292	2 183 601	502	4 350
182	St. Hilda's Towers	Centre- Toronto	1 102 441	1 552 441	1 120 900	1 118 978	1 153 978	74	15 594
183	St. Clair O'Connor Community Inc	Centre- Toronto	447 851	447 851	455 393	454 569	479 569	35	13 702

		Région		Paiements	s de transfert a	annuels (\$)		Nombre de clients servis	Paiement moyen par client (\$)
	Nom de l'organisme	sanitaire	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2020-2021	2020-2021
184	St. Matthew's Bracondale House	Centre- Toronto	388 491	388 491	389 240	388 491	388 491	70	5 550
185	Centres Bellwoods	Centre- Toronto	4 493 610	5 360 720	7 470 982	7 168 555	8 818 855	105	83 989
	Centre Bellwoods (programme de soins de transition/à court terme²)	Centre- Toronto	-	(544 434)	(1 407 368)	(2 352 481)	(1 002 300)	33	30 373
186	Hellenic Home for the Aged Inc.	Centre- Toronto	225 858	225 858	229 246	229 246	229 246	S.O. ¹	S.0. ¹
187	LOFT Community Services	Centre- Toronto	4 650 770	4 650 770	4 731 355	4 720 532	4 720 532	431	10 953
188	Family Service Toronto	Centre- Toronto	367 889	367 889	374 168	373 407	398 407	23	17 322
189	The Neighbourhood Group Community Service	Centre- Toronto	1 716 575	1 716 575	1 744 622	1 597 131	1 777 324	388	4 581
190	Native Canadian Centre of Toronto	Centre- Toronto	314 843	280 031	285 228	284 231	299 231	260	1 151
191	Vibrant Healthcare Alliance (SCS)	Centre- Toronto	-	-	3 125 530	4 260 687	4 641 786	45	103 151
192	Armée du Salut – Meighen Retirement Residence	Centre- Toronto	356 033	356 033	356 825	356 033	356 033	69	5 160
193	Centre Baycrest pour soins gériatriques	Centre- Toronto	1 780 543	1 780 543	1 783 864	1 780 543	1 780 543	164	10 857
194	Croix-Rouge canadienne – Toronto	Centre- Toronto	1 800 533	1 425 423	-	-	-	-	-
195	Senior Peoples' Resources in North Toronto, Inc.	Centre- Toronto	3 265 941	3 165 941	5 346 747	3 213 430	3 213 430	342	9 396
196	St. Clair West Services for Seniors (RLISS Centre-Toronto)	Centre- Toronto	3 088 527	-	-	-	-	-	_
197	Traverse Independence Not-For-Profit	Waterloo Wellington	1 708 738	1 708 738	1 708 738	1 708 738	1 708 738	29	58 922
198	Independent Living Centre of Waterloo Region	Waterloo Wellington	2 606 964	2 606 964	2 606 964	2 606 964	2 606 964	73	35 712
199 ³	Guelph Independent Living	Waterloo Wellington	2 155 302	2 155 302	2 155 302	2 155 302	2 155 302	80	26 941

	Région		Paiement	s de transfert a	annuels (\$)		Nombre de clients servis	Paiement moyen par client (\$)
Nom de l'organisme	sanitaire	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2020-2021	2020-2021
Financement total (y comp le programme de soins de transition/à court terme²)		314 860 559	324 209 167	339 083 261	345 944 462	349 933 235		
Financement lié à la COVID-	-19					38 160 138		
Total ⁴		314 860 559	324 209 167	339 083 261	345 944 462	388 093 373	21 645	17 930¹

Remarque : Données sur les paiements de transfert du ministère de la Santé. Données sur le nombre de clients desservis par Santé Ontario.

- 1. Santé Ontario ne disposait pas de ces données pour tous les organismes. Par conséquent, le coût moyen provincial par client est différent de celui présenté à la figure 8.
- 2. Le Ministère verse des fonds à certains organismes de services d'assistance depuis 2017-2018 dans le cadre du programme de soins de transition/à court terme. Le programme offre des services d'hébergement et de soins temporaires aux patients considéré comme ayant besoin d'un autre niveau de soins (ANS) ou susceptibles d'être considérés comme ayant besoin d'un autre niveau de soins afin de libérer de l'espace en milieu hospitalier pour qu'ils puissent être transférés vers une destination appropriée. En revanche, le financement accordé à d'autres organismes d'assistance ne comprend pas les frais d'hébergement. En 2020-2021, le Ministère a fourni un financement total de 8,1 millions de dollars dans le cadre de ce programme pour servir 1 255 clients des services d'assistance. La partie du financement de ce programme est indiquée entre parenthèses.
- 3. En 2020-2021, 182 organismes de services d'assistance ont fourni des services à des clients. Cette liste comprend 17 organismes qui ont reçu des fonds du Ministère au cours des années précédentes, mais pas en 2020-2021.
- 4. Les montants des paiements de transfert diffèrent légèrement des dépenses déclarées dans les comptes publics en raison de rajustements comptables.

Annexe 2 : Changement dans la responsabilité en matière de planification, de financement, de surveillance et de coordination des soins pour les services d'assistance, avant le 1er avril 2007 à aujourd'hui

Responsabilité	Avant le 1er avril 2007	1 ^{er} avril 2007 au 20 juin 2017	21 juin 2017 au 31 mars 2021	1 ^{er} avril 2021 à aujourd'hui
Planification du système de santé	Ministère de la Santé (ministère)	Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ¹	RLISS	Santé Ontario ²
Financement	Ministère	RLISS1	RLISS	Santé Ontario ²
Gestion dU RENDEMENT	Ministère	RLISS1	RLISS	Santé Ontario ²
Aperçu de la prestation des services	Ministère	RLISS1	RLISS	Santé Ontario ²
Détermination de l'admissibilité et gestion des listes d'attente	Organismes de services d'assistance	Centres d'accès aux soins communautaires ou organismes de services d'assistance ³	RLISS ou organismes de services d'assistance	Organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire ⁴ ou organismes de services d'assistance

^{1.} Les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de la province ont commencé à assumer leur rôle en matière de gestion des services de santé locaux en avril 2007, en commençant par le secteur hospitalier. En juillet 2010, les RLISS avaient pleinement assumé leur rôle dans tous les autres secteurs de la santé, y compris dans les secteurs de la santé communautaire et des services de soutien comme les services d'assistance.

^{2.} Le 1^{er} avril 2021, les fonctions non liées aux soins aux patients des 14 RLISS de la province, comme les fonctions de planification du système de santé, de financement et de mobilisation communautaire, ont été transférées à Santé Ontario le 1^{er} avril 2021.

^{3.} Avant 2011, seuls les organismes de services d'assistance assumaient ce rôle. Après la mise en œuvre de la politique sur l'aide à la vie autonome de 2011, le rôle a été partagé entre les 14 centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de la province et les organismes de services d'assistance selon le modèle de service applicable. Les responsabilités des 14 CASC de la province ont été transférées aux RLISS en mai et juin 2017.

^{4.} Les RLISS ont continué d'exercer leurs activités sous un nouveau nom, les Services de soutien aux soins à domicile et en milieu communautaire, avec un mandat restreint de prestation et d'organisation des services aux patients le 1^{er} avril 2021.

Annexe 3 : Principales responsabilités du ministère de la Santé et de Santé Ontario indiquées dans l'entente de responsabilisation en vigueur le 1er octobre 2021

Source des données : Ministère de la Santé

Domaine responsabilité	Ministère de la Santé (ministère)	Santé Ontario
Obligations générales en matière de rendement	Élaborer des exigences en matière de rapports relatives aux priorités gouvernementales et en informer Santé Ontario.	 Veiller à ce que les organismes de services respectent les exigences en matière de rapports du Ministère et de Santé Ontario énoncées dans leurs ententes de responsabilisation en matière de services. Répondre aux demandes de données du Ministère et remplir les documents d'analyse et de rapport, les analyses et les évaluations du rendement demandés par le Ministère.
Surveillance des fournisseurs de services de santé	Aider Santé Ontario à devenir le principal point de contact avec les organismes de services.	 Tenir les organismes de services responsables au moyen d'ententes de responsabilisation en matière de services pour la prestation des services financés par Santé Ontario et fournis conformément aux normes, directives et lignes directrices provinciales. Collaborer avec le Ministère et les organismes de services pour moderniser les ententes de responsabilisation en matière de services, la gestion du rendement et les processus de financement afin de refléter les résultats souhaités. Collaborer avec les organismes de services pour atteindre les résultats définis et élaborer et mettre en œuvre des mesures visant à améliorer le rendement. Informer le Ministère de la non-conformité d'un organisme de service assujetti à une entente ou à une loi qui n'a pas été résolue à la satisfaction de Santé Ontario.
Gestion de l'information	Communiquer à Santé Ontario les politiques, les processus, les normes, les exigences, les mécanismes, les échéanciers et les enjeux applicables qui se rapportent aux priorités et aux stratégies actuelles et applicables.	 Exiger des organismes de services qu'ils soumettent les données communiquées par le Ministère, au Ministère ou à un tiers. Exiger des organismes de services qu'ils déploient tous les efforts possibles pour atteindre les cibles intégrées relatives à la gestion de l'information et à l'analyse et pour respecter les exigences en matière de qualité des données et les calendriers de communication.

Remarque : Le 1er avril 2021, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont continué d'exercer leurs activités sous une nouvelle appellation officielle, les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC), dont le mandat a été limité à fournir et à coordonner les services aux patients; les fonctions non liées aux patients des RLISS (comme la planification et le financement) ont été transférées à Santé Ontario. Toutes les ententes de responsabilisation en matière de services qui existaient entre les RLISS et les organismes fournisseurs de services de santé, comme les organismes de services d'assistance, ont été transférées à Santé Ontario à cette date.

Annexe 4 : Comparaison des services d'assistance et des services de soins à domicile selon les lois et les politiques du ministère de la Santé au 1er avril 2021

	Services d'assistance	Soins à domicile
Loi habilitante	Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires	Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires
Financé par	Ministère de la Santé, par l'entremise de Santé Ontario	Ministère de la Santé
Services fournis par	Organismes de services tiers sans but lucratif	Organismes de services tiers à but lucratif ou sans but lucratif
Associations représentant les	Association ontarienne de soutien	Home Care Ontario
organismes de services	communautaire AdvantAge Ontario	Association ontarienne de soutien communautaire
	Ontario Association of Independent Living Service Providers	
Population de clients	Les personnes âgées qui satisfont aux critères d'admissibilité en vertu de la politique de 2011 du Ministère, les personnes ayant des lésions cérébrales acquises, les personnes atteintes du VIH/sida et les personnes ayant une déficience physique	Les personnes de tous âges qui répondent aux critères d'admissibilité énumérés dans un règlement pris en vertu de la <i>Loi de</i> 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires et qui ont besoin de soins à domicile, à l'école ou dans la collectivité
Besoins initiaux évalués par	Organismes de services tiers ou organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC)	SSDMC
Principal outil d'évaluation utilisé	Organismes de services : interRAI-CHA (community health assessment)	interRAI-CA (contact Assessment) interRAI-HC
	SSDMC : interRAI-HC (home care)	interRAI - Palliative
Soins à domicile gérés par la famille disponibles (cà-d. financement provincial à la famille pour l'achat de services de soins auprès d'un fournisseur de son choix)	Non	Les clients doivent satisfaire aux conditions d'admissibilité aux soins à domicile traditionnels et avoir un plan de services élaboré par le SSDMC. Ils doivent également satisfaire aux conditions d'admissibilité au programme et appartenir à l'un des quatre groupes de patients suivants : • Enfants ayant des besoins médicaux complexes • Adultes ayant des lésions cérébrales acquises • Enfants scolarisés à domicile admissibles • Patients dans des situations exceptionnelles évalués par un coordonnateur de soins des SSDMC

	Services d'assistance	Soins à domicile
Services disponibles		
Services de soutien à la personne (p. ex. se laver, utiliser les toilettes, s'habiller)	Oui	Oui
Services d'aides familiales (p. ex. buanderie, nettoyage du logement)	Oui	Oui
Services professionnels (p. ex. soins infirmiers, orthophonie, ergothérapie, travail social)	Non (non offert par un organisme de services d'assistance, mais peut être organisé et fourni par les SSDMC)	Oui
Visites non planifiées 24 heures sur 24, 7 jours sur 7	Oui	Non*
Vérifications de sécurité (cà-d. lorsqu'une personne appelle pour vérifier la santé et la sécurité du client)	Oui	Non
Services de réconfort (cà-d. lorsqu'une personne visite le client à domicile pour s'enquérir de son bien-être)	Oui	Non, mais les clients des services à domicile peuvent accéder à ces services par l'entremise des services de soutien en milieu communautaire

^{*} Certains organismes de SSDMC offrent des programmes spécialisés qui offrent des visites non planifiées 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour certaines personnes, comme celles ayant des besoins complexes qui reçoivent leur congé de l'hôpital ou en fin de vie.

Annexe 5 : Com	Annexe 5 : Comparaison entre les provinces et territoires offrant des programmes de services d'assistance	vinces et territoir	es offrant des p	rogrammes de servic	es d'assistance
Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario	ficatrice générale de l'Ontario				
Services d'assistance (Ontario)	Services pour personnes semiautonomes (Alberta)	Services d'assistance (Colombie-Britannique)	Logement avec services de soutien (Manitoba)	Ressources intermédiaires (Québec)	Établissements résidentiels pour adultes (Nouveau-Brunswick)
Description du programme	me				
Soutient les personnes ayant des besoins spéciaux qui ont besoin de services à une fréquence ou à une intensité plus élevée que ce qu'offrent les services de soins à domicile, mais qui n'ont pas besoin d'une supervision médicale ni infirmière 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.	Programme de niveau 3: Fournit des soins de santé et de la personne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7; les personnes vivent de façon autonome Programme de niveau 4: Offre un niveau supérieur de services sur place, par rapport au programme de niveau 3, pour répondre aux besoins de soins planifiés et non planifiés Programme de niveau 4D: Fournit des soins spécialisés en démence aux résidents de niveau 4	Offre des services de logement, des services hospitaliers, activités sociales et récréatives et des services de soins de la personne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 à des adultes qui ont besoin d'un milieu offrant des services en raison de problèmes de santé physique et fonctionnelle.	Pour les personnes qui ont besoin d'une supervision 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et d'une certaine aide pour gérer les activités de la vie quotidienne en raison de limitations physiques ou de problèmes de santé comme la démence	Fournit aux résidents un milieu de vie et un accès à des services de soutien pour les personnes en perte d'autonomie mineure ou modérée	Foyers de soins généralistes: Offre aux résidents un accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 à des services de supervision et de soins de la personne. Les résidents ont besoin d'une aide accrue pour les activités de la vie quotidienne, mais ils sont encouragés à participer à ces activités autant que possible Résidences communautaires: Fournit aux résidents un accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à de la supervision, à de l'aide pour les activités de la vie quotidienne et à des soins infirmiers, au besoin

Services d'assistance (Ontario)	Services pour personnes semi- autonomes (Alberta)	Services d'assistance (Colombie-Britannique)	Logement avec services de soutien (Manitoba)	Ressources intermédiaires (Québec)	Établissements résidentiels pour adultes (Nouveau-Brunswick)
Modèle et organisation du service	du service				
Les exploitants d'établissements avec services d'assistance sont chargés de fournir des services de soutien à la personne et d'aides familiales, dont certains sont offerts dans des établissements avec services d'assistance qui peuvent appartenir à des organismes de services d'assistance et d'autres dans des résidences privées de la collectivité.	Les fournisseurs désignés de services de soutien offrent ou organisent la prestation des soins de la personne et des services d'aide familiale.	Les exploitants de résidences avec services sont chargés de fournir des services de logement, de supervision, de soins de la personne et d'accueil.	Le promoteur/ locateur de logements avec services de soutien fournit un logement, des repas et des services.	Les résidences sont détenues et gérées par des exploitants. Toutefois, les soins de la personne et les services médicaux sont fournis par le réseau local de santé.	Les exploitants fournissent des services de logement, de surveillance 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et de soins de la personne aux résidents.

Services d'assistance (Ontario)	Services pour personnes semi- autonomes (Alberta)	Services d'assistance (Colombie-Britannique)	Logement avec services de soutien (Manitoba)	Ressources intermédiaires (Québec)	Établissements résidentiels pour adultes (Nouveau-Brunswick)
Conditions d'admissibilité	ité				
Les clients qui ont besoin de services de soutien à la personne ou d'aides familiales pour demeurer dans la collectivité et qui sont des personnes: • âgées présentant un risque élevé d'hospitalisation ou d'admission en soins de longue durée; • de 16 ans et plus ayant une déficience physique; • de 16 ans et plus ayant des lésions cérébrales acquises; ou • de 16 ans et plus qui vivent avec le VIH ou le sida.	 Programme de niveau 3: Les personnes qui sont: • stables sur le plan médical et physique, mais ayant une déficience physique, des diagnostics de troubles mentaux ou une démence légère sans risque connu d'errance et ne présentant aucun risque pour soi ou pour les autres; • aptes à se déplacer de façon autonome ou avec l'aide d'une autre personne; • aptes à se déplacer de façon autonome ou avec l'aide d'une autre personne; • aptes à sutiliser un système d'appel pour obtenir de l'aide. Programmes de niveau • Les personnes qui ont des besoins médicaux plus complexes qui sont prévisibles et gérés en toute sécurité avec des soins infirmiers professionnels sur place et sous la direction du gestionnaire de cas, comme les personnes atteintes de démence modérée à grave; • ou qui peuvent nécessiter une prise en charge des maladies chroniques ou de l'aide pour les activités quotidiennes.	 sont âgées de 19 ans ou plus et ont une déficience, des troubles mentaux ou des problèmes de toxicomanie; exigent à la fois des services hospitaliers (p. ex. entretien ménager, buanderie, repas) et des services de soins de la personne; peuvent prendre leurs propres décisions ou qui vivent avec un conjoint qui peut prendre des décisions en leur nom; présentent des risques importants dans leur milieu de vie actuel. 	Adultes qui: • ne peuvent plus se débrouiller seuls sans un soutien quelconque; • ont besoin d'aide pour les soins de la personne, les repas et la gestion des médicaments; • dépendent minimalement d'un service de soutien au déplacement et à la mobilité.	Adultes vulnérables ayant: une perte d'autonomie liée au vieillissement; une déficience intellectuelle; un problème de santé mentale ou de toxicomanie; une déficience physique.	Foyers de soins généralistes: Personnes qui : sont âgés de 19 ans ou plus ont un problème de santé inhibant ou sont physiquement fragiles (y compris la démence); peuvent se déplacer avec une certaine assistance; exigent une surveillance 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ainsi qu'une aide pour les soins de la personne et les activités de la vie quotidienne. Résidences communautaires: Personnes qui : sont âgées de 19 à 64 ans; ont des problèmes de santé physique ou mentale; peuvent présenter des difficultés cognitives ou comportementales supplémentaires; exigent une surveillance 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et une aide pour les soins de la personne; peuvent se déplacer de façon autonome ou avec une certaine assistance;

Services d'assistance (Ontario)	Services pour personnes semi- autonomes (Alberta)	Services d'assistance (Colombie-Britannique)	Logement avec services de soutien (Manitoba)	Ressources intermédiaires (Québec)	Établissements résidentiels pour adultes (Nouveau-Brunswick)
Modalités de paiement					
Financement public	Financement public pour les services de santé et de soins de la personne Les résidents paient leur logement, qui comprend le logement, les services publics, les repas et l'entretien ménager, avec un montant maximal fixé par le ministère de la Santé.	Financement mixte Les résidents paient un tarif mensuel fondé sur leur revenu pour le logement, les services de soins de la personne et les services hospitaliers. Si le paiement du tarif mensuel peut causer des difficultés financières au résident, il peut demander une réduction temporaire du tarif.	Financement public pour les services de santé et de soins de la personne Les résidents paient le logement, les repas et l'entretien ménager léger.	Financement public pour les services de santé et de soins de la personne Les résidents paient pour le logement, les repas et les services d'entretien ménager en fonction d'une estimation du besoin de demeurer dans une résidence pendant plus ou moins de deux ans.	Le gouvernement a établi un tarif journalier maximal pour le logement et tous les services pouvant être facturés par les exploitants. Le tarif journalier par client est fondé sur une évaluation financière effectuée par le ministère du Développement social.

Établissements résidentiels pour adultes (Nouveau-Brunswick)		Les exploitants doivent satisfaire à toutes les exigences énoncées dans les normes et procédures provinciales pour les établissements résidentiels pour adultes pour obtenir un permis d'exploitation. Les inspecteurs régionaux de la santé publique effectuent des inspections annuelles non annoncées qu'ils achèvent habituellement en une à deux journées. Si un cas de non-conformité est décelé au cours d'une visite ou d'un suivi, il sera indiqué dans un rapport d'inspection accessible au public publié par le ministère du Développement social.
Ressources intermédiaires (Québec)		Le ministère de la Santé et des Services sociaux effectue des visites d'évaluation de la qualité des résidences sur une base régulière. Les résultats sont affichés sur le site Web du Ministère, indiquant notamment si l'établissement respecte la loi.
Logement avec services de soutien (Manitoba)		Les établissements ne sont pas assujettis à des permis ni à des inspections.
Services d'assistance (Colombie-Britannique)		La Loi sur les soins communautaires et l'aide à la vie autonome oblige les exploitants de résidences avec services d'assistance à enregistrer leur résidence et à respecter les normes provinciales en matière de santé et de sécurité. La Assisted Living Registry Branch du ministère de la Sant surveille la conformité aux lois des établissements enregistrés, mène des enquêtes sur les plaintes, effectue des inspections et rend cette information accessible au public. En fonction des inspections et des vérifications de conformité, la section peut annuler ou suspendre les inscriptions.
Services pour personnes semi- autonomes (Alberta)	Surveillance – délivrance de permis et inspections	Le gouvernement établit des normes provinciales applicables aux logements avec services et surveille la conformité au moyen d'inspections annuelles sur place, comme l'exige la Supportive Living Accommodation Licensing Act. La non-conformité peut entraîner un refus de renouveler un permis, une annulation de permis ou un arrêté de suspension.
Services d'assistance (Ontario)	Surveillance – délivran	Les établissements ne sont pas assujettis à des permis ni à des inspections.

Services d'assistance (Ontario)	Services pour personnes semi- autonomes (Alberta)	Services d'assistance (Colombie-Britannique)	Logement avec services de soutien (Manitoba)	Ressources intermédiaires (Québec)	Établissements résidentiels pour adultes (Nouveau-Brunswick)
Nombre de personnes o	Nombre de personnes ou de logements desservis par programme, 2020-2021	gramme, 2020-2021			
23 116 particuliers	11 916 places, soit 1 513 (de niveau 3), 6 924 (de niveau 4) et 3 479 (de niveau 4D)	4 345 logements	764 logements	16 991 particuliers	197 logements (foyers de soins généralistes) et 670 logements (résidences communautaires)

Annexe 6 : Exemples d'expériences vécues par les bénéficiaires de services d'assistance

Source des données : certains organismes de services d'assistance

L'histoire de la famille de Ruth

Les membres de la famille de Ruth ont été sensibilisés à l'existence des services d'assistance après l'hospitalisation de leur mère durant deux semaines. À 93 ans, Ruth et son époux vivaient bien seuls chez eux, mais il est devenu évident qu'ils avaient besoin d'une aide supplémentaire. Les services d'assistance ont aidé Ruth à retourner à la maison en décembre 2017 et ont continué de la soutenir pendant plus de trois ans.

Ruth a beaucoup échangé avec ses soignants et n'hésitait pas faire part de ses opinions. En fin de compte, chaque soignant a pu sentir à quel point elle aimait son équipe et ils sont tous devenus comme une grande famille. Ruth avait pour dernier souhait de pouvoir mourir à la maison, ce qui a été rendu possible grâce aux efforts des soignants du fournisseur de services d'assistance.

Lorsque la famille de Ruth l'a ramenée à la maison après son séjour en soins palliatifs, elle savait que les soignants que Ruth considérait comme de la famille veillaient sur elle à toute heure de la journée pour assurer son confort durant ses derniers jours. La famille a été reconnaissante des services bienveillants et compatissants fournis par le fournisseur de services d'assistance.

L'histoire de la famille d'Emily

Emily reçoit des soins sur une base continue depuis plusieurs années de son organisme de services d'assistance. Son appartement avec services d'assistance a grandement contribué à sa confiance et à son autonomie. Elle se sent à l'aise dans cet environnement qui lui est familier Comme elle est atteinte de démence progressive, le personnel s'est montré attentif à ses besoins sans être intrusif, ce qui lui permet de continuer à mener une vie de façon autonome à l'âge de 92 ans. Fait important, elle adore les repas nutritifs et bien équilibrés qui lui sont servis tous les jours, au grand soulagement de sa famille.

Dans l'ensemble, la famille d'Emily est satisfaite des soins fournis. Emily raconte souvent à sa famille qu'elle est très heureuse dans son foyer avec services d'assistance.

Remarque: Données obtenues d'un échantillon d'organismes de services d'assistance auxquels nous avons fait appel durant l'audit. Les noms, les emplacements et les détails permettant d'identifier les personnes ont été modifiés par souci de protection de la vie privée.

Annexe 7 : Lieu de prestation des programmes de services d'assistance, mai 2021

Source des données : Santé Ontario

Lieu de prestation des services	Description de l'arrangement	Nombre de programmes de services d'assistance	% du total
Établissement avec services	Un « quartier » central de services d'assistance	254	50
Communauté	Maisons privées dans la collectivité (pas de carrefour central)	58	11
Établissements avec services d'assistance et milieu communautaire environnant	Établissement central et à l'extérieur, dans la collectivité près du centre des établissements avec services d'assistance	195	39
Total		507	100

Annexe 8 : Liste des organismes qui possèdent ou exploitent un établissement avec services d'assistance, juin 2021

Source des données : Santé Ontario

	Région sanitaire	Exploité par	Adresse	
1	Centre	Carefirst	9893, rue Leslie, Richmond Hill (Ontario) L4B 3Y3	
2	Centre	CASC de Mississauga Halton	155, avenue Kendal, Toronto (Ontario) M5R 3S8	
3	Centre	Community Head Injury Resource Services of Toronto (CHIRS)	62, avenue Finch Ouest, Toronto (Ontario) M2N 7G1	
4	Centre	Community Head Injury Resource Services of Toronto (CHIRS)	2, boul. St Georges, Etobicoke (Ontario) M9R 1W9	
5	Centre	North Yorkers for Disabled Persons	2880, avenue Bayview, North York (Ontario) M2N 5K3	
6	Centre-Est	Legion Village Inc	111, rue Hibernia, Cobourg (Ontario) K9A 4Y7	
7	Centre-Est	Carefirst Seniors and Community Services Association	300, boul. Silver Star, Scarborough (Ontario) M1V 0G2	
8	Centre-Est	Kawartha Participation Projects	77, chemin Towerhill, Peterborough (Ontario) K9H 7N3	
9	Centre-Est	Momiji Health Care Society	3555, chemin Kingston, Scarborough (Ontario) M1M 3W4	
10	Centre-Est	Participation House – Toronto Parent Association	1, croissant Burnview, Toronto (Ontario) M1H 1B4	
11	Centre-Est	St. John's Retirement Home Inc.	440, rue Water, Peterborough (Ontario) K9H 7K6	
12	Centre-Est	Yee Hong Centre for Geriatric Care	90, promenade Scottfield, Scarborough, M1S 5W4	
13	Centre-Ouest	Comté de Dufferin	200, rue Mill, Shelburne (Ontario) L9V 3R2	
14	Centre-Ouest	Comté de Dufferin	40, avenue Lawrence, Orangeville (Ontario) L9W 2X1	
15	Centre-Ouest	Holland Christian Homes	7900, chemin McLaughlin Sud, Brampton (Ontario) L6Y 5A	
16	Centre-Ouest	Peel Cheshire Homes Brampton	156, rue Murray, Brampton (Ontario) L6X 3L7	
17	Champlain	Algonquins de Pikwàkanagàn	1669, Mishomis Inamo, Pikwàkanagàn (Ontario) KOJ 1XO	
18	Champlain	Bruyère Continuing Care	889, promenade Hawatha Park, Orléans (Ontario) K1C 0A9	
19	Champlain	Carefor Health and Community Services	700, rue Mackay, Pembroke (Ontario) K8A 1G6	
20	Champlain	Carefor Health and Community Services	1026, rue Laurier, Rockland (Ontario) K4K 1V6	
21	Champlain	J. W. MacIntosh Community Support Services	4324, promenade Villa, Williamsburg (Ontario) KOC 2HO	
22	Champlain	Montfort Renaissance Inc.	162, rue Murray, Ottawa (Ontario) K1N 5M8	
23	Champlain	North Renfrew Long-Term Care Services Inc.	c. 47, chemin Ridge, Deep River (Ontario) KOJ 1PO	
24	Champlain	Parkway House	2475, rue Regina, Ottawa (Ontario) K2B 6X3	
25	Champlain	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		
26	Champlain			
27	Champlain	VHA Soins et soutien à domicile	1604, avenue Pullen, Ottawa (Ontario) K1G 0N7	
28	Érié St-Clair	Marche des dix sous du Canada	1212, avenue Michigan, Sarnia (Ontario) N7S 6M7	
29	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Ableliving Services Inc.	2080, chemin Trinity Church, Binbrook (Ontario) LOR 1C0	
30	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Benevolent Society Heidehof For The Care Of The Aged	600, rue Lake, St. Catharines (Ontario) L2N 4J4	
31	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Benevolent Society Heidehof For The Care Of The Aged	565, rue Lake, St. Catharines (Ontario) L2N 7R9	

	Région sanitaire	Exploité par	Adresse
32	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Capability Support Services Inc.	1401, rue Ontario, Burlington (Ontario) L7S 1G3
33	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Capability Support Services Inc.	107, promenade Appleblossom, Hamilton (Ontario) L9C 7P1
34	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Capability Support Services Inc.	657B, rue Lock Ouest, Dunnville (Ontario) N1A 1V9
35	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Centre Good Shepherd de Hamilton	10, rue Pearl, Hamilton (Ontario) L8R 2Y8
36	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Hamilton Jewish Home for the Aged – Shalom Village	70, rue Macklin N., Hamilton (Ontario) L8S 3S1
37	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Mennonite Brethren Senior Citizens Home (Tabor Manor)	1, promenade Tabor, St. Catharines (Ontario) L2N 1V9
38	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Niagara District Homes Committee For The Physically Disabled	675, avenue Tanguay, Welland (Ontario) L3B 6A1
39	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Niagara Ina Grafton Gage Home Of The United Church	413, chemin Linwell, St. Catharines (Ontario) L2M 7Y2
40	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Marche des dix sous de l'Ontario - Hamilton	66, 28 ^e rue ouest, Hamilton (Ontario) L9C 5A6
41	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Participation House Brantford (établissement 1)	10, allée Bell, Brantford (Ontario) N3T 6A6
42	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Participation House Brantford (établissement 2)	10, allée Bell, Brantford (Ontario) N3T 6A6
43	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Participation House Brantford (établissement 3)	10, allée Bell, Brantford (Ontario) N3T 6A6
44	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Pleasant Manor Retirement Village	15, rue Elden, Virgil (Ontario) LOS 1TO
45	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Municipalité régionale de Niagara	150, avenue Central, Grimsby (Ontario) L3M 4Z3
46	Hamilton Niagara Haldimand Brant	Six Nations de la rivière Grand	29, allée Cao, Ohsweken (Ontario) NOA 1M0
47	Mississauga Halton	Ivan Franko Homes	3058, boul. Winston Churchill, Mississauga (Ontario) L5L 3J1
48	Mississauga Halton	Joyce Scott Non-Profit Homes Inc.	296, rue Ontario, Milton (Ontario) L9T 2T9
49	Mississauga Halton	MICBA Forum Italia Community Services	155 promenade Forum, Mississauga (Ontario) L4Z 3M9
50	Nord-Est	Ontario Finnish Resthome Association	723, rue North, Sault Ste. Marie (Ontario) P6B 6G8
51	Nord-Est	Access Better Living Inc.	506, boul. Lonergran, Timmins (Ontario) P4P 1B4
52	Nord-Est	Physically Handicapped Adults' Rehabilitation Association	122, promenade Massey, North Bay (Ontario) P1A 4L1
53	Nord-Est	Conseil de gestion des foyers pour personnes âgées du district de Nipissing Ouest	100, rue Michaud, Sturgeon Falls (Ontario) P2B 2Z4
54	Nord-Est	Conseil de gestion des foyers pour personnes âgées du district de Nipissing Est	400, rue Olive Ouest, North Bay (Ontario) P1B 6J4
55	Nord-Est	Huron Lodge Community Service Board Inc.	100, chemin Manitoba, Elliot Lake (Ontario) P5A 3T1

	Région sanitaire	Exploité par	Adresse
56	Nord-Est	CERD - Centre et réseau d'indépendance	765, chemin Brennan, Sudbury (Ontario) P3C 1C4
57	Nord-Est	Marche des dix sous du Canada	2915, promenade Bancroft, Sudbury (Ontario) P3B 1T8
58	Nord-Est	Physically Handicapped Adults' Rehabilitation Association	200, avenue Oakwood, North Bay (Ontario) P1B 5H9
59	Nord-Est	Physically Handicapped Adults' Rehabilitation Association	280, avenue Oakwood, North Bay (Ontario) P1B 9G2
60	Nord-Est	Services de santé Chapleau Health Services	6, chemin Broomhead, Chapleau (Ontario) POM 1KO
61	Nord-Est	Sudbury Finnish Rest Home Society Inc.	233, avenue Fourth, Sudbury (Ontario) P3B 4C3
62	Nord-Est	The Friends	27, rue Forest, Parry Sound (Ontario) P2A 2R2
63	Nord-Est	Ukrainian Seniors' Centre of Sudbury Inc.	31, avenue Notre-Dame, Sudbury (Ontario) P3C 5K2
64	Simcoe Nord Muskoka	Comté de Simcoe	988, chemin 8 ^e ligne, Beeton (Ontario) LOG 1A0
65	Simcoe Nord Muskoka	IOOF	20, rue Brooks, Barrie (Ontario) L4N 7X2
66	Simcoe Nord Muskoka	Wendat Community Programs	44, rue Dufferin, Penetanguishene (Ontario) L9M 1H4
67	Nord-Ouest	St. Joseph's Care Group Corp	330, rue Lillie N., Thunder Bay (Ontario) P7C 0B4
68	Sud-Est	Pathways To Independence	33, promenade Cloverleaf RR5, Belleville (Ontario) K8N 4Z5
69	Sud-Est	Cheshire Homes HPE Inc.	246, rue John, Belleville (Ontario) K8N 3G1
70	Sud-Est	Pathways To Independence	15, Bachman Terrace, Ottawa (Ontario) K2L 1W2
71	Sud-Est	Pathways To Independence	416, rue Dundas Ouest, Napanee (Ontario) K7R 0A4
72	Sud-Est	Pathways To Independence	310, rue Bridge Ouest, Napanee (Ontario) K7R 0A4
73	Sud-Est	Pathways To Independence	289, rue Pinnacle, Belleville (Ontario) K8N 3B3
74	Sud-Ouest	Cheshire Homes Of London	98, chemin Baseline Ouest, London (Ontario) N6J 1V2
75	Sud-Ouest	Cheshire Homes Of London	559, Topping Lane, London (Ontario) N6J 3M9
76	Sud-Ouest	Participation House	684 136 route secondaire 30 RR 1, Centre Holland (Ontario) NOH 1R0
_ 77	Sud-Ouest	Participation House	165, avenue Belgrave, London (Ontario)
78	Sud-Ouest	Participation House	242 rouyte Halls Mill, London (Ontario)
79	Sud-Ouest	Participation House	6-521 Jeffreybrook Close, London (Ontario)
80	Sud-Ouest	Participation House	141 et 143, avenue Kimberley, London (Ontario)
81	Sud-Ouest	Participation House	134 Millridge Court, London (Ontario)
82	Sud-Ouest	Participation House	608, chemin Southdale Est, London (Ontario)
83	Sud-Ouest	Participation House	487, croissant Glen, London (Ontario)
84	Sud-Ouest	Participation House	57, croissant Phair, London (Ontario)
85		Participation House	319, rue Vancouver, London (Ontario)
86	Sud-Ouest	Participation House	1832, boul. Louise, London (Ontario)
87	Sud-Ouest	Participation House	586, avenue Creston, London (Ontario)
88	Sud-Ouest	Participation House	193, chemin Clarke, London (Ontario)
89	Sud-Ouest	Connexion régionale VIH/sida	596, rue Pall Mall, London (Ontario) N5Y 2Z9
90	Sud-Ouest	Spruce Lodge	639, rue Gore Ouest, Stratford (Ontario) N5A 7N2
91	Centre-Toronto	Centre Baycrest pour soins gériatriques	3560, rue Bathurst, Toronto (Ontario) M6A 2E1
92	Centre-Toronto	Bellwoods Centre for Community Living Inc.	300, rue Shaw, Toronto (Ontario) M6J 2X2
93	Centre-Toronto	Bellwoods Centre for Community Living Inc.	1082, rue Dundas Ouest, Toronto (Ontario) M6J 1X1

	Région sanitaire	Exploité par	Adresse
94	Centre-Toronto	Bob Rumball Centre For The Deaf	2395, avenue Bayview, Toronto (Ontario) M2L 1A2
95	Centre-Toronto	Ville de Toronto, Long-Term Care Homes and Services Division	365, rue Bloor Est, 15e étage, Toronto (Ontario) M4W 3L4
96	Centre-Toronto	Copernicus Lodge	66, avenue Roncesvalles, Toronto (Ontario) M6R 3A6
97	Centre-Toronto	Dixon Hall	85 de L'Esplanade, Toronto (Ontario) M5E 1Y8
98	Centre-Toronto	Dixon Hall	110 de L'Esplanade, Toronto (Ontario) M5E 1X9
99	Centre-Toronto	Dixon Hall	115 de L'Esplanade, Toronto (Ontario) M5E 1Y7
100	Centre-Toronto	Family Service Toronto	138, avenue Pears, Toronto (Ontario) M5R 3K4
101	Centre-Toronto	Family Service Toronto	25, avenue Leonard, Toronto (Ontario) M5T 2R2
102	Centre-Toronto	Family Service Toronto	128, rue Sudbury, Toronto (Ontario) M6J 3W6
103	Centre-Toronto	Fife House Foundation Inc.	9, rue Huntley, Toronto (Ontario) M4Y 1P2
104	Centre-Toronto	Fife House Foundation Inc.	490, rue Sherbourne, 3° étage, Toronto (Ontario) M4X 1K9 (établissement 2)
105	Centre-Toronto	Fife House Foundation Inc.	339, rue George, Toronto (Ontario) M5A 2N2
106	Centre-Toronto	Fife House Foundation Inc.	70, avenue Denison, Toronto (Ontario) M5T 2MB
107	Centre-Toronto	Fife House Foundation Inc.	9, rue Huntley, Toronto (Ontario) M4Y 1P2
108	Centre-Toronto	Good Shepherd Refuge Social Ministries	412, rue Queen Est, Toronto (Ontario) M5A 1T3
109	Centre-Toronto	Hellenic Home for the Aged Inc.	33 Winona Drive, Toronto (Ontario) M6G 3Z7
110	Centre-Toronto	Les Centres D'Accueil Heritage	33 Place Hahn, bureau 104, Toronto (Ontario) M5A 4G2
111	Centre-Toronto	LOFT Community Services	15, rue Toronto, 9e étage, Toronto (Ontario) M5C 2E3
112	Centre-Toronto	Marche des dix sous du Canada	75, rue Cooperage, bureau M01, Toronto (Ontario) M5A 0J5
113	Centre-Toronto	Marche des dix sous du Canada	22, rue McCaul, bureau 201, Toronto (Ontario) M5T 3C2
114	Centre-Toronto	Marche des dix sous du Canada	30, rue Saint-Laurent, Toronto (Ontario) M5A 3N1
115	Centre-Toronto	Marche des dix sous du Canada	341, rue Bloor Ouest, bureau 1008, Toronto (Ontario) M5S 1W8
116	Centre-Toronto	Marche des dix sous du Canada	4700, rue Keele, Toronto (Ontario) M3J 1P3
117	Centre-Toronto	Meighen Retirement Residence, Conseil de direction de l'Armée du Salut au Canada	84, avenue Davisville, Toronto (Ontario) M4S 1G1
118	Centre-Toronto	Native Canadian Centre of Toronto	14, Spadina, Toronto (Ontario) M5R 3M4
119	Centre-Toronto	New Visions Toronto	222, L'Esplanade, niveau inférieur, bureau 10, Toronto (Ontario) M5A 4M8
120	Centre-Toronto	PACE Independent Living, Broadway Program	12, avenue Broadway, bureau 107, Toronto (Ontario) M4P 3G9
121	Centre-Toronto	PACE Independent Living, Henry Lane Program	25 Henry Lane Terrace, bureau 442, Toronto (Ontario) M5A 4B6
122	Centre-Toronto	PACE Independent Living, The Joanne Wilson Program	310-20, rue Palace, Toronto (Ontario) M5A 0J4
123	Centre-Toronto	PACE Independent Living, Edwards Manor (ABI Services)	340, chemin Royal York, bureau 317, Toronto M8Y 2P9
124	Centre-Toronto	St. Hilda's Towers Inc.	2339, rue Dufferin, Toronto (Ontario) M6E 4Z5
125	Centre-Toronto	St. Matthew's Bracondale House	707, avenue St. Clair Ouest, Toronto (Ontario) M6C 4A1
126	Centre-Toronto	The Neighbourhood Group Community Service	349, rue Ontario, Toronto (Ontario) M5A 2V8

	Région sanitaire	Exploité par	Adresse
127	Centre-Toronto	Vibrant Healthcare Alliance (Anne Johnston Health Station - Tobias House Attendant Care)	2398, rue Yonge, Toronto, Ontario M4P 2H4
128	Centre-Toronto	St. Clair O'Connor Community Inc.	2701, avenue St. Clair Est, Toronto (Ontario) M4B 1M5
129	Centre-Toronto	Magasin Humber Inc.	2445, boul. Lakeshore Ouest, Toronto (Ontario) M8V 1C5
130	Centre-Toronto	Warden Woods Community Centre	74 Firvalley Court, Toronto (Ontario) M1L 1N9
131	Centre-Toronto	West Neighbourhood House	25, avenue West Lodge, Toronto (Ontario) M6K 2T3
132	Centre-Toronto	West Neighbourhood House	1447, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M6K 3K5
133	Centre-Toronto	Woodgreen Community Services	1070, rue Queen Est, Toronto (Ontario) M4M 3M4
134	Centre-Toronto	Woodgreen Community Services	12, promenade Thorncliffe Park, East York (Ontario) M4H 1N8
135	Centre-Toronto	Woodgreen Community Services	1420, avenue Victoria Park, North York (Ontario) M4A 2P7
136	Centre-Toronto	Woodgreen Community Services	25, avenue Sunrise, North York (Ontario) M4A 2S2
137	Centre-Toronto	Woodgreen Community Services	45, avenue Sunrise, North York (Ontario) M4A 2S3
138	Centre-Toronto	Woodgreen Community Services	266, avenue Donlands, East York (Ontario) M4J 5B1
139	Centre-Toronto	Woodgreen Community Services	444, avenue Logan, Toronto (Ontario) M4M 2P1
140	Centre-Toronto	Woodgreen Community Services	53, avenue Pape, Toronto (Ontario) M4M 2V5
141	Centre-Toronto	Woodgreen Community Services	63, avenue Pape, Toronto (Ontario) M4M 2V5
142	Centre-Toronto	Woodgreen Community Services	63, avenue Pape, Toronto (Ontario) M4M 2V5
143	Centre-Toronto	Woodgreen Community Services	80, avenue Danforth, Toronto (Ontario) M4K 3Y5
144	Centre-Toronto	Woodgreen Community Services	9, avenue Haldon, East York (Ontario) M4C 4P5

Annexe 9 : Profils d'un échantillon d'organismes de services d'assistance en Ontario

	Organisme 1	Organisme 2		Organisme 3
Lieu de prestation des services	Immeuble	Communauté	Immeuble	Immeuble
Description de l'établissement	L'établissement compte six logements avec services de soutien.	Sans objet: Les services d'assistance sont offerts dans la collectivité dans une grande ville voisine de Toronto.	Deux immeubles désignés dans une municipalité de la région du Grand Toronto qui offrent des services d'assistance et de logement avec services de soutien aux personnes âgées ayant besoin de soutien. Les immeubles sont exploités comme un ensemble d'habitations collectives typique, c'est-à-dire que les résidents paient un loyer au propriétaire.	Résidence de trois étages dans une grande ville qui offre des services d'assistance et de logement avec services de soutien aux personnes âgées qui ont besoin d'une aide supplémentaire pour leurs activités quotidiennes dans un milieu semblable à celui de la maison. Les logements vont d'un logement avec services d'environ 400 pieds carrés à des appartements de deux chambres d'environ 800 pieds carrés.
Propriété	L'organisme possède deux immeubles de logements avec services de soutien spécialisés et a conclu des ententes avec quatre autres fournisseurs de logements avec services de soutien dans la région du Grand Toronto.	Sans objet : L'organisme fournit des services au domicile des gens dans la région géographique entourant l'établissement avec services d'assistance.	L'organisme n'est pas propriétaire de l'établissement avec services d'assistance.	L'organisme est propriétaire de l'établissement avec services d'assistance.
Lieu	Milieu urbain	Milieu urbain	Milieu urbain	Milieu urbain

	Organisme 1	Organisme 2		Organisme 3
Types de	Services de soutien à la personne	Services de soutien à la personne	Services de soutien à la personne	Services de soutien à la personne
services offerts	 coordination des soins 	 bain et toilette 	 bain et toilette 	 aide pour le bain et la douche
	 appels de réconfort pour les 	 soins dentaires et de la bouche 	 soins dentaires et de la bouche 	 aide à l'hygiène personnelle
	personnes âgées à risque	 soins capillaires 	 soins capillaires 	 aide à l'habillement
	 soins et hygiène personnels 	 soins réguliers des mains et 	 aide à s'habiller/se déshabiller 	 surveillance de la santé et des
	 aide à s'alimenter 	des pieds	 aide à s'alimenter 	médicaments
	 aide à la toilette 	 soins préventifs de la peau 	 exercices et exercices d'amplitude 	 supervision 24 heures sur 24 et
	Services d'aides familiales	 changement de pansements 	• transfert.	intervention d'urgence
		non stériles	positionnement/ retournement	 coordination des soins
		 aide à s'habiller/se déshabiller 		 appels de réconfort
		 aide à s'alimenter 		 service d'aide à l'utilisation des
		 exercices et exercices d'amplitude 		appareils mobiles
		 transfert, 		Services d'aides familiales
		positionnement/ retournement		 buanderie
		 aide aux médicaments 		
		(portée limitée)		
		Services d'aides familiales		
		 préparation des repas 		
		cuisine		
		 nettoyage 		
		 changement des draps 		
		 nettoyage du logement (léger) 		
		 buanderie 		
		 élimination des ordures 		

	Organisme 1	Organisme 2		Organisme 3
Commodités (non financées par le secteur public)	Aires communes. D'autres fournisseurs de logements peuvent offrir leurs propres commodités privées.	Sans objet.	Location d'une salle de loisirs, exploitée par la direction de l'immeuble.	Salles à manger communautaires. Salles de loisirs et ateliers, y compris salle de sports, salle de spa, solarium, bibliothèque, chapelle, musée d'art et galerie d'art. Potagers et de jardins de fleurs, verger, pavillons, étang à poissons. Services de plateaux, coiffure, physiothérapie, loisirs, laboratoire, chapelle sur place.
Loyer mensuel	Les résidents sont responsables du loyer, mais peuvent recevoir des subventions au loyer.	Les résidents sont responsables du loyer, mais peuvent recevoir des subventions au loyer.	Les résidents sont responsables du loyer, mais peuvent recevoir des subventions au loyer.	Les résidents paient une quote- part. La quote-part varie d'environ 1 000 \$ pour un studio à 1 260 \$ pour un appartement d'une chambre.

Annexe 10 : Groupes de population cible et politique applicable du ministère de la Santé décrivant l'admissibilité

Source des données : Santé Ontario

Groupes de population cibles	Année de la politique	Nom de la politique ministérielle	Description
Personnes âgées à risque élevé	2011	Politique des services d'assistance pour les personnes âgées à risque élevé	Politique actuelle : concerne les personnes âgées qui présentent un risque élevé de devoir se rendre aux urgences ou d'être admis en soins de longue durée
concerne les personnes âgées ou fragiles et aux personnes âgées ayant une déficience cognitive	1994	Politique sur le logement avec services de soutien de longue durée	Politique de droits acquis : Les critères d'admissibilité sont plus vastes que ceux de la politique de 2011, mais les personnes âgées qui recevaient déjà des services en vertu de la politique de 1994 étaient autorisées à continuer de recevoir des services même si leurs besoins étaient inférieurs à ceux énoncés dans la politique de 2011 (c'est-à-dire que leur admissibilité était considérée comme bénéficiant de droits acquis).
Adultes ayant : des déficiences physiques une lésion cérébrale acquise; le VIH/sida	1994	Politique sur le logement avec services de soutien de longue durée	Seule politique élaborée depuis 1994 pour ces groupes

Annexe 11 : Extraits de la Politique des services d'assistance pour les personnes âgées à risque élevé, 2011

Source des données : Ministère de la Santé

- La *Politique des services d'assistance pour les personnes âgées à risque élevé* de 2011 (Politique de 2011) [traduction] « a été élaborée pour répondre aux besoins des personnes âgées à risque élevé qui peuvent vivre à domicile et qui ont besoin de services de soutien à la personne et de services d'aides familiales 24 heures sur 24 ». Ces modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2011.
- La politique de 2011 met à jour et remplace les dispositions de la *Politique sur le logement avec services de soutien de longue durée* datée de décembre 1994 (la « Politique de 1994 ») qui « concernent les personnes âgées fragiles ou ayant une déficience cognitive et qui ne s'appliqueront qu'aux nouveaux demandeurs à compter du 1^{er} janvier 2011 ». La politique de 1994 continuera de s'appliquer aux personnes âgées fragiles ou ayant une déficience cognitive qui recevaient des services en vertu de la politique de 1994 le 31 décembre 2010 et qui ne satisfont pas aux critères d'admissibilité des personnes âgées à risque élevé en vertu de la politique de 2011. La Politique de 2011 n'a aucune incidence sur les dispositions de la Politique de 1994 concernant les personnes ayant une déficience physique, des lésions cérébrales acquises, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
- La politique de 2011 [traduction] « cible les personnes âgées à risque élevé dont les besoins ne peuvent être satisfaits de manière rentable grâce à des services de soins à domicile et en milieu communautaire offerts uniquement sur une base de visites planifiées, mais qui n'ont pas besoin d'être admis dans un foyer de soins de longue durée ».
- « La politique vise à :
 - permettre aux collectivités locales de mieux répondre aux besoins des personnes âgées à risque élevé afin qu'elles puissent demeurer à la maison en toute sécurité
 - élargir la gamme d'options rentables et accessibles pour les soins en milieu communautaires
 - réduire le recours inutile ou évitable aux hôpitaux et les temps d'attente pour recevoir des soins actifs, l'utilisation des services d'urgence et les admissions en établissement de soins de longue durée
 - offrir aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) (qui sont devenus les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire de l'Ontario le 1^{er} avril 2021) la souplesse nécessaire pour s'adapter aux besoins en évolution des clients en matière de soins.
 - Renforcer les services d'assistance afin d'assurer un continuum de soins plus fonctionnel pour les personnes âgées à risque élevé de l'Ontario dans chaque RLISS. »
- Les services à fournir en vertu de cette politique sont [traduction] « les services de soutien à la personne, d'aides familiales, de coordination des soins et de vérification de sécurité ou de réconfort (services d'assistance). Le demandeur doit satisfaire aux critères d'admissibilité énoncés dans cette politique pour recevoir ces services. Les personnes qui reçoivent des services d'assistance peuvent également être admissibles aux services professionnels des centres d'accès aux soins communautaires (CASC). » (Les CASC ont été transférés aux RLISS au printemps 2017 et sont devenus des organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire le 1^{er} avril 2021.)
- [Traduction] « Un organisme agréé ne doit pas fournir de services de soutien personnel à une personne, sauf s'il est satisfait aux 10 critères d'admissibilité suivants :

- La personne doit être un assuré au sens de la Loi sur l'assurance-santé
- la personne doit avoir besoin de services de soutien à la personne et de services d'aides familiales 24 heures sur 24 et exige des soins qui ne peuvent être satisfaits uniquement sur la base des visites planifiées;
- la personne doit correspondre aux caractéristiques de l'un des profils d'un aîné à risque élevé énoncés au tableau 1 de la présente politique (décrits à la **figure 6**);
- la personne ne doit pas figurer sur la liste d'attente d'un foyer de soins de longue durée;
- la personne doit résider dans une zone de services géographique désignée approuvée par le RLISS, mais ne doit pas résider dans un foyer de soins au sens de la *Loi de 2006 sur la location à usage d'habitation* dans cette zone:
- la personne devrait pouvoir rester à la maison en toute sécurité entre les visites;
- la personne ne doit pas avoir besoin d'une disponibilité immédiate ou 24 heures sur 24 de soins infirmiers ou d'autres services professionnels (remarque : les soins infirmiers ne sont pas des services fournis dans le cadre des services d'assistance; ils sont fournis dans le cadre du programme de soins à domicile);
- le domicile de la personne devrait posséder les caractéristiques matérielles nécessaires à la fourniture des services.
- Le risque qu'un fournisseur de services subisse un préjudice corporel grave lorsqu'il fournit les services à la personne ne doit pas être important ou, s'il l'est, le fournisseur de services doit pouvoir prendre des mesures raisonnables pour le rendre insignifiant. »
- [Traduction] « Les services d'assistance doivent être fournis par des organismes autorisés à fournir ces services en vertu de la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires* (LSSDSC auparavant la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*). Les organismes agréés doivent se conformer à la LSSDSC et à ses règlements d'application ainsi qu'à toutes les politiques pertinentes du ministère de la Santé lorsqu'ils fournissent ces services. Les organismes agréés sont financés par les RLISS à titre de fournisseurs de services de santé en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (LISSL). »
- La politique de 2011 [traduction] « sera évaluée en fonction de la mesure dans laquelle elle contribue à :
 - réduire le nombre de visites inutiles ou évitables des personnes âgées à risque élevé aux urgences
 - réduire le nombre d'admissions inutiles ou évitables des personnes âgées à risque élevé en établissement de soins de longue durée
 - accroître le nombre de personnes âgées à risque élevé qui obtiennent leur congé de l'hôpital sans nécessiter un autre niveau de service (ANS)
 - réduire la durée de l'hospitalisation des personnes âgées à risque élevé après la détermination du besoin d'un ANS
 - réduire le temps d'attente avant l'intégration du milieu communautaire des personnes âgées à risque élevé qui reçoivent leur congé
 - augmenter la durée pendant laquelle les personnes âgées à risque élevé demeurent à la maison en toute sécurité après leur congé de l'hôpital »
- [Traduction] « Les personnes qui reçoivent des services d'assistance ne doivent pas recevoir plus de 180 heures de services de soutien à la personne, d'aides familiales et professionnels par mois. Pour s'assurer que le niveau de soins du client respecte le nombre maximum d'heures des services d'assistance, l'organisme agréé doit tenir un registre de toutes les heures de services professionnels fournis par un CASC (le cas échéant). »

- [Traduction] « Sous réserve de l'exception prévue pour les maisons de retraite mentionnée ci-dessous, les personnes âgées à risque élevé admissibles n'ont accès aux services d'assistance dans leur domicile que si elles résident dans un secteur de service désigné (aussi appelée « centre »). Les clients peuvent résider dans le centre dans divers milieux. Ces milieux comprennent des logements du secteur privé ou sans but lucratif comme des maisons unifamiliales individuelles, des maisons en rangée, des condominiums, des coopératives d'habitation ou des immeubles/appartements de logements sociaux traditionnels. Toutefois, les personnes âgées à risque élevé qui résident dans une maison de retraite au sens de la *Loi de 2010 sur les maisons de retraite* ne sont pas admissibles aux services d'assistance. » *Remarque : Bien que la politique du Ministère définisse le « centre » comme étant la zone géographique de services désignée, les régions sanitaires à qui nous avons parlé avaient interprété le centre comme représentant un lieu central, souvent un établissement avec services d'assistance, à partir duquel des services d'assistance étaient fournis. Nous utilisons cette définition tout au long du rapport.*
- [Traduction] « L'aiguillage vers des services d'assistance peut se faire directement par une demande présentée par la personne, des hôpitaux, des CASC, des fournisseurs de soins primaires, d'autres professionnels de la santé, des aidants naturels comme des membres de la famille, des voisins ou des amis ou du personnel de soutien communautaire ou des bénévoles. Le processus d'admission doit être transparent et diffusé au sein des collectivités couvertes par le RLISS. »
- [Traduction] « Un programme de services doit être élaboré pour les clients des services d'assistance en collaboration avec le client, son mandataire spécial, le cas échéant, et toute autre personne désignée par l'un ou l'autre en fonction des résultats de l'évaluation des besoins. Il doit préciser le type et la quantité de services d'assistance requis, y compris la fréquence et la durée des services que la personne recevra.
- [Traduction] « Chaque trimestre, les organismes agréés procèdent à une réévaluation formelle des besoins en matière de soins. Le programme de services ne doit être révisé que lorsque les besoins de la personne changent. »
- [Traduction] « Les organismes agréés doivent mettre en congé les clients qui ne répondent plus aux critères d'admissibilité. »
- [Traduction] « L'organisme est ou sera exploité conformément à la Déclaration des droits énoncée à l'article 3 de la LSSDSC de 1994 et agira avec compétence, honnêteté, intégrité et souci pour la santé, la sécurité et le bien-être des personnes qui reçoivent le service. »
- [Traduction] « Les organismes agréés doivent signaler aux RLISS le nombre de plaintes des clients des services d'assistance reçues et la façon dont elles ont été réglées à une fréquence déterminée par les RLISS. Les RLISS fourniront ces renseignements au ministère de la Santé dans le cadre du plan de services de santé intégrés et des rapports trimestriels. »
- [Traduction] « La source de financement des services d'assistance proviendra de l'allocation annuelle négociée par le RLISS, qu'elle soit ponctuelle ou de base. Le niveau de financement devrait être suffisant pour offrir les heures de service alignées aux cibles de prestation de services établis par chaque RLISS. »
- [Traduction] « Le ministère de la Santé examinera la présente politique au plus tard trente-six (36) mois après sa date d'entrée en vigueur. »

Annexe 12: Déclaration des droits

Source des données : Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires

Le fournisseur de services veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des personnes qui reçoivent de lui des services communautaires :

- La personne qui reçoit un service communautaire a le droit d'être traitée avec courtoisie et respect par le fournisseur de services, sans subir de la part de celui-ci de mauvais traitements d'ordre mental, physique ou financier.
- 2. La personne qui reçoit un service communautaire a le droit d'être traitée par le fournisseur de services d'une manière qui respecte sa dignité et son intimité et qui favorise son autonomie.
- 3. La personne qui reçoit un service communautaire a le droit d'être traitée par le fournisseur de services d'une manière qui reconnaît son individualité et qui est attentive et répond à ses besoins et à ses préférences, y compris les préférences fondées sur des considérations ethniques, spirituelles, linguistiques, familiales et culturelles.
- 4. La personne qui reçoit un service communautaire a le droit d'être informée sur les services communautaires qui lui sont fournis et de savoir qui lui fournira ces services.
- 5. La personne qui demande à bénéficier d'un service communautaire a le droit de participer à l'évaluation de ses besoins par le fournisseur de services et la personne dont il est établi, aux termes de la présente loi, qu'elle est admissible à un service communautaire a le droit de participer à l'élaboration de son programme de services par le fournisseur de services, au réexamen de ses besoins par le fournisseur de services, ainsi qu'à l'évaluation et à la révision de son programme de services par ce dernier.
- 6. La personne a le droit de donner ou de refuser son consentement à la fourniture de tout service communautaire.
- 7. La personne qui reçoit un service communautaire a le droit de soulever des questions ou de recommander des changements à l'égard du service communautaire qui lui est fourni et à l'égard des politiques et des décisions qui influent sur ses intérêts auprès du fournisseur de services, des représentants du gouvernement ou de toute autre personne, sans crainte d'être empêchée de s'exprimer, ni de faire l'objet de contraintes, de discrimination ou de représailles.
- 8. La personne qui reçoit un service communautaire a le droit d'être informée des lois, des règles et des politiques qui influent sur le fonctionnement du fournisseur de services et d'être informée par écrit de la marche à suivre pour porter plainte contre le fournisseur de services.
- 9. La personne qui reçoit un service communautaire a le droit de voir respecter le caractère confidentiel de ses dossiers conformément à la loi.

Annexe 13 : Critères d'audit

- 1. L'accès à des services d'assistance et à des services professionnels, au besoin, est établi pour permettre aux Ontariens admissibles d'avoir un accès rapide et équitable aux services d'assistance qui répondent à leurs besoins.
- 2. La planification des programmes de services d'assistance tient compte des données pertinentes, y compris des résultats pour la santé des bénéficiaires de services d'assistance, des profils démographiques futurs et d'autres services de santé connexes, afin de répondre aux besoins des clients de la manière la plus efficace possible.
- 3. Des données financières et opérationnelles exactes, complètes et validées sont régulièrement recueillies en temps voulu auprès des fournisseurs de services de santé pour s'assurer qu'ils se conforment aux politiques du programme, aux lois et aux ententes contractuelles, qu'ils réalisent les résultats escomptés du programme et que des mesures correctives sont prises en temps opportun lorsque des problèmes sont décelés.
- 4. Le financement accordé aux fournisseurs de services est distribué en fonction des besoins établis des régions sanitaires et des besoins particuliers des clients.
- 5. Les rôles et les responsabilités sont clairement définis et les exigences en matière de rapports sont établies pour appuyer la prestation des services d'assistance de manière conforme aux exigences législatives, contractuelles et des programmes.
- 6. Un processus de signalement des plaintes et des incidents concernant les services d'assistance est clairement communiqué au public. Ce processus est confidentiel et impartial et tient compte de la vulnérabilité des clients qui désirent formuler des plaintes concernant des locateurs ou des fournisseurs de soins directs.
- 7. Des indicateurs et objectifs de rendement sont établis, surveillés et comparés aux résultats réels pour s'assurer que les résultats escomptés sont atteints et que des mesures correctives sont prises en temps opportun lorsque des problèmes se présentent.

Annexe 14 : Travaux supplémentaires effectués dans le cadre de notre audit

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Au ministère de la Santé, nous avons :

- interviewé le personnel du programme et obtenu des données sur le programme;
- obtenu et analysé les données sur les services d'assistance, déclarées par les organismes de services et fournies par la Direction de la science des données sur la santé;
- interviewé le personnel de la Direction de la santé mentale et des dépendances au sujet des logements avec services de soutien financés par le gouvernement dans lesquels des services d'assistance sont fournis, et nous avons obtenu des données sur ces établissements pour nous aider à déterminer si les établissements financés par le gouvernement de l'Ontario ont été exploités de façon appropriée aux fins prévues;
- interviewé le personnel et obtenu de l'information de la Direction des services juridiques, de la Direction de la gestion financière, de la Direction de l'investissement dans les immobilisations en matière de santé, de l'Unité de la gouvernance et de la responsabilisation et de la Direction de la surveillance de Santé Ontario afin de comprendre tout travail effectué au niveau des directions relativement aux services d'assistance;
- obtenu des données du Groupement de l'information et de la technologie de l'information pour les services de santé, qui stocke
 les données d'interRAI (un instrument universel d'admissibilité qui établit le degré de besoin en services de soins) sur les clients
 et les patients de tous les programmes de santé de l'Ontario. Les données demandées comprennent celles relatives aux clients
 des services d'assistance et des services de soins à domicile. Ces données serviront à évaluer les besoins des clients qui ont
 accès à ces services dans différentes régions de l'Ontario et à déterminer si les services d'assistance sont utilisés de façon
 optimale dans l'ensemble du continuum des soins en milieu non hospitalier.

Nous avons aussi mené les travaux suivants; nous avons :

- interviewé le personnel du ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité pour cerner les domaines où des programmes peuvent chevaucher ceux offerts à la population des clients des services d'assistance;
- interviewé le personnel du Bureau du commissaire des incendies et de la gestion des situations d'urgence du ministère du Solliciteur général afin de cerner les préoccupations en matière de sécurité auxquelles font face les milieux collectifs sousréglementés qui offrent des services d'assistance;
- obtenu des données de Santé publique Ontario sur les éclosions de COVID-19 et les décès de clients et d'employés connexes afin d'évaluer les répercussions de la pandémie et les risques auxquels font face les établissements où des services d'assistance ont été fournis;
- communiqué avec six bureaux de santé publique (Halton, Niagara, Peel, Simcoe Muskoka, Thunder Bay et Toronto) pour nous enquérir de la nature du travail qu'ils effectuent dans les établissements avec services d'assistance;
- interviewé des membres du personnel des intervenants, qui comprennent l'ombudsman des patients, l'Ontario Health Coalition, AdvantAge Ontario, l'Advocacy Centre for the Elderly, l'ARCH Disability Law Centre, l'HIV & AIDS Legal Clinic Ontario, l'Ontario Personal Support Workers Association, l'Association ontarienne de soutien communautaire, l'Ontario Brain Injury Association et le Provincial Geriatrics Leadership Ontario pour mieux comprendre leurs points de vue sur les services d'assistance;
- demandé à l'Ontario Personal Support Workers Association de sonder ses membres en notre nom pour obtenir des commentaires sur le programme des services d'assistance;
- consulté un gériatre et un médecin spécialisé en médecine d'urgence et en médecine familiale, qui connaissent tous deux le système de soins de santé de l'Ontario, y compris la façon dont les soins de santé sont offerts aux personnes âgées, afin de mieux comprendre comment les services d'assistance sont utilisés ou comment leur prestation pourrait être améliorée.

Annexe 15 : Lacunes dans le suivi des listes d'attente

Faiblesses	Description
Le suivi des données est insuffisamment détaillé	Les listes d'attente ne font pas de distinction entre les personnes qui attendent une place dans un établissement avec services d'assistance ou dans la collectivité en général.
Les renseignements sont incomplets dans les régions sanitaires, car cette responsabilité est déléguée aux organismes	Seulement 11 des 14 régions sanitaires disposaient d'une liste d'attente complète, tandis que les autres avaient attribué cette responsabilité en tout ou en partie aux organismes de services d'assistance et n'avaient donc pas facilement accès à l'information. Bien que les organismes de services d'assistance gèrent généralement leurs propres listes d'attente, l'un des sept organismes que nous avons visités durant l'audit consolide sa liste d'attente avec celle de sept autres organismes de sa région sanitaire. Ils utilisent tous la même liste pour combler les places disponibles de façon plus équitable.
L'information sur les longs temps d'attente est incomplète	Les listes d'attente ne reflètent pas toujours le nombre total de personnes en attente. Par exemple, les établissements avec services d'assistance qui offrent des services aux personnes ayant une lésion cérébrale acquise ne font pas toujours un suivi systématique du nombre de personnes en attente parce que les clients vivent habituellement dans ces établissements pendant plusieurs décennies. Les temps d'attente peuvent parfois s'échelonner sur plusieurs décennies et n'ont donc aucune utilité pratique. Dans les organismes qui desservent les adultes ayant le VIH/sida ou une lésion cérébrale acquise auxquels nous avons fait appel durant l'audit, les clients sont demeurés en moyenne de 1,5 an à 12,5 ans sur la liste d'attente.
On ne fait aucun suivi de la demande non satisfaite dans certains secteurs	Treize des 14 régions sanitaires nous ont informés que la demande n'était pas satisfaite dans certains secteurs de leur région où les services n'étaient pas offerts, mais aucune n'a fait de suivi.
Données non accessibles au public	Les temps d'attente ne sont pas accessibles au public, ni sur les sites Web des régions sanitaires ni sur le site Web du Ministère, même s'il reçoit des données sur les listes d'attente de la part des organismes de services d'assistance. Le Ministère n'exigeait pas que les régions sanitaires publient de l'information sur les temps d'attente.
Priorité non suivie de façon centralisée	Bien que le Ministère s'attende à ce que les régions sanitaires et les organismes fassent le suivi de la priorité du client, les organismes ne déclarent pas cette information au Ministère. La priorité est déterminée par l'urgence du besoin du client des services d'assistance et du temps passé par la personne sur la liste d'attente pour obtenir ces services.
Le temps d'attente des patients considérés comme nécessitant un ANS en vue d'un placement dans une résidence avec services n'est pas suivi correctement	Santé Ontario fait le suivi du temps que les personnes considérées comme nécessitant un ANS ont attendu dans les hôpitaux avant d'obtenir leur congé. Toutefois, en partie en raison du manque d'information sur l'emplacement des établissements avec services d'assistance, il combine les services d'assistance avec un autre type de destination, soit les logements supervisés, qui sont essentiellement des foyers de groupe. Notre examen des données de Santé Ontario indique que les patients considérés comme nécessitant un ANS ont attendu plus de 116 000 jours à l'hôpital en 2020-2021 parce qu'il n'y avait pas de place dans les résidences avec services ou les logements supervisés.

Annexe 16 : Lacunes dans le suivi des heures de service et la définition des services disponibles

Préoccupations	Détails
Les organismes de services d'assistance visités durant l'audit ne font pas le suivi du nombre d'heures de soins à domicile que leurs clients reçoivent.	Les organismes ont expliqué qu'ils ne reçoivent pas suffisamment de renseignements de la part des fournisseurs de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire pour le faire, même si la politique de 2011 exige qu'ils en fassent le suivi pour s'assurer que les niveaux maximums de service ne sont pas dépassés.
Deux régions sanitaires ont établi des lignes directrices sur le niveau maximum de services et ces niveaux sont de loin inférieurs à ceux permis par la politique de 2011.	Par exemple, une région a fixé une limite de 1,5 heure de services de soutien à la personne et de services d'aides familiales par jour, alors que la politique du Ministère prévoit un maximum de 6 heures par jour, y compris en ce qui concerne les services professionnels. De même, le rapport du Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est sur les services d'assistance de 2016 indique que 74 % des organismes de services de santé ont indiqué qu'ils ne fournissaient pas les 180 heures de services par mois en raison d'un manque de ressources financières ou humaines.
Le Ministère n'a toujours pas mis en oeuvre la recommandation qu'il a reçue d'un groupe d'experts en juin 2017 d'élaborer un cadre pour améliorer les soins à domicile et en milieu communautaire, y compris les résidences avec services.	Ce cadre visait à définir les besoins de chaque niveau de soins en fonction des besoins fonctionnels, cliniques, sociaux, cognitifs et autres de la personne ainsi qu'à déterminer le nombre d'heures de services de soutien à la personne pour chaque niveau de soins sur une base mensuelle. En 2018, un outil d'aide à la décision fondé sur l'évaluation interRAI-HC visant à orienter la planification des soins et la répartition des services pour les heures de soutien à la personne a été mis en œuvre. L'outil utilise les mêmes principes que le cadre décrit dans le rapport du groupe d'experts de 2017 pour favoriser un accès équitable et uniforme aux services à l'échelle de la province. En outre, le Ministère nous a informés que les changements qu'il prévoit d'apporter aux soins à domicile et en milieu communautaire au cours des prochaines années s'appuieront sur cette recommandation.

Annexe 17 : Facteurs influant sur l'admissibilité aux services d'assistance en vertu de la politique de 2011 du ministère de la Santé

Facteurs influant sur l'admissibilité aux	
services d'assistance	Détails
Géographie	• Seules les personnes qui vivent dans certains secteurs, habituellement celles qui se trouvent dans un certain rayon (calculé en nombre de kilomètres ou en temps de déplacement) du « centre » à partir duquel le personnel de l'organisme fournit des services, sont admissibles aux services d'assistance. Les secteurs sont définis par les régions sanitaires.
	 Dans une région sanitaire, un organisme de services d'assistance fournit des services d'assistance par l'entremise d'une unité mobile afin que tous les résidents de la région sanitaire, et particulièrement les patients hospitalisés considérés comme nécessitant un ANS en attente de leur congé, puissent accéder à des services d'assistance.
	• Ni le Ministère ni Santé Ontario n'ont évalué ce modèle de prestation de services en vue d'une utilisation élargie, même si l'organisme s'est vu décerner la Médaille ministérielle d'excellence pour la qualité et la sécurité des services de santé de 2013. Le Ministère nous a informés qu'il ne disposait d'aucun renseignement à l'appui de la décision d'attribution de cette médaille et que cette décision était prise à l'échelle des régions sanitaires.
Services communautaires offerts uniquement aux personnes âgées à risque élevé	• L'Ontario Brain Injury Association nous a informés que de nombreuses personnes atteintes d'une lésion cérébrale vivent dans la collectivité et que la prestation d'un service en milieu communautaire leur serait très bénéfique. Toutefois, l'élargissement des services d'un nombre limité de « centres » d'établissements à la collectivité, prévu par la politique de 2011, se limitait aux personnes âgées à risque élevé seulement.
	 Même si la politique précédente de 1994 ne permettait pas la prestation de services en milieu communautaire, nous avons constaté que certains organismes avaient pris l'initiative d'offrir des services dans la collectivité; d'autres continuaient de respecter cette restriction.
Maisons de retraite	Le Ministère interdit la prestation de services aux personnes vivant dans des maisons de retraite.
	• Le Ministère n'avait pas évalué dans quelle mesure le nombre d'admissions dans des foyers de soins de longue durée ou d'inscriptions sur les listes d'attente aurait pu être réduit si les résidents des maisons de retraite avaient accès à des services de soutien à la personne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 offerts par les services d'assistance.
	 L'état de santé des résidents des maisons de retraite peut se détériorer au fil du temps et forcer la transition vers des soins de longue durée, ce qui entraîne des dépenses supplémentaires pour le système de santé puisque le gouvernement de l'Ontario ne finance pas les maisons de retraite, mais finance les soins de longue durée. Les services d'assistance pourraient également contribuer à réduire au minimum la perturbation des expériences vécues par les personnes âgées en retardant ou en évitant un tel déménagement.

Facteurs influant sur l'admissibilité aux services d'assistance

Détails

Listes d'attente pour les soins de longue durée

- Le Ministère interdit la prestation de services aux personnes inscrites sur une liste d'attente pour des soins de longue durée, bien que celles qui bénéficient déjà de services d'assistance puissent continuer de recevoir ces services avec un soutien additionnel des services de soins à domicile au besoin.
- Le Ministère a indiqué qu'une personne figurant déjà sur une liste d'attente ne peut accéder aux services d'assistance parce qu'elle peut recevoir des services de soins à domicile sans être assujettie à une limite de service.
- Le Ministère n'a pas évalué si les personnes inscrites sur la liste d'attente pour des soins de longue durée pourraient également bénéficier des services d'assistance, en particulier de la composante du programme des visites non planifiées 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour assurer leur sécurité.
- Par exemple, le rapport du Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est sur les services d'assistance de 2016 soulignait qu'il subsiste une confusion chez les organismes de services et les gestionnaires de cas (qui travaillaient alors dans les centres d'accès aux soins communautaires, qui sont devenus plus tard des RLISS) au sujet des critères d'admissibilité des clients qui attendent des soins de longue durée ou qui sont jugés admissibles après avoir déjà reçu des services d'assistance.

Annexe 18 : Possibilités d'amélioration des services non évaluées par le ministère de la Santé

Possibilités d'amélioration des services	Détails
Valeur de la combinaison des services de soins à domicile et des services d'assistance	 Les deux programmes desservent des clients semblables dans des milieux semblables, offrent des services comparables (sauf les services professionnels qui ne sont pas offerts dans le cadre du programme de services d'assistance), partagent des objectifs semblables et sont régis par la même loi. De nombreux clients reçoivent déjà les deux services, comme les clients des services d'assistance qui ont besoin de services professionnels. 37 % des services d'assistance ont été offerts dans la collectivité en 2020-2021, ce qui est comparable aux soins à domicile. La combinaison de ces services et leur prestation centralisée pourraient améliorer l'expérience du client.
Combinaisons de services précis dans les résidences avec services	 Fréquence à laquelle les clients des services d'assistance reçoivent des services professionnels en plus des services de soins de soutien à la personne et d'aides familiales, et fréquence à laquelle les clients reçoivent d'autres services comme des vérifications du bien-être.
Soins non planifiés	Quelle proportion des services d'assistance est fournie de façon non planifiée?
Lacunes dans la disponibilité	 Quelles régions de l'Ontario n'ont pas accès à des services d'assistance et comment cela influe-t-il sur les personnes qui doivent recourir à d'autres services? Par exemple, combien de personnes se prêtent parfaitement à l'obtention des services d'assistance, mais sont forcées de choisir des soins de longue durée parce que les services d'assistance ne sont pas offerts dans leur collectivité?
Seuil de rentabilité entre les services d'assistance et de soins de longue durée	 Le coût moyen de prestation des soins de longue durée (88 028 \$ par client par année en 2020-2021) est généralement considéré comme l'option la plus coûteuse dans le continuum des soins; cette considération relative au coût est différente des considérations liées à la qualité de vie qui font des services d'assistance un choix privilégié pour les personnes qui n'ont pas besoin du niveau de soins offerts dans un foyer de soins de longue durée. L'établissement d'un seuil de rentabilité, c'est-à-dire le montant maximal qui peut être versé pour des services d'assistance et la quantité de services qui peuvent être obtenus, y compris, au besoin, les services professionnels supplémentaires qui sont fournis dans le cadre du programme de soins à domicile et qui sont encore moins coûteux que les soins de longue durée, est essentiel à la planification des services.

Possibilités d'amélioration des services

Détails

Réduction du recours à l'hôpital et report des admissions dans des établissements de soins de longue durée

- Mesure dans laquelle les services d'assistance ont contribué à réduire les coûts pour le système de santé.
- Seulement 2 des 14 régions sanitaires exigent que leurs organismes déclarent des données sur les hospitalisations et les admissions dans des établissements de soins de longue durée. Les résultats de ces rapports ont surtout été examinés par les régions sanitaires, mais ils n'ont pas été présentés au Ministère.
- Qualité des services de santé Ontario, qui fait maintenant partie de Santé Ontario, a relevé qu'en 2019-2020 (la dernière année où ces données ont été déclarées), les taux d'hospitalisation par 100 000 personnes ayant des problèmes de santé pouvant être gérés à l'extérieur des hôpitaux par les régions sanitaires de l'Ontario s'élevaient en moyenne à 271, mais qu'ils variaient de 181 dans les régions sanitaires de Mississauga Halton et du Centre à 479 dans la région sanitaire du Nord-Ouest. Des taux plus élevés prêtent à penser que les options de service en milieu communautaire dans ces régions sont moins nombreuses.

Heures de service fournies par rapport aux résultats pour la santé

 Le nombre d'heures de service fournies aux clients, afin de déterminer si un client qui reçoit deux heures de service par jour plutôt qu'une heure obtient de meilleurs résultats et peut continuer à vivre avec l'aide des services d'assistance au lieu d'être transféré dans un établissement de soins de longue durée.

Admission prématurée dans un établissement de soins de longue durée en raison de la nondisponibilité d'une résidence avec services

- Nombre de personnes âgées qui étaient capables de vivre dans la collectivité en recevant des services d'assistance, mais qui ont été transférées dans un établissement de soins de longue durée parce que les listes d'attente pour des services d'assistance étaient trop longues ou parce que ces services n'étaient pas disponibles près de leur domicile. En 2018, le gouvernement a effectué une analyse qui a révélé que les listes d'attente pour les services d'assistance s'étaient allongées de 60 % en six ans, de 2011-2012 à 2016-2017.
- La politique ministérielle sur les services d'assistance stipule [traduction] qu'« un organisme agréé ne doit pas fournir de services d'assistance à une personne inscrite sur une liste d'attente pour être admise dans un foyer de soins de longue durée ». Cela signifie que les personnes qui bénéficient de services d'assistance doivent cesser de recevoir cette aide et recevoir des soins à domicile jusqu'à leur admission dans un établissement de soins de longue durée. Toutefois, il n'existe aucune donnée sur la fréquence de ces situations.
- Qualité des services de santé Ontario (maintenant Santé Ontario) a constaté que la proportion des patients recevant des soins à domicile qui sont admis dans un établissement de soins de longue durée, mais dont les besoins étaient faibles ou modérés, était en moyenne de 14,2 % en Ontario, mais variait de 11,1 % dans la région sanitaire du Sud-Est à 24,1 % dans la région sanitaire d'Érié St. Clair, en 2020-2021.
- Il n'est pas facile de déterminer combien de ces personnes auraient eu accès à des services d'assistance ou si la disponibilité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 d'une intervention par les services d'assistance, par opposition aux soins à domicile qui n'offrent que des visites planifiées, aurait fait la différence sur le plan du maintien à domicile de ces personnes.

Annexe 19 : Domaines non évalués par le ministère de la Santé pour cerner les possibilités d'améliorer les services d'assistance pour les adultes ayant une déficience physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/sida

Domaines non évalués	Détails
Croissance ou changement de la demande	Le Ministère n'a pas cherché à savoir s'il y avait eu des changements dans le nombre d'Ontariens qui vivent avec ces problèmes de santé. Cette information pourrait justifier des changements dans le financement et les services dont les membres de ces groupes de population pourraient avoir besoin. Le Ministère nous a informés que l'évaluation des changements du nombre de personnes ayant une incapacité physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/SIDA est une responsabilité qui relève de la région sanitaire, maintenant de Santé Ontario.
Changements de politique en raison des progrès médicaux	Le Ministère n'a pas évalué si les personnes atteintes du VIH/sida devaient rester admissibles aux services d'assistance en tenant compte des progrès médicaux réalisés au cours des dernières décennies. Les groupes d'intervenants à qui nous avons parlé, y compris ceux décrits à l'annexe 14, ont indiqué que les clients ayant le VIH/sida qui reçoivent des services d'assistance peuvent avoir d'importants problèmes de santé liés à l'accumulation des effets de la maladie pendant plusieurs décennies, car les personnes infectées n'ont pas toutes été guéries par des cocktails médicamenteux. Quoi qu'il en soit, les perspectives de santé globale des personnes atteintes du VIH/sida se sont nettement améliorées depuis l'élaboration de cette politique dans les années 1990.
Coûts moyens plus élevés des services associés aux lésions cérébrales acquises	Le Ministère ne s'est pas penché sur les raisons pour lesquelles les organismes offrant des services aux personnes ayant une lésion cérébrale acquise ont dépensé en moyenne 140 112 \$ par client en 2020-2021, ce qui est supérieur aux dépenses engagées par les organismes qui desservent tous les autres groupes de clients des services d'assistance, y compris les personnes âgées, lesquelles se chiffrent à un montant moyen de 15 561 \$ par client.
Analyse des données sur les résultats	Le Ministère n'a ni obtenu ni analysé les données sur les résultats de tous les organismes de services d'assistance sur le plan de la réduction des visites aux services d'urgence ou de l'admission tardive dans des établissements de soins de longue durée, ni utilisé les données que certaines régions sanitaires recueillent actuellement pour déterminer l'efficacité des organismes de services d'assistance dans ce domaine.
Envisager des services élargis à la collectivité	Le Ministère n'a pas précisé si des services d'assistance peuvent être fournis aux adultes ayant une déficience physique, une lésion cérébrale acquise ou le VIH/sida à l'extérieur des établissements désignés et dans la collectivité en général, à savoir au domicile des clients. La politique de 1994 ne fait aucune mention des services à domicile, c'est-à-dire au-delà des limites d'un établissement – et les groupes d'intervenants ont mentionné que ces services ne sont habituellement offerts que dans les établissements et ne sont pas couramment offerts en milieu communautaire.

Annexe 20 : Lacunes dans l'entente de responsabilisation entre la région sanitaire et l'organisme de services d'assistance

Domaines non précisés	
dans l'entente	Détails
Temps consacré à la prestation des services	Comme il est mentionné à la section 4.2.1 , la plupart des ententes de responsabilisation entre les régions sanitaires et les organismes de services d'assistance n'indiquent pas le nombre d'heures ni même une fourchette d'heures de service que les organismes devraient fournir aux clients ni ne leur tiennent rigueur du nombre d'heures de service qu'ils fournissent. Cela présente un risque que les organismes fondent leur évaluation du nombre d'heures de service dont un client a besoin uniquement sur la disponibilité de leur personnel plutôt que sur les besoins évalués du client, d'autant plus que le Ministère n'exige pas que les organismes fournissent un nombre minimal d'heures de service aux clients. Notre sondage auprès des préposés aux services de soutien à la personne a révélé que, à leur avis, les services d'assistance ne sont utiles que s'ils peuvent être fournis conformément au plan de soins du client et s'il y a une bonne continuité dans le personnel qui fournit les soins. De plus, un organisme auquel nous avons fait appel durant cet audit exploitait également un foyer de soins de longue durée et nous a dit qu'il ne fait pas le suivi des heures de service que reçoivent ses clients bénéficiaires des services d'assistance, mais qu'il le fait pour les résidents des foyers de soins de longue durée parce qu'il s'agit d'une exigence contractuelle en vertu de ce programme.
Taux de refus de clients aiguillés par l'organisme	Les régions sanitaires fixent des objectifs et évaluent le rendement des taux d'acceptation des aiguillages dans le cadre des ententes de service conclues avec les organismes de soins à domicile, mais pas avec les organismes de services d'assistance. Cela signifie que les clients que la région sanitaire considère comme admissibles à des services d'assistance peuvent être refusés par l'organisme sur la base de son évaluation du client.
Fréquence des visites manquées	Les régions sanitaires fixent des cibles et évaluent le rendement en ce qui concerne les taux de visites manquées dans le cadre des ententes de services qu'elles ont conclues avec les organismes de soins à domicile, que les régions sanitaires vérifient et surveillent, mais n'appliquent pas de mesures comparables dans le cas des organismes de services d'assistance.

Annexe 21 : Exemples de plaintes déposées aux régions sanitaires concernant les organismes de services d'assistance

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Nature de la plainte liée à la qualité du service	Détails
Réduction de la quantité de service	Une plainte d'un client d'une région sanitaire (NE.) en 2017 faisait état des préoccupations d'un client quant aux changements apportés à la quantité de services qu'il recevait et au « potentiel de réduction des services de soutien ». Le client a fait part de frictions entre lui et la direction de l'organisme de services d'assistance et de « menaces de représailles pour avoir posé des questions, soulevé des préoccupations et défendu ses intérêts et ceux des autres résidents ». La région sanitaire s'est renseignée sur la situation auprès de cet organisme seulement, qui a répondu que les services du client avaient été suspendus parce que ce dernier avait enfreint son entente de service à plusieurs reprises. La région sanitaire a ensuite jugé que les préoccupations du client n'étaient pas fondées, mais n'a pas examiné les dossiers de l'organisme de services d'assistance ni mené une enquête plus approfondie, par exemple pour demander des détails sur ce que le client avait fait pour enfreindre ladite entente de service.
Santé et sécurité	Une plainte d'un membre de la famille d'un client déposée en 2019 (Centre) concernant l'équipement de protection individuelle (EPI) et les pratiques de prévention et de contrôle des infections d'un préposé aux services de soutien à la personne en particulier au début de la pandémie de COVID-19. La région sanitaire a dirigé le plaignant vers l'organisme de services d'assistance. La famille a affirmé que les pratiques de prévention et de contrôle des infections n'étaient pas respectées et que le personnel de l'organisme ne portait pas l'EPI approprié comme des masques, des blouses, des couvre-chaussures et des couvre-cheveux même si la famille du client avait fourni cet équipement. Lors d'un suivi, la région sanitaire n'a pas été en mesure de fournir de l'information pour confirmer si des mesures avaient été prises pour répondre aux préoccupations du plaignant.
Allégation de négligence et de mauvais traitements	Une région sanitaire (Centre-Toronto) a pris très peu ou pas de mesures appropriées pour traiter une plainte concernant des allégations de mauvais traitements et de négligence. La plainte déposée en 2020 par la famille d'un client dénonçait une infestation de coquerelles et de champignons dans le logement du client (père de la famille). La famille a soumis des allégations de mauvais traitements et de négligence contre l'organisme de services d'assistance et a demandé à la région sanitaire d'enquêter. La région sanitaire a communiqué avec la famille du client pour discuter de ses préoccupations, mais région sanitaire n'a pas pu nous fournir d'autres renseignements sur les mesures prises par elle ou l'organisme pour assurer la sécurité du client. La région sanitaire a indiqué avoir [traduction] « présenté des excuses pour l'expérience et expliqué la prise de décision pour les clients aptes, ainsi que la capacité de choisir de vivre ou non dans une situation à risque ». La documentation disponible n'indiquait pas clairement qui s'était excusé à qui. La région sanitaire n'a pas pu fournir de renseignements supplémentaires sur l'issue de la plainte, par exemple, si des mesures ont été prises au niveau de l'organisme de services d'assistance.
Omission d'informer le client du changement d'intervenant	Une plainte déposée en 2020 (Centre-Toronto) concernait un client qui a signalé que l'organisme de services d'assistance avait mis en place un nouveau modèle de dotation sans en aviser au préalable les résidents. Les intervenants réguliers ont donc cessé de participer aux soins de la cliente. La cliente ne se sentait pas à l'aise de laisser des étrangers entrer chez elle et a demandé de recevoir les services de son préposé habituel. La région sanitaire n'a pas pu fournir d'autres renseignements sur les changements de personnel à l'organisme de services d'assistance ni sur la façon dont les préoccupations de la cliente ont été traitées. La région sanitaire a plutôt encouragé la plaignante à collaborer avec l'organisme pour obtenir une réponse à ses préoccupations et n'avait pas fait de suivi auprès de la cliente au moment

de notre audit.



Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

20, rue Dundas Ouest, bureau 1530 Toronto (Ontario) M5G 2C2 www.auditor.on.ca