

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

(Rapport annuel du vérificateur provincial 2004, section 4.04)

2^e session, 38^e législature
54 Elizabeth II

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

L'honorable Michael A. Brown,
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et
le confie à l'Assemblée.

Le président du comité,

Norman Sterling

Queen's Park
Novembre 2005

COMPOSITION DU
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS
2^e SESSION, 38^e LÉGISLATURE

NORMAN STERLING
Président

JULIA MUNRO
Vice-présidente

LAUREL BROTEN

RICHARD PATTEN

JIM FLAHERTY

LIZ SANDALS

SHELLEY MARTEL

DAVID ZIMMER

BILL MAURO

Susan Sourial
Greffière du comité

Elaine Campbell
Recherchiste

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	1
Réponse du ministère au rapport du Comité	
1. VUE D'ENSEMBLE	1
2. SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DES SOINS	2
2.1 Inspections annuelles	3
3. FINANCEMENT QUOTIDIEN	5
3.1 Niveaux de soins	5
3.2 Suffisance du financement quotidien	8
4. PROJET DE RÉAMÉNAGEMENT DES SOINS DE LONGUE DURÉE	12
4.1 Allocation des lits de soins de longue durée	12
5. RECOMMANDATIONS DU COMITÉ	15
NOTES	17

PRÉAMBULE

Le vérificateur général (le vérificateur)* a présenté un rapport de suivi sur la vérification de 2002 de l'activité Établissements de soins de longue durée dans la section 4.04 de son *Rapport annuel 2004*. Le Comité permanent des comptes publics a tenu des audiences sur ce rapport de suivi le 5 mai 2005 auxquelles ont pris part des représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le présent rapport contient les conclusions et les recommandations du Comité relativement aux aspects qui ont particulièrement retenu l'attention de ses membres. *On trouvera le contenu intégral des audiences dans le Journal des débats, lequel constitue le registre officiel des audiences.*

Le Comité tient à remercier les représentants du ministère de leur présence aux audiences. Il est par ailleurs reconnaissant de l'aide qui lui a été apportée au cours des audiences par le Bureau du vérificateur général, le Greffier du Comité et le personnel de la Direction des services de recherches et d'information de la Bibliothèque de l'Assemblée législative.

Le Comité avait tenu des audiences en février 2003 et publié en juillet de la même année un rapport sur le rapport de vérification de l'activité Établissements de soins de longue durée qui figurait dans la section 3.04 du Rapport annuel 2002 du vérificateur.

Les termes « établissements » et « maisons » ou « centres » de soins de longue durée sont employés tous trois dans le présent rapport. Avant la fin de 2003, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée utilisait surtout le premier terme; il utilise depuis les deux autres.

Réponse du ministère au rapport du Comité

Le Comité demande que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative de l'Ontario, sauf indication contraire dans une recommandation.

1. VUE D'ENSEMBLE¹

Les maisons de soins de longue durée fournissent soins et services aux personnes qui sont incapables de vivre de façon autonome et qui ont besoin de soins infirmiers 24 heures sur 24. Elles exercent leurs activités en vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, de la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos* et de la *Loi sur les établissements de bienfaisance*. Ces lois, ainsi que leurs règlements d'application, précisent les exigences en matière d'admission et de soins à prodiguer aux pensionnaires, les droits des pensionnaires, les responsabilités des maisons et les obligations du ministère. Les

* Anciennement le vérificateur provincial.

maisons de repos et de retraite ne reçoivent pas de fonds du ministère et ne sont pas visées par ces lois.

Les admissions sont autorisées par des coordonnateurs des placements désignés, dans le cadre des centres d'accès aux soins communautaires (CASC).

L'admissibilité d'une personne repose sur une évaluation de sa déficience ou de sa capacité et sur une évaluation des renseignements concernant ses besoins en matière de traitement médical, de soins médicaux ou d'autres soins personnels.

La principale responsabilité du ministère est de veiller à ce que les maisons assurent la prestation des services conformément aux ententes de services qu'elles ont conclues avec celui-ci et en conformité avec les lois et politiques applicables.

En 1998, le gouvernement a annoncé un plan, échelonné sur huit ans, pour la fourniture de 20 000 nouveaux lits de soins de longue durée et la rénovation de maisons non conformes aux normes contenant en tout 13 583 lits. En mars 1999, il a annoncé que les nouveaux lits seraient disponibles en 2004. En ce qui concerne le nombre de lits dans les maisons non conformes qui seront rénovées d'ici 2006, ce nombre a été révisé à 15 835. Au début de 2000, un bureau du Projet de réaménagement des soins de longue durée a été établi pour prendre en charge l'exécution du plan. (En 1998, la province comptait 57 000 lits de soins de longue durée; au moment des audiences, il y en avait 74 000².)

Le financement provient de trois enveloppes fondées sur des tarifs quotidiens : soins infirmiers et personnels, services des programmes et de soutien, autres coûts d'hébergement, y compris les aliments bruts³. Le tarif quotidien applicable dans chaque cas est prescrit par règlement. Les tarifs quotidiens sont les mêmes pour toutes les maisons, sauf le tarif des soins infirmiers et personnels, qui est basé sur l'évaluation du niveau de soins pour chaque pensionnaire. Les pensionnaires versent une quote-part au titre du logement et des repas et ils peuvent obtenir de l'aide au besoin pour ce faire.

Le budget provincial de 2004 prévoyait un investissement global d'environ 2,5 milliards de dollars pour assurer le soin des pensionnaires dans les maisons de soins de longue durée. (Les dépenses ont augmenté de 1 milliard de dollars entre 2001 et 2004.) À la suite du budget, un montant supplémentaire de 191 millions de dollars a été investi sur une période de deux ans (2004-2005 et 2005-2006) pour améliorer les soins et les services⁴.

2. SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DES SOINS⁵

Le Programme d'inspections de conformité (PIC) est le principal outil de surveillance de la qualité des soins. Selon les modalités du PIC, le ministère effectue des inspections annuelles de tous les établissements, mène d'autres inspections à la demande de spécialistes et fait enquête dans les cas de plaintes.

La responsabilité du PIC relève des bureaux régionaux. Chacun de ces bureaux compte un gestionnaire des soins de longue durée et des conseillers ou

conseillères en conformité (infirmiers ou infirmières autorisés – inf.aut.). Certains ont aussi accès aux services de conseillers ou conseillères pour les examens plus spécialisés. Les conseillers en conformité inspectent les établissements pour s'assurer qu'ils respectent les exigences du Manuel du programme des établissements de soins de longue durée du ministère. Les établissements qui ne satisfont pas à ces exigences doivent prendre des mesures correctives appropriées en temps opportun et ceux qui continuent d'enfreindre les normes peuvent être placés sous surveillance⁶.

2.1 Inspections annuelles

Rapport de 2003 du Comité⁷

Les trois lois qui régissent les établissements de soins de longue durée confèrent au ministère le droit d'inspecter les établissements afin d'assurer leur conformité aux lois et règlements, aux ententes de services et/ou aux exigences du permis. La politique du ministère stipule que des examens doivent être effectués au moins une fois par année. L'inspection annuelle vise à surveiller et évaluer la qualité des soins et services aux pensionnaires, la qualité des programmes ainsi que le fonctionnement global de chaque établissement. Les résultats de l'inspection annuelle sont affichés dans chaque établissement.

Entre 1997 et 1999, moins de la moitié des établissements ont subi des inspections annuelles. En 2000, le ministère a annoncé que tous les établissements seraient inspectés chaque année; ils l'ont tous été en 2001. Le personnel de vérification a examiné le processus d'inspection et noté que la haute direction ne vérifiait pas les résultats des inspections de façon systématique.

Le personnel de vérification a également noté que le ministère n'avait pas d'approche formelle d'évaluation des risques lui permettant de prioriser les procédures d'inspection ou de concentrer ses efforts sur les établissements qui ont l'habitude d'enfreindre les normes de qualité provinciales. Les deux associations qui représentent les exploitants des établissements ont informé le personnel de vérification que leurs membres avaient indiqué que les normes de conformité n'étaient pas appliquées de manière uniforme.

Les établissements peuvent être avertis d'une inspection annuelle jusqu'à une semaine à l'avance. Il s'ensuit que certains peuvent en profiter pour se préparer à l'inspection et que leurs résultats ne reflètent pas nécessairement les soins habituels prodigués.

Le vérificateur a recommandé que le ministère s'assure que la haute direction vérifie les résultats des inspections annuelles des établissements, mette en œuvre, pour ces inspections annuelles, une approche formelle d'évaluation des risques, assure une application uniforme des normes, établit des périodes de notification acceptables et soumette les établissements à risque élevé à des inspections surprises et détermine l'expérience et les compétences requises pour inspecter les établissements et maintenir un dosage approprié de spécialistes.

Audiences du Comité

Le ministère exerce maintenant une surveillance plus rigoureuse et plus uniforme, dans le cadre du PIC, des progrès réalisés individuellement par les maisons pour satisfaire aux normes. Un effectif composé de 65 professionnels à temps plein exécute le PIC au niveau régional, comparativement à 23 en 1998. (Une unité de l'application des mesures législatives a été créée en février 2003⁸.) La haute direction des bureaux régionaux évalue les résultats des inspections afin de prendre des mesures correctives ou préventives au besoin.

Le ministère effectue maintenant des inspections annuelles de toutes les maisons sans avis préalable et assure dans tous les cas le suivi des plaintes ou des incidents inhabituels déclarés. Depuis janvier 2004, plus de 4 000 inspections ont été exécutées, dont des inspections annuelles. (Toutes les inspections annuelles sont exécutées sans avis préalable depuis cette date.)

Au moyen d'un lien sur le site Web du ministère, les personnes âgées et les familles ont maintenant accès à de l'information sur les maisons individuelles et sur la qualité des soins qu'elles dispensent.

Le ministère a entrepris une révision des normes relatives aux programmes et services de soins afin d'assurer une application uniforme des normes dans le cadre des inspections. À l'automne 2004, tout le personnel de conformité et d'application a reçu de la formation sur les normes proposées. Une nouvelle loi régissant l'ensemble des maisons de soins de longue durée sera déposée plus tard en 2005 et devrait incorporer les nouvelles normes.

Afin d'accroître l'uniformité des inspections et de renforcer les outils mis à la disposition des équipes de la conformité, le ministère tient des séances de formation annuelles sur la conformité⁹.

Cadre de gestion des risques

Beaucoup d'efforts ont été consacrés à l'élaboration d'un cadre de gestion des risques qui sera terminé sous peu. Ce cadre vise à utiliser les renseignements reçus et consignés pour orienter et accélérer les inspections. Il permettra d'identifier des indicateurs de risque et d'utiliser cette information pour remédier aux problèmes et envisager l'application systématique de politiques ou de normes pour réduire le risque¹⁰. Les membres du Comité ont appris que le cadre est employé dans d'autres secteurs de la santé pour garantir le maintien de normes optimales en matière de qualité des soins¹¹.

Renseignements supplémentaires

Au cours de l'élaboration du cadre de gestion des risques, le ministère s'est informé des pratiques en vigueur dans les autres provinces en ce qui a trait aux indicateurs de risque utilisés, à leur mode d'application dans les processus d'inspection et de collecte des données, et pour savoir si ces pratiques comprennent l'application de facteurs d'ajustement en fonction du risque ou de facteurs de pondération des risques.

Le ministère se penche également sur un outil d'évaluation commun combiné à un suivi sous la forme d'un indicateur de la qualité, à savoir le Fichier de données essentielles. Employé dans plus de 20 administrations, le Fichier de données essentielles s'inscrit dans la recherche clinique et la pratique empirique. Le ministère a en outre consulté la Veteran's Administration, du gouvernement fédéral américain, qui est un chef de file de l'application d'indicateurs clés de la qualité des soins¹².

Recommandation du Comité

Au cours des audiences du Comité sur la section 3.04, Établissements de soins de longue durée, du *Rapport annuel 2002* du vérificateur, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a indiqué qu'il songeait à adopter le Fichier de données essentielles, le décrivant comme un instrument plus moderne « qui lui fournirait des données qu'il ne possède pas à l'heure actuelle¹³ ». Deux ans plus tard, le ministère étudie toujours le Fichier.

Le Comité recommande donc ce qui suit :

1. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité de la progression de son examen du Fichier de données essentielles comme outil d'évaluation et indicateur de la qualité uniformes, et du moment où il compte prendre une décision quant à la mise en œuvre du Fichier, le cas échéant.

Le Comité demande que le ministère transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 30 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

3. FINANCEMENT QUOTIDIEN

3.1 Niveaux de soins

*Rapport annuel 2002 du vérificateur*¹⁴

Les niveaux de soins requis par les pensionnaires de chaque établissement sont déterminés au moyen d'une évaluation annuelle. Les évaluateurs examinent les dossiers et le régime de soins des pensionnaires, et ceux-ci sont ensuite classés dans une des sept catégories de soins infirmiers et personnels. Un facteur de pondération axé sur les besoins évalués des pensionnaires est attribué à chaque catégorie. Le pourcentage de pensionnaires dans chaque catégorie est multiplié par le facteur de pondération correspondant afin de déterminer la clientèle de l'établissement.

Une diminution de la clientèle d'un établissement se répercute sur son tarif quotidien pour les soins infirmiers et personnels. Un établissement peut en appeler de sa classification si sa clientèle baisse de plus de 7 % par rapport à l'année précédente. Depuis 1997, le ministère vérifie chaque année la classification attribuée à un échantillon d'établissements pour les niveaux de soins. Les

vérifications commencent par la réévaluation d'au moins 20 pensionnaires et sont basées sur la documentation des soins et l'observation directe. Si la clientèle pour ces pensionnaires dépasse leur classification annuelle de plus de 10 %, le ministère procède à une vérification exhaustive pour tous les pensionnaires hébergés dans l'établissement au moment de la classification annuelle.

Selon la politique du ministère, si la vérification exhaustive révèle un écart de plus de 10 % des soins documentés et observés par rapport à la classification annuelle, le ministère songera à augmenter ou à réduire le financement en conséquence. Dans une note de service adressée à tous les bureaux régionaux en décembre 2000, le ministère faisait remarquer que, depuis le début du processus de vérification et d'appel, la politique prévoyant une baisse du financement n'avait pas été appliquée quand elle aurait dû l'être.

Le ministère offre des séminaires pour aider les établissements à améliorer leur documentation des soins requis par les pensionnaires. Il ne pénalise pas les établissements dont il sait ou soupçonne fortement, d'après les vérifications, qu'ils exagèrent les besoins des pensionnaires.

Le vérificateur a recommandé que le ministère apporte des ajustements, au besoin, au financement après avoir vérifié la classification des niveaux de soins conformément à sa politique.

Audiences du Comité

Le ministère a prévu un processus permettant de faire appel des résultats des vérifications de la classification des niveaux de soins. Depuis avril 2003, il existe une politique suivant laquelle le financement est ajusté à la hausse ou à la baisse, au besoin, à la suite des vérifications¹⁵.

Processus de classification

L'outil de classification employé par le ministère, à savoir l'Alberta Residential Classification System, a été instauré au début des années 1990. Il est utilisé par les quelque 150 infirmières et infirmiers compétents qui effectuent les évaluations chaque année à l'automne.

Les évaluateurs examinent les indicateurs clés (p. ex., la capacité de faire face à la situation, la capacité d'exécuter les activités quotidiennes) et établissent un indice du niveau de besoins d'après ces indicateurs. En se fondant sur l'indice, ils définissent à quelle catégorie appartient un pensionnaire (de A à G). Ils établissent ensuite la moyenne de la population de pensionnaires d'une maison et la comparent aux mesures provinciales.

Le Fichier de données essentielles mentionné précédemment fournira de meilleures bases aux renseignements cliniques des pensionnaires. Il faut disposer de davantage de renseignements pour peaufiner cette méthode d'établissement du niveau de soins et inclure des aspects des soins aux pensionnaires que l'outil actuel ne prend pas correctement en compte¹⁶.

Renseignements supplémentaires

La classification des pensionnaires ne repose pas sur leur diagnostic, mais plutôt sur leurs besoins de soins dans trois domaines : les activités quotidiennes, les comportements quotidiens et les niveaux de soins continus (niveaux d'incontinence).

Selon ses besoins en matière de soins, un pensionnaire peut être placé dans n'importe quelle catégorie entre A et G, « A » correspondant à des soins légers et « G » à des soins assidus. Le tarif quotidien d'une maison au titre des soins infirmiers et personnels repose sur le pourcentage de pensionnaires dans chaque catégorie, multiplié par la pondération de la catégorie et divisé par le nombre de pensionnaires classés que compte la maison. La pondération varie entre 30,92 \$ pour la catégorie A et 160,21 \$ pour la catégorie G. Plus le pourcentage de pensionnaires classés dans une catégorie de soins assidus est élevé, plus le pourcentage de financement octroyé à la maison au titre des soins infirmiers et personnels sera élevé.

Plus de 64 000 pensionnaires ont fait l'objet de la classification effectuée à l'automne 2004. Ce nombre correspond à la quasi-totalité de la population des soins de longue durée hébergée dans les maisons. Les seules exceptions étaient les pensionnaires nouvellement admis ou ceux qui se trouvaient dans des maisons qui ont ouvert leurs portes entre les classifications.

Le codage des besoins de soins des pensionnaires est effectué par des infirmières et infirmiers autorisés et des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du secteur des soins de longue durée dont les services sont retenus par le ministère pour la période de classification d'une durée de trois mois. Ils examinent divers aspects pour déterminer les besoins de soins infirmiers et personnels des pensionnaires. L'examen porte notamment sur un ensemble de comportements documentés (p. ex., obstacles sur le plan du langage, mémoire et orientation, paranoïa, délire).

La classification établit la composition de la clientèle tant pour les soins documentés que pour les soins observés. La composition de la clientèle d'une maison est le reflet des niveaux de soins de l'ensemble de ses pensionnaires. Comme l'indice de composition de la clientèle est un nombre relatif, une maison ayant des niveaux de soins moyens aura un indice de 100¹⁷.

Niveaux de financement

Le Comité s'est informé de la fourchette de financement prévue pour un pensionnaire de niveau A par rapport à un pensionnaire de niveau G. D'après les employés du ministère, l'indice de composition de la clientèle est fondé sur la population d'une maison et sur sa situation par rapport aux autres maisons; ils n'ont pas été en mesure de relier l'indice à un pensionnaire individuel¹⁸.

Renseignements supplémentaires

À la suite des audiences, le Comité a appris que la fourchette actuelle de tarifs quotidiens au titre des soins infirmiers et personnels se situe entre 22,71 \$ et 117,68 \$, d'après les résultats de la classification de 2004. L'enveloppe de financement moyenne au titre des soins infirmiers et personnels était de 67,27 \$ au 1^{er} avril 2005¹⁹.

Soins spécialisés

Quand le Comité lui a demandé s'il y avait des maisons qui avaient tendance à offrir des soins spécialisés, le personnel du ministère a répondu qu'il n'y avait pas de ségrégation volontaire des pensionnaires. Il est possible que certaines maisons aient des domaines spécialisés (p. ex., la santé mentale), tandis que d'autres ont des unités séparées pour s'occuper d'une même catégorie de patients. De même, les patients qui sont alités ou qui nécessitent certains soins infirmiers peuvent être regroupés dans des sections différentes de la maison pour assurer une prestation plus uniforme des soins infirmiers. Bien qu'il n'y ait aucune maison où la moitié ou la totalité des pensionnaires correspond à une catégorie de soins en particulier, le ministère examine de quelle façon les maisons répondent aux besoins de soins spécialisés, de façon à pouvoir fournir des lignes directrices aux autres maisons ultérieurement²⁰.

3.2 Suffisance du financement quotidien

Rapport 2003 du Comité²¹

En 1995, le vérificateur a recommandé au ministère d'utiliser l'information relative au coût des soins et du logement pour vérifier l'exactitude des tarifs standard payés dans chaque enveloppe. Le ministère a apporté des ajustements périodiques, mais il n'a pas fait d'analyse détaillée pour déterminer le financement approprié.

En juin 2000, le ministère a établi un comité pour qu'il examine les modalités d'établissement, d'allocation et de distribution du financement et qu'il recommande des améliorations à l'actuelle méthode basée sur les tarifs quotidiens. Le comité a recommandé d'augmenter chaque enveloppe, mais n'a pas parlé de la suffisance du financement.

Pour les deux années précédant la vérification, le ministère a produit des rapports des dépenses qui indiquaient, pour chaque établissement, les montants réellement dépensés par pensionnaire par jour pour chaque type de dépenses et pour chaque enveloppe de financement. Les données sur les coûts sont accumulées par secteur à l'intérieur de chaque région. Dans le cadre de l'examen des rapports de 1999 produits pour les trois régions visitées, le personnel de vérification a relevé d'importants écarts entre les secteurs et entre les établissements au chapitre des dépenses liées aux soins infirmiers et personnels et des frais d'hébergement.

En 1995, le vérificateur a recommandé que le ministère élabore des normes pour mesurer la capacité des établissements à prodiguer des soins de qualité et qu'il mette au point des modèles de composition du personnel requis pour offrir les

soins infirmiers et personnels afin d'arriver aux niveaux de financement appropriés. Avant 1996, le ministère exigeait que chaque établissement ait une infirmière ou un infirmier autorisé de service et sur place en tout temps. Il garantissait un financement suffisant pour que chaque pensionnaire reçoive, en moyenne, au moins 2,25 heures de soins infirmiers et personnels par jour. Ce financement devait être fourni quels que soient les besoins globaux des pensionnaires dans chaque maison de soins infirmiers.

En 2001, le ministère a fourni les fonds nécessaires pour que PricewaterhouseCoopers puisse examiner et comparer les services offerts aux pensionnaires des établissements de l'Ontario et ceux fournis ailleurs au Canada, aux États-Unis, en Europe et dans les établissements de soins chroniques de l'Ontario. L'analyse portait uniquement sur la quantité de soins fournis. Les données d'un grand nombre des administrations comparatives étaient antérieures de trois à cinq ans à celles de l'Ontario. Plusieurs de ces administrations devaient soumettre leurs données à des fins de financement, ce qui pouvait avoir un impact sur leur qualité, selon les experts-conseils. Malgré ces réserves, le rapport disait que les résultats de l'étude indiquaient que les pensionnaires des établissements de l'Ontario recevaient moins de services de soins infirmiers et de thérapie que dans d'autres régions avec des populations semblables. Les pensionnaires de l'Ontario affichaient aussi d'importants écarts au chapitre des niveaux de dépression, des niveaux cognitifs et des problèmes de comportement.

D'après le personnel de vérification, rien n'indiquait que le ministère ait donné suite aux résultats de l'étude. Il a également noté que 36 États américains avaient établi des exigences ou des normes en matière de dotation. Au moment de la vérification, le ministère n'avait pas d'exigences en matière de dotation et ne surveillait pas les ratios employés/pensionnaires de chaque établissement, le nombre d'heures de soins prodigués aux pensionnaires par des infirmières et infirmiers autorisés, ni le rapport entre le nombre d'infirmières et infirmiers autorisés et le nombre d'infirmières et infirmiers non autorisés.

Le vérificateur a recommandé au ministère de vérifier la suffisance des tarifs standard en vigueur dans chaque catégorie de financement, d'élaborer des normes pour mesurer la capacité des établissements à fournir les services et d'élaborer des normes de dotation appropriées pour les établissements.

Audiences du Comité

L'élaboration de renseignements sur la dotation a commencé en 2004. Le ministère s'affaire à renforcer les exigences de déclaration qui figurent dans les ententes de services. L'entente de services de 2004 contenait une disposition qui permet au ministère de demander aux exploitants de lui fournir de l'information sur les niveaux de service et la dotation et sur toute autre question liée à l'exploitation d'une maison. De plus, dans le cadre des examens annuels et des autres inspections, le personnel de la conformité surveille et évalue les structures de dotation.

Le ministère s'apprête à imposer à tous les exploitants en 2005 la présentation de rapports trimestriels sur la dotation²². Ce processus sera la principale façon de surveiller la conformité aux ententes de services. En avril 2005, le ministère a reçu les résultats de son premier sondage exigeant que toutes les maisons déclarent le nombre d'heures réel de soins infirmiers par catégorie et les dépenses connexes pour une période de temps donnée. Les résultats du sondage permettront d'établir un montant de base au titre des effectifs infirmiers et des heures de soins infirmiers dispensés. Le sondage portait sur la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2004 et précédait le financement octroyé aux maisons en octobre de la même année.

Un deuxième sondage envoyé pour la période suivante devait être retourné avant la fin de mai 2005. Les résultats du premier sondage faisaient l'objet d'une analyse au moment des audiences et le ministère attendait qu'une quarantaine de maisons lui retournent le deuxième sondage. Le ministère compte ensuite analyser les données et présenter un rapport, probablement vers le milieu de l'année. Ce processus deviendra une exigence de déclaration régulière²³.

Depuis 2003, le gouvernement a adopté des règles visant à assurer la présence d'infirmiers et infirmières autorisés nuit et jour, sept jours sur sept, dans toutes les maisons et au moins deux bains par semaine par pensionnaire²⁴.

Le ministère prévoit qu'une révision des exigences de compte rendu du système de financement actuel du programme réglera un grand nombre des problèmes complexes qui se posent au secteur. Afin d'améliorer la capacité ministérielle d'évaluer les besoins de dotation et de soins pour les pensionnaires et de définir les besoins sur le plan de l'affectation des ressources, le ministère a lancé un projet visant à étudier la possibilité de mettre en œuvre le Fichier de données essentielles dans les maisons de soins de longue durée²⁵.

Dotation et dispositions législatives

Quand on lui a demandé s'il examinait des éléments tels que les ratios infirmières et infirmiers ou aides aux soins personnels/pensionnaires et l'efficacité des employés permanents par rapport aux employés contractuels du point de vue de la nouvelle loi, le personnel du ministère a répondu que ces questions étaient à l'étude. Il a été question des processus d'examen des politiques pour ce qui est du financement et des normes de soins. Le travail effectué actuellement sur le plan des heures de dotation permettra d'établir un plancher. À l'intérieur d'une fourchette flexible, le ministère s'apprête à préciser les attentes en matière de dotation²⁶.

Niveaux de dotation

En réponse à une question, le personnel du ministère a déclaré au Comité que trois facteurs sont susceptibles de donner l'impression que les effectifs ont été réduits dans les maisons : le changement de capacité, la formule de financement (c'est-à-dire, des ajustements d'une année à l'autre) et le taux d'occupation. Dans ce dernier cas, le ministère peut geler les admissions dans le cadre de sa fonction

d'application, ce qui signifie que tant le nombre de pensionnaires que les niveaux d'effectif diminueront²⁷.

Financement spécial

La formule de financement est axée sur les besoins de soins des pensionnaires. Elle ne tient pas compte des différences qui ont des répercussions sur la structure de coûts des maisons (p. ex., âge, superficie, personnel syndiqué ou non syndiqué). Les augmentations du financement d'une année à l'autre visent à tenir compte de ces différences.

Les maisons reçoivent des enveloppes de financement spécial, notamment pour leur permettre de se conformer aux dispositions législatives touchant la main-d'œuvre. Dans les maisons où l'équité salariale doit être prise en compte, le ministère accorde des fonds supplémentaires pour tenir compte des pressions que ce facteur exerce sur les coûts. Il accorde aussi des montants spéciaux au titre des impôts municipaux, pour tenir compte des différences dans ce domaine à l'échelle de la province.

D'autres enveloppes de financement visent à remédier aux écarts historiques, c'est-à-dire dans le cas des maisons dont la structure de coûts a changé (p. ex., il s'agissait initialement d'un établissement de soins chroniques). Au moment des audiences, il existait des arrangements de transition spéciaux pour certaines maisons²⁸.

Des allocations ont aussi été versées cette année au titre des ajustements du niveau de soins. Le besoin de revenus supplémentaires pour compenser l'augmentation des salaires a été partiellement pris en compte au moyen d'une allocation distincte. Le ministère s'attend à ce que cette allocation se traduise par une augmentation substantielle du nombre d'heures de soins infirmiers et personnels²⁹.

Nutrition

En réponse aux questions concernant la nutrition et le montant prévu pour les aliments bruts dans l'enveloppe de financement de l'hébergement, le personnel du ministère a indiqué que le montant minimum consacré aux aliments bruts est de 5,24 \$ par jour par pensionnaire. Au cours de la dernière année, le personnel du ministère a travaillé à la rédaction d'un projet de règlement traitant de la nutrition et de l'hydratation. (Les pratiques en vigueur dans d'autres administrations ont été examinées dans le cadre de ce travail.) Le ministère considérait qu'il s'agissait là d'une priorité étant donné que l'état de santé général est tributaire d'une bonne nutrition. Le nouveau règlement sera connu à l'automne dans le cadre de l'ensemble des dispositions réglementaires et législatives proposées par le ministère³⁰.

Renseignements supplémentaires

À la suite des audiences, le ministère a transmis au Comité un tableau montrant les tarifs quotidiens moyens réels au titre des aliments bruts par type de maison,

pour la période de 2001 à 2003. (La moyenne provinciale est pondérée par le nombre de lits dans chaque secteur³¹.) Les chiffres n'étaient pas disponibles pour l'année 2004 parce que le rapprochement pour cette année n'avait pas été effectué. Les chiffres de 2003 sont des données préliminaires, parce que le rapprochement pour l'année 2003 était en cours³².

TYPE D'ÉTABLISSEMENT	2001	2002	2003
Institution de bienfaisance	5,58 \$	5,55 \$	5,90 \$
Foyer municipal pour les aînés	5,40 \$	5,53 \$	5,74 \$
Maison de soins infirmiers	4,69 \$	4,81 \$	5,15 \$
ÉTABLISSEMENT PROVINCIAL	5,04 \$	5,12 \$	5,40 \$

Recommandation du Comité

Le Comité recommande donc ce qui suit :

2. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité des résultats de son premier et de son deuxième sondage sur les heures réelles de soins infirmiers dispensés dans les maisons de soins de longue durée, et sur les mesures relatives à la dotation qu'il compte prendre, le cas échéant, à la suite de ces résultats.

Le Comité demande que le ministère transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 30 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

4. PROJET DE RÉAMÉNAGEMENT DES SOINS DE LONGUE DURÉE

4.1 Allocation des lits de soins de longue durée

*Rapport 2003 du Comité*³³

Le rapport de vérification de 1995 soulignait que le ministère n'avait élaboré ni stratégie pour faire face à l'augmentation prévue de la demande de lits de soins de longue durée, ni plan d'ensemble pour identifier les régions où les besoins étaient les plus pressants.

À l'automne 1996, le ministère a établi le Comité directeur de répartition des lits de soins de longue durée et d'étude des besoins pour examiner les façons d'assurer une répartition équitable des lits et recommander les modifications à apporter aux lois ou aux politiques pour faciliter la répartition.

Dans son rapport présenté en 1997, le Comité directeur soulignait que les lits financés et réglementés par la province avaient été répartis de façon inéquitable et que cette répartition avait été le fait d'un accident plutôt que d'une planification basée sur les besoins. Il a recommandé au ministère d'entreprendre une étude plus approfondie afin d'établir un objectif quant au nombre requis de lits de soins de longue durée et l'a exhorté à tenir compte de ses recommandations conjointement avec celles de la Commission de restructuration des services de santé (CRSS). En

1997, la CRSS a diffusé un document de travail qui indiquait que l'Ontario aurait besoin de 15 404 lits de soins de longue durée supplémentaires en 2003, ce qui se traduirait par un ratio moyen de 96,4 lits par tranche de 1 000 personnes de 75 ans et plus.

En avril 1998, le Conseil de gestion du gouvernement a approuvé en principe un plan du ministère demandant la construction de 20 000 nouveaux lits avant la fin de l'exercice 2005-2006 ainsi que la rénovation d'établissements comptant 13 583 lits qui ne répondaient pas aux exigences structurelles en vigueur. Le personnel du ministère a informé le personnel de vérification que malgré l'absence de normes ministérielles permettant de déterminer la demande de lits, le ministère cherchait à atteindre un objectif de 100 lits par tranche de 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Le ministère a été incapable de dire comment il était arrivé à cet objectif, mais il était conforme à celui recommandé par la CRSS. Le vérificateur a noté que la future demande de lits dépendait de nombreux facteurs, dont la disponibilité des soins à domicile, des soins chroniques et d'autres services.

En se fondant sur l'attribution des nouveaux lits, en 2006 les ratios projetés dans les zones de service devraient varier entre 88 et 138 lits par tranche de 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Sans les nouveaux lits, ces ratios fluctueraient entre 38 et 138 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. En règle générale, les régions les plus susceptibles de dépasser l'objectif excédaient déjà celui-ci avant l'attribution et n'ont donc pas obtenu de nouveaux lits.

Le vérificateur a recommandé au ministère de faire des études pour déterminer si son objectif était approprié et d'élaborer une stratégie pour donner suite aux résultats des études.

Audiences du Comité

Le ministère, en particulier sa Direction de la planification et du renouvellement des soins de longue durée, s'emploie à élaborer une stratégie à long terme pour le secteur des soins de longue durée. Il se penche sur l'éventail complet des services offerts aux personnes âgées, et examine notamment la possibilité d'utiliser d'autres mesures des besoins. Cet exercice comprendra un examen des services offerts dans la collectivité et à domicile comme solutions de rechange au placement dans les maisons de soins de longue durée. Ce travail donnera lieu à la formulation de recommandations à l'automne pour les maisons de soins de longue durée.

Le ministère continue d'apporter des améliorations clés. Le nouveau cadre législatif proposé en est une composante importante : normes modernisées, comptes rendus publics, cadre d'évaluation des risques et adoption du Fichier de données essentielles sur les besoins de soins. Ces domaines de réforme clés, qui font actuellement l'objet d'un projet pilote, permettront d'améliorer la qualité de vie générale des pensionnaires³⁴.

Besoins des clients plus jeunes

On s'est inquiété des besoins de soins de longue durée des clients plus jeunes, c'est-à-dire ceux de moins de 65 ans. À la question de savoir si l'on avait envisagé des maisons pour ce groupe démographique, le personnel du ministère a répondu que la question n'était pas à l'ordre du jour pour l'instant, mais qu'elle le serait probablement ultérieurement. Le recours à des installations d'hébergement spécialisées sous la forme de maisons de soins de longue durée était considéré comme un dernier ressort. Dans le cadre de son examen de l'objectif de 100 lits par tranche de 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans, le ministère étudiera probablement la question afin d'en arriver à une compréhension contextuelle plus vaste des questions en jeu³⁵.

Recommandation du Comité

Le Comité recommande donc ce qui suit :

3. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité de l'état actuel de son examen du ratio d'allocation de 100 lits par tranche de 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans.

Le Comité demande que le ministère transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

Stratégie d'accès aux différents niveaux de soins

Une partie de l'investissement de 191 millions de dollars sur deux ans mentionné précédemment concerne la Stratégie d'accès aux différents niveaux de soins (plus de 46 millions de dollars en 2005-2006). Un certain nombre de lits spécialisés sont établis dans certains centres à l'intention des patients qui n'ont plus besoin de soins médicaux actifs ou intensifs dans un hôpital, mais qui ont besoin de temps pour se rétablir. (Le transfert des patients vers des lits spécialisés libère des lits dans les hôpitaux et améliore l'accès aux services d'urgence.) Le ministère s'occupait d'un processus de demande de propositions au moment des audiences.

Les fonds de 2004-2005 avaient été affectés à un certain nombre de maisons dans des régions où il manquait de lits et où les besoins étaient criants, principalement dans les régions du Nord. Vingt-cinq lits avaient été alloués à Ottawa dans le cadre d'un projet pilote mené dans cette municipalité³⁶.

Renseignements supplémentaires

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé l'investissement gouvernemental de 29,2 millions de dollars dans la Stratégie d'accès aux différents niveaux de soins le 10 février 2005. La stratégie comporte trois volets : 1) le Programme des lits provisoires – une allocation de 10 millions de dollars pour établir jusqu'à 500 nouveaux lits provisoires de soins de longue durée (SLD) à l'intention des personnes qui attendent à l'hôpital qu'un lit permanent de SLD soit disponible; 2) le nouveau Programme de soins de convalescence – une allocation de 5,75 millions de dollars afin d'établir dans des centres de SLD

jusqu'à 340 lits pour convalescents; 3) le Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux – une allocation de 13,45 millions de dollars permettant d'acheter l'équipement et les fournitures nécessaires pour les patients qui doivent recevoir le plus haut niveau de soins dans des centres de soins de longue durée³⁷.

Au cours des audiences, le Comité a demandé au personnel du ministère les données des cinq dernières années sur le nombre de lits d'hôpitaux occupés par des personnes attendant d'être admises dans une maison de soins de longue durée³⁸. Le Comité a obtenu une réponse à la suite des audiences.

Avant 2003-2004, le ministère ne recueillait ni ne surveillait les données sur les placements. En 2003-2004, 8 267 personnes provenant d'hôpitaux de soins actifs avaient été placées dans des maisons de soins de longue durée. En 2004-2005, ce nombre était passé à 8 324. Les chiffres représentent les clients placés durant l'année, et non le nombre de placements. (Certains clients ont été placés à plus d'une reprise, mais ne comptaient que pour un seul placement.) On a compté uniquement les clients placés qui provenaient d'hôpitaux de soins actifs. D'autres clients provenant d'hôpitaux de réadaptation et de soins continus complexes ont aussi été placés.

Le ministère recueille aussi les données des hôpitaux se rapportant à la Stratégie d'accès aux différents niveaux de soins. Ces données couvrent tous les patients qui attendent d'être placés dans d'autres établissements de soins, y compris les maisons de soins de longue durée. Entre 2000 et 2003, le nombre de patients nécessitant un lit spécialisé a augmenté, mais la longueur de leur séjour a diminué de 8,5 %. En général, la majorité des patients nécessitant un lit spécialisé attendent d'être placés dans des maisons de soins de longue durée³⁹.

Recommandation du Comité

Le Comité recommande donc ce qui suit :

4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité des résultats du processus de demande de propositions pour sa Stratégie d'accès aux différents niveaux de soins, y compris le nombre de lits qu'il prévoit d'établir.

Le Comité demande que le ministère transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

5. RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Le Comité demande que le ministère transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit aux recommandations suivantes dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative, à moins d'indication contraire dans une recommandation.

1. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité de la progression de son examen du Fichier de données essentielles comme outil d'évaluation et indicateur de la qualité uniformes, et du moment où il compte prendre une décision quant à la mise en œuvre du Fichier, le cas échéant. Le Comité demande que le ministère transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 30 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

2. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité des résultats de son premier et de son deuxième sondage sur les heures réelles de soins infirmiers dispensés dans les maisons de soins de longue durée, et sur les mesures relatives à la dotation qu'il compte prendre, le cas échéant, à la suite de ces résultats. Le Comité demande que le ministère transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 30 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

3. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité de l'état actuel de son examen du ratio d'allocation de 100 lits par tranche de 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans.

4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité des résultats du processus de demande de propositions pour sa Stratégie d'accès aux différents niveaux de soins, y compris le nombre de lits qu'il prévoit d'établir.

NOTES

¹ La vue d'ensemble est une version révisée et actualisée du rapport *Établissements de soins de longue durée*, Comité permanent des comptes publics, Assemblée législative de l'Ontario (Toronto : Le Comité, juillet 2003), p. 1-3, qui reposait sur le *Rapport annuel 2002* du Bureau du vérificateur provincial de l'Ontario (Toronto : Le Bureau, 2002), p. 130-132.

² Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats (Hansard)* (5 mai 2005) : P379.

³ La vérification de 2002 faisait état de quatre enveloppes de financement : soins infirmiers et personnels, services des programmes et de soutien, aliments bruts et autres coûts d'hébergement. L'information actualisée a été fournie par les responsables de la planification des communications et des questions touchant les médias, Direction des communications et de l'information, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto.

⁴ La source de l'information contenue dans ce paragraphe est le Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P379.

⁵ L'information présentée dans les deux paragraphes suivants est un compte rendu textuel du rapport du Comité permanent des comptes publics, *Établissements de soins de longue durée*, p. 4, qui reposait sur le *Rapport annuel 2002* du Bureau du vérificateur provincial, p. 134-135.

⁶ « Sous surveillance » signifie que des infractions ont été déclarées pour la maison et qu'elle fait l'objet d'une surveillance pour assurer sa conformité aux normes et aux règlements.

⁷ Il s'agit d'une version révisée de l'information figurant dans le rapport du Comité permanent des comptes publics, *Établissements de soins de longue durée*, p. 4-5, qui reposait sur le *Rapport annuel 2002* du Bureau du vérificateur provincial, p. 135-137.

⁸ Ontario, Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004* (Toronto : Le Bureau, 2004), p. 427.

⁹ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P379-P380 et P387.

¹⁰ Ibid., P380 et P384.

¹¹ Ibid., P384-P385.

¹² Lettre du sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario au Greffier du Comité permanent des comptes publics, datée du 13 juin 2005.

¹³ Comité permanent des comptes publics, *Établissements de soins de longue durée*, p. 24.

¹⁴ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2002*, p. 142-143.

¹⁵ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P381.

¹⁶ Ibid., P383-P384.

¹⁷ Lettre du sous-ministre au Greffier.

¹⁸ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P383-P384.

¹⁹ Lettre du sous-ministre au Greffier.

²⁰ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P385.

²¹ L'information contenue dans cette section est un compte rendu textuel du rapport du Comité permanent des comptes publics, *Établissements de soins de longue durée*, p. 13-14, qui reposait sur le *Rapport annuel 2002* du Bureau du vérificateur provincial, p. 143-145.

²² Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P381-P382.

²³ Ibid., P385-P386, et courriel envoyé par les responsables de la planification des communications et des questions touchant les médias, Direction des communications et de l'information, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, au chercheur du Comité permanent des comptes publics, le 7 octobre 2005.

²⁴ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P379.

²⁵ Ibid., P381-P382.

²⁶ Ibid., P386-P387.

²⁷ Ibid., P385.

²⁸ Ibid., P382-P383.

²⁹ Ibid., P387-P388.

³⁰ Ibid., P388.

³¹ Courriel envoyé par les responsables de la planification des communications et des questions touchant les médias, Direction des communications et de l'information, ministère de la Santé et

des Soins de longue durée de l'Ontario, au recherchiste du Comité permanent des comptes publics, le 23 juin 2005.

³² Lettre du sous-ministre au Greffier.

³³ L'information contenue dans cette section est un compte rendu textuel du rapport du Comité permanent des comptes publics, *Établissements de soins de longue durée*, p. 19-20, qui reposait sur le *Rapport annuel 2002* du Bureau du vérificateur provincial, p. 148-149.

³⁴ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P382 et P389.

³⁵ Ibid., P387.

³⁶ Ibid., P387 et P390.

³⁷ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Le gouvernement McGuinty accélère l'accès aux soins de santé et atténue les pressions subies par les hôpitaux », *Canada NewsWire*, 10 février 2005. Site Internet à

<http://ogov.newswire.ca/ontario/GPOF/2005/02/10/c2727.html?lmatch=&lang=f.html>, consulté le 6 septembre 2005.

³⁸ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P384.

³⁹ Lettre du sous-ministre au Greffier.