

La qualité
au
meilleur prix

RÉDIGÉ PAR LE COMITÉ
FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL
DES HAUTS FONCTIONNAIRES (ÂÎNÉS)
À L'INTENTION DES MINISTRES DÉLÉGUÉS
AUX AFFAIRES DES PERSONNES ÂGÉES

MARS 1999

LA QUALITÉ AU MEILLEUR PRIX

RÉDIGÉ PAR LE COMITÉ
FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL
DES HAUTS FONCTIONNAIRES (AÎNÉS)
À L'INTENTION DES MINISTRES DÉLÉGUÉS
AUX AFFAIRES DES PERSONNES ÂGÉES

MARS 1998

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Alberta	3
Colombie-Britannique	7
Manitoba	11
Nouveau-Brunswick	16
Terre-Neuve et Labrador	25
Territoires du Nord-Ouest	31
Nouvelle-Écosse	39
Ontario	43
Île-du-Prince-Édouard	55
Saskatchewan	61
Anciens Combattants Canada	69

LA QUALITÉ AU MEILLEUR PRIX

Les documents suivants, émanant des juridictions de tout le Canada (gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux), ont été élaborés suite aux directives des ministres délégués aux Affaires âgées. Les ministres ont demandé aux fonctionnaires d'examiner comment obtenir une excellente qualité au prix le plus intéressant et évaluer ce rapport. Le présent sujet est l'un des trois sujets inclus sous la rubrique des soins de longue durée. Ces derniers, quant à eux, font partie de plusieurs sujets intéressants les ministres et les hauts fonctionnaires.

Les soins de longue durée représentent une question importante pour les ministres, car la demande concernant ces services, y compris les soins à domicile et les soins médicaux de longue durée en établissement, continuera d'augmenter proportionnellement au nombre croissant et à la proportion de personnes âgées au sein de la population. Cette population en pleine croissance requiert davantage de soins de longue durée et de soutien de la part du système de services établi et des fournisseurs de soins officiels comme les conjoints, les enfants et les amis. Ces fournisseurs de soins officiels offrent un nombre considérable de soins. Cependant, la nature et la quantité de soins requis dépassent souvent la capacité de ces fournisseurs officiels, qu'il s'agisse d'adultes plus jeunes ou de personnes âgées elles-mêmes. Les besoins croissants en matière de services combinés aux ressources limitées font que les gouvernements doivent insister davantage sur le rapport qualité/prix. Par ceci, on entend l'achat ou la prestation de services au meilleur prix compte tenu d'une qualité répondant aux attentes d'organismes responsables, soit d'habitude le gouvernement ou des organismes de coordination.

On reconnaît de plus en plus souvent dans le domaine des services humains que bonne qualité et meilleur prix ne sont pas des concepts qui s'excluent mutuellement. En fait, lorsque ces deux concepts s'allient, on débouche sur une amélioration des services pour un plus grand nombre de gens. Le défi consiste à établir des rapports qui permettent d'atteindre la meilleure combinaison possible de qualité et de prix et d'en faire profiter à la fois les consommateurs et le système dans son ensemble.

Le contenu des présents documents a été préparé en réponse à un questionnaire élaboré par l'Ontario, qui a présidé le sous-comité des soins de longue durée pour le Comité des hauts fonctionnaires. On a demandé à chaque juridiction de fournir des renseignements exhaustifs sur la façon dont elles assurent la qualité optimale des services clés de longue durée au meilleur prix possible. Par services clés, on entend les soins à domicile et les établissements de soins de longue durée. Cependant, on a encouragé les participants à inclure d'autres services s'ils le souhaitaient. Le questionnaire avait pour but de servir de guide pour le contenu et non pas de format obligatoire pour les réponses. Par exemple, sous la rubrique «qualité», on a suggéré plusieurs critères possibles comme les normes professionnelles, les exigences en matière de formation et de gestion financière, les indicateurs de rendement et le processus obligatoire d'amélioration de la qualité. Sous la rubrique «meilleur prix», on a remarqué que meilleur prix n'est pas automatiquement synonyme de prix le plus bas, mais plutôt de «meilleur achat possible» ou «d'optimisation des ressources». Ces directives étaient suivies de neuf questions portant sur les processus et les mécanismes relatifs au rapport qualité/prix et comprenaient des questions sur les résultats et l'évaluation.

Les documents produits décrivent les soins de longue durée comme un système en pleine évolution dans le pays, soit un système en pleine transformation suite aux pressions exercées par la société. Cependant, les changements sont à la fois proactifs et réactifs. Les documents contiennent des réponses créatives aux besoins des personnes âgées et des autres personnes qui reçoivent ces services. Bien

que les systèmes décrits soient extrêmement différents sur certains plans, il existe de nombreuses similarités lorsqu'il est question des objectifs généraux et des caractéristiques clés du système de prestation de services. Nombre des différences font simplement état de la nature diverse du Canada sur le plan géographique et démographique. Dans tous les cas, il est clair que l'on met l'accent sur des concepts comme la facilité d'accès offerte aux personnes ayant besoin d'aide, qu'il s'agisse d'un système «à guichet unique» ou d'une réduction du double emploi s'accompagnant d'une meilleure coordination au sein du système de soins de longue durée. Ces types de changements risquent de profiter à la personne bénéficiant des services et d'avoir un impact positif sur la qualité et les prix.

Ce qui suit ne constitue pas simplement une recette pour en arriver au meilleur rapport qualité/prix, mais plutôt une description des efforts déployés dans ce domaine par les diverses juridictions. Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, ceci se révèle particulièrement vrai lorsque la qualité et le prix sont examinés séparément. Les questions concernant la qualité comme les lois, les règlements, les politiques, les normes et les évaluations sont au cœur du débat, et les discussions sur les méthodes novatrices visant à obtenir les meilleurs prix sont moins centrales. Ceci est peut-être dû au fait que les efforts déployés pour en arriver à un rapport qualité/prix n'ont pris de l'importance que récemment. Cependant, il est aussi possible que la qualité continue d'être considérée comme le facteur dominant dans le cadre de la prestation des soins de longue durée. Dans ces documents, la qualité est toujours considérée comme étant primordiale, alors que la question du meilleur prix pourrait être réglée en adoptant des systèmes de contrôle des dépenses plus normalisés.

ALBERTA

Depuis les quatre dernières années, le système albertain de santé connaît des changements importants dans le cadre de la réforme des soins de santé. Conformément au plan de réforme, le système de santé doit désormais se concentrer sur le bien-être de la population et le service à la clientèle; il doit être intégré, accessible, pertinent et abordable. En novembre 1996, le ministre de la Santé a annoncé la mise en oeuvre d'une série d'initiatives appelées «Action on Health» qui forment l'essence même du plan d'activités du ministère et comprennent un examen des meilleures pratiques dans la province.

De nombreux joueurs clés, dont les conseils régionaux de santé (Regional Health Authorities ou RHA), le ministère de la Santé de l'Alberta, le conseil consultatif provincial chargé de la santé mentale, l'Alberta Cancer Board, des médecins et des utilisateurs, unissent leurs efforts pour améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population et des particuliers. Le ministère de la Santé de l'Alberta reconnaît que l'amélioration globale du système de santé en Alberta nécessite l'application de nouveaux principes de responsabilité et de gestion, de même que l'adoption inconditionnelle des meilleures pratiques. L'examen des meilleures pratiques vise à promouvoir l'amélioration constante du système par la mise en commun des initiatives, stratégies et services les plus efficaces utilisés par les conseils régionaux de santé. Cette amélioration continue est en fait le dénominateur commun des meilleures pratiques, de la gestion transparente et de la prise de responsabilités.

L'examen des meilleures pratiques reflète directement plusieurs des orientations importantes du plan d'activités du ministère de la Santé. Plus précisément, il s'agit de rationaliser et de simplifier le système de santé en réduisant le dédoublement des services, en encourageant le travail d'équipe au sein d'un système coordonné, et en améliorant constamment l'état de santé de la population grâce à l'éducation, aux traitements de pointe, à la recherche, à l'information et à la technologie.

Quelles sont les normes applicables?

Les domaines suivants seront assujettis à des normes :

- activités professionnelles
- formation
- en ressources humaines
- gestion financière
- processus organisationnel et de gestion
- processus autorisé d'amélioration de la qualité

Ces normes sont définies dans la législation, la réglementation, les politiques et les directives de pratique clinique.

Comment ces normes ont-elles été élaborées?

Les normes ont été élaborées parallèlement à l'adoption de règlements et de lois à la fin des années 1980 et au début des années 1990. Les parties, professionnels et utilisateurs intéressés ont pris part à ce processus. Des révisions sont apportées aux normes par le truchement de politiques et de règlements, par suite de consultations directes et indirectes auprès de bénéficiaires et de fournisseurs de services.

Comment les normes sont-elles appliquées et supervisées?

Un grand nombre des normes en vigueur se retrouvent dans la législation (p. ex. *Nursing Homes Act* et réglementation sur les soins à domicile), qui relève du ministre de la Santé, et définissent les mécanismes de responsabilité au sein du système de santé. Les conseils régionaux de santé sont directement responsables de la prestation d'un vaste éventail de services aux bénéficiaires des soins de santé. Plus précisément, le

ministre établit par voie législative les normes provinciales applicables, tandis que les conseils en assurent la conformité, en plus d'adopter des normes supplémentaires dans la région qu'ils desservent. De nombreux conseils régionaux de santé affectent du personnel à l'évaluation et à la modification éventuelle des normes et des meilleures pratiques. Dans les cas de non-conformité, le ministre de la Santé est l'autorité suprême en matière d'inspection et d'application de la loi.

Évaluation

Les résultats et les évaluations des initiatives d'amélioration de la qualité figurent dans le récent rapport *Best Practices, a Report of the Review of Health Authorities Best Practices*, publié en juin 1997. Ce rapport, rédigé par des consultants en collaboration avec les conseils régionaux de santé, des fournisseurs de services et des bénéficiaires, est axé sur l'apprentissage continu et l'amélioration de la qualité au sein du système de santé. Depuis l'automne 1995, le projet pilote *New Models in Continuing Care Demonstration Project** (six projets répartis sur 12 emplacements) met à l'essai et évalue de nouveaux modèles de prestation des soins de longue durée. Chaque projet porte sur un domaine précis, notamment le logement et les soins aux adultes, les soins aux personnes atteintes de démence, les programmes intégrés de soins communautaires, l'aide à l'autonomie, l'enrichissement du patrimoine autochtone et les programmes de soins provisoires. Une équipe de recherche de l'Université de l'Alberta a d'ailleurs reçu une subvention du Programme de recherche sur l'autonomie des aînés en vue d'évaluer certains projets pilotes.

Le ministère de la Santé de l'Alberta vérifie la satisfaction des bénéficiaires au moyen d'un sondage annuel auprès des Albertains.

Meilleur prix

Chaque conseil régional de santé veille à obtenir des services correspondant aux sommes déboursées. Des normes provinciales régissent les services de santé et le programme de soins de longue durée. Chaque conseil détermine ses propres normes et mesures dans le domaine des soins à domicile et des soins de longue durée selon son orientation générale et son plan d'activités. Le ministère de la Santé de l'Alberta compile actuellement une série de données minimales d'utilisation en fonction des normes et mesures. Le secteur des soins à domicile dispose déjà d'un ensemble de mesures normalisées qui sont surtout basées sur la demande.

Les conseils régionaux de santé doivent également absorber les hausses de coûts des centres de soins de longue durée ou des programmes de soins à domicile. Le ministère de la Santé de l'Alberta accorde un budget global à chaque conseil, mais ne s'occupe pas de la micro-gestion des services régionaux. C'est aussi une responsabilité exclusive des conseils d'assurer les meilleurs services au meilleur coût possible.

Le système en place en Alberta donne aux régions suffisamment de souplesse pour affecter les ressources là où les besoins sont les plus grands. Toute analyse ou décision relativement aux prix relève du palier local. Par ailleurs, toute tentative visant à «rafistoler» le système central pourrait annuler les avantages de la décentralisation.

Le 31 août 1995, le ministère de la Santé de l'Alberta a annoncé le lancement de six projets pilotes dans le domaine des soins de longue durée. Ces projets, répartis sur 12 emplacements de l'Alberta, recevront un financement du Programme Nouveaux Horizons du gouvernement fédéral.

1. Logement et soins des adultes

- Carewest, Calgary. Ce projet offre des services communautaires aux personnes âgées fragiles qui ont besoin d'aide pour vaquer à leurs activités

**Modèles albertains innovateurs dans le secteur des soins de longue durée*

quotidiennes, mais non de services professionnels spécialisés. La prestation des soins et de services de logement est rendue possible grâce à un partenariat entre Carewest et les particuliers. Le projet peut desservir 20 adultes, en collaboration avec dix fournisseurs de soins qui travaillent sur une base contractuelle.

Centre de santé de Rimbey et du district. Le projet de Rimbey est destiné aux personnes qui ne sont pas totalement autonomes et seraient normalement admises dans un établissement de soins de longue durée. Le client peut choisir d'habiter dans un foyer privé, où il est logé, nourri, soigné et supervisé quotidiennement.

Capital Care Group, Edmonton. Des soins de longue durée sont fournis dans des foyers privés à des clients qui seraient normalement admis dans des établissements. Le projet offre au besoin d'autres services communautaires, notamment des soins à domicile.

2. Soins aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

- Capital Care Group, Alzheimer Care Centre, Edmonton. Ce programme prodigue des soins aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une forme connexe de démence, en particulier à celles qui en sont au stade intermédiaire de la maladie. Un établissement indépendant à vocation résidentielle permet aux clients de bénéficier d'un maximum d'autonomie dans un environnement sécuritaire et agréable. Le personnel est spécialement formé pour traiter les besoins uniques de la clientèle.

3. Programmes intégrés de soins communautaires

- Capital Care Group, Edmonton. Les aînés qui reçoivent souvent des soins actifs et seraient normalement admis dans un établissement de soins de longue durée profitent d'une gamme complète de soins qui comprennent des services médicaux, sociaux et de soutien. L'objectif consiste à permettre aux personnes âgées fragiles de continuer à habiter dans la collectivité le plus longtemps possible. Un programme de jour pour adultes (appelé CHOICE), offert sept jours par semaine, constitue la principale composante de cette initiative. Grâce au programme CHOICE, les clients bénéficient d'un ensemble de soins coordonnés dans l'intimité de leur foyer. On peut ainsi accroître l'autonomie des clients, en plus de réduire le dédoublement des services et la durée des séjours à l'hôpital.

- Centre de santé Cold Lake. Le client, sa famille, le centre de santé et les services communautaires collaborent à l'élaboration d'un plan intégré de services. Ce programme vise à créer un continuum de soins cohérent et un concept de «guichet unique» à l'intention des personnes âgées. Des programmes de mieux-être des aînés et d'éducation seront ajoutés aux services actuellement offerts à cette clientèle.

4. Aide à la vie autonome

- Good Samaritan Society, Wedman House, Edmonton. Ce modèle permet d'accéder à des services de santé, de soutien à domicile et de logement en vue de créer un plan de services personnalisé qui garantit intimité, dignité, choix, respect de l'individualité et autonomie à ses clients. Il s'adresse aux personnes âgées fragiles ou aux personnes handicapées qui ont besoin de soins de longue durée en établissement, mais pas de supervision constante par un professionnel de la santé.

5. Enrichissement du patrimoine autochtone

- Centre de soins de longue durée J.B. Wood, High Prairie. Une unité du centre abritera un programme innovateur spécialement conçu à l'intention des populations locales de Métis et d'Indiens visés par un traité. Le programme cumulera médecine autochtone, repas traditionnels, interprète Cri, environnement typiquement autochtone et activités récréatives adaptées à la culture.

6. Soins provisoires (à court terme)

- Hôpital Foothills, Calgary. Ce projet se penche sur de nouvelles façons d'utiliser les lits de soins de longue durée pour faciliter le mouvement des patients entre hôpitaux de soins actifs, organismes communautaires et services d'urgence. Les services à court terme comprendront : la thérapie intraveineuse, la convalescence post-chirurgicale, les soins palliatifs, l'éducation-santé, le counseling conjugal et familial aux malades hospitalisés, ainsi que les soins aux personnes atteintes de démence.
- Hôpital auxiliaire Allen Gray, Edmonton. Ce projet s'adresse aux clients qui nécessitent des soins de réadaptation et des soins infirmiers spécialisés plus intenses que ceux des services à domicile, mais n'ont pas besoin de soins actifs. Il est spécialement conçu pour prévenir les admissions dans les hôpitaux de soins actifs et pour aider les clients à réintégrer la collectivité.
- Central Park Lodge, Edmonton. Il s'agit d'un programme de réadaptation de courte durée pour les aînés qui peuvent obtenir rapidement leur congé d'un hôpital de soins actifs, en particulier les personnes dont l'état physique ou mental exige un niveau de soins et d'intervention supérieur à celui qu'offrent les soins à domicile et la réadaptation en milieu communautaire.* Ce programme permettra d'éliminer ou de retarder l'hospitalisation dans un centre de soins de longue durée ou encore de réduire la durée des séjours dans les établissements de soins actifs. Le client pourra aussi recevoir des services de réadaptation plus près de son domicile.
- Bureau de santé de Peace River, Peace River. Une unité de soins transitoires a été créée à l'intention des clients qui n'ont pas besoin de demeurer dans un centre de soins de longue durée, mais exigent des services plus complets que les soins à domicile. L'unité offre une évaluation et des soins de relève ou de réadaptation pendant une période de deux à quatre semaines. Les services s'adressent également aux personnes qui ont besoin de soins palliatifs et de traitements antidouleur. L'objectif est d'éviter les admissions et de réduire la durée des séjours dans les établissements de soins actifs ou de longue durée.

Un rapport final sur le projet de démonstration sera disponible au début de l'année 1998. Depuis le début de ce projet de démonstration, plusieurs autres modèles innovateurs ont été mis à l'essai au sein de conseils régionaux de santé à travers la province.

**Le programme de réadaptation en milieu communautaire fournit entre autres des services d'audiologie, d'ergothérapie, de physiothérapie, d'oxygénothérapie et d'orthophonie.).*

COLOMBIE - BRITANNIQUE

De 1987 à 1997, l'ancienne Division des programmes de soins continus du ministère de la Santé disposait d'une Direction de l'assurance de la qualité, chargée de l'élaboration, de la mise en œuvre et de la vérification des normes de programmes pour les services de soutien à domicile, de soins de jour pour adultes et de soins institutionnels retenus par la Division en vertu d'un contrat.

Qualité

En quoi ces normes consistent-elles?

Les normes élaborées par la Direction de l'assurance de la qualité étaient de nature structurelle et étaient axées sur cinq domaines

- administration;
- personnel;
- milieu social;
- prestation de soins;
- milieu physique.

Quelle méthode a-t-on utilisé pour élaborer ces normes?

On a fait appel à un processus de consultation pour élaborer les normes initiales. Avant la régionalisation, on a créé le comité des normes de la Division des programmes de soins continus, dont le but était de superviser la planification, l'élaboration, la mise à l'essai et l'application des normes révisées pour les services de soins continus financés dans le cadre des programmes de soins actifs et de soins continus. On a mis sur pied six groupes de travail pour qu'ils révisent les normes relatives à la gestion de cas, aux services de réadaptation communautaire, aux centres de soins de jour pour adultes, aux services de soutien à domicile, aux soins institutionnels et aux fonctions organisationnelles (normes administratives générales).

Plus de soixante personnes représentant la British Columbia Association of Community Care, la British Columbia Association of Private Care, la British Columbia Health Association, ainsi que le personnel de l'assurance de la qualité et des soins continus du bureau provincial et des opérations régionales dans l'ensemble de la province ont pris une part active à ce processus de révision.

Le cadre d'élaboration des normes révisées tire sa source des valeurs essentielles et des convictions en cours dans l'ancienne Division des programmes de soins continus, des principes de l'amélioration constante de la qualité et de la théorie de la promotion de la santé. On a préparé une ébauche des énoncés de valeurs et de convictions qui puisse servir d'orientation aux groupes de travail pendant la durée du processus d'élaboration. On a validé ces énoncés et instauré d'autres notions importantes au moyen d'une consultation effectuée à l'échelle de la province auprès de 270 personnes concernées : clients, familles et fournisseurs de soins, officiels et bénévoles.

Quel processus permet d'assurer que ces normes sont observées?

Avant la régionalisation, des consultants provinciaux et municipaux en assurance de la qualité vérifiaient l'application des normes des programmes de soins institutionnels, de services de soutien à domicile et de soins de jour pour adultes partout dans la province.

En 1993 et en 1994, on a élaboré des normes de programmes pour les soins infirmiers à domicile, les services de réadaptation et la gestion de cas. Aucun processus officiel n'a été mis en place afin de vérifier ces normes de façon systématique.

En avril 1997, on a chargé les autorités sanitaires régionales d'instaurer un processus qui garantisse le respect des normes et l'application de mesures correctrices dans le cas où elles ne seraient pas respectées.

Quelles sont les mesures prises en cas de non-respect des normes?

Les nouvelles normes de programmes ont été conçues pour aider les organisations et les décideurs à évaluer la prestation de soins et de services, ainsi que les systèmes organisationnels qui favorisent la recherche de solutions positives pour les clients. Parmi les aspects de la qualité qui sont abordés, citons notamment l'efficacité, l'accessibilité, la satisfaction des clients et du personnel, la continuité des soins et la compétence.

Comment évaluer les résultats des efforts réalisés en vue d'atteindre une qualité supérieure?

On a rédigé une ébauche des normes relatives aux centres de soins de jour pour adultes, aux services de soutien à domicile et aux soins institutionnels, et on les met actuellement à l'essai. À la suite du projet pilote, on prendra les décisions nécessaires concernant la mise à l'essai des normes relatives à la gestion de cas, aux soins infirmiers à domicile et aux services de réadaptation, ainsi que l'application des normes dans les différents milieux de services.

Coût

Contexte

Les programmes de soins continus en Colombie Britannique comprennent notamment les services acquis ou retenus en vertu d'un contrat dans les centres de soins de jour pour adultes, et dans le cadre du soutien à domicile et des soins institutionnels. La gestion de cas, les soins infirmiers communautaires et les services de réadaptation sont assurés par les autorités sanitaires.

La responsabilité de la répartition locale et de l'administration des fonds attribués par le ministère de la Santé incombe aux autorités sanitaires sur place. Les décisions en matière de réattribution locale sont assujetties à la politique provinciale selon laquelle les seuls transferts de fonds autorisés entre secteurs de services sont ceux qui sont effectués des soins actifs aux soins communautaires.

Quel processus utilise-t-on pour garantir que les services sont offerts au meilleur prix?

Les modes de financement des soins continus et les normes relatives aux services acquis sont établis en collaboration avec le secteur privé. Par ailleurs, les soins institutionnels sont évalués par rapport aux règlements sur les permis.

Les modes de financement comprennent les paramètres ci-après. Les ajustements budgétaires relatifs aux soins institutionnels, calculés sur une année, tiennent compte de l'équité salariale, des taux d'occupation et des niveaux de soins institutionnels. Afin de calculer les crédits annuels globaux relatifs aux services de soutien à domicile pour chaque autorité sanitaire, on utilise une formule fondée sur plusieurs facteurs, notamment les taux d'utilisation, la croissance démographique et le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans. Pour calculer les fonds alloués aux centres de soins de jour pour adultes, on tient compte de la capacité du centre, du nombre de jours où les services sont fournis et du niveau des soins dispensés au client.

Parmi les rapports sur les services à établir, citons notamment les rapports financiers trimestriels (relatifs aux services retenus en vertu d'un contrat), ainsi que les données concernant la classification des clients et la charge de travail consignées au moyen d'un système d'information centralisé en matière de santé. Ces données sur les services sont vérifiées par les autorités provinciales et sanitaires.

La philosophie qui sous-tend le programme de soins continus englobe notamment les notions d'habilitation et de responsabilité de l'individu, d'intervention minimale, d'impartialité et d'équité, et de responsabilité publique. Le programme consiste surtout à fournir un soutien et l'on s'attend à ce que les

familles fournissent des soins, lorsque cela est raisonnable. L'objectif du programme est de compléter, non de remplacer les soins fournis par les personnes, les familles et les collectivités.

On utilise une seule méthode de gestion de cas pour admettre les clients au programme de soins continus. On vérifie leur admissibilité et les cas de clients souffrant de maladie ou d'un handicap physique imputable à un tiers doivent être acheminés au responsable pertinent.

Au cours du processus d'évaluation, le responsable de cas est chargé d'examiner avec le client les options ou les solutions de rechange éventuelles concernant la prestation des soins de santé nécessaires. Il évalue la capacité et le réseau de soutien du client afin de déterminer le service dont celui-ci a besoin.

On élabore un plan de soins personnalisés, compte tenu de facteurs tels que les préférences, la disponibilité et le coût qui sera supporté par le programme de soins continus. Les responsables de cas utilisent un instrument normalisé pour attribuer les niveaux de soins. La politique prescrit le maximum d'heures acceptables pour chaque niveau de soins; les heures supplémentaires doivent être approuvées par un cadre supérieur désigné.

On peut remplacer le service le plus rentable par un autre type de soins pourvu qu'ils soient appropriés. Les clients qui veulent être plus autonomes et disposer de plus de choix peuvent demander qu'on leur verse directement les fonds nécessaires à la prestation de services de soutien à domicile. Les fournisseurs de soins peuvent utiliser un centre de soins de jour pour adultes comme option de remplacement.

On ne doit envisager d'inscrire le client sur une liste d'attente d'un établissement de soins que lorsqu'on a examiné à fond toutes les solutions de rechange et qu'il n'est pas possible de fournir des services de soutien à domicile satisfaisants. Les exceptions doivent être approuvées au préalable par le cadre supérieur.

Limitation des coûts

Les mesures de limitation des coûts comportent une dimension philosophique et comprennent notamment la mise en œuvre d'une politique et de lignes directrices. La régionalisation récente des soins et des services de santé, notamment des programmes et des services de soins continus, se fonde sur la notion que l'on doit encourager chez le client une autonomie comparable à celle qu'il aurait «chez lui». La politique sur les services a pour objectif de répondre aux besoins du client dans les limites des crédits disponibles. Selon la politique sur les soins actifs et les soins continus, on ne doit effectuer aucun transfert de fonds des soins communautaires aux soins actifs.

Au moins 80 p. 100 des coûts de fonctionnement relatifs aux soins continus constituent des dépenses salariales. La restructuration du système provincial de négociation en matière de santé a réduit considérablement le nombre de conventions collectives en vigueur dans la province. Le financement des salaires et l'équité salariale sont régis par les lignes directrices relatives aux normes du Public Sector Employer's Council et les directives de la Health Employer's Association of British Columbia.

En janvier 1996, afin de freiner l'escalade des coûts du soutien à domicile, on a décidé de limiter la prestation des services d'aides ménagères aux clients les moins vulnérables. Les clients nécessitant le niveau de soins le plus faible ne sont pas admis au programme, sauf s'ils ont besoin d'une aide particulière.

En outre, les clients ne peuvent être inscrits sur la liste d'attente d'une institution s'ils n'ont pas besoin d'un niveau de soins déterminé; on s'assure ainsi d'utiliser le service de soins institutionnels, plus coûteux, de façon appropriée.

La qualité des services est protégée par les normes et les dispositions législatives, et elle est assujettie à une vérification. On s'attend à ce que les autorités sanitaires gèrent le programme dans les limites des ressources disponibles. On rédige des rapports d'utilisation et on continue de les vérifier au siège administratif et dans les régions.

Coûts en capital

Suivant les conclusions du *1997 Report of the Task Force on Public-Private Partnership* (Rapport 1997 du groupe de travail sur l'association entre le secteur public et le secteur privé), celle-ci offre la perspective d'avantages réels considérables en ce qui a trait aux projets d'immobilisations. Bien qu'une telle association ne représente pas la solution idéale pour tous les projets, on doit rechercher celles qui sont rentables. Le groupe de travail a recommandé au gouvernement de manifester son plein appui à ce type d'association en créant un ministère et un conseil consultatif, et en mettant en œuvre un projet pilote. Par ailleurs, il a recommandé que l'on instaure un cadre de politique global, des directives pour la planification et la budgétisation de projets d'immobilisations, et des lignes directrices pour l'élaboration de plans d'action et les acquisitions. On définit actuellement les critères d'application de telles associations.

Évaluation

Le Bureau du vérificateur général du Canada, au moyen de vérifications de l'optimisation des ressources, évalue si les programmes gouvernementaux sont mis en œuvre et administrés de façon économique et efficace et si le gouvernement a fourni à l'assemblée législative les données pertinentes en matière de responsabilité. Une vérification de l'optimisation des ressources consiste en une comparaison du rendement réel avec le rendement normal. Chaque vérification comporte un objectif, qui énonce clairement ce qu'elle est censée réaliser, un champ, qui définit ses limites, et une conclusion, qui est une réponse à l'objectif.

La vérification de l'optimisation des ressources est fondée sur deux principes, le premier voulant que l'on dirige les affaires d'intérêt public de façon à utiliser le mieux possible les fonds publics et le second, qu'il incombe aux responsables gouvernementaux de gérer de façon prudente et efficace les ressources qui leur sont confiées.

MANITOBA

Au cours des prochaines années, les services de soins à domicile de Winnipeg se consacreront à mesurer la qualité et à déterminer une valeur adéquate pour les services fournis. Bien qu'il y ait beaucoup de travail à faire, un certain nombre de mesures et de processus sont en place dans le cadre du programme de soins à domicile à Winnipeg. De plus, une structure d'évaluation a été mise sur pied pour un projet pilote dans lequel toute une gamme de services a été confiée sous contrat à un fournisseur privé de soins à domicile. Nous avons préparé de l'information pour décrire les processus généraux en matière de qualité et plus précisément les processus concernant le projet pilote donné à contrat. Les directives mentionnées pour les services de soins à domicile de Winnipeg sont, d'une manière générale, représentatives des méthodes utilisées dans toute la province.

Comment a-t-on élaboré les normes?

La Direction des soins à domicile a élaboré des normes provinciales. La majorité d'entre elles l'ont été en 1974 et elles concernent les résultats et les processus. Ces normes ont récemment fait l'objet d'une révision pour tenir compte du rôle en constante évolution du gouvernement dans la prestation des services avec la mise en place des offices régionaux de la santé. Les normes ont fait l'objet d'une large diffusion sous forme d'ébauche pour obtenir l'avis des fournisseurs de soins et du Comité consultatif du programme des soins continus. Les services de soins à domicile attendent l'approbation définitive des normes.

En quoi consistent les normes?

Il s'agit de protocoles à l'intention des intervenants professionnels et paraprofessionnels.

Ces protocoles sont provinciaux. Ils décrivent la nature des soins ou de la tâche, ils fournissent unedirective en matière de fréquence des soins et de qualification du fournisseur de soins.

Ces protocoles servent à tous les organismes qui font la prestation de services de soins à domicile.

Contrôle:

- Examen des cas
- Examen de la charge de travail
- Système de gestion du rendement
- Processus de gestion des plaintes

Ressources humaines

Nous nous servons, à l'échelle de la province, de descriptions de poste standard pour les coordonnatrices et coordonnateurs de cas, les coordonnatrices et coordonnateurs de ressources, les infirmières et infirmiers autorisés, ainsi que pour les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, bien qu'il puisse y avoir des différences régionales. Nous utilisons les entrevues et les processus de cotation de la fonction publique pour le recrutement et l'embauche. Les vérifications du casier judiciaire font partie des normes.

Les services de soins à domicile de Winnipeg ont en place des normes et des processus définis pour l'embauche de tous les travailleurs et travailleuses de première ligne pour les soins à domicile. Il existe des normes relatives à l'orientation de tout le personnel. Il existe aussi des exigences supplémentaires en matière de formation pendant la phase d'orientation de tous les préposés et préposées aux soins à domicile pour garantir la compétence en matière d'habiletés en soins personnels critiques.

Nous faisons passer une entrevue de fin d'emploi aux travailleurs et travailleuses qui quittent les services de soins à domicile de Winnipeg.

Mesures de la satisfaction de la clientèle

La satisfaction de la clientèle est en grande partie déterminée grâce au processus de gestion des plaintes et par un examen des réactions de la clientèle.

Exigences en matière de gestion financière

Les services de soins à domicile de Winnipeg sont requis de se conformer aux normes et aux processus du Manuel général d'administration du gouvernement provincial.

Contrôle.

- nombreuses vérifications intrinsèques au système;
- les vérificatrices et vérificateurs du gouvernement effectuent des vérifications périodiques;
- transmission des constatations des vérifications aux services de soins personnels;
- élaboration et mise en oeuvre de plans d'action.

Exigences en matière de méthodes de gestion et d'organisation

Les services de soins à domicile de Winnipeg entament un processus provincial de régionalisation et ces processus seront élaborés dans le cadre d'une nouvelle structure de gestion. Il existe des méthodes de gestion en place qui fournissent de l'information sur les indicateurs de rendement et notamment : rapports statistiques, gestion des plaintes, signalement des incidents et divers rapports concernant les ressources humaines.

Les services de soins à domicile de Winnipeg prévoient de mettre au point un outil d'évaluation automatique à l'accueil et de planification des soins axé sur le client, élaboré à l'aide d'une base de données qui générera des rapports de gestion.

À mesure que l'on élabore des contrats, la présentation évolue et inclut des énoncés qui donnent des éclaircissements sur les attentes et, si possible, sur les résultats escomptés. La méthode adoptée fait une large place au partenariat impliquant une responsabilité et une responsabilisation mutuelles en matière de résultats..

Contrôle:

Les rapports font l'objet d'un examen du bureau central qui fournit de l'information sur la prestation des programmes.

Processus d'amélioration de la qualité conforme au mandat

Les services de soins à domicile de Winnipeg embaucheront un coordonnateur ou une coordonnatrice de la qualité des soins qui travaillera avec les cadres supérieurs à l'élaboration de systèmes de gestion de la qualité.

Projet pilote

Les services de soins personnels ont donné à contrat la prestation des services de soins infirmiers, de préposées et préposés aux soins personnels et de soins à domicile destinés aux nouveaux clients de la région géographique de Winnipeg. Une évaluation de l'efficacité du contrat sera effectuée au bout d'une année de fonctionnement (mai 1998).

L'évaluation à deux composantes:

- Évaluation de la satisfaction de la clientèle.
- Évaluation de l'efficacité et de l'efficacité organisationnelles.

Les deux composantes utiliseront les mêmes mesures de la qualité des soins. Celles de la satisfaction de la clientèle ont été élaborées à l'aide de renseignements provenant d'autres entités administratives et d'autres entreprises s'occupant de services et en définissant les éléments essentiels dont on faisait état tant dans les plaintes sur le programme que dans les lettres de remerciement. Voici ces mesures:

- responsabilisation des bénéficiaires
- formation et supervision
- continuité des soins
- efficacité du service
- compétence du personnel
- capacité d'intervention
- qualité des soins

Évaluation de la satisfaction de la clientèle

Cet aspect de la question sera confié à un évaluateur ou à une évaluatrice de l'extérieur. Nous avons préparé des questions préliminaires pour fournir des renseignements sur l'efficacité de chacune de ces mesures à titre de guide à l'intention de l'évaluateur ou de l'évaluatrice. Nous espérons que le processus fournira des renseignements sur l'efficacité et l'importance relative de chacune des mesures du point de vue de la clientèle. Nous comparerons les renseignements émanant du groupe de clients faisant l'objet d'une prestation de services dans le cadre d'un contrat et de ceux dont ce n'est pas le cas.

Évaluation de l'efficience et de l'efficacité organisationnelles

À l'aide des mêmes mesures qui sont décrites ci-dessus, nous définirons des indicateurs de l'efficacité et nous utiliserons toute une gamme de sources de données sur les programmes pour commencer à mettre au point un outil de mesure pouvant servir sur tout le territoire de Winnipeg. Nous pourrions alors utiliser l'information pour comparer les districts et fixer des objectifs d'amélioration du rendement.

Foyers de soins personnels

Jusqu'à 1991, les normes que Santé Manitoba fournissait aux foyers de soins personnels consistaient en lignes directrices élaborées pour les domaines qui en avaient le plus besoin. On faisait de plus une large place aux normes des associations professionnelles. Voici les lignes directrices élaborées:

- *Infection control in Personal Care Homes*
- *Guidelines for Physician's Services in Personal Care Homes*
- *Planning Guide for Personal Care Homes in Manitoba*
- *Guidelines for Adult Day Care*
- *Guidelines for Use of Restraints*
- *Guidelines for Maintenance of Health Record*

Lorsque c'était nécessaire, ces lignes directrices avaient fait l'objet d'une mise à jour et nous continuons à les utiliser. Nous avons reconnu depuis longtemps que le Règlement 337/88, pris en application de la Loi sur la santé publique qui régit les normes, était inadéquat. En 1991, nous avons approuvé un article de la Loi sur l'assurance-maladie qui autorisait la rédaction d'un règlement concernant les normes relatives aux bâtiments et aux soins des foyers de soins personnels.

Comment a-t-on élaboré les normes?

En travaillant à la rédaction de normes réglementées, la première mesure prise a consisté à élaborer des normes et des critères généraux pour servir de base aux normes réglementées. Ce document a été élaboré sur une période de trois ans, avec l'apport de tous les foyers de soins personnels, ainsi que la participation de directions du gouvernement et d'organismes extérieurs concernés. Il contient des normes considérées comme obligatoires et qui sont ou seront réglementées; il comporte également des normes à l'élaboration desquelles nous travaillerons.

Les *Standards for Manitoba's Personal Care Homes* et les programmes qui leur sont liés ont été publiés en 1991. Leur pendant, les *Standards for Pharmacy Services in Manitoba's Personal Care Homes* ont été publiés en 1989 et ont été suivies du *Prescribing Guide*.

Depuis, ces documents ont servi de base à la présentation des rapports de visites normales et à l'ébauche du règlement.

L'étape suivante a consisté à préparer la première ébauche du règlement qui devait remplacer le Règlement 377/88 et qui contient les normes obligatoires. Certaines lacunes à combler portent sur les domaines suivants:

- aptitude à retirer les permis ou à mettre des conditions à leur octroi;
- pénalités pour inobservation des normes obligatoires;
- normes de construction actuelles, y compris les systèmes de sécurité;
- signalement obligatoire des incidents critiques;
- référence aux directives obligatoires approuvées par le ministre.

Contrôle des normes dans les foyers de soins personnels

Les foyers de soins personnels, à l'exception de ceux qui sont juxtaposés aux hôpitaux ruraux, sont contrôlés par le personnel de la Direction des soins de longue durée de Santé Manitoba. Des visites normales peuvent comporter des inspections de tout l'établissement, d'un secteur, d'un service ou d'un point particulier. Il se peut que des consultantes ou consultants qui représentent des services de soins infirmiers, de pharmacie, de diététique ou de réadaptation participent tous à l'inspection générale d'un établissement ou bien un ou deux d'entre eux peuvent faire une visite dans le cadre d'un examen restreint des normes. Un examen peut durer un jour ou bien plusieurs jours répartis sur quelques semaines.

Outre les visites d'inspection et les visites normales, les consultantes ou consultants visitent les foyers de soins personnels pour plusieurs raisons, et notamment pour ce qui suit:

- suivi de plaintes
- formation en cours d'emploi du personnel
- réunions du conseil d'administration
- suivi de questions soulevées ou de recommandations précédemment faites
- projets de construction et de rénovation
- vérification comptable
- planification de nouveaux programmes
- cas spéciaux, comme le changement d'un administrateur, d'une administratrice ou du directeur ou de la directrice des soins infirmiers.

Nous consacrons du temps aux établissements qui ont des problèmes plutôt qu'à faire des inspections répétitives des foyers qui fonctionnent de façon satisfaisante.

Les administratrices, les administrateurs ou les chefs de service sont avisés des visites normales, car il est essentiel que le personnel pertinent soit disponible aux fins d'entrevues et de formation. Les examens des manuels de directives, des horaires de travail, de la dotation en personnel au moment considéré, des dossiers médicaux des résidents, des menus, des procès-verbaux de réunions et des plans de soins constituent la base factuelle des examens des consultantes et des consultants. À la suite des visites normales, nous envoyons des rapports et des recommandations à la directrice générale ou au directeur général et au conseil d'administration et nous leur demandons de répondre avant une date spécifiée pour indiquer les mesures prises.

Bien des visites ont lieu sans être annoncées ou avec un préavis très court. Il s'agit habituellement de faire le suivi de plaintes ou de discuter de problèmes précis. Quand il y a nécessité, la visite peut avoir lieu à n'importe quel moment du jour ou de la nuit et les consultantes ou consultants parleront avec n'importe quel membre du personnel disponible.

Santé Manitoba utilise d'autres mécanismes pour contrôler la conformité aux normes dans les foyers de soins personnels, et notamment :

- D'autres ministères et organismes de la province participent aux inspections des foyers de soins personnels et signalent leurs préoccupations à la Direction des soins de longue durée, il peut s'agir par exemple de la Santé publique, du Bureau du commissaire aux incendies, de la Division de la sécurité et de l'hygiène du travail.
- Environ 43 foyers de soins personnels sont homologués par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé. C'est une démarche volontaire mais Santé Manitoba encourage la participation à l'homologation et finance le coût de l'inspection. Établissement doit payer la cotisation annuelle.
- Tous les ans, chaque foyer de soins personnel reçoit la visite d'une infirmière évaluatrice ou d'un infirmier évaluateur de la Direction des soins de longue durée pour contrôler le niveau de soins dont chaque résident fait l'objet. On recueille des renseignements supplémentaires qui donnent une idée des soins dans l'établissement, ainsi que du nombre d'escarres du décubitus, de cathéters, de clients nécessitant de l'oxygène, etc. Les infirmières évacuatrices ou les infirmiers évaluateurs rédigent un rapport sur leurs observations.
- Établissement de rapports mensuels sur les heures de travail et le ratio de personnel infirmier des foyers de soins personnels appartenant au responsable. Si l'établissement ne satisfait pas à ces exigences, nous pouvons réduire les paiements (voir la page 46 ci-jointe).
- Établissement de rapports financiers trimestriels mentionnant la dotation réelle en personnel dans le cas des foyers de soins personnels qui n'appartiennent pas au responsable de l'établissement.
- Établissement de rapports réguliers émanant des équipes de personnel en psychogériatrie sur leur apport aux services de soins personnels de Winnipeg.
- La participation du personnel de la Direction des soins de longue durée aux programmes de formation permet de faire une rétroaction et un contrôle informels.

Problèmes concernant les incidents critiques et les plaintes

Protocole de la Direction des soins de longue durée:

- Les plaintes et les incidents critiques signalés à la Direction des soins de longue durée font l'objet de notes de service versées au dossier. Selon la nature et les répercussions de l'incident ou de la plainte, ils peuvent être signalés à la directrice ou au directeur de la Direction des soins de longue durée, à la sous-ministre adjointe, au sous ministre adjoint, à la sous-ministre, au sous ministre ou bien à la ministre ou au ministre.
- La consultante ou le consultant qui reçoit les plaintes ou le signalement de l'incident fait un suivi avec l'établissement par téléphone ou lors d'une visite, il ou elle fait aussi un suivi avec les membres de la famille de la personne ou avec toute autre personne, le cas échéant. Les mesures prises et le suivi effectué par l'établissement font l'objet d'une note de service versée au dossier. Toute lacune à laquelle on ne remédie pas, par exemple la formation du personnel, la nécessité d'acquérir un équipement, changer des façons de faire ou des directives, fait l'objet d'un suivi par réunions ou de recommandations écrites, selon le cas.

LE SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE AU NOUVEAU-BRUNSWICK

ASSURER LA QUALITÉ AU MEILLEUR PRIX

APERÇU DES SERVICES DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Au cours des quelques dernières années, de nombreux changements ont été apportés au système de soins de longue durée au Nouveau-Brunswick. Depuis la publication de la Stratégie des soins de longue durée, en 1993, un travail considérable a été fait dans le but d'unifier et de coordonner les systèmes et les services qui existaient déjà. Les soins de longue durée englobent une gamme de services de soutien et de services de santé physique et mentale dont les personnes ont besoin, en raison de limitations fonctionnelles à long terme, pour fonctionner de la façon la plus autonome possible. Les soins de longue durée reposent sur un partenariat d'un certain nombre de divisions du ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick : la Division des services à la famille et des services sociaux communautaires, la Division des services en établissement (programmes externes et services des maisons de soins infirmiers), et la Division de la santé mentale.

Les personnes qui peuvent avoir besoin de soins de longue durée sont celles qui sont dépendantes, à long terme, d'une variété de soins et de services, y compris des services de santé physique et mentale et des services communautaires, de même que des services résidentiels et institutionnels.

Environ 18 000 clients âgés de 19 ans et plus reçoivent des services de soins de longue durée au Nouveau-Brunswick. De ce nombre, environ 10 000 reçoivent des services à domicile, tandis que 7 800 sont dans des établissements résidentiels. Parmi ce groupe, 4 000 personnes vivent dans des maisons de soins infirmiers.

Tous les clients qui ont recours au système de soins de longue durée doivent passer par un processus d'évaluation normalisé avant que l'admissibilité ne soit déterminée. Le placement dans un établissement résidentiel est envisagé lorsque les options à domicile ne sont plus appropriées.

En vertu de la Stratégie des soins de longue durée, il y a quatre types d'établissements résidentiels. Les établissements de type 1 et 2 sont réglementés par la Loi sur les services à la famille, tandis que certains établissements de type 3 et 4 sont réglementés par la Loi sur les services à la famille et d'autres par la Loi sur les maisons de soins infirmiers. Les établissements qui sont réglementés par la Loi sur les services à la famille sont habituellement appelés des maisons de soins infirmiers. Les clients qui ont des besoins de type 3 ou 4 qui exigent des soins infirmiers 24 heures sur 24 sont placés dans les maisons de soins infirmiers.

Un comité de liaison opérationnelle a été mis sur pied. Ce comité est composé de représentants du ministère et des principaux intervenants, comme l'association des établissements résidentiels, les organismes sans but lucratif, les groupes d'intervention et la fédération des personnes âgées. Le but de ce comité est de fournir un forum de communication entre les ministères et les intervenants, et entre les intervenants, pour qu'ils échangent des commentaires et des renseignements sur des sujets liés à la prestation quotidienne des soins de longue durée. Ceci vise à faciliter la collaboration afin d'assurer une utilisation efficace des ressources disponibles.

Les objectifs du comité sont énumérés ci-dessous.

- Aider le ministère à répondre aux besoins des personnes ayant de graves limitations fonctionnelles et qui bénéficient des services de soins de longue durée.
- Identifier les possibilités d'amélioration de la prestation des services conformément à la Stratégie des soins de longue durée.
- Favoriser de saines relations de travail au sein du réseau provincial des services de soins de longue durée.

La première partie du présent document traite des services à domicile et la deuxième partie traite des services en établissement.

Partie 1

ASSURER LA QUALITÉ DES SERVICES COMMUNAUTAIRES

Aperçu

Au Nouveau-Brunswick, les services à domicile sont achetés auprès d'une variété d'organismes communautaires, à but lucratif et sans but lucratif, et auprès de particuliers. Les services achetés comprennent les services d'aide familiale et de soutien à domicile, les services de repas livrés à domicile, les services d'auxiliaires, et les services de relève. Les personnes qui reçoivent des services de soutien à domicile peuvent aussi être admissibles à certains services professionnels, tels que les soins infirmiers, la physiothérapie ou l'ergothérapie, dans le cadre des programmes externes de l'hôpital régional approprié.

Un processus d'accès unique aux services est utilisé. L'évaluation des besoins en matière de soins de longue durée peut être demandée en communiquant avec l'un des trois partenaire des soins de longue durée, (Services à la famille et services sociaux communautaires [SFSSC], les programmes externes [PE] ou la Santé mentale). L'évaluation est effectuée par le travailleur social des SFSSC et un professionnel de la santé des PE ou de la Santé mentale. Il s'agit d'une évaluation fonctionnelle visant à déterminer la capacité du requérant de fonctionner dans son milieu et la capacité du réseau officieux de répondre à ses besoins évalués. S'il est déterminé que le requérant est admissible aux services de soins de longue durée, un programme de soins est alors préparé par les évaluateurs, en collaboration avec le client. Si la prestation de services de soutien à domicile est recommandée, des dispositions sont prises pour acheter les services auprès d'un fournisseur approprié. Selon la nature des services requis, les employés du ministère peuvent demander les services ou, dans certains cas, le client peut faire l'achat de services privés et être remboursé par le ministère jusqu'à un montant autorisé.

Les services d'aide familiale et de soutien à domicile sont les services les plus courants achetés par les personnes âgées qui reçoivent des services à domicile. En 1996, le ministère de la Santé et des Services communautaires a lancé une demande de propositions pour l'achat de services d'aide familiale et de soutien à domicile. Ceci a été fait conformément aux modifications qui ont été apportées à la Loi sur les achats gouvernementaux. Le but est d'assurer des services de la meilleure qualité au meilleur prix. En mars 1997, les contrats ont été signés pour une période d'une année avec possibilité de renouvellement pour une année supplémentaire. La demande de propositions vise à établir une liste d'organismes qualifiés qui ont la capacité de fournir des services d'aide familiale. A l'heure actuelle, seuls les services d'aide familiale sont achetés par l'entremise d'un processus de demande de propositions. Il y a environ 40 organismes sur la liste des fournisseurs de services accrédités.

Contenu des propositions

Les propositions doivent comporter les renseignements décrits ci-dessous.

1. Une description de l'organisme de prestation de services, de sa raison d'être et de sa structure, et des renseignements au sujet de son nombre d'années d'existence, du nombre d'employés et de leur titre. Un exemplaire de la politique des ressources humaines de l'organisme.
2. Un exemplaire des plus récents états financiers vérifiés.
3. Une description des services d'aide familiale offerts, indiquant la nature des services, les heures pendant lesquelles ces services sont dispensés, la formation requise pour le personnel chargé de la prestation des services et les superviseurs.
4. Le prix horaire global des services.
5. Les secteurs de la province dans lesquels le fournisseur de services est disposé à offrir ses services.
6. Les langues dans lesquelles le fournisseur de services peut offrir ses services.
7. Le formulaire d'invitation d'appel d'offres.
8. Une description des services offerts sans frais ou des services spéciaux offerts aux clients du ministère de la Santé et des Services communautaires.

Évaluation

Les propositions sont étudiées par un comité d'évaluation composé de membres du personnel du ministère de la Santé et des Services communautaires et du ministère des Approvisionnement et Services. Le comité d'évaluation présente des recommandations au sujet des organismes de prestation de services dont le nom devrait être placé sur la liste des fournisseurs accrédités. Des renseignements supplémentaires peuvent être demandés à certains fournisseurs ou à tous les fournisseurs avant la présentation des recommandations finales. Celles-ci sont faites par le ministère des Approvisionnement et Services. Un avis est ensuite envoyé aux fournisseurs choisis.

Les services d'aide familiale doivent être offerts conformément aux normes en vigueur établies par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Les personnes qui dispensent les services d'aide familiale doivent avoir réussi le programme de formation des personnes assurant la prestation des services d'aide familiale et des soins à domicile offert par les collèges communautaires du Nouveau-Brunswick. D'autres combinaisons de formation et d'expérience peuvent être considérées.

L'évaluation des propositions repose sur les renseignements fournis et sur deux références. Les organismes doivent obtenir au moins 80 points pour que leur nom soit placé sur la liste des fournisseurs accrédités. Le tableau ci-dessous indique la façon dont les points sont répartis.

Aspect Points possibles

Stabilité de l'organisme	20
Expérience dans le domaine des services d'aide familiale	20
Politiques des ressources humaines acceptables (y compris les politiques de formation)	20
Coût des services	20
Références	15
Services de soutien des clients offerts sans frais	05
Total des points	100

Autres services à domicile

Le processus de demande de propositions s'applique uniquement aux services d'aide familiale et de soins à domicile. Les autres services à domicile sont achetés par l'entremise de contrats de service. Les normes des programmes (présentement en révision) des services de repas livrés à domicile et des soins de jour aux adultes permettent d'assurer la qualité des services. En outre, la satisfaction des clients est un indicateur de la qualité des services.

Partie 2

QUALITÉ DES SERVICES EN ÉTABLISSEMENT

APERÇU DES SERVICES EN ÉTABLISSEMENT

Au Nouveau-Brunswick, les services en établissement sont assurés par un réseau d'établissements résidentiels allant du type 1 au type 4. Le modèle des services en établissement des soins de longue durée a été mis en oeuvre en 1997 et il a été conçu pour assurer le continuum des soins des clients des établissements résidentiels. Les établissements de type 3 et 4, qui sont habituellement appelés des maisons de soins infirmiers, sont réglementés par la Loi sur les maisons de soins infirmiers et ses règlements. Les établissements résidentiels de type 1 à 4 qui ne sont pas des maisons de soins infirmiers sont réglementés par la Loi sur les services à la famille. La composante résidentielle du réseau de soins de longue durée comprend environ 745 établissements résidentiels desservant approximativement 3 800 clients et 61 maisons de soins infirmiers, pour un total de 4 167 lits. Les maisons de soins infirmiers offrent des services aux personnes dont les besoins évalués exigent des services de type 3 ou 4, en particulier les personnes qui sont médicalement stables et qui ont besoin de soins infirmiers 24 heures sur 24.

La plupart des établissements résidentiels qui ne sont pas des maisons de soins infirmiers sont sous propriété privée et exploités par le propriétaire. Les autres sont gérés par des organismes à but lucratif ou sans but lucratif. Tous doivent être agréés par le ministère de la Santé et des Services communautaires avant d'accepter des clients ayant besoin de soins de longue durée.

Au Nouveau-Brunswick, les services en établissement offerts dans les maisons de soins infirmiers sont assurés par des organismes réglementés par le gouvernement mais qui sont sous propriété privée et exploités par le propriétaire. Tous, sauf un, sont des organismes sans but lucratif administrés par des conseils d'administration composés de bénévoles.

ASSURER LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS RÉSIDENTIELS

Introduction

En vertu de la Stratégie des soins de longue durée, les normes des établissements résidentiels offrant des services à des clients ayant besoin de soins de longue durée ont été mis en oeuvre en 1997. Ces normes se rapportent à divers aspects, dont l'énoncé de mission, la conformité aux lois et aux règlements, les compétences du personnel, le perfectionnement du personnel, les ratios en personnel, les installations et la sécurité, de même que les soins en établissement et le milieu social. Les normes des établissements résidentiels ont remplacé celles qui s'appliquaient aux foyers de soins spéciaux et aux établissements résidentiels pour adultes, autres que les maisons de soins infirmiers. Les normes des établissements résidentiels ont été élaborées en consultation avec les principaux groupes d'intervenants.

Le Nouveau-Brunswick a adopté la Loi sur les maisons de soins infirmiers en 1982. Cette loi, les règlements pris en application de la loi, les normes et les directives provinciales constituent les normes minimales auxquelles les maisons de soins infirmiers doivent se conformer. Ces normes se rapportent à divers aspects, dont les installations de la maison de soins infirmiers, la dotation en personnel, y compris les compétences et les ratios, les services aux résidents, dont les services alimentaires, et la sécurité. Les Services des maisons de soins infirmiers procèdent à l'heure actuelle à une révision des normes afin de les préciser et de les améliorer. Un cadre comportant quatre volets (leadership, services aux résidents, services environnementaux et ressources humaines) a été établi pour appuyer cet exercice.

Les établissements résidentiels doivent également se conformer à d'autres normes réglementaires, tels que le Code national du bâtiment, les exigences relatives à la santé et à la sécurité au travail, et les normes de santé publique. La conformité à ces normes est aussi surveillée par d'autres, tels que le bureau de santé publique et le bureau du prévôt des incendies.

Surveillance de la conformité aux normes

Établissements résidentiels agréés par la Division des services à la famille et des services sociaux communautaires

La Division des services à la famille et des services sociaux communautaires a la responsabilité de veiller à ce que les établissements se conforment aux normes. Le personnel évalue les demandes de permis des établissements résidentiels en vue de déterminer la capacité de l'administrateur à se conformer aux normes et il inspecte les installations pour veiller à la conformité continue aux normes. Le renouvellement des permis est effectué chaque année.

Le rôle du coordonnateur des établissements résidentiels

Le rôle du coordonnateur des établissements résidentiels comprend les éléments suivants:

- recruter des établissements résidentiels pour adultes, selon les besoins,
- évaluer les demandes d'approbation en vue de déterminer la capacité de l'administrateur à se conformer aux critères énoncés par la Loi sur les services à la famille, ainsi qu'aux règlements et aux normes applicables,
- traiter les demandes des administrateurs potentiels d'établissements résidentiels conformément aux procédures établies par le ministère,
- recommander la délivrance d'un certificat d'agrément par le ministre,
- traiter toutes les demandes d'admission aux établissements résidentiels,

- informer les gestionnaires de cas éventuels, les requérants, et leur famille ou tuteur de la disponibilité d'établissements adéquats parmi lesquels ils peuvent faire leur choix,
- aider les requérants et/ou leur tuteur à choisir l'établissement qui convient le mieux en tenant compte des besoins physiques et affectifs et des désirs du requérant,
- inspecter, au moins annuellement, tous les établissements agréés pour veiller à la conformité continue aux normes,
- entretenir des rapports avec les organismes et les professionnels concernés concernant les placements de rechange ou d'autres questions pertinentes,
- informer le public, le personnel du ministère et d'autres services gouvernementaux au sujet des établissements résidentiels,
- étudier toutes les plaintes reçues au sujet du fonctionnement d'un établissement,
- conduire des enquêtes officielles au sujet des établissements,
- formuler des recommandations au sujet de la fermeture des établissements qui ne sont pas conformes aux normes,
- surveiller l'allocation des résidents pour le confort et les vêtements,
- entretenir des rapports étroits avec l'association des exploitants de foyers de soins spéciaux,
- entretenir des rapports avec le ministère du Développement des ressources humaines,
- déterminer les besoins de formation des exploitants et, dans la mesure du possible, les aider à y répondre,
- maintenir les dossiers à jour du RPSS

Établissements résidentiels reconnus comme maisons de soins infirmiers

Dans le secteur des maisons de soins infirmiers, le processus utilisé pour déterminer la conformité aux normes consiste en une inspection annuelle des maisons de soins infirmiers par des agents de liaison de la Direction des services des maisons de soins infirmiers du ministère. Le ministère a habituellement lié le renouvellement du permis à la date d'inspection, mais il vient de commencer à adopter un système de renouvellement annuel des permis à une date qui n'est pas nécessairement liée à la date de l'inspection.

Rôle de l'agent de liaison dans le secteur des maisons de soins infirmiers

Dans le secteur des maisons de soins infirmiers, le rôle de l'agent de liaison de la Direction des services des maisons de soins infirmiers du ministère comprend les éléments suivants :

- effectuer une visite annuelle de la maison de soins infirmiers pour évaluer le degré de conformité;
- rédiger des lettres de rappel et effectuer des visites supplémentaires, au besoin, pour veiller à ce que des mesures soient prises pour corriger les aspects qui ne sont pas conformes,
- fournir des conseils et des consultations aux maisons de soins infirmiers pour les aider à se conformer,
- étudier les plaintes et effectuer un suivi au besoin,
- agir comme principal point de contact des maisons de soins infirmiers avec le ministère sur les questions suivantes : les articles du budget, la planification de rénovations qui peuvent être nécessaires aux maisons de soins infirmiers, l'approbation de dépenses en immobilisation pour l'achat d'équipement, les subventions de réparations, etc.

En plus des agents de liaison, d'autres membres du personnel de la Direction des services des maisons de soins infirmiers aident les maisons de soins infirmiers à se conformer et à offrir des services de qualité aux résidents. Ceux-ci comprennent le directeur, l'assistant directeur, le chef de projet et le chef de programme. En outre, un certain nombre de conseillers du ministère dans des domaines comme la diététique, la réadaptation et la construction sont disponibles au besoin.

Étude des plaintes

Toutes les plaintes relatives aux établissements résidentiels sont étudiées par le personnel du ministère. Toute plainte concernant un cas de violence physique, d'agression sexuelle, de violence psychologique ou d'une combinaison de ces situations est immédiatement dirigée vers le Service de protection des adultes. Ceci peut donner lieu à une enquête officielle qui est habituellement entreprise dans le but de déterminer s'il existe des motifs suffisants pour fermer l'établissement.

Financement des services en établissement

Au Nouveau-Brunswick, les services en établissement ne sont pas assurés. On s'attend à ce que les personnes qui ont la capacité de payer pour les services en établissement ou dans les maisons de soins infirmiers payent pour les services dont elles ont besoin. Le gouvernement est le payeur de dernier recours. La politique relative à la contribution familiale de base pour les services de soins de longue durée, qui est entrée en vigueur le 1^{er} avril 1997, stipule qu'on doit effectuer une évaluation de la situation financière de toute personne qui demande une subvention gouvernementale pour des services de soins de longue durée.

Tous les établissements résidentiels doivent assurer des soins et une supervision 24 heures sur 24. Il y a des différences dans le niveau de connaissances et de compétences nécessaires pour fournir la supervision et les soins requis.

Pour les établissements résidentiels de type 1 (ER1), le ratio du personnel est de 1 à 10 pendant 16 heures par jour et de 1 à 6 pour les 8 heures qui restent. L'entretien ménager, la préparation des repas, l'administration et les activités de loisirs sont assurés par le même personnel qui assure les soins et la supervision.

Pour les établissements résidentiels de type 2 (ER2), le ratio du personnel est de 1 à 10 pendant 8 heures par jour et de 1 à 4 pour les 16 heures qui restent. L'entretien ménager, la préparation des repas, l'administration et les activités de loisirs sont assurés par le même personnel qui assure les soins et la supervision.

Pour les établissements résidentiels de type 3 (ER3), qui ne sont pas des maisons de soins infirmiers, le ratio du personnel est de 1 à 9 pendant 8 heures par jour et de 1 à 3 pour les 16 heures qui restent.

Pour les établissements résidentiels de type 4 (ER4), qui ne sont pas des maisons de soins infirmiers, le ratio du personnel est de 1 à 6 pendant 8 heures par jour, de 1 à 2 pendant 8 heures et de 1 à 3 pour les 8 heures qui restent.

Le financement des maisons de soins infirmiers est assuré par le biais des subventions accordées aux résidents dont l'évaluation a déterminé qu'ils avaient besoin d'une aide financière. Les normes relatives au financement accordé aux maisons de soins infirmiers sont en vigueur. La norme de financement des soins aux résidents des maisons de soins infirmiers était de 2,25 heures de soins par résident par période de 24 heures. Ces 2,25 heures comprenaient les services d'infirmières ou d'infirmiers autorisés, d'aides infirmières ou d'aides infirmiers autorisés et d'auxiliaires résidentes ou résidents. Les maisons de soins infirmiers sont tenues d'avoir en tout temps une infirmière ou un infirmier autorisé en service. À la suite de la révision de la norme de financement des soins qui a été effectuée au cours de l'été 1997, celle-ci a été augmentée à 2,375 heures à compter du 1^{er} janvier 1998, et elle sera portée à 2,5 heures au 1^{er} avril 1999.

En plus de recevoir un financement pour le nombre d'heures de soins, les maisons de soins infirmiers reçoivent aussi un financement pour le personnel dans les domaines de l'administration, des services de soutien, des services diététiques et des activités.

Certaines maisons de soins infirmiers qui fournissent des soins à des personnes dont l'évaluation a déterminé qu'elles avaient besoin de services de type 4 ont mis sur pied des unités spécialisées qui sont financées à un taux plus élevé. À l'heure actuelle, il existe quatre unités semblables, et une cinquième est en voie de planification.

Maintenir la qualité des services

La Stratégie des soins de longue durée a pour but d'améliorer la qualité des services en assurant la coordination des services de soins de longue durée dans le cadre d'un système qui reflète un continuum approprié de soins allant du milieu communautaire dans lequel la famille et les réseaux informels fournissent ou achètent des soins, au système officiel dans lequel on peut avoir accès aux services de soutien appropriés à domicile ou en établissement d'une façon efficiente et efficace.

Dans le but de maintenir la qualité des services offerts aux résidents des maisons de soins infirmiers, le ministère aide les maisons de soins infirmiers à mettre en oeuvre la gestion de la qualité totale, y compris la formation du personnel en matière de GQT, l'amélioration des procédés et l'établissement d'un système au sein des maisons de soins infirmiers visant à évaluer les résultats, comme la satisfaction du résident et de la famille. De plus, un certain nombre d'initiatives ont été mises en oeuvre récemment dans le but d'appuyer les efforts visant à limiter les coûts tout en assurant la prestation de services de qualité. Celles-ci comprennent l'initiative en matière de qualité des services décrite cidessus, l'augmentation du pourcentage de membres du personnel infirmier ayant une formation d'aides infirmières ou d'aides infirmiers autorisés, la mise en oeuvre d'un programme de soins informatisé, et un soutien pour l'élaboration et la redéfinition des rôles du personnel infirmier (gestion de cas par les infirmières et infirmiers autorisés et administration des médicaments par les aides infirmières et aides infirmiers autorisés). En outre, le ministère accorde un appui financier aux maisons de soins infirmiers pour qu'elles soient agréées auprès du CCASS.

Conclusion

La Stratégie des soins de longue durée du Nouveau-Brunswick est conçue pour assurer la qualité et un continuum de soins efficaces par rapport au coût pour les Néo-Brunswickois. Le ministère de la Santé et des Services communautaires continuera à surveiller et à évaluer la pertinence et l'efficacité de la stratégie afin d'assurer les meilleurs services possibles aux personnes qui ont besoin de soins de longue durée.

TERRE-NEUVE ET LABRADOR

Au cours des dernières années, la perception de la santé a changé un peu partout dans le monde; en effet, le modèle de soins de santé n'est plus axé sur la maladie, mais sur le bien-être. En réponse à ce changement, de nombreuses initiatives de réforme touchant la prestation des soins de santé ont été entreprises à Terre-Neuve et au Labrador. Les principales initiatives ayant une incidence sur les soins de longue durée ainsi que sur la capacité d'offrir des services de qualité au meilleur prix possible sont exposées ci-après.

Dans la province, les soins de longue durée représentent un système de prestation de services plutôt qu'une catégorie de services. Ce système comporte de multiples dimensions appartenant aux services de soins de santé et aux services sociaux, et par conséquent, il regroupe des services de courte et de longue durée offerts à la fois dans la collectivité et dans les établissements institutionnels.

Changements structurels

Depuis 1992, pratiquement toutes les principales catégories de soins de longue durée sont rattachées à une division de la Direction générale de la santé communautaire du ministère de la Santé. Elles comprennent les soins à domicile, la physiothérapie et l'ergothérapie, le soutien à domicile, les repas livrés à domicile, les services de relève, l'évaluation et le placement, les centres d'évaluation et de traitement, les programmes de jour et les foyers pour personnes âgées. Le domaine du soin des malades chroniques et les maisons de repos relèvent de la Direction générale des institutions du ministère de la Santé. Par ailleurs, le transport et le logement des personnes âgées sont demeurés la responsabilité d'autres ministères tandis que le programme des médicaments pour les personnes âgées relève conjointement du ministère de la Santé et du ministère des Ressources humaines et de l'Emploi.

Régionalisation

Depuis 1993, la prestation des services institutionnels et de santé communautaire est réorganisée en treize structures administratives régionales. Ces treize conseils remplacent les trente-neuf anciens conseils indépendants. L'établissement de conseils régionaux chargés des services institutionnels et de la santé communautaire est maintenant terminé et tous les conseils ont commencé leur travail, sauf le St. John's Nursing Homes Board, qui sera prêt le 1^{er} avril 1998. La réorganisation des établissements de soins de longue durée à St. John's continuera pendant les deux à trois prochaines années.

La réforme des soins de santé a aussi entraîné la réduction du nombre de lits dans de nombreux établissements de soins de courte durée. Les petits hôpitaux des régions rurales ont vu leur rôle évoluer et ils se chargent maintenant tout autant des soins de longue durée que des services primaires de soins actifs.

Depuis la décentralisation, les conseils régionaux de santé communautaire sont chargés de l'administration et de la prestation des services de santé directs comportant tous les aspects des soins de longue durée sauf ceux qui relèvent des conseils régionaux institutionnels (lits pour malades chroniques et maisons de repos). Le mandat des conseils régionaux comprend aussi la responsabilité du financement, de l'exploitation quotidienne, des activités opérationnelles et de l'assurance de la qualité.

Bien que l'administration centrale du ministère de la Santé de la province ne soit plus directement responsable de la prestation des services aux clients, le Ministère se charge néanmoins de l'orientation de la politique, de l'affectation des ressources et de la surveillance des programmes et des services. Il se tient en communication avec les conseils pour régler les problèmes et les questions administratives qui se posent au jour le jour.

La régionalisation a amélioré l'efficacité et l'efficacités de l'administration des soins de santé permanents en ramenant les structures organisationnelles et de gestion plus près des points de prestation des services. Elle est également plus rentable, par exemple en raison du partage des ressources, et elle permet au Ministère de répondre avec plus de souplesse aux besoins des personnes âgées et à leur désir d'avoir accès à des services plus près de chez elles.

Intégration du ministère de la Santé à celui des Ressources humaines et de l'Emploi

À partir du 1^{er} avril 1998, les divisions de la protection de l'enfance et des services correctionnels communautaires ainsi que les services familiaux et de réadaptation, qui relèvent présentement du ministère des Ressources humaines et de l'Emploi, seront intégrées aux programmes axés sur la communauté offerts par le ministère de la Santé.

Cette initiative améliorera encore davantage la qualité et l'intégralité de la prestation des services aux personnes âgées, et ce, à un prix plus avantageux que ce n'est le cas présentement.

Les répercussions de cette fusion seront importantes dans tout le système pendant la période où le ministère de la Santé et des Services communautaires s'efforcera de maintenir ses activités opérationnelles actuelles, et en même temps de rationaliser l'attribution des responsabilités relatives aux programmes et services dans la nouvelle entité.

Stratégie provinciale de logement

Le logement des personnes âgées relève de la Newfoundland and Labrador Housing Corporation (NLHC), qui applique des programmes tels que l'adaptation des logements des personnes âgées pour favoriser leur indépendance et le programme d'aide aux rénovations / réadaptations. En 1997, la NLHC a assumé la responsabilité du portefeuille de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) dans la province. Ce transfert sera avantageux pour les personnes âgées sur le plan des coûts et de la qualité, car la SCHL n'offrait aucun service de soutien (la NLHC en offre) et ses coûts de location étaient établis près de la valeur du marché tandis que la politique de location de la NLHC est fondée sur le revenu.

En consultation avec les ministères de la Santé et des Ressources humaines et de l'Emploi, une stratégie provinciale de logement est en voie d'être établie de façon à offrir aux personnes âgées un programme de logement amélioré qui tienne compte de leurs besoins de soins à domicile. Le ministère du Logement demeurera responsable des structures physiques tandis que le nouveau ministère de la Santé et des Services communautaires aidera à identifier les clients et à offrir à ces derniers l'information et les services requis.

Niveaux de soins

La province fait présentement l'essai de quatre niveaux de soins infirmiers dans les établissements de soins de longue durée. Certains foyers pour personnes âgées, qui répondent aux normes du programme et de la conception des locaux, ont commencé récemment à accepter des clients de deuxième niveau. Les établissements de soins de longue durée acceptent surtout des clients des niveaux III et IV; toutefois en raison de facteurs relatifs à la conception des locaux, certains continuent à admettre des clients des niveaux I et II.

Étude sur l'utilisation des établissements pour soins prolongés

La région de St. John's dispose d'environ 1 400 lits de soins de longue durée répartis dans les établissements offrant de tels soins et les foyers pour personnes âgées. Une étude a été entreprise afin d'évaluer la demande future en soins de longue durée dans la région ainsi que la prestation actuelle de ces services. Dans le cadre de cette étude, on examine les listes d'attente, le nombre de lits d'hôpitaux occupés par des clients qui attendent d'être admis dans des établissements de soins de longue durée ainsi que le rapport entre les besoins des clients et le niveau de soins qu'ils reçoivent présentement.

Budget

À partir de 1996-1997 jusqu'à 1998-1999, une somme additionnelle de 2 000 000 \$ est transférée chaque année du secteur institutionnel au secteur communautaire afin de tenir compte de la réorientation de l'approche et des services, qui étaient axés sur les soins actifs, vers une prestation communautaire. Il y a également eu récemment une augmentation du taux des coûts payés par les clients des foyers pour personnes âgées, des établissements de soins de longue durée et du programme de soutien à domicile. Ces taux se situent présentement à 900 \$ par mois pour les foyers pour personnes âgées, à 2 800 \$ pour les établissements de soins de longue durée et à 2 268 \$ pour le programme de soutien à domicile. Avant l'admission des clients, une évaluation financière est effectuée afin de déterminer leur capacité de payer.

Les affectations budgétaires annuelles aux services de soins de longue durée sont environ les suivantes

Lits de soins de longue durée

(foyers de soins infirmiers ou établissements de soins actifs)

150 000 000 \$

Foyers pour personnes âgées

6 500 000 \$

Foyers de soins communautaires

2, 700 000 \$

(identiques aux foyers pour personnes âgées, mais la clientèle est exclusivement composée d'anciens résidents d'institutions psychiatriques)

Soins à domicile

13 000 000 \$

Programmes de base

172 200 000 \$

L'une des principales initiatives entreprise en 1997 par le ministère de la Santé en collaboration avec le Système de santé communautaire au sujet des services de première qualité au meilleur prix concerne l'établissement de programmes de base en matière de santé communautaire. Cette approche holistique répartit tous les services de santé communautaires entre les 4 programmes de base suivants :

1. Promotion et soutien de la santé et du bien-être
2. Promotion d'un environnement sain
3. Prévention des maladies contagieuses et lutte contre celles-ci
4. Prestation des soins de santé.

Le manuel des programmes de base, dont les importantes sections sont en annexe, définit les buts, objectifs, stratégies, activités et indicateurs se rapportant aux quatre principaux programmes de santé communautaire.

Le programme de base numéro 4 - Prestation des soins de santé - représente un continuum de services communautaires de base dans les domaines des soins de longue durée, de la santé mentale et des services aux toxicomanes. Les objectifs, stratégies, activités et indicateurs de rendement dans ce domaine (voir ci-joint) ont été élaborés en consultation avec des représentants provinciaux, régionaux et communautaires.

L'intégration des soins de santé mentale et des services aux toxicomanes dans le continuum des soins améliore la qualité globale et la rentabilité de la prestation des services de soins de longue durée aux personnes âgées et fait ressortir l'importance d'une telle amélioration.

Étant donné que les programmes de base en santé communautaire constituent un nouveau projet, l'évaluation de cette approche n'est pas encore commencée. On prévoit cependant que cette approche améliorera grandement la qualité et l'intégralité des services communautaires offerts aux résidents de la province et en rendra la prestation plus opportune et économique. Évaluation initiale commencera en 1998 au moyen de l'application d'indicateurs de rendement.

Système d'accès unique

Le système d'accès unique à tous les niveaux de soins de longue durée a été instauré dans la province en 1996. Ce système donne à tous les clients d'une région donnée un accès égal à toutes les facettes des programmes de soins de longue durée. À mesure que le niveau de soin du client change, le système d'accès unique facilite l'orientation vers le service pertinent.

L'accès unique permet une utilisation pertinente et rentable des services communautaires et institutionnels grâce à de meilleurs outils de sélection et d'évaluation qui facilitent l'établissement d'une correspondance entre les besoins du client et le service qui convient.

Satisfaction du client La satisfaction du client est une composante importante de l'ACQ (amélioration constante de la qualité) et elle est habituellement déterminée au moyen d'un examen des plaintes des clients ou de leur famille. Ces plaintes peuvent être exprimées dans le contexte d'enquêtes sur la satisfaction des clients, de conseils de résidents, de réunions de familles, etc. Les droits des clients sont également reconnus de façon officielle par les conseils de résidents ainsi que par les politiques et procédures des diverses organisations.

Incitation à adopter un processus d'amélioration de la qualité

On encourage les établissements de soins de longue durée et les foyers pour personnes âgées à établir des programmes de gestion de la qualité. Ces derniers sont passés en revue dans le cadre des évaluations de programmes courantes que font les conseils régionaux.

Comment les normes ont-elles été établies?

Le ministère de la Santé, en collaboration avec divers intervenants, a élaboré des directives générales ainsi que des normes à l'intention des foyers pour personnes âgées et des établissements de soins de longue durée. Les manuels ainsi préparés expliquent les politiques particulières se rapportant aux droits des résidents, aux niveaux de soin, à la conception des immeubles, aux politiques administratives, aux soins des résidents et aussi aux besoins nutritifs et services alimentaires, à la gestion financière, à l'administration des médicaments, aux dossiers des résidents, à l'hygiène et à la lutte contre les infections. Ces manuels font présentement l'objet d'une révision.

Comment assure-t-on le respect des normes?

Les établissements de soins de longue durée de la province doivent obtenir une accréditation auprès de la CCHFA et satisfaire aux normes qui y sont associées.

Les foyers pour personnes âgées ont récemment délaissé le processus de réglementation au profit de l'accréditation. Un manuel de transition a été préparé en 1996-1997. Les conseils régionaux ont assumé la responsabilité de le mettre en application, mais des réductions budgétaires les ont empêchés d'en couvrir tous les aspects.

Les établissements de soins de longue durée et les foyers pour personnes âgées sont aussi soumis à diverses lois, dont les suivantes :

- *la loi sur les foyers de soins spéciaux,*
- *la loi sur les hôpitaux;*
- *la loi sur les sociétés*

ainsi qu'à tout autre texte réglementaire fédéral/provincial/municipal/institutionnel applicable à leur statut d'établissement autorisé. Ces lois portent sur les licences, la prévention des incendies, la santé publique, la main-d'oeuvre, les codes de construction, l'hygiène et la manutention des aliments, les spécialistes de la santé et la charte des droits.

Le ministère de la Santé réglemente les établissements de soins de longue durée et les foyers pour personnes âgées conformément à la Loi sur la santé publique. Au moyen de décrets en conseil, le ministre de la Santé établit les niveaux et normes minimums de services pour tous les programmes appliqués par les conseils régionaux, c'est-à-dire les soins de longue durée, les foyers pour personnes âgées et les soins à domicile.

Le ministère de la Santé, avec l'aide du Centre des services gouvernementaux du ministère des Services gouvernementaux et des Terres ainsi que de divers consultants et vérificateurs spécialisés dans les soins de santé et les affaires financières, effectue avec les conseils régionaux des vérifications régulières des établissements de soins de longue durée et des foyers pour personnes âgées afin de s'assurer que ceux-ci respectent les normes et politiques administratives. Des employés professionnels passent en revue la conception des immeubles et les questions de sécurité, les soins des résidents et les services (pharmacie, services dentaires et santé mentale), l'environnement des foyers, la nutrition, les affaires financières, la dotation en personnel et l'administration / l'exploitation des foyers.

Un établissement peut perdre son statut d'établissement approuvé si l'on découvre qu'il ne respecte pas les normes de construction ou celles des programmes. On ne recommanderait pas de clients (qui passent tous par le système d'accès unique) aux établissements non approuvés ou ceux-ci ne recevraient pas d'aide financière des conseils régionaux pour le placement des clients.

Il y a certaines différences entre les régions en ce qui concerne les services, mais beaucoup d'efforts sont déployés pour combler ces écarts au moyen de divers processus consultatifs.

Les politiques, directives et normes s'appliquent aussi aux organismes de soutien à domicile placés sous la surveillance et soumis à l'orientation générale des conseils régionaux de santé communautaires et du ministère de la Santé. Les licences sont accordées, suspendues, révoquées ou renouvelées selon que les normes provinciales, telles qu'établies par le Ministre, sont respectées ou non.

À l'intérieur du programme de soutien à domicile, les responsables des diverses activités varient selon la structure organisationnelle et les mécanismes de financement utilisés. Par exemple, les conseils régionaux de santé communautaire peuvent offrir des services de soutien à domicile en assurant eux-mêmes la gestion de ces soins ou par l'entremise d'organismes dont ils ont retenu les services par contrat. Le financement des services peut provenir de sources publiques ou privées.

Exigences sur le plan des ressources humaines et niveaux de dotation

Les exigences sur le plan des ressources humaines et les niveaux de dotation sont déterminés par les conseils de soins de santé dans le cadre de leur processus budgétaire global. Les affectations sont fondées sur des normes provinciales et nationales de soins, p. ex., les exigences d'accréditation.

Dans l'ensemble, les systèmes de mesure de la charge de travail des infirmières et infirmiers n'ont pas été utilisés pour les établissements de soins de longue durée et les milieux communautaires.

Le comité provincial chargé du système de gestion de l'information concernant les soins infirmiers a récemment mis au point un modèle générique visant à mesurer la charge de travail dans les établissements de soins de longue durée. Ce modèle est actuellement mis à l'essai dans un certain nombre d'établissements.

Normes professionnelles et exigences de formation

Les normes professionnelles et les exigences de formation s'appliquant aux infirmières et infirmiers et aux infirmières et infirmiers auxiliaires sont déterminées par les associations professionnelles concernées et les organismes provinciaux chargés de l'éducation ou de la formation. Parallèlement, les travailleuses et travailleurs dispensant des soins à domicile doivent terminer avec succès un programme de formation officielle (120 heures).

Toutes les initiatives dont on a parlé ci-dessus visent à assurer des services de première qualité au meilleur prix possible. Parmi les autres initiatives liées au contrôle des coûts, on trouve notamment l'adjudication de contrats de services à des sociétés privées (services diététiques, pharmacie, entretien des immeubles, lessive) et le partage de services tels que les services de laboratoire et de radiographie ainsi que l'administration financière.

Évaluation

Les analyses de rentabilité des initiatives mentionnées dans le présent document ne sont pas encore terminées car la plupart de celles-ci en sont à leur stade initial. Toutefois, l'évaluation constitue un objectif à long terme comme l'est l'évaluation des programmes au moyen de la mise en oeuvre de techniques d'évaluation particulières.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Afin de répondre à l'initiative du groupe de travail sur les soins prolongés consistant à passer en revue les approches adoptées par divers champs de compétence à l'égard de la qualité et des prix, il est important de donner un bref aperçu du cadre dans lequel se déroulent les processus d'administration et de reddition de compte associés au système de prestation des soins de santé et des services sociaux dans les Territoires du Nord-Ouest. Il est à remarquer que le milieu politique, économique et culturel du Nord est unique et qu'il n'est pas nécessairement comparable à celui des provinces.

Contexte

À mesure que le ministère de la Santé et des Services sociaux des T. N.-O. s'éloignera de la prestation directe des services pour assumer des fonctions ministérielles (p. ex., surveillance, élaboration et évaluation des normes, législation et politiques), le travail quotidien des Conseils communautaires/ régionaux et du Ministère changera.

Afin de faciliter ce changement, un groupe de documents précisant les relations entre les Conseils et le Ministère et clarifiant le travail quotidien des deux types d'organismes ont été préparés. Dans les T.N.-O., la taille des Conseils varie : certains peuvent s'occuper d'une seule collectivité et d'autres d'une douzaine; en outre, la population que chacun dessert peut aller de quelques centaines à quelques milliers de personnes.

Documents sur les relations

- Accord de partenariat
- Accord sur les contributions
- Cadre régissant l'obligation de rendre compte

Documents connexes

- Document sur les services de base
- Résultats et normes
- Formule de répartition du financement
- Cadre de planification et d'évaluation des soins de santé et des services sociaux

Documents sur les relations

L'accord de partenariat, l'accord sur les contributions et le cadre régissant l'obligation de rendre compte sont collectivement appelés (documents sur les relations) parce qu'ils sont conçus afin de définir les relations entre les Conseils et le Ministère.

L'accord de partenariat (aussi appelé document d'intention)

- Décrit les relations entre les Conseils et le Ministère en tant que partenaires.
- Décrit les objectifs généraux des Conseils et du Ministère par rapport au système de soins de santé et de services sociaux.
- Décrit les relations entre les Conseils et le Ministère en précisant le rôle que chacun doit jouer dans le système de soins de santé et de services sociaux.
- Crée un cadre général permettant des descriptions plus détaillées de l'obligation de rendre compte (voir cadre régissant l'obligation de rendre compte) et des ententes de financement (voir accord de contribution).

L'accord de partenariat est signé une fois par les deux parties, soit les Conseils et le Ministère, et passé en revue au moins tous les trois ans. Il peut être réexaminé n'importe quand si l'une des parties le juge nécessaire.

L'accord sur les contributions

- Établit les relations financières entre le Ministère et les Conseils.
- Indique combien d'argent chaque Conseil recevra ainsi que les services que chacun dispensera.
- Définit les exigences sur le plan des rapports ainsi que les responsabilités établies par la loi au sujet du financement.

Expose les exigences relatives aux rapports financiers qui sont décrites de façon plus détaillée dans le cadre régissant l'obligation de rendre compte.

L'accord sur les contributions est le seul document de ce groupe qui est signé chaque année.

Le cadre régissant l'obligation de rendre compte

- Constitue un outil permettant aux Conseils et au Ministère de clarifier les rôles et responsabilités de chacun.
- Établit les relations entre les Conseils, le Ministère et d'autres intervenants.
- Décrit le système de soins de santé et de services sociaux dans son ensemble.
- Indique de qui relèvent certaines responsabilités particulières telles que la santé publique, le bien-être des enfants et les services correctionnels communautaires.
- Sert à lier tous les documents entre eux.

Le Cadre régissant l'obligation de rendre compte est un document ouvert et non signé; par conséquent, il peut être modifié à mesure que les rôles et responsabilités changent.

Documents connexes

Les documents connexes guident les Conseils et le Ministère dans leurs activités quotidiennes. Ils soutiennent les documents sur les relations en décrivant les responsabilités des deux types d'organisations dans les domaines de la planification, de l'élaboration et de la prestation des services dans les T. N.-O.

Le document sur les services de base

- Constitue un moyen de s'assurer que la même gamme de service est offerte partout même si le système de prestation des services est décentralisé.
- Définit les catégories des services qui doivent être offerts à tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest.
- Cerne les priorités en définissant les groupes de clients et les éléments de santé compris dans chaque service de base.
- Établit un cadre assez souple pour permettre aux Conseils d'établir des priorités fondées sur les besoins de leur population tout en protégeant l'intégrité du système et en veillant à ce que le public bénéficie de programmes et de services de qualité.
- Donne les détails de la manière dont les Conseils et le Ministère doivent rendre compte de la prestation des services de base, tel que prévu dans les documents sur les relations.

Les résultats et les normes

- Constituent un mécanisme permettant au Ministère de décider quels seront les domaines de surveillance et le niveau de cette surveillance.
- Définissent les termes, les normes et les résultats.
- Précisent les niveaux (macro, méso, micro) de normes aux fins de la catégorisation.
- Catégorisent les normes existantes.
- Établissent les résultats généraux que les Conseils et le Ministère doivent s'efforcer d'atteindre.
- Clarifient les responsabilités des Conseils et du Ministère par rapport aux normes à respecter et aux résultats communs à obtenir.

La formule de répartition du financement

- Constitue un mécanisme de financement permettant aux Conseils d'assurer la prestation des services de base au moyen d'une approche fondée sur les populations.
- Tient compte de l'âge, du sexe et de l'état de santé des populations ainsi que des écarts sur le plan des coûts d'une région à l'autre afin de répartir les fonds de façon plus équitable par rapport aux données démographiques.

Donne aux Conseils plus de latitude pour répondre aux besoins de leur population tout en reconnaissant qu'il faut offrir des services à tous les résidents des T. N.-O. dans le contexte d'une quantité déterminée de ressources.

Le cadre de planification et d'évaluation des soins de santé et des services sociaux

- Établit un processus facilitant, pour les Conseils et le Ministère, le travail de planification et d'évaluation.
- Permet aux Conseils et au Ministère d'établir un processus d'évaluation de l'efficacité des programmes et services offerts.
- Constitue un mécanisme dont peuvent se servir les intervenants pour suggérer le type et le niveau des services à offrir à la population.
- Établit un cadre à partir duquel informer le public sur les services offerts et les changements de l'état de santé qui se produisent d'une année à l'autre.
- Définit les exigences d'un plan de soins de santé et de services sociaux, et établit un cadre permettant d'évaluer dans quelle mesure les programmes ont répondu aux besoins de la population.
- Réunit les éléments financement, services de base et résultats en un processus qui aide les Conseils à préparer leur modèle de prestation des services.

Contexte

Pour chacun des domaines de services (soins de longue durée - établissements de soins prolongés et foyers pour personnes âgées - et soins à domicile) la responsabilité des décisions sur la détermination de la qualité et des prix est déléguée aux Conseils. Ces derniers doivent à leur tour veiller à ce que les normes de qualité soient respectées et évaluées et à ce que les critères de prix ne dépassent pas le financement global accordé par le Ministère. Ils doivent donc déterminer, en tenant compte des fonds qui leur ont été affectés et des besoins particuliers de leur population, quelles sont les priorités sur le plan de la prestation des services et du choix des services. Le Ministère peut alors, à l'aide des documents mentionnés plus haut, veiller à ce que les objectifs généraux, les responsabilités financières, les exigences de préparation de rapports et celles qui découlent de la loi, les rôles et responsabilités et les critères de reddition de compte soient définis, mesurés et surveillés.

Aux fins de la discussion des domaines de services susmentionnés, tous les domaines seront traités ensemble à moins que des critères uniques ou externes ne s'appliquent. Cela est conforme au plan d'action du Ministère concernant la réforme des soins de longue durée (SLD) dans les T. N.-O. entreprise dans le cadre du projet de réforme des établissements de soins de santé. La portée de ce projet est définie par les critères suivants :

- a) Passer en revue les objectifs et le but des services de SLD.
- b) Décrire les services de SLD dans les T. N.-O., y compris les profils de groupes de clients, et l'information sur l'utilisation et les dépenses.
- c) Établir le groupe de services de SLD qui convient le mieux aux T. N.-O.
- d) Cerner les répercussions potentielles de la réforme des SLD sur les services rendus par les hôpitaux et les foyers pour enfants dans ce domaine.
- e) Élaborer des normes pour la préparation des rapports sur les services et les établissements.
- f) Établir des niveaux cibles pour les services et les établissements qui les dispensent.

- g) Élaborer et mettre en oeuvre une approche d'unification des points d'admissibilité aux programmes et services de SLD.
- h) Élaborer et mettre en application des plans de révision des profils des établissements de SLD.
- i) Relier les récents efforts de rapatriement à la réforme des SLD.

Qualité des services:

Dans les Territoires, il existe déjà un certain nombre de mécanismes et processus servant d'indicateurs de la qualité. Une brève explication du système informel sera donné ici et sera suivi de détails additionnels sur les processus établis au sein du Ministère.

La population des T. N.-O étant peu élevée, les individus ont plus de recours pour soumettre leurs plaintes à divers niveaux. La politique du Ministère sur les plaintes prévoit que le premier recours se situe au niveau de l'établissement ou du programme, ensuite à celui du Conseil et enfin à celui du Ministère. Or, la culture du Nord est telle que les particuliers ont tendance à considérer que leur député leur appartient et ainsi, ils lui communiquent souvent directement leur mécontentement à l'égard des services et par conséquent se font entendre du Ministère par l'entremise du ministre concerné. Cette forme de gouvernement par consensus force le Ministère à prendre part aux discussions qui s'ensuivent pour régler les problèmes exprimés et lui donne l'occasion de se pencher plus régulièrement sur les décisions prises que ce n'est le cas dans d'autres champs de compétences provinciaux plus vastes.

Bien qu'il n'existe pas de modèles de pratiques exemplaires dans les T. N.-O, la fonction de ces modèles y est adéquatement exercée. Les Conseils se chargent de l'assurance de la qualité au moyen de mécanismes tels que des enquêtes sur la satisfaction des clients et de programmes d'amélioration constante de la qualité et de gestion des risques.

Quelles sont les normes?

Les Conseils étant responsables de la prestation des services et tenus de rendre compte des résultats, ils doivent veiller à ce que des normes de qualité pertinentes soient élaborées, mises en application et évaluées. Toutefois, étant donné que les relations entre le Ministère, les Conseils et les organismes communautaires/de prestation des services viennent d'être formées, le Ministère est présentement en voie d'élaborer des normes pour chaque domaine. Ces normes sont fondées sur un modèle qui comprend les éléments généraux suivants:

- Définition des termes
- Organisation des établissements/programmes
- Prestation des services
- Soutien à la clientèle
- Gestion des ressources humaines
- Gestion des ressources financières
- Gestion des ressources d'information
- Gestion des ressources physiques
- Exploitation des programmes
- Tout autre domaine qui pourrait être particulier à un programme/établissement donné.

Comment les normes sont-elles établies?

Le processus d'établissement des normes comporte généralement les étapes suivantes :

- Préparation d'une ébauche par le Ministère fondée sur un modèle utilisé par le groupe de réforme des établissements de soins de santé pour l'élaboration des normes.
- Consultations entre les employés du Ministère travaillant dans les domaines où s'appliqueront les normes en voie d'être établies, p. ex., bien-être des enfants, services d'information, services financiers, etc.

- Consultations avec ceux qui participent à la prestation directe des services, ou à la gestion des établissements ou des programmes.
- Préparation d'une deuxième ébauche fondée sur les points de vue des intervenants consultés.
- Dernier examen de l'ébauche finale par les intervenants concernés.
- Diffusion et mise en application des normes.

Résultats et normes (surveillance/évaluation/élaboration permanente de normes)

Le groupe de travail sur les résultats et normes a été établi afin d'aider le Ministère à déterminer les principaux éléments que l'on doit surveiller (par rapport aux points de repère que sont les normes qui s'y rattachent) si l'on veut atteindre les objectifs visés et obtenir les résultats escomptés.

À mesure que le Ministère assumera son nouveau rôle, ses activités porteront de plus en plus sur la surveillance et l'évaluation de la santé et du bien-être de la population des T. N.-O. ainsi que sur la manière dont le système de soins de santé et de services sociaux (p. ex., programmes/services, fournisseurs de services, etc.) répond aux besoins de la population.

Afin de faciliter le passage à ce rôle ministériel, on a décidé de préparer un document qui serait utile à la fois pour le Ministère et les agents de prestation de services tels que les conseils de santé et de services sociaux. Il expliquera les raisons du niveau de participation des divers intervenants (p. ex., qui devrait participer et pourquoi) à la préparation, l'examen ou la surveillance des diverses normes. Un tel document établira aussi le contexte nécessaire pour cerner les principaux domaines de travail (normes et politiques connexes) ainsi que les prochaines étapes à franchir.

L'objet d'un document sur les normes est d'établir le contexte dans lequel s'effectuera tout le travail actuel et futur du Ministère à ce sujet et aussi d'aider à définir avec encore plus de précision le rôle du Ministère en matière de surveillance et d'évaluation. En outre, ce document précisera comment les normes sont liées aux résultats généraux que le Ministère veut atteindre et comment elles les soutiennent.

Exigences de préparation de rapports/indicateurs de santé

Le Ministère a établi des exigences minimales au sujet de la préparation de rapports dans le domaine des services de soins de longue durée. Ces rapports sont liés au taux d'occupation et sont distincts des rapports financiers qui découlent de l'accord sur les contributions et du cadre régissant l'obligation de rendre compte. Grâce aux rapports ainsi préparés et aussi aux banques de données, le Ministère peut se tenir au courant de ce que font les Conseils ainsi que des résultats de leurs pratiques.

Les exigences liées aux rapports financiers permettent au Ministère non seulement de tenir les Conseils responsables de leurs décisions financières, mais aussi de s'assurer que ces décisions ont une incidence positive sur la santé de la population, et ce, en évaluant l'état de santé général et en comparant les résultats à la gamme des services qui doivent être rendus, telle que prévue dans le document sur les services de base.

Les données sur les habitudes de migration de la population et sur les admissions dans les établissements de santé dans une région donnée comparées aux services offerts constituent un bon indicateur des lacunes ou des inefficacités sur le plan des services.

Profils communautaires

Les régions et collectivités préparent des profils de leurs principaux groupes de clients et précisent les besoins particuliers et la taille approximative de ces groupes ainsi que l'endroit où ils vivent. Ces profils permettent de s'adapter à l'évolution des besoins et donnent un moyen de justifier une substitution pertinente rendant les services plus efficaces. Dans l'immédiat, cela peut sembler plus coûteux, mais il en découle des avantages économiques à long terme.

Prix des services :

Données sur l'utilisation

Le Ministère, et maintenant les Conseils également, examinent les données sur l'utilisation et les dépenses ainsi que les zones de recrutement des établissements offrant des services de SLD. Ce processus aide à examiner la façon dont les programmes, les services et les établissements sont financés.

Dans le cadre du projet de réforme des établissements de soins de santé, l'objectif visant à caractériser les services (type et coûts) offerts aux clients des T.N.-O. en dehors des Territoires et à déterminer si ces services servent de complément à ceux qui sont offerts à l'intérieur de ceux-ci et, dans l'affirmative, de quelle manière, aide à empêcher la fuite de l'argent. Cela permet aussi aux Territoires d'acquérir les compétences requises pour aider de tels groupes de clients, ce qui influe sur la qualité des services en créant une clientèle de base assez importante pour favoriser/améliorer les compétences professionnelles.

Redéfinition des profils des établissements

La redéfinition des profils des établissements qu'effectue le Ministère est fondée sur des critères qui tiennent compte à la fois des coûts et de la qualité. La masse critique requise pour l'acquisition des compétences ainsi que le coût de l'entretien de l'infrastructure sont parmi les critères examinés pour décider si l'on doit continuer à exploiter certains établissements. On examine présentement les établissements ayant moins de dix lits afin de déterminer si les niveaux d'occupation justifient les coûts de fonctionnement et d'entretien des immeubles et fournissent un nombre de cas suffisant pour que l'établissement réponde au besoin pour lequel il a été établi, d'une part, et pour que les compétences professionnelles y soient maintenues, d'autre part.

Réalités du Nord

Dans les T.N.-O., la politique «achetons dans le Nord» que préconise le gouvernement ne se traduit pas nécessairement par des achats de services moins coûteux, mais reflète certaines réalités et permet d'atteindre d'autres objectifs nécessaires. Les possibilités de concurrence et les compétences que cela comporte ne sont pas aussi nombreuses dans les T.N.-O. qu'elles ne le seraient dans les provinces. Il en résulte qu'il est nécessaire non seulement de développer les ressources et les compétences dans le Nord, mais aussi d'appuyer ces ressources dans un milieu très exigeant où il faut engager plus de dépenses en raison des variations saisonnières et des limites sur le plan de l'accès qui jouent sur le transport, les services publics et les coûts de fonctionnement. Par conséquent, les coûts initiaux sont plus élevés à court terme, mais à long terme, le développement de ces ressources permet aux T.N.-O. d'établir une source durable de compétences et de ressources familière avec la culture et le milieu uniques du Nord.

Conclusion

Au moyen des documents sur les relations et des documents connexes, le Ministère tente de redéfinir comment établir les priorités en matière de développement et de répartition des ressources dans les T.N.-O. L'objet consiste à donner aux conseils régionaux et communautaires la possibilité de faire preuve de souplesse et d'innovation dans la manière de dispenser les services à la population. Le financement global, qui sera d'abord fondé sur les dépenses antérieures, permettra aux Conseils d'adapter les services et programmes aux besoins uniques des collectivités qu'ils connaissent le plus.

En plus de se charger des critères de répartition des fonds et de reddition de compte, les Conseils devront aussi déterminer les coûts et la qualité des services. Bien que le Ministère continue à surveiller et à évaluer les résultats en ce qui concerne l'amélioration de la santé, les Conseils sont libres d'établir les modèles de prestation des services. Bien que ce processus soit déjà entamé, les Conseils et le Ministère doivent quand même en arriver à une entente avant de signer les documents. Que ces documents soient acceptés ou non, le travail accompli demeure et d'autres facteurs externes peuvent encore entrer en ligne de compte. La division des Territoires prévue en 1999 et devant former l'Arctique de l'Ouest et le Nunavut pourrait influencer de façon imprévue sur la détermination des prix et de la qualité.

NOUVELLE - ÉCOSSE

Le programme de soins à domicile de la Nouvelle-Écosse utilise un certain nombre de moyens pour assurer la meilleure qualité de service qui soit au plus bas prix possible.

Le programme est doté d'une coordinatrice ou d'un coordinateur de la gestion suivie de la qualité (GSQ), dont la fonction première consiste à voir à ce que les soins à domicile soient offerts équitablement et efficacement partout dans la province.

La coordinatrice ou le coordinateur de la GSQ ainsi que les représentants des quatre régions sanitaires, le personnel des politiques et de la planification du programme et les fournisseurs de services de tous les secteurs ont formé une équipe provinciale de gestion de la qualité investie des responsabilités suivantes :

- Déterminer les indicateurs des grandes fonctions du programme
- Déterminer les critères mesurables à adopter pour contrôler chaque fonction ainsi que la fréquence de ces contrôles
- Mettre au point la méthode d'amélioration du rendement dans les domaines où il y a des lacunes
- Mettre au point des méthodes permettant de reconnaître les individus et les domaines pour lesquels les attentes de rendement sont dépassées
- Mettre sur pied des comités régionaux de la GSQ
- Mener les activités de gestion des risques du programme.
- La tâche première que l'équipe se propose d'accomplir dans l'année qui vient consiste à élaborer des indicateurs provinciaux et régionaux ainsi que des indicateurs des résultats.
- Chaque région sanitaire a sa propre équipe régionale de gestion de la qualité chargée de suivre et de régler les problèmes de gestion de la qualité à partir de la région. En outre, chaque organisme fournissant des soins à domicile à des clients est tenu de former sa propre équipe de gestion de la qualité. Il y a un cycle d'établissement de rapports ainsi qu'un procédé selon lequel la coordinatrice ou le coordinateur de la qualité de chaque organisme est tenu de rendre compte des activités de son groupe à l'équipe régionale de gestion de la qualité qui, à son tour, rend compte de ses activités à l'équipe provinciale. Les rapports sommaires de l'équipe provinciale sont ensuite distribués aux régions et aux organismes.

Quelles sont les normes établies?

Les normes ont pour but de décrire les attentes auxquelles un organisme doit répondre pour se conformer aux exigences du programme de soins à domicile de la Nouvelle-Écosse. Ces normes sont complètes et touchent à divers domaines, notamment les qualifications du personnel, les ressources humaines, la gestion de la qualité / l'amélioration continue de la qualité et les finances.

Comment les normes ont-elles été élaborées ?

Les normes du programme sont décrites dans le document intitulé *Standards for Quality Services Delivered to Home Care Nova Scotia Clients*. Élaborées en 1996, ces normes s'inspirent de normes semblables qui existent dans d'autres provinces. La première édition du document a été rédigée à la suite de vastes consultations auprès de tous les utilisateurs et fournisseurs de soins à domiciles, y compris

- les infirmières et infirmiers autorisés
- les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés
- les aides à domicile
- le programme de soins à domicile de la Nouvelle-Écosse (superviseurs et personnel)
- les directeurs régionaux de soins à domicile

Une deuxième édition a été publiée, qui tenait compte cette fois des commentaires des participants à la première édition ainsi que d'une vaste participation de tous les organismes (de soins de santé et de soutien à domicile) qui ont reçu le document et qui sont soumis aux normes établies. Une troisième édition du document renfermera les changements recommandés par ces groupes ainsi que les nombreux commentaires des vérificateurs chargés de visiter les organismes de soins pour vérifier la conformité aux normes. Ce nouveau document renfermera de nouvelles normes (p. ex. en ce qui concerne la formation de partenariats et la gestion des ressources) et de nouveaux groupes de normes (administration, dotation en personnel, éducation et formation, politiques et méthodes, prestation des services, partenariats et gestion de la qualité).

Comment la conformité aux normes est-elle contrôlée/mise en application ?

Un processus de vérification de la conformité aux normes a été mis au point. Ce processus s'inspire des procédés provinciaux de délivrance de permis aux établissements de soins de longue durée et du procédé national d'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Présentement, près de 90 % de tous les fournisseurs de services ont été soumis à une vérification, et les résultats sont très favorables. Une vérification de la conformité aux normes a lieu à peu près tous les six mois (la vérification porte chaque fois sur la moitié des normes). La conformité douteuse ou la non-conformité à une norme peut faire l'objet d'une vérification en tout temps, au gré du vérificateur ou du programme.

Meilleur prix

Les politiques du programme stipulent que les soins doivent toujours être fournis par le fournisseur de services dont le niveau de qualification est le plus bas. Cela signifie que les soins ne doivent pas être donnés par une infirmière autorisée s'ils peuvent être donnés par une infirmière auxiliaire autorisée. De la même façon, certaines activités ne doivent pas être accomplies par une infirmière auxiliaire autorisée si elles peuvent l'être par une aide à domicile. À cet égard, le manuel des politiques du programme (actuellement en cours de révision) renferme une liste des tâches approuvées. Cette liste décrit toutes les tâches qui s'inscrivent dans la prestation de soins à domicile, depuis les activités de soins personnels jusqu'aux fonctions complexes de soins infirmiers, et indique quels fournisseurs de soins peuvent exécuter ces tâches. Un examen régulier de la charge professionnelle de chaque vérificateur détermine si les services sont offerts par le fournisseur de service dont le niveau de qualification est le plus bas. Par exemple, le cas d'un client ayant un pansement sera soumis à une évaluation pour déterminer si le pansement doit continuer d'être changé par une infirmière autorisée ou si une infirmière auxiliaire autorisée peut accomplir cette tâche.

La satisfaction des clients a été mesurée peu après le début du programme. Équipe provinciale de gestion de la qualité a également entrepris l'élaboration d'un sondage sur la conformité aux normes à l'intention des clients et des fournisseurs de services.

Soins de longue durée (Foyers de soins infirmiers et foyers pour personnes âgées)

Qualité

Quelles sont les normes établies ?

Il y a des normes professionnelles (par exemple, il doit y avoir une infirmière autorisée en fonction dans chaque foyer 24 heures par jour). Bien qu'il n'y ait aucune exigence particulière relative à la formation, le ministère favorise la mise sur pied d'un comité consultatif des aides pour les soins personnels qui assure la formation de ces aides dans les foyers de soins infirmiers. Cette formation a une « portée pratique » clairement définie. Le ministère appuie la prestation d'un programme d'éducation sur la maladie d'Alzheimer et d'autres démences connexes ; un tel programme est actuellement offert dans la

province à l'intention du personnel des établissements. Il existe des exigences relatives aux ressources humaines concernant, par exemple, le nombre minimum d'employés pour la prestation des soins directs. Les normes relatives à la dotation en personnel sont actuellement en cours de révision.

Le ministère approuve le budget et les taux quotidiens de chaque établissement tous les ans. Chaque établissement doit présenter un budget annuel et des états financiers vérifiés. Chaque année, le ministère vérifie le fonds d'allocation pour usages personnels d'un certain nombre d'établissements.

Les établissements sont soumis à des exigences relatives à la fonction organisationnelle et de gestion.

L'inspection annuelle et le procédé de délivrance de permis s'attachent à un certain nombre de points. Bien qu'aucun indicateur officiel des résultats ne soit établi pour le moment, de tels indicateurs seront établis à l'avenir, à mesure que la fonction d'inspection mûrira.

Aucun processus formel d'amélioration de la qualité n'existe, mais beaucoup de foyers ont le leur et procèdent actuellement à l'établissement d'indicateurs des résultats. Une vingtaine des soixante-neuf établissements de soins de longue durée sont agréés.

Comment les normes ont-elles été élaborées ?

La loi sur les foyers de soins spéciaux et les règlements afférents (Homes for Special Care Act and Regulations) établissent le cadre général dans lequel s'inscrivent les normes applicables aux foyers de soins de santé et aux foyers pour personnes âgées. Le programme comporte également d'autres politiques et directives. Avant le 1^{er} avril 1993, le programme relevait du ministère des Services communautaires.

Comment la conformité aux normes est-elle contrôlée/mise en application ?

Le ministère règle les plaintes portées, par exemple, par les membres de la famille des clients lorsque ces plaintes ne peuvent pas être réglées par l'établissement concerné.

Le processus clé permettant d'assurer la conformité aux normes est l'inspection et la délivrance de permis effectuées chaque année par le ministère de la Santé.

Si les établissements n'adhèrent pas aux normes, ils risquent de perdre leur permis. Le ministère travaille cependant avec eux pour combler leurs lacunes.

Evaluation de la qualité

Depuis l'automne 1996, la fonction d'inspection et de délivrance de permis relève du ministère de la Santé. On travaille présentement à l'amélioration des activités de contrôle de la qualité du ministère.

Meilleur prix

Comme il est mentionné plus haut, le budget de chaque établissement est examiné chaque année. Le budget et les taux quotidiens de chaque établissement sont également approuvés par le ministère de la Santé. Les taux quotidiens de la Nouvelle-Écosse sont parmi les plus bas au Canada (92 \$ en moyenne). Le budget de soins de longue durée a augmenté légèrement au cours des trois dernières années. Les budgets des établissements ont été accrus pour répondre aux tensions les plus urgentes sur les coûts. La majeure partie des nouveaux fonds ont été accordés au commissaire des incendies et à la dotation en personnel pour les soins directs. Étant donné les installations physiques et la nécessité de procéder à une révision complète des programmes dans les foyers de soins de santé et les foyers pour personnes âgées en Nouvelle-Écosse, on prévoit que des fonds supplémentaires seront nécessaires pour assurer la prestation d'un programme de qualité dans les années à venir. Les méthodes actuelles d'établissement des budgets et de responsabilité comptable seront révisées.

Il convient de souligner que le ministère de la Santé et le ministère des Services communautaires examinent actuellement le concept de l'évaluation à partir d'un seul point d'accès à une gamme de services de soins de longue durée. Cette approche offre, entre autres avantages, la meilleure possibilité qui soit d'assurer le remplacement des services les moins coûteux à l'intérieur des programmes de soins de longue durée. À mesure que les rajustements méthodologiques apportés aux programmes et aux budgets et l'évaluation à partir d'un seul point d'accès aux services évolueront, l'accent sera vraisemblablement mis de plus en plus sur une évaluation formelle.

ONTARIO

En Ontario, les soins de longue durée font intervenir près de 1 700 organismes responsables de la prestation des services communautaires et en établissement aux personnes âgées, aux adultes ayant un handicap et aux personnes qui ont besoin de soins de santé à domicile. La première partie du présent document traite des établissements de soins de longue durée (qui sont au nombre d'environ 500); la seconde partie porte sur les organismes de services communautaires (environ 1 200), et notamment sur les 43 organismes d'accès auxquels s'adressent les personnes qui ont besoin, par exemple, de services de soins infirmiers ou d'aides familiales.

Les soins de longue durée sont destinés aux personnes qui ont besoin d'aide pour leurs activités quotidiennes, que ce soit à domicile ou en établissement.

Les établissements de soins de longue durée sont les maisons de soins infirmiers et les foyers pour personnes âgées, c'est-à-dire des établissements financés par le gouvernement provincial.

Le gouvernement reconnaît depuis un certain temps qu'il faut modifier le système de soins de longue durée en raison de différents facteurs :

- l'évolution des besoins de la population en matière de soins de santé;
- le vieillissement de la population;
- les attentes du public, qui réclame des services de qualité offerts de la façon la plus efficace possible;
- le coût élevé des soins en établissement.

Veiller à la prestation de soins de qualité dans les établissements de soins de longue durée

Introduction

En Ontario, la qualité des soins et services dispensés en établissement est surveillée et évaluée depuis plus de vingt ans. Autrefois très serré et assorti de sanctions, le processus de surveillance est désormais axé sur la collaboration et la consultation.

Des représentantes et représentants des établissements et d'autres parties intéressées ont participé activement à l'élaboration de normes et de lignes directrices, de sorte qu'ils pourront s'engager à leur égard. Les vérifications courantes de l'observation des mesures législatives a été séparée des activités d'application; on a donc pu conclure un partenariat constructif avec la plupart des établissements. Par contre, dans le cas des établissements qui présentent des problèmes d'observation, un programme uniforme, objectif et ciblé d'application des mesures législatives a abouti à des résultats positifs ou à l'imposition de sanctions.

L'Ontario compte 56 607 lits dans 496 (493??) établissements (325 maisons de soins infirmiers, 99 foyers pour personnes âgées relevant des municipalités et 69 foyers pour personnes âgées relevant d'organismes de bienfaisance).

Comme tous ces établissements servent la même population de résidentes et de résidents, l'une des premières étapes de la réforme du système de soins de longue durée a été de confier au ministère de la Santé les programmes touchant les maisons de soins infirmiers et les foyers pour personnes âgées.

Le ministère de la Santé est désormais responsable de l'administration d'un programme de soins de longue durée en établissement pour ces deux secteurs.

Les établissements de longue durée sont financés par le gouvernement provincial; en retour, ils offrent aux résidentes et résidents des soins, des programmes et des services répondant aux normes établies par le gouvernement.

Que sont les normes provinciales?

Les normes provinciales se divisent en deux grandes catégories : les normes opérationnelles et les normes structurelles.

Ces normes sont contenues dans les lois touchant les établissements de soins de longue durée (qui sont au nombre de trois) ainsi que dans le guide sur le programme des établissements de soins de longue durée. La Commission de réduction des formalités administratives propose d'intégrer ces trois lois en une seule.

Les établissements de soins de longue durée sont tenus de se conformer aux dispositions de la loi qui les concerne (selon qu'il s'agit d'une maison de soins infirmiers, d'un foyer pour personnes âgées relevant d'une municipalité ou d'un foyer pour personnes âgées relevant d'un organisme de bienfaisance).

En vertu de l'entente de services, les établissements doivent prendre des mesures raisonnables pour observer les normes établies dans le guide sur le programme des établissements de soins de longue durée.

Comment les normes ont-elles été élaborées?

Des représentantes et représentants des établissements et d'autres parties intéressées ont participé activement à l'élaboration de normes et de lignes directrices, de sorte qu'ils pourront s'engager à leur égard.

Le Comité d'étude des normes régissant les programmes des établissements de soins de longue durée

Objet

Le Comité d'étude des normes régissant les programmes des établissements de soins de longue durée est chargé d'étudier les normes, critères, procédures et protocoles contenus dans le guide sur le programme des établissements de soins de longue durée qui ont une incidence sur la prestation ou l'exécution des soins, programmes et services aux résidentes et résidents. Il a notamment pour rôle d'éclaircir, d'interpréter et d'appliquer les normes dans les établissements de soins de longue durée. Le Comité se compose de représentantes et représentants de la Division des soins de longue durée et d'associations provinciales de fournisseurs de services, délégués par des établissements à but lucratif ou non lucratif

Les principales fonctions du Comité sont les suivantes :

- Élaborer de nouvelles normes et de nouveaux critères pour le guide sur le programme des établissements de soins de longue durée;
- Revoir les normes et critères actuels du guide;
- Examiner les méthodes actuelles quant à la responsabilisation;
- Servir de tribune où les associations de fournisseurs et la Division des soins de longue durée échangeront des idées sur le nouveau processus de surveillance et d'examen des établissements de soins de longue durée établi dans le guide;
- Élaborer des recommandations en vue de promouvoir une méthode d'observation du guide fondée sur les résultats.

Le comité consultatif concernant le guide sur le programme des établissements de soins de longue durée

Objet

Le comité consultatif concernant le guide sur le programme des établissements de soins de longue durée (*Long-Term Care Facility Manual Advisory Support Group*) est chargé d'examiner les changements ou ajouts proposés aux normes énoncées dans le guide sur le programme des établissements de soins de longue durée.

Ce comité recevra les observations de tous les intéressés (syndicats et associations de fournisseurs de services et de consommateurs) au sujet du guide.

Mandat

1. Mener des consultations et des discussions concernant le guide sur le programme des établissements de soins de longue durée avec la participation des organismes de consommateurs et de fournisseurs de services ainsi que des syndicats qui participent à la prestation de soins de longue durée en établissement.
2. Examiner le guide et commenter les changements proposés.
3. Au besoin, constituer des sous-comités pour réviser, modifier ou élaborer des normes destinées aux établissements de soins de longue durée.
4. Au besoin, et à la demande de la Division de soins de longue durée, formuler des observations au ministère sur les modifications proposées aux politiques touchant le guide qui pourraient avoir une incidence sur les organismes intéressés.

Comment assure-t-on l'observation et l'application des mesures de sécurité des résidentes et résidents et des normes de qualité des soins?

Pour protéger les résidentes et résidents et garantir la qualité des services, les textes de loi qui régissent les établissements de soins de longue durée prévoient:

- l'affectation d'inspectrices et inspecteurs du ministère, qui surveillent l'application des normes de soins, font enquête sur les plaintes et imposent des sanctions s'il y a lieu;
- des mesures de protection des résidentes et résidents, et notamment une Déclaration des droits des résidents, pour assurer la prestation de soins de qualité;
- des exigences concernant les programmes de gestion de la qualité des établissements.

En vertu de la loi, les établissements de soins de longue durée doivent conclure avec le ministère une entente de services qui établit les attentes opérationnelles et un budget. Les établissements doivent observer la loi, les règlements et les normes énoncées dans le guide sur le programme des établissements.

Au moins une fois par année, des conseillères-inspectrices ou conseillers-inspecteurs de la Division des soins de longue durée, qui sont des infirmières et infirmiers autorisés, effectuent un examen approfondi des soins prodigués aux résidentes et résidents ainsi que des programmes et services de tous les établissements de soins de longue durée. Si cet examen révèle l'inobservation des normes de soins établies par le ministère, l'établissement concerné reçoit un avis écrit l'enjoignant de prendre des mesures correctives. Un suivi périodique permet de vérifier les mesures prises.

Toutes les plaintes reçues font l'objet d'une enquête, qui permet de vérifier la situation de l'établissement. Le personnel de la Division des soins de longue durée s'occupe immédiatement des plaintes graves.

Lorsqu'un établissement ne répond pas aux exigences prévues dans la loi, les règlements ou les politiques en vigueur, le ministère peut prendre diverses mesures pour le forcer à rectifier la situation et à améliorer ses services. Il peut notamment imposer des sanctions prévues par la loi si l'inobservation persiste.

Ces sanctions peuvent comprendre le retrait du financement prévu dans l'entente de services, l'arrêt des admissions, la mise en tutelle de l'établissement, la révocation du permis et des poursuites judiciaires.

Ces sanctions ne s'appliquent pas à tous les types d'établissements (maisons de soins infirmiers, foyers pour personnes âgées relevant d'un organisme de bienfaisance ou d'une municipalité). Le ministère cherche actuellement à combler cette lacune.

Le rôle des conseillères-inspectrices et conseillers-inspecteurs et d'autres fonctionnaires

Les tâches des conseillères-inspectrices et conseillers-inspecteurs comprennent ce qui suit :

- Faire un examen annuel complet des soins, programmes et services offerts dans chaque établissement (ce processus nécessite de trois à cinq jours);
- Faire des visites de suivi pour vérifier que des mesures ont été prises en vue de combler les lacunes relevées lors de l'examen annuel, le cas échéant;
- Exercer une étroite surveillance des établissements non conformes ou qui soulèvent des inquiétudes;
- Fournir des conseils aux établissements pour les aider à observer les exigences;
- Servir d'intermédiaire auprès du personnel de l'établissement, des résidentes et résidents et de leurs familles;
- Faire enquête sur les plaintes et prendre les mesures de suivi nécessaires;
- Rédiger des rapports publics;
- Organiser des assemblées publiques, s'il y a lieu;
- Recommander que le dossier des établissements qui n'obtiennent pas les résultats escomptés soit confié à l'Unité de l'application des mesures législatives.

Le rôle des autres fonctionnaires

Outre les conseillères-inspectrices et conseillers-inspecteurs, les fonctionnaires suivants contrôlent la qualité des soins :

Les agentes et agents d'application des mesures législatives visitent les établissements à la demande des conseillères-inspectrices ou conseillers-inspecteurs ou des cadres supérieurs. Ces fonctionnaires font des inspections préalables à la délivrance du permis ou à la vente, enquêtent sur des plaintes graves ou s'occupent de situations particulières qui pourraient mettre en péril la santé et la sécurité des résidentes et résidents (p. ex., des rénovations). Les établissements où des problèmes ont été relevés font l'objet d'un examen plus serré, qui pourrait aboutir à des mesures telles que la suspension des admissions ou des poursuites judiciaires.

Les coordonnatrices et coordonnateurs de la planification examinent les plans des édifices à construire pour vérifier leur conformité aux normes établies par la loi.

Les consultantes et consultants spécialisés en soins alimentaires, en soins médicaux, en finance, en hygiène du milieu et en soins infirmiers mettent à profit leur expertise auprès du personnel des établissements et du gouvernement..

Enquêtes sur les plaintes

Objet

- Permettre au public de soulever des questions et de faire part de ses préoccupations concernant le fonctionnement des établissements de soins de longue durée.
- Déterminer le bien-fondé des plaintes et, le cas échéant, s'il y a inobservation des normes provinciales.
- Établir les mesures correctives à prendre en consultation avec l'établissement concerné, s'il y a lieu.

Traitement des plaintes

- En règle générale, l'établissement n'est pas informé de la tenue d'une enquête (qui peut entrer dans le cadre d'un autre examen).
- Toutes les plaintes font l'objet d'une enquête, quelle qu'en soit la source, même si elles sont anonymes.
- Le nom des plaignantes et plaignants n'est pas divulgué.

Comment le système de classification des résidentes et résidents permet-il d'obtenir le meilleur prix possible pour les services en établissement?

Vue d'ensemble du financement

La formule de financement des soins de longue durée comprend les trois enveloppes suivantes :

Soins infirmiers et personnels

La formule de financement des établissements de soins de longue durée est fondée sur les besoins. Un système de classification selon le niveau de soins est employé pour calculer le financement nécessaire afin de fournir aux résidentes et résidents d'un établissement les soins infirmiers et personnels dont elles et ils ont besoin. L'Ontario utilise le système de classification élaboré par le gouvernement de l'Alberta. Le montant établi par jour repose sur les besoins de l'établissement que mesure chaque année le gouvernement provincial (ainsi, le financement pour les soins infirmiers et personnels repose sur le niveau de soins dont les résidentes et résidents ont besoin).

Les sommes versées servent à rémunérer le personnel responsable des soins infirmiers et personnels (infirmières autorisées, directrice ou directeur des soins, infirmières auxiliaires autorisées, aides soignantes et secrétaires-réceptionnistes) et à acheter le matériel et les fournitures de soins infirmiers.

Les établissements doivent faire état de leurs dépenses, faute de quoi le gouvernement peut leur retirer leur financement.

Programmes

Le ministère verse un financement fixe, qui doit servir à rémunérer le personnel responsable des programmes et des services de soutien aux résidentes et résidents (p. ex., physiothérapie, animation, travail social) et à acheter le matériel et les fournitures nécessaires. Les établissements doivent également justifier leurs dépenses à ce titre pour conserver leur financement.

Locaux

Cette enveloppe comprend la rémunération du personnel administratif (y compris l'administratrice ou l'administrateur) et du personnel des services d'hygiène. Elle finance également l'entretien des édifices ainsi que l'achat de meubles et de fournitures de nettoyage.

Une somme de 4,38 \$ par jour est versée pour les frais alimentaires; elle doit être remboursée au gouvernement si elle n'est pas dépensée.

L'établissement peut conserver les autres sommes provenant de cette enveloppe qu'il n'a pas dépensées, dans la mesure où il répond aux normes de qualité.

Recrutement, formation et collecte de données

Pour effectuer la classification, on fait appel à des infirmières ou infirmiers autorisés qui ont de l'expérience dans les soins de longue durée, à qui l'on donne une formation spéciale. Ces infirmières et infirmiers recueillent des renseignements et remplissent le formulaire Ontario Resident Classification Form (RCF), un questionnaire qui comprend les huit indicateurs de différences quant aux soins.

Les responsables de la classification recueillent des données provenant des documents que détiennent les établissements sur chaque résidente et résident. Les plans de soins sont appuyés par la tenue des dossiers médicaux et des sommaires trimestriels. Lorsque la documentation contient des renseignements vagues ou incomplets, les responsables font appel au personnel de l'établissement chargé des soins aux résidentes et résidents.

Rendement des responsables de la classification

Le rendement des responsables de la classification est établi au moyen de tests de préparation du formulaire. Les infirmières et infirmiers autorisés doivent obtenir une note de 90 p. 100 pendant la formation et une fois affectés à la classification.

Vérifications

À la suite de la classification de 1996, des vérifications et des appels ont été prévus pour mieux garantir l'exactitude des dossiers des établissements ainsi que de la collecte de données par les responsables de la classification. Les vérificatrices et vérificateurs ont déterminé à nouveau le classement d'un échantillon de résidentes et résidents établi lors de la classification annuelle, et ont observé les soins qui leur étaient prodigués. Une comparaison de la classification annuelle et de la classification vérifiée a ensuite été effectuée. Au total, 25 appels ont été interjetés, mais il n'y avait pas de lacune assez importante pour justifier une modification du financement.

Analyse des résultats obtenus dans les établissements et à l'échelle de la province

À partir de toutes les données portant sur les plus de 55 000 résidentes et résidents des établissements de soins de longue durée de la province, un système informatique établit les renseignements suivants :

Renseignements sur les résidentes et résidents fondés sur la classification

Les résidentes et résidents se voient attribuer un niveau de soins d'après leur niveau de dépendance ou les différences entre les huit indicateurs.

La combinaison des indicateurs de soins détermine le classement de chaque résidente ou résident : A et B représentent des soins légers; C, D et E, des soins moyens; F et G, des soins assidus.

Renseignements sur chaque établissement et sur l'ensemble du réseau des établissements fondés sur la classification

Une fois que les résidentes et résidents d'un établissement ont été classés, une mesure de composition de la clientèle (MCC) et un indice de composition de la clientèle (ICC) sont établis.

La mesure de composition de la clientèle d'un établissement repose sur le niveau de soins de tous ses résidents et résidentes. En outre, une mesure provinciale de composition de la clientèle est établie à partir du classement de la totalité des plus de 55 000 résidentes et résidents de la province.

On calcule ensuite l'indice de composition de la clientèle de l'établissement en comparant la mesure de composition de la clientèle de l'établissement à celle de la province.

Enfin, l'indice de composition de la clientèle permet de déterminer l'enveloppe des soins infirmiers et personnels.

Fluctuations des résultats de la classification annuelle

Depuis la classification de 1995, très peu d'établissements ont enregistré une fluctuation de plus de 10 p. 100 de leur mesure de composition de la clientèle et de l'indice de composition de la clientèle qui en est dérivé. Cette année, l'instauration des vérifications et des appels a permis de confirmer cette situation. Seuls 18 des 500 établissements de l'Ontario avaient le droit d'interjeter appel du fait que leur MCC avait chuté de plus de 8 p. 100 de 1995 à 1996, selon les classifications annuelles.

Les niveaux de soins d'un établissement ne demeurent pas constants ou à la hausse d'année en année. La classification annuelle reflète les besoins actuels des personnes recevant des soins de longue durée et permet d'établir de façon équitable le financement nécessaire jusqu'à la prochaine classification.

Les établissements de soins de longue durée admettent des personnes qui ont besoin de soins de plus en plus assidus; la mesure provinciale de composition de la clientèle, qui représente un baromètre des soins dont ont besoin la totalité des plus de 55 000 résidentes et résidents de la province, continue donc d'augmenter : elle est passée de 75,64 en 1992 à 79,63 en 1996. Elle représente un reflet fidèle de l'augmentation des soins en Ontario.

Conclusion

Les mesures décrites plus haut ont permis à la province d'élaborer des normes de qualité en collaboration avec les principaux intéressés, et d'établir une méthode axée principalement sur la concertation en vue d'assurer la qualité des soins. Par ailleurs, le système de financement orienté essentiellement vers les besoins permet d'affecter les ressources dont on dispose là où les besoins des résidentes et résidents le justifient. Dans ce cas, obtenir le meilleur prix possible revient à assurer un financement qui correspond le mieux possible aux soins requis et qui permet de répondre aux exigences de qualité du gouvernement provincial.

Assurer la qualité des principaux services communautaires

Introduction

En Ontario, 43 organismes locaux appelés centres d'accès aux services communautaires (CASC) sont chargés de s'assurer que les soins de longue durée accessibles dans la collectivité sont de qualité supérieure et sont offerts de façon efficace par rapport à leur coût. Ces organismes, qui ont entrepris leurs activités en 1997, représentent une composante essentielle de la réforme globale des soins de longue durée en Ontario.

Les CASC doivent signer des contrats avec des organismes du secteur privé et des organismes à but non lucratif pour la prestation de services de soins infirmiers, d'aides familiales, de soutien, de travail social et de soins thérapeutiques (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie). En outre, ils obtiennent par contrat les fournitures et le matériel médicaux nécessaires à la prestation de ces services communautaires. L'admissibilité aux établissements de soins de longue durée est établie par le personnel des CASC.

Pour obtenir des services de qualité supérieure au meilleur prix possible, les CASC suivent un processus de demande de propositions élaboré par le gouvernement provincial en collaboration avec les fournisseurs de services et d'autres intéressés. En général, une demande de propositions est publiée pour l'obtention de services professionnels et d'aides familiales, et lorsqu'il est possible d'élaborer des modèles innovants et rentables pour la prestation des services. Par contre, on suit généralement un processus conventionnel d'appel d'offres pour l'achat d'articles précis, comme du matériel ou des fournitures standard, où on ne demande pas d'innovation.

Le processus de demande de propositions permet aux organismes à but lucratif ou non lucratif de se livrer une concurrence «dirigée» pour décrocher des contrats. Une période de transition de trois ans permettra à certains fournisseurs qui n'avaient pas de concurrents dans l'ancien système de s'adapter à un environnement concurrentiel. Pendant cette période, certaines mesures s'ajouteront au processus de demande de propositions pour garantir un certain volume de travail à ces fournisseurs et assurer ainsi la stabilité et la continuité des services communautaires de soins de longue durée.

À partir du 1^{er} avril 1999, date à laquelle prend fin la période de transition, les CASC seront tenus de recourir au processus de demande de propositions pour au moins 90 p. 100 de leur budget au titre des achats de services. En outre, ce processus est obligatoire pour les contrats de services d'une valeur égale ou supérieure à 100 000 \$. Le processus de demande de propositions :

- assurera l'uniformité à l'échelle de la province;
- garantira l'adjudication équitable des contrats;
- permettra de se concentrer sur la qualité;
- favorisera l'optimisation des ressources.

Le gouvernement provincial a élaboré et distribué un modèle de demande de propositions ainsi que les exigences provinciales qui s'appliquent à ce processus. Ce modèle aidera les CASC à organiser une demande de propositions pour des services de soins de longue durée. Les politiques et principes énoncés dans ces exigences visent à s'assurer que le processus de demande de propositions permet d'obtenir des services de qualité supérieure au meilleur prix possible.

Des fournisseurs de services et des consommatrices et consommateurs ont été consultés lors de l'élaboration du processus, notamment en ce qui concerne la qualité des soins et les indicateurs de qualité.

Principes relatifs à la qualité

Les exigences et principes relatifs à la qualité ont été élaborés par la province à l'intention des CASC qui préparent une demande de propositions et des fournisseurs de services qui désirent y répondre.

En outre, les CASC s'en serviront dans le cadre d'un processus continu d'amélioration de la qualité; ils aideront les fournisseurs de services à examiner leurs procédés et à les améliorer au besoin.

À toutes les étapes du processus de demande de propositions, les CASC et les fournisseurs de services doivent suivre trois principes relatifs à la qualité :

Services à la clientèle

Les fournisseurs de services seront tenus d'améliorer continuellement les procédés visant la prestation des services. Le service sera orienté vers la clientèle; il respectera les choix des clientes et clients et évaluera régulièrement leur satisfaction.

(Ce principe touche notamment l'amélioration continue, la satisfaction de la clientèle ainsi que le respect de l'individualité de la cliente ou du client et de ses croyances personnelles et culturelles.)

Ressources humaines et gestion financière

L'organisme doit disposer des ressources humaines et matérielles ainsi que des systèmes de gestion financière qui lui permettront de réaliser ses buts et objectifs. (Ce principe touche notamment les normes professionnelles, la satisfaction et la reconnaissance du personnel, la formation du personnel, la productivité et les procédés et contrôles financiers.)

Organisation

La raison d'être ou l'énoncé de mission de l'organisme, sa structure et ses activités sont axés sur la prestation de services orientés vers la clientèle. (Ce principe touche notamment la planification organisationnelle, la gestion des risques, les protocoles à suivre en cas de mauvais traitements infligés aux clientes et clients et la confidentialité des renseignements sur les clientes et clients.)

Respect des exigences de qualité

Une liste d'exigences de qualité accompagne chacun des trois principes. Il s'agit de définir l'exigence tout en laissant aux responsables le soin de déterminer comment l'observer. Prenons comme exemple l'exigence suivante: «Le fournisseur de services élabore un processus de réception, de repérage et de suivi des plaintes des clientes et clients aux fins de la résolution des différends». Les attentes sont évidentes, mais il incombe au fournisseur de déterminer le mécanisme d'observation. Certaines exigences sont obligatoires, et le fournisseur doit les respecter pour que sa proposition soit envisagée. Les autres ne sont pas obligatoires, mais si elles ne sont pas observées, la proposition aura moins de chances d'être acceptée.

Les fournisseurs de services doivent mettre en place des systèmes et procédés qui leur permettent de mesurer leur rendement et de le rectifier s'il ne répond plus aux exigences.

Les CASC doivent surveiller continuellement la prestation des services et faire des observations aux fournisseurs concernant leur rendement. Il s'agit de s'assurer que les fournisseurs rendent des services de qualité supérieure pendant toute la durée du contrat, et que toutes les modalités du contrat sont respectées. Le non-respect de modalités pourrait entraîner la résiliation du contrat.

Optimisation des ressources

Le processus de demande de propositions favorise l'optimisation des ressources dans l'adjudication des contrats de services. Cela signifie que le «meilleur» prix n'est pas nécessairement le prix le plus bas. Il faut tenir compte de la qualité et d'autres facteurs afin de choisir le fournisseur qui offre les services de la meilleure qualité au meilleur prix.

Systèmes d'information

Des systèmes d'information en cours d'élaboration permettront de repérer et de comparer les coûts entre les régions et sur différentes périodes. Après avoir tenu compte des variables géographiques ou autres, il sera possible de relever des fluctuations anormales des coûts.

Calcul des prix

Dans le cadre du processus de demande de propositions, les répondants reçoivent des directives précises concernant l'établissement du prix des services professionnels et des services d'aides familiales.

Services professionnels

Les fournisseurs doivent présenter une offre distincte pour chaque service (p.ex., un fournisseur de services thérapeutiques doit fournir une offre différente pour l'ergothérapie, la physiothérapie, etc.) et pour chaque catégorie professionnelle (p. ex., infirmières et infirmiers autorisés, infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés). Les répondants peuvent présenter aux CASC plusieurs offres qui varient quant au niveau d'expertise ou à la région desservie. Après avoir fourni d'autres renseignements sur les unités de service ainsi que les coûts directs et indirects, les répondants calculent le prix net par unité de service.

Service d'aides familiales

Un processus semblable permet de calculer le coût des services d'aides familiales. Cependant, les répondants doivent préciser la rémunération moyenne des aides par unité de service. Le prix total moins la rémunération donne le prix net. On veut ainsi que pendant la période de transition, les fournisseurs de services soient compétitifs quant aux coûts autres que la rémunération des travailleuses et travailleurs de première ligne.

Le financement est-il établi en tenant compte du volume de services prévu?

En 1994-1995, une méthode de financement a été instaurée en vue d'affecter de nouvelles ressources au titre des soins communautaires de longue durée aux différents districts de la province. Le financement est établi selon des districts de soins à domicile, ce qui permet aux conseils régionaux de santé de planifier la prestation de services communautaires dans leur région. Ce modèle de financement permet de s'assurer que les ressources limitées dont on dispose sont distribuées uniformément et équitablement dans toute la province.

L'affectation de fonds en vertu de la formule de financement équitable est fondée sur les besoins relatifs, qui sont mesurés et définis au moyen des trois facteurs qui motivent le mieux la distribution des services communautaires de longue durée :

- le profil démographique de la population, que l'on divise en groupes d'âge de cinq ans et selon le sexe;
- les tendances provinciales moyennes pondérées selon l'âge et le sexe quant à l'utilisation des ressources des programmes provinciaux de soins à domicile;
- les fonds consacrés aux services communautaires dans le district.

Lorsqu'on constate que le financement est insuffisant compte tenu des besoins établis, la région reçoit une part proportionnelle des nouvelles ressources affectées aux soins, le cas échéant. Aucune somme n'est versée aux régions qui disposent de ressources excédentaires.

Evaluation des propositions des répondants

L'évaluation des propositions est menée par un comité d'examen que constitue la CASC. Le processus de sélection et d'examen comporte cinq étapes :

Étape 1

- Déterminer si la proposition du répondant respecte les exigences obligatoires. Le respect des exigences ne compte pas dans le pointage, car il est requis. La CASC concernée élaborera des exigences obligatoires au plan de la qualité.

Étape 2

- Déterminer si la proposition du répondant respecte les exigences générales. Le non-respect de certaines de ces exigences influe sur le pointage, mais n'entraîne pas le rejet de la proposition.

Étape 3

- Déterminer la qualité de la proposition du répondant, notamment en ce qui concerne la clarté, l'exhaustivité et la présentation générale.

Étape 4

- Faire la pondération. Un facteur de pondération est attribué à chaque critère d'évaluation en fonction de son importance relative. Le répondant est mis au courant de cette pondération et est invité en tenir compte dans l'élaboration de sa proposition. En voici un exemple :

Exigences générales	20%
Qualité et crédibilité de la proposition	20%
Personnel	15 %
Références	10%
Viabilité et stabilité financières	25 %
Prix proposés	10%
Total :	100%

Étape 5

- Évaluer l'exposé officiel des répondants retenus pour la sélection finale. La CASC peut exiger un tel exposé si elle le désire. En outre, elle peut passer ces répondants en entrevue, visiter leurs établissements, et leur demander de faire la démonstration de leur matériel, programmes et procédés et de fournir des renseignements techniques ou généraux avant la sélection finale.
- Évaluation du processus de demande de propositions

La Division des soins de longue durée, les CASC et les fournisseurs continueront de participer à l'élaboration du processus de surveillance, et notamment d'outils visant à le faciliter. Cette tâche pourra être entreprise dès que les CASC et les fournisseurs se seront familiarisés avec le processus de demande de propositions.

Conclusion

Le processus de demande de propositions que nous avons décrit permet d'obtenir des services de la meilleure qualité possible au prix le plus bas, dans un marché ouvert et concurrentiel. Les composantes d'évaluation et de surveillance aux paliers des fournisseurs de services, des CASC et du gouvernement provincial garantiront l'amélioration continue de la qualité à tous les niveaux. Ce système est tout à fait nouveau en Ontario, et il ne manquera pas d'évoluer et de s'améliorer avec le temps et l'expérience. Cependant, cette évolution se fera toujours dans le souci de la qualité et de la clientèle. Ce modèle démontre qu'on peut viser à la fois la qualité et l'optimisation des ressources lorsque celle-ci permet une distribution plus équitable des fonds là où on en a le plus besoin, au palier des clientes et clients, des fournisseurs de services et des organismes acheteurs.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

L'Île-du-Prince-Édouard, par le biais du projet Seniors Assessment Program (Programme d'évaluation des personnes âgées) et grâce au travail du ministère des Services sociaux et de la Santé, a examiné et modifié ses services offerts aux personnes âgées, dans le cadre d'une réforme plus vaste du secteur de la santé. Les cinq «meilleurs modèles» soulignés dans les recherches de Hollande et Angès (pour Santé Canada et la Direction des aînées et aînés, 1994) ont servi de structure à la mise en oeuvre du Seniors Assessment Program et à l'examen des services à l'échelle provinciale.

De 1994 à 1997, l'examen des services à l'échelle provinciale s'est concentré sur les points suivants :

- Création d'un outil de sélection au niveau des soins communautaires et du secteur des soins prolongés pour déterminer les besoins, les services, le soutien et les risques.
- Mise au point d'un processus uniforme d'évaluation et d'orientation dans le secteur communautaire et le secteur des soins prolongés avec la mise en place d'un système d'accès coordonné pour les soins à domicile et les soins prolongés.
- Établissement d'un processus d'admission et de placement uniforme en donnant priorité aux soins à domicile, aussi bien dans le secteur public que privé.

Soulignons certains des résultats de l'examen :

- Des structures régionales à gestion unique pouvant diriger, gérer et intégrer les services communautaires, les services de soins à domicile et les services de soins prolongés, tout en donnant accès à l'aide financière et à l'aide sociale.
- Un système d'accès coordonné a été mis au point et à l'essai par le biais du Seniors Assessment Program, puis mis en place dans toutes les régions pour les personnes âgées et adultes ayant des besoins spéciaux au niveau des secteurs des soins communautaires et des soins prolongés.
- L'outil d'évaluation a été mis au point, essayé et mis en oeuvre dans toutes les régions pour les soins prolongés, les congés de personnes âgées nécessitant des soins actifs et les services de soins à domicile.
- Les niveaux de types de soins ont été révisés et mis à jour à l'aide de l'outil d'évaluation.

On a commencé à travailler sur le processus de gestion de cas et sur la coordination des soins pour les personnes âgées, surtout pour ce qui est des services de soins à domicile.

Qualité

L'Île-du-Prince-Édouard, tel qu'indiqué ci-dessus, a concentré ses efforts sur la mise en place des «meilleurs modèles» pour s'assurer d'avoir un cadre permettant d'encourager l'attribution des services et du financement de manière efficace. La partie qui suit donne une brève description des principales caractéristiques du système.

Système d'accès coordonné

- Le système d'accès coordonné signifie qu'un seul appel ou contact permet d'avoir accès à l'information ou aux services du système de santé et de services communautaires de la province.
- La mise en oeuvre initiale de ce système à accès unique vise d'abord les services aux personnes âgées comme les placements en établissements de soins prolongés, les soins à domicile et les congés de personnes âgées nécessitant des soins actifs. Lorsque le système d'accès sera bien rodé, il sera alors possible d'étendre ce service à d'autres groupes (p. ex., les adultes ayant des besoins spéciaux, les personnes nécessitant des soins pour maladies chroniques, les personnes ayant un handicap physique ou celles aux prises avec des difficultés mentales).

Le processus du système d'accès coordonné relève du programme de soins à domicile et comprend les éléments suivants :

- 1) L'accès aux services pour les clients ayant obtenu leur congé d'un établissement de soins, mais qui risquent d'être admis à nouveau.
- 2) Le soutien ou l'entretien des personnes âgées dont la santé se détériore et qui risquent d'être admises dans un établissement de soins.
- 3) Le soutien ou le service de relève pour les soignants de personnes âgées qui ont besoin de repos ou de soutien pour continuer à donner les soins primaires à domicile.
- 4) Un service de placement pour les personnes âgées.

Le processus du système d'accès coordonné comporte cinq critères :

1. Un appel à un seul numéro permet à une personne âgée d'obtenir l'information pertinente ou d'accéder aux services de tout le système de soins prolongés .
2. Du point de vue de la personne âgée, cet appel permet une sélection uniforme et adéquate, la détermination des besoins et l'évaluation des risques, ainsi que les services d'orientation nécessaires.
3. L'examen et l'utilisation de toutes les options de soutien et d'entretien possible par le biais de la mise en oeuvre d'un soutien communautaire ou du programme de soins à domicile.
4. Dans chaque région, un comité de placement ou d'admission classe par ordre de priorité les demandes de placement dans les maisons de soins infirmiers et accélère le traitement de la liste d'attente. (Le comité régional de placement s'occupe des congés de personnes nécessitant des soins actifs, des soins prolongés ou des soins à domicile, et collabore avec le secteur du logement, le secteur communautaire et le secteur privé concerné [établissements de soins communautaires, maisons privées de soins infirmiers]).
5. Les demandes et préférences des personnes âgées sont considérées comme des priorités. Un processus de sélection et d'évaluation permet de déterminer l'admissibilité aux services ainsi que les besoins, le soutien, les services et les risques probables. Le Seniors Assesment Program a élaboré, mis en place, éprouvé et révisé un outil de sélection pour déterminer les besoins de services, de soutien et les paramètres de placement appropriés (mai 1996).

Après le processus de sélection et d'évaluation, on met au point un programme de soins. Le personnel travaille en collaboration avec la famille et la personne âgée afin de coordonner les soins et les services de soutien selon les besoins.

Le programme de soins à domicile

Le programme provincial préparé par le Health and Community Services Agency tenait compte du fait que le programme de soins à domicile doit être prêt à s'adapter et à gérer son rôle crucial dans un système de santé réformé. Le programme est offert à tous les résidents admissibles de la province dans le cadre du régime provincial d'assurance-maladie.

Le programme de soins à domicile de l'Île-du-Prince-Édouard offre une évaluation et une planification des soins aux personnes ayant une condition médicale stable et aux groupes spécifiques ayant des besoins spéciaux, qui, sans recours au système de soins formel, risquent de ne pas pouvoir rester chez eux ou y retourner. Les services de soins à domicile fournissent de l'aide et du soutien aux personnes

pour leur permettre de s'adapter et de gérer leur situation sans dépasser les limites de risque et de sécurité acceptables déterminées dans le processus d'évaluation. Les services de soins à domicile présentent des résultats mesurables et comportent des délais (4 heures par jour, 28 heures par semaine).

Parmi les services offerts par le programme, soulignons :

Évaluation - Détermination des besoins, du soutien et des risques, et décision quant à l'admissibilité.

Coordination des soins - Planification des soins et gestion de cas.

Services de soutien - Comprennent :

- a) soins personnels
- b) soins et services de relève
- c) services environnementaux (aide pour permettre aux services de soutien et aux services professionnels d'être efficaces et sécuritaires)
- d) protection des adultes (enquête, évaluation, aide, intervention, orientation)
- e) soutien communautaire (aider les clients et leurs familles à trouver et à utiliser les services communautaires, à trouver ou à participer au développement communautaire ou aux services d'entretien et de soutien).

Services professionnels et de consultation - En fonction des résultats de l'évaluation et des résultats escomptés.

Les clients accèdent aux services par le biais du système d'accès coordonné qui est géré par le secteur des services de soins à domicile.

Depuis septembre 1995, le programme regroupe les clients selon la durée et le type de service requis. Les groupes en question sont les soins de courte durée, les soins semi-intensifs, les soins prolongés et les besoins spéciaux ou services spécialisés. Ce dernier groupe inclut des personnes ayant des besoins qui ne correspondent pas aux politiques normales, qui dépassent les coûts moyens ou qui exigent des ressources spécialisées (p. ex., des soins palliatifs, la dialyse). Ces regroupements permettent au programme de distribuer les ressources aux secteurs considérés comme prioritaires; surtout les soins de courte durée (qui reçoit 10 % des ressources), les soins prolongés et les besoins spéciaux ou services spécialisés.

Coordination des soins

Les services normalement offerts dans toutes les régions par le programme des soins à domicile feront partie du programme de soins et seront coordonnés par le personnel régional du bureau de soins à domicile.

L'orientation pour obtenir une évaluation spécialisée ou supplémentaire et des services précis dans le cadre du programme de soins à domicile sont:

- les soins infirmiers;
- l'ergothérapie;
- l'aide familiale;
- la protection des adultes;
- le soutien communautaire (orientation vers des services offerts dans la communauté par des organisations ou des personnes [p. ex., églises, services de livraison de repas, garderies]);
- l'orientation vers d'autres médecins est la responsabilité du médecin de famille. L'orientation d'un médecin à un autre, la coordination et la surveillance sont requises pour être admis comme patient de courte durée pour les personnes convalescentes, les soins de rétablissement ou les soins palliatifs.

Gestion de cas

Les services qui sont jugés nécessaires pour que le client continue à bénéficier du programme de soins à domicile, et qui devront être organisés et coordonnés avec d'autres programmes ou secteurs de services dans la région ou la province, exigeront souvent plus de temps au niveau de la gestion, de la consultation, de l'évaluation financière et des autorisations.

Les cas plus complexes sur le plan des besoins et des services qui exigeront des services par plus d'une organisation seront habituellement assignés à une personne de chaque région ayant des compétences en gestion de cas et pouvant prendre des décisions.

Dans certains cas, il peut être nécessaire d'orienter les patients vers des services professionnels spécialisés ou supplémentaires offerts dans le cadre d'autres programmes et services régionaux. Les services professionnels comprennent :

- physiothérapie;
- la santé mentale;
- la nutrologie;
- la pathologie et la thérapie du langage;
- le travail social;
- l'aide financière;
- l'audiologie;
- la pharmacie.
- Des services de placement différents ou supplémentaires peuvent aussi être coordonnés par le biais du système :
- Établissements de soins communautaires (établissements privés comptant cinq résidents et plus. La population visée est à moitié dépendante (personnes âgées, adultes ayant des handicaps physiques ou mentaux), et peut avoir besoin de supervision pour assurer sa sécurité, en plus de soins personnels et de socialiser.)
- Soins de relève en établissement (programme planifié de relève de courte durée pour le prestataire ou le soignant).
- Services de soins aux convalescents (exige l'orientation et la coordination par un médecin).
- Services de soins de rétablissement (fait référence à une stratégie visant la meilleure guérison ou le meilleur rétablissement possible des activités courantes; exige l'orientation et la coordination par un médecin).
- Services de soins palliatifs (soins complets de courte durée offerts à une personne et aussi parfois à son conjoint dans le cas d'une maladie progressive mettant en jeu la vie du malade; exige l'orientation et la coordination par un médecin).

Processus d'admission aux services (services communautaires / maison de soins infirmiers)

Maisons de soins infirmiers

L'Île-du-Prince-Édouard compte 946 lits dans des maisons de soins infirmiers (dont 396 lits dans le secteur privé). De plus, à ce total, viennent s'ajouter 737 lits dans des établissements de soins communautaires, pour donner des choix aux personnes âgées. Environ 500 de ces lits sont occupés par des personnes âgées. Dans chaque région, une ou des personnes précises ont été formées et autorisées à s'occuper du processus d'admission pour un placement dans une maison de soins infirmiers. L'évaluation porte sur l'examen des besoins en santé, le niveau de soins, le risque et le type de lit requis (niveau de soins, homme/femme, sécurité de l'environnement, chambre semi-privée ou privée).

Outil de sélection

L'outil de sélection : Soins communautaires/ prolongés (protégé par le droit d'auteur - Île-duPrince-Édouard: mars 1997 - Santé et services communautaires, tous droits réservés) a été mis au point entre 1994 et 1996. Les indices de mesure ont été normalisés par un coefficient d'objectivité et ensuite éprouvés et figiolés dans le cadre de trois projets-pilotes à l'échelle régionale. La formation et la mise en place de cet outil ont été terminés en 1996 pour l'admission aux soins à domicile, le congé de personnes nécessitant des soins actifs et l'admission et le placement pour soins prolongés . L'outil de sélection est divisé en 10 sections pour la sélection, l'évaluation, la notation ou mesure, la fonction, la cognition, la gestion à domicile, l'évaluation de sa santé par le patient, le rapport sur les possibilités de risque, le niveau de soins, les groupes de clients, la disponibilité et les compétences des soignants ainsi que la quantité ou les divers services suggérés.

L'outil de sélection est conçu pour déterminer le type d'établissement et de services qui conviennent le mieux au patient ou au client.

SASKATCHEWAN

En 1978, la Saskatchewan a introduit un programme complet de soins à domicile par l'entremise du ministère des Services sociaux. La responsabilité des soins à domicile a été transférée au ministère de la Santé en 1983, et les districts de soins à domicile sont devenus opérationnels en 1984.

La Home Care Act a été adoptée en 1986. Les subventions qui servent à financer les sociétés de soins à domicile à but non lucratif sont accordées en vertu de cette loi. La Health Districts Act, adoptée en 1993, confère aux conseils sanitaires de district à but non lucratif actuels le pouvoir de planifier, d'administrer et de fournir les services à domicile. Le ministère de la Santé n'assure pas la prestation des services de soins à domicile; en effet, les conseils sanitaires de district sont responsables de la prestation de tous les services de soins à domicile dans leur territoire de compétence.

Les soins à domicile sont destinés aux personnes qui nécessitent un soutien, des soins palliatifs ou des soins actifs pour continuer à vivre chez elles de façon autonome. Le programme de soins à domicile favorise et appuie le soutien accordé par les familles ou la communauté. Les services de soins à domicile sont accessibles à tous les résidents de la Saskatchewan et sont offerts en fonction des besoins qu'un processus d'évaluation établi a permis de déterminer. Il n'est pas nécessaire d'être aiguillé par un fournisseur professionnel de soins.

Les conseils sanitaires de district sont responsables de la planification, de l'administration et de la prestation des soins de santé de base, y compris des services à domicile, conformément à la Health Districts Act et aux politiques provinciales.

Le programme des soins à domicile est basé sur les principes suivants:

- en général, les gens sont plus indépendants et plus aptes à mener leur vie comme ils l'entendent chez eux que dans un établissement de soins;
- le soutien habituellement accordé par les familles et les amis mérite d'être encouragé, sauvegardé et complété, au besoin;
- les décisions concernant les services de soins à domicile doivent être basées sur une évaluation des besoins de l'utilisateur;
- les services doivent aider les personnes et leur famille à retenir un maximum d'indépendance et minimiser les dépendances inutiles;
- les particuliers et leurs soignants doivent contribuer à l'évaluation des besoins, à l'établissement d'objectifs et à l'élaboration de plans axés sur l'atteinte de ces objectifs;
- les soins à domicile doivent respecter le droit de chacun de prendre des risques et d'accepter ou de refuser des services; et
- les programmes de soins à domicile doivent participer à la planification et à la coordination des services sociaux et de santé locaux.

Qualité

Comment les normes ont-elles été élaborées?

Les normes relatives aux soins à domicile ont été élaborées en collaboration avec les anciens conseils de soins à domicile à but non lucratif avant la mise en oeuvre des districts de santé dans la province. Une révision substantielle des normes est présentement en cours avec la participation des conseils sanitaires de district et d'autres intervenants directement intéressés.

Quelles sont les normes?

Un ensemble de normes visant la prestation des soins à domicile a été mis en oeuvre. Ces normes visent, notamment, la prestation des services professionnels, les exigences en matière de formation et les indicateurs des résultats. Plus spécifiquement, des normes visant les soins à domicile ont été élaborées dans les domaines suivants :

- l'évaluation et la coordination des soins;
- les soins infirmiers;
- les services d'aides à domicile;
- l'entretien ménager;
- les services de repas;
- la gestion; et
- les résultats.

La Saskatchewan Home Care Act, la Health Districts Act et les manuels de directives en matière de soins à domicile définissent le fonctionnement des programmes de soins à domicile, y compris les politiques et les normes qui doivent être respectées.

Les politiques et procédures en matière de soins à domicile sont énoncées dans les documents suivants:

- *Home Care Policy Manual* (manuel de directives en matière de soins à domicile);
- *Home Care Policy Supplement* (supplément au manuel de directives en matière de soins à domicile);
- *Home Care Nursing Manual* (manuel de soins infirmiers à domicile);
- *Assessment and Care Coordination Binder* (ensemble de documents concernant l'évaluation et la coordination des soins); et
- *Guidelines for Developing a Volunteer Program* (directives concernant l'élaboration d'un programme bénévole).

Un nombre d'initiatives appuient les fournisseurs de soins. Ce sont, notamment :

- l'élaboration d'une étude intitulée Wellness for the Caregiver Home Study par le ministère de la Santé de la Saskatchewan, en réponse aux demandes du public. Le but de l'étude est d'aider les personnes à explorer les besoins, les défis, les avantages et les possibilités liés à la prestation des soins; et
- la préparation du document Guidelines for developing an integrated Palliative Care Service.

Ces lignes directrices ont été élaborées en consultation avec la Saskatchewan Palliative Care Association et d'autres groupes. Le document préconise la prestation des soins à domicile, autant que possible, et se penche sur des domaines tels que la gestion appropriée des symptômes et le soutien aux familles soignantes.

Comment les normes sont-elles surveillées/appliquées?

Un ensemble d'initiatives visant à assurer le respect des normes ont été ou seront bientôt mises en oeuvre. En voici quelques exemples. Un outil d'auto-évaluation, présentement en voie de préparation, permettra aux districts de santé d'assurer le maintien des normes de qualité. Certains districts de santé procèdent actuellement à un processus d'homologation de leurs activités, y compris de leurs services de soins à domicile. Le ministère de la Santé encourage ce processus d'homologation, mais celui-ci n'est pas obligatoire. En outre, chaque district de santé a un coordonnateur ou coordonnatrice de la qualité des soins dont la principale responsabilité est de traiter les préoccupations précises des usagers du système de santé. Le coordonnateur ou la coordonnatrice tentera de trouver les services qui répondent aux besoins des particuliers et fera en sorte que ces derniers soient bien informés de leurs droits et de leurs options. Également, les usagers des soins à domicile peuvent en appeler des décisions en matière de soins au conseil sanitaire de district. D'ailleurs, la province élabore actuellement un ensemble d'indicateurs de rendement qui devraient permettre d'évaluer la qualité des soins offerts aux particuliers.

Les conseils sanitaires de district doivent assurer la surveillance de leurs propres programmes de soins à domicile. Si les normes ne sont pas respectées, le ministère prend les mesures nécessaires pour étudier et traiter les problèmes avec le conseil sanitaire de district approprié.

La province n'a effectué aucune évaluation du programme de soins à domicile, mais les conseils sanitaires de district sont tenus d'évaluer leurs programmes de soins à domicile à tous les trois ans. Certains districts de santé ont complété une évaluation de leurs activités, y compris de la prestation des services de soins à domicile. La Health Services Utilization and Research Commission (HSURC) entreprendra une importante étude des soins à domicile; celle-ci comprendra un examen de la rentabilité du programme.

Prix

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan ne conclut pas d'ententes contractuelles avec le secteur privé relativement à la prestation des services de soins à domicile; le ministère accorde aux conseils sanitaires de district un financement destiné aux soins à domicile basé sur les données démographiques. Les conseils sanitaires de district offrent presque toujours les services de soins à domicile directement, mais ils ont le pouvoir de conclure des contrats de services avec le secteur privé s'ils le désirent.

Dans le secteur des soins à domicile, le ministère de la Santé de la Saskatchewan accorde aux conseils sanitaires de district un financement proportionnel au nombre d'habitants; le montant est calculé à partir des données démographiques du district rectifiées pour tenir compte de l'âge, du sexe, des indicateurs des besoins et d'un facteur spécial de redressement du coût. La correction pour l'âge et le sexe tient compte des districts ayant une population féminine âgée (69 pour 100 des services de soins à domicile sont utilisés par des résidentes âgées). Les indicateurs des besoins font référence aux conditions de logement. Ainsi, en ce qui concerne les services à domicile, on tient compte des districts ayant une plus grande proportion de personnes âgées vivant seules ou avec des membres de leur famille, et il y a un redressement de l'écart des coûts qui tient compte des districts vastes et peu peuplés.

Aucun plafond n'est imposé en ce qui concerne le nombre de services à domicile qu'un usager peut recevoir. Cependant, plusieurs conseils sanitaires de district surveillent les coûts des services de soins à domicile et, lorsque ces coûts se rapprochent du niveau des soins en établissement, ils effectuent une évaluation en vue de déterminer si la prestation des soins à domicile est la meilleure option ou si les besoins de l'usager seraient mieux satisfaits d'une autre façon, par exemple dans un foyer de soins spéciaux.

Par suite des initiatives provinciales de renouvellement récemment mises en oeuvre dans le secteur de la santé, l'enveloppe budgétaire des soins à domicile de la province a augmenté d'environ 114 pour 100 entre 1991-1992 et 1996-1997. Les conseils sanitaires de district maîtrisent les coûts des soins à domicile en axant les services sur une évaluation des besoins et en donnant généralement la priorité aux personnes qui en ont le plus besoin et à celles qui sont le plus exposées à l'institutionnalisation, aux maladies ou aux blessures.

Foyers de soins spéciaux

Description

Les foyers de soins spéciaux sont des établissements autorisés en vertu de la *Housing and Special-Care Homes Act* de 1966 et des règlements y afférents. Le ministère de la Santé n'assure pas la prestation des services des foyers de soins spéciaux; ceux-ci sont assurés soit directement par l'entremise des activités des conseils sanitaires de district ou soit par le biais d'affiliés du conseil de santé. Les foyers de soins spéciaux sont financés par les conseils sanitaires de district grâce à des subventions du gouvernement. Un examen de la loi et des règlements est en cours durant l'automne 1997. Un foyer de soins spéciaux est un établissement qui fournit des services de soins à domicile en établissement aux personnes qui nécessitent des soins infirmiers de type III impossibles à satisfaire dans la collectivité. Les foyers de soins spéciaux sont

également appelés foyers de soins infirmiers. Ils offrent aux gens un milieu qui leur permet d'acquérir et de conserver le plus d'autonomie et de satisfaction de vivre possible.

Une personne remplit les conditions requises pour résider dans un foyer de soins spéciaux, et y est admise, lorsqu'une évaluation de ses besoins a déterminé que ceux-ci ne peuvent plus être satisfaits dans la collectivité. Les établissements doivent admettre les usagers d'après les recommandations du District Co-ordinating Committee (DCC); les recommandations sont basées sur les besoins prioritaires.

La plupart des districts ont un système d'accès unique selon lequel les personnes sont admises aux foyers de soins spéciaux en fonction de leurs besoins. En d'autres mots, on offre le premier lit vacant à la personne dont les besoins sont les plus grands. Dans la plupart des cas, le premier lit vacant n'est pas situé dans l'établissement choisi par la personne; on lui donne alors l'option de déménager dans l'établissement de son choix lorsqu'un lit deviendra vacant.

La Saskatchewan lance présentement un nouvel outil d'évaluation pour les soins à domicile (le Saskatchewan Client Information Profile «SCIP»). Le SCIP sert à évaluer les personnes qui demandent ou requièrent des services de soutien et qui habitent dans la collectivité, dans une maison, un appartement ou un foyer de soins personnels. La personne est parfois à l'hôpital lorsque débute l'évaluation. Le SCIP est utilisé pour cerner les forces et les besoins de la personne et de son système de soutien. On élabore ensuite un plan de soins à partir du SCIP, la priorité étant d'aider la personne à vivre le plus indépendamment possible dans la collectivité. Le SCIP permet également de déterminer si une personne ne peut plus vivre dans la collectivité et doit être placée.

Le programme des foyers de soins spéciaux est offert aux personnes qui répondent aux critères d'admissibilité du programme. Les aîné(e)s (92,7 pour 100) sont les principaux bénéficiaires du programme. De ce groupe, environ 69,2 pour 100 sont des femmes. Les frais des foyers de soins spéciaux sont établis en fonction du revenu.

Les objectifs du programme sont les suivants: assurer aux personnes âgées un environnement sécuritaire, des soins appropriés et adéquats et une bonne qualité de vie - lorsque leurs besoins ne peuvent être satisfaits dans la collectivité; rétablir ou maintenir un fonctionnement optimal pour les résidents; et offrir des programmes d'approche, notamment des programmes de jour et de nuit pour adultes et des services de relève.

Qualité :

Comment les normes ont-elles été élaborées?

Les normes relatives aux foyers de soins spéciaux ont été élaborées en collaboration avec les administrateurs des foyers de soins spéciaux et autres intervenants intéressés. On révisé présentement les normes pour qu'elles reflètent davantage la structure actuelle des conseils sanitaires de district.

Quelles sont les normes?

Normes administratives :

- comprennent notamment les droits des résidents, les exigences médicales du personnel, la vérification de la qualité, le contrôle des infections et l'hygiène et la sécurité du travail;

Soins aux résidents et dossiers :

- se rapportent à des questions telles que les plans d'intervention et l'alimentation du résident;

Médicaments :

- se rapportent notamment aux services de pharmacie;

Activités/bénévoles :

- comprennent les services médicaux, les services de diagnostic, les services sociaux et les services de pastorale;

Services de repas:

- se rapportent à des questions telles que la nutrition, les menus, la préparation des aliments, l'hygiène et la sécurité;

Milieu physique:

- se rapportent notamment à la sécurité-incendie, aux services de buanderie et aux services d'entretien; et

Programmes communautaires d'approche:

- se rapportent à des questions telles que les programmes de jour pour adultes et les programmes de relève.

Des principes élaborés spécialement pour le programme sont énoncés dans un ensemble de droits et de responsabilités à l'intention des résidents. Ce sont, notamment:

Les résidents:

- sont informés des services offerts au foyer et des frais correspondants;
- sont traités avec respect et protégés des blessures de toute sorte;
- sont soignés par un personnel qualifié et ont accès à la direction pour discuter des questions qui pourraient survenir;
- s'attendent au respect et à la sauvegarde de leurs possessions;
- se conforment aux politiques et aux pratiques du foyer et respectent les droits des autres; et
- conservent leur indépendance et contribuent à la création d'un esprit communautaire dans le foyer.

Les foyers de soins spéciaux :

- s'attendent à ce que les résidents et les visiteurs se comportent conformément aux principes et aux pratiques du foyer;
- informent les résidents des principes et des conditions et leur fournissent des renseignements à jour sur les frais et modalités de paiement;
- voient à ce que les résidents soient traités avec respect et conservent leur autonomie et leur dignité;
- protègent les résidents des dangers prévisibles et sauvegardent leurs possessions;
- contribuent à la mise en oeuvre d'un groupe d'intérêts composé de résidents si ces derniers en font la demande.

Comment les normes sont-elles surveillées/appliquées?

Les foyers de soins spéciaux doivent être titulaires d'une licence du ministère de la Santé. Cependant, les inspections du personnel du ministère n'ont plus lieu aussi souvent que par le passé. On s'attend aujourd'hui à ce que la qualité des soins soit surveillée principalement par les conseils sanitaires de district. Le personnel du ministère a procédé à des inspections, récemment, à la demande du conseil sanitaire de district ou, le cas échéant, à la suite de plaintes envoyées au ministère. On s'efforce toujours de procéder à des consultations au sujet des questions qui préoccupent les établissements, les conseils sanitaires de district ou le personnel du ministère. Avant la création des conseils sanitaires de district, le ministère avait élaboré un guide d'auto-évaluation à l'intention des foyers de soins spéciaux. On les encourage toujours à l'utiliser.

L'on s'attend à ce que chaque conseil sanitaire de district engage un coordonnateur ou une coordonnatrice de la qualité des soins chargé(e) de régler les préoccupations des usagers du système de santé et d'élaborer des principes, procédures et mécanismes visant à améliorer la qualité des soins offerts par les services de santé du district. Les préoccupations au sujet de la qualité des soins doivent être transmises à la direction de

l'établissement. On fait part des questions non réglées au conseil sanitaire de district. En étape finale, on s'adresserait au ministère de la Santé de la Saskatchewan.

Bien que la loi actuelle n'exige pas l'homologation, on pourrait éventuellement régler les préoccupations communes du ministère et des districts de santé en exigeant l'homologation à l'échelle du district. Le ministère examine actuellement d'autres mécanismes de vérification de la qualité, notamment l'examen par les pairs et les indicateurs de rendement. Par le passé, le ministère de la Santé de la Saskatchewan n'a pas imposé de sanctions aux établissements qui ne respectaient pas les normes. Le ministère de la Santé a plutôt recommandé certaines améliorations, proposant ensuite son aide pour la mise en place des changements nécessaires. Les établissements disposaient d'une certaine période de temps pour répondre aux recommandations.

La province n'a procédé à aucune évaluation du programme des foyers de soins spéciaux récemment. Cependant, comme on l'a indiqué précédemment, les conseils sanitaires de district encouragent les administrateurs de foyers de soins spéciaux à compléter un guide d'auto-évaluation régulièrement.

Prix

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan ne finance aucun établissement de soins spéciaux particulier et n'a pas recours à une méthode de financement basée sur la composition de la clientèle. Les conseils sanitaires de district sont financés selon une formule basée sur les besoins de la population relativement à la prestation de services de soutien en établissement. Les conseils sanitaires de district reçoivent un financement proportionnel au nombre d'habitants; le montant est calculé à partir des données démographiques du district rectifiées pour tenir compte de l'âge, du sexe et des indicateurs des besoins. Les conseils sanitaires de district peuvent utiliser une méthode basée sur la composition de la clientèle pour financer les établissements qui relèvent de leur compétence, mais ils ne sont pas tenus de le faire.

Si l'on se base sur les données de 1997-1998, l'enveloppe budgétaire provinciale des soins offerts dans les foyers de soins spéciaux était de 259,1 millions de dollars. Les conseils sanitaires de district reçoivent environ 95 millions de dollars annuellement des résidents des foyers de soins spéciaux.

Pour maximiser les ressources des foyers de soins spéciaux, les conseils sanitaires de district admettent dans ce genre de foyer uniquement les personnes dont les besoins ne peuvent être satisfaits à l'aide des services communautaires ou des soins à domicile; ce sont habituellement des gens qui nécessitent des soins infirmiers de type III. Les personnes qui doivent être admises d'urgence ont la priorité. Le financement des services de soins à domicile a considérablement augmenté au cours des dernières quatre ou cinq années; il est donc possible de répondre aux besoins d'un plus grand nombre de gens à la maison et, par conséquent, de repousser le moment de l'institutionnalisation. Le ministère ayant mis davantage l'accent sur les soins communautaires, certains établissements de soins légers ont fermé leurs portes depuis 1991-1992.

Foyers de soins personnels

Description :

Le programme de foyers de soins personnels a été proclamé et mis en oeuvre en vertu de la *Personal Care Homes Act* et des règlements y afférents le 1er octobre 1991.

Les foyers de soins personnels sont des établissements privés, exploités par des personnes ou des sociétés ne recevant aucun financement public. Les titulaires d'une licence d'exploitation de foyer de soins personnels fournissent le logement, les repas ainsi qu'une aide ou une surveillance, et des soins personnels, aux adultes âgés de 18 ans et plus qui vivent dans un foyer de soins personnels. Une évaluation par le conseil sanitaire de district détermine les soins personnels et les services de santé requis. Les foyers de soins personnels peuvent accommoder jusqu'à 40 personnes. La plupart des résidents sont des personnes

âgées (90 pour 100). Les foyers de soins personnels offrent une option communautaire aux gens qui requièrent des soins légers. Les résidents des foyers de soins personnels ont le même accès aux soins à domicile et aux services de santé que les autres personnes. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan délivre les licences annuelles, effectue des inspections régulières, enquête sur les plaintes et surveille les foyers de soins personnels.

Qualité:

Comment les normes ont-elles été élaborées?

La Personal Care Homes Act et les règlements y afférents ont été élaborés à la demande de nombreux usagers et groupes d'intérêts du secteur de la santé et des services sociaux qui avaient exigé que les foyers de soins personnels soient réglementés et surveillés afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins.

Par le biais de licences octroyées annuellement et en vertu de la loi et des règlements pertinents, ces foyers sont tenus d'assurer la prestation de soins de qualité et de respecter les normes et directives énoncées dans la loi, les règlements y afférents et le Licensee's Handbook (guide à l'intention du titulaire de licence). Toute personne qui désire obtenir une licence pour exploiter un foyer de soins personnels doit compléter les démarches aboutissant à l'octroi de la licence et se conformer aux exigences de la loi, des règlements et du guide.

La loi énonce les procédures relatives à l'obtention d'une licence, aux inspections, à la documentation, aux demandes de renseignements, à l'examen des licences, aux dérogations et aux exemptions, aux règlements et aux amendes. Ces directives, combinées aux règlements sur les foyers de soins personnels, constituent un ensemble de normes et de conditions générales régissant les activités des foyers de soins personnels et de leurs titulaires de licence respectifs.

Quelles sont les normes?

Les règlements actuels incluent des stipulations concernant :

- les exigences relatives à l'obtention d'une licence d'exploitation de foyer de soins personnels;
- la prestation de services adaptés aux besoins déterminés des résidents;
- la tenue des dossiers;
- l'évaluation des résidents à tous les deux ans au moins;
- les normes relatives aux ententes de services avec les résidents;
- les normes relatives aux soins assurés aux résidents;
- la dotation en personnel;
- les procédures relatives aux médicaments;
- la sécurité, la composition nutritionnelle et la variété des aliments;
- les droits et privilèges des résidents;
- le milieu physique (code du bâtiment et code de prévention des incendies; hygiène et sécurité); et
- la sécurité-incendie.

Le Licensee's Handbook fournit aux titulaires actuels et futurs de licences des renseignements complets sur l'exploitation et la gestion d'un foyer de soins personnels. Le guide fournit un aperçu des domaines généraux suivants :

- soins aux résidents y compris les médicaments;
- entente relative à l'administration;
- préparation des aliments; dossiers des résidents;
- exigences physiques; et
- attentes relatives à la dotation en personnel.

Des principes élaborés spécialement pour le programme sont énoncés dans un ensemble de droits et de responsabilités à l'intention des résidents. Ce sont, notamment :

- être traité avec respect, dignité, bonté et considération par le personnel, les résidents ou autres personnes qui habitent au foyer;
- exprimer ses préoccupations ou recommander que des modifications soient apportées aux règles ou aux services fournis au foyer;
- porter les plaintes à l'attention du titulaire de licence ou, si l'on préfère, au ministre;
- assister aux offices religieux et participer aux activités de son choix; bénéficier d'une certaine intimité;
- avoir l'usage exclusif de ses possessions à moins d'avoir donné à quelqu'un d'autre le droit de s'en servir;
- recevoir des visiteurs en privé entre 9 h et 21 h sans aviser le titulaire de licence au préalable;
- communiquer dans le foyer par téléphone ou par courrier en privé;
- quitter le foyer et y retourner à volonté, à des heures raisonnables, en avisant le titulaire de licence ou la personne désignée par celui-ci;
- n'être soumis à aucune mesure de punition de la part du titulaire de licence ou du personnel, à savoir : châtements physiques, menaces de toute sorte, intimidation, violence verbale, cruauté mentale ou violence psychologique ou détention; et
- pouvoir choisir son médecin, optométriste ou autre professionnel de la santé.

Comment les normes sont-elles surveillées/appliquées?

Afin d'assurer le respect des normes, les foyers de soins personnels sont surveillés et inspectés régulièrement et parfois sans préavis. Bien que la province soit divisée en quelque 30 districts de santé, qui ont le mandat d'administrer la plupart des services de santé, la réglementation, la surveillance et les inspections de l'ensemble des foyers de soins personnels sont effectuées au palier provincial.

En outre, le ministère de la Santé de la Saskatchewan a élaboré un outil d'auto-évaluation à l'intention des titulaires de licence des foyers de soins personnels. Cet outil d'évaluation permet aux titulaires de licence de faire en sorte que leur foyer respecte les normes avant de recevoir un avis de renouvellement.

En cas de non-respect des normes et conditions établies, la loi autorise explicitement le recours à des poursuites et à l'imposition d'amendes. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan a reçu le mandat de révoquer les licences des foyers de soins personnels qui ne respectent pas les normes.

Aucune évaluation globale du programme de foyers de soins personnels n'a été effectuée récemment en Saskatchewan, mais tous les foyers sont régulièrement inspectés par des consultants du ministère. Un vaste examen des règlements portant sur les foyers de soins personnels, auquel ont participé des groupes d'intervenants, a récemment été effectué; il a mené à des changements importants dans les règlements. En outre, le processus d'octroi des licences a récemment été revu et révisé.

Prix

La province ne finance pas les foyers de soins personnels. Le rôle du gouvernement, en ce qui concerne ce portefeuille, se limite à la réglementation, à la surveillance et à l'inspection. Les résidents sont tenus de payer les frais de l'hébergement et des services fournis par ces foyers à même leurs propres revenus. On a établi des normes stipulant les conditions de base des ententes d'admission entre les titulaires de licence et les résidents, et l'établissement des droits de résidence qui ne sont pas réglementés. Les titulaires de licence sont tenus de conclure une entente d'admission avec chaque résident potentiel.

ANCIENS COMBATTANTS CANADA

L'élaboration de normes de qualité pour les soins à domicile comporte l'examen des autres normes fédérales, provinciales et des organismes communautaires, ainsi que l'étude de la documentation et des revues professionnelles traitant de cette question. Parmi les sources internes de données, notons les vérifications et les examens des programmes actuels, ainsi que des consultations auprès du personnel de première ligne qui se consacre à la prestation des programmes.

Normes professionnelles

Pour la prestation des services, le ministère des Anciens combattants du Canada (MACC) fait appel à une équipe multidisciplinaire dont chaque membre assume un rôle clairement défini. L'équipe réunit des membres du personnel de soutien administratif, des conseillers et conseillères, des infirmiers et infirmières, des ergothérapeutes et des médecins. Des protocoles sont établis pour déterminer le moment où des services de consultation ou des orientations sont nécessaires. Les normes des groupes professionnels sont d'abord définies dans le cadre des lois provinciales et des codes de déontologie des professions, puis dans le cadre des normes de fonctionnement du MACC.

Formation

Les normes de formation des professionnels et professionnelles sont déterminées de façon semblable aux normes professionnelles. Les personnes formées doivent répondre aux exigences de formation établies par la province. En outre, le MACC a établi des programmes de formation nationaux et individuels de large portée en vue d'assurer l'atteinte de ses normes en ce qui a trait à l'accueil de la clientèle et à la prestation des programmes.

Satisfaction de la clientèle

Le niveau de satisfaction de la clientèle est évalué au moyen de communications formelles avec les clients et clientes. On procède à des sondages généraux, à des recherches auprès de groupes cibles et de groupes consultatifs, et on effectue des évaluations internes de suivi normalisé, de la gestion des cas et des appels.

Ressources humaines

Les besoins de la majorité des clients et clientes du NIACC changent à mesure que ceux-ci avancent en âge. Les programmes se sont transformés pour répondre à l'évolution des besoins, ce qui a également entraîné le besoin de modifier le rôle, l'approche et la composition du personnel des bureaux chargés de la prestation des services. Les divers niveaux des programmes provinciaux à l'échelle nationale influent aussi sur les rapports personnel-clientèle. Les besoins en personnel sont déterminés par la définition des rôles, l'évaluation nationale de la charge de travail et les normes relatives aux rapports personnel-clientèle.

Processus financiers, organisationnels et de gestion

Les normes de prestation de services, de délais d'exécution et de présentation de l'information financière sont élaborées pour les programmes actuels. L'efficacité du centre de responsabilité est évaluée à la lumière de ces normes. Les projets de développement sont gérés par une équipe de projet qui rend compte à la haute direction par l'entremise d'un comité d'orientation. Le processus comprend l'élaboration du projet par l'équipe, des évaluations à des emplacements choisis, ainsi que d'autres améliorations apportées au programme.

Services continus

La prestation des soins de longue durée est, pour la majorité des clients et clientes du MACC, assurée par l'achat des services auprès de centres de soins provinciaux ou privés. Par conséquent, le MACC n'a pas de normes visant ces lits, et il s'en remet aux normes de la province où le centre de soins est situé.

Dans le cas des centres de soins assujettis à une entente intervenue entre le MACC et la province et réservant un certain nombre de lits à l'usage exclusif des anciens combattants, toutes les exigences allant au-delà des normes provinciales sont réputées faire partie de l'entente. Le MACC effectue aussi des vérifications auprès des centres de soins liés par un contrat et s'assure que les centres ont reçu l'accréditation appropriée.

Une méthode moins formelle de suivre la prestation des services consiste à étudier les plaintes de la clientèle et à y donner suite. Lorsque la qualité des services offerts à un client fait l'objet de réserves, le MACC collabore habituellement avec la province ou le centre de soins pour remédier à la situation.