

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ MENTALE (Rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.06)

2^{ème} session, 39^e législature
59 Elizabeth II

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics
Services communautaires de santé mentale (Rapport annuel 2008 du vérificateur général
de l'Ontario, section 3.06) [ressource électronique]

Publ. aussi en anglais sous le titre : Community mental health (Section 3.06, 2008 Annual
report of the Auditor General of Ontario)

Monographie électronique en format PDF.

Mode d'accès: World Wide Web.

Également publ. en version imprimée.

ISBN 978-1-4435-1623-5

1. Ontario. Ministère de la santé et des soins de longue durée—Audit. 2. Santé mentale,
Services communautaires de—Ontario. I. Titre. II. Titre: Community mental health (Section
3.06, 2008 Annual report of the Auditor General of Ontario)

RA790.7.C2 O56 2009

353.6'4243909713

C2009-964060-0

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

L'honorable Steve Peters
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

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

Le président du comité,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Norm. Sterling".

Norman W. Sterling

Queen's Park
Mai 2010

**COMPOSITION DU
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS**

2^{ème} session, 39^e législature

NORMAN W. STERLING
Président

PETER SHURMAN
Vice-président

AILEEN CARROLL

FRANCE GÉLINAS

JERRY J. OUELLETTE

DAVID RAMSAY

LIZ SANDALS

MARIA VAN BOMMEL

DAVID ZIMMER

Katch Koch
Greffier du comité

Lorraine Luski
Recherchiste

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

LISTE DES CHANGEMENTS DANS LA COMPOSITION DU COMITÉ

LAURA ALBANESE a été remplacée par DAVID RAMSAY le 15 septembre 2009.

ERNIE HARDEMAN a été remplacé par TED ARNOTT le 15 septembre 2009.

TED ARNOTT a été remplacé par PETER SHURMAN le 24 Février 2010.

PHIL MCNEELY a été remplacé par AILEEN CARROL le 9 Mars 2010.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE D'ABRÉVIATIONS CHOISIES	ii
INTRODUCTION	1
VUE D'ENSEMBLE	2
Les RLISS assument la responsabilité des services communautaires de santé mentale	2
Ententes de responsabilisation entre le Ministère et les RLISS	2
Financement et dépenses	2
Réorientation de la politique du Ministère en matière de services de santé mentale	3
OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION	4
QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ	4
Accès aux services	5
Listes d'attente et autres problèmes d'accès aux services communautaires de santé mentale	5
Coordination de l'accès aux services	6
Financement	9
Écarts salariaux entre les secteurs communautaire et institutionnel	9
Financement antérieur et financement fondé sur les besoins	10
Nouvelle méthode de financement fondée sur la santé	11
Logement	12
Pénuries de logements avec services de soutien	13
Normes en matière de programmes	14
De nombreux programmes communautaires de santé mentale ne sont pas assujettis à des normes	14
Mesure du rendement et rapports	16
Objectifs opérationnels et indicateurs de rendement du Ministère	16
Surveillance et responsabilisation	17
Ententes de responsabilisation en matière de services et barèmes de rendement	18
LISTE RÉCAPITULATIVE DES RECOMMANDATIONS	20

LISTE D'ABRÉVIATIONS CHOISIES

GCI	Gestion de cas intensive
MMG	Maladie mentale grave
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
OTMC	Ordonnance de traitement en milieu communautaire
PISS	Plan d'intégration des services de santé
RLISS	Réseaux locaux d'intégration des services de santé
SCSM	Services communautaires de santé mentale
TCD	Traitement communautaire dynamique

INTRODUCTION

Selon le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le secteur des services communautaires de santé mentale est plus intégré, plus vaste et plus accessible que dans le passé, bien que son système de prestation soit plus articulé et plus complexe que dans d'autres secteurs des soins de santé. Il y a beaucoup plus de choix dans les traitements et services offerts aux clients, qui vont des soins actifs intensifs, à la gestion des médicaments, ainsi que les activités appuyées dans la collectivité telles que l'emploi et le logement. Le Comité estime néanmoins que les ressources affectées au secteur des services communautaires de santé mentale sont insuffisantes par rapport à ses besoins complexes; ce secteur a d'ailleurs été qualifié de « parent pauvre » du système de soins de santé. Le Ministère a déterminé que le système de soins de santé mentale devrait affecter 60 % de son budget aux services communautaires et 40 % aux services aux malades hospitalisés. Le vérificateur général (le vérificateur) indiquait néanmoins dans sa récente vérification que l'inverse était vrai. En effet, en 2006-2007, le Ministère a consacré environ 40 \$ aux services communautaires pour chaque tranche de 60 \$ consacrée aux services en établissement. Le vérificateur a fait remarquer qu'il n'y avait pas encore de système communautaire adéquat à l'appui des personnes atteintes d'une maladie mentale grave et le Ministère a pris note de son observation. Le gouvernement, le ministre et l'Assemblée législative partagent tous cette opinion.

En février 2009, le Comité permanent des comptes publics a tenu un après-midi d'audiences publiques sur les services communautaires de santé mentale¹. Cette audience — qui portait sur un des thèmes abordés dans le *Rapport annuel 2008* du vérificateur général —, a attiré devant le Comité six fournisseurs de services communautaires de santé mentale, des représentants de trois réseaux locaux d'intégration des services de santé — du Centre, de Champlain et du Sud-Ouest — et des fonctionnaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (Pour une transcription des délibérations, voir le *Journal des débats* du Comité en date du 18 février 2009.) Ce rapport reprend l'essentiel des observations et des recommandations formulées par le vérificateur dans la section 3.06 de son *Rapport annuel 2008* et présente les constatations, opinions et recommandations du Comité.

Le Comité souscrit aux conclusions et recommandations du vérificateur et il remercie le vérificateur et son équipe pour avoir porté à son attention les problèmes importants qui affectent les services de santé mentale offerts dans toutes les collectivités de l'Ontario et au sein des RLIS.

¹ Durant ses audiences publiques du 18 février, le Comité a été informé que l'Assemblée législative était en train de former un Comité spécial de la santé mentale, qui est censé déposer un rapport sur ses constatations en 2010. Le mandat du Comité spécial est défini dans le *Journal des débats* à http://www.ontla.on.ca/web/comité-proceedings/comités_detail.do?locale=fr&detailPage=mandate&ID=7790

VUE D'ENSEMBLE

Les RLISS assument la responsabilité des services communautaires de santé mentale

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* établissait 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) chargés d'assurer une gestion efficace et efficiente du système de santé à l'échelon local. Le 1^{er} avril 2007, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a fermé ses sept bureaux régionaux et en a transféré les responsabilités soit aux RLISS, soit à de nouveaux secteurs au sein du Ministère. Les fournisseurs de services communautaires de santé mentale (SCSM) ont alors commencé à rendre compte directement à leur RLISS respectif plutôt qu'au Ministère. Cependant, comme le Comité le fait remarquer plus loin dans ce rapport, une certaine confusion continue d'entourer la fonction d'établissement de rapports. Les RLISS ont assumé les responsabilités relatives à l'établissement des priorités, à la planification et au financement pour des services de santé choisis, dont les services communautaires de santé mentale.

Ententes de responsabilisation entre le Ministère et les RLISS

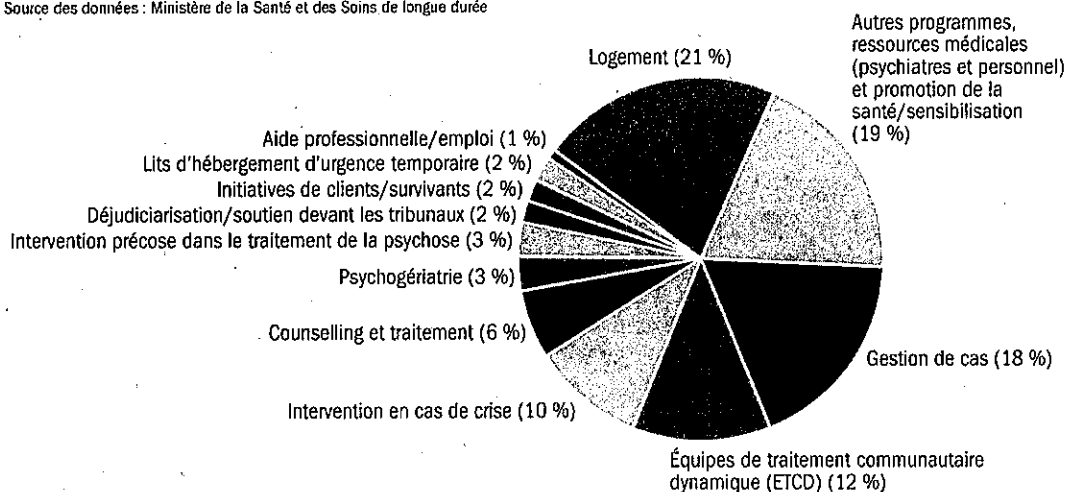
La relation entre le Ministère et chaque RLISS est régie par une entente de responsabilisation. Le Ministère verse des paiements de transfert aux RLISS qui, à leur tour, financent environ 330 fournisseurs de services communautaires chargés de la prestation des services de santé mentale.

Financement et dépenses

En 2007-2008, environ 647 millions de dollars au total ont été consacrés aux services communautaires de santé mentale (595 millions de dollars en 2006-2007), comparativement à 390 millions en 2001-2002, année de la dernière vérification du vérificateur. Les dépenses en matière de services communautaires de santé mentale pour 2006-2007 (%) se répartissent comme suit :

Éléments des dépenses en matière de services communautaires de santé mentale, 2006-2007 (%)

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



Réorientation de la politique du Ministère en matière de services de santé mentale

Le Ministère a commencé à financer les services communautaires de santé mentale en 1976, au moment où la politique ontarienne en matière de santé mentale est passée d'une politique axée sur les soins en établissement psychiatrique à une politique qui met davantage l'accent sur les soins dans la collectivité. Depuis 1998, le Ministère a cédé ses dix hôpitaux psychiatriques provinciaux (HPP) au réseau d'hôpitaux publics pour permettre la coordination et la prestation des services de santé mentale au niveau de la collectivité². Les programmes communautaires de santé mentale traitent les personnes de 16 ans ou plus atteintes d'une maladie mentale grave (MMG), qui représentent environ 2,5 % de la population.

² Dans le cadre de la restructuration globale des hôpitaux et des services de santé à l'échelle de la province, la Commission de restructuration des services de santé (CRSS), un organisme autonome, a donné des conseils finals au ministre de la Santé sur neuf des dix HPP. La CRSS recommandait notamment de transférer la gestion et la gouvernance des HPP à différentes associations hospitalières publiques, existantes ou nouvelles. Dans le cas du dixième hôpital, le Centre de santé mentale de Penetanguishene (CSMP), la CRSS a conseillé seulement de le transférer à une association hospitalière publique sans spécifier d'hôpital d'accueil. Source : Direction des services juridiques, ministère de la Santé et des Soins de longue durée (28 septembre 2009). Le Centre de santé mentale de la rue Queen, qui a été le premier HPP cédé, a été transféré au Centre de toxicomanie et de santé mentale en 1998. Dix ans plus tard, le CSMP a été le dixième et dernier HPP cédé à une association hospitalière publique (qui exerce ses activités sous le même nom). Voir ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction des communications et de l'information, « Mental health centre divestment strengthens local governance and keeps with ministry's stewardship mandate » (La cession des centres de santé mentale renforce la gouvernance locale et cadre avec le mandat de gérance du Ministère), *New Directions* (27 octobre 2008), p. 1-2.

OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

Le Comité était heureux d'avoir l'occasion d'examiner la première vérification du secteur des SCSM par le vérificateur général qui, dans le cadre de son mandat récemment élargi, peut maintenant jeter son regard sur les fournisseurs de services communautaires³. La vérification de 2008 visait à déterminer si le Ministère, en partenariat avec les RLISS et les fournisseurs de services communautaires, disposait des mécanismes voulus pour :

- répondre aux besoins en services de traitement des personnes qui ont des problèmes de santé mentale;
- surveiller les paiements et les services afin d'assurer la conformité aux lois, aux ententes et aux politiques;
- mesurer l'efficacité des programmes communautaires de santé mentale du partenariat et en rendre compte.

Bien que le personnel du vérificateur ait rencontré le personnel du Ministère et des groupes d'intervenants, la vérification portait essentiellement sur les trois RLISS (du Centre, de Champlain et du Sud-Ouest) et les six fournisseurs de SCSM, soit deux fournisseurs de chaque RLISS.

Dans ses vérifications de 2002 et 1997, le vérificateur déplorait le fait que la province n'indiquait pas clairement le niveau de services communautaires que les personnes souffrant d'une MMG pouvaient s'attendre à recevoir. La province ne disposait pas non plus d'une information suffisante pour déterminer si le niveau de soins offerts par les fournisseurs de services communautaires permettait aux clients de vivre une vie pleinement satisfaisante dans la collectivité.

QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ

Dans sa vérification de 2008, le vérificateur faisait remarquer que le Ministère avait réalisé certains progrès, mais qu'il n'avait pas encore répondu de façon satisfaisante à beaucoup de ses préoccupations antérieures. Le Ministère a réussi à réduire le nombre de personnes atteintes de maladies mentales qui vivent dans des établissements, mais il reconnaissait que le succès ultime de cette stratégie dépendait de l'efficacité des systèmes de soutien communautaires. Le vérificateur concluait qu'au fil des ans, les organismes avaient acquis une liberté d'action considérable, qui a abouti à un patchwork de services à travers la province. Comme il est indiqué ci-après, plusieurs grandes questions ont été soulevées dans le cadre de la vérification et cernées par le Comité.

³ Les vérifications antérieures du vérificateur, tenues en 1987, 1997 et 2002, ne s'étendaient pas aux fournisseurs de services communautaires.

Accès aux services

Dans *Franchir les étapes*, un document clé diffusé en 1999 qui énonçait sa politique en matière de services de santé mentale, le Ministère stipulait que toutes les personnes atteintes d'une MMG devraient avoir accès à des services de traitement, de réadaptation et de soutien.

Malgré les importants progrès réalisés dans les SCSM, il n'est pas toujours possible d'avoir accès à ces services en temps opportun partout dans la province. Tous les intervenants reconnaissent qu'il faut aller plus loin pour transformer les services de santé mentale en système de grande envergure axé sur la personne qui élimine les obstacles et qui est plus facile d'accès et de navigation. Mis à part les programmes de logements avec services de soutien, le temps d'attente pour les SCSM était en moyenne de 180 jours, allant de huit semaines à un an ou plus.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère améliore la coordination avec les RLISS et les autres ministères qui servent les personnes ayant des troubles mentaux. Les RLISS devaient aussi travailler, en collaboration avec les fournisseurs de services, à améliorer la fiabilité de l'information sur les listes et les temps d'attente et utiliser cette information pour déterminer les types et niveaux de service à prioriser.

Listes d'attente et autres problèmes d'accès aux services communautaires de santé mentale

Durant les audiences publiques, le Comité a appris que des membres du public avaient communiqué avec leurs députés locaux pour exprimer leurs préoccupations concernant le manque d'accès en temps opportun aux services de santé mentale offerts par des fournisseurs locaux. Les membres du Comité ont demandé au Ministère qui devait rendre compte de l'accès à ces services — le fournisseur, le RLISS ou le Ministère. Lors des discussions, le Ministère a indiqué que, comme le fournisseur avait signé une entente de services avec le RLISS, c'était lui qui devait rendre compte de l'accès aux services. Lorsqu'on a ajouté que le fournisseur avait souligné que ses ressources étaient limitées et qu'il avait dû établir une liste d'attente, il a été suggéré aux députés de faire part de leurs préoccupations au RLISS.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

- 1. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en consultation avec les RLISS, présente un rapport au Comité permanent pour confirmer qu'il établit des seuils-repères provinciaux, par exemple en ce qui concerne les temps d'attente pour les services communautaires de santé mentale. Le rapport devrait indiquer les étapes et les délais associés à cette initiative. Enfin, le rapport devrait indiquer si la communication des temps d'attente cibles constituait désormais (ou constituera) un élément des ententes de responsabilisation en matière de services conclues entre les RLISS et les fournisseurs de services communautaires de santé mentale.**

Certains députés ont également attiré l'attention du Comité sur les difficultés éprouvées par leurs commettants qui cherchent à obtenir des services d'intervention d'urgence pour un parent ou un ami qui ne se rend pas compte qu'il souffre d'une MMG et qui pourrait constituer un danger pour lui-même ou pour d'autres. Ils ont cité de récents articles parus dans la presse sur ce sujet. Un de ces articles concernait un homme isolé qui était mort tout seul dans son appartement. Des membres du Comité ont fait valoir au Ministère que ces exemples, et d'autres cas fréquemment mentionnés dans la presse, pourraient justifier une modification aux lois ontariennes sur la santé mentale, afin de reconnaître la nécessité de protéger à la fois les personnes atteintes d'une MMG et la société.

Le dernier examen de cette question par l'Assemblée législative remonte à 2000, lorsque l'Assemblée a modifié la *Loi sur la santé mentale* de façon à permettre les ordonnances de traitement en milieu communautaire (OTMC)⁴. Le Ministère a dit que ni le public ni les fournisseurs de traitements n'avaient exercé de fortes pressions sur lui pour qu'il modifie cet aspect de la loi et que le cadre législatif en vigueur lui semblait donc approprié.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

2. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent un rapport indiquant (i) si, à son avis, la *Loi sur la santé mentale* répond de façon adéquate aux besoins de ceux qui cherchent à obtenir des services appropriés pour des personnes atteintes d'une maladie mentale grave qui refusent de se faire traiter ou qui présentent un danger pour elles-mêmes et pour autrui; et (ii) si le Ministère tient des statistiques sur le manque de services appropriés dans de telles circonstances.**

Coordination de l'accès aux services

Dans *Franchir les étapes*, son document de politique publié en 1999, le gouvernement de l'Ontario indiquait que « l'accès aux services de santé mentale est parfois lent ou difficile ». C'est encore vrai dix ans plus tard. En 2008, le vérificateur a observé un manque de coordination et de collaboration officiels entre les principaux intervenants, soit les fournisseurs de SCSM, les ministères compétents et les RLISS. Une des principales raisons pour lesquelles les RLISS ont été créés était le manque de coordination et d'intégration des SCSM, qui préoccupait le Ministère. Pour de nombreuses personnes, il s'agissait essentiellement d'un système déroutant composé d'un grand nombre de fournisseurs de services et de points d'accès multiples.

Le vérificateur a recommandé au Ministère d'améliorer la coordination avec les RLISS et les autres ministères qui servent les personnes atteintes d'une maladie mentale. Il a également recommandé que le Ministère fournisse un soutien aux

⁴ L'ordonnance de traitement en milieu communautaire permet à une personne atteinte d'une MMG d'obtenir un traitement ou des soins et une supervision en milieu communautaire au lieu d'être détenue dans un établissement psychiatrique. Pour en savoir plus sur les OTMC, voir Ontario, Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2008*, Toronto, le Bureau, décembre 2008, p. 223.

RLISS, particulièrement en ce qui concerne le transfert des connaissances et la disponibilité des données, pour que les RLISS puissent coordonner et superviser efficacement les fournisseurs de services. Il a ajouté que les fournisseurs compteraient sur le leadership et l'assistance des RLISS afin d'améliorer la coordination et la collaboration entre les fournisseurs de services de santé.

Durant les audiences publiques, le Comité a été informé des initiatives de coordination et de collaboration entre les ministères, dont la mise en commun des pratiques exemplaires. Le Ministère a indiqué qu'il existait une grande collaboration entre les ministères et entre les RLISS et les municipalités. Le Comité a entendu parler des initiatives lancées dans le domaine de la justice pénale par l'entremise du ministère du Procureur général et du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, qui portent sur des programmes de services psychiatriques médicolégaux et de déjudiciarisation. Dans un autre cas, le ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) collaborent à l'initiative des patients ayant des troubles jumelés — c'est-à-dire les personnes ayant une déficience mentale qui souffrent aussi d'une maladie mentale⁵. Une nouvelle directive générale conjointe a récemment été publiée afin de préciser les responsabilités respectives des deux ministères qui servent ces clients⁶. Le MSSC est le principal responsable, mais il est appuyé activement par le MSSLD par l'entremise des RLISS et des fournisseurs locaux.

Des membres du Comité ont posé des questions au sujet des clients les plus vulnérables du secteur, c'est-à-dire ceux qui souffrent d'une maladie mentale et qui vivent dans des maisons de refuge ou des foyers de groupe ou dans la rue et qui ont tendance à tomber entre les mailles du filet. Ils se demandaient comment ces clients pouvaient obtenir des services de santé mentale appropriés en temps opportun, étant donné la structure plutôt déroutante et les points d'accès multiples du système.

Une des témoins a fait remarquer que les personnes atteintes d'une MMG qui quittent une maison de refuge ou un foyer de groupe deviennent souvent la responsabilité des travailleurs des services d'urgence (policiers, ambulanciers, salles d'urgence des hôpitaux locaux). Elle a d'ailleurs cité une statistique intéressante : que la police municipale de London répondait à deux fois plus d'appels pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale que pour des

⁵ D'après la National Association for the Dually Diagnosed (NADD), 30 % des personnes qui ont une déficience développementale ont aussi des troubles de santé mentale. Si l'on utilise ce pourcentage (30 %), il y aurait environ 37 620 patients ayant des troubles jumelés en Ontario.

⁶ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC), *Directive stratégique conjointe pour la prestation de services communautaires de santé mentale et de soutien aux adultes ayant une déficience intellectuelle et des troubles jumelés* (décembre 2008). Site Web

(http://www.health.gov.on.ca/french/providers/pubf/mental/f/joint_policy_guidelinef.pdf) consulté en janvier 2009. Les services aux adultes de 18 ans et plus qui ont des troubles jumelés sont une responsabilité partagée par les deux ministères. Les jeunes de 16 et 17 ans qui ont des troubles jumelés sont pris en charge par le MSSLD, le MSSC et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ), qui est responsable des services de développement et de santé mentale aux enfants et aux jeunes de moins de 18 ans.

accidents de voiture avec blessures. À son avis, pour corriger cette situation, tous les ministères concernés doivent unir leurs efforts au niveau bureaucratique pour trouver des moyens d'éloigner ces clients des salles d'urgence des hôpitaux et du système de justice pénale et de les diriger plutôt vers des SCSM qui répondent à leurs besoins.

Selon d'autres témoins, ces situations nécessitent le renforcement de la gestion de cas intensive ainsi que la collaboration et coopération des multiples fournisseurs et intervenants. Ces témoins ont souligné que le système de soins de santé de l'Ontario avait tendance à donner de mauvais résultats en cas de transition d'un fournisseur à un autre, et que ce problème n'était pas spécifique aux services de santé mentale. Les RLISS reconnaissent les lacunes du système et voudraient mobiliser les intervenants en vue de la mise en place d'un système global axé sur les patients — afin d'assurer une transition sans heurt des patients entre les fournisseurs.

Certains membres du Comité ont laissé entendre que les professionnels de la santé du secteur des SCSM et des établissements de soins de longue durée pourraient former des partenariats de travail pour aider à enseigner au personnel des foyers comment assurer une gestion plus efficace des résidents qui souffrent de démence. Le Comité a appris que, dans un des RLISS, un psychiatre bien connu avait commencé à sensibiliser le personnel aux besoins de ces résidents. Le Ministère a reconnu la nécessité de former et d'éduquer le personnel, mais il lui semblait plus important de répondre aux besoins des résidents dans les foyers mêmes plutôt que d'essayer de créer des mécanismes de renvoi vers les fournisseurs de services psychiatriques à l'extérieur des foyers.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

- 3. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en consultation avec le ministère des Services sociaux et communautaires, présente au Comité permanent un rapport d'étape sur la nouvelle directive stratégique conjointe pour la prestation des services de santé mentale et de soutien aux adultes ayant des troubles jumelés. Le Comité veut particulièrement savoir :**
 - **dans quelle mesure la nouvelle directive aide les fournisseurs sur le terrain à servir les personnes ayant une déficience développementale qui ont aussi des problèmes de santé mentale;**
 - **si le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère des Services sociaux et communautaires connaissent bien leurs responsabilités respectives et réussissent à coordonner les services à ces personnes;**
 - **quand les deux ministères évalueront l'efficacité des lignes directrices conjointes.**

4. **Les RLISS présentent au Comité permanent un rapport expliquant comment ils prévoient intégrer les services de santé mentale. Ce rapport doit préciser les modalités des transitions entre tous les intervenants du système; indiquer si les RLISS ont envisagé d'établir un point d'accès unique; et, le cas échéant, estimer le calendrier d'exécution.**
5. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée consulte le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels (MSCSC) et soumette au Comité permanent un rapport précisant :**
 - **si le MSCSC recueille des statistiques auprès des services locaux de police (incluant la Police provinciale de l'Ontario) qui suivent les tendances associées aux interactions entre la police et les personnes souffrant d'une maladie mentale en situation de crise;**
 - **le genre de formation disponible pour aider la police à interagir de façon compétente et professionnelle dans toutes les situations mettant en cause des personnes souffrant d'une maladie mentale grave dans la collectivité.**

Financement

Entre 2003-2004 et 2007-2008, les dépenses liées aux services communautaires de santé mentale sont passées de 409 à 647 millions de dollars. Cette augmentation de 58 % découlait de l'accord quadriennal conclu avec le gouvernement fédéral, qui prévoyait l'affectation de 117 millions de dollars, et de l'entente biennale d'amélioration des services conclue avec le gouvernement provincial, qui injectait 50 millions de dollars. Les fonds prévus par l'accord élargissaient les services dans les domaines de l'intervention en cas de crise, de la gestion de cas intensive, de l'intervention précoce dans le traitement de la psychose et des équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD). Les sommes investies dans l'amélioration des services sont censées éviter que les personnes atteintes d'une MMG ne se retrouvent dans le système de justice pénale et le système correctionnel.

Bien que les nouveaux investissements aient bénéficié certains fournisseurs de SCSSM, la majorité d'entre eux n'ont reçu aucuns fonds additionnels outre une augmentation annuelle de 1,5 % ces dernières années.

Le vérificateur a recommandé que les RLISS, en consultation avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, mettent en place la capacité et les ressources communautaires nécessaires pour servir les personnes atteintes d'une MMG qui obtiennent leur congé d'un établissement.

Écarts salariaux entre les secteurs communautaire et institutionnel

Durant les audiences publiques, des membres du Comité se sont penchés sur les différences de salaire entre les fournisseurs de services de santé mentale qui

travaillent dans la collectivité et ceux qui travaillent dans des hôpitaux. D'après un témoin, l'écart salarial entre les membres du personnel infirmier qui travaillent dans la collectivité et ceux qui travaillent dans des hôpitaux se situerait entre 10 % et 15 % (sans les avantages sociaux). Lorsque les avantages sociaux sont pris en compte, l'écart est encore plus grand. Le sous-financement entraîne des problèmes : difficulté de recruter et de retenir le personnel basé dans la collectivité, taux élevé de roulement des employés, réduction du niveau de service et du nombre de cas traités, et moins de continuité dans la gestion des cas. Le témoin travaille pour un organisme dont le financement a augmenté de 1,5 % par rapport à l'exercice précédent — alors que la convention collective prévoyait une hausse de 3,25 %. Pour équilibrer le budget, les organismes sous-financés doivent réduire le nombre d'employés et les niveaux de service à la clientèle.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

- 6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS présentent au Comité permanent un rapport indiquant les mesures prises pour rétrécir les écarts de rémunération entre les fournisseurs des services de santé mentale qui travaillent dans la collectivité et ceux qui travaillent en établissement.**

Financement antérieur et financement fondé sur les besoins

Selon le rapport fédéral intitulé *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de santé mentale*, l'allocation des ressources est plus efficace et plus équitable quand elle est fondée sur les besoins réels plutôt que sur les niveaux de financement antérieurs. Le financement fondé sur les besoins achemine les ressources là où l'on en a le plus besoin, indépendamment des relations antérieures avec les fournisseurs de services et de l'utilisation faite des fonds par le passé.

Le vérificateur a constaté que le financement moyen par personne des SCSM pour l'ensemble de la province se situait à environ 42 \$. Cette pratique a entraîné entre les régions des différences considérables du financement moyen par personne, dont le montant peut varier entre 115 \$ et 19 \$ selon le lieu de résidence dans la province. Ces moyennes régionales très variables ne reflètent pas nécessairement les besoins actuels en santé mentale.

Notant que les personnes ayant des besoins semblables devraient recevoir un niveau semblable de soutien et de services communautaires, le vérificateur a recommandé que le Ministère et les RLISS recueillent des données complètes et établissent des estimations des coûts pour examiner les différences régionales au chapitre des caractéristiques de la population, des besoins et des risques en matière de santé, de manière à ce que le financement accordé corresponde à la demande de services et à la valeur de ces services.

Durant les audiences, des membres du Comité ont demandé au Ministère si, au moment de transférer la responsabilité des SCSM aux RLISS, le Ministère comptait uniformiser les règles du jeu et transférer les services et les ressources

aux RLISS de manière à respecter le principe de l'équité et de l'uniformité des niveaux de service et des soutiens.

Le Ministère a répondu qu'aucun ajustement de ce genre n'avait été apporté au moment du transfert; il s'est contenté de transférer les ententes existantes avec ses organismes aux RLISS. Dans l'avenir, les RLISS détermineront les lacunes ou les besoins à combler et les fonds requis dans les futurs cycles budgétaires.

D'après certains membres du Comité, les fonds affectés aux organismes devraient être rendus publics afin d'attirer l'attention sur les régions de la province qui pourraient être surfinancées ou sous-financés par rapport à leurs besoins. Les députés étaient d'avis qu'il faudrait allouer plus de ressources aux RLISS qui doivent traiter un plus grand nombre de cas de santé mentale, car leurs besoins sont plus grands.

Nouvelle méthode de financement fondée sur la santé

Le Ministère est en train d'étudier un nouveau modèle de financement et outil de gestion des soins de santé en Ontario, appelé Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS), selon lequel le financement serait fonction d'une évaluation de l'état de santé de la population locale et d'autres facteurs démographiques. Le MAS sera également appliqué au secteur des SCSM. Le rythme d'élaboration du modèle dépendra de facteurs tels que la disponibilité et la qualité des données. Le Ministère estimait que la mise en œuvre du MAS pour les SCSM prendrait 24 mois, ce qui semblait excessif à certains membres du Comité.

Le Ministère a expliqué que le nouveau modèle de financement exigeait des données sur la population et que, dans certains cas, ces données étaient incomplètes ou peu fiables. Une fois qu'il aura comblé ces lacunes, le Ministère mettra le modèle à l'épreuve pour s'assurer qu'il s'agit bien d'un moyen équitable et exact d'affecter les fonds.

Le Ministère a exprimé des préoccupations concernant la fiabilité des renseignements fournis par un grand nombre d'agents — dont 330 organismes communautaires de services de santé et plusieurs hôpitaux publics. Il doit aussi relever le défi de s'assurer que le modèle de financement fonctionne bien. En attendant la mise en place du nouveau modèle de financement, le Ministère continuera d'affecter des ressources aux fournisseurs de SCSM par l'entremise des RLISS.

L'affectation de fonds aux fournisseurs de SCSM, dont le nombre s'élève à 330 ou plus, soulève certaines questions clés. Des membres se sont demandé si les RLISS et le Ministère connaissaient bien tous ces organismes disparates, dont certains jouissent d'une autonomie considérable. Ils se demandaient aussi ce qu'on savait au sujet des fournisseurs. Y a-t-il des informations disponibles sur leurs services?

Les services sont-ils fournis et sont-ils efficaces? Les organismes offrent-ils à la province des services en accord avec le financement reçu⁷?

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

7. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent un rapport expliquant comment le Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS) corrigera le problème du financement fondé sur les niveaux antérieurs, qui a entraîné des disparités régionales dans le financement des programmes. Le rapport doit également indiquer quand le Ministère peut s'attendre à ce que le MAS devienne la principale méthode de financement des SCSM dans la province. Enfin, le rapport doit indiquer si le Ministère et les RLISS souscrivent à la position du Comité permanent, à savoir que les ententes de service entre les RLISS et les fournisseurs de ce secteur devraient être signées avant que les fonds ne soient versés en vertu du MAS.**
8. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport indiquant s'il comprend bien les services précis fournis par chacun des quelque 330 fournisseurs de services communautaires de santé mentale.**

Logement

Beaucoup de personnes qui souffrent d'une MMG sont sans abri. En moyenne, de 30 % à 35 % des sans-abri ont des problèmes de santé mentale. Le logement, un déterminant clé de la santé, joue un rôle crucial dans tout système efficace de SCSM. Les clients atteints d'une maladie mentale qui peuvent choisir leur logement sont plus susceptibles de voir leur bien-être s'améliorer. Le logement avec services de soutien offre des mesures de soutien personnalisées, souples et axées sur la réadaptation en vue d'aider les clients à améliorer leur capacité de vivre dans la collectivité et d'accroître au maximum leur autonomie.

Le Ministère reste la seule source de financement provinciale tant pour le volet *services de soutien* que pour le volet *logement* du logement avec services de soutien. Au moment de la vérification, environ 8 000 logements avec services de soutien en santé mentale, gérés par 86 fournisseurs, étaient disponibles en Ontario. Sur ce nombre, environ 3 300 étaient des logements « spécialisés »

⁷ Les membres du Comité permanent ont entendu des témoignages sur un sujet semblable durant les audiences tenues sur les services de santé mentale aux enfants et aux jeunes (section 3.04 du *Rapport annuel 2008* du vérificateur général). Un des témoins qui ont comparu à ces audiences a souligné qu'une centaine d'organismes formaient l'épine dorsale du système ontarien de services communautaires de santé mentale pour enfants. Il a qualifié ces organismes de centre d'expertise clinique et de recherche sur la prestation des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes. Bien qu'environ 440 organismes bénéficiaires de paiements de transfert participent à ce programme, le témoin a été incapable d'identifier environ 300 d'entre elles. Voir Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, 39^e législature, 1^{re} session, 29 avril 2009, p. 346-347.

achetés par les fournisseurs avec des fonds publics et exploités par des fournisseurs sans but lucratif, et 4 600 étaient des logements avec « supplément au loyer » loués par les fournisseurs auprès de propriétaires du secteur privé. Le Ministère verse un supplément au fournisseur pour couvrir une partie du coût du loyer mensuel des clients.

Pénuries de logements avec services de soutien

On relève un manque criant de logements avec services de soutien en Ontario, les délais d'attente allant d'un à six ans. Ces logements sont répartis de façon inégale dans la province. Un RLISS en comptait 20 par tranche de 100 000 personnes, alors qu'un autre en comptait 273 pour la même population. Par ailleurs, la région du grand Toronto (RGT) affichait des taux d'inoccupation pouvant atteindre 26 %, tandis que d'autres régions connaissaient de graves pénuries.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère et les RLISS s'attaquent à plusieurs problèmes associés au logement avec services de soutien. Ils devraient commencer par améliorer la collecte des données et la surveillance du système pour pouvoir déterminer le nombre et le type de logements requis, les régions où il y a pénurie importante de logements avec services de soutien, les besoins non comblés ainsi que les taux d'occupation ou d'inoccupation. Ils devraient aussi déterminer si les soins fournis aux clients qui habitent ces logements sont adéquats et appropriés, en plus de veiller à ce que le financement en capital unique soit dépensé en temps opportun et de façon judicieuse.

Durant les audiences publiques, un des témoins a déclaré que le système de SCSM avait un besoin criant de logements avec services de soutien abordables et sûrs. Beaucoup de personnes atteintes d'une MMG passent de longues périodes dans des maisons de refuge, des prisons ou des hôpitaux de soins actifs. Le témoin a souligné que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée avait investi beaucoup d'argent dans ce domaine, mais que le secteur restait sous-financé dans une proportion dépassant 100 %. La demande actuelle est forte et dépasse largement l'offre.

Le Ministère a informé le Comité qu'au cours des quatre dernières années, la province avait ajouté 2 250 nouveaux logements avec services de soutien et réparti un budget d'environ 36,5 millions de dollars entre 14 RLISS. Le Ministère est responsable d'environ 12 500 lits. De ce nombre, environ 8 500 sont occupés par des personnes souffrant d'une maladie mentale. Le Ministère exploite également près d'un millier d'établissements avec lits de soins spéciaux. Il prévoit d'ajouter 1 000 lits avec services de soutien d'ici deux ans.

Plusieurs témoins ont mis l'accent sur le volet *soutien* des logements avec services de soutien. Ils considéraient ces logements comme un investissement clé qui aide dans une grande mesure à atténuer les problèmes graves et persistants des sans-abri atteints d'une maladie mentale. À leur avis, les services de logement ne seront efficaces que si un soutien continu en santé mentale est offert.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

- 9. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS présentent au Comité permanent un rapport indiquant les ressources ou outils dont ils auront besoin pour évaluer la très forte demande de logement avec services de soutien dans le secteur des services communautaires de santé mentale. Le rapport devrait aussi indiquer les mesures prises pour gérer la demande, et si le Ministère convient avec le Comité qu'il devrait attribuer les nouveaux logements avec services de soutien aux RLISS qui ont les plus grands besoins.**

Normes applicables aux programmes

De nombreux programmes communautaires de santé mentale ne sont pas assujettis à des normes

Étant donné qu'un nombre croissant de personnes reçoivent des services de santé mentale dans la collectivité, il importe de mettre en place des normes mesurables et significatives pour s'assurer que les programmes répondent aux besoins des clients. Sans ces normes et critères, notamment en ce qui concerne les qualifications du personnel et les ratios personnel/clients, il est difficile de déterminer si les personnes atteintes d'une MMG reçoivent le niveau et la qualité de services dont elles ont besoin.

En 2008, comme en 2002, le vérificateur a constaté que le Ministère n'avait pas encore établi de normes définissant les services et la qualité acceptables pour la plupart des programmes financés de SCSM. Par exemple, trois programmes — les lits d'hébergement d'urgence temporaire, les ordonnances de traitement en milieu communautaire et le programme d'intervention précoce en psychose — qui ont servi environ 10 000 clients ontariens en 2006-2007, n'ont pas de normes provinciales à respecter.

Le Ministère a établi des normes provinciales pour les équipes de TCD, la gestion de cas intensive et l'intervention en cas de crise, mais le vérificateur a constaté que ni le Ministère ni les RLISS ne vérifiaient si les niveaux de service respectaient les normes. Certains fournisseurs de services ont dit qu'aucun membre du personnel du Ministère ou d'un RLISS n'avait communiqué avec eux au cours des cinq dernières années. Les équipes de TCD étaient assujetties à des normes, mais le nombre moyen de cas traités était inférieur à l'objectif. De plus, étant donné l'exactitude et la fiabilité douteuses des données des équipes, il était difficile de mesurer le rendement de chaque équipe par rapport aux normes.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère et les RLISS établissent des normes provinciales; des critères de rendement et des indicateurs de résultats pour les programmes les plus cruciaux afin de pouvoir évaluer la qualité et le coût des services. Le Ministère et les RLISS devraient aussi améliorer la collecte et la communication des données afin de recueillir une information pertinente, exacte et uniforme à l'échelle de la province aux fins de la surveillance du rendement.

Durant les audiences, le Ministère a fait remarqué que ses rôles et responsabilités globales incluaient l'établissement des normes applicables aux politiques et aux programmes provinciaux. Le Comité a demandé au Ministère quelles normes provinciales il s'attendait à ce que les RLISS utilisent lorsque la responsabilité du secteur des SCSM leur était transférée. Le Ministère a répondu que l'élaboration de normes provinciales dans ce secteur se poursuivait en raison de différents facteurs identifiés ailleurs dans le rapport du vérificateur, dont les nuances et la complexité du système de prestation des SCSM ainsi que les problèmes associés à la collecte, la qualité et la communication des données, dont le manque d'automatisation de certains petits fournisseurs. Le Ministère reconnaît que l'établissement des normes applicables aux politiques et aux programmes provinciaux constitue un défi de taille pour le Ministère, les RLISS et les fournisseurs de services, mais qu'il y a effectivement du travail à faire dans ce domaine.

Le Comité a posé des questions aux témoins sur le rendement et la surveillance des équipes de TCD, qui est un des seuls programmes de SCSM assujettis à des normes provinciales⁸. Le Comité a appris que les équipes étaient exigeantes en ressources mais qu'elles aidaient les clients à demeurer dans leurs collectivités au lieu d'aller dans des hôpitaux. Les équipes avaient une bonne réputation mais les temps d'attente allaient souvent de huit mois à un an. L'augmentation des fonds affectés aux SCSM ces dernières années a permis de constituer 20 équipes de TCD de plus en Ontario.

Le Comité a souligné que, dans son rapport de 2008, le vérificateur indiquait que le nombre moyen de cas des équipes de TCD était de 63, ce qui est bien inférieur à l'objectif de 80 à 100 clients par équipe. Le Ministère a répondu que certaines équipes n'atteignaient pas encore l'objectif parce qu'elles étaient nouvelles. Il a promis non seulement de relever les niveaux de rendement des équipes, mais aussi d'améliorer l'exactitude et la fiabilité de l'information communiquée par les équipes, comme le recommandait le vérificateur.

Le Comité est d'avis qu'en réglant le problème du manque de normes applicables à plusieurs programmes communautaires de santé mentale, le Ministère se trouvera à combler d'autres lacunes dans ce secteur.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

⁸ Les équipes de traitement communautaire dynamique (TCD) constituent une solution de rechange à l'hospitalisation des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Elles fournissent un soutien continu, personnalisé et intensif dans le but d'aider les clients à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour vivre dans la collectivité. Chaque équipe multidisciplinaire fournit un éventail complet de services à une clientèle de 80 à 100 personnes. Chaque équipe se compose d'un personnel clinique de 9 à 12 membres, dont un psychiatre, des infirmières et infirmiers, un adjoint de programme et un coordonnateur d'équipe. Les services sont offerts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ontario, Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2008*, Toronto, le Bureau, décembre 2008, p. 221.

- 10. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport indiquant les grandes mesures à prendre pour élaborer des normes à appliquer aux programmes communautaires de santé mentale qui n'en ont pas pour le moment. Le rapport devrait aussi préciser l'ordre des étapes et les délais associés à chacune.**

Mesure du rendement et rapports

Dans *Franchir les étapes*, son document de politique publié en 1999, le Ministère expliquait qu'un des buts de la réforme du système de santé mentale était d'établir « un partage bien clair des responsabilités en matière de gestion du système et de prestation des services par la définition d'objectifs opérationnels et de mesures du rendement explicites ». Les indicateurs de rendement, qui sont des mesures quantifiables, reflètent les facteurs essentiels au succès d'un programme ou service, offrant un moyen utile de mesurer les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs et d'en rendre compte.

Objectifs opérationnels et indicateurs de rendement du Ministère

Dans son rapport *Franchir les étapes*, le Ministère confirmait la nécessité d'élaborer des objectifs opérationnels et des indicateurs de rendement. En 2007, le Ministère a présenté son plan stratégique pour la santé mentale et son tableau de bord du système de santé mentale. C'est un pas dans la bonne direction, mais le Ministère et les RLISS ne disposent pas encore d'une information suffisante pour évaluer le caractère adéquat des soins communautaires reçus par les personnes atteintes d'une MMG⁹. Le Ministère n'a pas encore établi de cibles ou de critères mesurables et significatifs pour chacun des indicateurs jugés prêts à être pleinement mis en œuvre, alors que le vérificateur avait déjà souligné ce besoin dans ses rapports annuels de 1997 et 2002. Le Ministère reconnaît que le manque de critères l'empêche de mesurer et de comparer le rendement des fournisseurs de services.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère mène à bien la mise en œuvre de son ensemble exhaustif d'indicateurs du rendement et établisse des objectifs ou des critères qui lui permettront, à lui et aux RLISS, d'évaluer adéquatement le rendement des fournisseurs de services. Le Ministère devrait améliorer les systèmes d'information de manière à pouvoir recueillir les données complètes, exactes et utiles dont il a besoin pour prendre des décisions et déterminer l'efficacité des services. Le vérificateur a également recommandé que le Ministère présente des rapports publics périodiques sur les indicateurs de rendement du secteur des SCSM.

⁹ Les objectifs du plan stratégique pour la santé mentale sont liés aux 29 indicateurs du tableau de bord du système de santé mentale afin de permettre au Ministère de déterminer ce qu'il doit faire pour améliorer le rendement, obtenir les résultats souhaités et renforcer la responsabilisation. Environ la moitié des indicateurs ne sont pas encore prêts à être mis en œuvre en raison du manque de sources de données ou des problèmes de mesure du rendement. Voir le *Rapport annuel 2008* du vérificateur général, p. 225.

Durant les audiences publiques, le Ministère a parlé de son engagement à recueillir de l'information sur les services et les clients de ce secteur. Au cours des cinq dernières années, il a investi des ressources et des fonds dans la mise en œuvre du Système d'information de gestion (SIG) et du fichier de données communes sur la santé mentale (FDCSM). Le Ministère a mis à l'essai avec succès et envisage de mettre en œuvre l'outil commun d'évaluation de la santé mentale communautaire, qui aidera les fournisseurs de toute la province à mieux comprendre les besoins des clients et à y répondre. Dans son rapport annuel, le vérificateur notait que 80 % à 90 % des fournisseurs de services se conformaient aux exigences établies en matière de communication de données, mais qu'il fallait faire de plus grands efforts dans ce domaine.

Le Ministère reconnaît que les fournisseurs de services doivent améliorer la qualité de leurs données, et il s'emploie avec les RLISS à déterminer la meilleure façon d'aider les fournisseurs à gérer cet aspect de leurs opérations.

La question de la collecte, la qualité et la communication des données revenait fréquemment durant les audiences publiques et les discussions du Comité sur la plupart des sujets abordés, soit l'accès aux SCSM, le financement, le logement avec services de soutien et les normes applicables aux programmes provinciaux. On a également laissé entendre que les problèmes associés aux données étaient exacerbés par le fait que le personnel du Ministère ou des RLISS ne surveillait pas les fournisseurs de services, qui manquaient parfois d'expertise, de ressources, de clarté et de soutien, et qu'il ne leur fournissait pas une rétroaction en temps opportun. Le Comité est d'avis que la question des données est essentielle pour les SCSM, car seules des données complètes, exactes et pertinentes peuvent servir à mesurer l'efficacité des services dans ce secteur et à en rendre compte.

Le Comité n'a pas l'intention d'imposer des exigences indues en matière de rapports aux petits fournisseurs de SCSM. Mais il reconnaît également que les RLISS et le Ministère doivent obtenir des renseignements auprès de ces organismes à des fins décisionnelles.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

- 11. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport indiquant les mesures prises pour s'assurer que les fournisseurs de services communautaires de santé mentale recueillent des données complètes, utiles et exactes. Le rapport devrait aussi préciser si le Ministère ou les RLISS examinent cette information et font part de leurs préoccupations aux fournisseurs en temps opportun.**

Surveillance et responsabilisation

À titre d'organismes de la Couronne, les RLISS sont chargés de gérer les fournisseurs de services du système de santé local pour le compte du Ministère. Il est donc crucial que le Ministère dispose de mécanismes de surveillance adéquats. En fin de compte, tous les partenaires du système – le Ministère, les RLISS et les

fournisseurs de SCSM – doivent rendre compte à la population ontarienne des mesures prises pour répondre aux besoins des personnes atteintes d’une maladie mentale.

Ententes de responsabilisation en matière de services et barèmes de rendement

La principale méthode employée pour responsabiliser les fournisseurs est de leur faire signer une entente en matière de services qui stipule les rapports à produire et les résultats précis et mesurables à obtenir. Les ententes actuelles entre le Ministère et les fournisseurs de services seront maintenues jusqu’à ce que les RLISS négocient de nouvelles ententes avec leurs fournisseurs. De nouvelles ententes dans ce secteur ont été négociées en 2008-2009 et sont entrées en vigueur le 1^{er} avril 2009. Ces nouvelles ententes doivent comprendre des barèmes de rendement qui permettront aux RLISS de mesurer le rendement des fournisseurs de services par rapport aux attentes. Cependant, les ententes n’avaient pas encore été finalisées au moment de la vérification.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère établisse des mécanismes d’assurance de la conformité pour surveiller le respect des priorités établies par les RLISS et fournir à ces derniers une rétroaction sur les améliorations à apporter à leurs activités. Il a également recommandé que les RLISS, en collaboration avec le Ministère, élaborent des lignes directrices sur la surveillance des fournisseurs de services.

Durant les audiences publiques, le Ministère et les RLISS ont clarifié leurs rapports de responsabilisation entre eux et avec les fournisseurs de services. Le Ministère a conclu des ententes de responsabilisation avec chacun des 14 RLISS. Les ententes de responsabilisation RLISS-Ministère énoncent les attentes du gouvernement et spécifient un niveau de transfert des dépenses aux RLISS pour les SCSM ainsi qu’un ensemble de directives opérationnelles.

Les RLISS sont chargés de planifier, de financer, d’intégrer et d’assurer la surveillance des fournisseurs de SCSM. Le Ministère travaille en étroite collaboration avec les RLISS pour cerner et corriger les lacunes en matière de service. Lorsque le Ministère a transféré la responsabilité des SCSM aux RLISS en avril 2007, les ententes de services qui existaient entre le Ministère et les fournisseurs de services ont été transférées aux RLISS, qui ont alors assumé la responsabilité de négocier les nouvelles ententes avec les fournisseurs de services. Le Comité a appris que les RLISS étaient en train d’établir de nouvelles ententes de responsabilisation avec plus de 300 fournisseurs de SCSM à l’aide d’un gabarit commun. Les RLISS s’attendaient à ce que toutes les ententes soient signées avant le 31 mars 2009, à temps pour le début du prochain exercice.

Avant l’établissement des RLISS, les fournisseurs de SCSM « faisaient rapport » aux sept bureaux régionaux du Ministère. Durant les audiences, le Ministère a indiqué que, depuis l’établissement des RLISS, les fournisseurs de services continuent de rendre compte au Ministère qui, à son tour, transmet l’information

aux RLISS. Ceci permet d'éviter les « rapports en double », selon le Ministère¹⁰. Les RLISS exercent toutefois une certaine influence sur les fournisseurs de services au moment de déterminer les nouvelles exigences en matière de rapports. Le Ministère et/ou les RLISS définiraient alors ces exigences en ajustant les ententes de responsabilisation entre les RLISS et les fournisseurs de services.

Lorsqu'on lui a demandé de décrire ses rapports hiérarchiques avec les fournisseurs de SCSM et les RLISS, le Ministère a expliqué que les fournisseurs de services rendaient compte au Ministère plutôt qu'aux RLISS. Cette relation semble contredire les observations préliminaires du sous-ministre, selon qui « les organismes communautaires de santé mentale font aujourd'hui rapport par l'entremise des RLISS »¹¹. Le Comité a demandé des éclaircissements au Ministère.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

12. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport clarifiant les rapports hiérarchiques existants entre les fournisseurs de services communautaires de santé mentale, les RLISS et le Ministère. Le rapport doit indiquer comment les rapports répondraient aux besoins en information de chaque partie sans imposer de fardeau indu aux fournisseurs de services.

¹⁰ En réponse à un membre du Comité qui lui demandait si les RLISS allaient recueillir des données auprès des organismes, le sous-ministre a déclaré : « [Les RLISS] ne les recueillent pas directement. Dans tous les rapports que nous avons publiés depuis l'établissement des RLISS, nous avons essayé de ne pas établir de systèmes de rapports en double. Ainsi, dans le cas des rapports provinciaux et des nouvelles exigences en matière d'information, nous continuons de nous fier aux rapports soumis par les organismes par la voie des filières normales du Ministère. Le Ministère transmet ensuite l'information aux RLISS, au lieu de créer des processus de rapports en double. » Voir Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, 39^e législature, 1^{re} session, 18 février 2009, p. 227.

¹¹ Ibid.

LISTE RÉCAPITULATIVE DES RECOMMANDATIONS

Le Comité demande que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée remette au greffier du Comité une réponse écrite aux recommandations suivantes dans un délai de 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport au président de l'Assemblée législative.

1. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en consultation avec les RLISS, présente un rapport au Comité permanent pour confirmer qu'il établit des seuils-repères provinciaux, par exemple en ce qui concerne les temps d'attente pour les services communautaires de santé mentale. Le rapport devrait indiquer les étapes et les délais associés à cette initiative. Enfin, le rapport devrait indiquer si la communication des temps d'attente cibles constituait désormais (ou constituera) un élément des ententes de responsabilisation en matière de services conclues entre les RLISS et les fournisseurs de services communautaires de santé mentale.**
2. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent un rapport indiquant (i) si, à son avis, la *Loi sur la santé mentale* répond de façon adéquaté aux besoins de ceux qui cherchent à obtenir des services appropriés pour des personnes atteintes d'une maladie mentale grave qui refusent de se faire traiter ou qui présentent un danger pour elles-mêmes et pour autrui; et (ii) si le Ministère tient des statistiques sur le manque de services appropriés dans de telles circonstances.**
3. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en consultation avec le ministère des Services sociaux et communautaires, présente au Comité permanent un rapport d'étape sur la nouvelle directive stratégique conjointe pour la prestation des services de santé mentale et de soutien aux adultes ayant des troubles jumelés. Le Comité veut particulièrement savoir :**
 - **dans quelle mesure la nouvelle directive aide les fournisseurs sur le terrain à servir les personnes ayant une déficience développementale qui ont aussi des problèmes de santé mentale;**
 - **si le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère des Services sociaux et communautaires connaissent bien leurs responsabilités respectives et réussissent à coordonner les services à ces personnes;**
 - **quand les deux ministères évalueront l'efficacité des lignes directrices conjointes.**
4. **Les RLISS présentent au Comité permanent un rapport expliquant comment ils prévoient intégrer les services de santé mentale. Ce rapport doit préciser les modalités des transitions entre tous les intervenants du système; indiquer si les RLISS ont envisagé d'établir**

un point d'accès unique; et, le cas échéant, estimer le calendrier d'exécution.

5. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée consulte le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels (MSCSC) et soumette au Comité permanent un rapport précisant :
 - si le MSCSC recueille des statistiques auprès des services locaux de police (dont la Police provinciale de l'Ontario) qui suivent les tendances associées aux interactions entre la police et les personnes souffrant d'une maladie mentale en situation de crise;
 - le genre de formation disponible pour aider la police à interagir de façon compétente et professionnelle dans toutes les situations mettant en cause des personnes souffrant d'une maladie mentale grave dans la collectivité.
6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS présentent au Comité permanent un rapport indiquant les mesures prises pour rétrécir les écarts de rémunération entre les fournisseurs des services de santé mentale qui travaillent dans la collectivité et ceux qui travaillent en établissement.
7. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent un rapport expliquant comment le Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS) corrigera le problème du financement fondé sur les niveaux antérieurs, qui a entraîné des disparités régionales dans le financement des programmes. Le rapport doit également indiquer quand le Ministère peut s'attendre à ce que le MAS devienne la principale méthode de financement des SCSM dans la province. Enfin, le rapport doit indiquer si le Ministère et les RLISS souscrivent à la position du Comité permanent, à savoir que les ententes de service entre les RLISS et les fournisseurs de ce secteur devraient être signées avant que les fonds ne soient versés en vertu du MAS.
8. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport indiquant s'il comprend bien les services précis fournis par chacun des quelque 330 fournisseurs de services communautaires de santé mentale.
9. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS présentent au Comité permanent un rapport indiquant les ressources ou outils dont ils auront besoin pour évaluer la très forte demande de logement avec services de soutien dans le secteur des services communautaires de santé mentale. Le rapport devrait aussi indiquer les mesures prises pour gérer la demande, et si le Ministère convient avec le Comité qu'il devrait attribuer les nouveaux logements avec services de soutien aux RLISS qui ont les plus grands besoins.

- 10. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport indiquant les grandes mesures à prendre pour élaborer des normes à appliquer aux programmes communautaires de santé mentale qui n'en ont pas pour le moment. Le rapport devrait aussi préciser l'ordre des étapes et les délais associés à chacune.**

- 11. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport indiquant les mesures prises pour s'assurer que les fournisseurs de services communautaires de santé mentale recueillent des données complètes, utiles et exactes. Le rapport devrait aussi préciser si le Ministère ou les RLISS examinent cette information et font part de leurs préoccupations aux fournisseurs en temps opportun.**

- 12. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport clarifiant les rapports hiérarchiques existants entre les fournisseurs de services communautaires de santé mentale, les RLISS et le Ministère. Le rapport doit indiquer comment les rapports répondraient aux besoins en information de chaque partie sans imposer de fardeau indu aux fournisseurs de services.**