

RLISS – Réseaux locaux d'intégration des services de santé

1.0 Contexte

1.1 Aperçu des réseaux locaux d'intégration des services de santé

1.1.1 But des réseaux locaux d'intégration des services de santé

Les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de l'Ontario ont été établis en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la Loi) en vue de réaliser un système de santé intégré et de permettre aux collectivités locales de prendre des décisions au sujet de leur système de santé local. Le but de la Loi est de « fournir un système de santé intégré afin d'améliorer la santé de la population ontarienne grâce à un meilleur accès à des services de santé de grande qualité, à des soins de santé coordonnés entre les systèmes de santé locaux et à l'échelle de la province et à une gestion efficace et efficiente du système de santé à l'échelon local ». (Voir la **section 1.2.3** pour en savoir plus sur le « système de santé intégré ».)

1.1.2 Historique des réseaux locaux d'intégration des services de santé

En septembre 2004, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a annoncé la création de 14 RLISS, et la Loi est entrée en vigueur en mars 2006. En avril 2007, les RLISS ont assumé leur rôle de gestion des services de santé locaux, en commençant par le secteur hospitalier. En juillet 2010, les RLISS assumaient pleinement leur rôle dans les six secteurs de santé (voir la **section 1.3.1**). Auparavant, les bureaux régionaux du Ministère étaient responsables du financement et de la surveillance des fournisseurs de services de santé, et 16 conseils régionaux de santé (organismes consultatifs de planification des services de santé financés par le Ministère) étaient chargés de la planification du système de santé et de la participation communautaire. Les conseils régionaux de santé ont été abolis en mars 2005 et les bureaux régionaux, en avril 2007.

1.1.3 Comparaison avec les autres administrations canadiennes

Tous les territoires et provinces au Canada ont recours à une approche régionale en matière de soins de santé. À l'extérieur de l'Ontario, les organismes chargés d'administrer ou d'offrir les soins de santé aux résidents de leur région sont appelés

autorités sanitaires ou régies de la santé. L'Ontario a été la dernière province au Canada à adopter un modèle régional.

Dans la progression vers un modèle régional, l'Ontario a suivi une voie quelque peu différente de certaines autres provinces. La différence la plus importante entre le modèle des RLISS en Ontario et les systèmes de santé régionaux des autres administrations canadiennes est que les RLISS ne régissent pas directement et ne fournissent pas les services de santé. Plutôt, tous les fournisseurs de services de santé, notamment les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée, maintiennent leur propre conseil d'administration. Par contraste, en Alberta et au Manitoba, où l'ensemble ou la majorité des conseils locaux de fournisseurs individuels de services de santé a été aboli, les autorités sanitaires régionales emploient directement les travailleurs de la santé et fournissent directement les services de santé, même parfois les soins primaires.

1.1.4 Structure et gouvernance des réseaux locaux d'intégration des services de santé

Chaque RLISS est un organisme de la Couronne sans but lucratif couvrant une région distincte de la province (voir la **figure 1**), dont la taille, le profil de santé de la population, les enjeux de prestation de services et les fournisseurs de services de santé varient.

Chaque RLISS est régi par un conseil d'administration, qui compte au plus neuf membres nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, suivant les conseils du Cabinet. Le président du conseil d'administration du RLISS est comptable au ministre de la Santé et des Soins de longue durée des buts, des objectifs et du rendement du système de santé local.

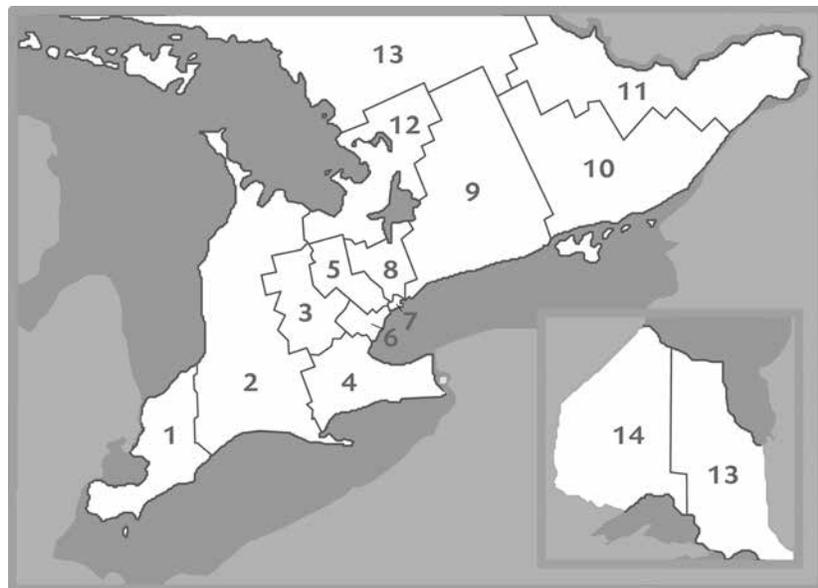
Chaque RLISS compte aussi un directeur général (DG), qui est responsable de la gestion du RLISS et de son personnel.

En moyenne, chaque RLISS emploie 40 membres du personnel. Le 31 mars 2015, les 14 RLISS employaient conjointement près de 600 employés à temps plein, comparativement à l'effectif d'environ

Figure 1: Emplacement des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario

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

1. Érié St-Clair
2. Sud-Ouest
3. Waterloo Wellington
4. Hamilton Niagara Haldimand Brant
5. Centre-Ouest
6. Mississauga Halton
7. Centre-Toronto
8. Centre
9. Centre-Est
10. Sud-Est
11. Champlain
12. Simcoe Nord Muskoka
13. Nord-Est
14. Nord-Ouest



470 employés à temps plein des conseils régionaux de santé et des bureaux régionaux du Ministère avant la création des RLISS.

1.1.5 Dépenses de fonctionnement des réseaux locaux d'intégration des services de santé

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, les dépenses de fonctionnement globales des 14 RLISS totalisaient 90 millions de dollars. Près de 0,4 % ou 40 cents sur chaque tranche de 100 \$ en financement octroyé par le Ministère aux RLISS (y compris les paiements destinés aux fournisseurs de services de santé, tels les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée) ont été affectés à leurs dépenses de fonctionnement. Au cours de l'exercice, les RLISS ont engagé environ la moitié de leurs dépenses de fonctionnement au titre des salaires et avantages sociaux; un tiers pour des initiatives ponctuelles dirigées par les réseaux dans le cadre de projets particuliers portant notamment sur le diabète, les urgences et les soins aux malades en phase critique; et le solde principalement au titre des frais administratifs, comme les loyers, les services consultatifs, les fournitures et le matériel.

1.2 Fonctions des réseaux locaux d'intégration des services de santé

La Loi décrète l'obligation des RLISS de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local en exerçant 14 responsabilités particulières définies dans l'énoncé de mission; ces responsabilités figurent à l'**annexe 1**. Il s'agit, par exemple, d'élaborer des stratégies pour améliorer l'intégration des systèmes de santé provinciaux et locaux et de rehausser l'efficacité économique de la prestation des services de santé et la durabilité du système de santé. Des détails suivent sur les trois fonctions des RLISS : la planification, le financement et l'intégration.

1.2.1 Planification

La planification dans les quatre RLISS que nous avons visités comporte généralement les étapes suivantes :

- la tenue d'activités de participation communautaire pour solliciter les commentaires des membres de la collectivité (telles les associations représentant des secteurs de santé particuliers, p. ex. l'Association des hôpitaux de l'Ontario et l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario), des patients et des fournisseurs de services de santé sur les moyens de définir les priorités locales et d'améliorer les soins de santé dans la région;
- la définition des besoins actuels du système de santé local, la prise en compte de facteurs démographiques, de caractéristiques socio-démographiques et de l'état de santé des résidents ainsi que des pratiques de santé et de soins préventifs de ces derniers;
- la définition du rendement actuel du système de santé local en tenant compte de l'utilisation des services de santé par les résidents (p. ex. l'examen des temps d'attente);
- la détermination et la priorisation des lacunes à corriger dans les services de santé.

Après avoir réalisé les activités ci-dessus, chaque RLISS élabore un plan d'intégration des services de santé qui expose les programmes et priorités du système de santé local. (Les RLISS peuvent aussi mener ces activités de planification pour des raisons autres que l'élaboration de leur plan d'intégration des services de santé, notamment pour éclairer les décisions qu'ils prennent pour la planification du système tout au long de l'année.) La Loi exige de rendre publics ces plans, qui sont élaborés tous les trois ans. Le Ministère examine les plans pour déterminer les implications de politique possibles découlant des propositions qui y sont formulées et si le contenu cadre avec les orientations du plan d'action global pour les soins de santé de la province—à la fois sa version originale de 2012 et sa

mise à jour en 2015—qui expose les engagements du gouvernement d'axer le système sur les patients.

1.2.2 Financement

Conformément à la Loi et à l'entente de responsabilisation conclue entre le Ministère et chaque RLISS, ce dernier peut, sauf certaines exemptions, affecter les fonds comme il l'entend aux fournisseurs de services de santé et aux secteurs de santé. Par exemple, un RLISS peut choisir de transférer les fonds des résidences avec services aux organisations de traitement de la toxicomanie ou d'un hôpital à un organisme communautaire, sous réserve de diverses conditions, notamment la réaffectation des fonds réservés inutilisés d'un secteur de santé à un autre avec l'approbation du Ministère. Les RLISS ont moins de latitude dans le financement du secteur des foyers de soins de longue durée, car ce financement est basé sur les taux quotidiens fixés par la Ministère.

Avant 2012, le Ministère finançait les hôpitaux et les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) en fonction des fonds versés l'exercice précédent. À compter du 1^{er} avril 2012, le Ministère a entrepris une réforme de la méthode de financement de ces deux secteurs, de sorte qu'une partie des fonds était fondée sur les prévisions de croissance de la population, l'utilisation passée des services de santé, le nombre de personnes soignées et les services offerts. Par conséquent, les RLISS peuvent actuellement réaffecter pour les deux secteurs seulement les fonds qui ne sont pas visés par la réforme. Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015, le financement selon la méthode remaniée comptait pour environ 50 % des fonds pour les hôpitaux et 30 % de ceux pour les CASC.

En 2007-2008, les RLISS ont touché au total 50 millions de dollars pour établir le Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes, qui depuis fait partie de leur financement annuel global. Ils peuvent affecter ces fonds aux projets soumis par les fournisseurs de services de santé pour répondre aux priorités locales urgentes en matière de soins

de santé. Chaque RLISS est autorisé à affecter sa fraction du Fonds comme il l'entend, sous réserve d'utiliser les sommes pour la prestation directe des services de santé (à l'opposé des honoraires de consultants ou des coûts de planification, de recherche ou de personnel).

1.2.3 Intégration

La Loi renferme plusieurs définitions du terme « intégration ». La **figure 2** présente ces différentes définitions et des exemples précis d'activités d'intégration que nous avons notés dans les quatre RLISS visités.

Le pouvoir d'intégration des RLISS s'applique seulement aux fournisseurs de services de santé dans les six secteurs de santé qu'ils financent. Les RLISS peuvent contribuer à l'intégration du système de santé local en réalisant trois différentes activités :

- verser le financement aux fournisseurs de services de santé ou le modifier;
- faciliter et négocier l'intégration des fournisseurs de services de santé;
- demander à un fournisseur de services de santé d'entreprendre ou de cesser l'intégration.

1.3 Parties en cause dans la prestation et la surveillance des soins de santé et la production de rapports connexes

1.3.1 Six secteurs de santé gérés par les RLISS

Dans le cadre de la planification, du financement et de l'intégration du système de santé local, chaque RLISS gère les six secteurs de santé suivants :

- les hôpitaux publics et privés;
- les foyers de soins de longue durée;
- les centres d'accès aux soins communautaires (CASC);

Figure 2 : Intégration du système de santé local – Fonctions et exemples

Sources des données : *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*; réseaux locaux d'intégration des services de santé

Signification de l'intégration dans la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local	Exemples dans les 4 RLISS visités
Coordonner les services et les interactions entre diverses personnes et entités	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un système pour coordonner les aiguillages dans tous les hôpitaux • Intégrer les dossiers d'évaluation centraux pour les organismes communautaires et les foyers de soins de longue durée • Assurer l'accès central et établir une ligne d'intervention d'urgence pour les soins palliatifs • Coordonner la prestation des différents services de santé, tels que ceux dispensés par les hôpitaux, les médecins de famille, les foyers de soins de longue durée et les organismes communautaires, afin de collaborer à l'élaboration des plans de soins en santé pour les patients ayant des besoins complexes
S'associer à une autre personne ou entité pour fournir des services ou exercer des activités	<ul style="list-style-type: none"> • S'associer à un fournisseur de services de santé pour offrir des services d'interprétation linguistique à tous les patients du RLISS en ayant besoin • S'associer à un hôpital pour acheter des unités de télémédecine pour les foyers de soins de longue durée • S'associer à un hôpital pour offrir un soutien mobile aux aînés ayant des besoins importants
Transférer ou fusionner des services, des activités, des personnes ou des entités	<ul style="list-style-type: none"> • Fusionner différents fournisseurs de services de santé (p. ex. l'Institut de réadaptation de Toronto et le Réseau universitaire de santé) • Regrouper les services de transport de différents organismes communautaires • Transférer un programme pour aînés d'un organisme communautaire à un foyer de soins de longue durée • Transférer les services actifs de traitement des accidents vasculaires cérébraux (AVC) d'un hôpital à un autre
Commencer à fournir des services ou cesser de le faire	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter un nouveau modèle de résidence avec services pour les aînés à risque élevé • Créer un nouveau modèle de soins collectifs pour les adultes handicapés dans un organisme communautaire • Adopter un nouveau service de soutien de la toxicomanie pour les femmes enceintes toxicomanes dans un centre de santé communautaire • Cesser de financer un service particulier offert par un fournisseur de services de santé
Cesser ses activités ou dissoudre ou liquider les activités d'une personne ou entité	<ul style="list-style-type: none"> • Cesser de financer un fournisseur de services de santé

- les organismes communautaires de santé mentale et de traitement de la toxicomanie;
- les organismes de services de soutien communautaires;
- les centres de santé communautaires.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015, les RLISS ont versé au total près de 25 milliards de dollars aux organismes de soins de santé dans les six secteurs, ce qui représente un peu plus de la moitié du budget annuel des services de santé de la

province, comme le montre la **figure 3**. (Le solde des sommes budgétées a été affecté aux secteurs qui ne relèvent pas des RLISS et aux coûts d'immobilisations en santé.)

Les RLISS ne sont pas responsables des composantes suivantes du système de santé : les soins primaires, à l'exception des centres de santé communautaires (y compris les médecins de famille, les infirmières praticiennes et d'autres professionnels qui offrent des services de première

Figure 3 : Dépenses des RLISS et des secteurs de santé gérés par les RLISS pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

Source des données : ministère des Finances

	Dépenses (en millions de dollars)	% des dépenses de santé totales de la province (en millions de dollars)
Dépenses de fonctionnement des RLISS	90	0,2
Secteurs de santé gérés par les RLISS		
Hôpitaux	16 942	33,8
Foyers de soins de longue durée	3 545	7,1
Centres d'accès aux soins communautaires	2 495	5,0
Organismes communautaires de santé mentale et de traitement de la toxicomanie	936	1,9
Organismes de services de soutien communautaires	834	1,6
Centres de santé communautaires	378	0,8
Autres dépenses des RLISS (dossiers médicaux électroniques)	7	<0,1
Financement total au titre de la santé géré par les RLISS, y compris leurs dépenses de fonctionnement	25 227	50,4
Financement au titre de la santé non géré par les RLISS	24 786	49,6
Dépenses de santé totales de la province	50 013	100,0

ligne aux patients); la santé publique; les services de laboratoire; le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO); les services médicaux d'urgence (les ambulance); les programmes d'appareils fonctionnels; et les programmes de médicaments, entre autres.

1.3.2 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) est responsable en dernier ressort de la surveillance de l'ensemble du système de santé et de la production de rapports connexes. Son rôle consiste à offrir une orientation générale et à exercer un leadership concernant le système de santé, à élaborer des lois, des normes et des politiques à l'appui de ses orientations stratégiques, et à faire en sorte que les RLISS répondent à ses attentes. Ces attentes sont exposées dans 2 ententes conclues avec chacun des 14 RLISS, soit le protocole d'entente et la convention de performance (entente de responsabilisation) entre le Ministère et le RLISS.

Le Ministère gère aussi les programmes provinciaux qui ne relèvent pas des RLISS (voir la **section 1.3.1**).

L'**annexe 2** présente les liens entre le Ministère, les RLISS et les fournisseurs de services de santé.

Moyens que prend le Ministère pour mesurer l'efficacité des RLISS

Le Ministère a déterminé 15 secteurs de rendement pour mesurer l'efficacité des RLISS. Les 15 secteurs, qui sont définis dans l'entente de responsabilisation entre le Ministère et chaque RLISS qui était en vigueur en 2014-2015, sont exposés à la **figure 4**.

Pour 11 de ces secteurs (les secteurs 1 à 11 dans la **figure 4**), le Ministère a fixé un objectif provincial et des objectifs distincts propres à chaque RLISS. Pour trois secteurs liés aux temps d'attente pour une chirurgie, l'objectif provincial et celui propre aux RLISS sont identiques. L'objectif provincial correspond au niveau de rendement idéal. L'objectif propre à chaque RLISS est négocié par celui-ci et le Ministère en tenant compte du rendement antérieur et des défis locaux, de sorte

Figure 4 : Indicateurs utilisés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour mesurer le rendement des réseaux locaux d'intégration des services de santé

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

Accès aux services de santé	
1	90 ^e centile de la durée du séjour au service d'urgence des patients admis
2	90 ^e centile de la durée du séjour au service d'urgence des patients non admis dont l'état de santé est complexe, note ETG de 1 à 3
3	90 ^e centile de la durée du séjour au service d'urgence des patients non admis dont l'état de santé n'est pas complexe, note ETG de 4 ou 5
4	% de cas de priorité 4 terminés dans le délai d'attente cible de 84 jours pour une chirurgie du cancer
5	% de cas de priorité 4 terminés dans le délai d'attente cible de 90 jours pour les pontages coronariens
6	% de cas de priorité 4 terminés dans le délai d'attente cible de 182 jours pour une chirurgie de la cataracte
7	% de cas de priorité 4 terminés dans le délai d'attente cible de 182 jours pour une arthroplastie de la hanche
8	% de cas de priorité 4 terminés dans le délai d'attente cible de 182 jours pour une arthroplastie du genou
9	% de cas de priorité 4 terminés dans le délai d'attente cible de 28 jours pour un examen IRM
10	% de cas de priorité 4 terminés dans le délai d'attente cible de 28 jours pour un TDM diagnostique
Soins de santé coordonnés	
11	% de jours à un autre niveau de soins (ANS)
12	90 ^e centile des temps d'attente dans la collectivité pour recevoir les services à domicile d'un CASC (à compter de la date à laquelle la demande est présentée dans un organisme communautaire jusqu'au premier service fourni par le CASC, à l'exclusion de la gestion de cas)
Services de santé de grande qualité	
13	Réadmissions dans les 30 jours pour des GMA particuliers
14	Visites imprévues répétées au service d'urgence dans les 30 jours pour les troubles de santé mentale
15	Visites imprévues répétées au service d'urgence dans les 30 jours pour les troubles de toxicomanie

Notes explicatives :

90^e centile des temps d'attente au service d'urgence—Nombre d'heures pendant lesquelles 9 patients sur 10 sont demeurés au service d'urgence.

ANS : Autre niveau de soins—Sert à mesurer la fréquence à laquelle un patient occupant un lit d'hôpital aurait pu être traité ailleurs.

CASC : Centre d'accès aux soins communautaires

TDM : Tomodensitogramme—Procédé électronique qui produit des images transversales des parties du corps, dont la tête et l'abdomen

ETG : Échelle canadienne de triage et de gravité—Échelle servant à catégoriser les patients en fonction des blessures et des observations physiologiques et à les classer selon les degrés de gravité de 1 (la note la plus élevée) à 5

GMA : Groupe de maladies analogues—Patients hospitalisés pour une courte durée présentant des caractéristiques cliniques et d'utilisation des ressources similaires pour les 7 troubles suivants : AVC, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, insuffisance cardiaque congestive, diabète, cardiopathie, et maladies gastro-intestinales

Durée du séjour : S'entend de la durée d'un épisode d'hospitalisation unique

IRM : Imagerie par résonance magnétique—Examen radiologique de l'anatomie et de la physiologie corporelles

Priorité 4 : Patients attendant un rendez-vous de suivi prévu dans un intervalle particulier pour répondre à leurs besoins cliniques; degré de priorité le plus faible de quatre possible (la priorité 1 nécessite une intervention immédiate)

que le rendement du RLISS progresse vers l'objectif provincial.

Pour les 4 autres secteurs (les secteurs 12 à 15 dans la **figure 4**), le Ministère a seulement fixé des objectifs propres à chaque RLISS, qui diffèrent de l'un à l'autre.

1.3.3 Fournisseurs de services de santé

Les organismes de soins de santé dans les six secteurs de santé gérés par les RLISS sont appelés fournisseurs de services de santé, qui peuvent être un hôpital, un CASC, un organisme de santé mentale et de traitement de la toxicomanie, un centre de santé communautaire, un organisme de services

de soutien communautaires ou un foyer de soins de longue durée. Les fournisseurs de services de santé offrent des services aux Ontariens en conformité avec les modalités des ententes officielles conclues avec les RLISS, appelées ententes de responsabilisation en matière de services. Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015, les 14 RLISS ont géré environ 1 700 ententes de ce genre avec quelque 1 300 fournisseurs de services de santé. (Certains fournisseurs exploitent plusieurs établissements de santé et ont conclu de multiples ententes de responsabilisation en matière de services avec un RLISS.) La **figure 5** montre le nombre de fournisseurs de services de santé uniques associés à chaque RLISS au 31 mars 2015.

Moyens que prennent les RLISS et le Ministère pour surveiller les fournisseurs de services de santé

Les fournisseurs de services de santé rendent compte de leur rendement par rapport aux objectifs fixés dans le contrat négocié avec le RLISS en utilisant un outil de saisie des données. Lorsque leur rendement ne répond pas aux attentes, le RLISS, et parfois le Ministère suivant la gravité du problème, peut intervenir en prenant différents moyens, y compris demander un examen opérationnel et un examen par les pairs. Le Ministère peut aussi décider de nommer des superviseurs.

Figure 5 : Nombre de fournisseurs de services de santé uniques dans les six secteurs de santé financés par les RLISS au 31 mars 2015

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

RLISS	Hôpitaux	Foyers de soins de longue durée	Centres d'accès aux soins communautaires	Centres de santé communautaires	Organismes de services de soutien communautaires	Organismes de santé mentale et de traitement de la toxicomanie	Total
Centre-Toronto	18	37	1	17	70	82	225
Hamilton Niagara Haldimand Brant	9	87	1	7	64	40	208
Champlain	21	61	1	11	60	44	198
Nord-Est	25	40	1	6	75	47	194
Sud-Ouest	20	80	1	5	49	33	188
Centre	9	77	1	2	39	23	151
Nord-Ouest	13	14	1	2	64	35	129
Centre-Est	9	46	1	7	44	21	128
Sud-Est	7	37	1	5	33	22	105
Érié St-Clair	7	38	1	5	34	16	101
Waterloo Wellington	8	36	1	4	27	14	90
Simcoe Nord Muskoka	7	27	1	3	31	11	80
Mississauga Halton	2	28	1	1	33	12	77
Centre-Ouest	2	23	1	2	18	9	55
Total	157¹	631	14	77¹	641¹	409¹	1 929²

1. Le nombre total d'organismes uniques par secteur est supérieur au nombre total d'organismes du secteur déclaré à l'annexe 2 parce que certains organismes fournissent des services à plusieurs secteurs et dans plusieurs RLISS.

2. Il y a environ 1 300 fournisseurs de services de santé uniques en Ontario.

1.3.4 Qualité des services de santé Ontario

Qualité des services de santé Ontario est un organisme gouvernemental indépendant, créé en septembre 2005, qui est chargé de surveiller l'état du système de santé de l'Ontario et de produire des rapports à ce sujet.

2.0 Objectif et portée de l'audit

Notre audit visait à déterminer si les RLISS, conjointement avec le Ministère, avaient mis en place des systèmes et procédures efficaces pour faciliter la prestation « de bons soins, au bon moment, au bon endroit » à la population ontarienne. Les hauts fonctionnaires du Ministère ont examiné et approuvé l'objectif de notre audit et les critères associés.

Les travaux d'audit se sont déroulés de décembre 2014 à juin 2015, principalement dans quatre RLISS choisis—Centre, Hamilton Niagara Haldimand Brant, Nord-Est et Centre-Toronto. Leurs dépenses combinées pour l'exercice clos le 31 mars 2015 se sont chiffrées à 11 milliards de dollars, comptant pour 44 % du total des fonds provinciaux versés aux RLISS pour l'exercice. Nous avons aussi mené nos travaux dans les bureaux du Ministère à Toronto.

Dans notre audit, nous avons examiné des lois, des documents et des lignes directrices pertinents du Ministère; analysé l'information; interviewé le personnel ministériel ainsi que le directeur général (DG) et le personnel de chacun des quatre RLISS audités; passé en revue des renseignements pertinents et des comptes rendus de recherche sur les modèles régionaux du système de santé d'autres provinces et territoires; et assisté à une activité de participation communautaire et à une réunion du conseil d'administration de chaque RLISS. En outre, nous avons interviewé les cadres supérieurs de Qualité des services de santé Ontario et d'Action

Cancer Ontario afin de comprendre leur travail conjoint avec les RLISS. Pour planifier notre audit, nous avons examiné un nombre de rapports d'audit interne du Ministère portant sur les RLISS, dont nous avons tenu compte pour déterminer la portée de notre audit.

Pour obtenir le point de vue des responsables de la gestion et de la gouvernance des RLISS ainsi que des intervenants sous leur surveillance, nous avons sondé tous les DG et membres du conseil anciens et actuels des 14 RLISS, dont nous avons les coordonnées (70 % des personnes contactées ont répondu à notre sondage). Nous avons aussi sondé les cadres supérieurs actuels (habituellement les DG) de près de 1 300 fournisseurs de services de santé financés par les 14 RLISS, dont nous avons les coordonnées (57 % des personnes contactées ont répondu à notre sondage). De plus, nous avons rencontré des membres du personnel supérieur d'associations qui représentent les six secteurs de santé supervisés par les RLISS. Il s'agit notamment de Dépendances et santé mentale Ontario, de l'Association des centres de santé de l'Ontario, de l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, de l'Association ontarienne de soutien communautaire, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, et de l'Association des soins de longue durée de l'Ontario.

3.0 Résumé

Depuis 2007, les 14 RLISS de l'Ontario sont responsables de la planification, du financement et de l'intégration des services de santé dans six secteurs, y compris les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les services de santé communautaires, tels ceux offerts par les CASC (voir l'**annexe 2**). Les RLISS s'acquittent d'une tâche importante : mettre en place un système de santé intégré en Ontario. Conformément à la loi constitutive, le système doit être géré de manière efficiente et efficace par la prestation de services de santé accessibles

de grande qualité, de façon que la population ontarienne reçoive des soins de santé améliorés et mieux coordonnés dans l'ensemble des secteurs de santé, à la fois localement et à l'échelle de la province.

La mise en place des RLISS a permis aux fournisseurs de services de santé, dont les hôpitaux, et au secteur des soins à domicile et en milieu communautaire de collaborer à la recherche de solutions pour des problèmes communs posés au système de santé, en établissant plusieurs groupes de travail et comités pour répondre aux secteurs de priorité commune, tels que la santé mentale et les soins palliatifs. Toutefois, afin de maximiser la valeur des RLISS, le Ministère et les RLISS doivent faire davantage pour assurer que ces derniers remplissent leur mandat.

Notre audit a révélé que le Ministère n'a pas clairement défini ce qui constitue un « système de santé pleinement intégré » ni fixé d'échéance à laquelle

cet objectif doit être réalisé. De plus, il n'a pas établi de mécanisme pour évaluer l'efficacité du rendement des RLISS dans leurs rôles de planification, de financement et d'intégration des soins de santé.

Si l'exécution du mandat des RLISS comporte la réalisation de tous les objectifs de rendement mesurés (voir la **figure 4**), alors ils n'ont pas rempli leur mandat de fournir « de bons soins, au bon moment, au bon endroit » de manière cohérente à l'échelon du système de santé. Alors que le rendement provincial dans 6 des 15 secteurs mesurés s'est amélioré entre la création des RLISS et 2015, dans les 9 secteurs restants, le rendement est essentiellement demeuré stable ou s'est détérioré depuis 2010 ou auparavant, comme le montre la **figure 6**. Par exemple, un plus fort pourcentage de jours en hospitalisation était utilisé par les patients qui n'avaient pas besoin de soins hospitaliers actifs au cours de l'exercice clos le

Figure 6 : Tendence de rendement dans les 15 secteurs de rendement des RLISS mesurés à l'échelle provinciale

Sources des données : Action Cancer Ontario, Réseau ontarien de soins cardiaques, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Baisse du rendement de 2007 (ou 2010, premier exercice pour lequel des données comparables sont disponibles) et 2015	
1	Réadmissions dans les 30 jours pour des GMA particuliers
2	% de jours à un autre niveau de soins
3	Visites imprévues répétées au service d'urgence des patients ayant des troubles de santé mentale
4	Visites imprévues répétées au service d'urgence des patients ayant des troubles de toxicomanie
Rendement stable entre 2007 et 2015	
5	Pontages coronariens exécutés dans les 90 jours
Amélioration du rendement entre 2007 et 2010, mais plafonnement ou diminution depuis 2010	
6	Chirurgie de la cataracte exécutée dans les 182 jours
7	Arthroplastie de la hanche exécutée dans les 182 jours
8	Arthroplastie du genou exécutée dans les 182 jours
9	TDM diagnostique effectué dans les 28 jours
Amélioration du rendement depuis 2007 (ou 2009, premier exercice pour lequel des données comparables sont disponibles)	
10	Durée du séjour au service d'urgence des patients admis
11	Durée du séjour au service d'urgence des patients non admis dont l'état de santé est complexe
12	Durée du séjour au service d'urgence des patients non admis dont l'état de santé n'est pas complexe
13	Examen IRM effectué dans les 28 jours
14	Chirurgie du cancer exécutée dans les 84 jours
15	Temps d'attente pour recevoir les services à domicile d'un CASC

Note : L'annexe 3 présente des statistiques détaillées sur les tendances de rendement pour chaque secteur mesuré.

31 mars 2015, comparativement à 2007 lorsque les RLISS sont entrés en exploitation.

Le rendement de la majorité des RLISS était inférieur au niveau attendu durant l'exercice qui a pris fin le 31 mars 2015. Au cours de l'exercice, en moyenne, les RLISS ont accompli leurs objectifs locaux respectifs dans 6 des 15 secteurs de rendement. Le RLISS ayant affiché le meilleur rendement a rempli les objectifs locaux dans 10 secteurs, alors que les 4 réseaux ayant le pire rendement ont atteint les cibles dans 4 secteurs seulement (voir la **figure 10**). D'après les résultats provinciaux pour les 14 RLISS, seulement 4 des 11 objectifs provinciaux à long terme des réseaux ont été réalisés. Le Ministère n'a pas fixé d'échéance à laquelle les 14 RLISS doivent avoir atteint les 11 objectifs provinciaux. Dans quatre secteurs, comme les soins à domicile, la santé mentale et la toxicomanie, le Ministère n'a pas défini de cible à long terme (voir la **figure 7**).

Nous avons aussi constaté que l'écart dans le rendement des RLISS s'est creusé avec le temps dans 10 des 15 secteurs de rendement. Par exemple, les patients des RLISS les moins performants ont attendu 194 jours, ou 5 fois plus que ceux des RLISS les plus performants, pour une chirurgie de la cataracte semi-urgente en 2012. Trois ans plus tard, cet écart de rendement s'était creusé, l'attente étant de 5 à 31 fois plus longue. Le Ministère doit mieux comprendre les raisons de l'écart croissant et apporter des changements afin de le résorber s'il veut concrétiser son objectif d'assurer des niveaux de services de santé à peu près équivalents partout dans la province.

De plus, les 15 secteurs de rendement visent à mesurer le rendement du système de santé local plutôt que les RLISS mêmes. Alors que le Ministère s'est engagé auprès des RLISS à comprendre et à surveiller leur rendement, il n'a pas établi d'indicateurs de rendement pour mesurer l'efficacité des réseaux à exercer leurs fonctions de planification, de financement et d'intégration des soins de santé. Essentiellement, les indicateurs de rendement mesurent l'efficacité des hôpitaux, de sorte que

le Ministère dispose d'information limitée sur les moyens que prennent les RLISS pour assurer la prestation des services de santé à la satisfaction des secteurs non hospitaliers.

Voici d'autres observations précises découlant de notre audit :

- **Les RLISS n'ont pas évalué de façon cohérente l'efficacité de leurs activités de planification et d'intégration pour mettre en place un système de santé intégré plus efficace et pour déterminer le montant des économies réinvesties dans les soins directs aux patients à la suite de l'intégration**—Un seul fournisseur de services de santé sur cinq qui a répondu à notre sondage croyait que les RLISS étaient en voie d'accomplir les objectifs de leur plan stratégique, comparativement à près de 80 % des membres du conseil et des DG actuels et anciens des RLISS. Nous avons remarqué que trois des quatre RLISS visités n'avaient pas établi d'objectifs quantifiables ou de mesures du rendement concernant les buts et stratégies formulés dans leur plan d'intégration des services de santé, afin de déterminer si les travaux prévus leur ont permis de progresser vers un système de santé local pleinement intégré.
- **Les pratiques incohérentes et variables qui persistent dans la province créent une inégalité dans l'accès des patients à certains services de santé**—Cette inégalité signifie que certaines personnes, d'après leur lieu de résidence, bénéficient d'un meilleur accès aux services de santé intégrés, tandis que d'autres ne reçoivent pas de soins de santé à l'endroit qui répond le mieux à leurs besoins et, parfois, à un coût de beaucoup supérieur. De plus, parce que certaines régions n'ont pas adopté les normes ou les approches provinciales en matière de soins, les patients reçoivent des soins différents par rapport aux normes pour le même problème de santé. Nous avons noté que même si des processus sont en place pour favoriser la collaboration entre les RLISS,

Figure 7 : Comparaison des RLISS les plus performants et les moins performants dans les 15 secteurs de rendement pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

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

Secteur de rendement ¹	Rendement réel			Objectif particulier des RLISS (écart inférieur -supérieur)	N ^{bre} de RLISS qui n'ont pas atteint leur objectif particulier	N ^{bre} de RLISS qui n'ont pas atteint l'objectif provincial
	RLISS le plus performant	RLISS le moins performant	Objectif provincial			
1	Durée du séjour au service d'urgence des patients admis	17,5 heures	34,7 heures	29,5 heures	14	14
2	Durée du séjour au service d'urgence des patients non admis dont l'état de santé est complexe	5,6 heures	7,8 heures	6,8 heures	4	0
3	Durée du séjour au service d'urgence des patients non admis dont l'état de santé n'est pas complexe	3,4 heures	4,5 heures	4,03 heures	6	6
4	Chirurgie du cancer exécutée dans les 84 jours	99,8 %	86,9 %	94,7 %	2	2
5	Pontages coronariens exécutés dans les 90 jours ²	100,0 %	78,0 %	98,0 %	1	1
6	Chirurgie de la cataracte exécutée dans les 182 jours	99,7 %	85,4 %	92,5 %	4	4
7	Arthroplastie de la hanche exécutée dans les 182 jours	97,0 %	49,1 %	86,3 %	9	10
8	Arthroplastie du genou exécutée dans les 182 jours	95,3 %	44,3 %	84,2 %	10	11
9	Examen IRM effectué dans les 28 jours	55,0 %	11,1 %	37,6 %	12	14
10	TDM diagnostique effectué dans les 28 jours	96,2 %	51,4 %	77,9 %	9	11
11	Jours ANS ³	6,9 %	22,6 %	14,0 %	9	12
12	Temps d'attente pour recevoir les services à domicile d'un CAS	12 jours	82 jours	28 jours	5	s.o. ⁴
13	Réadmissions dans les 30 jours pour des GMA particuliers ⁵	15,3 %	18,8 %	16,7 %	12	s.o. ⁴
14	Visites imprévues répétées au service d'urgence dans les 30 jours des patients ayant des troubles de santé mentale	15,1 %	27,2 %	19,6 %	12	s.o. ⁴
15	Visites imprévues répétées au service d'urgence dans les 30 jours des patients ayant des troubles de toxicomanie	19,6 %	40,7 %	30,4 %	13	s.o. ⁴

1. La figure 4 donne des renseignements détaillés sur ces secteurs de rendement.

2. Neuf des quatorze RLISS offrent des pontages coronariens sur leur territoire.

3. Il s'agit du nombre de jours que les patients n'ayant pas besoin de soins hospitaliers ont passé à l'hôpital parce qu'ils n'ont pas pu obtenir de soins ailleurs ou n'ont pas pu obtenir leur congé.

4. Ne s'applique pas parce que le Ministère n'a pas fixé d'objectif provincial pour ce secteur.

5. GMA : Groupe de maladies analogues—Patients hospitalisés pour une courte durée présentant des caractéristiques cliniques et d'utilisation des ressources similaires pour les sept troubles suivants : AVC, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, insuffisance cardiaque congestive, diabète, cardiopathie, et maladies gastro-intestinales.

il reste beaucoup à faire pour améliorer l'uniformité.

- **Le Ministère fait peu pour tenir les RLISS responsables de leur rendement insatisfaisant d'une année à l'autre et pour exiger qu'ils le modifient**—Lorsque les RLISS ne remplissent pas leurs objectifs, le Ministère estime qu'il doit jouer un rôle « d'appui » plutôt que « directif » afin de les inciter à s'améliorer. Alors que ce rôle peut convenir dans certains cas, dans d'autres, il a contribué à la persistance des problèmes pendant plusieurs années. Par exemple, un des quatre RLISS visités n'avait pas respecté l'objectif annuel des temps d'attente pour les examens d'imagerie par résonance magnétique (RIM) pour six des huit années qui ont précédé le 31 mars 2015. Un autre RLISS audité n'avait pas respecté le temps d'attente cible annuel pour les arthroplasties de la hanche dans sept des huit dernières années.
- **Le Ministère répond différemment aux problèmes qu'éprouvent les RLISS**—Lorsque le rendement attendu n'est pas obtenu dans une année donnée, l'objectif est revu à la baisse pour certains RLISS, alors que pour d'autres il est maintenu ou revu à la hausse. Par exemple, parmi les 7 RLISS n'ayant pas accompli leur objectif de rendement en matière d'autre niveau de soins (ANS) entre 2011-2012 et 2014-2015, le Ministère a réduit l'objectif de 5 RLISS (p. ex. de 17 % à 22 % pour les jours ANS d'un RLISS) et a relevé ou maintenu celui des 2 autres. (L'objectif de rendement « jours ANS » désigne le nombre de jours en hospitalisation que les patients n'ayant plus besoin de soins hospitaliers ont attendu avant de recevoir des soins ailleurs ou leur congé.) Le Ministère a indiqué qu'il a défini les objectifs révisés conjointement avec les RLISS pour tenir compte des circonstances et des défis locaux.
- **Les RLISS peuvent faire davantage pour définir la capacité du système**—La capacité s'entend de la mesure dans laquelle l'offre de services répond à la demande actuelle ou future. Des préoccupations ont été soulevées au sujet de la planification pour pallier la capacité insuffisante dans les secteurs des soins palliatifs, des soins à domicile et communautaires, et des services de réadaptation.
- **Les RLISS doivent mieux surveiller le rendement des fournisseurs de services de santé**—Dans les quatre RLISS visités, nous avons noté l'absence d'uniformité dans la surveillance de la qualité des services de santé et l'absence de vérification des renseignements sur le rendement soumis par les fournisseurs de services de santé (dont certains étaient erronés). Nous avons aussi observé que les fournisseurs de services de santé non performants ne sont pas toujours traités en conformité avec les directives du Ministère. Dans ce dernier cas, nous avons remarqué que les quatre RLISS visités se limitaient à discuter et à échanger de l'information avec les fournisseurs de services de santé, même pour des problèmes qui persistaient depuis des années.
- **Les plaintes des patients ne font pas l'objet d'un suivi rigoureux**—Il n'y a pas de processus commun pour gérer les plaintes des patients dans l'ensemble des RLISS, qui ne veillent pas toujours à ce que les plaintes soient réglées de façon appropriée. À l'échelle de la province en 2014, trois RLISS n'ont pas fait de suivi des plaintes ou ont fait un suivi partiel seulement.
- **L'achat collectif et l'intégration des services administratifs ne sont pas mis en oeuvre uniformément ni pleinement exploités**—Les RLISS n'ont pu démontrer qu'ils ont maximisé l'efficacité économique dans la prestation des services de santé en conformité avec leur mandat, car l'achat collectif et l'intégration des services administratifs (c.-à-d. le regroupement des opérations administratives et opérationnelles des RLISS ou des fournisseurs de services de santé) différaient dans

les quatre RLISS visités. D'après les résultats de notre sondage, plus de fournisseurs de services de santé voulaient que les RLISS explorent d'autres occasions d'achat collectif et d'intégration des services que ceux qui ne le voulaient pas. Alors que plus de 70 % des membres du conseil et des DG actuels et anciens des RLISS estimaient que les réseaux ont réalisé des économies dans la prestation des services de santé, un quart seulement des fournisseurs de services de santé sondés partageaient cet avis.

Le présent rapport renferme 20 recommandations, comportant 37 mesures, afin de donner suite aux constatations de notre audit.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

En 2006, le gouvernement a établi les RLISS en reconnaissance du fait que le système de santé est mieux organisé et géré à l'échelon local. Dans le modèle des RLISS, le Ministère, les RLISS et les fournisseurs de services de santé travaillent en collaboration à la planification, au financement et à l'intégration des services de santé afin d'améliorer l'accès aux soins et la coordination de la prestation des services dans les régions desservies par les RLISS.

Les RLISS sont des partenaires clés qui collaborent avec le Ministère à la mise en oeuvre de *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*, le plan directeur du gouvernement pour la prochaine phase de la transformation des soins de santé. *Priorité aux patients* vise à accorder la priorité aux personnes et aux patients en améliorant leur expérience des soins de santé et leurs résultats connexes. Grâce à leur vaste connaissance et compréhension des collectivités locales, les RLISS sont les mieux placés pour traduire les priorités provinciales exposées dans *Priorité aux patients* en interventions locales. Tablant sur leur connaissance et compréhension approfondies du système de santé local et des besoins de leur population, les

RLISS ont réalisé des progrès substantiels pour que les Ontariens aient accès à des soins axés sur la personne de grande qualité.

Dans un système de santé complexe qui compte plus de 1 800 fournisseurs de services dans de nombreux secteurs, les RLISS ont travaillé à l'échelon local pour mettre en oeuvre des initiatives d'amélioration dans les collectivités provinciales, dont bon nombre ciblent les personnes ayant les besoins les plus importants. Les RLISS ont été des champions efficaces du virage des soins actifs aux soins communautaires, afin de pouvoir utiliser de façon optimale nos ressources hospitalières et offrir à la population plus d'options en matière de soins à domicile. Les RLISS ont aussi fait preuve de transparence et de responsabilisation dans les activités suivantes : diriger d'importantes activités de participation communautaire; élaborer et publier des plans triennaux d'intégration des services de santé ainsi que des plans d'activités et des rapports annuels; et tenir des réunions du conseil ouvertes au public.

Le Ministère souscrit aux recommandations formulées dans l'audit de la vérificatrice générale auprès des RLISS. Les recommandations prennent appui sur le solide cadre de reddition de compte et de gestion du rendement mis en place conjointement par le Ministère, les RLISS et les fournisseurs de services de santé, et appuient le travail continu pour améliorer les soins aux patients et l'accès aux services de santé à l'échelle de la province.

RÉPONSE GLOBALE DES RLISS

Les RLISS sont reconnaissants de l'occasion de participer à cet audit. Les observations, les réflexions et les recommandations présentées dans le rapport de la vérificatrice générale appuient leurs efforts et leur engagement constants à améliorer le système de santé de l'Ontario pour les personnes et les collectivités qu'ils desservent. Le rapport d'audit souligne

les principaux domaines d'intérêt liés au rôle que jouent les RLISS dans le système de santé global—le rendement, la reddition de compte, l'intégration et le financement. Les RLISS conviennent de ces domaines cibles et examineront attentivement les recommandations et les commentaires formulés.

Les RLISS sont conscients de leur contribution unique au rendement du système de santé. Ils exercent des fonctions de planification, de financement, de facilitation et de direction du système, mais ils ne sont pas des fournisseurs de soins directs ni des exploitants des services de santé. Alors que les indicateurs actuels, comme les temps d'attente, les taux de réadmission et d'autre niveau de soins (ANS) sont importants, ils constituent des mesures indirectes seulement du rendement des RLISS et de l'exécution de leur mandat. Les RLISS participent à la détermination et à l'élaboration de mesures plus directes pour mesurer leur rendement.

Les indicateurs du rendement du système de santé ont évolué au cours des 10 années d'existence des RLISS, donnant lieu à la révision des définitions, des spécifications ou des sources de données. L'évolution des indicateurs est importante et favorable, mais les modifications limitent la capacité de tirer des conclusions sur le rendement au fil du temps, ce qu'il faut faire avec prudence. Les comparaisons du rendement des différents RLISS fondées uniquement sur des indicateurs particuliers doivent aussi être faites avec circonspection. Les RLISS partagent la préoccupation soulevée par la vérificatrice générale au sujet de l'écart considérable entre le rendement des RLISS par rapport aux indicateurs. Il faut cependant tenir compte des différences contextuelles passées et actuelles entre les RLISS qui influencent les résultats, y compris les facteurs démographiques de la population, l'état de santé, la géographie, les niveaux de service et les fournisseurs. Malgré ces défis, les RLISS poursuivront leurs efforts actifs, en collaboration avec les fournisseurs de services

de santé et le Ministère, pour améliorer le rendement du système de santé qui est mesuré par les indicateurs définis dans leur entente de responsabilisation.

En vertu de la *Loi sur l'intégration du système de santé local* (la Loi), les RLISS s'acquittent de responsabilités en matière de planification, d'intégration et de financement des soins et des services fournis dans les collectivités par les fournisseurs de services de santé. L'un des buts que doivent remplir les RLISS aux termes de la Loi est de « [...] permettre aux collectivités locales de prendre des décisions au sujet de leur système de santé ». À cette fin, les RLISS collaborent avec les collectivités et sollicitent leurs commentaires, que ce soit auprès de patients, de fournisseurs de services de santé, de citoyens, d'associations, de municipalités et d'autres intervenants. Les RLISS sont les mieux placés pour comprendre les forces, les défis et les besoins de la population et des fournisseurs sur leur territoire, ce qui est l'aspect clé pour mettre en place un système de santé robuste et durable qui accorde la priorité aux patients. Au moyen d'ententes de responsabilisation en matière de services et de solides relations de travail, les RLISS tiennent les fournisseurs de services de santé responsables de la qualité, du volume et de la valeur des soins et des services qu'ils prodiguent. Les RLISS prennent ces responsabilités très au sérieux et cherchent constamment à améliorer leur rendement.

Les RLISS accueillent favorablement la rétroaction et les commentaires communiqués dans les activités formelles et informelles de participation communautaire, la collaboration avec les fournisseurs de services de santé et le présent rapport de la vérificatrice générale de l'Ontario. Ils entendent collaborer avec le Ministère et les autres intervenants pour répondre aux recommandations en prenant les mesures décrites ci-après.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Avec le temps, le rendement s'est amélioré dans quelques secteurs seulement et varie d'un RLISS à l'autre, et l'écart s'est creusé dans les deux tiers des secteurs mesurés

Étant donné l'accroissement et le vieillissement de la population, l'amélioration continue du système de santé est cruciale pour que les patients reçoivent des soins de santé de la plus grande qualité possible. Étant donné que la province est divisée en 14 secteurs pour les besoins de la planification, du financement et de l'intégration des services de santé, les patients devraient s'attendre à recevoir en temps opportun des soins de qualité essentiellement uniforme, quel que soit leur lieu de résidence. Toutefois, nous avons noté que le rendement des RLISS ne s'était pas grandement amélioré depuis leur création et qu'il variait de l'un à l'autre. De plus, entre 2012 et 2015, l'écart de rendement des RLISS s'est accru dans les deux tiers des secteurs, malgré l'objectif du Ministère de réduire cet écart. Par conséquent, la possibilité que les patients reçoivent des soins uniformes de bonne qualité partout dans la province est limitée.

Nous examinons ces questions en détail dans les sous-sections qui suivent.

4.1.1. Aucune amélioration notable du rendement des RLISS depuis leur création

Nous avons comparé le rendement des 14 RLISS entre 2007 et 2015 afin de déterminer s'il s'était amélioré avec le temps. En général, le rendement des RLISS dans 9 des 15 secteurs de rendement est demeuré relativement stable ou s'est détérioré depuis 2010 ou auparavant, comme le montre la **figure 6**. Par conséquent, les RLISS ne peuvent démontrer qu'ils sont parvenus à intégrer le

système de santé local ou à améliorer les soins aux patients et leur accès à des services de santé de grande qualité.

L'**annexe 3** présente les tendances de rendement dans les 15 secteurs entre 2007 et 2015.

Le rendement a diminué dans les secteurs mesurant les services de santé intégrés

Quatre des quinze secteurs de rendement mesurent les activités des RLISS pour intégrer les services de santé. Pour que les RLISS connaissent du succès dans ces secteurs, ils doivent assurer la prestation efficace et efficiente des services à la fois dans les hôpitaux et le milieu des soins communautaires.

Ces secteurs de rendement sont les suivants :

- la réadmission de groupes choisis de patients hospitalisés ayant reçu des soins actifs à un établissement hospitalier quelconque dans les 30 jours de leur congé;
- les visites imprévues répétées au service d'urgence des patients ayant des problèmes de santé mentale;
- les visites imprévues répétées au service d'urgence des patients ayant des problèmes de toxicomanie;
- le nombre de jours d'hospitalisation des patients qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers mais qui attendaient de recevoir des soins ailleurs ou leur congé (désigné comme autre niveau de soins ou jours ANS).

À l'échelon provincial, le rendement a progressivement diminué dans trois de ces quatre secteurs depuis la création des RLISS. (Concernant les jours ANS, le rendement a diminué depuis la création des RLISS en 2010-2011, puis est demeuré relativement constant de 2011-2012 à 2014-2015.) Par exemple, durant l'exercice clos le 31 mars 2010 (le dernier pour lequel des données comparatives sont disponibles), environ 26 % des patients provinciaux ayant un problème de toxicomanie ont visité le service d'urgence dans les 30 jours de leur première visite. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, ce taux était passé à près de 30 %. Les visites

imprévues répétées au service d'urgence ne sont pas seulement problématiques en soi, mais elles ont aussi un effet sur les temps d'attente. Cette tendance montre que les RLISS peuvent faire davantage pour planifier et intégrer les services de santé afin d'améliorer l'accès des patients aux services communautaires.

De même, un plus grand nombre de jours en hospitalisation était utilisé par les patients qui n'avaient plus besoin de soins hospitaliers actifs au cours de l'exercice clos le 31 mars 2015, comparativement à 2007 lorsque les RLISS sont entrés en exploitation. Au cours de l'année qui a précédé la première année complète d'opération des RLISS, 12 % de tous les jours d'hospitalisation étaient attribuables aux patients ANS. Ce taux a augmenté en 2011, se situant à 16 %, puis de nouveau entre 2012 et 2015 s'établissant à 14 %. Cette tendance montre qu'un nombre substantiel de patients reçoivent des soins dans un établissement qui n'est plus approprié à leurs besoins, ce qui peut avoir un impact négatif sur leur santé. De plus, il est beaucoup plus coûteux de garder les patients à l'hôpital que de leur prodiguer des soins en milieu communautaire.

Nous sommes conscients que le vieillissement de la population est un facteur intervenant dans l'augmentation du nombre de jours ANS—la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus a haussé progressivement, passant de 6,2 % à 6,9 % de 2006 à 2014. Ces dernières années, les quatre RLISS visités ont tous considéré les services de santé pour les adultes âgés comme un secteur de service prioritaire. Quoi qu'il en soit, le Ministère et les RLISS peuvent faire davantage pour améliorer la planification des services de santé pour cette population, de sorte que ces patients reçoivent les soins dont ils ont besoin.

Le rendement général de certaines interventions hospitalières a diminué ou est essentiellement demeuré inchangé depuis 2010

Alors que l'accès à des chirurgies particulières (chirurgie de la cataracte, arthroplastie de la

hanche et du genou) et aux tomodensitogrammes (TDM) s'est amélioré entre la création des RLISS et 2010, le rendement général a atteint un plateau ou s'est dégradé depuis. Par exemple, entre 2007 et 2010, les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte ont diminué, soit de 220 à 108 jours pour 90 % des patients de la province. Ce rendement a cependant empiré depuis 2010 et au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015, atteignant 160 jours, comparativement à la cible provinciale de 182 jours.

Entre 2007 et 2015, les temps d'attente globaux dans la province pour tous les types de pontages coronariens (urgents, semi-urgents et non urgents) sont demeurés constants à près de 40 jours.

Les résultats de notre sondage ont montré qu'alors que 60 % des membres du conseil et des DG actuels et anciens des RLISS estimaient que le système de santé performait comme prévu, étant donné que les RLISS sont en exploitation depuis 2007 seulement, seulement un quart des fournisseurs de services de santé était de cet avis.

Le rendement de certains RLISS est invariablement inférieur à la moyenne provinciale

Depuis la mise en place des RLISS, 3 d'entre eux ont constamment obtenu un rendement inférieur à celui des autres dans au moins 5 des 15 secteurs de rendement. Par exemple, entre mars 2007 et mars 2015, un RLISS a toujours performé à un niveau inférieur au rendement provincial global dans les domaines suivants : les patients ayant des troubles de santé mentale et de toxicomanie qui ont visité à répétition le service d'urgence dans les 30 jours de leur première visite; les patients non admis à l'hôpital qui attendaient plus longtemps dans le service d'urgence pour recevoir des soins; et les patients qui attendaient plus longtemps pour une chirurgie du cancer. Nous discutons à la **section 4.2.3** des mesures prises par le Ministère à l'endroit des RLISS dont le rendement était inférieur aux niveaux attendus.

4.1.2 Le rendement de l'Ontario est supérieur à la moyenne canadienne dans la majorité des secteurs mesurés pour les RLISS, mais peut s'améliorer dans d'autres secteurs

L'annexe 4 compare le rendement de l'Ontario à celui du reste du Canada pour plusieurs indicateurs de rendement du système de santé établis par Qualité des services de santé Ontario et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Entre 2010 et 2014, le rendement de l'Ontario était supérieur à la moyenne canadienne dans la majorité des secteurs mesurés pour les RLISS, soit l'accès à la radiothérapie et la réadmission en santé mentale après 30 jours. Son rendement était cependant inférieur à la moyenne dans d'autres secteurs, tels que l'accès à une chirurgie de la cataracte et l'amélioration de l'information communiquée aux patients à leur congé de l'hôpital concernant ce à quoi ils peuvent s'attendre à leur retour à la maison.

4.1.3 Le rendement varie d'un RLISS à l'autre

Dans l'ensemble, la population ontarienne ne jouit pas d'un accès équitable aux services de santé pour divers facteurs, dont la fluctuation du rendement des RLISS, non seulement dans les 15 secteurs que cible le Ministère, mais aussi dans ceux pour lesquels Qualité des services de santé Ontario et l'ICIS produisent des rapports. Cet écart, qui est parfois substantiel, signifie que certaines personnes, selon leur lieu de résidence, bénéficient d'un meilleur accès aux soins de santé pleinement intégrés et certaines ne reçoivent pas de soins dans les milieux les plus appropriés, parfois à des coûts supérieurs à ceux nécessaires. En outre, lorsque plusieurs RLISS sont responsables de différentes zones d'un grand centre urbain, les personnes peuvent ne pas avoir un accès égal aux services de santé, même si le public peut s'attendre à une expérience similaire en raison de la taille comparable de la population et de l'infrastructure de santé dans

chaque RLISS. Par exemple, cinq RLISS supervisent les services de santé offerts dans la Ville de Toronto. Les résidents de Toronto Est et de Scarborough sont situés à proximité des réseaux et habitent des quartiers ayant beaucoup d'aspects en commun; ceux de Toronto Est sont desservis par le RLISS du Centre-Toronto et ceux de Scarborough par celui du Centre-Est. Pourtant, les temps d'attente de ces résidents diffèrent grandement pour certaines interventions hospitalières.

En réponse à notre sondage, la moitié des membres du conseil et des DG actuels et anciens des RLISS croyaient que le niveau de soins de santé offerts aux Ontariens était plus équitable que celui qui existait avant leur création. Un tiers seulement des fournisseurs de services de santé partageaient cet avis. De plus, en réponse à la question de savoir si les Ontariens ont accès à un ensemble comparable de services de santé quel que soit leur lieu de résidence, plus de 60 % des fournisseurs de services de santé et plus de 40 % des membres du conseil et des DG actuels et anciens des RLISS ont répondu par la négative.

Indicateurs de rendement mesurés par le Ministère

Comme le montre la **figure 7**, le rendement dans les 15 secteurs variait dans l'ensemble des RLISS pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. L'écart de rendement entre le RLISS ayant le meilleur rendement et celui ayant le pire rendement pouvait être jusqu'à sept fois plus élevé. Voici des exemples :

- Pour l'ensemble de l'Ontario, 14 % des jours en hospitalisation (aussi appelé jours ANS comme expliqué à la **section 4.1.1**) étaient utilisés par les patients qui n'avaient plus besoin de soins hospitaliers, mais attendaient à l'hôpital pour recevoir des soins ailleurs ou leur congé. Dans les 14 RLISS cependant, les jours ANS variaient grandement, soit d'environ 7 % des jours en hospitalisation dans un réseau à près de 23 % dans un autre—un écart de plus

du triple. Cette utilisation inefficace des ressources hospitalières peut dénoter le manque d'intégration dans le système et de disponibilité des services après le congé, ainsi qu'un processus inadéquat pour coordonner les congés. Nous avons signalé cette situation dans notre audit de 2010 sur la mise en congé des patients hospitalisés, ce qui cause des retards dans les dispositions de congé.

- À l'échelle de la province, environ 38 % des patients ayant les besoins les moins urgents ont subi un examen IRM dans un délai de 28 jours. (Au moment de notre audit, même si le Ministère, par l'entremise d'Action Cancer Ontario, recueille des données et produit des rapports sur les temps d'attente pour les examens IRM pour les patients ayant les besoins les moins urgents, ces données ne sont pas comparées aux objectifs et ne sont pas comprises dans les ententes de responsabilisation des RLISS.) Le RLISS le plus performant a fourni un accès dans les 28 jours à plus de la moitié des patients, comparativement à un autre RLISS qui a facilité un accès rapide à 11 % seulement de ses patients.
- En Ontario, 90 % des patients aiguillés vers un CASC par leur médecin de famille ou de premier recours (à l'opposé d'un hôpital après un séjour hospitalier) ont reçu leur premier service à domicile du CASC dans les 28 jours. Toutefois, selon le lieu de résidence dans la province, le temps d'attente variait de 12 jours à 82 jours, une différence de près de 2 mois.

Analyse de l'information de Qualité des services de santé Ontario

D'après le rapport annuel, publié en novembre 2014, de Qualité des services de santé Ontario sur le rendement du système de santé, l'écart entre le RLISS le plus performant et celui le moins performant était important, comme le montre la **figure 8**. Les exemples qui suivent révèlent qu'en 2012-2013 (le dernier exercice pour

lequel de l'information était disponible au moment de notre audit), les Ontariens ne recevaient pas toujours des soins de santé dans les établissements les plus appropriés :

- Pour chaque tranche de 100 000 personnes, il y a en moyenne 246 cas d'hospitalisation pour un trouble médical qui aurait pu être soigné à moindres frais hors de l'hôpital. Le RLISS au taux d'hospitalisation le plus bas au cours de l'exercice a affiché 159 cas pour 100 000 personnes, alors que le RLISS au taux le plus élevé présentait le triple des cas (436 par tranche de 100 000 personnes).
- En moyenne, les Ontariens ont attendu 111 jours pour être admis à partir de leur collectivité (soit de leur domicile ou d'un logement avec services de soutien) à un foyer de soins de longue durée. Dans un RLISS, le délai d'attente moyen était de 53 jours, tandis que celui d'un autre était quatre fois plus élevé, soit 219 jours. La taille de la liste d'attente et le nombre de lits disponibles peuvent avoir un effet sur les longs temps d'attente.
- Les Ontariens ont attendu en moyenne 65 jours pour être admis à un foyer de soins de longue durée à partir de l'hôpital. Les patients d'un RLISS attendaient seulement 33 jours en moyenne, tandis que le délai d'attente moyen dans un autre RLISS était 5 fois plus long, c.-à-d. 152 jours. Répétons que les temps d'attente peuvent être fonction de la taille de la liste d'attente et du nombre de lits disponibles.

Analyse de l'information de l'Institut canadien d'information sur la santé

Selon le rapport d'avril 2015 de l'ICIS sur les temps d'attente au Canada, il y avait une « variation importante » entre les six RLISS qui desservent Toronto et les régions voisines pour une arthroplastie de la hanche et du genou au cours de la période d'avril à septembre 2014. Ces exemples montrent que l'accessibilité à des services de santé similaires

Figure 8 : Rendement des RLISS les plus performants et les moins performants selon les indicateurs de Qualité des services de santé de l'Ontario*, 2012-2013 et 2013-2014

Source des données : Qualité des services de santé Ontario

Indicateurs pour lesquels des données sur le rendement des RLISS ont été publiées	Période visée	Rendement réel		
		RLISS les plus performants	RLISS les moins performants	Résultats provinciaux
% de patients soignés à domicile ayant des besoins complexes qui ont reçu la première visite pour un soutien personnel dans les cinq jours de l'autorisation des services	3 ^e trimestre 2013-2014	94,5 %	60,5 %	84,0 %
% de personnes qui ont obtenu un rendez-vous chez leur fournisseur de soins primaires le jour où elles sont tombées malades ou le lendemain	2013	54,2 %	29,2 %	45,3 %
% de personnes ayant éprouvé de la difficulté à obtenir des soins en soirée ou le week-end, sans cependant se rendre au service d'urgence	2013	42,9 %	68,2 %	53,7 %
Nombre médian de jours pour une admission à un foyer de soins de longue durée à partir de l'hôpital	2012-2013	33 jours	152 jours	65 jours
Nombre médian de jours pour une admission à un foyer de soins de longue durée à partir de la maison	2012-2013	53 jours	219 jours	111 jours
Nombre d'hospitalisations pour des troubles médicaux qui peuvent être traités hors des hôpitaux par tranche de 100 000 personnes	2012-2013	159	436	246
Taux de réadmission dans les 30 jours de l'hospitalisation pour un diagnostic médical	2012-2013	12,0 %	14,5 %	13,5 %
Taux de réadmission dans les 30 jours de l'hospitalisation pour un diagnostic chirurgical	2012-2013	5,8 %	8,0 %	7,0 %

* Ces indicateurs de rendement diffèrent de ceux du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

varie d'un RLISS à l'autre, même dans une grande région urbaine dont la taille de la population et l'infrastructure de santé sont semblables.

Nous avons utilisé les données annuelles pour la période terminée le 31 mars 2015, que nous avons obtenues du Ministère, et avons noté la même fluctuation que dans les données sur six mois compilées par l'ICIS en 2014 :

- Le RLISS le plus performant de la région de Toronto exécutait une arthroplastie de la hanche dans le délai prévu de 182 jours pour 97 % des patients, alors que le RLISS le moins performant avait respecté ce délai pour 49 % seulement des patients.
- Le RLISS le plus performant de la région de Toronto exécutait une arthroplastie du genou dans le délai prévu de 182 jours pour 95 %

des patients, alors que le RLISS le moins performant avait respecté ce délai pour 44 % seulement des patients.

Nous avons appliqué les observations de l'ICIS aux zones à l'extérieur de Toronto et noté des disparités régionales entre les RLISS voisins pour l'exercice clos le 31 mars 2015. Par exemple :

- Dans deux RLISS voisins du sud, alors que 96 % des patients desservis par un réseau ont attendu les 182 jours cibles pour une arthroplastie de la hanche, ceux de l'autre réseau étaient moins chanceux—seulement 50 % des arthroplasties de la hanche ont été exécutées dans le délai cible (à l'échelle provinciale, 86 % des patients ont subi une arthroplastie de la hanche dans le délai de 182 jours).

- 30 % des visites répétées au service des urgences ont été faites par des Ontariens ayant un problème de toxicomanie dans les 30 jours suivant leur première visite. Dans deux RLISS voisins du nord, les patients d'un réseau ont affiché un taux de retour semblable à celui de l'Ontarien moyen, mais ce taux était supérieur (40 %) dans l'autre réseau.

4.1.4 L'écart de rendement entre les RLISS s'est creusé avec le temps

Le Ministère s'est fixé l'objectif de réduire l'écart de rendement des RLISS au fil du temps afin d'éviter la forte fluctuation du niveau de services de santé dans la province. Il n'a cependant pas précisé le degré de variation qu'il considère comme acceptable pour chacun des secteurs de rendement et n'a pas établi d'échéancier pour ramener les écarts à un niveau acceptable.

Nous avons examiné l'écart de rendement des différents RLISS entre les exercices 2012 et 2015 et constaté une augmentation dans 10 des 15 secteurs de rendement (voir la **figure 9**). (Nous avons commencé notre évaluation à partir de l'exercice 2011-2012 parce que le Ministère a introduit 7 des 15 secteurs de rendement en 2010-2011 seulement.)

Par exemple, pour l'exercice clos le 31 mars 2012, les patients du RLISS le moins performant ont attendu 194 jours pour une chirurgie de la cataracte semi-urgente, ou 5 fois plus que ceux du RLISS le plus performant (attente de 41 jours). Trois ans plus tard, cet écart de rendement s'était creusé, l'attente étant de 5 à 31 fois plus longue.

Le Ministère doit mieux comprendre les raisons de l'écart croissant dans le rendement des RLISS afin de prendre les mesures appropriées pour le réduire. Si c'est parce que les RLISS les plus performants adoptent de meilleures pratiques, il faut cerner ces pratiques et les échanger avec les autres RLISS. Si c'est parce que les RLISS les moins performants rencontrent des obstacles croissants, ce qui explique leur rendement inférieur, il faut cerner et surmonter ces obstacles. Nous approfondissons l'analyse à ce sujet à la **section 4.2.3**.

RECOMMANDATION 1

Pour réduire l'écart dans le rendement des services de santé entre les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de la province, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, conjointement avec ceux-ci, doit :

- analyser les raisons de l'écart croissant dans le rendement des RLISS pour les secteurs de rendement clés;
- déterminer le degré de variation dans le rendement des RLISS qu'il considère comme acceptable pour chaque secteur de rendement mesuré;
- fixer un échéancier pour ramener l'écart de rendement des RLISS à un niveau acceptable.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accueille cette recommandation et entend continuer à travailler avec les RLISS pour comprendre les problèmes de rendement dans la province.

Les indicateurs et objectifs de rendement de chaque RLISS sont définis dans l'entente de responsabilisation conclue avec le Ministère. Dans le cadre du processus lié aux ententes, le Ministère et les RLISS déterminent le degré de variation acceptable par rapport aux objectifs et l'échéancier pour corriger les écarts de rendement.

Le Ministère et les RLISS ont récemment terminé la refonte des indicateurs et objectifs de rendement afin d'orienter le travail conjoint en 2015-2018, en tenant compte des occasions de mises à jour annuelles. Ils comptent utiliser les examens trimestriels des données sur les indicateurs de rendement pour cerner les priorités communes relatives aux stratégies, aux investissements et aux initiatives provinciaux qui seraient bénéfiques pour tous les patients des RLISS.

Figure 9 : Secteurs dans lesquels l'écart de rendement entre les RLISS s'est creusé entre 2011-2012 et 2014-2015

Sources des données : Action Cancer Ontario, Réseau ontarien de soins cardiaques, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Secteur de rendement	Exercice terminé le 31 mars 2012			Exercice terminé le 31 mars 2015		
	RLISS les plus performants	RLISS les moins performants	Écart de rendement entre le RLISS le plus performant et le RLISS le moins performant (%)	RLISS les plus performants	RLISS les moins performants	Écart de rendement entre le RLISS le plus performant et le RLISS le moins performant (%)
90 ^e centile des temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte—semi-urgente (jours)	194	41	4,7	20	609	30,5
90 ^e centile des temps d'attente pour une chirurgie du cancer—urgente (jours)	45	14	3,2	14	108	7,7
90 ^e centile des temps d'attente pour un pontage coronarien—semi-urgent (jours)	39	15	2,6	13	93	7,2
90 ^e centile des temps d'attente pour recevoir les services à domicile d'un CASC (jours)	64	20	3,2	12	82	6,8
90 ^e centile des temps d'attente pour un pontage coronarien—urgent (jours)	15	5	3,0	5	20	4,0
90 ^e centile des temps d'attente pour un pontage coronarien—non urgent (jours)	58	23	2,5	29	117	4,0
90 ^e centile des temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte—urgente (jours)	173	33	5,2	30	187	6,2
90 ^e centile des temps d'attente pour un TDM—semi-urgent (jours)	42	14	3,0	11	39	3,5
90 ^e centile des temps d'attente pour un TDM—non urgent (jours)	68	28	2,4	20	66	3,3
90 ^e centile des temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche—non urgente (jours)	323	133	2,4	133	337	2,5
Nombre de jours autre niveau de soins (ANS) durant un séjour à l'hôpital (%)	27	10	2,7	7	23	3,3
90 ^e centile de la durée du séjour au service d'urgence des patients admis (heures)	45	24	1,8	17	35	2,0
90 ^e centile de la durée du séjour au service d'urgence des patients non admis dont l'état de santé est complexe (heures)	8	7	1,3	6	8	1,4
Visites imprévues répétées dans les 30 jours au service d'urgence pour des troubles de santé mentale (%)	25	14	1,7	15	27	1,8

4.2 Aucun des RLISS n'a satisfait tous les objectifs de rendement, et le Ministère peut faire davantage pour les aider à améliorer leur rendement

Aux termes du protocole d'entente entre le Ministère et chacun des 14 RLISS, en vigueur de 2012 à 2017, le ministre peut prendre des mesures ou demander aux RLISS de le faire afin de combler leurs lacunes administratives ou opérationnelles. De même, les ententes de responsabilisation entre le Ministère et les RLISS précisent que le ministre peut proposer des mesures correctives pour les aider à améliorer leur rendement.

En réalité, lorsque le rendement d'un RLISS ne répond pas aux attentes, le Ministère adopte une approche collaborative pour travailler avec le réseau afin de cerner les problèmes et de déterminer les prochaines étapes susceptibles d'améliorer son rendement. Même si ce choix peut reposer sur des raisons valides, il n'en demeure pas moins que les lacunes dans le rendement persistent d'une année à l'autre.

L'un des facteurs contributifs de la variation du rendement des RLISS est que le Ministère a négocié différents objectifs pour chaque RLISS afin qu'il performe dans les 15 secteurs de rendement. Nous avons noté qu'alors que certains objectifs pour des troubles de santé particuliers ont été élaborés en s'inspirant de données probantes, cela n'a pas été fait pour d'autres. Plutôt, ils sont basés sur le rendement de l'exercice précédent et les défis locaux.

Un autre inconvénient est que les RLISS ne gèrent pas le secteur des soins primaires. Si ces soins ne sont pas disponibles ou si les interventions des fournisseurs de soins primaires, comme les médecins de famille, ne sont pas harmonisées avec celles des RLISS, les réseaux peuvent difficilement remplir les objectifs et les attentes du Ministère.

De plus, ni le Ministère ni la loi n'ont clairement défini le système de santé pleinement intégré, ce qui met en doute l'efficacité des plans d'intégration des services de santé, qui sont établis par les RLISS

tous les trois ans, à réaliser le but ultime de mettre en place un système de santé intégré.

Nous examinons ces questions en détail dans les sous-sections qui suivent.

4.2.1 Les RLISS n'ont pas atteint tous les objectifs de rendement

Aucun des 14 RLISS n'a rempli les objectifs et les attentes dans les 15 secteurs de rendement qui servent à mesurer leur efficacité, comme défini dans leur entente de responsabilisation conclue avec le Ministère. Ces secteurs sont assortis d'indicateurs visant à mesurer l'accès à des services de santé particuliers et aux soins de santé coordonnés, ainsi que les tendances de réadmission des patients présentant un trouble de santé donné. La liste complète des 15 secteurs de rendement est présentée à la figure 4.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015, le RLISS le plus performant a atteint les objectifs de rendement dans 10 secteurs, tandis que les RLISS les moins performants (au nombre de 4) les ont atteints dans 4 secteurs. En moyenne, les RLISS ont rempli les objectifs dans 6 des 15 secteurs de rendement (voir la **figure 10**).

En général au cours de cet exercice, les RLISS ont donné un rendement satisfaisant en ce qui concerne l'accès en temps opportun aux chirurgies du cancer et aux pontages coronariens. Dans presque tous les RLISS sauf 2, au moins 90 % des patients ont subi une chirurgie du cancer dans un délai de 84 jours. Dans 8 des 9 RLISS qui pratiquent les pontages coronariens, presque tous les patients ont subi cette intervention dans les 90 jours. Quoi qu'il en soit, Action Cancer Ontario, un organisme gouvernemental provincial, est principalement responsable de la planification et de l'affectation des ressources pour les chirurgies du cancer et du travail avec les fournisseurs de services de santé dans chaque RLISS, afin d'améliorer les soins de cancérologie pour les personnes desservies.

D'ailleurs, la majorité des RLISS n'ont pas atteint le niveau de rendement attendu en raison du trop

Figure 10 : Rendement lié à l'atteinte des objectifs propres aux RLISS dans 15 secteurs mesurés, par RLISS, exercice terminé le 31 mars 2015

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

Système de santé local RLISS	Secteur de rendement*															N ^{bre} d'indicateurs pour lesquels le RLISS a atteint l'objectif particulier
	1 (h)	2 (h)	3 (h)	4 (%)	5 (%)	6 (%)	7 (%)	8 (%)	9 (%)	10 (%)	11 (%)	12 (jours)	13 (%)	14 (%)	15 (%)	
Centre-Ouest	34,42	7,07	3,50	93,55	n/a	89,20	49,08	44,31	15,20	85,21	6,92	18	15,66	25,16	25,77	4
Hamilton Niagara Haldimand Brant	34,67	7,30	4,50	86,89	100	85,39	81,91	76,44	45,96	77,09	17,62	23	16,44	18,84	26,64	4
Nord-Est	32,22	5,57	3,95	87,43	99	91,11	76,14	71,52	47,34	71,27	22,56	76	18,74	17,24	29,42	4
Nord-Ouest	31,37	6,77	3,88	95,26	n/a	94,44	75,54	64,20	50,08	79,35	21,39	35	17,24	16,83	40,65	4
Érié St-Clair	24,37	6,88	4,00	96,98	n/a	97,10	84,91	78,93	27,31	96,17	18,22	16	16,28	17,24	23,50	5
Simcoe Nord Muskoka	27,20	6,20	3,95	98,38	n/a	94,10	91,64	88,65	11,10	59,65	21,25	82	15,97	15,33	23,43	5
Waterloo Wellington	17,45	6,33	4,23	98,41	100	95,11	89,34	86,46	37,75	70,41	12,47	12	16,05	15,05	23,20	5
Mississauga Halton	34,60	6,12	3,58	96,25	99	95,83	97,02	80,41	21,12	51,35	12,27	28	15,32	16,35	25,13	6
Sud-Est	27,22	6,70	4,28	96,71	99	93,54	50,00	78,97	51,47	94,71	13,97	23	16,69	22,20	25,00	6
Sud-Ouest	25,30	6,32	3,62	91,28	100	89,13	77,76	79,19	28,83	73,32	8,93	21	17,20	17,63	19,62	7
Centre-Toronto	26,60	7,75	4,47	94,40	99	90,09	88,17	94,25	41,32	59,09	9,63	25	18,79	27,18	40,60	7
Centre-Est	31,30	6,08	4,02	97,22	n/a	98,13	96,57	95,28	55,00	91,54	15,75	23	16,22	19,78	23,97	8
Champlain	26,93	7,60	4,52	97,59	78	89,94	87,49	89,22	35,98	75,66	11,83	56	16,39	17,51	26,43	8
Centre	32,70	6,53	3,43	99,75	99	99,69	96,42	95,32	38,50	88,71	14,40	28	15,50	17,60	23,62	10
Moyenne																6
N^{bre} total de RLISS qui ont atteint l'objectif local	0	10	8	12	8	10	5	4	2	5	5	9	2	2	1	

* Voir la liste des secteurs de rendement à la figure 4.

Les cases ombragées en gris montrent les RLISS qui ont atteint leurs objectifs locaux respectifs pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

grand nombre de réadmissions dans les établissements de santé et de visites répétées aux services d'urgence ainsi que de longs temps d'attente dans les urgences et pour un examen IRM dans certaines populations de patients. Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015, le rendement d'au moins 12 des 14 RLISS était inférieur au niveau cible dans les secteurs critiques suivants :

- *Visites imprévues répétées au service d'urgence des patients ayant des troubles de santé mentale ou de toxicomanie dans les 30 jours d'une visite précédente.* D'après le Ministère, la raison principale de ces visites récurrentes au service d'urgence est l'absence de services communautaires efficaces disponibles au moment de la mise en congé des patients.
- *La réadmission à n'importe quel établissement de soins de groupes particuliers présentant des caractéristiques cliniques similaires pour des soins hospitaliers non urgents dans les 30 jours de leur mise en congé.* Les groupes particuliers éprouvaient l'un ou plusieurs des sept troubles suivants : accident vasculaire cérébral (AVC), bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, insuffisance cardiaque congestive, diabète, cardiopathie, et maladies gastro-intestinales. La majorité des patients ayant ces troubles ont été réadmis dans les hôpitaux, alors qu'ils auraient pu être traités ailleurs. D'après le Ministère, les taux de réadmission constituent d'importants indicateurs de la qualité des soins hospitaliers et après la mise en congé. Un rendement médiocre dans ce secteur révèle qu'il faut améliorer la planification des mises en congé et des soins connexes, surtout pour les patients de santé faible et ceux ayant des maladies ou troubles multiples et complexes.
- *Les patients admis à l'hôpital après un séjour de durée donnée (variant de 8 à 30,6 heures selon le RLISS) au service d'urgence.* Une raison de cette occurrence est que les patients ayant des troubles multiples et complexes ont souvent besoin d'examen et de diagnostics plus

intensifs. Une autre raison est que les patients n'ayant plus besoin de soins hospitaliers n'ont pas reçu leur congé rapidement et occupaient des lits d'hôpital, comme le montre le taux ANS supérieur au taux cible pour la province.

- *Les patients devant attendre 28 jours ou plus pour un examen IRM non urgent.* La majorité des RLISS éprouvent des difficultés à assurer que les patients reçoivent un examen IRM dans le délai de 28 jours. Les quatre RLISS visités ont indiqué qu'ils n'ont pu répondre à la demande accrue avec leurs ressources existantes. Nous avons tâché de déterminer si les hôpitaux dans ces quatre RLISS avaient respecté le délai d'attente pour les examens IRM non urgents en 2014-2015 (le Ministère n'a pas mesuré le rendement des RLISS lié aux temps d'attentes pour les examens IRM urgents en 2014-2015). Nous avons noté que dans les RLISS individuels, certains hôpitaux réussissaient mieux que d'autres à respecter le délai d'attente, ce qui démontre que les RLISS doivent mieux gérer la capacité et la demande dans leur région.

4.2.2 Les problèmes de rendement persistent dans certains RLISS

Les résultats de certains RLISS sont limités, n'ayant pas atteint les niveaux de rendement attendus sur une longue période. Leur incapacité à réaliser sur une base continue les objectifs de rendement signifie que leurs patients sont constamment désavantagés pour ce qui est de l'accès en temps opportun aux soins de santé de qualité. Par exemple, un des quatre RLISS visités n'a pas respecté la cible annuelle des temps d'attente pour les examens IRM au cours de six des huit années qui ont précédé le 31 mars 2015. Un autre RLISS audité n'a pas respecté sa cible annuelle du délai d'attente pour les arthroplasties de la hanche dans sept des huit dernières années. Dans ces deux cas, les initiatives mises en oeuvre par les RLISS n'ont pas réussi à combler l'écart de rendement. Le Ministère doit

assurer la responsabilisation des RLISS à l'égard de leur rendement. Lorsque nous avons demandé au Ministère les mesures qu'il avait prises pour faire en sorte que ces RLISS améliorent leur rendement, il a répondu que son rôle consistait à surveiller leur rendement et à leur demander des mises à jour des initiatives d'amélioration qu'ils ont entreprises en réponse à leurs problèmes de rendement particuliers. Il a ajouté qu'il travaillait avec les RLISS pour élaborer et mettre en oeuvre des stratégies d'amélioration.

Un problème de rendement persistant : les collectivités rurales et du Nord sous-desservies

Pour donner un autre exemple, dans un RLISS visité, nous avons noté que ni le Ministère ni le réseau n'avaient donné suite aux engagements antérieurs de répondre aux défis de longue date liés à la prestation des services de santé dans les collectivités rurales et du Nord.

De nombreuses études ont révélé qu'on ne répond pas de façon adéquate aux besoins en soins de santé dans le Nord et les autres régions rurales. Par exemple :

- En décembre 2010, un comité sur les soins de santé dans les régions rurales et nordiques, nommé par le Ministère, a souligné le peu de services de santé communautaires disponibles dans les régions rurales. Par conséquent, les patients étaient admis dans les hôpitaux pour des troubles qui seraient traités dans les centres de soins externes dans les régions urbaines (où les patients reçoivent des soins externes seulement en milieu hospitalier ou dans une clinique).
- En 2012 et de nouveau en 2015, l'Association des hôpitaux de l'Ontario a souligné la pénurie de services à domicile et communautaires dans les collectivités rurales et du Nord.

Un RLISS audité avait observé, en 2006, qu'il fallait préciser les rôles actuels et futurs des hôpitaux dans les petites collectivités, afin de mieux répondre aux besoins des résidents. Au moment

de notre audit, ce RLISS poursuivait l'élaboration d'une stratégie régionale visant à mieux appuyer la prestation des services dans les collectivités desservies.

En 2007, Le Ministère avait indiqué qu'il dresserait un plan provincial pour les besoins en santé des collectivités rurales et du Nord, afin d'améliorer l'accès aux services de santé dans ces régions. Au moment de notre audit, il n'avait pas encore dressé ce plan, mais au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2013, il avait créé un fonds quadriennal doté de 80 millions de dollars pour les hôpitaux ruraux et de petite taille, dans le but de resserrer les liens avec les soins communautaires et d'aider les hôpitaux et les fournisseurs de soins communautaires à exercer leurs activités dans un réseau intégré. En mars 2015, le Ministère avait versé des fonds de près de 61 millions à 65 hôpitaux ruraux, surtout destinés à des projets technologiques, tels que l'implantation d'un système de gestion de l'information et la facilitation des dossiers médicaux électroniques. Un consultant externe a terminé l'examen de ce fonds en mars 2015, et a noté que certains projets financés ne présentaient pas d'avantages quantitatifs. À ce titre, il a suggéré au Ministère et aux RLISS participants de normaliser les rapports sur les projets, afin de saisir l'information sur les étapes et les résultats prévus et les progrès réalisés.

RECOMMANDATION 2

Pour faire en sorte que les patients partout dans la province reçoivent des soins dans les niveaux cibles, les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent améliorer la gestion de la capacité et de la demande relatives aux services communautaires et aux examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dans leur région respective.

RÉPONSE DES RLISS

Les RLISS reconnaissent leur rôle de chefs de file dans la gestion des ressources locales, le

renforcement continu de la capacité et de la durabilité du système. Toutefois, ils sont aussi conscients de leurs limites dans la gestion de la demande de services, qui est influencée par des facteurs externes à leur champ d'action, tels que les changements démographiques, les besoins de santé de la population, et l'évolution des technologies et des pratiques.

Les RLISS appuient pleinement la vision du Ministère de créer un système axé sur les patients, qui est énoncée dans *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé* (février 2015) et *Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire* (mai 2015). Il existe actuellement des disparités dans la province concernant la capacité des fournisseurs de services à domicile et communautaires et la disponibilité des ressources en santé humaine pour répondre à la demande. Les RLISS doivent répondre aux inégalités et aux défis et entendent collaborer avec le Ministère et les fournisseurs de services de santé pour mieux gérer la demande courante et future dans le système. En raison du vieillissement de la population, la demande en services à domicile et dans les collectivités, ainsi que la demande en ressources, continuera d'augmenter.

Les RLISS reconnaissent qu'il faut offrir aux Ontariens ayant besoin d'un examen IRM un accès en temps opportun à ce service diagnostique, mais ils ne sont pas en mesure de contrôler la demande pour ces examens. Cependant, ils ont travaillé avec les hôpitaux pour améliorer l'utilisation et l'efficacité et continueront à le faire. Ils poursuivront aussi leur collaboration avec les hôpitaux et le Ministère dans les efforts pour mettre en oeuvre les pratiques exemplaires et pour relever les défis géographiques et d'autre nature associés à l'accès aux examens IRM.

RECOMMANDATION 3

Pour que les patients partout dans la province reçoivent des niveaux de soins équivalents, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- s'assurer que la capacité et la demande relatives aux services communautaires et aux examens IRM sont gérées à l'échelle provinciale en tenant compte des ressources existantes;
- élaborer un plan provincial pour les besoins en santé des collectivités rurales et du Nord, afin de donner suite à son engagement de 2007.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation et met en oeuvre des stratégies pour gérer la capacité et la demande en services communautaires. Par exemple, Accès aux soins d'Action Cancer Ontario met au point un outil de planification de la capacité pour les examens IRM qui servira à informer le Ministère de la capacité des RLISS et du besoin en services d'IRM. L'outil tient compte des temps d'attente, de la croissance de la population et des services existants, et servira à appuyer les services d'IRM en fonction des besoins provinciaux.

Le Ministère reconnaît aussi les défis uniques auxquels font face les fournisseurs de services de santé et les établissements dans les régions rurales et nordiques. Il est résolu à répondre aux besoins en soins de santé des collectivités rurales et nordiques en rehaussant l'intégration et la gestion locale des services.

Les hôpitaux dans les régions rurales de l'Ontario, en collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario et les RLISS, se concertent avec le Ministère pour évaluer les possibilités de créer des carrefours de santé ruraux, qui fourniraient l'accès aux services dans le continuum des soins à une population particulière. En mai 2015, le ministre a annoncé

qu'il comptait donner suite à ce modèle, et le travail est en cours pour déterminer les premiers emplacements.

4.2.3 Le Ministère doit resserrer la surveillance des RLISS

Chaque trimestre, le Ministère examine les données de rendement soumise par les RLISS et rencontre les représentants de 3 ou 4 RLISS à la fois, afin de s'assurer de rencontrer tous les 14 RLISS une fois par année. À ces réunions, les RLISS présentent les initiatives entreprises ou prévues pour combler l'écart dans leur rendement. Le Ministère et les RLISS tiennent d'autres réunions au cours de l'année pour échanger de l'information et discuter de différents programmes, plutôt que de se concentrer sur les problèmes de rendement.

Le Ministère a indiqué qu'il encourageait les RLISS à trouver leurs propres solutions aux problèmes de rendement. Il leur a parfois recommandé de consulter les pratiques exemplaires afin de déterminer où réaliser des gains d'efficacité. Nous avons noté que le Ministère avait offert un soutien aux RLISS dans leur recherche de pratiques exemplaires, mais il pourrait adopter une approche plus directive.

Pareille approche permettrait d'éviter les problèmes de rendement persistants de certains RLISS, comme mentionné à la **section 4.2.2**.

Par exemple, le RLISS le plus performant, qui offrait constamment un accès en temps opportun aux chirurgies de la cataracte, a formé un comité interne en avril 2007 pour coordonner et mettre en oeuvre un plan visant à améliorer l'accès aux chirurgies oculaires dans la région. Le Ministère a souligné cette initiative favorable, mais n'a pas demandé aux autres RLISS, surtout ceux dont le rendement est insatisfaisant, d'adopter des pratiques similaires. Un RLISS, dont les patients attendaient toujours le plus longtemps pour une chirurgie de la cataracte, ne planifiait pas et ne surveillait pas l'accès à cette chirurgie sur son territoire. Il concentrait plutôt ses efforts sur les

établissements de santé individuels, jusqu'en mai 2014 lorsqu'il a créé un comité interne pour coordonner un plan pour les soins de la vue, qui serait appliqué sur tout son territoire afin d'améliorer l'accès à cette intervention chirurgicale. Même si cette stratégie n'a pas écourté sensiblement dans le RLISS les temps d'attente pour cette intervention, si le Ministère avait exigé que le réseau recentre sa planification stratégique et l'avait informé des pratiques utilisées par le RLISS le plus performant, une solution efficace pour corriger le rendement insatisfaisant aurait pu être proposée plus tôt.

Nous avons constaté que les quatre RLISS audités employaient des approches de résolution de problèmes, comme l'analyse des causes fondamentales, pour déterminer la raison sous-jacente d'un rendement insatisfaisant, mais ces approches n'étaient pas utilisées dans tous les cas. En outre, le Ministère ne faisait pas de promotion active de l'utilisation de telles approches.

Le Ministère peut en faire davantage pour s'assurer que les RLISS non performants fixent un échéancier raisonnable pour résoudre les problèmes sous-jacents et les tenir responsables du respect de cet échéancier.

Les fournisseurs de services de santé ainsi que les membres du conseil et les DG actuels et anciens des RLISS sondés croyaient aussi que le Ministère peut faire davantage pour demander des comptes aux RLISS sur leur rendement. Près des deux tiers pensaient que le Ministère doit faire davantage pour cerner les causes sous-jacentes du non-respect par les RLISS de leurs objectifs de rendement, pour déterminer et mettre en oeuvre les pratiques exemplaires ou les modèles prometteurs (il en est question à la **section 4.4.3**), et pour élaborer des normes de service pour les secteurs communs (voir la **section 4.4.4**). En outre, un tiers seulement des fournisseurs de services de santé estimait que le Ministère avait établi une orientation générale efficace pour le système de santé, comparativement à 55 % des membres du conseil et des DG actuels et anciens des RLISS qui pensaient de même.

RECOMMANDATION 4

Pour que le rendement des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) atteigne le niveau souhaité, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, conjointement avec ceux-ci, doit :

- communiquer les pratiques exemplaires observées dans les RLISS performants aux RLISS auprès desquels il doit intervenir pour que ces derniers trouvent des solutions possibles de leur rendement insatisfaisant;
- aider les RLISS à analyser les causes fondamentales des écarts de rendement et à déterminer les mesures à prendre pour régler les problèmes persistants;
- exiger des RLISS qu'ils fixent un échéancier raisonnable pour corriger les écarts de rendement et qu'ils surveillent leurs progrès à ce chapitre.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation et poursuivra ses efforts auprès des RLISS concernant leur rendement, les écarts de rendement et l'échéancier pour les corriger.

Le Ministère souligne que les RLISS ont adopté et propagé des pratiques exemplaires en établissant des priorités et des solutions qui sont importantes pour les collectivités locales et les fournisseurs. Mentionnons, par exemple, les systèmes de laboratoire intégrés, les stratégies en matière de soins de la vue, l'admission et l'évaluation centralisées des cas orthopédiques, les stratégies de réadaptation à la suite d'un AVC et l'intégration des services de santé mentale qui ont tous été dirigés par des RLISS, puis adoptés par d'autres. Cette toile de fond fait ressortir les solides antécédents dans les stratégies provinciales, comme celles dirigées par Action Cancer Ontario, le Réseau de soins cardiaques et le Ministère, y compris les stratégies en matière de soins palliatifs et de diabète, qui ont toutes été appuyées par les RLISS

ainsi que les fournisseurs lors de leur mise en oeuvre. Les RLISS ont collaboré au lancement de stratégies provinciales communes portant sur des priorités partagées, comme la Rehabilitative Care Alliance. Le Ministère est au courant de ces initiatives dirigées par les RLISS et les appuie, et fait une promotion active de leurs pratiques exemplaires auprès d'autres réseaux.

Pour aider les RLISS à analyser les causes fondamentales des écarts de rendement, le Ministère continuera à fournir des données, des analyses et des recherches de politique aux RLISS et sollicitera régulièrement leurs conseils sur les priorités et stratégies provinciales afin de déterminer les mesures appropriées pour résoudre les problèmes courants. Les RLISS se rencontrent régulièrement pour collaborer à des solutions et défis communs. Les données sur leur rendement sont pleinement accessibles à tous les RLISS aux fins d'examen et de collaboration.

Le Ministère continuera à promouvoir la communauté de pratique et travaillera avec les RLISS pour établir des échéanciers raisonnables afin de résorber les écarts de rendement et de suivre les progrès.

4.2.4 Certaines cibles de rendement ne sont pas fondées sur des données probantes et varient sensiblement

Alors que certaines cibles liées à des troubles de santé particuliers ont été élaborées en s'inspirant de la documentation scientifique, d'autres ne sont pas fondées sur des données probantes, c.-à-d. qu'elles ne sont pas basées sur des pratiques exemplaires connues. Elles reposent plutôt sur les résultats d'exercices précédents obtenus par les RLISS individuels et les défis locaux. Cette situation a donné lieu à des différences considérables dans les objectifs des RLISS. La **figure 7** montre l'éventail des objectifs propres aux RLISS pour les 15 secteurs de rendement au cours de l'exercice clos le 31 mars 2015. Par exemple, les délais d'attente

cibles pour les soins à domicile dispensés par les CASC variaient de 17 jours dans un RLISS à 66 dans un autre. Le délai avant l'hospitalisation de patient à partir du service d'urgence variait de 8 heures dans un RLISS à 30,6 dans un autre.

Nous avons aussi remarqué que la réponse aux défis différait entre les RLISS. Particulièrement, lorsque l'objectif pour un secteur de rendement n'était pas réalisé dans un exercice, il était réduit pour certains RLISS, demeurait le même ou était plus contraignant pour d'autres. Par exemple, concernant les 7 RLISS qui n'ont pas accompli leur objectif de rendement ANS entre 2011-2012 et 2014-2015, le Ministère a réduit celui de 5 RLISS (p. ex. de 17 % à 22 % de jours ANS pour un RLISS) et a accru ou maintenu celui des deux autres. Le Ministère a expliqué qu'il avait défini ces objectifs modifiés conjointement avec les RLISS pour tenir compte des circonstances et des défis locaux.

4.2.5 Le Ministère modifie les mesures de rendement ou en établit de nouvelles pour évaluer les RLISS

Les 15 secteurs de rendement dont doivent rendre compte les RLISS servent principalement à mesurer le rendement des hôpitaux plutôt que celui qu'obtiennent les réseaux dans l'exercice de leurs fonctions de planification, de financement et d'intégration du système de santé local, ce qu'ont reconnu tant le Ministère que les RLISS. La **figure 11** montre la façon dont les indicateurs de rendement dans les différents secteurs de santé sont attribués aux RLISS (et dans certains cas, non attribués).

En décembre 2014, le Ministère a demandé à un groupe consultatif, comptant des représentants des RLISS, du Ministère et de Qualité des services de santé Ontario, d'examiner les indicateurs de rendement existants afin de déterminer s'il y avait lieu d'en élaborer de nouveaux. Ces indicateurs, que le groupe consultatif a finalisés en août 2015, ont ensuite été intégrés aux ententes de responsabilisation entre le Ministère et les RLISS pour 2015-2018.

La **figure 12** présente les nouveaux indicateurs. Certains indicateurs se rapportent au rendement des secteurs non hospitaliers et à la coordination des services de santé dans le système local—ces secteurs n'ont jamais été mesurés auparavant.

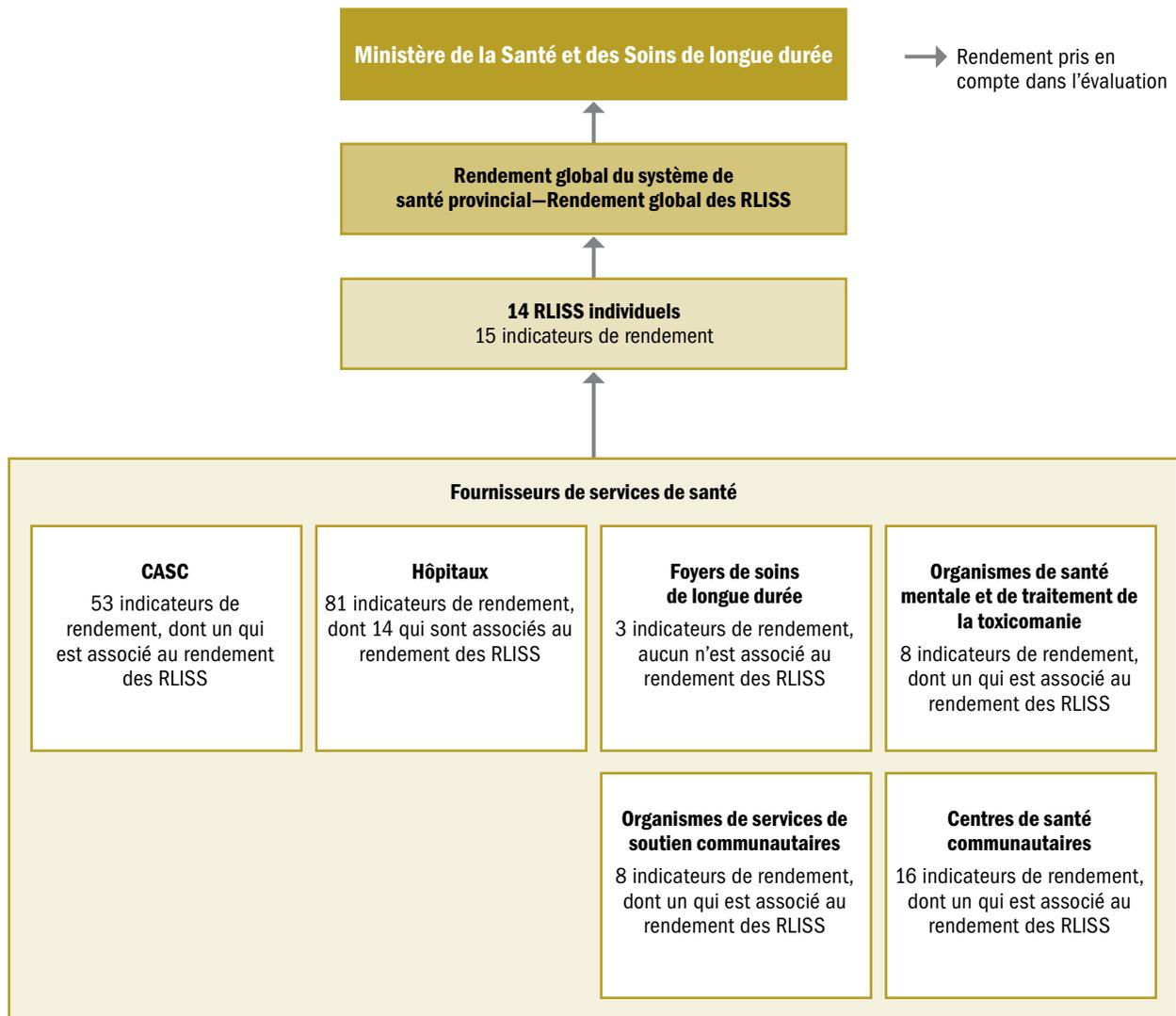
Certains nouveaux indicateurs sont aussi mesurés par l'ICIS, tandis que d'autres sont similaires à ceux utilisés pour évaluer le rendement des autorités sanitaires régionales d'autres pays et de certaines provinces canadiennes. Toutefois, nous avons relevé des indicateurs supplémentaires utilisés par certaines administrations, mais qui ne sont pas proposés par l'Ontario. Par exemple, une autorité sanitaire de la Colombie-Britannique mesure la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus qui reçoivent des services à domicile afin de déterminer si, grâce à ces services, elles peuvent rester chez elle le plus longtemps possible de façon sécuritaire. De plus, l'unique autorité sanitaire de l'Alberta évalue si les personnes reçoivent les services de soutien ou les soins de longue durée dans les 30 jours de leur évaluation et de l'approbation d'un placement.

Le Ministère a souligné, dans une présentation au Cabinet en 2004, qu'il s'attendait à ce que les RLISS produisent un nombre de résultats et d'avantages dans les quatre années suivantes, y compris la réduction des coûts de santé; l'intégration et la coordination des programmes et services de sorte à améliorer la prévention des maladies et la promotion de la santé; et la répartition équitable des services de santé dans la province. Pourtant, le Ministère n'a mesuré aucun de ces résultats attendus.

Grâce à la mesure globale du rendement des RLISS pour l'ensemble des activités et des résultats attendus découlant de leur mandat et à l'établissement de cibles fondées sur des données probantes pour les secteurs de rendement, le Ministère pourrait mesurer plus exactement l'efficacité de chacun des 14 RLISS dans la mise en place d'un système de santé local intégré.

Figure 11 : Mesure du rendement en matière de santé et structure de responsabilisation entre les fournisseurs de services de santé, les RLISS et le Ministère

Source des données : Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario d'après l'information fournie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée



RECOMMANDATION 5

Pour évaluer objectivement et complètement les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) quant à leur efficacité opérationnelle dans tous les secteurs de santé qu'ils gèrent, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- élaborer des objectifs de rendement pour chaque RLISS, qui reposent sur des repères factuels courants;

- examiner la pertinence d'adopter d'autres indicateurs de rendement en plus de ceux recommandés par le groupe consultatif, et achever la mise en oeuvre des indicateurs visant à mesurer le rendement du secteur non hospitalier et la coordination des services de santé.

Figure 12 : Nouveaux indicateurs utilisés pour mesurer le rendement des RLISS, 2015-2018

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

Indicateurs figurant dans l'entente de rendement entre le Ministère et les RLISS pour 2013-2015	
1	% de jours à un autre niveau de soins
2	90 ^e centile des temps d'attente pour recevoir les services à domicile d'un CASC—à compter de la date où la demande est présentée à un organisme communautaire jusqu'au premier service fourni par le CASC (à l'exclusion de la gestion de cas)
3	Visites imprévues répétées au service d'urgence dans les 30 jours pour les troubles de santé mentale
4	Visites imprévues répétées au service d'urgence dans les 30 jours pour les troubles de toxicomanie
Extension des indicateurs de rendement existants	
5	% de cas de priorité 2, 3 et 4 terminés dans le délai d'attente cible pour une chirurgie du cancer
6	% de cas de priorité 2, 3 et 4 terminés dans le délai d'attente cible pour un pontage coronarien
7	% de cas de priorité 2, 3 et 4 terminés dans le délai d'attente cible pour une chirurgie de la cataracte
8	% de cas de priorité 2, 3 et 4 terminés dans le délai d'attente cible pour une arthroplastie de la hanche
9	% de cas de priorité 2, 3 et 4 terminés dans le délai d'attente cible pour une arthroplastie du genou
10	% de cas de priorité 2, 3 et 4 terminés dans le délai d'attente cible pour un examen IRM
11	% de cas de priorité 2, 3 et 4 terminés dans le délai d'attente cible pour un TDM
12	Réadmission dans les 30 jours pour des troubles particuliers de groupes de patients hospitalisés du modèle d'allocation fondé sur la santé (MAFS)*
Nouveaux indicateurs	
13	% de patients de soins actifs qui ont eu un rendez-vous de suivi avec un médecin dans les 7 jours de leur congé
14	% de clients ayant des besoins complexes soignés à domicile qui ont reçu la première visite de soutien à la personne dans les 5 jours de la date d'approbation de ce service
15	% de clients soignés à domicile qui ont reçu la première visite d'une infirmière dans les 5 jours de la date d'approbation de ce service
16	% de patients de soins palliatifs mis en congé de l'hôpital recevant un soutien à domicile
17	90 ^e centile de la durée du séjour au service d'urgence des patients dont l'état de santé est complexe
18	90 ^e centile de la durée du séjour au service d'urgence des patients ayant des besoins mineurs ou dont l'état de santé n'est pas complexe
19	Taux autre niveau de soins
20	Temps d'attente entre la réception par le CASC de la demande d'admission au foyer de soins de longue durée jusqu'à la fin de l'évaluation de l'admissibilité (organisme communautaire et établissement de soins de courte durée)
21	Taux d'hospitalisation pour les conditions propices aux soins ambulatoires
22	Satisfaction globale à l'égard des soins de santé dans la collectivité
23	Taux de visite au service d'urgence pour des troubles qui auraient été mieux traités ailleurs

* Les troubles particuliers de groupes de patients hospitalisés du modèle d'allocation fondé sur la santé (MAFS) comprennent l'infarctus aigu du myocarde, la cardiopathie, l'insuffisance cardiaque congestive, la bronchopneumopathie chronique obstructive, la pneumonie, le diabète, l'AVC et les maladies gastro-intestinales.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation. Dans le cadre de l'entente de responsabilisation entre le Ministère et chaque RLISS de 2015-2018, qu'ils ont élaborée conjointement, des objectifs de rendement provinciaux ont

été établis pour l'ensemble des indicateurs de rendement, et les indicateurs de rendement propre à chaque RLISS ont été éliminés. Des objectifs fondés sur des données probantes ont été fixés dans la mesure du possible. Les RLISS doivent faire état des progrès réalisés dans la progression vers les objectifs d'ici la fin

de la période triennale de l'entente. Lorsque les objectifs provinciaux ne reposent pas sur des données probantes, le Ministère s'efforcera de définir des objectifs basés sur des pratiques exemplaires éprouvées.

Dans le cadre de l'audit effectué par la vérificatrice générale et de l'examen régulier du Ministère, des indicateurs non hospitaliers ont été ajoutés à la liste (p. ex. pour les soins à domicile et communautaires, les soins palliatifs, la satisfaction des patients et les soins primaires). Le Ministère, en partenariat avec les RLISS, examinera les indicateurs chaque année et les modifiera au besoin. En outre, le Ministère et les RLISS détermineront s'il faut ajouter ou créer de nouveaux indicateurs afin de refléter les priorités émergentes.

4.2.6 Des facteurs hors du contrôle des RLISS influencent leur rendement

Les RLISS audités ont fait savoir que parfois, ils ne peuvent rien faire pour améliorer le rendement dans certains secteurs, car il leur est impossible de modifier les préférences des patients ou les pratiques des médecins.

Par exemple, les patients connaissent des temps d'attente plus longs s'ils sont aiguillés vers des fournisseurs de services de santé vers lesquels d'autres médecins dirigent aussi leurs propres patients ou que les patients préfèrent. Dans une telle situation, il y a peu de choses qu'un RLISS puisse faire pour améliorer les temps d'attente.

Conformément à la Loi, les RLISS ne coordonnent pas les soins primaires (c.-à-d. les soins de santé au jour le jour offerts par les médecins de famille). L'absence de contrôle sur ce secteur a un impact sur le rendement dans des secteurs comme les trois indicateurs de la durée du séjour au service d'urgence (les secteurs 1, 2 et 3 à la **figure 4**). Si le médecin de famille n'est pas disponible le week-end ou ne peut voir le patient dans un délai d'un ou deux jours au moment où il veut prendre rendez-vous, il est alors plus probable que le patient

se rende au service d'urgence ou à une clinique sans rendez-vous.

Certains conseillers externes auprès du gouvernement ont recommandé d'inclure les soins primaires dans le mandat des RLISS. Par exemple, le rapport de mars 2015 présenté par un groupe d'experts gouvernementaux sur les soins à domicile et communautaires, intitulé *Amener les soins au domicile*, précisait que les soins primaires demeurent quelque peu à l'écart des secteurs de soins à domicile et communautaires, surtout dans les collectivités éloignées et rurales. Les auteurs du rapport indiquaient qu'à moins que les soins primaires et les soins à domicile et communautaires soient mieux harmonisés, il sera difficile pour ce dernier secteur de donner un haut rendement. D'après le rapport, un moyen clé de réaliser cette transformation est que les RLISS assument la gestion des soins primaires. Dans le même ordre d'idées, le rapport de 2012 présenté à la Commission sur la réforme des services publics de l'Ontario (le rapport Drummond) recommandait d'intégrer dans les RLISS tous les services de santé d'une région, y compris ceux des médecins de premier recours.

D'après les résultats de notre sondage, une plus forte proportion des membres du conseil et de DG actuels et anciens des RLISS croyaient que les réseaux peuvent effectuer une gestion efficace même sans être responsables des soins primaires, à l'opposé de ceux qui croyaient le contraire. Leurs opinions se démarquaient nettement de celles des fournisseurs de services de santé, dont la majorité croyait que les RLISS ne peuvent effectuer une gestion efficace s'ils ne sont pas aussi responsables des soins primaires.

Le Ministère a précisé qu'il examinait divers rapports sur la prestation des soins primaires. Il travaille avec tous ses partenaires pour améliorer la façon de prodiguer ces soins en Ontario.

RECOMMANDATION 6

Pour aider les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) à exécuter leur mandat d'intégrer le système de santé local, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit déterminer comment les RLISS peuvent gérer au mieux le secteur des soins primaires.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation et examinera des façons de renforcer le rôle des RLISS dans les soins primaires, ce qui s'inscrit dans leurs efforts continus afin d'appuyer la vision du gouvernement relative à un système de santé intégré.

4.2.7 Le système de santé intégré n'est pas clairement défini et un échéancier pour réaliser l'intégration n'a pas été établi

La Loi a confié aux RLISS le mandat de « réaliser un système de santé intégré » et, pour ce faire, ils doivent élaborer un plan stratégique triennal. Cependant, ni la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* ni le Ministère n'ont clairement défini ce qui constitue un système de santé pleinement intégré ni fixé d'échéance à laquelle le réaliser. Plus de la moitié des fournisseurs de services de santé et 44 % des membres du conseil et des DG actuels et anciens des RLISS sondés croyaient que le Ministère n'avait pas défini « l'état final » de ce système. En outre, plus de la moitié des répondants ont signalé que le Ministère n'avait pas fixé d'échéance pour la réalisation du système pleinement intégré.

Chaque RLISS a élaboré un plan stratégique triennal, appelé plan d'intégration des services de santé, qui comporte des propositions et des priorités pour le système de santé local et la mise en place du système intégré. Toutefois, en l'absence de définition claire de ce système, il est difficile pour les

RLISS de savoir si la mise en oeuvre des initiatives proposées conduira à ce résultat. En outre, le Ministère ne peut préciser dans quelle mesure les RLISS individuels et collectifs progressent vers la mise en place du système intégré.

Jusqu'à ce que ce concept soit défini, le Ministère peut seulement évaluer les progrès des RLISS dans l'atteinte des objectifs provinciaux fixés dans 11 des 15 secteurs de rendement. Comme le montre la **figure 7**, ces objectifs représentent des cibles de rendement à long terme et diffèrent des objectifs propres à chaque RLISS, dont il a été question à la **section 4.2.4**. Comme discuté à la **section 1.3.2**, des objectifs provinciaux n'ont pas été établis pour quatre secteurs de rendement. Concernant les 11 secteurs comportant des objectifs provinciaux, les résultats globaux de la province pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 montrent que les objectifs ont été accomplis dans 4 secteurs seulement. Nous abordons ces questions dans les sous-sections ci-après.

Les progrès liés aux plans stratégiques triennaux des RLISS ne sont pas toujours évalués

Les RLISS audités n'évaluaient pas l'efficacité des objectifs précisés dans leur plan stratégique pour mettre en place un système pleinement intégré. Aux termes du protocole d'entente entre le Ministère et chaque RLISS, le conseil d'administration est responsable d'élaborer des mesures pour surveiller et évaluer le rendement du réseau. Toutefois, trois des quatre RLISS n'ont pas fixé d'objectif quantifiable ou de mesure du rendement pour leurs buts déclarés et leurs stratégies. Donc, leur travail et leur progression vers un système de santé local pleinement intégré ne sont pas formellement évalués. Par exemple, un RLISS avait fixé l'objectif de réduire le pourcentage de patients de soins palliatifs qui occupent des lits de soins actifs, sans toutefois quantifier la réduction ou fixer l'échéance de sa réalisation. Ce RLISS utilise d'autres méthodes pour démontrer les progrès, notamment les cas de réussite exposés dans ses

rapports annuels. Le quatrième RLISS a seulement établi dans son dernier plan triennal pour 2013-2016 des mesures de rendement pour ses stratégies, assorties d'objectifs à respecter.

L'absence de cibles quantifiables dans les plans d'intégration des services de santé peut expliquer les résultats du sondage suivants : seulement un fournisseur de services de santé sur cinq ayant répondu au sondage croyait que les RLISS étaient en voie d'atteindre les objectifs de leur plan stratégique, comparativement à près de 80 % des membres du conseil et des DG actuels et anciens des RLISS.

Les objectifs provinciaux servent de cibles à long terme pour les RLISS

Pour 11 des 15 secteurs de rendement, le Ministère a établi ce qu'il appelle des « objectifs provinciaux », qui servent de cibles à long terme pour les RLISS (voir la **figure 7**). Dans la plupart des cas, ces objectifs sont plus contraignants que ceux que le Ministère a négociés avec les RLISS individuels. Par exemple, l'objectif provincial fixé par le Ministère pour les jours ANS est de 9,46 %, ce qui signifie qu'au plus 9,46 % du nombre total de jours qu'un patient passe à l'hôpital doit être attribuable à l'attente de soins ailleurs ou d'un congé. Seulement deux RLISS devaient respecter cet objectif particulier. La cible des 12 autres RLISS était moins contraignante que l'objectif provincial lié aux jours ANS. D'après les résultats du rendement provincial global pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, seulement 4 des 11 objectifs provinciaux ont été respectés au cours de l'exercice. De plus, le Ministère n'a pas établi d'échéancier dans lequel les 14 RLISS doivent atteindre les 11 objectifs provinciaux.

RECOMMANDATION 7

Pour mettre en place dans la province un système de santé pleinement intégré dans un avenir prévisible, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- définir clairement ce qui constitue ce système, déterminer les étapes de sa réalisation et les objectifs finals, et fixer l'échéancier dans lequel les RLISS doivent atteindre ces objectifs;
- demander aux RLISS d'élaborer des mesures et des cibles de rendement pour atteindre les objectifs proposés dans leur plan stratégique triennal, et rendre compte de leurs résultats.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le gouvernement a exposé sa vision pour un système de santé intégré dans le plan directeur de l'Ontario, *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*, qui définit les priorités du système de santé, y compris l'accès, l'équité et la qualité des soins. Le Ministère passe en revue les commentaires de différentes sources au sujet des options pour appuyer et concrétiser la vision du gouvernement relative à un système de santé intégré.

Les RLISS déterminent et précisent les stratégies qu'ils comptent mettre en oeuvre pour répondre aux priorités du gouvernement dans leur plan d'intégration des services de santé (PISS). Les plans d'activités annuels des RLISS prennent appui sur leur PISS, car c'est dans ce document qu'ils doivent démontrer comment ils rempliront les engagements pris dans leur PISS, y compris la définition des mesures et objectifs de rendement. De plus, les RLISS rédigent des rapports annuels qui renferment un compte rendu des progrès liés au système de santé local et des résultats de rendement qu'ils ont obtenus. Conjointement, ces documents publics exposent les priorités stratégiques, les initiatives clés et les engagements en matière de rendement des RLISS.

Le Ministère travaillera avec les RLISS pour qu'ils adoptent des mesures et des cibles de rendement pour atteindre les objectifs proposés dans leur plan stratégique triennal, et qu'ils rendent compte de leurs résultats.

4.3 Les RLISS doivent renforcer leur surveillance des fournisseurs de services de santé

Les RLISS doivent surveiller le rendement des hôpitaux, des CASC, des foyers de soins de longue durée, des centres de santé communautaires, des organismes de santé mentale et de traitement de la toxicomanie, et des organismes de services de soutien communautaires afin d'assurer que les patients reçoivent des soins de santé de qualité. Pour ce faire, les RLISS passent des marchés avec les fournisseurs de services de santé et leur demandent de répondre à certaines attentes en matière de rendement. Nous avons examiné les mécanismes de surveillance qu'emploient les RLISS auprès des fournisseurs et les mesures qu'ils prennent lorsque le rendement ne satisfait pas aux attentes. Nous nous sommes aussi attardés au traitement et au règlement par les RLISS des plaintes relatives aux services de santé. Pour les quatre RLISS visités, nous avons noté que la qualité des services de santé n'était pas surveillée de manière uniforme, les renseignements sur le rendement soumis par les fournisseurs n'étaient pas vérifiés—certains renfermaient des erreurs—et les fournisseurs de services non performants n'étaient pas toujours traités en conformité avec les directives du Ministère. Nous avons aussi constaté que les RLISS n'ont pas adopté de processus commun pour gérer les plaintes et ils ne s'assurent pas toujours que les plaintes sont réglées de façon appropriée.

Nous examinons ces questions en détail dans les sous-sections qui suivent.

4.3.1 Essentiellement, les fournisseurs de services rendent compte des mesures liées aux extrants plutôt que de mesures de la qualité des services

Les ententes de responsabilisation en matière de services entre les RLISS et les fournisseurs de services dans les six secteurs de santé visent généralement le volume d'extrants, comme le nombre de

cas, de visites et de chirurgies. Les ententes avec les hôpitaux mettent souvent l'accent sur les mesures liées aux temps d'attente (puisque le Ministère demande aux RLISS de rendre compte d'un nombre de secteurs de rendement liés aux temps d'attente). Même si les RLISS doivent appliquer leurs stratégies pour améliorer les soins des patients, il arrive rarement que la qualité des services de santé soit évaluée.

Deux RLISS audités ont pris des mesures en ce sens. L'un d'eux a demandé à tous les fournisseurs de services de santé de rendre compte de la satisfaction de la clientèle à partir d'avril 2014. L'autre a demandé aux fournisseurs de la région de mener un sondage sur la satisfaction des patients à compter d'avril 2015. De plus, en 2013, ce second RLISS avait demandé aux organismes de santé mentale et de traitement de la toxicomanie et aux organismes de services de soutien communautaires d'élaborer des plans d'amélioration de la qualité, puis de lui soumettre ces plans. (L'exigence de Qualité des services de santé Ontario d'élaborer des plans d'amélioration de la qualité s'applique seulement aux hôpitaux, aux foyers de soins de longue durée, aux CASC et aux organismes interprofessionnels de soins primaires, y compris les centres de santé communautaires.) Les plans d'amélioration de la qualité décrivent les mesures que compte prendre chaque fournisseur de services pour répondre aux priorités d'amélioration à long terme, notamment l'accès des patients aux services et leur sécurité. Les trois autres RLISS visités ont respecté cette exigence de Qualité des services de santé et n'avaient pas imposé aux deux autres secteurs l'exigence relative aux plans d'amélioration de la qualité. Nous avons cependant noté que ni les RLISS ni Qualité des services de santé Ontario ne vérifient si les fournisseurs de services mettent en oeuvre les mesures énoncées dans leurs plans d'amélioration de la qualité.

RECOMMANDATION 8

Pour améliorer les soins des patients et la qualité des services de santé, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, conjointement avec Qualité des services de santé Ontario, doivent :

- évaluer la satisfaction des patients à l'égard des fournisseurs de services de santé et s'ils croient recevoir des services de qualité;
- déterminer si tous les fournisseurs de services de santé doivent soumettre un plan d'amélioration de la qualité;
- assurer que les fournisseurs de services de santé mettent en oeuvre les mesures énoncées dans leur plan d'amélioration de la qualité.

RÉPONSE DES RLISS

En septembre 2014, les 14 RLISS et Qualité des services de santé Ontario (QSSO) ont signé un « engagement de collaboration », qui définit la relation collaborative entre les organismes provinciaux afin de renforcer les efforts d'harmonisation et d'accélérer la mise en place d'un système de santé au haut rendement. Les RLISS et QSSO ont déjà effectué un travail considérable, et la Table de concertation QSSO-RLISS examine chaque trimestre les progrès et les activités dans les secteurs prioritaires.

Un comité d'évaluation de l'expérience des patients, coprésidé par le DG et chef d'équipe de la qualité de RLISS et QSSO, élabore un plan inclusif afin d'appuyer l'évaluation de l'expérience des patients aux fins de l'amélioration de la qualité, les recherches et les rapports publics dans et entre tous les secteurs en Ontario. Le but secondaire du comité est de présenter des recommandations à QSSO et à d'autres intervenants du système de santé au sujet d'approches possibles pour élaborer des normes relatives à l'évaluation de l'expérience des patients en Ontario.

Les RLISS et QSSO collaborent aussi à la création d'une stratégie provinciale intégrée en matière d'amélioration de la qualité dans le but de renforcer l'impact des plans d'amélioration de la qualité et formuleront des conseils sur l'orientation future de ces plans prescrits par la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*. Les possibilités définies dans cette recommandation seront prises en considération dans le processus visant à préciser le plan de travail.

4.3.2 Les données de rendement soumises par les fournisseurs de services de santé ne sont pas vérifiées

Ni le Ministère ni les RLISS ne vérifient régulièrement l'information que leur soumettent les fournisseurs de services de santé pour en déterminer l'exactitude et la fiabilité. Sans cette vérification, le Ministère et les RLISS ne peuvent savoir si les services de santé sont fournis comme prévu ou si des erreurs importantes ont été commises dans l'information déclarée.

La Direction des données sur la santé et la Direction de l'analytique en matière de santé du Ministère compilent les données déclarées par les fournisseurs de services de santé et les mettent à la disposition des RLISS en les téléchargeant dans les bases de données auxquelles ils ont accès. Les RLISS audités ont fait savoir qu'ils s'attendaient à ce que le Ministère confirme la fiabilité de l'information avant de la mettre à leur disposition. Le Ministère nous a cependant dit qu'il revenait aux RLISS d'assurer l'exactitude de l'information.

Dans l'examen des documents où sont définis les rôles et responsabilités du Ministère et des RLISS, nous avons constaté qu'ils ont tous deux un certain rôle à jouer dans la déclaration des données. Selon l'entente de responsabilisation entre le Ministère et chaque RLISS :

- le Ministère doit informer les fournisseurs de services de santé de tout problème dans la qualité des données;

- chaque RLISS doit travailler avec ses fournisseurs de services de santé pour qu'ils améliorent la qualité des données.

Toutefois, l'entente ne précise pas qui est responsable de l'exactitude des données. Les RLISS visités ont indiqué que les fournisseurs de services de santé sont obligés, aux termes de l'entente conclue avec eux, de fournir des données exactes. Ni le Ministère ni les quatre RLISS audités n'effectuaient de vérification en ce sens.

Les quatre RLISS ont analysé l'information présentée par les fournisseurs de services de santé pour relever les variations et les données aberrantes, et font régulièrement un suivi auprès des différents fournisseurs au sujet des anomalies. Quoiqu'il en soit, aucun RLISS n'a visité les bureaux des fournisseurs pour examiner un échantillon de documents de référence afin d'assurer l'exactitude des données soumises.

Nous avons recueilli un échantillon de données de rendement présentées par les fournisseurs de services aux quatre RLISS visités et vérifié l'information directement auprès des fournisseurs. Nous avons constaté que dans près de la moitié des cas, l'information soumise par les fournisseurs aux RLISS était erronée et que certains résultats étaient exagérés. Par exemple, un fournisseur de services de soutien communautaires a surestimé le volume d'un secteur de service, indiquant qu'il avait atteint 84 % du volume attendu du RLISS, alors qu'en fait ce taux se situait à 41 %. Ces divergences démontrent l'importance pour les RLISS de vérifier l'information déclarée par les fournisseurs de services de santé.

4.3.3 Les problèmes de rendement persistants des fournisseurs de services de santé ne sont pas toujours réglés

Lorsque des problèmes de rendement persistent chez les fournisseurs de services de santé, les RLISS n'assurent pas leur résolution de façon cohérente. La nature de ces problèmes de rendement varie grandement, notamment clinique (p. ex. le taux

élevé de réadmission d'un hôpital), opérationnelle (p. ex. le nombre de clients servis à une clinique de santé communautaire est constamment inférieur à l'objectif de rendement ou nettement réduit), ou financière (p. ex. un fournisseur de services de santé affiche des déficits chroniques). Par conséquent, les patients peuvent ne pas recevoir des soins de la plus grande qualité possible auprès de ces fournisseurs.

Nous avons noté que les quatre RLISS visités n'intervenaient pas de la même manière pour examiner les problèmes de rendement ou s'en informer, dont certains persistaient depuis des années. En juin 2011 et août 2012, le Ministère a publié deux directives concernant les audits et les examens, une visant les hôpitaux et l'autre, les fournisseurs de services de santé communautaires, afin d'aider les RLISS à réagir de façon efficace et avec un esprit de suite aux problèmes qu'éprouvent les fournisseurs. Les deux directives précisent que si un problème de rendement persiste après que le RLISS a tenu des discussions et échangé de l'information avec le fournisseur, le RLISS doit intervenir en employant d'autres moyens, notamment :

- effectuer une analyse des causes fondamentales pour cerner la source du problème;
- effectuer une analyse approfondie des opérations du fournisseur (ou dans le cas d'un hôpital, demander à un autre hôpital de réaliser un examen par les pairs).

Essentiellement, les quatre RLISS visités se limitaient à discuter et à échanger de l'information avec les fournisseurs de services de santé, même pour les problèmes de rendement persistants. Notre examen d'un échantillon de rapports de rendement des fournisseurs a révélé que 60 % des fournisseurs du secteur communautaire et 80 % de ceux du secteur hospitalier n'avaient pas respecté au moins un objectif de rendement au cours de la période de 3 ans qui a précédé le 31 mars 2014. Par exemple, dans un RLISS, nous avons constaté qu'un CASC n'avait pas réalisé cinq de ses objectifs de rendement durant la période triennale. Ces écarts de rendement comprenaient ne pas avoir servi le nombre

prévu de patients ayant besoin de soins infirmiers à domicile, de services de soutien à la personne et de services d'une maison de soins palliatifs. Ce RLISS a précisé que le rendement insuffisant chronique de ce CASC était imputable au fait qu'il avait réaffecté ses ressources à d'autres secteurs prioritaires et offrait plus de soins aux clients ayant des besoins complexes, d'où le nombre réduit de clients servis. Les quatre RLISS examinés avaient demandé des examens par les pairs (le palier d'intervention faisant suite aux discussions et à l'échange d'information), mais ils utilisaient rarement ce moyen, surtout auprès des hôpitaux affichant des déficits. De plus, dans les dossiers échantillonnés, un RLISS seulement appliquait des stratégies d'intervention auprès des fournisseurs de services communautaires qui n'avaient pas atteint les objectifs de rendement sur la période de trois ans, à l'encontre des trois autres RLISS. Nous avons formulé une observation similaire dans notre audit du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée, dont il est question à la **section 3.09** au chapitre 3 du présent Rapport annuel.

Le Ministère peut intervenir dans les problèmes de rendement les plus graves qu'éprouvent les fournisseurs de services de santé, notamment en nommant un superviseur dans un hôpital ou un CASC. Dans les cinq dernières années avant le 31 mars 2015, le Ministère a nommé un superviseur auprès d'un hôpital dans trois cas et auprès d'un CASC dans un autre cas en réponse à des préoccupations concernant la gouvernance et la gestion d'une unité de soins de santé et au différend suscité par l'emplacement de certains services cliniques dans un complexe hospitalier.

Les RLISS examinés ont indiqué qu'ils optaient pour les discussions et l'échange d'information plutôt que les stratégies d'intervention, car ils se souciaient de maintenir des relations de travail harmonieuses avec les fournisseurs de services de santé, qui ne sont pas directement régis par les RLISS, et de collaborer avec eux à la recherche de solutions. Ils ont fait savoir que les autres stratégies d'intervention, comme la réduction du finance-

ment, sont seulement appliquées dans les situations le justifiant, car ces mesures peuvent compromettre la prestation des soins aux patients.

4.3.4 Les RLISS ne vérifient pas toujours si des mesures correctives ont été prises

Les quatre RLISS ont mentionné des occasions où les fournisseurs de services de santé n'ont pas respecté les objectifs de rendement. Pourtant, ils n'avaient pas fait de suivi pour s'assurer que les fournisseurs appliquaient les mesures correctives pour réaliser leurs objectifs à l'avenir.

Notre examen d'un échantillon de rapports de rendement soumis par les fournisseurs, datant du 31 mars 2014 (pour que nous puissions évaluer les activités de suivi des RLISS l'année suivante) a révélé qu'environ 30 % des fournisseurs dont le rendement était inférieur à la cible n'avaient pas fourni d'explication, comme ils étaient tenus de le faire, et 45 % n'avaient pas dressé de plan d'action exposant les mesures pour corriger l'écart de rendement. De plus, dans moins de la moitié des cas, les fournisseurs ont présenté un plan d'action comportant un échéancier. Au cours de la période de déclaration suivante, lorsque nous nous attendions à ce que les RLISS aient fait un suivi auprès des fournisseurs non performants, nous avons noté qu'un seul l'avait fait, à l'encontre des trois autres. Ces 3 RLISS n'avaient pas de preuve documentaire qu'ils avaient pris des mesures de suivi dans plus de 70 % des cas échantillonnés.

RECOMMANDATION 9

Pour résoudre de façon efficace et opportune les problèmes de rendement que connaissent les fournisseurs de services de santé, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) doivent :

- clarifier auprès du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui est responsable de vérifier les données soumises par les fournisseurs de services de santé, s'ils

doivent examiner un échantillon de données soumises par les fournisseurs;

- prendre des mesures correctives appropriées selon la gravité et la persistance des problèmes de rendement;
- faire un suivi auprès des fournisseurs de services de santé pour leur demander des explications de leur écart de rendement et prendre des mesures correctives efficaces afin de le corriger dans le délai convenu.

RÉPONSE DES RLISS

Les RLISS et le Ministère reconnaissent l'importance de recueillir des données de grande qualité aux fins de la prise de décisions. La responsabilité de déclarer des données exactes en temps opportun revient aux fournisseurs de services de santé. Cette obligation est énoncée dans les ententes de responsabilisation en matière de services pour l'ensemble des secteurs.

Les RLISS offrent un appui aux fournisseurs de services de santé pour qu'ils s'acquittent de leurs responsabilités redditionnelles. Les RLISS n'ont ni les ressources pour effectuer des audits des données ni le mandat de le faire et n'assument pas cette fonction. Afin de rehausser la confiance dans l'information de rendement soumise par les fournisseurs de services de santé, les RLISS doivent élaborer ou maintenir un mécanisme pour examiner régulièrement les données présentées, afin d'en assurer l'uniformité et la pertinence. Ils doivent signaler leurs préoccupations aux fournisseurs de services de santé et préciser, le cas échéant, que la qualité des données constitue un enjeu de rendement.

Les RLISS sont responsables de relever les problèmes de rendement graves ou persistants des fournisseurs de services de santé et d'y donner suite, comme stipulé dans les ententes de responsabilisation en matière de services. Étant donné le grand nombre de fournisseurs de services de santé et de services et programmes qu'ils offrent, il importe que les RLISS emploient

une approche échelonnée en fonction du risque afin d'examiner, de prioriser et de régler les problèmes de rendement. Chaque RLISS doit adopter ou maintenir un cadre de gestion du rendement ou une politique de responsabilisation en matière de rendement.

Le cadre et la politique doivent préciser l'approche de gestion du risque et l'ensemble d'interventions progressives que les RLISS doivent appliquer en réponse aux problèmes de rendement graves ou persistants.

4.3.5 Lacunes dans la gestion des plaintes

Absence de processus cohérent pour gérer les plaintes

Nous avons constaté que les RLISS ne traitaient pas les plaintes de la même manière. La gestion efficace des plaintes déposées par les patients et l'utilisation d'un processus cohérent sont des considérations importantes pour assurer la qualité des services de santé et leur prestation uniforme à l'échelle de la province.

La Loi exige que les RLISS mettent en place des processus appropriés dans le système de santé local pour répondre aux préoccupations soulevées par les patients au sujet des services qu'ils reçoivent. Toutefois, il n'y a pas de système normalisé pour gérer les plaintes des patients dans l'ensemble des RLISS. En 2014, le ministre de la Santé à l'époque avait proposé d'adopter un tel processus. Tous les DG des RLISS avaient convenu que les réseaux devaient gérer les plaintes des patients de manière cohérente. Cependant, au moment de notre audit, un système commun de gestion des plaintes n'avait toujours pas été établi. Les RLISS que nous avons visités estimaient que leurs processus existants répondaient à leurs besoins et ils n'avaient pas l'intention d'adopter un système commun de gestion des plaintes. À notre avis, l'absence de cohérence dans le traitement des plaintes pose le risque que les préoccupations des patients ne soient pas réglées de façon adéquate.

Nous avons analysé les plaintes déposées en 2014 dans 11 RLISS pour en dégager les types communs. (Trois RLISS n'avaient pas fait de suivi des plaintes ou avaient fait un suivi partiel seulement au cours de l'année.) Nous avons constaté que l'accès aux services de santé (y compris l'accès équitable aux services et leur accessibilité) faisait le plus souvent l'objet d'une plainte. La seconde plainte en importance concernait la qualité des services de santé (y compris la compétence des travailleurs de la santé). Ces deux types de plaintes combinés comptaient pour près de 60 % de toutes celles déposées auprès de ces RLISS en 2014. La **figure 13** montre les types de plaintes qu'a reçues chaque RLISS en 2014.

En décembre 2014, le gouvernement a adopté un projet de loi, dont la proclamation modifiera la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, afin de créer le premier poste d'ombudsman des patients de la province, qui répondra aux plaintes déposées par les patients hospitalisés, les résidents des foyers de soins de longue durée, les clients des CASC et leurs soignants, et qui ne peuvent être réglées dans le cadre des processus existants. Au moment de notre audit, le gouvernement menait une consultation publique sur les qualifications souhaitées d'un ombudsman des patients. Un RLISS visité a fait savoir qu'il restait à déterminer le lien hiérarchique et la relation de travail entre les réseaux et l'ombudsman des patients.

Les RLISS n'informent pas le public du processus de plainte

Alors que chacun des quatre RLISS audités avait sa propre politique pour traiter les plaintes, aucun n'avait adopté de mécanisme pour informer le public de la marche à suivre pour enregistrer une plainte sur les services de santé lorsqu'elle n'a pas été réglée par les fournisseurs de services. Dans l'ensemble, les RLISS s'attendaient à ce que le Ministère, les fournisseurs de services et les députés provinciaux leur fassent parvenir les plaintes des patients. Les RLISS ont aussi précisé que les

patients peuvent les joindre aux coordonnées affichées sur leur site Web. Ils n'ont cependant pas envisagé d'autres moyens d'informer les patients de leur processus de traitement des plaintes, notamment l'inscription de leurs coordonnées sur les brochures disponibles dans les bureaux des fournisseurs de services. Les deux tiers des fournisseurs sondés croyaient que le public n'était pas bien informé du processus existant pour déposer des plaintes auprès des RLISS. Environ le tiers des membres du conseil et des DG actuels et anciens des RLISS étaient du même avis.

Les RLISS ne vérifient pas si les fournisseurs de services de santé gèrent efficacement les plaintes

Nous avons noté que deux des quatre RLISS disposaient d'un processus pour s'assurer que les fournisseurs de services de santé règlent les plaintes des patients. Les deux autres RLISS ne tenaient presque aucune information sur les plaintes des patients qui leur aurait permis de savoir si les fournisseurs de services de santé avaient réglé les plaintes de façon satisfaisante, et l'un d'eux ne conservait aucun document d'origine sur les plaintes déposées par les patients.

RECOMMANDATION 10

Pour faire en sorte que les patients reçoivent des services de santé de qualité et pour faciliter la collaboration entre les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et l'ombudsman des patients, les RLISS doivent :

- établir un processus commun de gestion des plaintes qui, entre autres, définit clairement les méthodes pour informer le public de la marche à suivre pour enregistrer une plainte;
- mettre en oeuvre des processus pour déterminer si les fournisseurs de services de santé ont adopté des politiques et des procédures pour traiter et régler les plaintes des patients à leur satisfaction;

Figure 13 : Nombre total de plaintes reçues par les RLISS, 2014

Source des données : réseaux locaux d'intégration des services de santé

RLISS	Nombre total de plaintes reçues portant sur :							Total
	Accès ¹	Qualité des services ²	Temps d'attente ³	Intégration et coordination des services ⁴	Financement ⁵	Participation communautaire ⁷	Autre ⁷	
Érié St-Clair	35	21	8	2	3	1	14	84
Hamilton Niagara Haldimand Brant	18	18	10	3	3	0	12	64
Champlain	23	16	7	4	3	0	11	64
Centre-Toronto	14	15	9	3	1	0	21	63
Nord-Est	24	19	4	1	2	2	10	62
Centre	16	14	6	1	0	2	19	58
Centre-Est	18	11	2	1	1	0	3	36
Mississauga Halton	5	8	1	2	0	0	4	20
Sud-Ouest	4	9	5	0	0	0	1	19
Nord-Ouest	10	5	1	0	0	0	2	18
Waterloo Wellington	5	3	1	0	2	0	2	13
Centre-Ouest ⁸	Non disponible—Non suivi par le RLISS avant la mi-2014							
Simcoe Nord Muskoka ⁹	Non disponible							
Sud-Est ⁹	Non disponible							
Total	172	139	54	17	15	5	99	501
% du nombre total de plaintes	34	28	11	3	3	1	20	

1. Les plaintes portaient, par exemple, sur l'accessibilité des services de santé, la capacité, la fermeture d'établissements, les lacunes dans les services et l'inégalité de l'accès aux services. Les plaintes sur les temps d'attente pour obtenir un service sont exclues.

2. Les plaintes portaient, par exemple, sur la prestation des services par les fournisseurs de services de santé et la compétence de leur personnel.

3. La plainte la plus fréquente se rapportait aux temps d'attente très longs.

4. Les plaintes portaient, par exemple, sur les stratégies d'intégration ou les initiatives des RLISS et leur incapacité à coordonner les services.

5. La plainte la plus fréquente se rapportait au financement insuffisant accordé au fournisseur pour la prestation des services.

6. Les plaintes portaient, par exemple, sur l'engagement des fournisseurs de services de santé auprès des intervenants et l'engagement communautaire des RLISS.

7. Les plaintes portaient, par exemple, sur les autres secteurs non gérés par les RLISS, comme les soins primaires et les services d'ambulance; et des questions administratives, telles que la gouvernance et le personnel des RLISS ou des fournisseurs de services de santé et leur traitement des plaintes.

8. Le RLISS a commencé à faire un suivi des plaintes à la mi-2014.

9. Le RLISS n'avait pas mis en place de système officiel de suivi des plaintes.

- clarifier la relation de travail entre les RLISS et le nouvel ombudsman des patients.

RÉPONSE DES RLISS

Les RLISS appuient pleinement l'engagement principal du Ministère de mettre en place un système de santé qui accorde la priorité aux patients. Pour ce faire, il faut comprendre ce qui importe aux patients et les écouter lorsqu'ils soulèvent des préoccupations. Les RLISS rédigent actuellement des messages pour les sites Web afin d'expliquer et de décrire le processus de traitement des plaintes auprès des citoyens, des fournisseurs de services de santé et d'autres intervenants clés. Les RLISS entendent adopter ou maintenir un protocole de gestion des plaintes des patients.

Il revient aux fournisseurs de services de santé d'élaborer et d'établir des politiques et procédures concernant les relations avec les patients et leurs plaintes aux termes de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* ou de leur entente de responsabilisation en matière de services. Les RLISS doivent mettre en place un processus pour assurer que les fournisseurs de services de santé s'acquittent de ces obligations redditionnelles.

Les RLISS continueront de travailler en étroite collaboration avec le Ministère à la mise en oeuvre des fonctions de l'ombudsman des patients. Après la nomination de l'ombudsman, le Ministère et les RLISS le rencontreront pour définir leur relation de travail et leurs attentes respectives. Le Ministère devra expliquer aux RLISS le mécanisme de production de rapports et de communication entre l'ombudsman et les RLISS. Le calendrier sera établi en fonction du travail du Ministère et de la nomination de l'ombudsman.

4.4 Il faut améliorer les processus utilisés pour planifier et intégrer le système de santé

Les RLISS sont responsables, entre autres, de planifier la prestation des services de santé dans leur région pour les six secteurs de santé qu'ils gèrent ainsi que de l'intégration des services.

La planification exige des RLISS qu'ils mobilisent la collectivité. Les quatre RLISS visités le faisaient, mais l'un d'eux seulement évaluait constamment le succès des activités qu'il exécutait pour faire participer la collectivité. Pour les besoins de la planification, les RLISS doivent aussi déterminer, entre autres, leur capacité à répondre aux besoins en soins de santé. Ils avaient commencé à définir leur capacité de répondre aux besoins en soins de santé dans les secteurs des services de réadaptation, des soins palliatifs, et des soins à domicile et communautaires, mais leur travail n'était pas terminé au moment de notre audit.

Il est également attendu que les RLISS se concertent pour élaborer des stratégies conjointes afin d'améliorer les soins aux patients. Alors que des approches communes ont été établies dans certains secteurs de santé pour que les patients reçoivent des soins raisonnablement similaires quel que soit leur lieu de résidence, dans les autres secteurs de santé, on ne sait pas trop si c'est le Ministère ou les RLISS qui doivent élaborer des normes cohérentes. En outre, les initiatives et les projets ne sont pas toujours évalués. Donc, on ne peut savoir s'il y a lieu de les partager avec d'autres RLISS.

Les mécanismes d'intégration avisés comprennent l'achat collectif et le regroupement des services administratifs (c.-à-d. intégrer ou consolider les activités administratives et opérationnelles des RLISS ou des fournisseurs de services de santé). Toutefois, les RLISS audités n'employaient pas ces mécanismes uniformément, et la majorité des fournisseurs de services de santé sondés ont indiqué qu'ils aimeraient que les RLISS explorent

d'autres occasions d'achat collectif et d'intégration administrative.

Nous avons aussi noté que les RLISS ne mesuraient pas de la même manière leurs projets de planification et d'intégration afin de déterminer s'ils produisent les résultats escomptés. En outre, les RLISS n'échangeaient pas les cas de réussite découlant de ces projets dans un processus efficace.

Nous examinons ces questions en détail dans les sous-sections qui suivent.

4.4.1 L'efficacité de la participation communautaire n'est pas évaluée

La Loi exige que tous les RLISS mobilisent sur une base continue la collectivité au sujet du système de santé local et établissent les priorités connexes. La participation communautaire est définie dans les *Lignes directrices et trousse du RLISS sur la participation communautaire* (les Lignes directrices) du Ministère dans les termes suivants : « les méthodes que les RLISS et les fournisseurs de services de santé utilisent pour interagir, communiquer et échanger de l'information avec les intervenants ». (« Les intervenants sont des personnes, des collectivités, des entités politiques et des organisations qui sont directement intéressées par les résultats » des projets et initiatives des RLISS.) Les moyens que peuvent prendre les RLISS pour faire participer la collectivité sont les consultations publiques, la communication et la sensibilisation.

Les Lignes directrices précisent que les RLISS doivent évaluer le succès de leurs activités de participation, particulièrement en posant les questions suivantes :

- L'activité était-elle utile?
- Durant la séance, les participants ont-ils eu l'occasion d'échanger des expériences et des recommandations pertinentes?
- L'activité a-t-elle permis au RLISS de cerner les domaines à améliorer?

Nous avons examiné un échantillon d'activités de participation communautaire réalisées par les

quatre RLISS au cours des trois exercices terminés le 31 mars 2015 afin de déterminer s'ils les avaient évaluées. Nous avons remarqué qu'un seul RLISS le faisait dans tous les cas. Les trois autres n'avaient pas évalué plus de 90 % des activités. Donc, même si les quatre RLISS ont intégré les commentaires sur les activités de participation communautaire à leur plan stratégique, parce que trois RLISS n'ont pas évalué ces activités, il leur est difficile de savoir si elles ont permis de cerner les domaines préoccupants pour les besoins de la planification et de la priorisation.

4.4.2 Processus pour déterminer la capacité insuffisante du système

Chacun des quatre RLISS visités a adopté un processus pour définir les besoins du système de santé. Leur processus varie—certains RLISS obtiennent l'information directement des patients et d'autres la reçoivent des fournisseurs de services de santé. Toutefois, les RLISS peuvent faire davantage pour préciser la capacité du système (c.-à-d. la façon dont l'offre de services répond à la demande en services courante et future).

Des préoccupations ont été soulevées au sujet de la planification pour pallier la capacité insuffisante dans les secteurs des soins palliatifs, des soins à domicile et communautaires, et des services de réadaptation. Comme noté dans notre audit de 2014 sur les soins palliatifs, les RLISS ne disposaient pas d'information sur les ressources disponibles à l'échelle du système. Le rapport de mars 2015, déposé par le groupe d'experts sur les soins à domicile et communautaires, *Amener les soins au domicile*, recommandait que chaque RLISS « présente au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, pour sa région, un plan de capacité fondé sur des données probantes indiquant quelles sont les lacunes et comment sera comblé tout écart sur le plan des services de soins à domicile et en milieu communautaire ». De même, le rapport publié en mars 2015 par la Rehabilitative Care

Alliance (un collectif provincial créé en avril 2013 par les 14 RLISS) recommandait que les RLISS utilisent un cadre de planification de la capacité afin de définir les ressources existantes pour les soins de réadaptation. En outre, un RLISS audité a reconnu dans son plan d'activité annuel pour 2013-2014 qu'il ne savait pas s'il existait des lacunes dans la prestation des services de santé communautaire dans sa région.

D'après les résultats de notre sondage, plus de 80 % des membres du conseil et des DG actuels et anciens des RLISS estimaient que les réseaux comprenaient bien la capacité et les besoins du système de santé local et effectuaient une planification efficace dans le système de santé, mais environ 40 % seulement des fournisseurs de services de santé sondés partageaient cette opinion.

RECOMMANDATION 11

Afin de mieux répondre aux besoins en soins de santé des patients, les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent :

- évaluer l'efficacité de chaque activité de participation communautaire, comme exigé dans les *Lignes directrices et trousse du RLISS sur la participation communautaire* publiées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée;
- commencer à recueillir, dans un délai raisonnable, les données requises pour déterminer la capacité existante de l'ensemble des services de santé dans leur région;
- dresser et mettre en oeuvre des plans d'action comportant un échéancier pour combler les lacunes cernées dans les services.

RÉPONSE DES RLISS

Un aspect clé du mandat des RLISS est de mobiliser et de consulter les communautés locales, notamment les patients, les familles,

les fournisseurs de services de santé, les résidents, les associations professionnelles, les municipalités et d'autres intéressés. Les RLISS collaborent actuellement avec le Ministère pour mettre à jour les *Lignes directrices et trousse du RLISS sur la participation communautaire*. Les Lignes directrices remaniées seront toujours harmonisées avec la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, mais refléteront le contexte changeant de la participation des collectivités et des patients, les nouvelles technologies et la maturation des processus des RLISS, qui ont structurellement intégré la participation à leur planification ordinaire. L'orientation au sujet du type d'activité de participation communautaire à soumettre à une évaluation officielle sera précisée dans les Lignes directrices actualisées.

Le travail se poursuit pour établir des plans de capacité dans les services de réadaptation, les soins palliatifs et les soins à domicile et communautaires. Les RLISS continuent à collaborer avec le Ministère, les fournisseurs de services de santé, les spécialistes et d'autres intervenants pour évaluer la capacité à l'échelon provincial.

4.4.3 Il faut améliorer l'échange des pratiques exemplaires

Les RLISS disposent de processus collaboratifs

En général, les RLISS ont mis en place des processus pour collaborer à des initiatives, afin de répondre aux besoins des patients.

À la fois la Loi et l'entente de responsabilisation entre le Ministère et les RLISS exigent qu'ils assurent la cohérence et collaborent pour améliorer les soins aux patients, et qu'ils privilégient une approche uniforme relative aux enjeux et aux services communs.

Nous avons noté que plusieurs groupes de travail et comités ont été établis, auxquels participent tous les RLISS afin d'échanger de l'information sur différents secteurs, tels que la santé autochtone,

les programmes de cancérologie, et les services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. Les DG des RLISS tiennent aussi des réunions mensuelles où ils discutent, entre autres, des initiatives collectives potentielles. De plus, le Partenariat des réseaux locaux d'intégration des services de santé, une division des RLISS qu'ils financent conjointement avec le Ministère, a mis sur pied un forum Web où les réseaux peuvent échanger de l'information sur des sujets de santé particuliers, comme les soins à domicile et palliatifs.

Certaines pratiques exemplaires ne sont pas cernées et échangées

Les RLISS entreprennent différents projets et initiatives exposés dans leur plan stratégique triennal, dans le but d'améliorer leur système de santé local. Pourtant, les RLISS visités n'ont pas de processus pour déterminer si leurs projets débouchent sur des pratiques exemplaires qu'ils peuvent partager entre eux. En 2014, les DG et les présidents du conseil d'administration des RLISS ont reconnu que les réseaux doivent se doter d'un cadre pour cerner les pratiques exemplaires et échanger les cas de réussite. Au moment de notre audit, ce cadre n'avait toujours pas été établi.

Le processus pour déterminer les pratiques exemplaires doit définir les résultats escomptés et établir les objectifs de rendement de chaque projet. L'atteinte des objectifs signifierait que les résultats ont été réalisés et que des pratiques exemplaires valables peuvent être échangées.

Nous avons noté dans tous les projets échantillonnés qu'un seul RLISS avait établi des mesures du rendement assorties de cibles pour évaluer le succès de ses projets. Plus de 40 % des projets examinés dans les trois autres RLISS ne comptaient pas d'objectifs de rendement. Par exemple, un RLISS avait mis en place un programme de gériatrie, sans cependant élaborer de mesures pour évaluer si le programme avait réduit les visites des aînés au service d'urgence. Pareilles mesures aideraient à déter-

miner si le programme fonctionne comme prévu et s'il y a lieu de l'échanger avec d'autres RLISS.

Pour les quatre RLISS dont les projets comportaient des objectifs de rendement, près de la moitié mesurait principalement les extrants. Par exemple, un RLISS visité avait produit un document qu'il remettait aux patients mis en congé de l'hôpital pour les informer de la façon de répondre à leurs besoins à leur retour à la maison. Ce programme avait été conçu en réponse au rapport publié en novembre 2011 par le comité consultatif provincial sur l'hospitalisation évitable, qui avait constaté que la communication des consignes de sortie d'hôpital laissait souvent à désirer. Cependant, au lieu d'évaluer le succès de cette initiative à réduire les réadmissions à l'hôpital, le RLISS avait seulement mesuré le nombre d'hôpitaux participants.

Un RLISS visité avait retenu les services d'une organisation interne d'un centre de recherche hospitalier pour former son personnel, à l'automne 2015, sur la conception de projets afin de pouvoir les évaluer. Puisque plus de 40 % des projets de trois des quatre RLISS ne comportaient pas d'objectif, tous les employés des RLISS devraient suivre cette formation.

D'après les résultats de notre sondage, environ 30 % seulement des fournisseurs de services de santé sondés croient que les RLISS collaborent efficacement pour améliorer les différentes dimensions des services de santé, comme la qualité et la continuité des soins et leur accès, et pour cerner les approches optimales de planification et de surveillance du système de santé. Par contraste, environ 60 % des membres du conseil et des DG actuels et anciens des RLISS partagent cet avis.

RECOMMANDATION 12

Pour s'assurer de relever et d'échanger les pratiques exemplaires, les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent :

- élaborer des lignes directrices et une formation pour évaluer si les projets produisent des pratiques exemplaires;

- formuler un protocole pour échanger les pratiques exemplaires.

RÉPONSE DES RLISS

Les RLISS conviennent que l'échange de pratiques exemplaires est essentiel pour tirer pleinement parti des réussites à l'échelle du système, afin de répondre aux besoins en santé de la population. Cela est confirmé par l'adoption de pratiques exemplaires par les RLISS, comme les centres d'évaluation conjoints. Pour favoriser la prestation de services novateurs et durables, les RLISS travaillent dans trois secteurs prioritaires afin d'échanger des pratiques exemplaires et de réduire les efforts en double.

Le Partenariat des réseaux locaux d'intégration des services de santé, une division des RLISS qu'ils financent conjointement avec le Ministère pour coordonner et mettre en oeuvre les initiatives générales des réseaux, collabore avec les 14 RLISS dans les secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie, des soins à domicile et communautaires, et des soins en fin de vie en utilisant cette approche. En misant sur les leçons dégagées des initiatives en cours, les RLISS élaborent des directives et une formation relatives à l'évaluation des pratiques exemplaires et établissent un protocole pour les échanger entre eux, en tenant compte de la diversité géographique et des populations uniques qu'ils desservent.

4.4.4 Absence d'approche cohérente dans la prestation de certains services de santé

Certains services de santé doivent être fournis uniformément pour que les patients reçoivent le même niveau de service, quel que soit leur lieu de résidence dans la province. Pour ce faire, la collaboration entre les RLISS est essentielle.

L'entente de responsabilisation entre les RLISS et le Ministère précise que celui-ci doit déterminer les enjeux et les services communs pour lesquels

les RLISS doivent adopter une approche commune. Le Ministère doit aussi fournir des normes, des directives et des lignes directrices aux RLISS et aux fournisseurs de services de santé, qu'ils doivent appliquer. Parce que le domaine de la santé est vaste et complexe, il serait inefficace si le Ministère seulement élaborait les approches communes pour chaque service de santé. Il serait préférable que le Ministère et les RLISS partagent la tâche et mettent au point des méthodes cohérentes pour dispenser les soins dans les différents secteurs. On constate cependant une ambiguïté au sujet du responsable—le Ministère ou le RLISS—de la réalisation de cette initiative et du moment où il faut appliquer une approche uniforme. Près de la moitié des membres du conseil et des DG actuels et anciens des RLISS et seulement un quart des fournisseurs de services de santé sondés comprenaient clairement qui (le Ministère ou le RLISS) devrait assumer la responsabilité de formuler des réponses normalisées aux enjeux et aux services communs, ce qui dénote que ce rôle doit être clarifié.

Dans les faits, le Ministère et les RLISS ont partagé cette responsabilité, comme le montrent les exemples suivants :

- En 2013, le Ministère a mis en oeuvre des manuels cliniques standards pour 10 procédures et troubles de santé, y compris les chirurgies du cancer, les maladies coronariennes et la pneumonie. Ces manuels fondés sur l'expérience clinique visent à améliorer la qualité des soins et à réaliser des économies dans le système.
- En avril 2013, les 14 RLISS ont formé une alliance dans le but d'améliorer la prestation des soins de réadaptation et de concevoir une approche commune dans l'ensemble des secteurs de santé pour les patients ayant besoin de ces soins.

Pourtant, les RLISS emploient différentes approches dans les mêmes secteurs de santé, car les approches normalisées font défaut, comme le montrent les exemples ci-dessous :

- Ni le Ministère ni les RLISS n'avaient un ensemble normalisé de services de traitement de la toxicomanie, malgré le fait que le comité consultatif du ministre, chargé d'examiner la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances, datant de 10 ans, avait recommandé, en décembre 2010, que le Ministère adopte un ensemble de services de base et de normes provinciales communes pour la santé mentale et le traitement de la toxicomanie. Parce qu'il n'y avait pas de services normalisés à l'échelle de la province, un RLISS visité avait adopté un éventail de services de base pour le traitement de la toxicomanie en 2014. En mai 2015, soit cinq ans après la recommandation, tous les RLISS ont décidé de collaborer à l'établissement de services de base communs pour le traitement de la toxicomanie partout dans la province. Le Ministère a indiqué qu'il travaillait à déterminer les services de base.
- Deux des quatre RLISS visités ont utilisé une pratique exemplaire pour identifier les affections auxquelles appliquer des approches cliniques communes. Les fournisseurs de services de santé devront adopter ces approches pour que tous les patients aient un accès équitable à des traitements similaires et à des soins de qualité. Un RLISS utilisait cette approche dans un vaste éventail de domaines médicaux, y compris la gastroentérologie, la cancérologie, la chirurgie vasculaire et l'ophtalmologie. Un autre RLISS appliquait cette approche à un plus petit éventail de troubles médicaux : les soins continus complexes, les AVC et les arthroplasties totales. Le premier RLISS a adopté cette approche à la recommandation d'une société-conseil externe engagée en 2012, après avoir examiné les principales stratégies de pratiques de 10 administrations internationales, dont la population avait la meilleure santé générale.

RECOMMANDATION 13

Pour réduire l'écart dans l'expérience des patients, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit préciser dans quelle situation il lui revient, plutôt qu'aux réseaux locaux d'intégration des services de santé, d'établir les approches communes pour la prestation des services de santé.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accueille la recommandation et s'engage à renforcer sa relation avec les RLISS et à clarifier, au besoin, les responsabilités de planification et de prestation des services de santé. Des discussions auront lieu dans différents forums, dont les réunions mensuelles entre le comité de la haute direction du Ministère et les DG des RLISS.

On maintiendra la pratique opérationnelle commune consistant à consulter, aux premières étapes et par la suite, le Ministère, les RLISS et les fournisseurs de services de santé concernant les stratégies provinciales, les groupes de travail et les comités d'experts. Dans certains cas, dont l'élaboration de processus normalisés dans les soins de réadaptation, les RLISS exerceront un rôle de leadership, avec la participation et le soutien du Ministère. Dans d'autres cas, telle l'élaboration de procédures axées sur la qualité pour réduire les divergences entre les pratiques de procédures cliniques particulières, le Ministère communiquera l'orientation provinciale, avec la contribution et la participation des RLISS.

4.4.5 L'achat collectif et l'intégration des services administratifs ne sont pas pleinement exploités

L'utilisation de l'achat collectif et l'intégration des services administratifs (c.-à-d. intégrer ou regrouper les activités administratives et opérationnelles

des RLISS ou des fournisseurs de services de santé) diffèrent dans les quatre RLISS visités. Par conséquent, les RLISS ne peuvent démontrer qu'ils ont maximisé les gains d'efficacité dans la prestation des services de santé, comme le stipule leur mandat.

Neuf organisations de services partagés ont été créées pour aider les hôpitaux à obtenir de meilleurs prix pour les biens et services au moyen de l'achat collectif et de l'intégration des services administratifs, tels que la gestion des marchés (sept organisations ont été établies avant la création des RLISS et deux par la suite). Les hôpitaux dans trois des quatre RLISS visités avaient recours aux services d'une ou de plusieurs organisations de services partagés. Certains RLISS coordonnaient aussi pour le compte des hôpitaux d'autres services d'achat collectif et d'intégration, notamment la gestion des comptes créditeurs. De plus, ces RLISS coordonnaient les achats collectifs de biens, comme les véhicules et le matériel informatique, et prenaient des dispositions pour les services de traduction pour les organismes de santé communautaires. En comparaison, le quatrième RLISS n'utilisait pas les achats collectifs et, normalement, ses hôpitaux ne recevaient pas de services des organisations de services partagés existantes. Plutôt, un grand hôpital de cette région partage, avec d'autres hôpitaux, des services de rémunération et de technologie de l'information. En 2013, un consultant a cerné des économies potentielles de 2,2 millions de dollars sur 7 ans si les hôpitaux de ce RLISS éliminaient les fonctions administratives en double liées à l'approvisionnement exécutées dans chaque hôpital et obtenaient des ristournes de volume. Toutefois, ce RLISS n'avait pas donné suite à cette possibilité au moment de notre audit et n'avait pas aidé les fournisseurs de services de santé communautaires à réaliser des économies similaires.

Nous avons aussi noté qu'un seul RLISS audité avait l'intention de centraliser le soutien administratif pour l'ensemble de ses programmes cliniques, y compris ceux ciblant les aînés à risque élevé, les

AVC et l'oncologie, pour qu'ils disposent de services communs de gestion de l'information, de ressources humaines et de soutien financier. Les trois autres n'avaient pas entrepris pareille initiative.

D'après les résultats de notre sondage, la majorité des fournisseurs de services de santé s'attendaient à ce que les RLISS explorent d'autres occasions d'achat collectif et d'intégration des services. Alors que plus de 70 % des membres du conseil et des DG actuels et anciens des RLISS estimaient que les réseaux ont réalisé des économies dans la prestation des services de santé, un quart seulement des fournisseurs de services de santé sondés partageaient cet avis.

RECOMMANDATION 14

Pour assurer la prestation la plus rentable possible des services de santé en Ontario, les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent cerner d'autres occasions d'achat collectif et d'intégration des services administratifs dans les différents secteurs de santé et mettre en oeuvre ces pratiques de réduction des coûts.

RÉPONSE DES RLISS

Les RLISS appuieront les fournisseurs de services de santé dans la mise en oeuvre des initiatives d'achat collectif et d'intégration administrative lorsqu'ils peuvent en tirer une valeur substantielle (c.-à-d. réaliser des économies, améliorer la qualité et les contrôles internes et renforcer la capacité.) Conformément à leur mandat, les RLISS continueront de diriger et de focaliser l'intégration des services (c.-à-d. intégrer la prestation des services aux patients, aux clients et aux résidents) pour le bienfait de leur population.

4.4.6 Les résultats des initiatives d'intégration ne sont pas toujours mesurés

Lorsque les RLISS entreprennent des initiatives d'intégration du système de santé, ils ne mesurent pas toujours les économies qui en découlent. Ils ne peuvent dire alors si ces initiatives ont permis d'améliorer le système de santé local ou de réinvestir les économies dans les soins directs aux patients. En moyenne, les 4 RLISS visités ont chacun entrepris de 5 à 26 projets d'intégration en 2013-2014 et 2014-2015. Ces projets comprennent les fusions de fournisseurs de services de santé et les partenariats avec un fournisseur pour offrir des services d'interprétation à tous les patients de la région (voir la **figure 2** pour d'autres exemples.)

D'après les résultats de notre sondage, 45 % des fournisseurs de services de santé ont indiqué que les RLISS n'avaient pas pleinement exploité les occasions d'intégration dans les différents secteurs de santé. La majorité des fournisseurs estimaient que les efforts d'intégration des RLISS ciblaient surtout les hôpitaux, tandis que d'autres croyaient que ces efforts ciblaient l'ensemble du système de santé. La direction des RLISS et les fournisseurs de services de santé ne voyaient pas du même oeil l'intégration. En effet, 90 % des membres du conseil et des DG actuels et anciens des RLISS ne percevaient pas uniquement l'intégration comme un exercice visant à réduire le nombre de fournisseurs de services dans la région, alors que la moitié seulement des fournisseurs pensaient de même.

Un des quatre RLISS seulement faisait le suivi des économies découlant des projets d'intégration, mais uniquement dans le cas des projets de fusion. Ce RLISS s'attendait à réaliser des économies annuelles d'un million de dollars dans son secteur de santé communautaire et de 8,8 millions dans son secteur hospitalier, une fois que ses projets d'intégration seront pleinement mis en oeuvre. Au moment de notre audit, ce RLISS avait généré les deux tiers des économies prévues et comptait réaliser le solde d'ici 2017. Le fait que l'impact de chaque initiative d'intégration n'a pas été quantifié peut

expliquer le résultat suivant du sondage : plus de 80 % des cadres supérieurs des RLISS croyaient que les initiatives d'intégration amélioreraient l'accès des patients aux soins et la qualité des soins, mais 40 % seulement des fournisseurs de services de santé étaient de cet avis.

Les RLISS visités ont indiqué que les initiatives d'intégration peuvent améliorer la continuité des soins et l'expérience des patients et renforcer la capacité du système. Ces effets peuvent être suivis en employant d'autres mesures, telles que les mesures des extrants ou des résultats. Toutefois, comme mentionné à la **section 4.4.3**, les RLISS doivent améliorer leur évaluation des projets d'intégration, ainsi qu'élaborer des objectifs de rendement et établir des mesures des résultats pour déterminer le succès de tous les projets d'intégration.

RECOMMANDATION 15

Pour que les initiatives d'intégration contribuent à améliorer le système de santé local et pour cerner les approches d'intégration les plus efficaces, les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent mesurer l'impact de chaque initiative sur leurs niveaux de service et leurs coûts.

RÉPONSE DES RLISS

Les RLISS appuient pleinement la mesure de l'impact de chaque initiative d'intégration sur leurs niveaux de service et leurs coûts. Ils sont conscients de la complexité associée à ces évaluations. Ils travailleront pour élaborer un cadre normalisé afin de déterminer et de mesurer l'impact des initiatives d'intégration, de façon à dégager la valeur globale pour les fournisseurs de services, les patients et le système. Leur travail sera appuyé par le Ministère, en partenariat avec les fournisseurs de services de santé et les spécialistes en évaluation, afin d'assurer une approche efficace et harmonisée.

4.5 Il faut améliorer le processus de financement afin de mieux répondre aux besoins des patients

Les RLISS étaient responsables de plus de la moitié du budget de santé provincial pour l'exercice clos le 31 mars 2015. Ils peuvent, sauf certaines exceptions, affecter comme ils l'entendent les fonds aux fournisseurs de services de santé et aux secteurs de santé. Nous avons noté que les quatre RLISS visités ne comprenaient pas de la même manière leurs pouvoirs financiers dans la réaffectation des fonds aux secteurs de santé, ce qui limitait les occasions de pleinement intégrer les services de santé dans leur région. Nous avons aussi constaté que les RLISS n'étaient pas informés en temps opportun des changements dans le financement et, à leur tour, ils n'avaient pas en temps voulu les fournisseurs de services de santé qu'ils financent, ce qui donne lieu à des situations où des fonds réservés initialement aux fournisseurs de services de santé sont retournés au Ministère. De plus, un RLISS que nous avons visité utilisait un outil qui différait du cadre d'évaluation commun pour évaluer les projets soumis par les fournisseurs de services de santé liés au Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes, et cet outil ne comprenait pas tous les secteurs d'évaluation requis dans le cadre commun. Par conséquent, rien ne garantit que les projets retenus dans cette région répondent équitablement aux besoins locaux urgents.

Nous examinons ces questions en détail dans les sous-sections qui suivent.

4.5.1 Il faut clarifier le pouvoir des RLISS de financer les secteurs de santé

Certains RLISS peuvent ne pas avoir pleinement donné suite à des occasions d'intégration parce qu'ils percevaient leurs pouvoirs financiers du secteur de la santé différemment du Ministère. Les quatre RLISS avaient une perception de leurs pouvoirs financiers qui différait de celle du Ministère.

Le Ministère a précisé que les RLISS ont la souplesse voulue pour affecter et réaffecter la plupart de leurs fonds, dans la mesure où leurs décisions de financement sont conformes aux attentes stipulées dans leur entente de responsabilisation et le cadre législatif. Les RLISS ont moins de latitude dans le financement protégé, tel que celui du secteur des foyers de soins de longue durée (comme précisé à la **section 1.2.2**). Les quatre RLISS croyaient que le Ministère exerce toujours un pouvoir et un contrôle sur le financement, car il peut intervenir dans les décisions financières d'un RLISS, même si elles ont été approuvées par son conseil d'administration. Le Ministère a noté qu'il intervient seulement si la décision ne respecte pas les conditions de financement.

Les RLISS visités ont indiqué qu'ils ne peuvent réaffecter les fonds que le Ministère a réservés pour un secteur particulier à un autre secteur, même s'ils croient que ce secteur en bénéficierait. Par exemple, les quatre RLISS ont mentionné qu'ils ne peuvent utiliser les fonds supplémentaires que le Ministère destine au secteur des services de santé communautaires ou au secteur des services hospitaliers communautaires, et les réaffecter à des services connexes, comme les télésoins à domicile pour les patients ayant des maladies chroniques et les cliniques de prévention de maladies chroniques. Pourtant, le Ministère accepte que les RLISS négocient avec lui s'ils veulent affecter des fonds à une autre fin que celle précisée par le Ministère. En raison de l'ambiguïté concernant l'exercice des pouvoirs financiers du Ministère et des RLISS, ces derniers peuvent ne pas affecter les fonds aux secteurs qui répondent à leurs besoins locaux, y compris le besoin d'intégrer les services de santé.

RECOMMANDATION 16

Pour que les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) puissent appuyer les secteurs de soins afin de répondre aux besoins locaux, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit clarifier le pouvoir que

peuvent exercer les réseaux pour réaffecter des fonds entre les fournisseurs de services de santé, et les informer qu'ils peuvent négocier avec lui l'utilisation des fonds réservés.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation et entend prendre les mesures appropriées pour faire en sorte que tous les RLISS comprennent uniformément leurs pouvoirs financiers, y compris leur capacité de réaffecter les fonds.

4.5.2 Le Ministère finalise le financement annuel à la fin de l'exercice et les fournisseurs de services de santé reçoivent tardivement leur financement des RLISS

Les fournisseurs de services de santé doivent connaître le montant de financement qu'ils toucheront afin de pouvoir planifier efficacement les services de santé au cours de l'exercice et éviter un déficit. Toutefois, les RLISS confirment seulement leur financement tard dans l'exercice.

À l'exception des fonds pour la réforme des hôpitaux et des CASC, les fournisseurs de services de santé sont généralement financés en fonction du montant touché l'exercice précédent. Le financement annuel peut cependant être modifié suivant les décisions du Ministère et des RLISS au cours de l'année. Dans les deux exercices qui ont précédé le 31 mars 2015, le Ministère a finalisé le financement des quatre RLISS assez tardivement. En raison de ce retard, ces RLISS ont informé les fournisseurs de services de santé de leurs décisions de financement seulement six mois avant la fin du premier exercice et trois mois avant la fin du second. Dans les quatre RLISS audités, certains fournisseurs de services de santé ont seulement été avisés des changements de financement le dernier mois de l'exercice clos le 31 mars 2015. À cause des retards, il est difficile pour les fournisseurs d'offrir les services prévus pour la période et d'atteindre leur objectif lié au volume de services. Par conséquent, certains four-

nisseurs doivent retourner des fonds aux RLISS, qui doivent ensuite réaffecter l'excédent entre les autres fournisseurs et retourner le montant résiduel au Ministère. Cette situation nuit au but recherché en premier lieu, c.-à-d. accorder des fonds aux fournisseurs de services de santé.

RECOMMANDATION 17

Pour assurer que les fournisseurs de services de santé effectuent une planification efficace afin de répondre aux besoins de santé des patients, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, conjointement avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, doit finaliser le financement annuel que recevra chaque fournisseur de services avant le début de l'exercice ou le plus tôt possible durant l'exercice.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation. La majorité du financement des RLISS est sous forme de budget de base, qui est renouvelé d'une année à l'autre. Le Ministère collabore avec les partenaires sectoriels pour examiner ses processus de financement afin de cerner les occasions de finaliser plus tôt les affectations, et travaillera avec les RLISS pour confirmer les affectations le plus tôt possible.

4.5.3 Les sommes du Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes sont octroyées aux RLISS en fonction d'une information périmée sur la population

Le Ministère n'a pas examiné les affectations existantes ou les montants du Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes (le Fonds) pour voir s'ils étaient toujours adéquats. Le Fonds vise à répondre aux priorités locales urgentes relatives aux soins de santé dans le cadre de projets proposés par les fournisseurs de services de santé. Il peut s'agir, par exemple, de fonds accrus pour réduire les temps

d'attente pour les examens IRM et les TDM dans les hôpitaux ou pour les équipes mobiles de services d'urgence en santé mentale.

Le montant du Fonds est demeuré constant depuis sa création, totalisant 50 millions de dollars pour les 14 RLISS, alors que le financement global des RLISS, y compris pour les fournisseurs de services de santé, a augmenté de 29 % entre 2008 et 2015 (l'augmentation rajustée en fonction de l'inflation est de 12 %). Entre 2008 et 2015, les RLISS ont versé en moyenne 97 % des sommes du Fonds aux fournisseurs de services de santé.

L'affectation annuelle provenant du Fonds pour chaque RLISS est établie selon l'information sur la population dont disposait le Ministère lorsque le Fonds a été créé en 2007, soit huit ans passés (le Ministère n'a pu confirmer l'année réelle pour laquelle les données de population avaient été établies). Pourtant, la répartition de la population a changé depuis. Par exemple, entre 2006 et 2011, la population d'un RLISS audité a augmenté de 11 %, soit le double de la hausse provinciale de 5,6 %. De plus, la population de ce RLISS devrait s'accroître de 10 % d'ici 2016 et d'un autre facteur de 10 % d'ici 2021. Les résidents de ce RLISS pourraient être désavantagés pour ce qui est de leurs besoins de santé les plus urgents, car leur fraction du Fonds est basée sur des données de population périmées.

RECOMMANDATION 18

Pour faire en sorte que la part du financement du Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes affectée à chaque réseau local d'intégration des services de santé corresponde aux besoins actuels des patients, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- s'assurer que le montant du Fonds est adéquat et qu'il est conforme à l'augmentation globale du financement au fil du temps;
- réviser régulièrement l'affectation en se fondant sur la population actuelle ou une autre information pertinente.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

En 2007, le gouvernement a annoncé un engagement pour répondre aux priorités urgentes en matière de soins de santé dans les collectivités, en créant un fonds annuel basé sur la population, doté de 50 millions de dollars. Les sommes ont été octroyées aux RLISS sous forme de financement de base et sont reflétées dans leur affectation annuelle totale. Conformément aux directives du fonds, les RLISS peuvent affecter une partie ou la totalité de leur affectation annuelle au budget d'un fournisseur de services de santé. Parce que les RLISS destinent la majorité de ces fonds aux fournisseurs de services de santé pour qu'ils répondent aux priorités urgentes locales, leur réaffectation peut avoir des répercussions sur la prestation des services directs.

Le Ministère souscrit à la recommandation d'affecter les fonds en utilisant les modèles basés sur la population et collabore avec les RLISS pour répartir équitablement le nouveau financement en se fondant sur les derniers chiffres de population pour chaque RLISS.

4.5.4 Les projets liés au Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes sont évalués en utilisant différents critères

En novembre 2010, le Partenariat des réseaux locaux d'intégration des services de santé (dont il a été question à la **section 4.4.3**) a élaboré un cadre décisionnel pour aider les RLISS à prendre des décisions cohérentes au sujet des projets et des propositions de financement du Fonds qu'ils reçoivent. Pourtant, alors qu'il est attendu des RLISS qu'ils utilisent ce cadre—qui renferme les critères d'évaluation des projets, notamment la valeur pour le système de santé et l'impact sur le rendement du système et la santé de la population—ils ne l'appliquent pas toujours uniformément.

Trois des quatre RLISS visités utilisaient le cadre et attribuaient une pondération spécifique pour chaque catégorie du cadre pour s'assurer que le financement appuyait leurs priorités stratégiques locales. Cependant, un des RLISS visités utilisait un outil différent pour évaluer les projets proposés, mais cet outil ne comprend pas tous les secteurs d'évaluation requis dans le cadre commun, tels que l'impact potentiel sur la qualité des services et les résultats de santé de la population. De plus, à l'encontre du cadre commun, cet outil n'attribue pas de notes en fonction des critères d'évaluation. Le RLISS ne peut donc garantir que les projets retenus sont les plus appropriés pour répondre aux besoins urgents au cours d'une période donnée.

4.5.5 Le Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes est utilisé à des fins non autorisées

Nous avons analysé un échantillon de projets financés par le Fonds dans les quatre RLISS visités afin de vérifier si les fonds étaient exclusivement affectés aux services directs aux patients, comme l'exige le Fonds. La majorité des projets financés que nous avons examinés portaient sur les services directs aux patients, comme l'accroissement du nombre de lits d'hôpital et de lits de soins de longue durée, et le financement de plus d'heures pour les examens IRM ou les TDM. Nous avons relevé deux cas où le Fonds a été utilisé à des fins autres que les services directs aux patients. Dans un cas, le RLISS avait octroyé 861 000 \$ à une organisation de services de santé pour élaborer une application logicielle, afin de rendre les renseignements des patients accessibles aux hôpitaux et à un CASC local. Le RLISS n'avait pas utilisé le cadre d'évaluation commun et a précisé que le logiciel avait aidé les hôpitaux à facilement identifier les patients ayant des besoins importants. Dans l'autre cas, un RLISS a versé en 2013 une indemnité de départ de 130 000 \$ au DG sortant d'un organisme de santé mentale.

RECOMMANDATION 19

Pour faire en sorte que les fournisseurs de services de santé engagent les sommes allouées par le Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes uniquement pour les services aux patients, conformément aux exigences du Fonds, les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent suivre un processus décisionnel cohérent et approuver seulement les demandes en appliquant les critères établis.

RÉPONSE DES RLISS

De nombreux RLISS ont adopté le cadre décisionnel élaboré en 2010 par le Partenariat pour prendre des décisions cohérentes au sujet des projets, des programmes et des services. Tous les RLISS utiliseront le cadre modifié pour prendre leurs décisions relatives à l'affectation des fonds discrétionnaires.

4.6 Les limites des RLISS doivent être modifiées

Depuis que le Ministère a divisé la province en 14 RLISS en 2006, il n'a pas revu cette division pour déterminer si elle répondait toujours aux besoins en santé de la population changeante. Pour créer cette division, le Ministère avait considéré les tendances relatives à l'accès des résidents aux services hospitaliers. Particulièrement, il a examiné les codes postaux des patients de chaque hôpital pour délimiter des zones uniques, qui sont devenues les 14 RLISS existants. Par conséquent, la division actuelle de la province diffère des limites municipales ou des circonscriptions électorales, par exemple.

Les fournisseurs de services de santé sondés ont soulevé des préoccupations parce que les limites des RLISS ne correspondent pas toujours aux limites municipales. Il leur est donc difficile de tirer parti des partenariats existants pour planifier les soins de santé et de fournir aux patients des soins

semblables à ceux des RLISS voisins. De nombreux répondants ont dit qu'il y avait un trop grand nombre de RLISS, à l'opposé de ceux qui croyaient que leur nombre était insuffisant.

RECOMMANDATION 20

Pour assurer que la division des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) est propice à la planification efficace et à l'intégration des services de santé locaux, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a intérêt à revoir les limites existantes des RLISS.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère examinera les limites existantes des RLISS pour déterminer s'il y a lieu de les modifier.

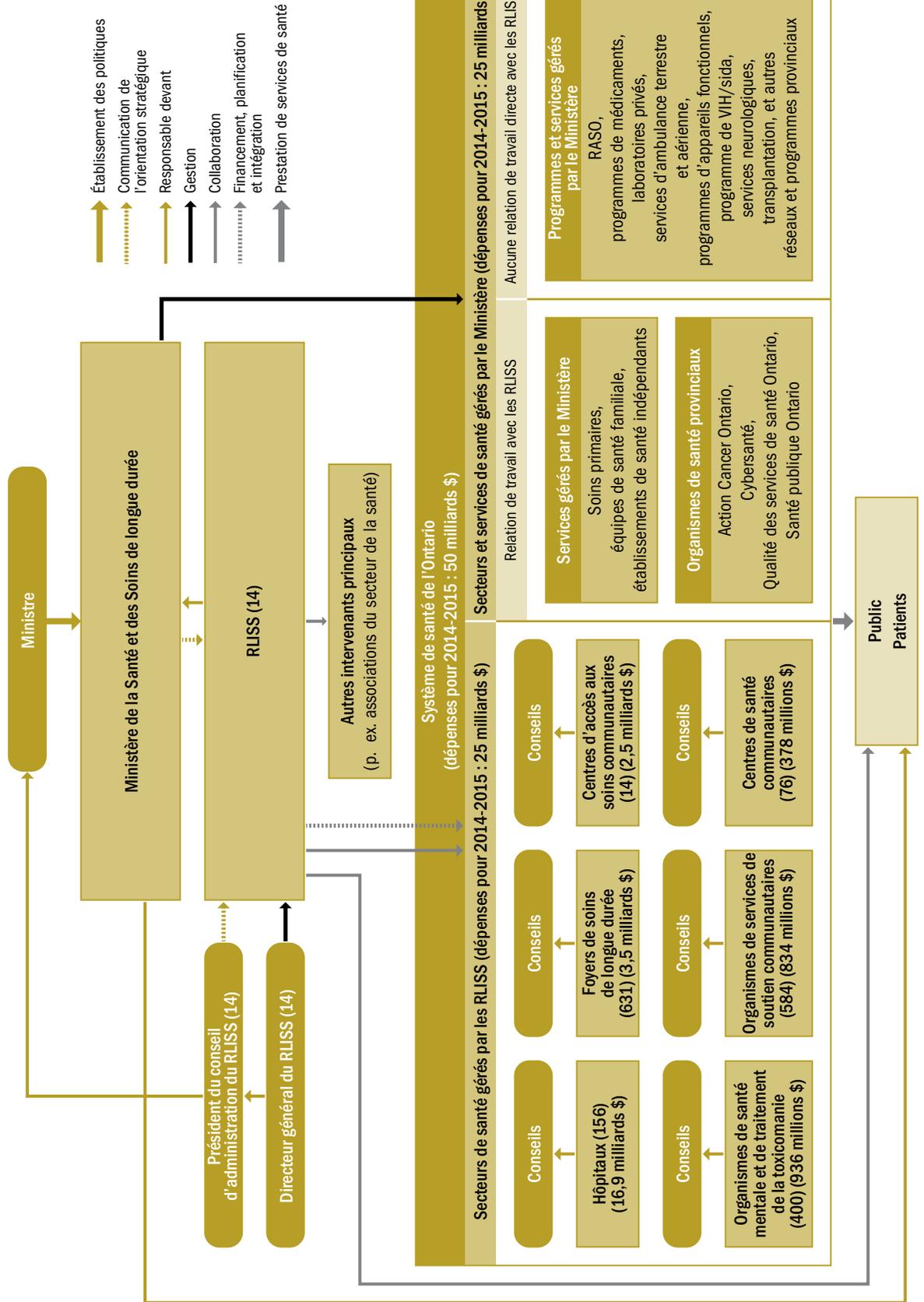
Annexe 1—Responsabilités d'un réseau local d'intégration des services de santé

Source des données : *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*

- 1 Promouvoir l'intégration du système de santé local afin de fournir des services de santé appropriés, coordonnés, efficaces et efficaces.
- 2 Déterminer les besoins du système de santé local en matière de services de santé et prendre des dispositions à leur égard conformément aux plans et priorités provinciaux et faire des recommandations au ministre au sujet du système, y compris ses besoins en matière de financement d'immobilisations.
- 3 Engager la collectivité de personnes et d'entités qui oeuvrent au sein du système de santé local dans la planification du système et l'établissement des priorités de celui-ci, y compris l'établissement de mécanismes formels pour la participation et la consultation de la collectivité
- 4 Veiller à ce que le système de santé local soit doté de processus appropriés pour répondre aux préoccupations de la population au sujet des services qu'elle reçoit
- 5 Évaluer et surveiller le rendement du système de santé local et de ses services de santé, y compris l'accès à ces services et leur utilisation, leur coordination, leur intégration et leur rentabilité, et faire rapport à ce sujet au ministre et en assumer la responsabilité devant lui.
- 6 Participer et collaborer à l'élaboration, par le ministre, du plan stratégique provincial ainsi qu'à l'établissement et à la mise en oeuvre de la planification à l'échelle provinciale, de la gestion de systèmes et des priorités, des programmes et des services en matière de soins de santé à l'échelle provinciale.
- 7 Élaborer des stratégies et collaborer avec les fournisseurs de services de santé, y compris les centres universitaires des sciences de la santé, les autres réseaux locaux d'intégration des services de santé et les fournisseurs de services à l'échelle provinciale, entre autres, afin d'améliorer l'intégration des systèmes de santé provinciaux et locaux et la coordination des services de santé.
- 8 Mettre en oeuvre des stratégies mixtes avec d'autres réseaux locaux d'intégration des services de santé afin d'améliorer les soins aux malades et l'accès à des services de santé de grande qualité et de promouvoir la continuité des soins de santé entre les systèmes de santé locaux et partout dans la province, et participer à ces stratégies.
- 9 Diffuser de l'information sur les meilleures pratiques et favoriser le transfert des connaissances entre les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les fournisseurs de services de santé.
- 10 Rehausser l'efficacité économique de la prestation de services de santé et la durabilité du système de santé.
- 11 Accorder un financement aux fournisseurs de services de santé, conformément aux priorités provinciales, de sorte qu'ils puissent fournir des services de santé et du matériel sanitaire.
- 12 Conclure des ententes visant l'établissement de normes de rendement et faire en sorte que les fournisseurs de services de santé qui reçoivent un financement du réseau se conforment à ces normes.
- 13 Faire en sorte que les ressources humaines, matérielles et financières du réseau soient gérées de façon efficace et efficiente et répondre de leur utilisation devant le ministre.
- 14 Réaliser les autres objets que précise le ministre par règlement pris en application de la présente loi (2006, chap. 4, art. 5).

Annexe 2—Aperçu du système de santé de l'Ontario

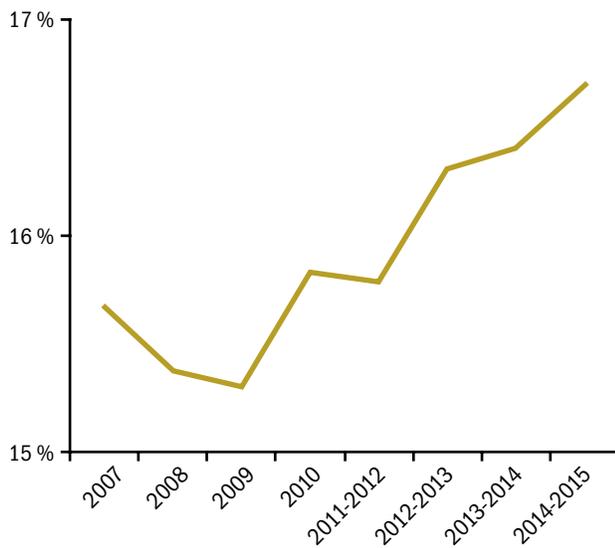
Source des données : Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario d'après l'information fournie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère des Finances



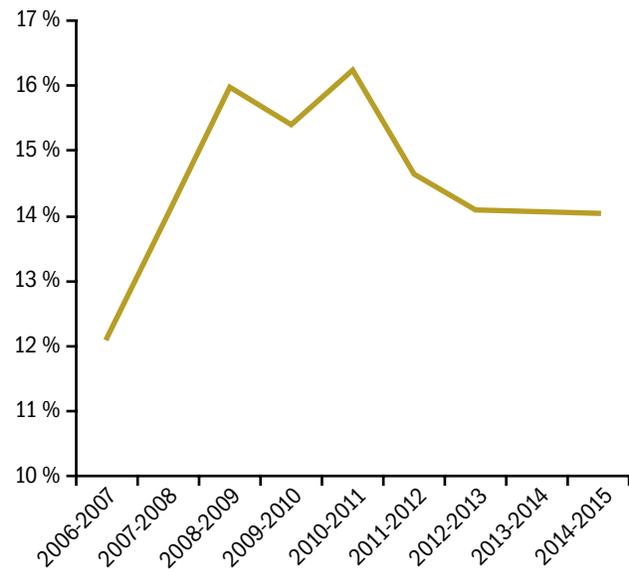
Annexe 3—Statistiques sommaires sur le rendement des RLISS dans les 15 secteurs mesurés à l'échelle de la province

Source des données : Action Cancer Ontario, Réseau ontarien de soins cardiaques, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

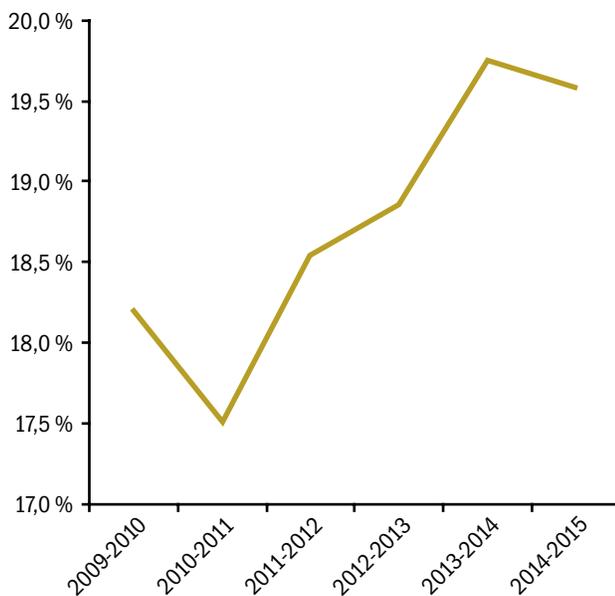
Réadmissions dans les 30 jours pour des GMA particuliers¹



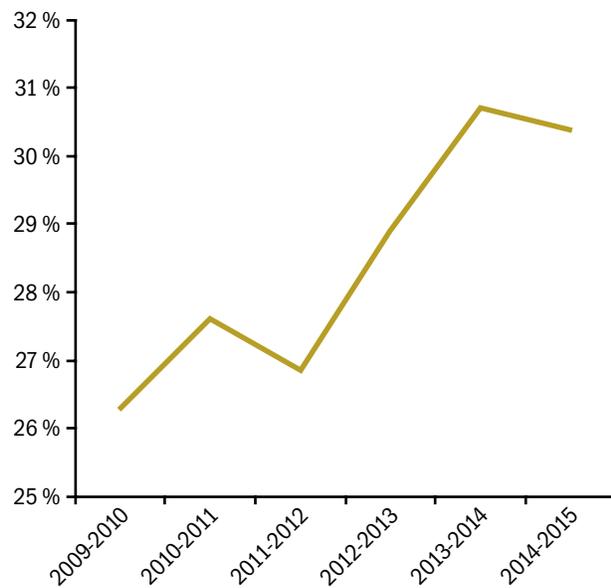
Pourcentage de jours autre niveau de soins (ANS)



Visites imprévues répétées dans les 30 jours au service d'urgence pour des troubles de santé mentale²



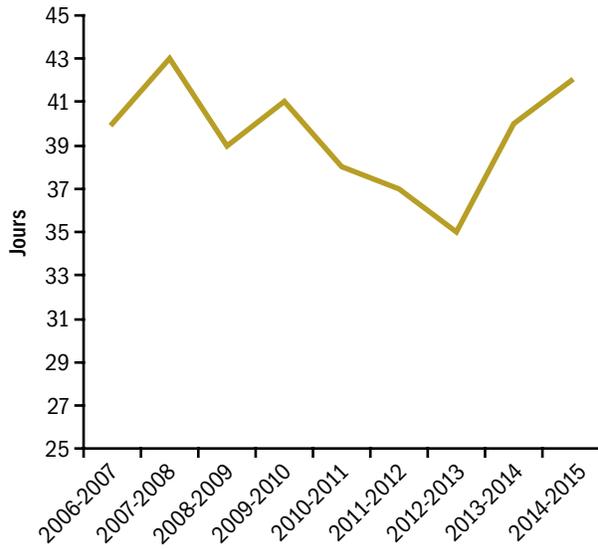
Visites imprévues répétées dans les 30 jours au service d'urgence pour des troubles de toxicomanie²



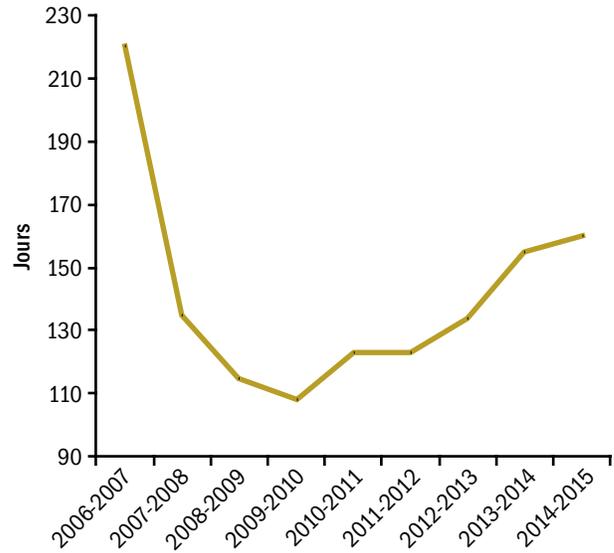
1. Les données préalables à l'exercice terminé le 31 mars 2012 sont celles de l'année civile seulement.

2. Des données comparatives sont seulement disponibles à compter de l'exercice terminé le 31 mars 2010.

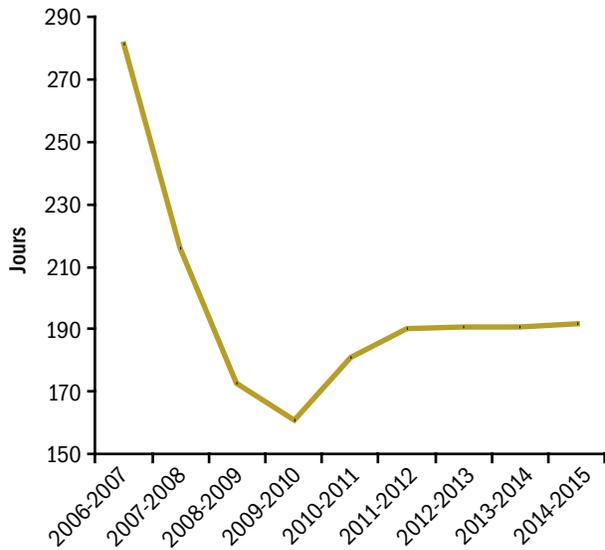
90^e centile des temps d'attente—Pontages coronariens



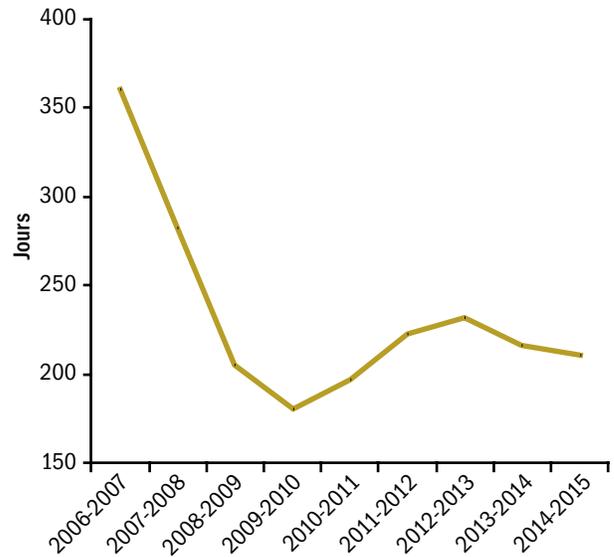
90^e centile des temps d'attente—Chirurgie de la cataracte

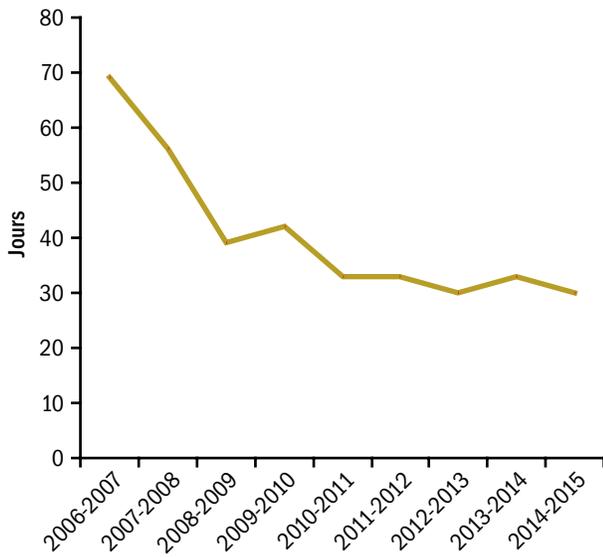
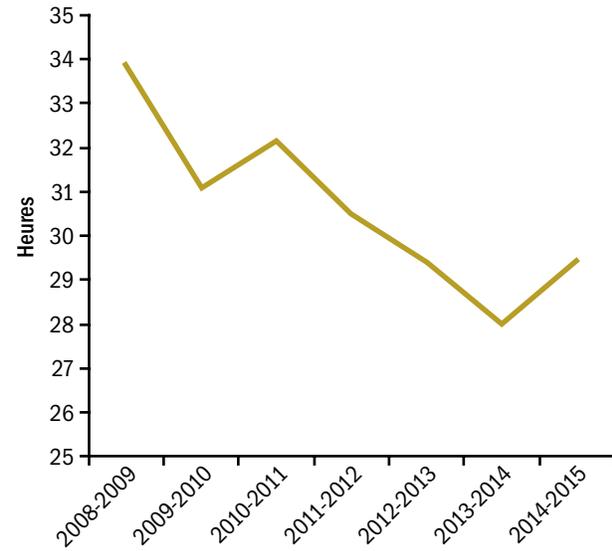
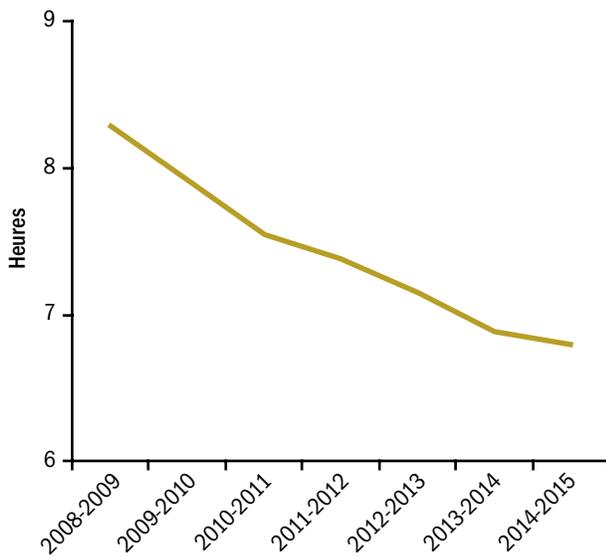
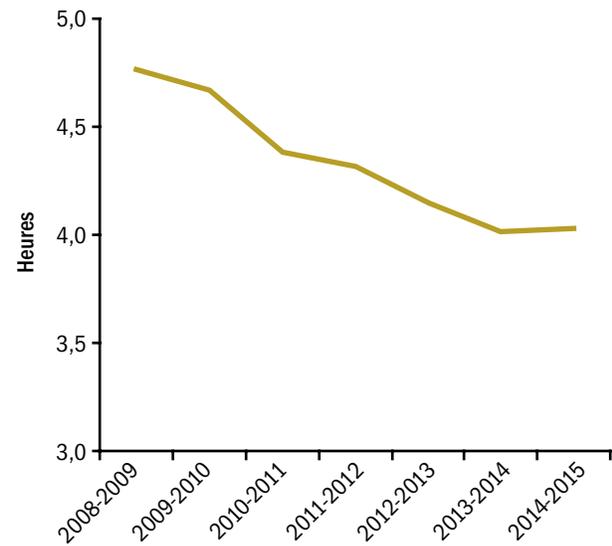


90^e centile des temps d'attente—Arthroplastie de la hanche

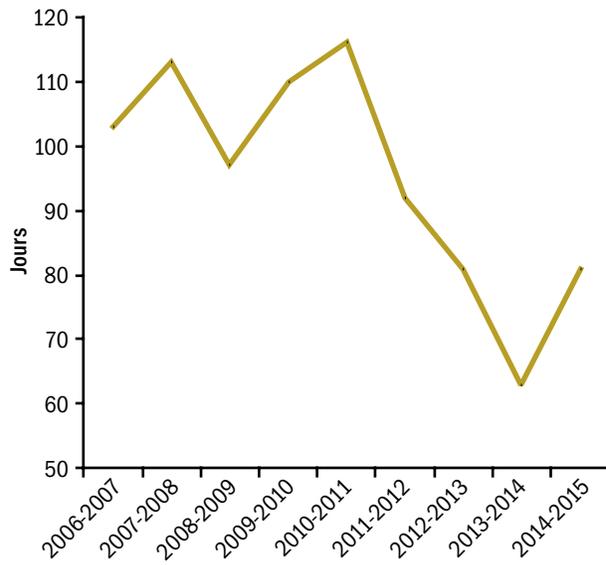


90^e centile des temps d'attente—Arthroplastie du genou

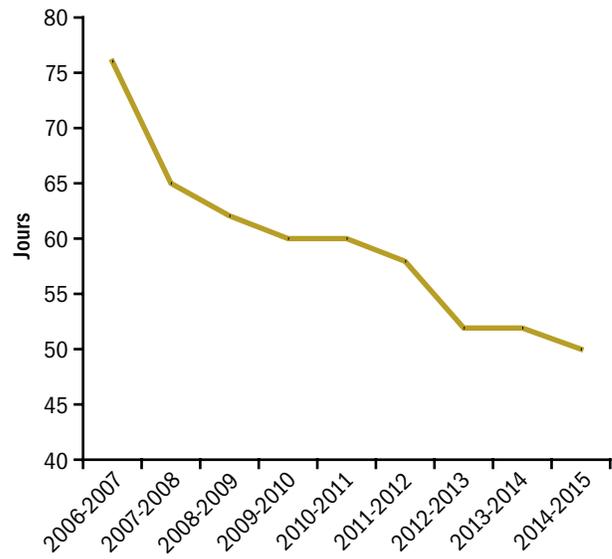


90^e centile des temps d'attente—TDM diagnostique90^e centile de la durée du séjour au service d'urgence—Patients admis90^e centile de la durée du séjour au service d'urgence—Patients non admis dont l'état de santé est complexe90^e centile de la durée du séjour au service d'urgence—Patients non admis dont l'état de santé n'est pas complexe

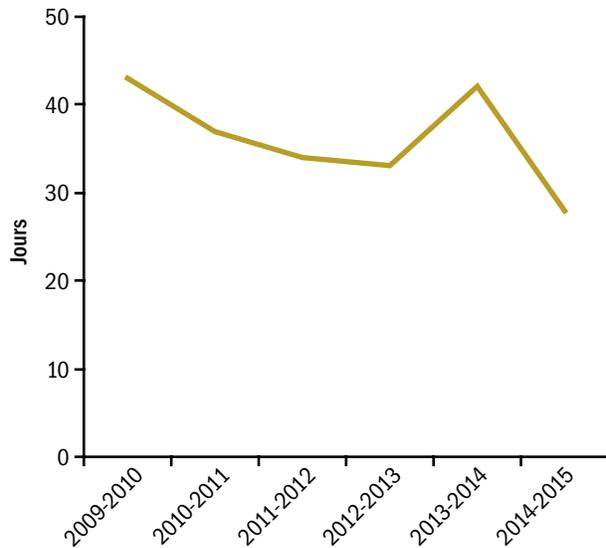
90^e centile des temps d'attente—Examen IRM



90^e centile des temps d'attente—Chirurgie du cancer



90^e centile des temps d'attente dans la collectivité pour recevoir les services à domicile du CASC²



2. Des données comparatives sont seulement disponibles à compter de l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Annexe 4—Rendement du système de santé, Ontario et autres administrations canadiennes, 2010 à 2014

Source des données : Qualité des services de santé Ontario, Institut canadien d'information sur la santé

Indicateur	Période visée	Rendement de l'Ontario (non classé parmi les trois premiers) canadienne		
		Résultat de la province s'étant classée première pour le rendement	Résultat de la province classée deuxième	Résultat de la province classée troisième
Indicateur mesuré dans les 15 secteurs (soit identique ou similaire)				
% d'arthroplasties de la hanche exécutées dans le délai d'attente de 182 jours	2014	Terre-Neuve-et-Labrador, 96 %	Saskatchewan, 93 %	Ontario, 88 %
% d'arthroplasties du genou exécutées dans le délai d'attente de 182 jours	2014	Terre-Neuve-et-Labrador, 92 %	Saskatchewan, 89 %	Ontario, 86 %
Taux de réadmission dans les 30 jours de l'hospitalisation	2010-2011	Alberta et Nouvelle-Écosse, 8,2 %	Québec, 8,3 %	Ontario et Nouveau-Brunswick, 8,4 %
Réadmission dans les 30 jours pour un trouble de santé mentale	2012	Manitoba, 9,2 %	Alberta, 9,8 %	Saskatchewan, 10,5 %
% de chirurgies de la cataracte exécutées dans le délai d'attente de 112 jours	2014	Terre-Neuve-et-Labrador, 96 %	Nouveau-Brunswick, 89 %	Ontario, 81 %
Indicateur dans les 23 secteurs proposés (soit identique ou similaire)				
Nombre d'hospitalisations pour des troubles médicaux qui peuvent être traités hors des hôpitaux par tranche de 100 000 personnes	2011-2012	Colombie-Britannique, 254	Ontario, 269	Québec, 275
% de personnes qui ont passé une nuit à l'hôpital au cours des 2 dernières années et qui ont été suivis par un médecin ou un autre professionnel de la santé après leur mise en congé	2014	Terre-Neuve-et-Labrador, 88 %	Île-du-Prince-Édouard, 82 %	Ontario, 81 %
Autre indicateur				
% d'interventions en radiothérapie exécutées dans le délai d'attente de 28 jours	2014	Manitoba, 100 %	Ontario et Québec, 99 %	Terre-Neuve-et-Labrador, 95 %
% de personnes ayant éprouvé de la difficulté à obtenir des soins en soirée ou le week-end, sans cependant se rendre au service d'urgence	2013	Colombie-Britannique, 54 %	Ontario, 56 %	Nouveau-Brunswick et Île-du-Prince-Édouard, 61 %

Indicateur	Période visée	Résultat de la province s'étant classée première pour le rendement		Résultat de la province classée troisième		Rendement de l'Ontario (non classé parmi les trois premiers)	
		Résultat de la province classée deuxième	Résultat de la province classée troisième	Résultat de la province classée troisième	Moyenne canadienne		
% de personnes qui ont obtenu un rendez-vous chez leur fournisseur de soins primaires le jour où elles sont tombées malades ou le lendemain	2013	Colombie-Britannique, 45 %	Saskatchewan et Île-du-Prince-Édouard, 41 %	Ontario, 40 %	38 %		
% d'arthroplasties de la hanche exécutées dans le délai d'attente de 48 heures	2014	Manitoba, 91 %	Colombie-Britannique, 89 %	Ontario, 84 %	84 %		
% de personnes qui ont passé une nuit à l'hôpital au cours des 2 dernières années et qui, à leur congé, savaient avec qui communiquer en cas de question sur leur état ou leur traitement	2014	Île-du-Prince-Édouard et Saskatchewan, 95 %	Colombie-Britannique, 94 %	Manitoba, 93 %	Ontario, 90 % (5 ^e)		
% de personnes qui ont passé une nuit à l'hôpital au cours des 2 dernières années et qui, à leur congé, ont reçu des consignes écrites sur ce qu'elles devaient faire à leur retour à la maison et les symptômes à surveiller	2014	Terre-Neuve-et-Labrador, 84 %	Saskatchewan, 82 %	Alberta et Manitoba, 81 %	Ontario, 75 % (classé 6 ^e avec le Nouveau-Brunswick)		
% de personnes qui ont passé une nuit à l'hôpital au cours des 2 dernières années et, à leur congé, les médecins ou le personnel soignant de leur établissement de santé habituel étaient au courant de leur départ et des soins qu'elles avaient reçus à l'hôpital	2014	Île-du-Prince-Édouard, 92 %	Manitoba, 89 %	Colombie-Britannique, 87 %	Ontario, 77 % (classé 7 ^e avec Terre-Neuve-et-Labrador)		