

Chapitre 1

Section 1.08

RLISS – Réseaux locaux d'intégration des services de santé

Suivi des audits de l'optimisation des ressources,
section 3.08 du *Rapport annuel 2015*

APERÇU DE L'ÉTAT DES RECOMMANDATIONS					
	Nombre de mesures recommandées	État des mesures recommandées			
		Pleinement mise en œuvre	En voie de mise en œuvre	Peu ou pas de progrès	Ne sera pas mise en œuvre
Recommandation 1	3	2	1		
Recommandation 2	1		1		
Recommandation 3	2		2		
Recommandation 4	3	2	1		
Recommandation 5	2		2		
Recommandation 6	1	1			
Recommandation 7	2	1	1		
Recommandation 8	3	2		1	
Recommandation 9	3		3		
Recommandation 10	3	3			
Recommandation 11	3	1	2		
Recommandation 12	2		2		
Recommandation 13	1	1			
Recommandation 14	1			1	
Recommandation 15	1		1		
Recommandation 16	1	1			
Recommandation 17	1	1			
Recommandation 18	2		2		
Recommandation 19	1	1			
Recommandation 20	1	1			
Total	37	17	18	2	0
%	100	46	49	5	0

Conclusion globale

Selon les renseignements que nous ont fournis le ministère des Soins de la santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), au 31 mai 2007, 46 % des mesures que nous avons recommandées dans notre *Rapport annuel 2015* avaient été pleinement mises en oeuvre. Par exemple, le Ministère analysait les motifs des lacunes dans le rendement des RLISS et avait précisé dans quelle situation il lui revient, plutôt qu'aux RLISS, d'établir les approches communes pour la prestation des services de santé. De plus, les RLISS ont élaboré un cadre à utiliser pour approuver les demandes au Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes afin de permettre une prise de décisions cohérente, et avaient établi un processus commun de gestion des plaintes qui définissait clairement des méthodes d'information du public sur le mode d'enregistrement des plaintes. Le Ministère et les RLISS avaient réalisé des progrès dans la mise en oeuvre d'une autre tranche de 49 % des recommandations. Par exemple, les RLISS ont élaboré un cadre d'évaluation de l'incidence des initiatives d'intégration, mais ne l'ont pas encore pleinement mis en oeuvre. Le Ministère s'employait également à examiner attentivement les indicateurs de rendement existants pour évaluer leur pertinence et envisageait des indicateurs nouveaux ou révisés pour répondre aux changements dans le système de soins de santé. Toutefois, peu de progrès, sinon aucun, n'ont été réalisés à l'égard des autres mesures. Par ailleurs, les RLISS, en collaboration avec Qualité des services de santé Ontario, n'avaient pas beaucoup progressé dans l'évaluation de la satisfaction des patients à l'égard des fournisseurs de services de santé et de la qualité des services qu'ils reçoivent. En outre, les RLISS avaient peu fait pour cerner des occasions d'économiser en intégrant les services administratifs auprès des fournisseurs de services de santé.

L'état des mesures prises en réponse à chacune de nos recommandations est exposé dans le présent rapport.

Contexte

Les 14 RLISS de l'Ontario ont été établis par la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la Loi). Les RLISS ont commencé à jouer un rôle de gestion des services de santé locaux en avril 2007 sous l'égide du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), remplaçant ainsi les 7 bureaux régionaux et les 16 conseils régionaux de santé du Ministère. À compter de juillet 2010, les RLISS assumaient pleinement leur rôle auprès des hôpitaux publics et privés, des foyers de soins de longue durée, des centres d'accès aux soins communautaires, des services communautaires de santé mentale et de traitement de la toxicomanie, des services de soutien communautaire et des centres de santé communautaire. À la fin de l'exercice se terminant le 31 mars 2017, les RLISS offraient aux organismes de soins de santé faisant partie de ces six secteurs un financement total de 26 milliards de dollars (25 milliards de dollars durant l'exercice 2014-2015), ce qui représentait pour ces deux années un peu plus de la moitié du budget provincial consacré aux soins de santé.

Chaque RLISS est une société d'État sans but lucratif qui dessert une région particulière de l'Ontario. Ces régions de diverses grandeurs sont confrontées à des problèmes particuliers sur le plan de la prestation et des fournisseurs de services de santé. En outre, les profils de santé de leurs populations varient d'une région à l'autre. Au cours de l'exercice financier 2016-2017, les dépenses de fonctionnement des 14 RLISS ont atteint 90 millions de dollars (comme en 2014-2015), ou environ 0,4 % (tout comme en 2014-2015) des 26 milliards de dollars que le Ministère a versés aux RLISS. La plupart de ces fonds étaient destinés aux organismes de soins de santé financés par les RLISS.

Aux termes de la Loi, il revient aux RLISS de « [créer] un système de santé intégré et [permettre] aux collectivités locales de prendre des décisions au sujet de leur système de santé local ». La Loi précise l'obligation qui incombe aux RLISS de planifier, financer et intégrer les systèmes de santé locaux.

Notre audit de 2015 a révélé que le Ministère n'avait pas clairement déterminé ce qui constitue un système de santé intégré ou le moment où ce résultat doit être atteint. En outre, le Ministère n'avait pas défini les façons qui s'offrent d'évaluer dans quelle mesure les RLISS s'acquittent efficacement de leurs fonctions de planificateurs, de bailleurs de fonds et d'intégrateurs des soins de santé.

Nous avons également constaté que si la réalisation de leur mandat, qui consiste à offrir constamment le bon soin au bon moment à l'échelle du système de santé, signifie que les RLISS devraient avoir atteint tous les niveaux attendus de rendement mesurés, il appert qu'ils n'ont pas respecté leur objectif au moment de notre audit de 2015. Nous avons découvert que même si le rendement provincial dans 6 des 15 secteurs mesurés s'est amélioré entre la date d'établissement des RLISS et 2015, le rendement est demeuré relativement stable ou s'est détérioré depuis 2010 ou avant dans les 9 autres secteurs. À titre d'exemple, on a constaté un pourcentage plus élevé de journées d'hospitalisation de patients qui n'avaient plus besoin de soins actifs pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2015 comparativement à 2007.

Le rendement de la plupart des RLISS était plus faible que les niveaux attendus au cours de l'exercice de 2014-2015; en moyenne, les RLISS n'ont atteint leurs objectifs locaux respectifs que dans 6 des 15 secteurs de rendement. Les meilleurs ont atteint leurs objectifs locaux dans 10 secteurs et 4 RLISS n'en ont atteint que 4. Les résultats provinciaux qui tiennent compte des 14 RLISS révèlent que seulement 4 objectifs provinciaux sur 11 mesurant les objectifs à long terme ont été atteints. Nous avons notamment constaté ce qui suit en 2015 :

- En raison de pratiques incohérentes et variables qui persistent toujours à travers la

province, les patients se heurtent à des inégalités lorsqu'ils tentent d'accéder à certains services de santé. Ces écarts signifiaient que, selon l'endroit où elles se trouvent, certaines personnes avaient un meilleur accès à des soins de santé intégrés que d'autres, et que certaines personnes ne recevaient pas leurs soins de santé dans le milieu qui répond le mieux à leurs besoins de santé et les obtenaient parfois à un coût beaucoup plus élevé que nécessaire.

- Le Ministère a pris peu de mesures pour responsabiliser les RLISS qui n'atteignaient pas leurs objectifs. Ceci a donné lieu à des problèmes de rendement qui perdurent depuis plusieurs années. À titre d'exemple, l'un des quatre RLISS visités n'avait pas respecté l'objectif de temps d'attente pour un examen par IRM dans six des huit années menant au 31 mars 2015. Un autre n'avait pas atteint son objectif de temps d'attente pour un remplacement de hanche pendant sept des huit dernières années. Quand un rendement attendu ne se réalisait pas au cours d'une année, le Ministère assouplissait l'objectif pour l'année suivante dans le cas de certains RLISS, tandis qu'il maintenait l'objectif ou le rendait plus exigeant dans le cas d'autres RLISS.
- L'écart de rendement entre les RLISS s'est élargi au fil du temps dans 10 des 15 secteurs de rendement. À titre d'exemple, dans le RLISS le moins performant, les patients attendaient 194 jours pour une chirurgie de cataractes semi-urgente en 2012, soit 5 fois plus longtemps que dans les RLISS les plus performants. Trois ans plus tard, cet écart de rendement s'est élargi de sorte que le temps d'attente dans le RLISS le moins performant est maintenant 31 fois plus long que dans le plus performant. Il importait que le Ministère comprenne mieux les raisons de cet écart croissant et instaure des changements pour le rétrécir de manière à atteindre l'objectif qui consiste à garantir des niveaux de services

de santé qui ne varient pas considérablement d'une région à l'autre de la province.

- Les RLISS doivent mieux surveiller le rendement des fournisseurs de services de santé. Dans les quatre RLISS que nous avons visités (Centre, Hamilton Niagara Haldimand Brant, Nord-Est et Centre-Toronto), nous avons constaté que la qualité des services de santé n'était pas surveillée de façon uniforme, que les renseignements sur le rendement soumis par les fournisseurs de services de santé (dont certains étaient erronés) n'étaient pas vérifiés et que ces RLISS ne traitaient pas le cas des fournisseurs au rendement insatisfaisant de façon conforme aux lignes directrices du Ministère.
- Le suivi des plaintes de patients n'était pas assez rigoureux, il n'existait aucun mécanisme commun de gestion des plaintes à l'échelle des RLISS, et les RLISS ne s'assuraient pas toujours que les plaintes des patients avaient été résolues convenablement. À travers la province, trois RLISS n'ont donné suite à aucune plainte en 2014, ou le suivi était incomplet.
- Les RLISS n'arrivaient pas à démontrer qu'ils avaient maximisé leurs gains économiques parce que le recours aux achats groupés et l'intégration des services administratifs variaient selon le RLISS visité.

Dans notre rapport, nous avons recommandé que le Ministère brosse un tableau détaillé de ce à quoi doit ressembler un système de santé entièrement intégré; qu'il analyse les raisons de l'écart croissant au niveau du rendement des RLISS dans des secteurs de rendement clés; qu'il demande aux RLISS d'établir des échéances raisonnables pour rectifier les écarts de rendement et de surveiller leur progrès; qu'il clarifie avec les RLISS leur pouvoir de réaffectation de fonds aux fournisseurs de services de santé; et qu'il finalise le financement annuel accordé à chaque fournisseur de services de santé avant le début de l'exercice financier ou dès que possible au cours de l'exercice en cours.

Nous avons aussi recommandé que les RLISS engagent les mesures correctives qui conviennent, compte tenu de la gravité et de la persistance des problèmes de rendement observés au niveau des fournisseurs de services de santé; qu'ils établissent un processus commun de gestion des plaintes; et qu'ils élaborent et mettent en oeuvre des plans d'action avec des calendriers pour combler les écarts de service au niveau de tous les services de santé dans leurs régions.

Nous avons formulé 20 recommandations, dont 37 mesures d'améliorations requises, et le Ministère et les 4 RLISS visités pendant notre audit se sont engagés à prendre des mesures en réponse à nos recommandations.

État des mesures prises en réponse aux recommandations

Nous avons effectué des travaux d'assurance entre le 1^{er} avril et le 31 mai 2017. Nous avons obtenu une déclaration écrite du Ministère et de quatre RLISS (Centre, Hamilton Niagara Haldimand Brant, Nord-Est, et Centre-Toronto), nous informant qu'au 1^{er} septembre 2017, ils avaient fourni une mise à jour complète de l'état des recommandations que nous avons formulées dans l'audit original d'il y a deux ans.

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

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;

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons mentionné que de 2012 à 2015, l'écart de rendement entre les RLISS s'est accentué dans 10 des 15 secteurs de rendement choisis par le Ministère pour mesurer l'efficacité des RLISS. Par exemple, en 2012, 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. Trois ans plus tard, cet écart de rendement s'est élargi de sorte que le temps d'attente dans le RLISS le moins performant est maintenant 31 fois plus long que dans le plus performant. Nous avons constaté que le Ministère devait mieux comprendre les raisons de l'écart croissant dans le rendement des RLISS afin de prendre les mesures appropriées pour le réduire. Au moment de ce suivi, le Ministère recueillait un rapport trimestriel sur le rendement de chaque RLISS qui comportait une analyse des forces et des difficultés ayant entraîné des écarts de rendement par rapport aux autres RLISS. Le Ministère nous a informés qu'il analyse ces rapports et assure un suivi auprès des RLISS pour mieux comprendre les difficultés auxquelles ils font face pour atteindre les objectifs de rendement.

- déterminer le degré de variation dans le rendement des RLISS qu'il considère comme acceptable pour chaque secteur de rendement mesuré;

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons constaté que le Ministère avait pour but de diminuer l'écart de rendement entre les RLISS au fil du temps afin que le niveau des services de santé ne varie pas considérablement dans l'ensemble de la province.

Cependant, le Ministère n'avait pas indiqué quel degré d'écart serait considéré comme acceptable dans chacun des secteurs de rendement. Dans l'entente de responsabilisation actuelle intervenue entre le Ministère et le RLISS qui s'applique aux exercices 2015-2016 à 2017-2018, le Ministère a instauré des objectifs provinciaux qui sont cohérents pour tous les RLISS.

- fixer un échéancier pour ramener l'écart de rendement des RLISS à un niveau acceptable.

État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2018

Détails

L'entente de responsabilisation intervenue entre le Ministère et le RLISS qui couvre les exercices 2015-2016 à 2017-2018 comprend des objectifs provinciaux cohérents pour tous les RLISS. Le Ministère nous a informés qu'il s'attend à ce que tous les RLISS progressent dans l'atteinte de ces objectifs provinciaux d'ici mars 2018, ce qui marquera la fin de l'entente actuelle.

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

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.

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018

Détails

Nous avons mentionné dans notre audit de 2015 que le rendement de la plupart des RLISS était inférieur à la cible dans des secteurs critiques, comme les visites imprévues répétées au service d'urgence pour les patients ayant des troubles de santé

mentale ou des problèmes de toxicomanie dans les 30 jours suivant la visite précédente, et les patients qui doivent attendre 28 jours ou plus pour des examens par IRM non urgents. Le Ministère et les RLISS ont mentionné l'insuffisance de services communautaires efficaces et accessibles de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie et l'incapacité de satisfaire à la demande accrue d'examen par IRM non urgents comme motifs de préoccupations en matière de rendement. Au moment de ce suivi, les RLISS aidaient le Ministère à élaborer un cadre de planification de la capacité de soins à domicile et de soins en milieu communautaire. Des RLISS ont également lancé diverses initiatives de planification de la capacité. Par exemple, deux RLISS voisins ainsi que des représentants de leurs fournisseurs de services de santé ont recruté une société tierce afin qu'elle évalue les besoins et la capacité de la collectivité et qu'elle détermine les écarts prévus au niveau du service. En ce qui concerne les examens par IRM, les RLISS avaient également relevé cinq pratiques dans le but de tenter de régler les problèmes de demande et de capacité dans leurs zones desservies, y compris un modèle de centre d'admission, une séance de formation pour praticiens, ainsi que des projets d'amélioration du processus dans des domaines comme la prise de rendez-vous en vue d'IRM. Les RLISS nous ont informés qu'il faudrait du temps pour mettre ces pratiques en oeuvre et qu'ils s'attendaient à ce que le travail soit achevé d'ici décembre 2018.

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 par IRM sont gérées à l'échelle provinciale en tenant compte des ressources existantes;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018

Détails

Au moment de ce suivi, le Ministère avait rédigé un cadre en vue d'orienter la planification de la capacité et d'aider le Ministère et les RLISS à prendre des décisions en matière de services locaux, notamment des services communautaires. Le Ministère évaluait également l'utilité d'un outil de planification des capacités et de prévision de la demande pour faciliter l'établissement des fonds requis pour les IRM. De plus, le Ministère nous a appris qu'il collaborait avec les RLISS pour évaluer et mettre en oeuvre des pratiques efficaces d'IRM, dont celles qui sont énumérées à la **recommandation 2**.

- *élaborer un plan provincial pour les besoins en santé des collectivités rurales et du Nord, afin de donner suite à son engagement de 2007.*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2018

Détails

Dans le cadre d'un plan provincial général sur les besoins en soins de santé dans les collectivités rurales et du Nord, le Ministère annonçait en août 2016 des fonds de 2,5 millions de dollars répartis sur trois ans pour cinq projets de carrefours de santé ruraux, dont quatre se trouvent dans des collectivités du Nord. Ces carrefours de santé s'emploient à créer des systèmes qui offrent aux gens un continuum complet de services de santé, et ils devraient améliorer l'accessibilité aux services de soins de santé. Au moment de notre suivi, le Ministère collaborait avec les RLISS pour amener divers fournisseurs de services de santé à contribuer à la mise en oeuvre de ces carrefours, et s'attendait à ce que tous les carrefours aient élaboré un plan de travail d'ici mars 2018 pour favoriser leur intégration intégrale au système de soins de santé.

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 à leur rendement insatisfaisant;*

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Dans le cadre de son rapport trimestriel au Ministère, chaque RLISS devrait fournir des détails sur les initiatives qui ont amélioré ou qui devraient améliorer le rendement. Le Ministère met le rapport trimestriel de chaque RLISS à la disposition de tous les RLISS, ce qui leur permet d'examiner les rapports des pairs et de déterminer les initiatives qui ont amélioré le rendement.

- *aider les RLISS à analyser les causes fondamentales des écarts de rendement et à déterminer les mesures à prendre pour régler les problèmes persistants;*

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Dans le contexte de son rapport trimestriel au Ministère, chaque RLISS devrait relever les facteurs qui ont eu une incidence sur le rendement et décrire les initiatives en cours pour régler les problèmes de rendement. Le Ministère nous a appris qu'il fournit des analyses de données et des recherches de politique aux RLISS et qu'il consulte ceux-ci relativement aux priorités et aux stratégies provinciales en vue de régler les problèmes en cours.

- *exiger des RLISS qu'ils fixent un échéancier raisonnable pour corriger les écarts de rendement et qu'ils surveillent leurs progrès à ce chapitre.*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2018

Détails

Dans le cadre de son rapport trimestriel présenté au Ministère, chaque RLISS devrait préciser les initiatives d'amélioration des écarts de rendement. Le Ministère nous a appris qu'il surveille les progrès

des RLISS au regard de ces initiatives et qu'il en discute. En outre, le Ministère fixe des objectifs de rendement communs pour tous les RLISS visés par l'entente de responsabilisation actuelle intervenue entre le Ministère et les RLISS et nous a appris qu'il s'attend à ce que tous les RLISS réalisent des progrès dans l'atteinte de ces objectifs d'ici mars 2018.

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;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2018

Détails

Le Ministère nous a appris qu'il procéderait à un examen exhaustif de tous les indicateurs de rendement inclus dans l'entente de responsabilisation actuelle intervenue entre le Ministère et les RLISS et que ces travaux devraient être achevés d'ici mars 2018. Cet examen devrait évaluer la pertinence des indicateurs actuels et considérer des indicateurs nouveaux ou révisés pour répondre aux changements dans le système de soins de santé, comme ceux qui découlent de la mise en oeuvre de la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*.

- *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.*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2018

Détails

L'entente de responsabilisation actuelle intervenue entre le Ministère et les RLISS comprend neuf

nouveaux indicateurs de rendement, dont certains mesurent le rendement d'un secteur autre qu'hospitalier ou la coordination des services de santé. Voici quelques exemples des nouveaux indicateurs de rendement :

- le pourcentage de clients obtenant des soins infirmiers à domicile qui ont reçu une visite dans les cinq jours suivant la date d'approbation de ces services;
- le taux d'hospitalisation pour des affections pouvant être traitées par des soins ambulatoires (affections qui, si elles sont traitées correctement dans la collectivité, ne devraient vraisemblablement pas entraîner d'hospitalisation);
- le pourcentage de patients en soins actifs qui ont eu un suivi avec un médecin dans les sept jours de leur mise en congé.

Sept autres indicateurs de rendement ont été élargis de manière à prendre en compte les temps d'attente applicables à d'autres niveaux prioritaires de chirurgies, y compris celles qui touchent des cataractes et des cancers.

Nous avons constaté que tous les changements aux indicateurs de rendement étaient cohérents avec les recommandations formulées par le groupe consultatif. Le Ministère nous a appris qu'il effectuerait un examen exhaustif de tous les indicateurs de rendement d'ici mars 2018 et que cet examen peut donner lieu à des indicateurs nouveaux et révisés.

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.

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

En vertu de la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, qui a reçu la sanction royale en

décembre 2016, la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* a été modifiée afin d'inclure les fonctions de planification des soins primaires exercées par les RLISS et d'élargir la définition de fournisseur de services de santé dans un RLISS pour inclure : les équipes de santé familiale; les cliniques dirigées par le personnel infirmier praticien; les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones; les entités fournissant des soins infirmiers primaires, des soins maternels ou des programmes et services interprofessionnels de soins primaires; les maisons de soins palliatifs ou d'autres fournisseurs de services palliatifs sans but lucratif; et les cliniques de physiothérapie. À ce titre, les RLISS s'acquittent d'un rôle étendu dans la planification des soins primaires et l'amélioration du rendement. Sont exclus de ce rapport redditionnel les médecins de soins primaires, qui sont toujours comptables au Ministère. Tous les RLISS sont maintenant tenus de participer à l'élaboration et à la mise en oeuvre de stratégies de promotion de la santé, de concert avec les services de soins de santé primaires, les services de santé publique et les services communautaires. Les modifications à la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* comprennent également une disposition qui, une fois proclamée, autoriserait les RLISS à appuyer la planification des soins primaires, y compris les services de médecins, de sorte que ces derniers soient tenus d'aviser les réseaux des changements dans leur cabinet tels que les retraites imminentes ou les congés prolongés, afin d'assurer un accès aux soins en temps opportun et d'améliorer les résultats des patients.

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;

État : En voie de mise en oeuvre d'ici avril 2018

Détails

En février 2015, le Ministère a publié le rapport intitulé *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*. Ce rapport renfermait les objectifs généraux d'un système de santé entièrement intégré. Par exemple, le rapport se penchait sur la possibilité d'améliorer l'accessibilité aux soins appropriés, d'offrir de meilleurs soins coordonnés et intégrés à la collectivité, et d'offrir de la formation et de l'information pour aider les gens à prendre des décisions au sujet de leur santé. Par ailleurs, la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, qui a été promulguée en décembre 2016, autorise les changements législatifs et structurels afin de rationaliser et de réduire l'administration du système de soins de santé, de générer des économies directes dans les soins aux patients, et d'améliorer les liens locaux entre les fournisseurs de soins primaires, les équipes interprofessionnelles de santé, les hôpitaux, et les organismes de santé publique, de soins à domicile et communautaires. À l'appui du renouvellement des RLISS, le Ministère a fixé les six objectifs de haut niveau suivants :

- intégration efficace des services et équité accrue dans l'ensemble des sous-régions;
- accès en temps opportun aux soins primaires et intégration améliorée de ces soins;
- accroissement de l'uniformité et de l'accessibilité des soins à domicile et communautaires;
- resserrement des liens entre la population et la santé publique;
- services répondant aux besoins des peuples autochtones;
- prise en compte des perspectives autochtones dans la planification des soins de santé.

Au moment de notre suivi, le Ministère se concertait avec les RLISS pour élaborer des indicateurs associés aux six objectifs ci-dessus afin de mesurer la réussite de l'intégration du système de santé. Au nombre des indicateurs à l'étude se

trouvent le temps d'attente pour les programmes de traitement des toxicomanies, le pourcentage de fournisseurs qui offrent des services de santé en français, et le pourcentage de plaintes qui font l'objet d'un accusé de réception auprès du plaignant dans un délai de deux, cinq ou dix jours ouvrables. Cependant, ces indicateurs ne mesurent pas les activités qui ne relèvent pas des RLISS, telles que la santé publique et la majorité des soins primaires. Le Ministère s'attend à ce que l'ensemble actualisé d'indicateurs et, au besoin, les cibles soient inclus dans l'entente de responsabilisation entre le Ministère et les RLISS, qui entrera en vigueur le 1^{er} avril 2018.

- *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.*

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Chaque année, les RLISS doivent présenter un plan d'activités qui décrit comment ils mettront en oeuvre les stratégies de soins de santé exposées dans leurs plans de services de santé intégrés. Au moment de ce suivi, ces plans d'activités comprennent l'identification des mesures du rendement visant à jauger les progrès effectués par les RLISS sur une base annuelle. Les rapports annuels des RLISS au ministre de la Santé et des Soins de longue durée comprenaient les résultats de ces mesures du rendement.

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

Recommandation 8

Pour améliorer les soins aux 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;*

État : Peu ou pas de progrès

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons constaté que même si les RLISS devaient appliquer leurs stratégies pour améliorer les soins aux patients, il arrivait rarement que la qualité des services de santé soit évaluée. Deux des quatre RLISS visités ont pris des mesures pour jauger la satisfaction des patients, mais les deux autres ne l'ont pas fait. En août 2016, le comité d'évaluation de l'expérience des patients en Ontario, un comité consultatif coprésidé par Qualité des services de santé Ontario (organisme créé en 2005 pour conseiller le ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur la qualité des soins de santé) et les RLISS, a publié la Stratégie de mesure des expériences de patients en Ontario. Cette stratégie relevait un certain nombre de recommandations d'amélioration de la mesure de l'expérience des patients, y compris l'élaboration d'une stratégie provinciale coordonnée de rapport sur l'expérience des patients dans l'ensemble des secteurs. Notre examen de la stratégie a permis de conclure qu'il y avait beaucoup à faire, que le travail serait réparti sur une période de quatre ans, et que tous les secteurs mesureraient l'expérience des patients d'ici 2020. Au moment de ce suivi, les RLISS nous ont appris que Qualité des services de santé Ontario avait commencé à déterminer et à élaborer un ensemble d'indicateurs pour mesurer l'expérience des patients et que le travail se poursuivait.

- *déterminer si tous les fournisseurs de services de santé doivent soumettre un plan d'amélioration de la qualité;*

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Un plan d'amélioration de la qualité est un ensemble documenté d'engagements en faveur de la qualité qu'une organisation de soins de santé

prend chaque année à l'égard de ses patients, clients, résidents, employés et communautés. La *Loi de 2010 sur l'excellence des soins de santé pour tous* (la Loi) exige que certaines organisations de soins de santé présentent des plans d'amélioration de la qualité à Qualité des services de santé Ontario. En vertu de la Loi, tous les hôpitaux, foyers de soins de longue durée, centres d'accès aux soins communautaires et autres organisations de soins primaires (comme les centres de santé communautaires), mais non les organismes en santé mentale, les organismes de lutte contre la toxicomanie et les organismes de services communautaires de soutien (qui sont également supervisés par les RLISS), doivent élaborer des plans d'amélioration de la qualité et les présenter à Qualité des services de santé Ontario. En mai 2016, des représentants de Qualité des services de santé Ontario et des RLISS collaboraient pour déterminer des façons de compléter les outils de qualité et de rendement déjà utilisés. Le groupe de travail a formulé plusieurs recommandations afin de mieux faire concorder les plans d'amélioration de la qualité avec les ententes de responsabilisation intervenues avec des fournisseurs de services de santé. Les cadres supérieurs des RLISS ont ensuite convenu de mettre ces recommandations en oeuvre, et notamment d'exiger que tous les fournisseurs de services de santé sous la supervision des RLISS présentent un plan d'amélioration de la qualité à Qualité des services de santé Ontario et aux RLISS ou prennent part aux initiatives d'amélioration de la qualité et de renforcement des capacités.

- *assurer que les fournisseurs de services de santé mettent en oeuvre les mesures énoncées dans leur plan d'amélioration de la qualité.*

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons 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. Au moment de ce suivi, Qualité des services de santé Ontario faisait rapport aux RLISS des progrès des initiatives sur la qualité et fournissait une analyse de haut niveau des résultats. Les RLISS nous ont appris qu'ils peuvent poser des questions pour déterminer les progrès et les résultats des initiatives sur la qualité par fournisseur de services de santé à l'aide d'un outil accessible sur le site Web de Qualité des services de santé Ontario.

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;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons découvert que ni le Ministère ni les RLISS ne s'assuraient régulièrement que les données soumises par des fournisseurs de services de santé étaient exactes et fiables. À la suite de notre audit, les RLISS ont élaboré un cadre de surveillance de la qualité des données qui précisait les responsabilités relatives aux données et mettait en relief les points à améliorer. Au moment de ce suivi, ce cadre a établi que le Ministère a la responsabilité principale de vérifier les données soumises par des fournisseurs de services de santé, alors que les RLISS avaient la responsabilité secondaire d'évaluer le caractère raisonnable des données présentées. D'autres travaux de mise en oeuvre de cette recommandation ont été mis en suspens en raison des changements apportés aux RLISS découlant de la *Loi de 2016 donnant la priorité aux*

patients et de l'examen à venir des modalités et des indicateurs de l'entente de responsabilisation intervenue entre le Ministère et les RLISS. Les RLISS nous ont appris qu'ils s'attendent à mettre cette recommandation en oeuvre d'ici décembre 2018.

- *prendre des mesures correctives appropriées selon la gravité et la persistance des problèmes de rendement;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons constaté que les quatre RLISS visités se limitaient à discuter et à échanger de l'information avec les fournisseurs de services de santé (plutôt que de s'assurer que les problèmes de rendement étaient réglés), et ce même dans le cas des problèmes de rendement de longue date. Les RLISS ont expliqué qu'ils avaient recours à cette stratégie parce qu'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. En décembre 2016, les RLISS ont élaboré un cadre de surveillance du rendement et un cadre de gestion du rendement qui recommandaient d'axer essentiellement les travaux sur les problèmes de rendement dans des secteurs à risque élevé. Ces cadres n'établissent pas de politiques ou de pratiques précises qui doivent être cohérentes dans l'ensemble de la province; chaque RLISS peut continuer à gérer de façon indépendante les problèmes de rendement et à prendre des mesures correctrices s'il le juge approprié. Les RLISS nous ont appris que les travaux complémentaires sur cette recommandation se poursuivraient dans le cadre des changements continus en raison de la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* et de l'examen à venir des modalités et indicateurs de l'entente de responsabilisation intervenue entre le Ministère et les RLISS, et que la recommandation serait mise en oeuvre d'ici décembre 2018.

- *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.*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018

Détails

Les cadres de surveillance et de gestion du rendement élaborés par les RLISS en 2016 établissent les principes et les éléments dont les RLISS doivent tenir compte lorsqu'ils effectuent un suivi des lacunes dans le rendement auprès des fournisseurs de services de santé. Au moment de notre suivi, les RLISS avaient suspendu d'autres travaux de mise en oeuvre de cette recommandation en raison des changements découlant de la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* et de l'examen à venir des modalités et des indicateurs de l'entente de responsabilisation intervenue entre le Ministère et les RLISS. Les RLISS prévoyaient mettre cette recommandation en oeuvre d'ici décembre 2018.

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;*

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons constaté que tous les directeurs généraux des RLISS avaient convenu, en 2014, que les réseaux devaient faire preuve de cohérence dans la gestion des plaintes des patients, mais n'avaient pas encore établi de système commun pour ce faire. En décembre 2016,

les RLISS ont élaboré et approuvé, aux fins d'utilisation, le modèle de gestion des plaintes pour l'ensemble des RLISS, qui leur fournit des lignes directrices et des outils pour régler les plaintes de manière cohérente. Au moment de ce suivi, tous les RLISS avaient défini clairement sur leurs sites Web la procédure à suivre pour déposer des plaintes auprès d'eux. Tous les RLISS ont également inclus un hyperlien et des renseignements sur le rôle de l'ombudsman des patients.

- *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;*

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Tous les fournisseurs de services de santé des secteurs des soins communautaires et des soins de longue durée doivent présenter à leur RLISS une déclaration annuelle de conformité qui indique qu'ils satisfont à leurs obligations prévues à l'entente de responsabilisation en matière de service, ce qui inclut l'obligation de [traduction] « traiter des plaintes au sujet de la prestation de services, de la gestion ou de la gouvernance du fournisseur de services de santé ». En vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins de santé pour tous*, les hôpitaux doivent mettre en place un processus de relations avec les patients pour la réception, l'examen et le traitement des plaintes déposées par les patients et les fournisseurs de soins. Les hôpitaux se sont engagés à se conformer à toutes les lois applicables dans l'entente qu'ils ont signée avec les RLISS.

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

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

L'ombudsman des patients a commencé à recevoir les plaintes de patients sur les hôpitaux publics, les foyers de soins de longue durée et les centres

d'accès à des soins communautaires (qui ont été transférés aux RLISS au cours du présent suivi) en juillet 2016. Durant l'été 2016, les RLISS ont consulté l'ombudsman des patients dans le cadre de l'élaboration du modèle de gestion des plaintes des patients pour l'ensemble des RLISS. Les RLISS nous ont informés que cette consultation a contribué à clarifier la relation de travail entre les deux parties, soulignant particulièrement qu'ils poursuivront leur rôle dans le traitement des plaintes des patients en intervenant auprès de l'ensemble des fournisseurs de services de santé auxquels ils ont recours.

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

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;*

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Nous avons mentionné dans notre audit de 2015 que le document intitulé, *Lignes directrices et trousse du RLISS sur la participation communautaire*, publié par le Ministère en 2011, exigeait que les RLISS évaluent la réussite de leurs activités participatives. Nous avons cependant constaté qu'un seul des quatre RLISS visités évaluait régulièrement ses activités de participation communautaire au cours de la période de trois ans ayant pris fin en mars 2015. En juin 2016, les RLISS ont révisé les lignes directrices afin qu'elles concordent davantage avec les meilleures pratiques actuelles et les ont publiées de nouveau en version révisée. Les lignes directrices révisées comprennent l'obligation des RLISS

d'évaluer les activités de participation à des fins d'efficacité. Afin de faciliter le suivi et l'évaluation de ces activités, les RLISS ont élaboré et ont commencé à utiliser une fiche de suivi qui renferme des renseignements comme l'objet de la participation, le nombre de participants, la rétroaction des participants ainsi que les résultats de l'évaluation de la participation.

- *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;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2017

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons constaté que des préoccupations avaient été soulevées au sujet de la planification pour compenser la capacité insuffisante dans les secteurs des soins palliatifs, des soins à domicile et en milieu communautaire, et des services de réadaptation. Au moment de ce suivi, les RLISS aidaient le Ministère à élaborer un cadre de planification de la capacité en soins à domicile et en soins en milieu communautaire. Tous les RLISS avaient également établi des processus de gestion de la capacité, et certains RLISS avaient également lancé différentes initiatives de planification de la capacité. Par exemple, deux RLISS voisins et des représentants de leurs fournisseurs de services de santé ont recruté une société tierce pour évaluer les besoins et la capacité de la collectivité et pour utiliser ces renseignements afin de déterminer les lacunes actuelles et prévues en matière de service. Les RLISS nous ont appris qu'ils prévoyaient lancer d'autres initiatives de planification de la capacité d'ici décembre 2017.

- *dresser et mettre en oeuvre des plans d'action comportant un échéancier pour combler les lacunes cernées dans les services.*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons identifié un RLISS qui a fait observer 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. Au moment du suivi, les RLISS nous ont informés qu'ils dressaient un profil communautaire pour chacune de leurs sous-régions, notamment en indiquant les besoins en services, la disponibilité et les lacunes d'ici décembre 2017, et en mettant en oeuvre des plans d'action comportant des échéanciers pour combler les lacunes relevées dans les services d'ici décembre 2018.

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;

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2017

Détails

En décembre 2016, les RLISS ont élaboré le cadre des pratiques exemplaires. Ce cadre s'inspire de plusieurs outils déjà utilisés au Canada et dans d'autres pays et met à profit les activités menées par Qualité des services de santé Ontario. Cette démarche vise à créer un outil commun pour évaluer de nouvelles pratiques afin que leur caractère approprié soit élargi à l'ensemble de la province. Le cadre propose de regrouper les pratiques à succès de chacun des RLISS et d'effectuer une évaluation pour déterminer quelles pratiques devraient être avaluées à des fins d'utilisation dans d'autres RLISS. Les RLISS nous ont appris qu'ils s'attendaient à mettre pleinement le cadre en oeuvre d'ici la fin de 2017.

- formuler un protocole pour échanger les pratiques exemplaires.

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2017

Détails

Le cadre des pratiques exemplaires, élaboré en décembre 2016, formule des méthodes et protocoles formels d'échange des pratiques exemplaires. Les RLISS nous ont appris que des révisions seront apportées pour prendre en compte les changements à la structure organisationnelle du RLISS qui découlent de la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* avant la mise en oeuvre du cadre d'ici décembre 2017.

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.

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons découvert que le Ministère et les RLISS étaient conjointement responsables de l'élaboration de réponses normalisées aux problèmes et aux services communs dans des secteurs donnés, mais que certains RLISS utilisaient des approches incohérentes pour d'autres services de santé parce que les approches normalisées étaient lacunaires. Au moment de ce suivi, le Ministère nous a appris que bien que son rôle consiste essentiellement à donner des orientations et à formuler des priorités pour le secteur des soins de santé, il peut, dans certaines situations, élaborer des normes provinciales de prestation des services de santé. C'est ce qu'ont précisé des changements apportés à la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, qui permet maintenant au ministre de la Santé et des Soins de longue durée de publier des normes provinciales de prestation des services

de santé fournies ou mises en place par les RLISS ou les fournisseurs de services de santé si le ministre estime qu'il est dans l'intérêt public de le faire.

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.

État : Peu ou pas de progrès

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons constaté que 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.

En ce qui concerne l'achat collectif, en avril 2016, le gouvernement de l'Ontario a formé le Comité d'experts chargés de la Stratégie de gestion de la chaîne d'approvisionnement pour le secteur des soins de santé, qui était chargé de recommander une stratégie relative à la chaîne d'approvisionnement pour le secteur des soins de santé à l'échelle de la province; d'analyser les structures stratégiques d'approvisionnement en place afin de comprendre leurs capacités et leurs possibilités actuelles; et de recommander un modèle de soins de santé pour permettre aux fournisseurs de participer à l'établissement des coûts et aux économies connexes, y compris un plan de mise en oeuvre. En mai 2017, le Comité d'experts a présenté son rapport au gouvernement qui renfermait 12 recommandations. Si elles sont adoptées, ces recommandations transformeraient la chaîne d'approvisionnement du secteur des soins de santé de l'Ontario au cours des trois prochaines années. Elles prévoient de mettre en place une organisation unique intégrée qui sert tous les organismes de soins de santé financés par des fonds publics, et exigent que tous les RLISS, les hôpitaux publics et les fournisseurs de services

à domicile et communautaires financés par les collectivités participent pleinement à la chaîne d'approvisionnement intégrée. À la date du suivi, le Ministère étudiait les recommandations du Comité d'experts.

Concernant l'intégration des services administratifs, les RLISS nous ont informés, au moment de notre suivi, qu'ils continuaient à appuyer les fournisseurs de services de santé, et à compter sur eux, pour intégrer ces services lorsque cela permet de générer des économies, d'améliorer la qualité et d'augmenter la capacité. Nous croyons toujours que les RLISS devraient accroître leur rôle dans ce domaine pour remplir leur mandat d'intégration du système de santé. Même si la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* autorise les modifications réglementaires afin de permettre à Services communs pour la santé Ontario d'offrir des services communs aux RLISS et aux autres fournisseurs de services de santé, au moment de notre suivi, cet organisme avait seulement été mandaté pour fournir des services communs aux réseaux.

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.

État : En voie de mise en oeuvre d'ici septembre 2017

Détails

En décembre 2016, les RLISS ont élaboré le cadre d'évaluation de l'incidence des activités d'intégration. Ce cadre aide les RLISS à évaluer les incidences favorables et défavorables d'une initiative d'intégration sur les éléments suivants :

- les personnes et les populations;
- les fournisseurs de services de santé;
- la dynamique des systèmes, comme la demande et la viabilité.

Ces évaluations peuvent prendre la forme d'incidences déclarées par les fournisseurs de services de santé ou d'une évaluation de programme formelle; la méthode d'évaluation varie selon l'initiative d'intégration. Au moment de ce suivi, le cadre avait été partagé dans les RLISS, et la mise en oeuvre était prévue d'ici septembre 2017. Les RLISS nous ont appris qu'ils renseigneraient les fournisseurs de services de santé au sujet du cadre peu après sa mise en oeuvre.

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

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.

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Dans l'entente de responsabilisation 2015-2018 intervenue entre le Ministère et les RLISS, le Ministère a réitéré la capacité des RLISS de réaffecter des fonds réservés qui n'ont pas été utilisés à un autre service si ceux-ci ont reçu l'approbation du Ministère.

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.

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons constaté que le Ministère avait versé, à la fin de l'exercice, des fonds aux RLISS pour certaines initiatives, ce qui avait eu pour effet que des sommes avaient été retournées au Ministère parce que les RLISS et les fournisseurs de services de santé n'avaient pas eu assez de temps pour mettre pleinement en oeuvre les initiatives. En 2016-2017, le Ministère a amélioré le délai de communication des avis de financement aux RLISS et a fait savoir qu'il collabore constamment avec les RLISS pour confirmer dès que possible les nouveaux fonds.

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;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2018

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons indiqué que les fonds attribués au Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes pour couvrir les 14 RLISS étaient demeurés constants (50 millions de dollars) depuis la création du Fonds, tandis que l'argent versé aux fournisseurs de services de santé avait augmenté de 12 % (ajustement en fonction de l'inflation) entre 2008 et 2015. Au moment de ce suivi, le Ministère était en train d'examiner le Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes à la suite de changements au mandat du RLISS prévu dans la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*. Le Ministère nous a appris que cet examen, dont l'achèvement est prévu d'ici mars 2018, consisterait notamment à déterminer si le montant accordé au Fonds est approprié.

- réviser régulièrement l'affectation en se fondant sur la population actuelle ou une autre information pertinente.

État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2018

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons constaté que l'affectation annuelle provenant du Fonds pour chaque RLISS était établie selon l'information sur la population dont disposait le Ministère lorsque le Fonds a été créé en 2007, mais qu'il y avait eu évolution des populations dans les RLISS depuis. Au moment de ce suivi, le Ministère procédait à l'examen du Fonds à la suite de modifications au mandat des RLISS inscrit dans la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*. Le Ministère nous a appris que dans le cadre de cet examen, il se pencherait sur la question de savoir si les données actuelles sur la population et d'autres données pertinentes devraient être prises en compte dans l'attribution de crédits du Fonds aux RLISS.

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.

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Nous avons constaté dans notre audit de 2015 que l'un des quatre RLISS visités n'utilisait pas le même cadre décisionnel que les trois autres, qui avaient adopté un cadre normalisé élaboré par le Partenariat des RLISS. Au cours de l'exercice 2016-2017, les lignes directrices sur le Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes ont été modifiées. En effet, plutôt que d'exiger que le fonds soit utilisé à des fins de services directs aux patients, les lignes directrices permettent

dorénavant que le Fonds soit utilisé pour l'un ou l'autre des services définis dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. En mai 2016, tous les chefs de la direction des RLISS ont revu et approuvé de nouveau le cadre normalisé. Les RLISS ont indiqué que chaque RLISS s'était assuré que ses processus décisionnels internes concordent avec le cadre normalisé.

Les limites des RLISS doivent être modifiées

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.

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

Dans notre audit de 2015, nous avons constaté que les limites des RLISS avaient été établies en 2006 et n'avaient pas été revues depuis. En septembre 2016, le Ministère exigeait que les RLISS présentent des recommandations visant à créer des sous-régions à l'intérieur de leurs limites. Ces sous-régions devraient permettre aux RLISS de cerner les priorités communautaires locales et d'adapter les initiatives à celles-ci. Le Ministère a donné son aval aux présentations des RLISS sur les sous-régions en janvier 2017, et tous les RLISS devaient afficher publiquement des cartes identifiant leurs sous-régions conformément aux exigences énoncées dans la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*. Au moment de ce suivi, tous les RLISS s'étaient conformés à cette exigence et avaient affiché des cartes de leurs sous-régions sur leurs sites Web. Ce processus ne comprenait pas d'examen formel des limites des RLISS. Cependant, le Ministère nous a appris que le développement des sous-régions aiderait à déterminer les changements possibles aux limites dans l'avenir.