

Les meilleurs soins au bon endroit et au bon moment. Rapport annuel 2011-2012



Ontario

Local Health Integration
Network

Réseau local d'intégration
des services de santé

Table des matières

Vision, mandat, mission et valeurs.....	2
Message de la directrice générale et du président du Conseil.....	3
Conseil d'administration du RLISS de HNHB.....	5
Évolution continue du RLISS de HNHB	7
Aperçu du RLISS de HNHB.....	8
Engager nos collectivités.....	12
Travailler ensemble pour améliorer la qualité des soins.....	17
Avancement de nos priorités.....	21
Indicateurs du rendement 2011-2012.....	41
États financiers et notes aux états financiers.....	47

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Vision, mandat, mission et valeurs

Vision

Un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants.

Mandat

Planifier, financer et intégrer le système de santé local en vue de fournir des services de santé appropriés, coordonnés, efficaces et efficients à Brant, Burlington, Haldimand, Hamilton, Niagara et Norfolk.

Mission

Assurer l'existence de services intégrés, et l'accès à ces services, afin d'améliorer la santé de la population et la continuité des soins de santé.

Valeurs

Le respect; l'intégrité; la responsabilité

Nous travaillons afin d'être un catalyseur du changement et nous tenons compte des particuliers et de leurs soignants, qui ont besoin de services de santé locaux.

Pour atteindre cet objectif, nous nous engageons à assurer :
la transparence, la collaboration, l'innovation, un véritable dialogue.

Message de la directrice générale et du président du Conseil

Au cours de l'année qui vient de s'écouler, le personnel et les membres du Conseil du RLISS de HNHB ont travaillé sans relâche pour créer un système de santé intégré qui sert les gens et leurs familles le mieux possible. En 2011-2012, nous nous sommes rapprochés de cet objectif et ce rapport présente un aperçu des objectifs atteints et des enjeux continus.

Nous avons travaillé pour améliorer la qualité.

L'amélioration de la qualité des soins dans notre RLISS est une importante priorité. Le Comité de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration a guidé nos efforts en vue d'améliorer la qualité des soins à l'échelle du système.

Le Conseil a utilisé quelques indicateurs clés pour évaluer les progrès du RLISS et établir les priorités dans les domaines de la sécurité, de l'efficacité, de l'accès et de la satisfaction des patients. En fonction de ces données, le comité a décidé que l'imagerie diagnostique, l'orthopédie et l'évitement de l'hôpital seraient les priorités clés. Ces dernières sont conformes à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* et aux obligations du RLISS énoncées dans son entente de responsabilisation avec le gouvernement de l'Ontario. Des tableaux de bord visant à effectuer un suivi des améliorations ont été mis en œuvre pour chaque domaine et le RLISS continue de travailler avec les fournisseurs sur ces priorités.



Le RLISS a rencontré les administrateurs et le personnel des hôpitaux et du CASC pour partager les réussites et les activités des deux premières années des plans d'amélioration de la qualité en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. Ce travail a incité les fournisseurs à se concerter pour cerner des objectifs, des mesures et des changements de pratiques pour améliorer la qualité des services et l'expérience des patients le long du continuum de soins de santé.



Nous continuons d'améliorer les soins dans nos hôpitaux et nos foyers de soins de longue durée grâce à, notamment, la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés et Priorité aux résidents.

Pendant la troisième et dernière année de la candidature du RLISS pour devenir une Organisation chef de file en pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), 12 organismes de services de santé ont continué de collaborer à la mise en œuvre à l'échelle du RLISS de lignes directrices de pratiques exemplaires dans le domaine clinique.

Nous avons travaillé pour améliorer l'accès aux soins.

Utilisant un ensemble de stratégies ciblées, le RLISS a affiché le taux d'autres niveaux de soins (ANS) le plus bas, 12,97 %, depuis 2007 alors qu'il s'établissait à 25,55 %. Cela signifie qu'un plus grand nombre de personnes ont reçu de bons soins, au bon endroit, au bon moment. De concert avec nos fournisseurs de services de santé, nous avons travaillé pour accélérer les transferts des hôpitaux aux foyers de soins de longue durée, ce qui diminué considérablement le nombre de personnes hospitalisées en attente d'un placement en soins de longue durée.

Une collaboration avec nos hôpitaux signifie que les personnes attendent moins longtemps pour subir un examen par imagerie par résonnance magnétique (IRM) et par tomodensitométrie. En date de février 2012, ces temps d'attente sont inférieurs à la cible du RLISS. Le temps d'attente pour un examen par IRM est le

plus court depuis avril 2009 et inférieur au temps d'attente provincial; le temps d'attente pour un examen par tomодensitométrie est le plus court depuis avril 2011.

Nous avons travaillé avec les organismes communautaires et de santé mentale pour faciliter la collaboration, les partenariats et l'intégration dans le but d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services ainsi que l'expérience des clients.

Nous avons travaillé pour offrir une valeur accrue.

Le RLISS a évalué tous ses programmes Vieillir chez soi pour s'assurer qu'ils répondent aux fins prévues et contribuent à améliorer la santé de la population, les résultats pour les clients et la viabilité du système. Des investissements dans plus de 75 programmes ont permis aux aînés de retourner chez eux rapidement et en toute sécurité après un séjour à l'hôpital, d'éviter les visites à l'urgence et d'être mis en rapport avec le soutien et les services communautaires requis pour mener une vie autonome dans leur propre domicile.

L'équipe d'approche dirigée par du personnel infirmier du RLISS a fourni des évaluations et des traitements à un plus grand nombre de pensionnaires de foyers de soins de longue durée, améliorant ainsi la qualité des soins et diminuant les pressions et les temps d'attente dans les services des urgences.

Grâce à un programme novateur auquel participent les paramédicaux de Hamilton et le CASC, plus d'aînés ont évité les visites à l'urgence et les hospitalisations en utilisant le soutien et les services communautaires.

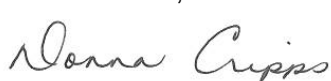
Nous sommes fiers des progrès de notre équipe et des fournisseurs de services de santé et de l'impact positif que nous avons sur la vie des résidents que nous servons. Après tout, les gens et leurs familles sont au cœur du travail que nous accomplissons pour améliorer les services de santé dans nos collectivités.

Nous sommes motivés par la passion des résidents, des fournisseurs de services de santé et des intervenants qui sont déterminés à bâtir un système de soins de santé qui dispense aux gens de bons soins, au bon endroit, au bon moment.

Nous sommes encouragés par la passion et la diligence de notre Conseil, qui a connu l'année dernière une transition au sein de son effectif. En effet, Juanita Gledhill et Jack Brewer ont terminé leur mandat et Michael Shea et Bob Lawler ont été nommés président et vice-président du Conseil respectivement. Nous remercions Juanita et Jack de leurs importantes contributions au renouvellement du système de santé durant les premières années du RLISS. Nous avons accueilli les nouveaux membres du Conseil Laurie Ryan-Hill, Nathalie Brown et Mervin Witter et offert nos meilleurs vœux de succès à Bill McLean et Bill Millar qui ont terminé leur mandat. Nous sommes reconnaissants à l'égard de tous les administrateurs, actuels et passés, de leurs efforts en vue de bâtir un système de santé axé sur le patient et viable. Nous sommes également privilégiés de travailler avec une équipe dont le dévouement acharné et l'expertise continuent de nous faire aller de l'avant.

Nous avons accompli beaucoup de progrès, mais nous sommes conscients qu'il y a beaucoup à faire et que d'autres tâches et démarches difficiles nous attendent. Nous envisageons avec enthousiasme de continuer à travailler avec nos partenaires pour créer un système de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants.

Cordialement,



Donna Cripps
Directrice générale



Michael Shea
Président du Conseil

Conseil d'administration du RLISS de HNHB



De gauche à droite : Douglas Archibald, Laurie Ryan-Hill, Mervin Witter, Bob Lawler, Michael Shea, Ruby Jacobs, Bill Millar, Nathalie Brown, Helen Mulligan

Juanita G. Gledhill, présidente

Nomination : 1^{er} juin 2005

Renomination : 2 juin 2008

Mandat terminé le 1^{er} juin 2011

- Mandat : 3 ans
- Mandat : 3 ans

Michael Shea, président

Nomination : 28 octobre 2010

Nomination à la présidence : 2 juin 2011

- Mandat : 3 ans
- Mandat : 3 ans

Jack Brewer, vice-président

Nomination : 1^{er} juin 2005

Renomination : 2 juin 2008

Mandat terminé le 1^{er} juin 2011

- Mandat : 3 ans
- Mandat : 3 ans

Bob Lawler, vice-président

Nomination : 29 octobre 2008

Nomination à la vice-présidence : 2 juin 2011

- Mandat : 3 ans
- Mandat : 3 ans

Douglas Archibald, membre

Nomination : 9 mai 2007

Renomination : 9 mai 2009

- Mandat : 2 ans
- Mandat : 3 ans

Ruby Jacobs, membre

Nomination : March 3, 2010

- Mandat : 3 ans

Bill McLean, membre

Nomination : 17 mai 2006

Renomination : 17 mai 2008

Mandat terminé le 16 mai 2011

- Mandat : 2 ans
- Mandat : 3 ans

Bill Millar, membre

Nomination : 7 mars 2007

Renomination : March 7, 2009

Mandat terminé le 6 mars 2012

- Mandat : 2 ans
- Mandat : 3 ans

Helen Mulligan, membre

Nomination : 17 juin 2010

- Mandat : 3 ans

Transitions au sein de l'effectif du Conseil

L'année 2011-2012 a marqué une période de transition pour le Conseil.

Le 2 juin 2011, Michael Shea et Bob Lawler ont assumé les fonctions de président et de vice-président du Conseil respectivement, alors que la présidente fondatrice Juanita Gledhill et le vice-président Jack Brewer ont terminé leur deuxième mandat de trois ans, le mandat maximum permis.

Le Conseil a accueilli trois nouveaux membres : Laurie Ryan-Hill, Nathalie Brown et Mervin Witter. Le mandat de trois ans de Laurie a débuté le 17 mai 2011. Les mandats de trois ans de Nathalie et de Mervin ont débuté le 2 juin 2011.

Le Conseil a offert ses meilleurs vœux de succès à Bill McLean et à Bill Millar qui ont servi comme administrateurs pendant dix ans en tout. Le mandat final du premier a pris fin le 16 mai 2011 et celui du deuxième le 6 mars 2012.

Relation entre le Conseil et la haute direction

Au 31 mars 2012, l'équipe de la haute direction du RLISS comprenait la directrice générale, les directeurs des communications, des services généraux, du renouvellement du système de santé, de l'accès aux soins, de la qualité et de la gestion du risque, des finances et le médecin responsable du renouvellement du système de santé clinique.

Les membres de l'équipe de la haute direction assistent aux réunions ordinaires du Conseil et lui présentent mensuellement des rapports oraux et écrits sur les activités de leurs portefeuilles respectifs. L'équipe de la haute direction relève de la directrice générale et guide les activités stratégiques du RLISS.

Le Conseil fournit régulièrement une orientation à la directrice générale par le biais de :

- Réunions ordinaires
- Comités du Conseil
- Directives
- Évaluations du rendement

Évolution continue du RLISS de HNHB

Notre organisme

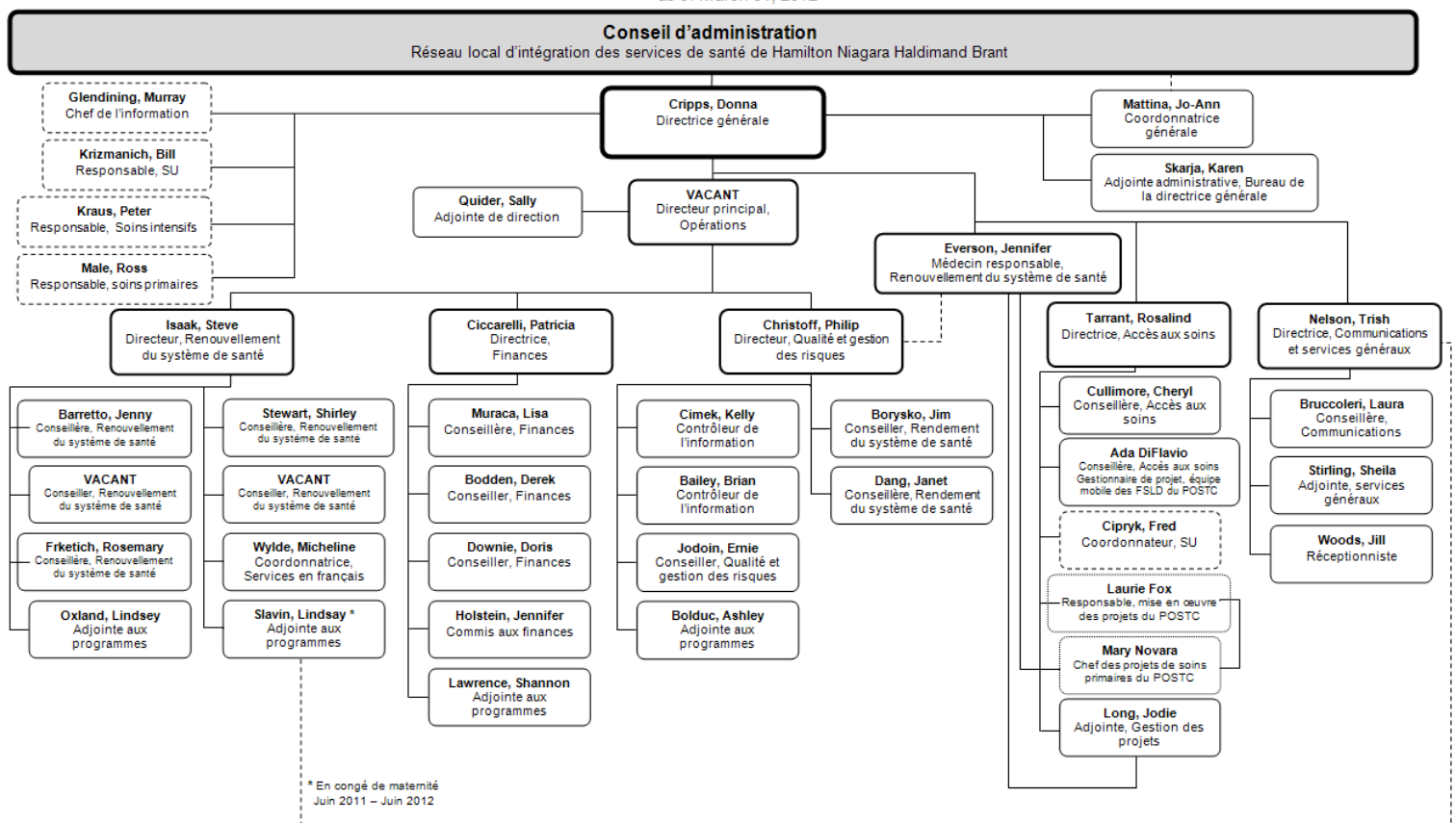
Personnel

Les membres du personnel du RLISS de HNHB sont engagés et passionnés à l'égard de la réalisation de la vision du RLISS – un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants. C'est cette vision qui les guide tous les jours dans l'exercice des fonctions associées à leurs rôles.

La structure des rôles au sein de l'organisme est fondée sur les fonctions de base du RLISS et maximise les compétences, le savoir et l'expertise du personnel. Ce dernier demeure déterminé à bâtir la capacité et à partager le savoir en renforçant la formation et l'éducation et en participant à des activités locales, provinciales et nationales.

Le personnel tient à respecter les valeurs et principes de l'organisme, notamment le respect, l'intégrité et la responsabilité et, pour atteindre cet objectif, il s'engage à assurer la transparence, la collaboration, l'innovation et un véritable dialogue.

HNHB LHIN – Organizational Structure
as of March 31, 2012



Aperçu du RLISS de HNHB

Population du RLISS de HNHB

Démographie

Le RLISS de HNHB compte près de 1,4 million d'habitants, soit environ 11 % de la population de l'Ontario. Sa population devrait augmenter de 4,1 % au cours des cinq prochaines années et de 8,8 % au cours des dix prochaines années (*Source : Estimations de la population, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, SavoirSANTÉ ONTARIO*).

La population du RLISS vieillit. Le groupe des personnes âgées de 45 à 74 ans croît le plus rapidement, mais les changements les plus importants surviendront parmi les groupes des 65 à 74 ans (croissance de 45,2 %) et de plus de 85 ans (croissance de 33,4 %) au cours de la prochaine décennie.

En date de 2011, plus de 230 000 aînés de 65 ans ou plus vivaient dans le RLISS de HNHB, ce qui représente le nombre d'aînés le plus élevé des RLISS de l'Ontario (*Source : Estimation de la population, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, SavoirSANTÉ ONTARIO*).



Caractéristiques sociodémographiques

La population du RLISS de HNHB LHIN est diversifiée. En effet, 18 % des résidents de HNHB ont une langue autre que le français et l'anglais comme langue maternelle. Les Francophones, Premières Nations et Autochtones vivant en milieu urbain et rural sont des populations reconnues dans le RLISS. Par rapport à la province, le RLISS affiche une proportion moins élevée d'immigrants et de minorités visibles.

Le RLISS de HNHB abrite deux réserves - le Territoire des Six-Nations de la rivière Grand, qui compte la population la plus importante de toutes les communautés des Premières nations du Canada, et les Mississaugas of the New Credit. Le nombre total d'Autochtones inscrits dans le RLISS est d'environ 24 000 (1,7 % de la population totale du RLISS) et la moitié d'entre eux vit dans une réserve. Les Indiens non inscrits, les Métis et les Inuits ne sont pas inclus dans ces estimations de la population. (*Source : First Nations Peoples in Ontario: A Demographic Portrait. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé. Direction de l'analytique en matière de santé, janvier 2009*).

Le RLISS compte une proportion supérieure de familles monoparentales et une proportion d'adultes ayant fait des études postsecondaires inférieure à la moyenne ontarienne.

	RLISS de HNHB	Ontario	Fourchette pour les 14 RLISS
Population totale (2010)*	1 414 803	13 370 601	238 760 – 1 798 751
Population âgée, 65 ans et plus (2010)*	16,4 %	14,1 %	10,2 % - 18,3 %
Population dont la langue maternelle est l'anglais	79,2 %	68,4 %	49,6 % - 90,9 %
Population dont la langue maternelle est le français	2,0 %	4,1 %	0,8 % - 22,9 %
Population d'immigrants	20,3 %	28,3 %	6,3 % - 55,7 %
Population d'immigrants récents (arrivés entre 2001 et 2006)	2,3 %	4,8 %	0,3 % - 9,5 %
Population de minorités visibles	9,1 %	22,8 %	1,4 % - 50,3 %
Population autochtone	1,7 %	2,0 %	0,4 % - 19,0 %
Taux d'activité (15 ans et plus)	65,7 %	67,1 %	60,1 % - 71,5 %
Taux de chômage (15 ans et plus)	6,0 %	6,4 %	5,2 % - 8,4 %
Population à faible revenu (avant impôt) toutes personnes	13,8 %	14,7 %	9,7 % - 24,2 %
Familles monoparentales (avec enfants)	16,2 %	16,0 %	13,8 % - 19,4 %
Population (de 25 à 64 ans) sans certificat ni diplôme	14,6 %	13,6 %	9,0 % - 20,3 %
Population (de 25 à 64 ans) ayant terminé des études postsecondaires	47,5 %	52,7 %	42,0 % - 64,9 %

Sources : *Estimations de la population, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, SavoirSANTÉ ONTARIO. Les indicateurs restants s'appuient sur le Recensement du Canada de 2006, Statistique Canada.

État de santé

L'état de santé déclaré par l'intéressé révèle des aspects de la santé non décrits dans d'autres mesures. Pareillement aux taux de l'Ontario, plus de 61,5 % des résidents de HNHB affirment avoir une excellente ou très bonne santé (*Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010*). Cependant, un nombre significativement plus élevé de résidents déclare une limitation de

leurs activités due à une affection physique ou mentale ou à un problème de santé et une douleur ou un inconfort qui prévient toute activité.

Maladies et décès

Les résidents du RLISS de HNBH affichent des taux significativement plus élevés d'arthrite/rhumatisme que l'ensemble de la province. Les taux d'hypertension et d'asthme sont légèrement, mais de façon non significative, supérieurs à ceux de l'ensemble de la province. Par ailleurs, les taux de diabète sont comparables à ceux de la province (*Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010*).

Les taux de mortalité reflètent la santé globale de la population. Les taux de mortalité peu élevés reflètent le succès de la prévention, du dépistage et du traitement des maladies et de la réduction des suicides. En 2007, il y a eu 11 594 décès dans le RLISS. Les maladies du cœur, le cancer du poumon et l'accident vasculaire cérébral étaient les trois principales causes de décès. Les années potentielles de vie perdues reflètent le nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt prématurément d'une cause quelconque avant l'âge de 75 ans. Les taux de décès, d'années potentielles de vie perdues et d'hospitalisation dans le RLISS sont plus élevés que les taux provinciaux (*Source : Décès, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, SavoirSANTÉ ONTARIO*).

Pratiques de santé et soins préventifs

Les mauvaises pratiques de santé augmentent le risque de maladie chronique, d'invalidité et de décès. Comparativement à la province, un nombre plus élevé de personnes dans le RLISS de HNBH fume quotidiennement ou occasionnellement, consomme une quantité excessive d'alcool et est obèse (*Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010*).

Les soins préventifs peuvent contribuer au repérage précoce des maladies, ce qui réduit les maladies et les décès à long terme. Parmi les indicateurs préventifs sélectionnés, aucun ne diffère de façon significative de l'ensemble de l'Ontario. Au cours des trois dernières années, 71,7 % des femmes du RLISS de HNBH ont subi un test de Papanicolaou (dépistage du cancer du col); 73,1 % des femmes ont subi une mammographie au cours des deux dernières années; et 31,7 % des résidents ont reçu un vaccin contre la grippe au cours de la dernière année (*Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, 2008 et 2009-2010*).

Le point d'accès pour la plupart des soins médicaux est le médecin de famille. Les médecins jouent également un rôle clé dans la coordination des soins et la gestion des troubles chroniques. La majorité de la population (81,3 %) de Hamilton Niagara Haldimand Brant a consulté un médecin au moins une fois, en personne ou par téléphone, au cours de la dernière année. Ce pourcentage se rapproche du taux provincial de 82,2 %. (*Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010*).

Sommaire

Le RLISS de HNBH occupe un territoire d'environ 6 500 kilomètres carrés qui englobe Brant, Burlington, Haldimand, Hamilton, Niagara et la majeure partie de Norfolk. Il compte environ 1,4 million d'habitants et des petites collectivités rurales et grands centres urbains regroupant une population culturellement et linguistiquement diversifiée.

Comparativement à la province (Ontario), le HNHB compte un pourcentage plus élevé de :

- familles monoparentales
- personnes dont les activités quotidiennes sont limitées
- fumeurs quotidiens ou occasionnels
- personnes qui consomment une quantité excessive d'alcool
- personnes obèses
- personnes atteintes d'arthrite/rhumatisme, d'hypertension et d'asthme.

Le RLISS de HNHB compte également :

- le nombre le plus élevé d'aînés de tous les RLISS
- un taux plus élevé de décès prématurés et d'hospitalisation
- un pourcentage inférieur d'adultes ayant fait des études postsecondaires.

Engager nos collectivités

La participation communautaire est une des fonctions de base des RLISS. Cette fonction est énoncée dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* qui a créé les RLISS. Dans le cadre de ses activités, le RLISS rencontre un vaste éventail de personnes, notamment résidents, professionnels de la santé et participants actifs au système de santé. Il rencontre également les communautés autochtones, francophones et des Premières nations. Le RLISS de HNHB reconnaît, respecte et comprend les besoins uniques de ses communautés diversifiées.

Participation des Autochtones

Les RLISS sont tenus de travailler avec les communautés autochtones pour améliorer leur santé et leur bien-être. Le RLISS de HNHB est chargé de se renseigner sur l'approche des communautés autochtones à l'égard de la santé et du bien-être et de la respecter; il lui incombe également de savoir comment cette approche oriente la détermination des besoins et des solutions en matière de santé. Le respect et l'intégration des pratiques traditionnelles autochtones et des fournisseurs de services de santé non traditionnels sont essentiels à l'élaboration de solutions qui concordent avec l'identité culturelle, la santé holistique et les valeurs communautaires.

Le réseau de santé autochtone du RLISS se réunit chaque mois pour réfléchir et partager de meilleures pratiques visant à améliorer la santé des Autochtones de la région du RLISS. Le réseau, qui comprend des représentants des services sociaux et de santé du RLISS, a mis au point son mandat durant une séance de réflexion en juin 2011.

Le réseau s'est donné pour objectif de créer un forum qui harmonisera les efforts des fournisseurs de services sociaux et de santé des Premières Nations, des Métis et des Autochtones vivant en milieu urbain en vue de créer un système de santé qui :

- répond aux besoins holistiques des Autochtones de la région dans une optique autochtone;
- intègre le savoir et les systèmes de guérison autochtones traditionnels pour améliorer la santé des gens et des communautés;
- s'engage à tenir compte des commentaires des communautés autochtones concernant les programmes et services actuels et futurs;
- renforce la capacité d'un vaste éventail d'intervenants à contribuer à l'amélioration des résultats pour la santé des peuples autochtones;
- reste en liaison avec le Conseil du RLISS pour assurer que les décisions ont des retombées positives pour l'état de santé des Autochtones et l'accès aux services.

Le réseau a décidé qu'une de ses priorités sera l'enfance et la jeunesse, particulièrement dans le contexte de la santé mentale et de la toxicomanie. Reconnaisant l'importance des jeunes pour un avenir solide, il a recruté deux jeunes qui se joindront à son effectif. Ces jeunes, de concert avec les deux mentors du réseau, ont tenu un atelier numérique sur les contes pour dix jeunes Autochtones. Ces derniers apprendront les éléments des contes et la façon de les capter numériquement pour les partager et raconter leur propre expérience du système de santé. Ces contes seront un important complément aux données existantes et aideront le RLISS à planifier, financer et intégrer le système de santé. Ils contribueront à mettre en lumière les aspects du système de santé qui appuient la santé et le bien-être des Autochtones ainsi que les lacunes, les enjeux et les possibilités. Ils aideront également le RLISS à préparer des ateliers sur la sensibilité culturelle pour les fournisseurs de services de santé conventionnels afin de leur permettre

de réfléchir stratégiquement aux besoins des diverses populations et de travailler ensemble pour améliorer la prestation des services à ces populations.

Pendant une séance de réflexion de trois jours en janvier 2012, le réseau a établi trois priorités d'action pour les trois prochaines années et surveillera des indicateurs clés (voir le tableau suivant) pour évaluer l'impact et les progrès vers l'atteinte des résultats souhaités.



Le réseau de santé autochtone énonce ses priorités lors d'une séance de réflexion de trois jours du 6 au 8 janvier 2012.

Résultats souhaités (priorités)	Indicateur principal
Les jeunes Autochtones sont fiers, respectés et envisagent leur avenir avec beaucoup d'espoir	↓ Taux de suicide parmi les jeunes
Les Autochtones vivent longtemps et en bonne santé	↓ Taux de diabète
Les Autochtones vivent dans des familles solides, stables et responsables	↓ Incidence de violence conjugale

Le réseau élabore un plan d'action pour réduire le taux de suicide parmi les jeunes, le taux de diabète et l'incidence de violence conjugale au sein de la

population autochtone. Reconnaissant que de nombreux facteurs contribuent à l'atteinte de ces résultats, le plan d'action mentionne d'autres réseaux, groupes et organismes clés qui ont un rôle à jouer et décrit les démarches à prendre pour avoir un impact sur les indicateurs susmentionnés.

Participation des Francophones

La *Loi sur les services en français* de l'Ontario (1986) reconnaît l'apport des Francophones au patrimoine historique, culturel et linguistique de la province. Elle garantit aux Ontariens de langue française le droit de communiquer avec le gouvernement et de recevoir des services en français. À cette fin, les RLIS planifient et soutiennent les services de santé en français et engagent la participation de la communauté francophone au processus; les résidents et intervenants francophones sont le plus à même de connaître leurs communautés. L'objectif consiste à assurer de meilleurs résultats pour les services de santé en français, tout en reconnaissant et en respectant la diversité des communautés francophones.

Partenaires en santé

Avant d'octroyer un financement à une entité en vertu du Règlement de l'Ontario 515/09 intitulé *Engagement de la collectivité francophone pris en application de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, les RLIS et l'entité de planification des services de santé en français qu'ils engagent doivent conclure une entente de responsabilisation. Celle-ci énonce les rôles et responsabilités de chaque partie en ce qui a trait à la prestation de conseils par l'entité sur ce qui suit :

- les façons d'engager sa collectivité francophone;
- les besoins et priorités de sa collectivité francophone en matière de santé, notamment ceux des divers groupes qui la composent;
- les services de santé dont dispose sa collectivité francophone;
- l'identification et la désignation de fournisseurs de services de santé en vue de la prestation de services de santé en français dans le RLIS;
- les stratégies visant à améliorer l'accès aux services de santé en français, leur accessibilité et leur intégration au sein du système de santé local;
- la planification et l'intégration des services de santé en français dans le RLIS.

Le RLISS de HNHB, le RLISS de Waterloo Wellington et l'Entité de planification pour les services en français dans les régions Waterloo-Wellington, Hamilton-Niagara (l'Entité) ont signé une entente de financement et de responsabilisation de cinq ans entrant en vigueur le 1^{er} avril 2011. Le RLISS de HNHB est responsable de la prestation de fonds en vertu de l'entente.

L'entente de responsabilisation a mandaté l'établissement d'un comité de liaison dont le rôle consiste à élaborer des processus de dialogue et de collaboration continus et un plan d'action annuel commun (PAAC) énonçant les objectifs, priorités et actions de chaque partie pour l'exercice en cours.

Pendant la première année de l'entente, on a créé le comité de liaison conjoint, élaboré un mandat et rédigé un PAAC pour 2011-2012. Les démarches énoncées dans le plan que le RLISS a mises en œuvre sont, notamment, les suivantes : appuyer l'Entité à entamer ses opérations, diriger des séances d'orientation pour aider l'Entité à mieux comprendre le système de santé et sa capacité dans le RLISS, informer l'Entité des orientations stratégiques, priorités locales, initiatives et procédures du RLISS et discuter des conséquences pour le développement de services en français dans ce contexte. L'Entité est devenue entièrement opérationnelle, ayant son personnel et son bureau propres, au début de 2012 et a présenté son premier rapport consultatif aux RLISS.

Écouter et apprendre

Le mandat du coordonnateur des services en français du RLISS de HNHB est le suivant : renforcer la sensibilisation aux services en français pour améliorer l'accès à des services de santé de qualité en français; veiller à ce que les procédures liées aux services en français soient intégrées dans les travaux du RLISS à titre d'organisme de la Couronne et d'organe de planification; dialoguer et assurer la liaison avec les fournisseurs de services de santé pour les aider à planifier et à mettre en œuvre des services en français pour leur clientèle francophone; assurer la liaison avec l'Entité pour cerner les problèmes et la sensibiliser à la planification et à la mise en œuvre des démarches énoncées dans le PAAC.

À la suite de ce travail continu :

- Des indicateurs locaux propres au RLISS exigeant que les FSS soumettent un plan de mise en œuvre de services en français ont été inclus dans l'entente de responsabilisation en matière de services; ces plans décrivent comment un FSS prévoit améliorer l'accès aux services en français, ce qui inclut un dialogue avec la communauté francophone afin de déterminer les besoins prioritaires. En 2011-2012, 77 % des FSS tenus de le faire ont soumis leur plan de mise en œuvre de services en français au RLISS.
- 97 % des FSS identifiés et désignés aux fins de la prestation de services en français ont soumis un rapport sur les services en français au RLISS comparativement à 39 % l'an dernier.
- En 2011-2012, trois fois plus de FSS identifiés aux fins de la prestation de services en français ont utilisé le service de traduction en français régional financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée qu'en 2010-2011.
- Les travailleurs de la santé des FSS identifiés aux fins de la prestation de services en français sont inscrits à un cours de français langue seconde conçu pour les professionnels de la santé.



Le RLISS de HNHB a réuni des organismes identifiés aux fins de services en français pour une séance d'information.

Participation des intervenants

Dans le cadre de la stratégie de participation des intervenants, le Conseil et le personnel du RLISS de HNHBB rencontrent les représentants politiques durant l'année. Le président du Conseil d'administration et la directrice générale ont donc rencontré les députés provinciaux pendant l'année. Ces réunions avaient pour but de tenir les représentants politiques au courant des initiatives et des activités du RLISS et ont servi de forum pour des discussions sur les besoins, les questions et les préoccupations en matière de soins de santé communautaire.

Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement

« Je suis qui je suis, donc aidez-moi à continuer de l'être. »

Le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement est un projet provincial qui vise à améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des personnes âgées ayant une déficience intellectuelle qui manifestent souvent des comportements réactifs ou difficiles, notamment agression, déambulation, résistance physique et agitation.

La participation communautaire a joué un rôle important durant la planification, l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action sur le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement du RLISS. Des séances de participation ont eu lieu dans divers secteurs de la santé, notamment avec les fournisseurs de services de santé aux Autochtones et aux Francophones, les médecins de soins primaires et de services gériatriques spécialisés, les directeurs médicaux des foyers de soins de longue durée et les fournisseurs de services de santé de tous les secteurs. Les activités de participation ont inclus une séance de cartographie de la chaîne de valeur et une séance sur les procédures de rationalisation. Pendant la séance de cartographie de la chaîne de valeur en septembre 2011, l'équipe du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement a engagé la participation d'un membre de la collectivité à titre de représentant des familles; ce représentant participe activement au comité de surveillance du Projet qui continue de se réunir chaque mois. Les divers comités du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement du RLISS poursuivent leurs activités de participation.



Les RLISS de HNHBB, de Simcoe Nord Muskoka, du Centre-Est et du Sud-Est se sont réunis les 20 et 21 septembre 2011 pour une séance de cartographie de la chaîne de valeur.

Ces séances de participation ont permis aux fournisseurs de services de santé et aux médecins de continuer à fournir une expertise et des directives en vue d'améliorer le système dans la région du RLISS. Le membre de la collectivité présente la perspective des familles pour assurer que toutes les améliorations sont conformes à l'énoncé de valeur du RLISS : *« Je suis qui je suis, donc aidez-moi à continuer de l'être. »* Il veille également à ce qu'elles améliorent directement la qualité des soins et la qualité de vie des adultes âgés ayant des comportements réactifs et de leurs soignants.

Amélioration de la qualité à l'échelle du système

Pendant l'année, le RLISS a mobilisé ses fournisseurs de services de santé et ses partenaires pour travailler à l'amélioration de la qualité à l'échelle du système. Au niveau de la gouvernance, le RLISS a tenu deux séances avec le conseil d'administration et le personnel de direction des hôpitaux et du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) pour discuter des progrès réalisés sur le plan de la qualité des

services offerts aux patients et à leurs familles. Pendant ces séances, les administrateurs ont fourni au RLISS des conseils et des idées concernant les prochaines démarches. Le RLISS a également travaillé avec les fournisseurs du continuum de soins par l'entremise de divers réseaux, notamment : vice-présidents cliniques, membres du réseau de foyers de soins de longue durée et directeurs généraux des centres de santé communautaire et des organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Durant ces séances, les partenaires ont mis en valeur :

- La perspective du patient
- La promotion de modes de pensée innovateurs
- Le partage d'idées et de stratégies
- L'utilisation de données pour éperonner le changement et les soins aux patients.

Mobilisation des médecins

En 2011-2012, la Dre Jennifer Everson, médecin responsable du renouvellement du système de santé clinique, a continué de travailler avec l'équipe de direction à l'élaboration de divers réseaux de médecins. Le groupe des dirigeants médicaux continue de se réunir chaque mois et de travailler à l'atteinte des résultats annuels attendus. Cette année, il s'est concentré sur l'élaboration d'un système électronique de délivrance de titres et certificats, la gestion des antibiotiques et l'organisation d'une deuxième séance de formation pour les médecins dirigeants du RLISS. Ce groupe est composé de médecins-chefs ou de vice-présidents des services médicaux des hôpitaux du RLISS.

Le RLISS a établi un nouveau réseau composé de dirigeants de l'imagerie diagnostique (ID). Ce groupe a mis en œuvre une liste de vérification de l'imagerie diagnostique interventionnelle et s'attache à réduire les temps d'attente pour un examen par IRM et tomodensitométrie.

Le réseau obstétrique étudiera les données de la série BORN du Hamilton Spectator qui examine la santé des mères et des bébés de la province. Le réseau élaborera des pratiques exemplaires pour améliorer des domaines identifiés, notamment le dépistage et les taux de césariennes.

Avec l'approbation du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en février 2012 des responsables des soins primaires ont été établis dans les 14 RLISS de la province pour renforcer les soins primaires et les intégrer dans la planification des services de santé. Le Dr Ross Male, qui exerce la médecine familiale à Brantford, travaillera avec le RLISS pour assurer que les services de soins primaires sont mieux intégrés au travail des autres secteurs de la santé. Travaillant de concert, le RLISS et les fournisseurs de services de santé locaux continuent de mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer l'accès à des soins de qualité pour les résidents locaux.

Les directeurs médicaux des foyers de soins de longue durée ont commencé à former des réseaux pour faciliter le partage de renseignements et l'adoption de protocoles de meilleures pratiques.

Un projet pilote innovateur est en cours à Port Colborne, où les médecins travaillent avec leur collectivité dans le cadre d'un modèle de collaboration interprofessionnelle virtuelle. Les premiers résultats révèlent le potentiel de ce modèle en tant que mode de collaboration efficace entre les médecins et les membres de professions paramédicales.

Travailler ensemble pour améliorer la qualité des soins

Accent sur la qualité et la sécurité

Pour déterminer les priorités clés relatives à la sécurité, l'efficacité, l'accès et la satisfaction des patients, le RLISS de HNHB a examiné ses progrès à l'aide de divers indicateurs. Le Conseil, avec l'aide du Comité de la qualité et de la sécurité, a cerné trois priorités : IRM et tomodensitométrie, arthroplasties totales et évitement des hôpitaux.

Le Conseil a cerné les temps d'attente plus longs que la moyenne pour un examen par IRM et par tomodensitométrie comme étant une de ses priorités clés sur le plan de la qualité. Selon des données tirées de l'*Observateur de la qualité 2011* de Qualité des services de santé Ontario, les hôpitaux de notre RLISS ont eu des occasions d'améliorer l'accès et l'efficacité des services d'IRM et de tomodensitométrie pour les résidents. Le RLISS a encouragé les hôpitaux et les dirigeants médicaux à élaborer un tableau de bord équilibré pour établir des repères axés sur une efficacité améliorée et mesurer les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs. Cet important projet d'amélioration de la qualité a focalisé les améliorations aux procédures, l'accès au système, l'offre et la demande et le rendement quant aux temps d'attente. En date du quatrième trimestre de 2011-2012, les temps d'attente pour un examen par IRM et tomodensitométrie sont inférieurs à la cible du RLISS et les patients subissent les examens diagnostiques requis plus tôt.

Les arthroplasties de la hanche et du genou sont importantes pour la fonction et la qualité de vie de nombreux patients. Le Conseil a choisi les arthroplasties de la hanche et du genou comme deuxième priorité clé sur le plan de la qualité. Les patients du RLISS doivent actuellement subir des procédures différentes lorsqu'ils se rendent à l'hôpital pour une chirurgie orthopédique. Or, on sait que les procédures uniformes dégagent de meilleurs résultats pour les patients. Sous la direction du RLISS, les cinq hôpitaux offrant des arthroplasties de la hanche et du genou et le Centre d'accès aux soins communautaire s'attachent à normaliser chaque étape du processus, notamment les acheminements, l'évaluation préopératoire, les soins hospitaliers ainsi que la planification du congé et la réadaptation. Cette amélioration des procédures concernera la direction, les médecins et le personnel de première ligne. Notre but est d'établir un parcours clinique, des programmes d'éducation des patients et des ensembles d'ordonnances normalisés à l'échelle du RLISS. Cela permettra d'améliorer les résultats sur le plan de la qualité et l'expérience des patients.

Les principaux éléments de l'amélioration de la qualité incluent la surveillance d'indicateurs clés du rendement et le partage de meilleures pratiques de sécurité. Les données et les renseignements sont des inducteurs essentiels à l'avancement des priorités du RLISS en matière de qualité. Le RLISS a élaboré des outils de surveillance simples et faciles à utiliser à l'intention des fournisseurs de services de santé; ces outils favoriseront une plus grande efficacité sur le plan de la surveillance des indicateurs et de l'établissement des objectifs. Les objectifs de rendement pour divers indicateurs sont maintenant à la portée des fournisseurs de services de santé (FSS) et faciliteront les mesures et la discussion. En utilisant les données plus intelligemment, le RLISS et les FSS pourront prendre des décisions plus éclairées concernant la prestation des soins, ce qui améliorera l'expérience du système de santé pour les résidents.

Le partage de pratiques exemplaires, de réussites et d'idées éperonne l'amélioration de la qualité. Le RLISS a réuni les FSS pour s'assurer que les pratiques exemplaires étayent le processus décisionnel et entraînent des améliorations pour les patients. Les hôpitaux et le CASC élaborent des plans publics d'amélioration de la qualité comme l'exige la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. Le RLISS a travaillé avec les FSS pour établir des priorités conformes aux objectifs systémiques et focaliser les efforts

sur l'établissement d'objectifs raisonnables, mais exigeants afin d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins.

Le Conseil du RLISS a approuvé un cadre de gestion des risques d'entreprise pour assurer que les principaux risques inhérents à l'atteinte des objectifs systémiques soient cernés, mesurés et atténués dans la mesure du possible. Contrairement aux programmes de gestion des risques qui focalisent uniquement l'assurance et la responsabilité, la gestion des risques d'entreprise permet à l'organisme d'examiner l'ensemble des risques et des possibilités liés à l'atteinte des objectifs organisationnels et systémiques. Ce processus permet au Conseil et au personnel du RLISS de surveiller les risques, les finances et la qualité des soins et de prendre les mesures qui s'imposent. Ce programme aide le RLISS à respecter sa responsabilité fiduciaire à l'égard de meilleurs soins, d'une meilleure valeur et d'une meilleure santé.

La sécurité est primordiale pour les patients. Le RLISS a travaillé avec les FSS pour favoriser l'uniformité et le partage de renseignements sur les patients qui utilisent divers fournisseurs. Les réadmissions évitables à l'hôpital ont des répercussions sur l'accès pour les patients, la sécurité et les coûts. Le RLISS a guidé les efforts des FSS en vue d'identifier des stratégies clés destinées à faciliter les transferts de patients dans le continuum de soins. Le travail a porté notamment sur la normalisation des procédures de congé et le rapprochement des médicaments.

La sécurité du personnel est essentielle pour tout organisme. Le Conseil a approuvé une politique de santé et sécurité au travail pour les locaux du RLISS. La politique énonce les procédures obligatoires et la scolarité requise aux termes de la loi et démontre les efforts déployés pour rendre notre lieu de travail aussi sûr que possible. Le Comité de la santé et de la sécurité au travail du RLISS est responsable de la sécurité du personnel et présente des rapports au Comité de la qualité et de la sécurité du Conseil.

Candidature du RLISS de HNHB au titre d'organisation-chef de file en pratiques exemplaires de la RNAO

Le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant est un de 16 emplacements de la province autorisés par la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) à se porter candidat au titre d'organisation-chef de file en pratiques exemplaires (OCFPE). Ce programme a terminé sa troisième année et continuera son travail par l'entremise d'une collaboration entre les organismes participants.

Durant la troisième année de ce programme, 12 organismes ont continué de partager des ressources et ont travaillé en collaboration pour mettre en œuvre et évaluer les lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires de la RNAO dans le continuum de soins. Pendant les deuxième et troisième années, les organismes ont

continué de mettre en œuvre des pratiques normalisées selon les lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires suivantes : prévention des chutes et des blessures dues aux chutes chez l'adulte âgé; évaluation des risques et prévention des plaies de pression.

Les organismes utilisent des outils d'évaluation des risques et un système de présentation de rapports commun qui facilite la surveillance trimestrielle des résultats pour les clients. Ils ont également élaboré



Le 14 avril 2011, plus de 60 représentants des hôpitaux du RLISS, du CASC de HNHB et du Bureau de santé publique de Niagara se sont réunis à Grimsby pour une journée de réseautage et d'apprentissage dans le cadre du projet d'OCFPE du RLISS de HNHB.



ensemble une politique de normalisation et de promotion des pratiques exemplaires pour le transfert des patients entre les organismes participants. Les douze partenaires se concentreront maintenant sur la sélection, la mise en œuvre et l'évaluation de nouvelles lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires afin d'améliorer la qualité des services de santé.

Organismes participants :

- Brant Community Healthcare System
- Hôpital War Memorial de Haldimand
- Hamilton Health Sciences
- Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant
- Centre de santé et de réadaptation Hôtel-Dieu-Shaver
- Hôpital Joseph Brant Memorial
- Système de santé de Niagara
- Bureau de santé de la région de Niagara
- Hôpital général de Norfolk
- Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton
- Hôpital général de Haldimand-Ouest
- Hôpital Memorial de Lincoln Ouest

Hôpitaux adaptés aux besoins des aînés

Les RLSS de l'Ontario dirigent la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés – initiative visant à améliorer la santé des aînés et à prévenir leur déclin physique et mental à l'hôpital. En agissant ensemble, les hôpitaux peuvent améliorer l'expérience et les résultats des adultes âgés hospitalisés en Ontario.

La Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés vise à :

- améliorer la santé, le bien-être et l'expérience des aînés hospitalisés en Ontario, les aidant à retourner chez eux plus rapidement et en meilleure santé;
- renforcer la capacité des aînés à mener une vie autonome et à éviter l'hospitalisation;
- optimiser les sommes consacrées aux services de santé;
- contribuer à une diminution des ANS en facilitant les transferts au milieu approprié après un séjour à l'hôpital;
- promouvoir des initiatives d'amélioration de la qualité pouvant être incluses dans les plans d'amélioration de la qualité dans le cadre de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

En première étape, chaque hôpital a évalué ses projets et cerné des possibilités d'amélioration et d'action. Tous les hôpitaux pour adultes en Ontario ont exécuté une évaluation d'hôpital adapté aux aînés. Les rapports sommaires de chaque RLSS ont été élaborés en collaboration avec les Programmes gériatriques régionaux de l'Ontario. Le rapport sommaire du RLSS, *A Summary of Senior Friendly Hospital Care in HNHB LHIN Hospitals*, est consultable à www.hnhblhin.on.ca.

En janvier 2012, le RLSS a réuni des représentants de chaque hôpital pour partager les réussites et les enjeux clés à ce jour. Chaque hôpital élabore son plan d'action au titre de la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés, donnant suite aux recommandations énoncées dans les rapports locaux et provinciaux à ce sujet.

Priorités aux résidents

Le RLISS participe à une nouvelle initiative d'amélioration de la qualité nommée Priorité aux résidents. Cette initiative provinciale appuie les foyers de soins de longue durée de l'Ontario en instaurant un environnement qui rehausse la qualité de vie des résidents. Priorité aux résidents facilite aussi un changement complet et durable en renforçant la capacité du secteur à améliorer la qualité. Durant l'année qui vient de s'écouler, les foyers de soins de longue durée du RLISS ont continué de travailler ensemble pour partager des connaissances, des leçons apprises et des histoires de réussite.

L'initiative Priorité aux résidents est axée sur le partenariat et appuyée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les RLISS en assurent la mise en œuvre de concert avec des organismes représentant les résidents, les familles et les foyers. Ces groupes participent régulièrement en tant que membres du comité directeur provincial responsable de la mise en œuvre de l'initiative.

Comité consultatif des professionnels de la santé (CCPS)

Depuis 2008, les membres du Comité consultatif des professionnels de la santé jouent un rôle important dans la présentation des commentaires de leurs secteurs respectifs au RLISS. Ce comité a décidé de se concentrer sur la possibilité d'optimiser la collaboration interprofessionnelle et les champs d'exercice au sein du RLISS.

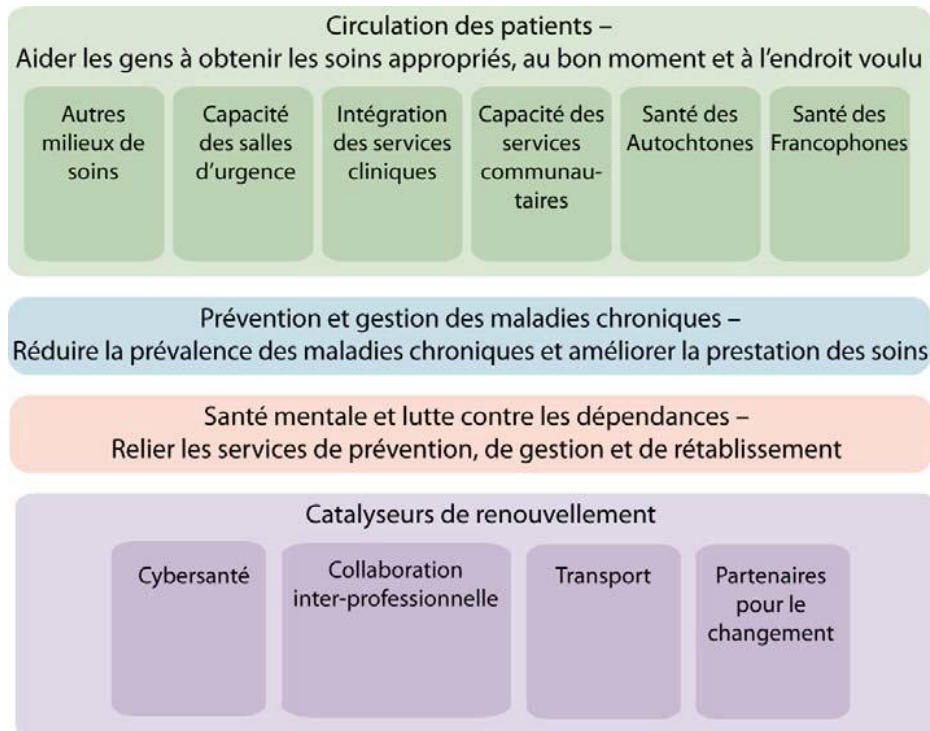
L'an dernier, le CCPS a élaboré cinq recommandations pour renforcer le champ d'exercice des membres des professions paramédicales à l'échelle du RLISS. Ce sont : adopter une définition standard de collaboration interprofessionnelle, sensibiliser les professionnels de la santé à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et à sa relation avec la collaboration interprofessionnelle, créer des occasions de discuter de questions clés liées à la collaboration interprofessionnelle, encourager le développement de la collaboration interprofessionnelle par le truchement du partage de renseignements avec les fournisseurs, travailler avec les établissements d'enseignement et identifier des champions. On élabore un plan précis de mise en œuvre de ces recommandations.

Le travail de ce comité appuie l'avancement de la collaboration interprofessionnelle, une priorité énoncée dans le Plan des services cliniques et le Plan de services de santé intégrés de 2010-2013 du RLISS.

En 2011, le RLISS a entamé un processus de recrutement et deux membres se sont joints au comité. Ce sont Melanie Fall-Stratton, diététiste clinique et Carmen Carmazan, physiothérapeute et infirmière auxiliaire autorisée.

Avancement de nos priorités

La mise en œuvre du Plan de services de santé intégrés (PSSI) de 2010-2013 en est à sa troisième année et le RLISS et ses partenaires font d'énormes progrès sur le plan de l'avancement de ses priorités. Les thèmes du Plan des services cliniques approuvés par le Conseil d'administration du RLISS en novembre 2009 sont enchâssés dans le PSSI qui a été approuvé par le Conseil en décembre 2009.



Aperçu des priorités, page 11, PSSI 2010-2013

Intégration

Un des principaux objectifs de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* est le suivant :

« Prévoir 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 par le biais de réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). »

(Source : ministère de la Santé et des Soins de longue durée (ministère), *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*)

En 2011-2012, le RLISS a rédigé deux importants documents qui structurent notre approche à l'égard de l'intégration et aident les fournisseurs de services de santé à réfléchir à leur approche. Le premier de ces documents, intitulé « *Moving Towards a New Model of Care: An Introduction to Integration at the HNHB LHIN* », identifie l'intégration comme étant une orientation clé pour le RLISS, soulignant notre intérêt envers les modèles de prestation intégrée des services. L'intégration est considérée comme « un moyen pour atteindre un but, le but étant d'améliorer la santé de la population, de renforcer l'expérience de l'utilisateur des soins et d'assurer la viabilité du système ».

Pour aider les fournisseurs à coordonner, à collaborer, à s'associer et à fusionner tout en axant le système sur les besoins du client, on a rédigé un deuxième document intitulé « *Health System Planning and You* ».

Ce document aide les fournisseurs de services de santé (FSS) à effectuer un processus de planification qui leur permet d'explorer des possibilités d'intégration. On s'attend de plus en plus à ce que les FSS créent des partenariats qui intègrent le système et trouvent des ressources au moyen de l'intégration. Cette intégration doit reposer sur une compréhension des besoins de la population et des clients et organiser la prestation des services en fonction du client afin d'améliorer les résultats pour la santé, l'accès aux soins, l'expérience individuelle des soins tout en tirant parti des ressources actuelles du système.

En 2011-2012, le RLISS a continué de mettre l'accent sur trois volets d'activités d'intégration :

- Intégration des programmes cliniques – élaborer des modèles de prestation intégrée des services cliniques pour les emplacements hospitaliers.
- Capacité communautaire – élaborer des modèles de prestation intégrée des services communautaires dans des régions géographiques locales en commençant par les services d'aide à la vie autonome pour les aînés à risque élevé.
- Services de soutien (intégration des services administratifs – partager le coût et la prestation des fonctions administratives comme les finances, la technologie de l'information (TI), les ressources humaines, etc.).

Soins interprofessionnels

Pour une mise à jour des soins interprofessionnels, voir la section sur le CCPS en page 20.

Intégration des programmes cliniques

Durant l'année qui vient de s'écouler, on a mis l'accent sur les services vasculaires, thoraciques et oncologiques. Le Conseil du RLISS a approuvé le programme vasculaire régional et le programme thoracique en 2011. Chacun de ces programmes est conçu de manière à fournir des soins plus près du domicile tout en assurant la qualité des soins et l'accès à ces derniers. La planification de la mise en œuvre pour chacun de ces programmes repose sur la normalisation et les pratiques exemplaires afin de fournir aux résidents les soins dont ils ont besoin peu importe où ils vivent.

Un partenariat entre le Juravinski Cancer Centre et le Système de santé de Niagara a été formalisé grâce à l'établissement d'un programme de radiation/d'oncologie unique au Walker Family Cancer Centre. Ce programme de cancérologie régional mettra en œuvre un système d'informatique qui facilitera le partage de renseignements, de pratiques exemplaires et de protocoles à l'appui de la normalisation.

Capacité des services de santé communautaire

Le Plan des services cliniques (PSC) du RLISS a identifié les enjeux des services de santé communautaire : déplacements au sein du système, variation de la disponibilité des services et de l'accès à ces derniers et variations dans le secteur communautaire liées aux outils d'évaluation, aux pratiques d'acheminement, à la planification des soins, au soutien à l'autogestion et aux résultats pour la santé des clients.

Mettre les gens en contact avec les services communautaires appropriés

Le RLISS a lancé un outil d'évaluation commune - InterRAI CHA (InterResident Assessment Instrument Community Health Assessment) – dans le secteur des services de soutien communautaire (SSC).

L'outil offre les avantages suivants aux organismes de services de soutien communautaire qui l'utilisent :

- il aide les clients à avoir accès aux services les plus appropriés
- il réduit le recoupement des évaluations

- il étaye les plans de services
- il renforce la pratique de l'évaluation et de la planification des soins
- il étaye le processus décisionnel et la planification à l'aide de données globales normalisées
- il facilite la communication entre les organismes en utilisant un langage commun fondé sur des normes de données reconnues.

La planification a débuté en 2010-2011 et la mise en œuvre devait avoir lieu en trois étapes à compter d'avril 2011 et prendre fin en mars 2012. Un groupe consultatif sur l'InterRAI CHA s'est réuni régulièrement et a donné des directives concernant la mise en œuvre de l'outil.

Cette participation a mené à :

- l'adoption de l'outil au profit des clients
- une entente sur les échéanciers de formation et la mise en œuvre de l'InterRAI CHA et du dossier d'évaluation intégré
- l'identification des questions clés et de recommandations concernant une démarche individualisée qui répond aux besoins du RLISS
- des discussions continues sur les déplacements des patients, les plans de traitement et le cercle des soins
- l'élaboration d'un cadre d'évaluation commune qui a été avalisé par les fournisseurs de services de soutien communautaire et fait actuellement l'objet d'un projet pilote.

Mettre les bonnes personnes en contact avec les services d'alimentation

Le RLISS de HNHB a mis en œuvre un outil de dépistage des risques nutritionnels dans tous les programmes d'alimentation qu'il finance. Après une année de rencontres avec le secteur des SSC le RLISS a été ravi de constater que la mise en œuvre de cet outil axé sur la priorisation des besoins des clients et l'optimisation des ressources était achevée. Désormais, les aînés ayant les besoins nutritionnels les plus grands seront plus aptes à recevoir des services. Les données démontrent, d'après le dépistage accompli, que la majorité des personnes qui reçoivent actuellement des repas sont celles qui présentent des risques nutritionnels élevés.

Meilleur accès au transport

Un meilleur accès au transport est l'un des trois principaux enjeux du système de santé pour les résidents du RLISS.

En 2011-2012, la Croix-Rouge canadienne a dirigé une intégration volontaire mettant en œuvre un modèle de prestation intégrée des services pour le transport à des fins médicales. L'objectif est de renforcer la capacité en augmentant le nombre de trajets pour répondre à la demande, de diminuer les demandes de trajets sans effectif complet de passagers, d'élargir l'aire desservie et d'améliorer les normes de pratique et les efficacies. Les éléments clés du modèle de coordination des services sont les suivants :

- accès central – un numéro à composer
- logiciel d'accueil central, base de données commune et logiciel d'ordonnancement
- critères d'admissibilité, politiques et procédures communs et tarifs standard
- sensibilisation au marketing central.

Après avoir reçu l'approbation de leurs conseils d'administration respectifs, les principaux partenaires ont signé un protocole d'entente pour participer au nouveau modèle de coordination collaboratif. La liste de

partenaires du nouveau modèle de transport coordonné s'allongera à mesure qu'un plus grand nombre de programmes et de services de transport non financés par le RLISS participeront à la collaboration.

En 2011-2012, le RLISS a accordé un financement unique de plus de 200 000 \$ pour des véhicules de remplacement à Hamilton et Haldimand-Norfolk et pour l'achat d'un nouveau véhicule entièrement accessible qui fournira des services de transport aux résidents de Brantford et du comté de Brant.

Dans le cadre de son examen exhaustif, il a approuvé un financement de base continu pour les programmes Vieillir chez soi liés au transport.

Meilleur accès aux services d'aide à la vie autonome

Les recherches ont révélé que la lacune la plus grave du secteur communautaire du RLISS est le manque de logements avec services d'aide à la vie autonome/de soutien pour les aînés. Un accès inadéquat aux services d'aide à la vie autonome pour ce groupe engendre des admissions précoces aux foyers de soins de longue durée et contribue aux taux élevés de visites à l'urgence et au grand nombre de jours passés à l'hôpital en attente d'un autre milieu de soins.

Le RLISS a établi des partenariats et un plan de projet axés sur l'élaboration d'un modèle de démonstration visant à renforcer la capacité des services d'aide à la vie autonome à servir les aînés en mauvaise santé dans leurs propres domiciles et dans des logements avec services de soutien. Ce modèle concorde avec la *Politique des services d'aide à la vie autonome pour les personnes âgées à risque élevé, janvier 2011* du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le modèle de démonstration a débuté en mai 2011.

La réussite du modèle de démonstration a incité le RLISS à poursuivre la planification à l'échelle de sa région avec l'établissement de tables de planification locales à Hamilton, Burlington, Haldimand Norfolk, Niagara et Brant. Ces tables de planification géographiques, intersectorielles cerneront les lacunes des services locaux et les priorités d'amélioration de l'accès aux soins. Elles utiliseront la *Politique des services d'aide à la vie autonome pour les personnes âgées à risque élevé, janvier 2011* actualisée comme cadre pour régler les lacunes des services offerts aux aînés à risque élevé.

Ces tables collaboratives communautaires sur le continuum contribueront à :

- renforcer les partenariats entre fournisseurs de services de santé pour appuyer la planification collaborative, intersectorielle et fondée sur des preuves et la prestation des services;
- améliorer la coordination des services dans le continuum de soins pour appuyer les transitions uniformes entre divers milieux de soins;
- améliorer l'accès aux soins pour permettre aux aînés frêles/à risque de mener une vie autonome dans la collectivité;
- optimiser l'utilisation des ressources actuelles grâce à une réduction du recoupement, au réaligement des fonctions, au partage des fonctions administratives et à l'avancement de l'intégration.

Santé mentale et lutte contre les dépendances

Une personne sur cinq dans le RLISS de HNHB sera affectée par un trouble mental pendant sa vie; cela représente 280 000 personnes (*Source : Santé Canada, Rapport sur les maladies mentales au Canada, 2002*). Environ 42 000 personnes, soit 3 % de la population du RLISS, ont une dépendance à l'alcool et aux drogues dans une année donnée (*Source : Prevalence of Co-occurring Substance Use and other Mental Disorders in the Canadian Population, Revue canadienne de psychiatrie, décembre 2008*). Les principaux problèmes auxquels les personnes atteintes de troubles mentaux et de problèmes de

dépendance sont confrontées sont les stigmates sociaux, le manque d'accès aux services et au soutien de base, notamment logement, revenu et inclusion sociale.

Planification

Les réseaux locaux de Hamilton, Haldimand Norfolk, Niagara et Burlington, ainsi que le réseau de santé mentale et de lutte contre les dépendances du RLISS, se penchent activement sur les secteurs prioritaires du RLISS. Ce sont, par exemple, les programmes d'intervention précoce en cas de psychose, un meilleur accès aux psychiatres, la mise en œuvre d'un outil d'évaluation commune et la création d'un continuum de soins pour les situations de crise.

Ces réseaux se réunissent chaque mois et les commentaires recueillis lors de ces réunions ont façonné la démarche du RLISS à l'égard de la planification. Chaque région géographique du RLISS a ses caractéristiques propres en ce qui touche l'éventail de services, les besoins en matière de santé mentale et de toxicomanie, l'accès aux services, la spécialisation clinique et la composition rurale/urbaine. Cela signifie qu'une approche uniformisée ne réussira pas et que la participation des fournisseurs et des usagers locaux est essentielle au succès de la planification et de la mise en œuvre.

Dans le RLISS de HNHB :

- Entre 10 et 20 % des résidents auront un problème de toxicomanie durant leur vie.
- 70 % des gens atteints de troubles mentaux sont diagnostiqués avant l'âge de 18 ans.
- 98 000 enfants et adolescents n'obtiennent pas les services de santé mentale dont ils ont besoin.

Identifier des secteurs d'amélioration pour le système de santé

Le RLISS a animé des séances de réflexion avec des intervenants clés provenant de divers milieux de soins. Le thème était la réduction des visites non planifiées à l'urgence par les personnes atteintes de troubles mentaux ou d'une toxicomanie. Les séances ont permis de mieux comprendre les questions et de reconnaître l'importance de faire participer les fournisseurs des secteurs hospitalier et communautaire à la recherche de solutions viables à long terme.

Sur une période d'un an, 30 personnes atteintes de troubles mentaux et/ou de problèmes de toxicomanie ont effectué près de 2 200 visites aux services des urgences des hôpitaux. Une analyse a été exécutée pour comprendre le motif de ces visites et cerner les secteurs propices à des améliorations. Les représentants des hôpitaux du RLISS et des fournisseurs de services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances se sont réunis régulièrement pour parler de la question et ils ont convenu de piloter une démarche uniforme pour régler ce problème. Par le truchement de cette démarche de collaboration entre les hôpitaux et les fournisseurs communautaires, on a repéré des améliorations systémiques, identifié les problèmes et les lacunes de service et établi des priorités. Ces renseignements ont permis de déterminer comment le système pourrait mieux répondre aux besoins des gens.

Meilleur accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances

Une grande variété de programmes et de services a été financée pour répondre aux besoins des résidents du RLISS atteints de troubles de santé mentale et de toxicomanie, notamment :

- Service d'appel en cas de crise 24 heures sur 24, sept jours par semaine et service d'intervention mobile en cas de crise offrant des services d'approche dispensés par le truchement de l'équipe d'approche et de soutien en cas de crise (COAST) de la région de Niagara – l'Association canadienne pour la santé mentale de Niagara est l'organisme responsable.

- Élargissement du continuum de soins pour les situations de crise par le truchement du financement de postes d'infirmières et de travailleurs sociaux pour les cliniques d'intervention en cas de crise à Brant, Burlington et Niagara.
- Élargissement des programmes d'intervention précoce en cas de psychose à Niagara et Brant.
- Interventions d'infirmières praticiennes et d'infirmières à Niagara, Haldimand-Norfolk et Brant par le biais de la télémédecine pour combler le manque de services de soins primaires et renforcer l'accès au personnel clinique spécialisé.

Mettre les gens en contact avec les services appropriés

Le RLISS a présenté l'évaluation commune des besoins en Ontario (ECBO) à tous les fournisseurs de services de santé mentale. Cet outil cerne les besoins des gens et les met en rapport avec les services actuels. Un groupe consultatif a été établi dans le RLISS pour appuyer la mise en œuvre de l'outil. Des consultations auprès des organismes fournisseurs et des usagers ont mené à l'élaboration d'une démarche qui répond aux besoins particuliers du RLISS de HNHB. L'outil contribuera également à étayer la planification et le processus décisionnel locaux, régionaux et provinciaux et facilitera la communication entre les fournisseurs de services de santé mentale. Ces derniers achèvent la mise en œuvre de l'ECBO et du dossier d'évaluation intégré (IAR). La mise en œuvre de l'IAR permettra de :

- soutenir une approche centrée sur le client à l'égard des soins;
- sécuriser le transfert des renseignements personnels sur la santé;
- diligenter la planification et la collaboration en matière de soins;
- réduire la charge de travail;
- renforcer la fiabilité et la qualité des renseignements sur les clients.

Meilleur accès aux psychiatres

Une approche centralisée à l'égard d'un nouveau financement des paiements à la séance fournit aux gens un meilleur accès aux psychiatres du RLISS, particulièrement dans les régions insuffisamment desservies. La planification concorde avec les objectifs actuels de la province, à savoir régler la question des patients qui n'ont pas de médecin, soulager les pressions sur les services des urgences et mettre en œuvre la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de la province. La planification a été directement appuyée par les consultations avec les réseaux locaux de santé mentale et de lutte contre les dépendances et le groupe consultatif sur le paiement à la séance du RLISS.

Prévention et gestion des maladies chroniques

Plus d'un million de personnes dans le RLISS de HNHB ont signalé qu'elles avaient au moins une maladie chronique, notamment diabète, arthrite et bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Le nombre de personnes signalant des maladies chroniques augmente constamment à cause du vieillissement de notre population. De nombreux résidents sont atteints de complications associées au diabète. Ainsi, chaque année plus de 200 personnes dans le RLISS subissent une amputation d'un pied ou d'un membre inférieur à cause de ces complications. Plusieurs activités au cours de la dernière année ont contribué à améliorer les soins offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques.

Meilleur accès aux services pour diabétiques

Le RLISS a amélioré la coordination et l'accès dans le domaine des services pour diabétiques en contribuant à l'identification et à la mise en œuvre de programmes locaux de formation en matière de diabète et en travaillant avec les fournisseurs de services de santé à l'élargissement des services de podologie pour diabétiques. Il a mis en œuvre des unités de dialyse péritonéale dans trois foyers de soins de longue durée. En plus de travailler avec ses partenaires pour établir un nouveau centre de coordination

de l'autogestion, le RLISS a poursuivi son partenariat avec le centre de coordination régional des services aux diabétiques afin d'élaborer une approche à l'égard du traitement du diabète pour l'ensemble du RLISS. Ces activités ont contribué à l'atteinte des objectifs de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.

Avancement d'une stratégie sur la prévention des chutes globale pour le RLISS

Il y a eu plus de 13 000 visites d'aînés à l'urgence des hôpitaux et plus de 3 800 aînés hospitalisés par suite d'une chute en 2010-2011. Les aînés atteints de plusieurs maladies chroniques sont exposés à des chutes à cause des complications et des problèmes médicaux associés à ces affections. Les recherches révèlent qu'une approche polyvalente à l'égard des chutes est efficace lorsqu'il s'agit de réduire le nombre et la fréquence des chutes.

Les interventions suivantes ont été financées et mises en œuvre pour réduire les chutes :

- Programmes d'exercice de prévention des chutes axés sur des pratiques exemplaires
- Cliniques mobiles de soins de continence
- Évaluations de la mobilité (ajustement d'appareils et accessoires fonctionnels)
- Évaluation de la sécurité du domicile (identification des risques pour la sécurité et facilitation de changements)
- Cliniques de soins des pieds pour les aînés à risque élevé (c.-à-d. diabète et néphropathie chronique)

Vieillir chez soi

Vieillir chez soi est une stratégie qui fournit un continuum de services communautaires aux aînés et à leurs soignants afin de leur permettre aux aînés de conserver leur santé et de mener une vie autonome dans leur propre domicile. La stratégie vise également à diminuer le nombre de patients en attente d'autres niveaux de soins (ANS) dans les hôpitaux de l'Ontario. Les patients en attente d'ANS occupent des lits de soins actifs dans les hôpitaux, mais devraient être traités dans un autre milieu, notamment : leur propre domicile, un logement avec services de soutien ou un foyer de soins de longue durée.

Par le truchement de la stratégie Vieillir chez soi, le RLISS de HNHB a reçu plus de 33 millions de dollars pour financer des services de santé destinés aux aînés dans la collectivité, leur permettant ainsi de mener une vie saine et autonome tout en évitant les visites inutiles à l'hôpital.

Cette année, le RLISS a évalué les programmes financés pour s'assurer qu'ils atteignent leurs objectifs et contribuent à améliorer la santé de la population, les résultats pour les patients et la viabilité du système. Le cadre et les critères décisionnels ont servi à évaluer tous les programmes et comprennent quatre grandes catégories : mise en concordance du système, santé de la population, rendement du système et valeurs systémiques. L'examen et les entretiens avec le personnel des programmes ont permis de cerner des améliorations opérationnelles (pour améliorer l'accès, l'efficacité et/ou l'efficacités) pour tous les programmes Vieillir chez soi financés. Les fournisseurs de services de santé ont été encouragés à organiser des réunions et des visites d'emplacements pour se renseigner plus à fond sur les programmes et services en voie d'examen. Le personnel a eu l'occasion de rencontrer les clients, familles et soignants pour mieux comprendre comment les programmes les aident à conserver leur autonomie et à éviter une hospitalisation inappropriée.

Les programmes financés ont pour but de fournir aux gens de bons soins au bon endroit, de les transférer à leur propre domicile en toute sécurité après un séjour à l'hôpital et de les soutenir dans la collectivité plutôt qu'à l'urgence.

Cybersanté

Le Bureau de gestion des projets (BGP) de cybersanté du RLISS de HNHB joue un rôle important dans l'utilisation de la technologie et de l'innovation pour améliorer l'accès aux soins et la sécurité des patients à l'appui de la stratégie du gouvernement pour le système de santé. À l'échelle provinciale, cyberSanté Ontario a modifié la stratégie ontarienne sur le dossier de santé électronique (DES), abandonnant un modèle centralisé pour un modèle axé sur des carrefours régionaux.

Les RLISS sont répartis en trois carrefours ou grappes de cybersanté :

- Sud-Ouest de l'Ontario (SOO) : Erié St-Clair, Sud-Ouest, Waterloo Wellington et Hamilton Niagara Haldimand Brant
- Région du Grand Toronto (RGT) : Centre-Ouest, Mississauga Halton, Centre-Toronto, Centre, Centre-Est et Simcoe Nord Muskoka
- Nord-Est de l'Ontario (NEO) : Sud-Est, Champlain, Nord-Est et Nord-Ouest

Le partage de renseignements à l'échelle de la province et l'accès aux bases de données provinciales sont réalisés en reliant les carrefours régionaux à un carrefour provincial. Pour sa part, cyberSanté Ontario établit les normes en matière de technologie de l'information qui seront utilisées lors de la mise en œuvre dans chaque carrefour régional. Le SOO et le NEO misent sur le travail de la GRT pour intégrer et partager les données et ont lancé des projets de planification accélérée. Le SOO est en mesure de créer rapidement un DES de première génération pour quelque quatre millions d'Ontariennes et Ontariens, lequel s'étendra à une importante portion du continuum de soins.

Integrated Decision Support (IDS) Warehouse

L'IDS est un puissant système d'aide à la décision qui appuie la planification systémique et les rapports sur le rendement. Cet entrepôt de données centralisé renferme des renseignements courants et détaillés sur les patients occupant des lits d'hôpitaux (soins actifs, soins de réadaptation, santé mentale et soins continus complexes), les visites à l'urgence, les chirurgies d'un jour, les cliniques de soins de médicaux de jour, les données sur les clients et les évaluations du CASC et les données sur les clients et fournisseurs des centres de santé communautaire et les patients du système informatique sur les ANS (SI-ANS).

Un identificateur propre à un patient relie les données de toutes les sources et donne aux utilisateurs accès aux données longitudinales du parcours du patient dans le système de santé. En plus des renseignements cliniques sur un patient, il fournit des informations financières et statistiques propres à chaque hôpital qui permettent d'évaluer les tendances pour trois ans. Outre les centres de santé communautaire et le Centre d'accès aux soins communautaire du RLISS de HNHB et l'Hôpital de Cambridge dans le RLISS de Waterloo Wellington, plus de dix sociétés hospitalières représentant environ 23 emplacements fournissent des données.

D'autres hôpitaux situés dans quatre autres RLISS (Waterloo Wellington, Centre-Toronto, Sud-Ouest et Champlain) se sont engagés à s'inscrire et à utiliser l'IDS au cours des 18 prochains mois ou tiennent des discussions à ce sujet. De nouveaux ensembles de données portant sur les données des patients du centre de cancérologie ambulatoire seront intégrés et les parcours de ces patients seront reliés à l'IDS à l'automne 2012 (mise en œuvre régionale de MOSAIQ du RLISS de HNHB). En outre, on explore actuellement l'ajout des renseignements des SMU (ambulanciers et paramédicaux) pour améliorer les rapports sur les traitements à l'urgence et l'on a entamé une fonctionnalité améliorée du système et de l'infrastructure donnant accès à l'IDS.

On compte plus de 200 utilisateurs inscrits (principalement des analystes). On envisage d'intégrer les données de l'IDS dans ClinicalConnect, car l'IDS peut fournir des renseignements complémentaires utiles aux médecins traitants et venir en aide aux fournisseurs de services d'urgence.

ClinicalConnect

ClinicalConnect, un portail électronique sécurisé, permet aux médecins autorisés et aux fournisseurs de services de santé participant au cercle de soins d'un patient de consulter les dossiers des patients stockés électroniquement en temps réel, à n'importe où et n'importe quand. ClinicalConnect est un cadre d'intégration qui facilite la consultation et le partage des renseignements sur la santé à l'échelle régionale dans le continuum de soins y compris des sources de données provinciales à mesure qu'elles sont disponibles.



Rangée du haut, de gauche à droite : Dale Maw, gestionnaire principal de la cybersanté, RLISS de WW; l'honorable John Milloy, député provincial de Kitchener Centre; Greg A. Reed, président et chef de la direction de cyberSanté Ontario; l'honorable Sophia Aggelonitis, députée provinciale de Hamilton Mountain; Ted McMeekin, député provincial d'Ancaster-Dundas-Flamborough-Westdale.

Rangée du bas : Susan Barnard, patiente et résidente de Hamilton; Dr Barb Teal, médecin de famille, Hamilton; Dr Mohamed Alarakhia, médecin de famille, Kitchener; Dale Anderson, conseiller principal, participation des intervenants, bureau de gestion des projets, RLISS de HNHB.

Susan, résidente de Hamilton, raconte comment ClinicalConnect lui a permis de connaître très rapidement les résultats d'une biopsie lors d'une rencontre des RLISS de HNHB et de WW le 9 août 2011.

Aujourd'hui, ClinicalConnect fournit un dossier de santé électronique virtuel aux RLISS de HNHB et de Waterloo Wellington (WW), représentant plus de deux millions de patients. Il relie 28 hôpitaux situés dans les deux RLISS. Il inclut également les notes sur les soins pour le cancer du Juravinski Cancer Centre et des renseignements provenant des centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de HNHB et de WW. Le dernier grand hôpital, Grand River Hospital and Cancer Centre est en voie de se joindre.

Projet de dépôt d'imagerie diagnostique régional

Le projet de dépôt d'imagerie diagnostique régional a continué les travaux d'intégration avec les hôpitaux régionaux et s'attache à intégrer et à mettre en œuvre le dépôt d'imagerie diagnostique (DI-r) par

l'entremise de ClinicalConnect. Huit hôpitaux dans le RLISS et trois hôpitaux du RLISS de WW sont en ligne.

Dépôt de GISC pour les données sur la santé mentale et les dépendances

Le système de Dépôt de Gestion de l'information sur les soins communautaires pour les données sur la santé mentale et les dépendances est presque terminé. Le RLISS d'Érie St-Clair héberge la base de données. L'objectif est d'intégrer ce dépôt dans ClinicalConnect.

Projets de cybersanté de l'Ontario

Le RLISS a reçu des fonds de Cybersanté Ontario pour exécuter divers projets. Il pourra ainsi poursuivre son plan stratégique local en synchronisation avec les priorités du gouvernement. Le RLISS participe à de nombreux projets et continue de travailler de concert avec d'autres RLISS du Sud-Ouest de l'Ontario, Cybersanté Ontario et Inforoute santé Canada. Voici quelques projets appuyés grâce à un financement de Cybersanté Ontario, d'Inforoute santé Canada et du RLISS de HNHB :

- Élargissement et amélioration du soutien et de l'infrastructure de ClinicalConnect
- Intégration des données des laboratoires privés du Système d'information de laboratoire de l'Ontario (Projet SILO) et de la base de données qui s'ajoutent aux données actuelles des laboratoires des hôpitaux au sein de ClinicalConnect
- Intégration du dépôt d'imagerie diagnostique dans ClinicalConnect pour fournir l'accès aux radiographies, aux IRM et autres images obtenues par le patient ailleurs dans la région
- Intégration dans les bases de données provinciales qui améliorent les soins de transition offerts aux patients
- Accès mobile à ClinicalConnect mis en œuvre formellement grâce à un financement d'Inforoute santé Canada
- Mise en œuvre du logiciel sur les soins ambulatoires du programme d'oncologie régional rendu possible grâce à un financement d'Inforoute santé Canada.

On a obtenu un financement pour ce travail en grande partie grâce à l'intérêt manifesté par le RLISS pour la collaboration avec d'autres RLISS. En établissant des partenariats et en coordonnant leurs ressources, les RLISS du carrefour régional du SOO s'attachent à créer un système de cybersanté efficient et efficace pour les résidents de leurs collectivités.

Circulation des patients

La circulation des patients (CP) focalise le mouvement des particuliers au sein du système de santé (continuum), de la collectivité aux soins actifs en milieu hospitalier, des soins actifs aux soins postactifs ou au domicile. Il peut y avoir des périodes d'attente au sein du continuum. Cela se produit souvent dans les hôpitaux, lorsque les patients qui ont terminé un traitement en soins actifs attendent un placement dans un milieu de soins postactifs, notamment un établissement de réadaptation ou leur domicile si des services communautaires doivent être organisés.

Les problèmes surviennent lorsqu'un grand nombre de patients hospitalisés sont en attente d'autres niveaux de soins ou que des particuliers attendent longtemps. Les deux situations entravent la circulation des patients et ont des retombées négatives pour le particulier et le système de santé.

Perspective individuelle :

- Le rétablissement peut être retardé et, dans le cas des aînés, une régression physique et mentale peut se produire pendant qu'ils attendent d'être admis au milieu de soins postactifs approprié.
- Les séjours à l'hôpital inutilement longs exposent les patients à un risque plus élevé de complications nosocomiales.

Perspective systémique :

- Les hôpitaux ont des problèmes lorsque des personnes doivent être admises à cause d'une maladie aiguë ou d'une chirurgie planifiée et qu'un nombre élevé de patients hospitalisés ne nécessitant plus de soins actifs attend d'autres niveaux de soins. Il peut s'ensuivre l'annulation d'interventions non urgentes, de longs temps d'attente au service des urgences (SU) ou des retards à l'obtention des services requis.

Une des mesures utilisées par le RLISS pour calculer le nombre de jours qu'une personne passe à l'hôpital en attente d'un autre niveau de soins est le taux d'ANS en soins actifs. Un taux faible signifie que les gens passent moins de temps en attente de soins postactifs dans un hôpital de soins actifs. Le type de soins postactifs attendus dépend de leurs besoins de soins immédiats et à long terme et peut être l'un des suivants : soins postactifs de rétablissement/convalescence, soins complexes, services de réadaptation, services de soutien communautaire à domicile, services de santé mentale, services d'aide à domicile ou de logement avec services de soutien et soins de longue durée dans un foyer.

Le RLISS surveille le nombre de jours qu'une personne attend à l'hôpital d'être admise à un milieu offrant d'autres niveaux de soins de deux façons :

- Le nombre total de jours qu'un patient a passés à l'hôpital en attendant d'autres niveaux de soins avant d'obtenir son congé. Ce sont des cas clos.
- Le nombre de jours que les patients encore hospitalisés passent à attendre un milieu offrant d'autres niveaux de soins. Ce sont des cas ouverts.

La stratégie du RLISS pour 2011-2012 a porté sur le maintien et l'amélioration de la circulation des patients. D'après l'expérience des deux années précédentes, le RLISS a reconnu qu'une amélioration soutenue sur ce plan ne peut relever d'un organisme ou d'un projet unique; on doit plutôt la considérer comme une question systémique exigeant la mise en œuvre et la mise en concordance de tous les éléments d'une stratégie.

Pour contribuer à l'identification de démarches systémiques visant à accélérer la circulation des patients, le RLISS a participé à deux études. Premièrement, un *projet pilote sur l'amélioration de la circulation des patients* de quatre RLISS a été appuyé par PricewaterhouseCoppers LLP (PwC); deuxièmement, le RLISS a été choisi comme emplacement d'un examen par le Dr Walker, responsable provincial des ANS et

l'équipe d'action sur les ANS. Les constatations et recommandations issues de ces examens ont orienté l'approche du RLISS à l'égard de la circulation accélérée des patients dans les hôpitaux de sa région.

En 2011-2012, le RLISS a élaboré un plan d'action à court terme concernant des projets qui pourraient être mis en œuvre immédiatement pour améliorer la circulation des patients. Ce sont :

- Une structure de gouvernance pour les ANS pour accroître la responsabilisation en matière de circulation des patients, identifier la circulation des patients comme étant une priorité clé du RLISS et faciliter la mise en œuvre de projets d'amélioration de la circulation des patients.
- L'élaboration et la mise en œuvre dans tous les hôpitaux du RLISS d'un processus de gestion intensive des cas pour toutes les personnes en attente d'ANS pendant 40 jours ou plus. Ce processus facilite la collaboration en vue de réduire le nombre de personnes exposées à de longs temps d'attente à l'hôpital.
- Une stratégie focalisée pour faciliter la transition des personnes exposées à de longs temps d'attente à l'hôpital pour une admission à un milieu offrant d'autres niveaux de soins.
- Le repérage précoce des aînés à risque élevé qui, par suite de leur état de santé, risquent de séjourner longtemps à l'hôpital.
- Une volonté continue d'aider les gens à retourner chez eux après un séjour en soins actifs à l'hôpital.

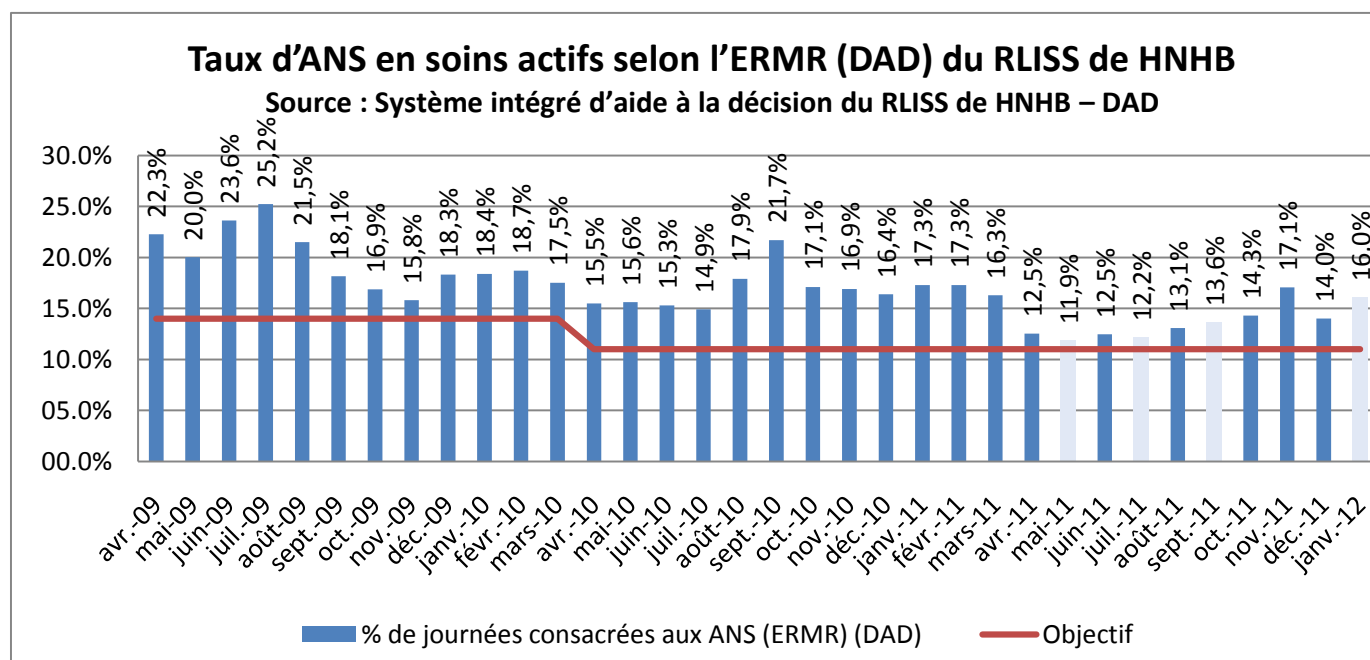
Le RLISS travaille étroitement avec ses fournisseurs de services de santé, son Comité directeur des autres niveaux de soins et le Centre d'accès aux soins communautaires de HNHB pour cerner des stratégies destinées à accélérer la circulation des patients.

Réussites de l'année dernière :

- Le nombre de jours consacrés aux ANS dans les lits de soins actifs durant les six premiers mois de 2011-2012 (12,94 %) le moins élevé depuis 2007 (*Source : système d'information sur les ANS, octobre 2011*). Voir la figure 1.
- La diminution du nombre de personnes attendant à l'hôpital une admission à un foyer de soins de longue durée (SLD) de 360 en août 2010 à 148 au 1^{er} avril 2012 (*Source : SIANS du CASC de HNHB, 26 avril 2012*).
- La diminution du nombre de personnes nouvellement désignées en attente d'ANS aux SLD en soins actifs de 85 en septembre 2010 à 30 en décembre 2011 (*Source : CASC – rapport hebdomadaire*).
- La diminution du taux d'ANS dans les lits de soins complexes de 36,5 % en septembre 2010 à 19,9 % en janvier 2012 (*Source : ministère, rapport sur le système de FSLD, mai 2011*).
- La mise en œuvre d'une stratégie sur les ANS qui regroupe les initiatives pour réaliser des changements durables, notamment :
 - Un mécanisme de gestion intensive des cas normalisé pour tous les patients désignés en attente d'ANS à 30 jours, puis un examen mensuel jusqu'au congé.
 - Le recours à la hiérarchie dans les hôpitaux du RLISS selon lequel on doit obtenir la signature d'un cadre supérieur de l'hôpital et d'un administrateur du CASC avant de décerner la désignation d'ANS-SLD. Cette mesure vise à assurer que toutes les options ont été envisagées et que l'attente d'une admission en FSLD est la seule option viable. Entre juillet et septembre 2011 (deuxième trimestre de 2011-2012), les hôpitaux ont signalé le nombre de

- patients nouvellement désignés ANS-SLD dans des lits de soins actifs (88) le moins élevé depuis 2009 (*Source : CASC – rapport hebdomadaire*).
- Mise en œuvre en septembre 2011 d'une stratégie focalisée visant à évaluer les répercussions des longs temps d'attente sur les patients en attente d'une admission à un FSLD. En date du 20 mars 2012, 143 personnes ont été transférées au milieu de soins approprié à l'ensemble de leurs besoins (sociaux, cognitifs et physiques). Ensemble ces patients ont accumulé 25 998 journées d'ANS (*Source : CASC – rapport hebdomadaire*).
 - Lancement de groupes des opérations quotidiens (ont évolué à trois appels hebdomadaires) réunissant le RLISS, les administrateurs principaux des hôpitaux et le CASC pour discuter de la population en attente d'ANS de chaque hôpital, des obstacles et des solutions vers une transition.
 - Mise en œuvre du programme de soins complexes intégrés du RLISS dans deux hôpitaux.
 - Diminution de 22,35 % du nombre de demandes de long séjour aux FSLD (transferts exclus) depuis juin 2010 (2 547 en juin 2010 et 1 978 en mai 2011) (*Source : ministère, rapport sur le système de FSLD, mai 2011*).
 - Depuis l'entrée en exploitation des lits d'évaluation et de rétablissement et des lits de réadaptation lente, 79,3 % des patients ont été renvoyés chez eux (*Source : rapports mensuels du RLISS de HNHb sur l'évaluation et le rétablissement*).
 - Lancement d'une nouvelle catégorie d'évaluation et de rétablissement pour les personnes nécessitant une longue période de soins de rétablissement (réactivation évaluation-rétablissement).

Figure 1



Remarque : le nombre plus élevé en novembre 2011 et en janvier 2012 découle du renvoi de plusieurs patients hospitalisés qui attendaient depuis longtemps une admission à un milieu de soins approprié.

Temps d'attente aux services des urgences

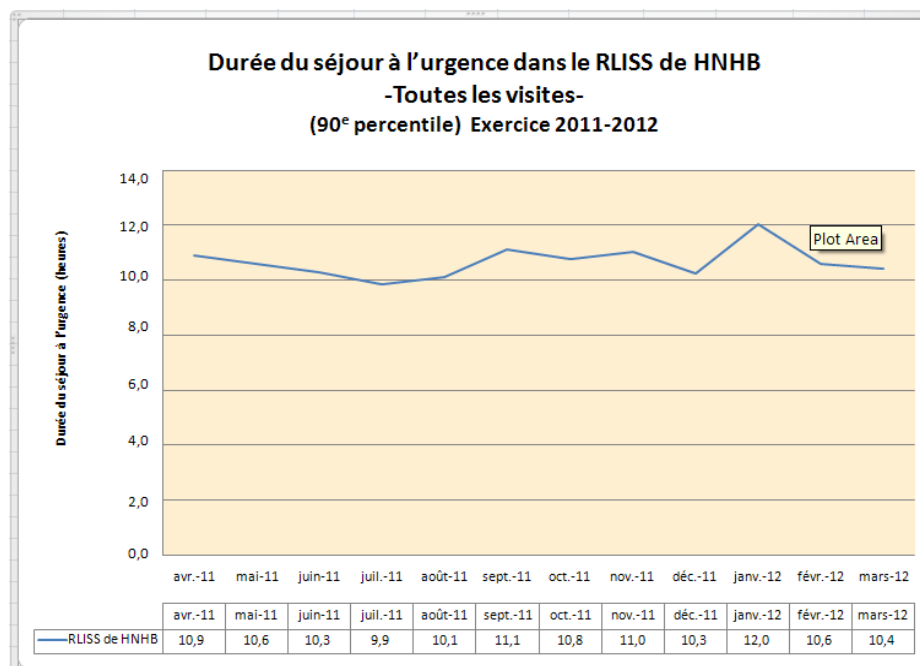
L'amélioration de l'accès aux services des urgences (SU) reste une priorité pour le RLISS de HNHB en 2011-2012. Durant l'année, les hôpitaux du RLISS ont signalé une augmentation du nombre de visites au SU comparativement à la même période en 2010-2011 (environ 4 000 visites de plus entre avril 2011 et janvier 2012). Le nombre d'aînés atteints de troubles complexes examinés au SU a également augmenté, ce qui a prolongé la durée du séjour à l'urgence. Les stratégies visant à réduire les temps d'attente à l'urgence ont focalisé la réduction de la demande de services d'urgence, l'amélioration des efficacités au SU et l'amélioration de la circulation des patients hospitalisés.

Le temps d'attente au SU est la durée de la visite à l'urgence à partir du triage ou de l'inscription (le premier des deux prévalant) jusqu'au départ de l'urgence. Il est mesuré au 90^e percentile et représente le temps que la neuvième personne sur dix a attendu. Par exemple, si dix personnes se rendent à un SU et que huit ont été traitées et ont quitté le SU moins de deux heures après leur inscription, mais que la visite de la neuvième personne a duré huit heures, le temps d'attente au 90^e percentile est huit heures.

La durée du séjour à l'urgence pour les patients est restée stable jusqu'en décembre 2011, puis les temps d'attente ont commencé à augmenter (voir la figure 2). L'augmentation de la durée globale du séjour est attribuable à la hausse du temps d'attente pour les personnes attendant qu'un lit pour malade hospitalisé se libère (voir la figure 3). Les facteurs affectant le temps d'attente des patients admis identifiés par les hôpitaux du RLISS sont les suivants :

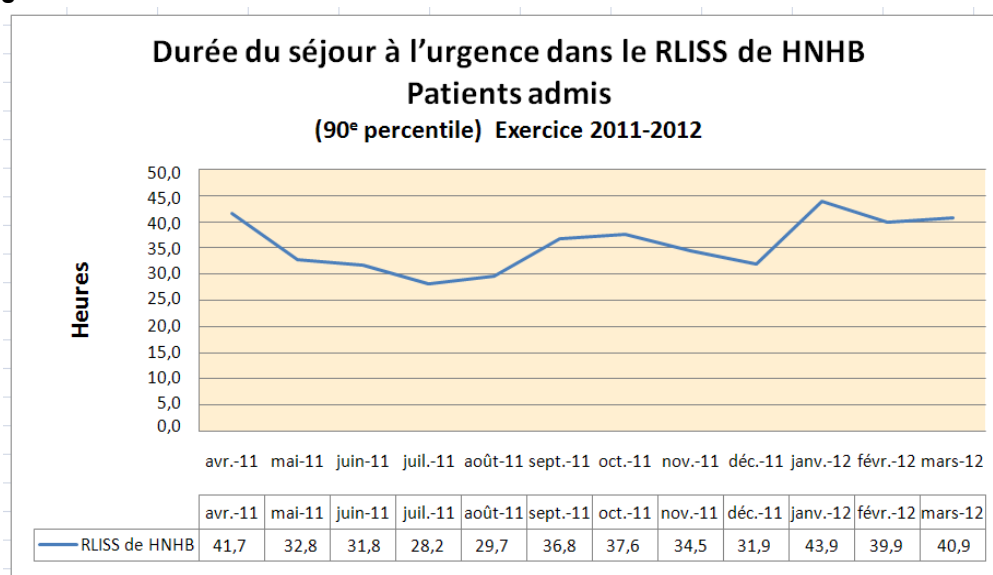
- Augmentation du nombre de visites à l'urgence
- Hausse du nombre d'aînés atteints de troubles complexes se présentant à l'urgence
- Nombre plus élevé de personnes nécessitant l'isolement
- Non-disponibilité de lits pour malades hospitalisés
- Restrictions des admissions aux foyers de soins de longue durée par suite de flambées (grippe).

Figure 2



(Source : CCO-ATC CTAS Hospital Comparison Report, mars 2012).

Figure 3



(Source : CCO-ATC ER Pay for Results – Year 4- Operational Report, mars 2012)

Activités clés pour réduire la demande et les temps d'attente au SU

Programme de financement axé sur les résultats

En 2011-2012, huit hôpitaux dotés d'un SU ont participé au Programme de financement axé sur les résultats du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ce programme vise à diminuer les temps d'attente à l'urgence en mettant en œuvre des démarches destinées à accélérer la circulation des patients. Ces démarches incluent l'établissement de zones d'évaluation rapide pour les patients non gravement atteints, la mise en œuvre de coordonnateurs de la circulation des patients, l'amélioration des services de soutien à l'urgence, l'ajout d'heures pour le personnel infirmier de triage et les médecins de l'urgence et l'exploitation d'unités accélérées qui fournissent une capacité temporaire aux malades hospitalisés en attente de leur congé.

Hôpitaux du RLISS participants :

- Brant Community Healthcare System
- Hamilton Health Sciences
 - Hamilton General Hospital
 - Juravinski Hospital and Cancer Centre
 - McMaster Children's Hospital
- Hôpital Joseph Brant Memorial
- Système de santé de Niagara
 - Hôpital St. Catharines General
 - Hôpital général du Grand Niagara
- Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton

Le Programme de financement axé sur les résultats a ajouté un nouvel élément en 2011-2012 : la mise en œuvre du modèle d'unité de soins de courte durée. Ces unités fournissent des lits additionnels pour malades hospitalisés et sont destinées aux patients admis à l'urgence qui devraient rester à l'hôpital pour un maximum de trois jours (72 heures). On s'attend à ce que ce programme accélère la circulation des patients admis et aide les hôpitaux à réduire le temps d'attente au 90^e percentile pour les patients admis à l'urgence. Trois hôpitaux exploitaient des unités de soins de courte durée en 2011-2012 : l'emplacement General de Hamilton Health Sciences, le Centre de santé St-Joseph de Hamilton et l'emplacement de St. Catharines du Système de santé de Niagara.

Temps d'attente aux SU en 2011-2012 :

- En 2011-2012, les huit emplacements du RLISS participant au Programme de financement axé sur les résultats ont raccourci la durée du séjour à l'urgence des patients admis de 6,3 heures (d'avril 2011 à janvier 2012, 34,4 heures) par rapport à la mesure de référence de l'année précédente (40,7 heures), soit une amélioration du rendement de 15 %. Pour tous les SU des RLISS, collectivement (cumul annuel à janvier 2012), le nombre d'heures passées à l'urgence en attendant un lit d'hôpital a diminué de 10,7 heures par rapport à avril 2008.
- Les temps d'attente pour les patients non admis sont demeurés stables pour les emplacements du RLISS participant au Programme de financement axé sur les résultats, affichant une très légère amélioration. À noter que ces emplacements signalent une augmentation du nombre de visites de patients gravement atteints non admis qui exigent autant de ressources et de temps pour décider d'admettre ou non que les patients admis. Collectivement, les emplacements du RLISS participant au Programme de financement axé sur les résultats traitent 86 % des patients gravement atteints dans le délai fixé de sept heures et cinq emplacements sur huit ont amélioré leur rendement par rapport à la durée du séjour cible. Les temps d'attente pour les patients non gravement atteints sont restés relativement constants. Les huit emplacements participant au Programme de financement axé sur les résultats ont affiché des améliorations par rapport à leur mesure de référence, mais individuellement quatre emplacements sur huit ont amélioré leurs résultats.

Programme d'amélioration du rendement des services des urgences

Le Programme d'amélioration du rendement des services des urgences applique la méthodologie LEAN aux procédures de circulation des patients à l'échelle de l'hôpital en engageant plusieurs départements qui focalisent l'amélioration des temps d'attente à l'urgence. Les stratégies du programme portent sur les procédures de triage à l'urgence, la rationalisation des patients selon la gravité de la maladie, l'amélioration des procédures d'analyses de laboratoire et d'imagerie diagnostique et l'amélioration des procédures de congé des patients hospitalisés pour faire place aux patients de l'urgence nouvellement admis.

En 2011-2012, les deux derniers emplacements du RLISS participant au Programme de financement axé sur les résultats – le Centre de santé St-Joseph de Hamilton et l'Hôpital général du Grand Niagara du Système de santé de Niagara – ont participé au Programme d'amélioration du rendement des services des urgences. En 2011-2012, on a lancé un programme d'amélioration des procédures moins intense appelé « ED PIP Light Touch » auquel l'emplacement de Welland du Système de santé de Niagara a participé.

Accès Soins

Ce programme exploité par le CASC de HNHB met les résidents sans médecin de famille en rapport avec des fournisseurs de soins primaires. Au cours des dix premiers mois de 2011-2012 (d'avril 2011 à janvier 2012), le CASC a mis 2 448 personnes en rapport avec un médecin. (*Source : rapport mensuel du CASC de HNHB, janvier 2012*).

Accès accru aux centres de soins d'urgence mineure

Les personnes ayant des besoins de santé émergents moins impératifs peuvent être traitées aux centres de soins d'urgence mineure plus rapidement qu'à l'urgence. Le sixième centre de soins d'urgence mineure du RLISS a ouvert ses portes en avril 2011 dans le cadre de l'initiative Access to Best Care de Hamilton

Health Sciences. En 2011-2012, deux centres de soins d'urgence du RLISS ont signalé un temps d'attente d'environ trois heures pour neuf personnes sur dix, comparativement à un temps d'attente global de onze heures pour le RLISS.

Accès rapide à la médecine interne

En 2010-2011, deux cliniques d'accès rapide à la médecine interne ont ouvert leurs portes à l'emplacement McMaster de Hamilton Health Sciences et au Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton. Ces cliniques financées à même la stratégie Vieillir chez soi accélèrent l'accès aux consultations en médecine interne générale par l'entremise d'une clinique ambulatoire. Le programme réduit les temps d'attente à l'urgence en donnant accès à des médecins internes dans un délai de 24 à 48 heures, permettant ainsi aux médecins de l'urgence de renvoyer les patients qui peuvent être examinés dans un contexte ambulatoire, leur évitant ainsi d'attendre à l'urgence.

Depuis le 1^{er} avril 2011, les deux cliniques d'accès rapide à la médecine interne ont signalé 2 618 nouveaux clients, 935 visites de suivi, 718 visites à l'urgence évitées (personnes acheminées aux cliniques par des sources autres que les services des urgences) et 252 congés précoces de l'hôpital grâce aux soins de suivi dispensés dans la clinique. Les deux programmes ont signalé une diminution de 52 % des temps d'attente à l'urgence pour les patients examinés à la clinique qui nécessitaient une consultation en médecine interne générale, comparativement aux patients examinés à l'urgence pour une consultation en médecine interne.

Élargissement des infirmières praticiennes dans les maisons de soins de longue durée

Ce programme permet aux pensionnaires d'être traités dans les foyers de soins de longue durée, ce qui évite les transferts à l'urgence ou à l'hôpital stressants pour le pensionnaire et sa famille. En date de septembre 2011, 1 876 pensionnaires de foyers de soins de longue durée du RLISS étaient traités par des infirmières praticiennes. On estime d'après le nombre de visites que 751 transferts à l'urgence ont été évités. L'équipe d'infirmières praticiennes des maisons de soins de longue durée a également offert 129 séances éducatives visant à renforcer les capacités cliniques du secteur des SLD dans le RLISS.

Responsables de cas du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC)

En date de janvier 2012, la présence de responsables de cas du CASC dans les services des urgences a permis d'éviter 3 264 admissions. En cas de besoin, les responsables de cas du CASC organisent la prestation de soins dans la collectivité plutôt qu'à l'urgence.

Outil de dépistage pour les aînés à risque élevé

Comme on l'a mentionné précédemment, le RLISS a participé à un *projet pilote sur l'amélioration de la circulation des patients* de quatre RLISS appuyé par PricewaterhouseCoppers LLP (PwC). Une des constatations du rapport est la suivante : dans le cas des deux hôpitaux du RLISS qui ont fait l'objet d'une étude, plus de 60 % des personnes admises qui ont été désignées plus tard en attente d'ANS avaient plus de 75 ans et provenaient de la collectivité sans services de soins à domicile. En fonction de ces constatations, le RLISS, en association avec deux de ses hôpitaux et le CASC, a piloté un outil de dépistage pour les SU afin de repérer les aînés à risque élevé (âgés de plus de 75 ans) qui se présentent à l'urgence et de les acheminer au CASC.

En trois mois, 340 personnes ont été identifiées et acheminées au CASC. Parmi les 340 acheminements, 196 personnes n'étaient jamais venues au CASC et 90 d'entre elles étaient admissibles aux services. Par conséquent, le CASC a fourni 2 318 heures de services de soutien à la personne, 428 visites d'infirmières et 117 visites pour des services thérapeutiques.

Comité directeur des services des urgences

Le Comité directeur des services des urgences (CDSU) du RLISS a fourni aux fournisseurs de services de santé et au RLISS des directives concernant la planification et la mise en œuvre de projets visant à améliorer la qualité des services offerts et les temps d'attente à l'urgence dans les collectivités du RLISS.

En 2011-2012 le CDSU a approuvé un financement unique pour appuyer :

- le projet Community Referral by Emergency Medical Services pour entamer la mise en œuvre de cette initiative réussie à Hamilton;
- la deuxième étape d'un projet pilote axé sur l'évitement de l'urgence du projet Niagara EMS « OMEGA »;
- une initiative d'amélioration de la qualité dans les 13 SU du RLISS, avec le McMaster Emergency Medicine Research Group (MEMRG), signalant l'observation de sept indicateurs de la qualité des soins pour les SU;
- une initiative de Hamilton Health Sciences, du Centre de santé St-Joseph de Hamilton et des fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances visant à diminuer l'utilisation du SU par les plus grands utilisateurs et à organiser des forums de planification de soins axés sur les patients;
- une initiative axée sur la circulation des patients avec le Brant Community Healthcare System et d'un modèle d'infirmières praticiennes en milieu hospitalier qui travaillent avec les foyers de soins de longue durée et l'équipe d'approche dirigée par des infirmières. Cette initiative favorise les stratégies d'évitement du SU et l'amélioration des pratiques de transfert de l'hôpital aux soins de longue durée.

En 2011-2012, deux projets financés par le CDSU portant sur l'évitement des SU ont atteint leurs objectifs :

- Le projet Niagara EMS « OMEGA » a effectué une étude de faisabilité de première étape d'appels 911 pour des cas peu graves pouvant être réacheminés. On a découvert que la mise en œuvre du logiciel de triage au centre d'acheminement permettrait de réacheminer 500 appels aux SMU par mois, soit jusqu'à 60 % des appels pour des cas peu graves si les solutions de rechange et l'infrastructure étaient en place. On procédera à une étude de deuxième étape.
- Les SMU de Hamilton ont mis en place le Community Referral by Emergency Medical Services en partenariat avec le CASC de HNHBB. Plus de 300 paramédicaux ont reçu une formation afin de faire des acheminements aux services communautaires au nom des résidents qui ont composé le 911. Entre octobre 2010 et octobre 2011, 428 acheminements ont été effectués et 77 % des personnes ont obtenu des services nouveaux ou améliorés du CASC.

Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement

Le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement est un projet provincial qui a pour but d'améliorer les services offerts aux adultes âgés ayant des comportements complexes peu importe où ils

habitent grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre de nouveaux modèles axés sur la **qualité des soins** et la **qualité de vie**.

Le projet repose sur un cadre qui met l'accent sur la coordination et la gestion du système, la prestation intégrée des services et une meilleure expérience pour les patients et leurs soignants.

En août 2011, le RLISS et trois autres RLISS de l'Ontario ont été identifiés comme étant des adoptants précoces pour mettre en œuvre le cadre du projet et le modèle de programme opérationnel.

Pour guider le remaniement des services de soutien en cas de troubles du comportement au sein du cadre du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, le RLISS, de concert avec ses fournisseurs de services de santé et autres intervenants clés, a élaboré un plan d'action. Le plan énonce des projets d'amélioration qui permettront d'atteindre l'état futur souhaité en éliminant les lacunes et le recouplement au sein du système et en améliorant et en reconfigurant les services actuels. Cet état futur répondra aux besoins des clients et favorisera des soins axés sur le client et la famille le long du continuum. Les plans d'amélioration ont été élaborés en fonction de l'énoncé de valeur cerné lors d'une séance de cartographie de la chaîne de création de valeur tenue en septembre 2011 : « **Je suis qui je suis, donc aidez-moi à continuer de l'être.** »

Stratégies d'amélioration clés pour le plan d'action du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement du RLISS de HNHB :

- L'élaboration d'une trousse d'outils que les travailleurs en soins primaires pourront consulter pour repérer et gérer les personnes atteintes de comportements réactifs.
- Un processus d'information et d'acheminement centralisé conçu pour mettre le client/la famille en rapport avec les services appropriés.
- L'établissement d'un modèle d'organisme responsable communautaire intégré pour coordonner les services et créer un seul point de contact pour les clients/familles.
- Des équipes mobiles interdisciplinaires dans la communauté et les foyers de soins de longue durée qui renforceront la capacité et favoriseront des transitions sans heurt pour les clients dans l'ensemble du système.

Réussites de l'année dernière :

- Recrutement de personnel pour les modèles de soutien en cas de troubles du comportement des foyers de soins de longue durée et de la collectivité.
- Élaboration et mise à l'essai de nouvelles approches à l'égard des soins pour les quatre plans d'amélioration du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement du RLISS.
- Avalisation du plan d'action du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement du RLISS de HNHB par l'équipe de provinciale des ressources du projet et l'équipe de Qualité des services de santé Ontario.
- Avalisation du RLISS comme étant un adoptant précoce en vue de la mise en œuvre du cadre du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement.
- Identification d'un foyer de soins de longue durée comme employeur responsable du personnel du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement des FSLD.

- Signature d'un protocole d'entente avec le FSLD responsable de l'équipe mobile de soutien en cas de troubles du comportement des FSLD par 63 des 86 FSLD.
- Approbation d'un financement à l'appui d'une formation axée sur les approches spécialisées en matière de soins aux personnes atteintes de démences pour plus de 700 employés des FSLD.

Stratégie de réduction des temps d'attente

La Stratégie de réduction des temps d'attente continue de multiplier ses efforts en vue de réduire les temps d'attente pour l'accès aux soins, particulièrement en ce qui touche le cancer, les services cardiaques, l'imagerie diagnostique, les arthroplasties et les services de cataracte pour tous les résidents du RLISS.

En 2011-2012, le RLISS s'est engagé à l'égard de ses résidents à fournir un accès rapide à des services de qualité axés sur des analyses de données probantes, une participation active et l'utilisation efficace des sommes consacrées à la santé.

Le RLISS n'a pas constaté de réduction des temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche et du genou et une chirurgie de la cataracte en 2011-2012. Cependant, il a affiché d'importantes améliorations des temps d'attente pour un examen par imagerie diagnostique et des temps d'attente à la fin de l'exercice pour une chirurgie du cancer et un pontage coronarien.

Le RLISS a continué à faire face à des enjeux en 2011-2012 qui ont limité les réductions des temps d'attente rapportées, notamment :

- Une demande accrue et une capacité chirurgicale réduite due au manque de lits pour malades hospitalisés. Ces lits sont affectés par la demande non planifiée de services hospitaliers et l'incapacité de renvoyer une personne à un niveau de soins postactifs.
- La qualité et la variation des données. Le RLISS travaille avec les hôpitaux pour assurer que les données sont exactes et conformes aux normes provinciales.
- Les pratiques hospitalières incohérentes pour les plans de traitement qui affectent la circulation des patients.

Pour améliorer l'accès aux soins de santé et la qualité des services en 2011-2012, le RLISS et ses fournisseurs de services de santé de tous les secteurs ont effectué les activités suivantes :

- Ils ont mis en œuvre des stratégies d'amélioration appropriée à chaque hôpital pour réduire les temps d'attente, particulièrement à l'urgence et aux services d'imagerie diagnostique.
- Ils ont surveillé les tendances des temps d'attente durant l'année pour déterminer les secteurs de besoins et mis en œuvre des solutions locales et/ou régionales comprenant une réaffectation des fonds selon les besoins.
- Ils ont fourni aux intervenants une formation et de l'information afin de surveiller le rendement et favoriser des améliorations soutenues.
- Ils ont facilité une discussion concertée pour cerner les inégalités, diminuer les variations sur le plan des services et appuyer les plans d'amélioration de la qualité des hôpitaux et entre les hôpitaux pour maximiser la capacité des volumes et améliorer la circulation des patients.
- Ils ont travaillé étroitement avec les programmes provinciaux pour assurer la prestation de services optimaux dans les secteurs de la cardiologie et de la cancérologie.

Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS de HNHB : Indicateurs du rendement 2011-2012

Indicateur du rendement	Valeur de départ du RLISS 2011-2012	Cible de rendement du RLISS 2011-2012	Rendement du RLISS pour le plus récent trimestre de 2011-2012	Écart de la cible pour le résultat du plus récent trimestre*	Résultat annuel du RLISS pour l'exercice 2011-2012
Service des urgences/autres niveaux de soins					
1. Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS) – par RLISS ou établissement***	17,88 %	11,00 %	16,26 %	47,8 %	15,37 %
- Le RLISS de HNHB a continué à afficher une amélioration du pourcentage d'ANS en 2011-2012 à partir d'une valeur de départ de 17,88 % à un taux inférieur signalé de 12,94 % au premier trimestre de 2011-2012. C'est le taux d'ANS le moins élevé que le RLISS a affiché depuis 2007. Il a maintenu un taux d'ANS moins élevé allant de 11,9 % à 13,1 % entre avril et août 2011. - Le taux d'ANS a progressé au plus récent trimestre de 2011-2012, car une stratégie ciblée pour les personnes risquant de longs temps d'attente a été priorisée en octobre 2011. Depuis lors, 169 patients ayant enregistré en tout 30 000 journées d'ANS ont été transférés au niveau de soins approprié. - L'amélioration des taux d'ANS est attribuable à un ensemble de stratégies, notamment Chez soi avant tout, une gestion intensive des cas pour les personnes ayant moins de 30 journées consacrées aux ANS et des programmes de rétablissement comme les lits d'évaluation et de rétablissement et les lits de réadaptation lente qui donnent aux patients une période de temps plus longue pour se remettre et retourner chez eux. - Le RLISS anticipe que le taux d'ANS continuera de s'améliorer en 2012-2013.					
2. Durée du séjour à l'urgence pour les patients admis – 90^e percentile	38,92	28,30	42,03	48,5 %	35,45
- La durée du séjour à l'urgence pour les patients admis a été l'indicateur lié à l'urgence le plus difficile à améliorer. La durée du séjour à l'urgence reflète la circulation des patients hospitalisés. En 2011-2012, la durée des séjours à l'urgence a globalement diminué de 3,4 heures (soit 9 %) et affiche écart de 25 % par rapport à la cible. - Il y a eu une amélioration marquée entre avril (40,4 heures) et juillet (28,6), la durée du séjour à l'urgence en juillet ayant été la plus courte au cours des quatre dernières années et affichant une variance de 1 % de la cible. Deux montées survenues en septembre (37,1) et en janvier (44,3) sont attribuables aux temps d'attente plus longs signalés par l'emplacement St. Catharines du SSN, l'emplacement du Grand Niagara du SSN et l'Hôpital Joseph Brant Memorial (HJBM). L'éclosion de C. difficile survenue dans le SSN en 2011 a affecté ses temps d'attente à l'urgence, car on a respecté les protocoles d'isolement. L'HJBM a mis en œuvre de nouvelles initiatives en 2011-2012 pour améliorer les temps d'attente à l'urgence. En dépit d'améliorations substantielles, les temps d'attente					

ont augmenté aux niveaux de 2010-2011 pendant certains mois. - Les facteurs influençant les temps d'attente à l'urgence des hôpitaux sont les suivants : nombre élevé de patients admis à l'urgence, protocoles de contrôle des infections, nombre croissant de cas graves et de cas plus complexes de comorbidités, éclosions dans les foyers de soins de longue durée de la collectivité et diminution des services pendant les fêtes de fin d'année/congés. - Le RLISS rencontre les hôpitaux qui affichent des temps d'attente plus longs tous les mois pour discuter de stratégies d'amélioration du rendement.					
3. Durée du séjour à l'urgence des patients non admis ayant des troubles complexes (I-III sur l'ETG) – 90^e percentile	7,87	7,50	7,87	4,9 %	7,75
- Bien que cet indicateur se soit amélioré, le RLISS a terminé l'année 0,25 heure au-dessus de la cible, ce qui représente une variance de 3 % (et une amélioration du rendement de 2 %). - Les volumes de patients gravement atteints (I-III sur l'ETG) tendent à augmenter depuis quatre ans et cela a empêché d'obtenir de meilleurs résultats. Pour 2011-2012, les SU du RLISS ont traité 5 800 cas graves de plus, ce qui représente une hausse de 2 % par rapport à l'exercice précédent. Entre 2008-2009 et la fin de 2011-2012, le RLISS a enregistré une augmentation de 21 %, soit environ 57 000 visites de plus par des patients gravement atteints. - En dépit de la tendance à la hausse des volumes, la durée du séjour à l'urgence globale du RLISS s'est améliorée pour ce groupe de patients. - L'Hôpital West Lincoln Memorial (WLMH), qui affiche la durée du séjour à l'urgence la plus longue pour ce groupe, a conclu des ententes de planification avec un hôpital partenaire afin d'améliorer l'accès aux appareils d'imagerie diagnostique. L'accès aux consultations médicales et aux diagnostics étant limité après les heures d'ouverture (laboratoires/ultrasons), des arrangements de rechange sont requis pour pouvoir apporter des améliorations.					
4. Durée du séjour à l'urgence des patients non admis ayant des troubles mineurs non compliqués (IV-V sur l'ETG) – 90^e percentile	4,82	4,50	4,85	7,8 %	4,87
- Le temps d'attente du RLISS à la fin de l'exercice pour cet indicateur affichait un écart de 0,37 heure par rapport à la cible, soit une variance négative de 8 %. Le RLISS demeure 0,57 heure en deçà du rendement provincial global à la fin de l'exercice. - Dans le cas des urgences recevant plus de 30 000 visites (emplacements participant au Programme de financement axé sur les résultats), cet indicateur s'établit entre 3,4 et 6,4 heures. Pour les emplacements qui ne participent pas au Programme (moins de 30 000 visites annuelles), la fourchette s'établit entre 1,9 et 6,0 heures. - Les facteurs contribuant aux temps d'attente rapportés pour les personnes non admises sont les suivants : le nombre de personnes attendant un lit d'hôpital à l'urgence exigeant des ressources et un espace de civière ainsi qu'un certain temps pour subir des tests médicaux (c.-à-d. analyses de laboratoire, ultrasons). - Les hôpitaux du RLISS ont mis en œuvre des zones d'évaluation rapide, des directives médicales, des aires d'examen et de traitement pour les médecins et des infirmières praticiennes pour améliorer la circulation et réduire les temps d'attente pour les patients non admis ayant des troubles mineurs.					

Temps d'attente pour une chirurgie					
5. Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90^e percentile	61	58	71	22,4 %	62
- Le temps d'attente pour une chirurgie du cancer est resté remarquablement stable en 2011-2012. Le temps d'attente rapporté de 62 jours n'a pas atteint la cible de fin d'exercice de 58 jours, mais ne surpassait que d'un jour celui du début de l'exercice. - En 2012-2013, les priorités du programme régional de cancérologie du RLISS incluent : la mise en œuvre d'un plan de services de cancérologie intégrés pour tous les hôpitaux prévoyant la mise en place d'une stratégie d'informatique régionale, l'ouverture du Walker Family Cancer Center à St. Catharines et le renforcement du programme régional de cancérologie, y compris l'établissement d'un véhicule mobile régional pour augmenter les dépistages.					
6. Temps d'attente pour un pontage coronarien – 90^e percentile	34	48	35	-27,1 %	46
- Le temps d'attente pour un pontage coronarien non urgent au plus récent trimestre était de 35 jours et pour la fin de l'exercice il est inférieur (-46 jours) à la cible du RLISS. - Cet indicateur signale seulement le temps d'attente pour les personnes en attente d'un pontage coronarien non urgent et, partant, il est affecté par le nombre de personnes en attente d'une intervention urgente ou semi-urgente. - Les services de chirurgie cardiaque du RLISS sont dispensés par un seul hôpital - Hamilton Health Sciences. - Le LHIN travaille avec HHS et l'unité des services provinciaux du MSSLD pour que HHS ait les ressources nécessaires pour répondre aux besoins des résidents nécessitant cette chirurgie.					
7. Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90^e percentile	127	120	154	28,3 %	143
- Le temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte s'établissait à 143 jours à la fin de l'exercice. Il est inférieur à la cible provinciale de 182 jours, mais supérieur à la cible du RLISS (120 jours). - Des ressources additionnelles octroyées aux services chirurgicaux au dernier trimestre de 2011-2012 ont entraîné l'amélioration des temps d'attente rapportée à la fin de l'exercice.					
8. Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche – 90^e percentile	201	177	223	26,0 %	229
- Le temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche dans le RLISS s'est graduellement amélioré depuis la fin du troisième trimestre. Le temps d'attente annuel était de 229 jours, mais le temps d'attente du RLISS signalé en mars 2012 était inférieur à sa cible de 177 jours et aux temps d'attente rapportés à l'échelle de la province. - Le temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche rapporté en mars 2012 était le moins élevé enregistré dans le RLISS depuis août 2010. - Le nombre de patients nécessitant des remplacements totaux des articulations qui se sont joints au programme régional d'évaluation des articulations en 2011-2012 était supérieur à celui des années précédentes. Quatre des cinq hôpitaux du RLISS exploitent ce programme en 2012-2013.					

9. Temps d'attente pour l'arthroplastie du genou – 90^e percentile	217	182	302	65,9 %	267
- Le temps d'attente annuel à la fin de l'exercice pour l'arthroplastie du genou s'établissait à 267 jours, soit 85 jours de plus que la cible du RLISS et de la province (182 jours). - Des projets en cours en 2012-2013 entre le RLISS et son groupe de travail orthopédique visent à normaliser les plans de traitement clinique et à améliorer les efficacités et l'expérience des patients. - Le RLISS rencontrera les hôpitaux du RLISS qui affichent des temps d'attente élevés pour élaborer et mettre en œuvre des plans d'amélioration pour 2012-2013.					
Temps d'attente pour un examen diagnostique					
10. Temps d'attente pour un examen diagnostique par IRM – 90^e percentile	119	88	79	-10,2 %	91
- Le temps d'attente pour un examen par IRM s'établissait à 91 jours à la fin de l'exercice, trois jours de plus que la cible du RLISS et 28 jours de moins que la valeur de départ du RLISS en 2011-2012. - Les plans d'amélioration de l'imagerie diagnostique lancés par le RLISS en 2011-2012 avec les hôpitaux clés ont mené aux temps d'attente pour un examen par IRM les moins élevés signalés pour le RLISS depuis la mise en vigueur des rapports au titre de la Stratégie de réduction des temps d'attente. - En date de mars 2012, les temps d'attente de quatre hôpitaux sur cinq sont inférieurs à la cible du RLISS (88 jours).					
11. Temps d'attente pour un examen diagnostique par tomodensitométrie – 90^e percentile	43	43	44	2,3 %	45
- Le temps d'attente pour un examen par tomodensitométrie est resté relativement constant en 2011-2012 s'établissant à 45 jours annuellement, deux jours au-delà de la cible du RLISS et de la valeur de départ de 2011-2012. - Le temps d'attente pour un examen par tomodensitométrie en mars 2012 était de 39 jours, ce qui est le temps d'attente le moins élevé pour le RLISS depuis la mise en vigueur des rapports au titre de la Stratégie de réduction des temps d'attente. - Une collaboration soutenue entre les hôpitaux et la mise en œuvre de stratégies d'amélioration par tous les hôpitaux du RLISS amélioreront l'accès à l'imagerie diagnostique en 2012-2013.					
Excellence des soins pour tous/qualité					
12. Réadmission dans un délai de 30 jours pour des groupements de maladies analogues sélectionnées**	15,10 %	14,00 %	16,29 %	16,4 %	15,62 %
- Le pourcentage de patients réadmis pour des groupements de maladies analogues sélectionnées est resté relativement constant durant la période (2011-2012). Le RLISS a mis en œuvre diverses stratégies pour assurer des admissions et réadmissions appropriées aux hôpitaux. - Les personnes de 75 ans subissent un dépistage à l'aide d'un outil fondé sur des données probantes					

destiné aux personnes à risque de visites/d'hospitalisation au SU. Les personnes qui participent à ce projet pilote et répondent aux déclencheurs de l'outil sont acheminées au CASC pour des services nouveaux ou améliorés ou de l'information et des acheminements aux services communautaires comme la popote roulante. - Le RLISS pilote un outil de dépistage et d'intervention précoce pour les aînés de 75 ans et plus dans deux hôpitaux. Il s'agit d'un outil de dépistage interRAI modifié pour les SU et il est mis à l'essai au Brant Community Healthcare System et à l'Hôpital Norfolk General. Au troisième trimestre, 340 acheminements au CASC étaient générés par les emplacements. Parmi les 340 acheminements, 196 personnes n'étaient jamais venues au CASC, 90 d'entre elles étaient admissibles aux services et 106 ne l'étaient pas. Cent-quarante-quatre personnes étaient déjà venues au CASC et recevaient actuellement des services; leur responsable de cas avait effectué une visite de suivi ou un appel. - L'autogestion est une stratégie clé qui aide les personnes à conserver leur santé et à rester dans leur propre domicile. Les fournisseurs de services de santé offrent actuellement une formation en soutien et en programmes d'autogestion et en autogestion d'une maladie chronique aux personnes atteintes du diabète ou risquant de l'être.					
Santé mentale et abus d'alcool et autres drogues					
13. Visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des troubles mentaux**	18,40 %	18,40 %	21,33 %	15,9 %	19,93 %
- Bien que le RLISS n'ait pas atteint sa cible de fin d'exercice pour cet indicateur, plusieurs initiatives ont été mises en œuvre pendant l'année : - Le rapport « Progress Report: Repeat Visits to the Emergency Department (ED) by Persons with a Mental Health and Addiction (MH&A) » a été achevé en janvier 2012. Il facilitera la discussion avec les fournisseurs et les démarches de ces derniers à l'échelle du RLISS. - La mise en vigueur d'un nouveau financement des paiements à la séance fournit aux gens un meilleur accès aux psychiatres dans les régions insuffisamment desservies du RLISS. - Les fournisseurs de services de santé mentale achèvent la mise en place de l'ECBO. - De nouvelles sommes ont été investies dans les services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances, notamment : - Postes de travailleurs sociaux/gestionnaires de crises à Brant, Niagara et Burlington - Élargissement du programme d'intervention précoce en cas de psychose à Haldimand-Norfolk, Niagara et Brant - Postes d'infirmières praticiennes et d'infirmières à Niagara, Haldimand-Norfolk et Brant par le biais de la télémédecine - Services gériatriques spécialisés à Haldimand-Norfolk et Niagara - Programmes d'intervention précoce en cas de psychose à Niagara et Brant - Soutien pour le programme de santé communautaire pour malades hospitalisés atteints de troubles de l'alimentation à Hamilton.					
14. Visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des problèmes dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues**	21,40 %	21,40 %	23,02 %	7,5 %	22,40 %

- Le RLISS compte une proportion élevée de personnes atteintes de troubles concomitants (toxicomanies et troubles mentaux). Les fournisseurs de services de santé affirment que ce groupe est difficile à servir.
- Le RLISS n'atteindra pas sa cible de fin d'exercice et les visites à l'urgence non planifiées répétées ont augmenté pour cette population.
- Huit fournisseurs de services de santé du RLISS s'occupent principalement de personnes ayant des problèmes dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues. L'éventail des services est le suivant : services de traitement en établissement, programmes de gestion du sevrage, programmes de lutte contre le jeu compulsif, évaluation, traitement/counseling, sensibilisation/promotion de la santé, entraide et programmes de jour. Les recherches actuelles sur les troubles concomitants suggèrent qu'il y a une prévalence élevée de personnes ayant des problèmes dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues qui ont également des troubles mentaux. C'est pourquoi le RLISS a décidé de ne pas séparer ces indicateurs et de focaliser ses stratégies sur ce double problème.
- De nouvelles sommes ont été investies dans les logements avec services de soutien et la gestion de cas pour les toxicomanes, tandis que les services de lutte contre les dépendances en établissement ont reçu des fonds pour moderniser leur équipement et leurs installations.

Accès aux soins communautaires

15. Temps d'attente au 90^e percentile pour les services de soins à domicile du CASC entre la demande en milieu communautaire et le premier service du CASC (gestion de cas exclue)

32,00

27,00

25,00

-7,4 %

29,00

- Bien que cet indicateur ait affiché une amélioration de trois jours pendant l'année, il atteignait deux jours de plus que la cible du RLISS à la fin de l'exercice.
- Les temps d'attente plus élevés (54 jours) rapportés pour la période allant de janvier à mars 2011 ont eu des répercussions sur le temps d'attente du RLISS. Cette montée des temps d'attente est attribuable au financement unique accordé par le RLISS pour réduire le nombre de personnes identifiées comme ayant des besoins peu élevés en attente d'un soutien communautaire. À mesure que ces personnes ont reçu des services, elles ont été retirées de la liste d'attente, ce qui a entraîné une montée des temps d'attente signalés.
- En 2011-2012, soucieux d'optimiser la capacité des services de soutien communautaire, le RLISS a approuvé un financement additionnel pour les organismes de soutien communautaire afin qu'ils puissent venir en aide aux clients figurant sur la liste d'attente du CASC pour ce genre de services.

* Un pourcentage négatif signifie que le RLISS est en deçà de sa cible.

** Les données pour l'exercice 2011-2012 portent sur les quatre derniers trimestres (3^e trimestre de 2010-2011 et 2^e trimestre de 2011-2012) pour des questions d'accessibilité.

*** Les données pour l'exercice 2011-2012 portent sur les quatre derniers trimestres (4^e trimestre de 2010-2011 et 3^e trimestre de 2011-2012) pour des questions d'accessibilité.

États financiers du

**Réseau local d'intégration des
services de santé de Hamilton
Niagara Haldimand Brant**

31 mars 2012

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

31 mars 2012

Table des matières

Rapport de l'auditeur indépendant	1-2
État de la situation financière	3
État des activités financières.....	4
État de la variation de la dette nette.....	5
État des flux de trésorerie	6
Notes complémentaires	7-16

Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant au 31 mars 2012, ainsi que des résultats de ses activités financières, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Bloutte + Tache s.r.l

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 30 mai 2012

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État de la situation financière
au 31 mars 2012

	2012	2011
	\$	\$
Actifs financiers		
Trésorerie	1 136 961	1 869 146
Débiteurs – Financement de cyberSanté Ontario	200 000	-
Montant à recevoir au titre de la TVH	32 298	49 796
Débiteurs – Autres	92 991	-
Montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé (note 9)	5 292 440	11 338 713
	6 754 690	13 257 655
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	853 210	1 077 030
Montant à verser au Ministère (note 3b)	635 488	851 197
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé par le Ministère (note 9)	5 292 440	11 338 713
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLSS (note 4)	-	4 089
Apports de capital reportés (note 5)	155 301	311 967
	6 936 439	13 582 996
Engagements (note 6)		
Dette nette		
Actifs non financiers	(181 749)	(325 341)
Charges payées d'avance	26 448	13 374
Immobilisations (note 7)	155 301	311 967
Surplus accumulé	-	-

Approuvé par le Conseil


_____, administrateur


_____, administrateur

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État des activités financières
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

		2012	2011
	Budget (non audité) (note 8)	Montant réel	Montant réel
	\$	\$	\$
Produits			
Financement fourni par le Ministère et cyberSanté Ontario			
Paielements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 517 047 040	2 673 146 753	2 600 261 574
Activités du RLISS	5 174 872	5 174 872	5 174 872
Services de cybersanté (note 10a)	600 000	600 000	600 000
Services de cybersanté – Programme pilote à l'intention des médecins (note 10a)	-	-	200 000
Priorité aux résidents (note 10b)	-	-	498 500
Chef de la performance du projet Urgences – ANS (note 10c)	-	100 000	100 000
Services en français (note 10d)	-	106 000	74 670
Entité de planification des services en français (note 10d)	-	411 693	152 924
Chef de service des urgences du RLISS (note 10e)	-	75 000	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS (note 10f)	-	75 000	75 000
Planification autochtone (note 10h)	37 500	37 500	37 500
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 10i)	-	750 000	-
Chef des soins primaires du RLISS (note 10g)	-	43 750	-
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	-	156 666	185 756
	2 522 859 412	2 680 677 234	2 607 435 796
Financement remboursable au Ministère (note 3a)		(747 488)	(851 197)
	2 522 859 412	2 679 929 746	2 606 584 599
Charges			
Paielements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 517 047 040	2 673 146 753	2 600 261 574
Frais généraux et administratifs (note 11)	5 174 872	5 219 538	4 863 116
Services de cybersanté (note 10a)	600 000	600 000	600 000
Services de cybersanté – Programme pilote à l'intention des médecins (note 10a)	-	-	200 000
Priorité aux résidents (note 10b)	-	-	162 855
Chef de la performance du projet Urgences – ANS (note 10c)	-	100 000	100 000
Services en français (note 10d)	-	106 000	60 516
Entité de planification des services en français (note 10d)	-	151 822	152 924
Chef de service des urgences du RLISS (note 10e)	-	73 900	74 364
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS (note 10f)	-	73 896	72 167
Planification autochtone (note 10h)	37 500	37 500	37 083
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 10i)	-	407 837	-
Chef des soins primaires du RLISS (note 10g)	-	12 500	-
	2 522 859 412	2 679 929 746	2 606 584 599
Surplus de l'exercice et surplus accumulé à la fin	-	-	-

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État de la variation de la dette nette
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

		2012	2011
	Budget (non audité) (note 8)	Montant réel	Montant réel
	\$	\$	\$
Surplus de l'exercice	-	-	-
Variation des autres actifs non financiers	-	(13 074)	3 619
Acquisition d'immobilisations	-	-	(16 105)
Amortissement des immobilisations	-	156 666	185 756
Diminution de la dette nette	-	143 592	173 270
Dette nette au début	-	(325 341)	(498 611)
Dette nette à la fin	-	(181 749)	(325 341)

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État des flux de trésorerie
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

	2012	2011
	\$	\$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Ajouter : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	156 666	185 756
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	(156 666)	(185 756)
Variation des éléments sans effet sur la trésorerie liés à l'exploitation		
(Augmentation) diminution des débiteurs – Autres	(92 991)	6 634
(Augmentation) diminution des débiteurs – Ministère/cyberSanté Ontario	(200 000)	35 000
Diminution (augmentation) du montant à recevoir au titre de la TVH	17 498	(49 796)
Diminution (augmentation) du montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé	6 046 273	(9 963 913)
(Diminution) augmentation des créditeurs et charges à payer	(223 820)	521 754
(Diminution) augmentation du montant à verser au Ministère	(215 709)	796 334
(Diminution) augmentation du montant à verser aux fournisseurs de services de santé par le Ministère	(6 046 273)	9 963 913
(Diminution) augmentation du montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS	(4 089)	9 057
(Augmentation) diminution des charges payées d'avance	(13 074)	3 619
	(732 185)	1 322 602
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations	-	(16 105)
Financement		
Apports de capital reçus (note 5)	-	16 105
Variation nette de la trésorerie	(732 185)	1 322 602
Trésorerie au début	1 869 146	546 544
Trésorerie à la fin	1 136 961	1 869 146

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2012

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « Loi »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant (le « RLISS ») et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS comprend les comtés d'Hamilton, de Niagara, d'Haldimand, de Brant, la majeure partie du comté de Norfolk et la ville de Burlington. Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

Le RLISS est financé par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de rendement des RLISS (l'« entente de rendement ») conclue avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1^{er} avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en avise le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS. Avec prise d'effet le 1^{er} avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice clos le 31 mars 2012.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Le RLISS est également financé par cyberSanté Ontario, en vertu d'une entente de paiement de transfert des RLISS (l'« entente de paiement de transfert ») conclue avec cyberSanté Ontario décrivant des arrangements budgétaires pris par cyberSanté Ontario. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par cyberSanté Ontario, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par cyberSanté Ontario.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2012

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLSS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, telles qu'elles sont interprétées par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLSS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments hors trésorerie comme l'amortissement des immobilisations et les pertes de valeur d'actifs.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis; elles sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimative en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2012

2. Principales conventions comptables (suite)

Immobilisations (suite)

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)
Matériel, mobilier et agencements de bureau	5 ans (méthode linéaire)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet. Les coûts liés au développement de l'infrastructure et au développement Web sont inclus au titre du matériel informatique aux fins de la comptabilité et de la présentation d'information.

Informations sectorielles

Le RLIS devait adopter le chapitre SP 2700, intitulé « Informations sectorielles », pour son exercice ouvert à compter du 1^{er} avril 2007. Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2012

3. Financement remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario

En vertu de l'entente de rendement conclue avec le Ministère, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère et à cyberSanté Ontario.

- a) Le montant remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

	2012		2011	
	Financement reçu	Charges admissibles	Surplus	Surplus
	\$	\$	\$	\$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	2 673 146 753	2 673 146 753	-	-
Activités du RLISS	5 331 538	5 219 538	112 000	497 512
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario	750 000	407 837	342 163	-
Services de cybersanté	600 000	600 000	-	-
Entité de planification des services en français	411 693	151 822	259 871	-
Services en français	106 000	106 000	-	14 154
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	100 000	100 000	-	-
Chef de service des urgences du RLISS	75 000	73 900	1 100	636
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	75 000	73 896	1 104	2 833
Chef des soins primaires	43 750	12 500	31 250	-
Planification autochtone	37 500	37 500	-	417
Services de cybersanté – Programme pilote à l'intention des médecins	-	-	-	-
Priorité aux résidents	-	-	-	335 645
	2 680 677 234	2 679 929 746	747 488	851 197

- b) Le montant à verser au Ministère et à cyberSanté Ontario au 31 mars 2012 se compose des éléments suivants :

	2012	2011
	\$	\$
Montant à verser au Ministère au début	851 197	54 863
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	747 488	851 197
Montant remboursé au Ministère au cours de l'exercice	(963 197)	(54 863)
Montant à verser au Ministère à la fin	635 488	851 197

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2012

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») et la structure de collaboration entre les RLISS (la « CRLISS ») sont des divisions du RLISS de Toronto-Centre et sont assujetties aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR et la CRLISS sont responsables, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

5. Apports de capital reportés

	2012	2011
	\$	\$
Solde au début	311 967	481 618
Apports de capital reçus au cours de l'exercice	-	16 105
Amortissement pour l'exercice	(156 666)	(185 756)
Solde à la fin	155 301	311 967

6. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les contrats seront très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour chacun des cinq prochains exercices et par la suite s'établissent comme suit :

	\$
2013	157 275
2014	163 313
2015	172 786
2016	172 786
2017	172 786
Par la suite	172 786

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement du RLISS par le Ministère.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2012

7. Immobilisations

			2012	2011
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	\$	\$	\$	\$
Matériel, mobilier et agencements de bureau	129 581	129 581	-	80 613
Matériel informatique	471 438	431 725	39 713	1 278
Améliorations locatives	572 444	456 856	115 587	230 076
	1 173 463	1 018 162	155 301	311 967

8. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1^{er} avril 2011. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLIS au cours de l'exercice.

Le budget de financement final des fournisseurs de services de santé de 2 673 146 753 \$ est calculé comme suit :

	\$
Budget initial	2 517 047 040
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	156 099 713
Budget final	2 673 146 753

Le budget des frais généraux et administratifs final de 7 373 815 \$ est calculé comme suit :

	\$
Budget initial	
Activités du RLIS	5 174 872
Services de cybersanté	600 000
Planification autochtone	37 500
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice :	
Augmentation de stabilisation	-
Entité de planification des services en français	411 693
Coordonnateur des services en français	106 000
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	100 000
Chef de service des urgences du RLIS	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLIS	75 000
Chef des soins primaires	43 750
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario	750 000
Budget final	7 373 815

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2012

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement total de 2 673 146 753 \$ (2 600 261 574 \$ en 2011) aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2012 :

	2012	2011
	\$	\$
Gestion d'hôpitaux	1 815 165 386	1 781 194 426
Apports de capital – Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé	-	5 119 191
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	458 100	458 100
Centres de soins de longue durée	434 978 512	411 353 925
Centres d'accès aux soins communautaires	259 534 247	248 141 094
Services de soutien communautaires	42 481 395	41 210 576
Lésion cérébrale acquise	6 612 526	6 429 869
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	25 735 425	24 178 932
Centres de soins de santé communautaires	23 113 795	20 909 757
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	65 067 367	61 265 704
	2 673 146 753	2 600 261 574

Le RLISS reçoit du Ministère un montant qu'il verse à son tour aux fournisseurs de services de santé. Au 31 mars 2012, le RLISS devait verser un montant de 5 292 440 \$ (11 338 713 \$ en 2011) aux fournisseurs de services de santé. Ce montant a été comptabilisé à titre de produits et de charges dans les activités financières du RLISS et est présenté dans le tableau précédent.

10. Autres initiatives de financement

a) Services de cybersanté

Au cours de l'exercice 2012, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement totalisant 600 000 \$ (800 000 \$ en 2011). Une tranche de 600 000 \$ de ce montant a servi à financer des initiatives visant à soutenir le bureau de gestion de projet relativement à la mise à jour du plan stratégique de services de cybersanté pour 2012. Aucun montant n'a été affecté au projet de Programme pilote à l'intention des médecins (200 000 \$ en 2011).

b) Priorité aux résidents

Au cours de l'exercice 2012, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu, au nom de tous les RLISS, un financement de néant (498 500 \$ en 2011) à l'égard de toutes les initiatives Priorité aux résidents de la province. Comme l'exigeait le Ministère, ces fonds ont servi à soutenir la formation de personnel en vue d'améliorer la prestation de services au sein des centres de soins de longue durée et à réduire la pression sur les services d'urgence. L'initiative Priorité aux résidents soutient les centres de soins de longue durée d'Ontario afin que ceux-ci puissent offrir aux résidents un environnement permettant d'améliorer leur qualité de vie, et elle favorise des changements en profondeur et durables en renforçant la capacité d'amélioration de la qualité du secteur des soins de longue durée.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2012

10. Autres initiatives de financement (suite)

c) *Chef de la performance du projet Urgences – ANS*

Au cours de l'exercice 2012, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 100 000 \$ (100 000 \$ en 2011). Ces fonds ont servi à financer les activités du coordonnateur du projet Urgences – ANS.

d) *Services en français*

Au cours de l'exercice 2012, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 517 693 \$ (227 594 \$ en 2011). Une tranche de 106 000 \$ de ce montant a servi à soutenir le rôle de coordonnateur des services en français (74 670 \$ en 2011), et un montant de 411 693 \$ (152 924 \$ en 2011) a été alloué initialement pour l'entité de planification des services en français.

e) *Chef de service des urgences du RLISS*

Au cours de l'exercice 2012, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 75 000 \$ (75 000 \$ en 2011). Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir les activités du chef de service des urgences du RLISS.

f) *Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS*

Au cours de l'exercice 2012, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 75 000 \$ (75 000 \$ en 2011). Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir les activités du chef des soins aux malades en phase critique du RLISS.

g) *Chef des soins primaires du RLISS*

Au cours de l'exercice 2012, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 43 750 \$ (néant en 2011). Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir les activités du chef des soins primaires du RLISS.

h) *Planification autochtone*

Au cours de l'exercice 2012, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 37 500 \$ (37 500 \$ en 2011). Ces fonds ont servi à financer des activités de planification autochtone.

	2012	2011
	\$	\$
Frais de déplacement	2 298	487
Salaires et charges sociales	12 229	32 349
Engagement envers la communauté	19 942	-
Frais liés aux réunions	3 031	4 247
	37 500	37 083

i) *Initiative Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario*

Le Ministère a fourni un financement non récurrent de 750 000 \$ (néant en 2011) au RLISS pour permettre la mise en œuvre du plan d'action local dans le cadre de l'initiative Soutien en cas de troubles du comportement, en vertu de l'entente de paiement de transfert conclue avec nos fournisseurs de services de santé. L'initiative Soutien en cas de troubles du comportement a été créée pour améliorer les services offerts aux Ontariens qui souffrent de problèmes de santé mentale complexes, de démence ou d'autres problèmes neurologiques, à la maison, dans des centres de soins de longue durée ou ailleurs.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2012

11. Frais généraux et administratifs

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente les frais généraux et administratifs par objet :

	2012	2011
	\$	\$
Salaires et charges sociales	3 727 382	3 384 397
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	20 650	60 725
Indemnités quotidiennes des administrateurs	62 200	62 550
Charges du Conseil	17 994	24 383
Frais de déplacement	36 470	46 389
Services-conseils	200 057	47 968
Services bancaires		
Consultations publiques et communications	47 418	51 717
Fournitures, matériel, entretien et autres	84 816	248 715
Frais d'hébergement	363 890	341 021
Amortissement	156 666	185 756
Services partagés	501 995	409 495
Frais généraux et administratifs	5 219 538	4 863 116
Services de cybersanté	600 000	600 000
Services de cybersanté – Programme pilote à l'intention des médecins	-	200 000
Priorité aux résidents	-	162 855
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	100 000	100 000
Services en français	106 000	60 516
Entité de planification des services en français	151 822	152 924
Chef de service des urgences du RLISS	73 900	74 364
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	73 896	72 167
Chef des soins primaires du RLISS	12 500	-
Planification autochtone	37 500	37 083
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario	407 837	-
	6 782 993	6 323 025
Rapprochement avec le budget approuvé par le Ministère :		
Frais généraux, administratifs et liés aux projets	6 782 993	6 323 025
Moins : amortissement	(156 666)	(185 756)
Ajouter : montant à verser au Ministère	747 488	851 197
Ajouter : acquisition d'immobilisations corporelles	-	16 105
	7 373 815	7 004 571

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2012

12. Conventions de prestations de retraite

Le RLSS verse des cotisations au Healthcare of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte de 35 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice a totalisé 293 761 \$ pour l'exercice 2012 (245 987 \$ en 2011) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières. La dernière évaluation actuarielle du régime de retraite a été effectuée au 31 décembre 2011, date à laquelle le régime était entièrement capitalisé.

13. Garanties

Le RLSS est assujéti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLSS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLSS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

14. Chiffres correspondants

Certains chiffres correspondants ont été modifiés afin qu'ils soient conformes à la présentation adoptée pour l'exercice visé.

Membres du Conseil

(au 31 mars 2012)

Michael P. Shea
Président

Bob Lawler
Vice-président

Douglas Archibald
Membre
Nathalie Brown
Membre

Ruby Jacobs
Membre

Bob Lawler
Membre

Helen Mulligan
Membre

Laurie Ryan-Hill
Membre

Mervin Witter
Membre

Membre de la haute direction

Donna Cripps
Directrice générale

Au nom du Conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant, nous sommes ravis de soumettre ce Rapport annuel pour la période terminée le 31 mars 2012.



Michael P. Shea
Président du Conseil d'administration



Bob Lawler
Vice-président du Conseil d'administration

Coordonnées du RLISS

Téléphone :

905.945.4930
1.866.363.5446

Télécopieur :

905.945.1992

Courriel :

hamiltonniagarahaldimandbrant@lhins.on.ca

Adresse :

224, rue Main Est
Grimsby, ON L3M 1P8

Site Web :

www.hnhblhin.on.ca



www.youtube.com/user/hnhblhin



@HNHB_LHINgage

ISSN 1911-2939
139 Juin/12 © 2012 Imprimeur de la Reine pour l'Ontario



Ontario

Local Health Integration
Network

Réseau local d'intégration
des services de santé