



Rapport annuel 2017-2018

Imaginez ce qu'on peut accomplir ensemble... en étant bienveillant, à l'écoute et prêt à agir

Table des matières

Message de la directrice générale et de la présidente du conseil d'administration.....	4
Conseil d'administration du RLISS de HNHB.....	7
RLISS de HNHB – Introduction et profil.....	8
Initiatives du ministère et du RLISS.....	13
Transparence et responsabilité publique	
Améliorer l'expérience des patients	
Bâtir des communautés en santé grâce à la planification de la santé de la population	
Équité, amélioration de la qualité, uniformité et prestation basée sur les résultats	
Soins primaires	
Hôpitaux et partenaires	
Soins spécialisés	
Soins à domicile et en milieu communautaire	
Santé mentale et dépendances	
Innovation, technologies de la santé et solutions numériques pour la santé	
Soins à domicile et en milieu communautaire.....	58
Participation communautaire.....	64
Rendement du système de santé local – Indicateurs de l'ERMR des RLISS.....	68

Message de la présidente du conseil d'administration et de la directrice générale du RLISS de HNHB



Janine van den Heuvel,
présidente du conseil
d'administration

Bien que l'année 2017-2018 ait été une année de changement pour le Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant (RLISS de HNHB), nous avons toujours veillé de façon prioritaire à ce que les personnes que nous servons continuent de recevoir les soins dont elles avaient besoin. Le présent rapport annuel nous donne l'occasion de souligner les réalisations pour soutenir les patients, les familles et les soignants, tout en continuant de mettre l'accent sur une transformation importante du système de soins de santé.



Donna Cripps,
directrice générale

Grâce à des modifications législatives et à un nouveau mandat du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le RLISS de HNHB et tous les RLISS dans l'ensemble de l'Ontario ont connu des changements importants en 2017-2018 afin que le système de soins de santé soit plus intégré et plus accessible pour les gens.

Le 10 mai 2017, le RLISS de HNHB a fait l'objet d'un changement de structure et de responsabilité. En plus de ses responsabilités de longue date en matière de planification, de financement et d'intégration, le RLISS a accepté la responsabilité supplémentaire d'offrir des soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi qu'un mandat élargi grâce à la création de sous-régions. Ces changements ont renforcé la capacité du RLISS à améliorer les soins offerts aux patients et nous ont permis de devenir l'unique point de responsabilisation en matière de planification du système de santé local dans les régions et les sous-régions.

Au cours de l'année précédente, nous en avons appris qu'il existait des synergies naturelles d'un bout à l'autre de notre système de soins de santé et nous avons également découvert des possibilités de faire les choses autrement et de meilleure façon. À la suite de mois de planification et de coordination préalables, nous avons pu nous assurer que le transfert de responsabilités en matière de soins à domicile et en milieu communautaire se soit déroulé de façon harmonieuse pour les personnes que nous servons quant à la prestation de soins et de services de soutien.

Nous aurions tort de ne pas reconnaître les répercussions importantes et transformatrices que les changements ont eues sur le conseil d'administration, l'équipe de la haute direction et les employés du RLISS et la façon dont des possibilités ont été créées afin que notre organisme apprenne à mieux prendre soin des gens, en temps opportun et de manière adaptée. C'est en majeure partie grâce aux efforts des employés de première ligne du RLISS, dont le professionnalisme et le dévouement à offrir des soins de qualité étaient essentiels pour minimiser les répercussions potentielles sur les patients et les familles, que les patients et les familles dans l'ensemble du RLISS de HNHB ont continué à recevoir sans interruption les soins de qualité supérieure auxquels ils étaient habitués.

Le rapport annuel 2017-2018 vous permettra de constater les façons dont le RLISS de HNHB a continué à réaliser de grands progrès dans un certain nombre de domaines. En voici un aperçu:

- En se fondant sur son mandat et la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, le RLISS s'est assuré que la voix des patients continue d'être au centre de la planification des soins de santé grâce à la création d'un Comité consultatif des patients et des familles. Les membres de ce Comité donnent de leur temps en partageant leur expérience et leur expertise concernant le système de soins de santé.
- Nous avons continué de répondre au besoin grandissant de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en finançant des programmes et en améliorant les services offerts à nos résidents qui sont aux

Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB)

Rapport annuel 2017-2018 Imaginez ce qu'on peut accomplir ensemble... en étant bienveillant, à l'écoute et prêt à agir.

prises avec des problèmes de santé mentale et de dépendances, notamment, en établissant de nouveaux programmes et en augmentant le nombre de services de gestion de crises et de lutte contre les dépendances et des programmes de santé communautaires dans l'ensemble de notre RLISS afin d'inclure la santé mentale.

- Nous abordons la crise des opioïdes dans nos communautés en offrant du financement et des ressources afin de mettre sur pied des campagnes de sensibilisation du public visant des groupes à risque, en explorant la possibilité de mettre en œuvre de stratégies de réduction des méfaits dans certaines collectivités et en donnant accès à l'antidote pour lutter contre les surdoses, la naloxone, aux premiers intervenants, aux pharmacies et aux établissements communautaires prenant en charge les utilisateurs d'opioïdes.
- Nous avons déterminé six sous-régions comme point central pour la planification, le financement et l'intégration du système de soins de santé. Des tables de concertation, composées de patients ainsi que de partenaires financés et non financés par les RLISS, ont été formées afin d'éclairer et de mettre en œuvre les priorités uniques et partagées dans l'ensemble des sous-régions.
- Nous avons poursuivi l'intégration de l'équité en matière de santé en incluant l'outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) dans notre processus décisionnel. Cela est important pour chacun : notre objectif est d'améliorer la santé et le bien-être des personnes que nous servons dans notre RLISS, tout en portant une attention particulière aux résidents autochtones et francophones.
- Nous sommes demeurés concentrés sur le renforcement des soins à domicile et en milieu communautaire afin d'obtenir des résultats positifs pour les patients, leurs familles et leurs soignants en veillant à mettre tout en œuvre pour créer une expérience du patient exceptionnelle pour chaque personne que nous servons. Cela signifie une meilleure intégration des services de soins de santé fournis par les partenaires du système de soins de santé tout au long du continuum de soins visant à offrir aux personnes une démarche plus intégrée quant à la prestation de soins et de services.

Bien qu'il reste encore beaucoup de travail à accomplir pour le RLISS de HNHB, ses employés et le conseil d'administration, nous sommes chanceux de compter sur des relations et des partenariats solides partout dans notre système de soins de santé et dans la communauté. Nous mettons l'accent sur le changement transformationnel et nous sommes engagés à travailler avec d'autres personnes par l'entremise de séances entre équipes de gouvernance. Notre engagement collectif à faire le nécessaire pour améliorer la prestation de soins de santé est d'abord et avant tout motivé par les gens que nous servons.

Nous continuons de nous concentrer sur les résultats grâce à la prestation de soins axés sur le patient. Nous sommes aussi impatients de poursuivre notre parcours avec les personnes que nous servons et nos partenaires du système de santé, tout en gardant à l'esprit notre déclaration de changement ***Imaginez ce qu'on peut accomplir ensemble... en étant bienveillant, à l'écoute et prêt à agir.***



Janine van den Heuvel
Chair, Board of Directors



Donna Cripps
Chief Executive Officer

Conseil d'administration du RLISS de HNHB

(Au 31 mars 2018)



De gauche à droite : William Chopp, Paul Armstrong, Suzanne Bélanger-Fontaine, Shelley Moneta, Janine van den Heuvel (présidente), Madhuri Ramakrishnan, Saqib Cheema, Marianne Knight, Dominic Ventresca, Bill Thompson (vice-président)

Janine van den Heuvel, présidente

Nomination: 30 juin 2016 Mandat: 3 ans
Nomination à titre de présidente: 22 mars 2017

William Chopp

Nomination: 1^{er} mars 2017 Mandat: 3 ans

Bill Thompson, vice-président

Nomination: 13 mai 2015 Mandat: 3 ans
Nomination à titre de vice-président: 26 avril 2017

Shelley Moneta

Nomination: 11 juillet 2017 Mandat: 3 ans

Dominic Ventresca

Nomination: 27 mai 2015 Mandat: 3 ans

Suzanne Bélanger-Fontaine

Nomination: 20 septembre 2017 Mandat: 3 ans

Madhuri Ramakrishnan

Nomination: 24 février 2016 Mandat: 3 ans

Marianne Knight

Nomination: 1^{er} novembre 2017 Mandat: 3 ans

Paul Armstrong

Nomination: 28 novembre 2016 Mandat: 3 ans

Saqib Cheema

Nomination: 2 février 2017 Mandat: 3 ans

Population du RLISS de HNHB

Données démographiques

Avec une superficie d'environ 6 474 km², le RLISS de HNHB comprend des régions rurales et urbaines et accueille environ 1,4 million de personnes (10,4 % de la population de l'Ontario). Sa taille devrait augmenter de 10,0 % au cours des 10 prochaines années (*source : Recensement du Canada de 2016, Statistique Canada; Estimations de la population [2017 à 2025], ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, savoirSANTÉ ONTARIO, extrait [avril 2018]*).

Figure 1 – Carte du RLISS de HNHB



Caractéristiques sociodémographiques

Un microcosme est une « image réduite du monde, de la société¹. Selon cette définition, le RLISS de HNHB pourrait être décrit à juste titre comme un microcosme de la province de l'Ontario. Les communautés et les régions au sein du RLISS de HNHB sont variées. Les populations sont représentées par des personnes de différents âges, contextes culturels, origines ethniques, caractéristiques sociodémographiques et langues.

La population du RLISS vieillit. Plus de 267 000 personnes âgées de 65 ans ou plus habitent dans la région du RLISS, et on s'attend à ce que ce nombre atteigne environ 365 000 d'ici 2025. Il s'agit d'une augmentation de plus de 30 %. Chez les personnes âgées, ce sont les personnes de 75 ans et plus² (source : Recensement du Canada de 2016, Statistique Canada; Estimations de la population [2017 à 2025], ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, savoirSANTÉ ONTARIO, extrait [avril 2018]).

Environ 2,1 % de la population du RLISS s'identifient comme francophones, et près de 78,3 % de ces personnes résident à Hamilton et Niagara. En outre, Welland et Port Colborne (dans la région de Niagara) comptent la population la plus élevée de francophones par rapport à la population totale des communautés du RLISS (Source: Recensement du Canada de 2016, Statistique Canada).

Le territoire du RLISS de HNHB compte deux réserves des Premières Nations – le Territoire des Six Nations de la rivière Grand, qui compte la plus importante population de toutes les communautés des Premières Nations au Canada, et la Première Nation Mississaugas of the New Credit. Environ 2,7 % de la population totale du RLISS de HNHB s'identifient comme Autochtones. (Source : Recensement du Canada de 2016, Statistique Canada).

Bien que le RLISS de HNHB affiche un pourcentage plus faible d'immigrants (19 %) et de minorités visibles (13 %) que la moyenne ontarienne, cette proportion augmente. À l'échelon des sous-régions, Hamilton et Niagara représentent 75 % de l'augmentation du pourcentage d'immigrants et de minorités visibles, tandis que Burlington représente un autre 15 %. Le RLISS de HNHB accueille des immigrants provenant principalement de cinq parties du monde, dont les Philippines, l'Inde, l'Europe, la Chine et la Syrie. (Source: Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages de 2016). En effet, 17 % des résidents de HNHB ont une langue autre que le français et l'anglais comme langue maternelle.

À de nombreux égards, la population du RLISS est semblable à celle de la population provinciale sur le plan de diverses caractéristiques sociodémographiques. Dans le RLISS, cependant, il existe quelques différences importantes entre les régions géographiques et au sein de ces dernières. Alors que le RLISS de HNHB présente une proportion de familles à faible revenu comparable à celle de l'Ontario, les taux de faible revenu à Hamilton et à Niagara sont plus élevés que la moyenne provinciale (15,3 % et 15,8 % respectivement). Par rapport à la moyenne ontarienne, le RLISS de HNHB compte une proportion supérieure de familles monoparentales et une proportion inférieure d'adultes ayant fait des études secondaires et postsecondaires.

Figure 2 – Caractéristiques sociodémographiques du RLISS de HNHB

Caractéristiques sociodémographiques	RLISS de HNHB	Ontario
Population totale (2016)	1 399 080	13 448 494
Population âgée, 65 ans et plus (2016)	19,1 %	16,7 %
% de la population qui déclare l'anglais comme langue maternelle	81,1 %	69,5 %
% de la population qui déclare le français comme langue maternelle	2,1 %	4,3 %
Population d'immigrants	19,7 %	29,1 %
Population de minorités visibles	13,1 %	29,3 %
Population qui se déclare autochtone	2,7 %	2,8 %
Taux de chômage	6,8 %	7,4 %
% de la population vivant sous la mesure de faible revenu	13,5 %	14,4 %
Population (de 25 à 64 ans) ayant terminé des études postsecondaires	61,8 %	65,1 %

Sources : Recensement du Canada de 2016 et Enquête nationale auprès des ménages de 2011, Statistique Canada.

État de santé

La santé peut être mesurée au moyen d'indicateurs perçus ou autodéclarés ainsi que par la présence ou l'absence de maladies ou de blessures/lésions. L'état de santé autodéclaré révèle des aspects de la santé non décrits dans d'autres mesures. Un nombre important de résidents (17 %) du RLISS de HNHB déclarent un état de santé passable ou mauvais, ce qui dépasse les taux provinciaux. (Source : Résultats du sondage sur l'expérience en matière de soins de santé de janvier 2014 à mars 2017, Direction de l'analytique en matière de santé, 2017).

Maladie et décès

Les résidents du RLISS de HNHB présentent une prévalence statistiquement plus élevée d'arthrite et une prévalence légèrement plus élevée de cancers, de maladies pulmonaires obstructives chroniques, d'hypertension artérielle et de maladies cardiaques comparativement à la province. De nombreux résidents vivant dans les limites du RLISS de HNHB ont reçu un diagnostic d'au moins un problème de santé; la prévalence de résidents ayant déclaré au moins un ou au moins deux

problèmes chroniques est statistiquement plus élevée dans le RLISS de HNHB que dans l'ensemble de l'Ontario (source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2015-2016, Statistique Canada).

Les taux de mortalité reflètent la santé globale de la population. Les tumeurs malignes (cancers), les maladies circulatoires, la cardiopathie ischémique, les maladies respiratoires (exception faite des maladies infectieuses et parasitaires) et le cancer du poumon étaient les cinq principales causes de décès dans le RLISS de HNHB. Les taux d'années potentielles de vies perdues reflètent les décès qui surviennent « prématurément » (c.-à-d. avant l'âge de 75 ans). Les taux d'années potentielles de vie perdues dans le RLISS de HNHB sont plus élevés de 20 % que le taux provincial (source : BUAJITTI, E., WATSON, T., KORNAS, K., BORNBAUM, C., HENRY, D. et ROSELLA, L. C. « Ontario atlas of adult mortality,

1992-2015: Trends in Local Health Integration Networks », Toronto (Ontario), Population Health Analytics Lab, 2018).

Pratiques de santé et soins préventifs

Les mauvaises pratiques de santé, notamment l'inactivité physique et les mauvaises habitudes alimentaires, peuvent augmenter le risque de maladie chronique, d'invalidité et de décès. Les taux de tabagisme quotidien/occasionnel sont de 18,9 % dans le RLISS de HNHB, lesquels sont supérieurs à la moyenne provinciale de 16,7 %. Cependant, les taux varient au sein du RLISS, allant de 19,7 % à Burlington à 26,0 % dans la région de Brant. Plus de personnes dans le RLISS de HNHB déclarent qu'elles font de l'embonpoint ou qu'elles sont obèses, comparativement aux résultats de la province. En 2015-2016, un pourcentage légèrement plus élevé d'adultes sur le territoire du RLISS de HNHB ont déclaré une consommation excessive d'alcool en comparaison avec la moyenne provinciale. (Source : pour les renseignements combinés du RLISS – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2015-2016, Statistique Canada; pour les renseignements du RLISS de la sous-région – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2014, fichier combiné, Statistique Canada).

Les activités qui favorisent la santé, préviennent la maladie et réduisent les risques de blessures constituent d'importants éléments pour la santé et le bien-être des populations. Ces activités exigent que les gens participent à leurs soins de santé et peuvent être facilitées grâce à une relation efficace avec un médecin de soins primaires. Plus de 93 % des adultes habitant dans le RLISS de HNHB ont déclaré avoir un fournisseur de soins primaires, ce qui est plus élevé que le taux pour l'ensemble de l'Ontario. Des services de santé préventifs, comme la vaccination et les examens de dépistage réguliers, peuvent aider au dépistage précoce et à la prévention des maladies, et réduire l'incidence de la maladie et des décès à plus long terme. (Source : Résultats du sondage sur l'expérience en matière de soins de santé de janvier 2014 à mars 2017, Direction de

l'analytique en matière de santé, 2017; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2015-2016, Statistique Canada).

Résumé

Comparativement à l'Ontario, le RLISS de HNHB affiche un taux plus élevé de résidents qui:

- déclarent leur état de santé comme étant « passable » ou « mauvais » (par opposition à « excellent » ou « bon »);
- font de l'embonpoint ou sont obèses;
- fument quotidiennement ou occasionnellement;
- ont une consommation d'alcool excessive;
- sont atteints d'un problème chronique ou de problèmes chroniques multiples;
- ont reçu un diagnostic d'arthrite;
- ont reçu un diagnostic d'hypertension artérielle;
- ont reçu un diagnostic de maladie du cœur.

Fournisseurs de services de santé et organismes fournisseurs de services

En date du 1er avril 2017, le RLISS de HNHB a conclu 188 ententes de responsabilisation en matière de services avec des fournisseurs de services de santé, leur offrant du financement pour leur permettre de prodiguer des services de soins de santé au sein du RLISS. Parmi ceux-ci, on compte neuf associations hospitalières, 86 foyers de soins de longue durée et 93 organismes de services communautaires de soutien. Après le transfert du 9 mai 2017, le RLISS de HNHB a assumé des contrats avec 11 organismes fournisseurs de services. Le personnel de ces organismes fournisseurs de services offre des services de soins à domicile aux personnes vivant au sein du RLISS de HNHB.

Initiatives du ministère et du RLISS

Transparence et responsabilité publique

La transparence et la responsabilité sont deux des valeurs organisationnelles du RLISS de HNHB. Elles sont mises en œuvre par le personnel et le conseil d'administration du RLISS de HNHB grâce à des politiques et des pratiques qui permettent une gouvernance, une gestion du rendement, une gestion des risques efficaces et une utilisation responsable des ressources.

Gestion du rendement

L'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS (ERMR) de 2015-2018 comprend 14 indicateurs de rendement du système de santé local, huit indicateurs de suivi et deux indicateurs de développement. Ces indicateurs, qui constituent les paramètres de base de la gestion du rendement au sein du RLISS, sont centrés sur les soins à domicile et en milieu communautaire, l'intégration du système et son accès, la santé et le bien-être des Ontariennes et Ontariens ainsi que la viabilité et la qualité.

La politique sur la responsabilisation en matière de rendement décrit les principes devant guider la gestion du rendement et établit une relation claire entre le RLISS et les fournisseurs de services de santé, le rôle de gouvernance dans l'amélioration du rendement, en plus de déterminer les étapes visant à régler les problèmes de rendement.

La gestion du rendement aide à répondre aux questions essentielles en matière d'efficacité, d'efficience et de qualité dans le système de santé :

- Efficacité : Les fournisseurs de services de santé offrent-ils ce qu'ils sont censés offrir?

- Efficience : Les fournisseurs de services de santé fournissent-ils les services d'une façon aussi efficace que possible?
- Qualité : Y a-t-il des choses que d'autres fournisseurs de services de santé peuvent mieux faire?

Le RLISS continue de se concentrer sur six mesures en tant qu'indicateurs prioritaires:

- le temps d'attente pour obtenir des services de soins à domicile pour les patients dans la communauté;
- la durée du séjour au service des urgences pour les patients ayant des besoins complexes;
- le taux de patients en attente d'un autre niveau de soins;
- le pourcentage de patients qui retournent au service des urgences pour des problèmes de santé mentale;
- le pourcentage de patients qui retournent au service des urgences pour des problèmes de toxicomanie;
- le pourcentage de patients qui sont réadmis à l'hôpital pour certains problèmes chroniques.

Tout au long de 2017-2018, le RLISS s'est régulièrement entretenu avec les hôpitaux quant au rendement par rapport à ces indicateurs prioritaires. Un plan d'action sur les indicateurs de rendement était en place pour six des neuf hôpitaux du RLISS de HNHB, puisque leur rendement par rapport aux indicateurs prioritaires différait considérablement des objectifs provinciaux et n'affichait pas d'amélioration. Les hôpitaux ont continué à travailler sur leur Plan d'action sur les indicateurs de rendement à l'égard de certains indicateurs, conformément à la section 9.0 de l'Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers. Au total, sept indicateurs de rendement dans les six hôpitaux ont été sélectionnés pour les Plans d'action sur les indicateurs de rendement.

En 2017-2018, l'Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers du RLISS de

HNHB exigeait que tous les hôpitaux travaillent activement à atteindre les cibles des indicateurs de rendement du système de santé et à participer à des activités, dont celles touchant l'ensemble du RLISS, qui ont pour effet d'améliorer les tendances de rendement en ce qui concerne les indicateurs pertinents à l'échelle du système. Les hôpitaux étaient également tenus de présenter un rapport trimestriel sur les progrès réalisés dans le cadre de leur Plan d'action sur les indicateurs de rendement. Les hôpitaux du RLISS de HNHB ont participé à une variété d'activités visant à améliorer le rendement des indicateurs définis. Ces activités ont entraîné une amélioration du rendement de certains indicateurs. Notamment, l'Hôpital Joseph Brant Memorial a dépassé la cible provinciale concernant l'indicateur du taux pour les autres niveaux de soins dans six des huit derniers trimestres. Ce résultat est nettement meilleur que ceux de 2015-2016.

Il y a également eu des améliorations quant à l'accès aux arthroplasties de la hanche et du genou pratiquées dans certains hôpitaux, y compris le Système de santé communautaire de Brant et l'Hôpital Joseph Brant Memorial. En réalité, le rendement de l'Hôpital Joseph Brant Memorial a augmenté de plus de 20 %. Les données les plus récentes suggèrent également certaines améliorations du pourcentage de visites répétées au service des urgences du Hamilton Health Sciences Corporation (HHSC) pour les patients ayant des problèmes de toxicomanie.

Le RLISS de HNHB et ses organismes fournisseurs de services se consacrent à leurs patients et veillent à la qualité des services de soins à domicile. Le RLISS collabore régulièrement avec des organismes fournisseurs de services afin d'évaluer le rendement organisationnel par rapport à plusieurs indicateurs clés, dont : le taux d'acceptation des demandes d'aiguillage, la satisfaction globale, la satisfaction quant à la continuité, les rendez-vous de soins axés sur les patients, les rapports de congé, les soins manqués et les temps d'attente de 5 jours.

Le RLISS de HNHB surveille de près les indicateurs de rendement clés de tous les organismes fournisseurs de services de façon trimestrielle et plus fréquemment, au besoin. Les 14 RLISS ont un cadre de gestion des contrats (2016) commun qui a été fondé sur quatre éléments, soit la mesure, la surveillance, les rapports et la gestion. Le cadre détermine et oriente les différentes mesures que les RLISS pourraient prendre contre les organismes fournisseurs de services qui n'atteignent pas les objectifs par rapport aux indicateurs clés.

L'un des outils que les RLISS peuvent utiliser pour gérer le rendement en vertu du cadre de gestion des contrats est d'émettre un avis d'amélioration de la qualité. Les avis d'amélioration de la qualité peuvent être émis pour les objectifs manqués pour n'importe quel indicateur de rendement clé. L'avis d'amélioration de la qualité est un avis écrit du problème de rendement ou d'une préoccupation à cet égard et offre l'assurance que l'organisme fournisseur de services fera le suivi de cette préoccupation dans le cadre d'un plan d'action détaillé. Les progrès réalisés à l'égard du problème indiqué dans l'avis d'amélioration de la qualité sont vérifiés chaque trimestre. Lorsqu'un organisme fournisseur de services résout les problèmes ou préoccupations de rendement et atteint la cible durant plusieurs trimestres consécutifs, l'avis d'amélioration de la qualité est considéré comme clos. Un organisme fournisseur de services a récemment travaillé à l'amélioration du taux de soins manqués et a réussi à atteindre la cible de 0,05 à 0,04 % grâce à la révision des processus opérationnels internes et à la création d'une équipe sur appel.

En plus des réunions trimestrielles, des réunions relatives aux problèmes ou aux patients ont lieu entre le RLISS de HNHB et les organismes fournisseurs de services à la suite de plaintes ou d'événements indésirables d'importance. Les organismes fournisseurs de services participent aux évaluations de la qualité et de la sécurité, au besoin. Les évaluations de qualité et de sécurité

permettent au RLISS de HNHB et aux organismes fournisseurs de services de tirer des leçons des plaintes ou des événements indésirables et d'apporter des changements et des améliorations pour la population que nous servons. L'une des améliorations de 2017-2018 est l'introduction d'une liste de vérification pour assurer une transition en douceur et sécuritaire de l'hôpital vers la communauté pour les patients en soins palliatifs.

Gestion des risques d'entreprise

Une approche de gestion des risques sert à cerner, à mesurer, à atténuer et communiquer les principaux risques dans le RLISS. Voici certains éléments clés de la gestion des risques d'entreprise :

- déterminer les risques potentiels – la responsabilité des employés à tous les échelons de l'organisme;
- surveiller les risques stratégiques, opérationnels et financiers, ainsi que ceux liés à la réputation, des fournisseurs de services de santé et du RLISS;
- atténuer et gérer le risque pour éliminer ou réduire les répercussions ou les conséquences sur les personnes et les organismes.

Le RLISS de HNHB utilise une méthodologie de classement des risques de l'organisme sur une base trimestrielle afin d'évaluer la conformité aux modalités des ententes de responsabilisation en matière de services, les indicateurs de rendement clés, la qualité des données et les principaux indicateurs financiers. Le nombre de FSS dans le RLISS et leur complexité exigent une priorisation en fonction des risques déterminés.

Le personnel du RLISS signale régulièrement les risques au Comité de la qualité et de la sécurité du conseil et au ministère. La surveillance des risques organisationnels est une façon que les RLISS emploient pour assurer une

optimisation des ressources, ainsi qu'évaluer et assurer un accès aux services et aux meilleurs soins pour les personnes et les familles desservies par le RLISS de HNHB.

Commissaires du système de santé

L'une des priorités stratégiques clés du RLISS de HNHB est de veiller à fournir des services accessibles, de qualité supérieure et axés sur les patients qui tiennent compte également de l'optimisation des ressources. Cette optique correspond à l'énoncé du triple objectif de l'Institute for Healthcare Improvement, qui recommande que les organismes de soins de santé mettent l'accent sur l'amélioration de la santé des populations, sur l'amélioration de l'expérience de soins et sur la réduction des coûts par habitant.

En réponse à cette priorité, le RLISS de HNHB a adopté les pratiques exemplaires de mise en service pour orienter les décisions concernant le financement et l'attribution de ressources. La mise en service est composée de l'évaluation des besoins de la population, de la détermination des ressources disponibles, de la priorisation des résultats de santé et de qualité, de l'approvisionnement de produits et de services ainsi que du financement d'ensembles de services.

En 2017-2018, le RLISS de HNHB a fait évoluer davantage son rôle de commissaire du système de santé en se concentrant sur la qualité, le volume, le prix, la gestion des risques d'entreprise et la responsabilisation. La création de sous-régions a donné de nouvelles possibilités pour permettre au RLISS de mettre en pratique les principes de la mise en service à une échelle plus locale, tout en garantissant l'harmonisation avec les priorités et objectifs du gouvernement. Différents exemples de décisions de financement de 2017-2018 ont démontré la mise en service. L'un d'eux est la détermination de services de base en santé mentale et en lutte contre les dépendances, l'évaluation des services

qui existent dans chaque sous-région et les décisions de financement visant à augmenter les services actuels ou à soutenir de nouveaux programmes fondés sur les besoins de la population. Un autre exemple est l'attribution de logements avec services de soutien au sein du RLISS de HNHB. En collaboration avec des fournisseurs, le personnel a déterminé le meilleur endroit possible pour créer de nouveaux logements en fonction des besoins non satisfaits, de la disponibilité des logements et de la capacité des fournisseurs de services.

Améliorer l'expérience des patients

La création d'une expérience positive de soins de santé pour la population est essentielle pour le RLISS de HNHB et ses fournisseurs de services de santé. La perception qu'une personne a de son expérience de soins de santé est influencée par tous les aspects de ces soins et services.

En 2017-2018, le RLISS de HNHB a encore une fois inclus une obligation liée à l'expérience des patients dans toutes les ententes de responsabilisation en matière de services. L'obligation exigeait que les fournisseurs recueillent et communiquent des renseignements au sujet de deux aspects de l'expérience des patients : la satisfaction globale à l'égard des soins et des services reçus et la participation aux décisions en matière de soins. Même si cette obligation nous a permis de nous concentrer à la fois sur l'expérience des patients et sur la collecte de données sur l'expérience des patients dans l'ensemble du RLISS, en fin de compte, l'objectif consiste à améliorer les expériences des patients.

En juin 2017, les fournisseurs de services de santé ont communiqué des données de l'exercice précédent et 96 % des 188 fournisseurs de services de santé ont présenté un sondage sur l'expérience du patient pour 2016-2017 (du 1er avril 2016 au 31 mars 2017). En se fondant sur les deux aspects des soins aux patients décrits ci-

dessus, 89,4 % des personnes interrogées ont répondu positivement à des questions sur la satisfaction globale et 87,8 % des personnes interrogées ont répondu positivement par rapport à leur participation aux décisions concernant leurs soins. Bien que ces résultats soient acceptables, de toute évidence, il est possible de faire mieux.

En 2017-2018, le RLISS de HNHB s'est concentré sur l'expérience des patients et a constaté l'augmentation du pourcentage de clients des soins à domicile qui ont répondu « Bonne », « Très bonne » ou « Excellente » sur une échelle de cinq points aux questions du sondage sur l'expérience des clients concernant les services globaux, la gestion/prestation des soins par un coordonnateur de soins ou les services offerts par un fournisseur de services. Afin que le personnel porte une attention particulière à l'expérience des patients, cet élément sera un indicateur important du Plan d'amélioration de la qualité 2018-2019 du RLISS de HNHB.

Amélioration de la qualité à l'échelle du système

Le RLISS de HNHB s'engage à améliorer considérablement l'expérience des patients en enchâssant une culture de qualité dans l'ensemble de l'organisme et du système de santé. Bien qu'un travail important ait été réalisé conjointement par le RLISS, ses fournisseurs de services de santé, les organismes fournisseurs de services et les partenaires afin d'améliorer la qualité et de participer à des initiatives d'amélioration de la qualité, il est important de poursuivre en ce sens afin d'en faire une orientation stratégique. Une culture vouée à la recherche constante d'occasions d'améliorer l'expérience de soins, les résultats en matière de santé et le rendement du système a été favorisée au sein du RLISS de HNHB. Des exemples de ces initiatives sont fournis tout au long du présent rapport annuel.

La Table ronde régionale sur la qualité continue d'alimenter le programme d'amélioration de la qualité du RLISS, elle soutient la communication et ses membres agissent à titre d'ambassadeurs dans les divers secteurs. En 2017-2018, la Table ronde régionale s'est concentrée sur la formation continue concernant la qualité et l'expérience des patients grâce à des témoignages des patients, l'acquisition d'une meilleure compréhension des indicateurs de rendement à l'échelle du système et l'harmonisation des efforts d'amélioration de la qualité au sein des secteurs, des sous-régions ou du RLISS.

Obligations en matière de qualité

En 2017-2018, les fournisseurs de services de santé de tous les secteurs ont dû élaborer des plans d'amélioration de la qualité et de les présenter au RLISS de HNHB. Les plans d'amélioration de la qualité énoncent les objectifs et initiatives pour améliorer les résultats en matière de santé et l'expérience de soins des patients, des clients et des résidents.

Qualité des services de santé Ontario continue de soutenir l'élaboration de plans d'amélioration de la qualité en fournissant aux RLISS des aperçus des plans d'amélioration de la qualité soumis directement à Qualité des services de santé Ontario. Tous les plans d'amélioration de la qualité reçus ont été étudiés par le personnel du RLISS et des thèmes communs ont été déterminés. L'évaluation a confirmé que les FSS continuent d'établir des plans de qualité clairs qui comportent des initiatives et des mesures d'amélioration. Par conséquent, le RLISS de HNHB reste sûr que ses fournisseurs de services de santé accordent la priorité à la création et au soutien d'une culture d'amélioration de la qualité.

Poursuivant sur sa lancée, alors qu'il porte attention aux sous-régions, le RLISS de HNHB continuera de mobiliser les fournisseurs de services de santé à l'égard de leurs plans

d'amélioration de la qualité pour veiller à ce que les gens reçoivent des soins accessibles, intégrés, cohérents et de grande qualité.

En 2017-2018, le RLISS de HNHB a créé son propre plan d'amélioration de la qualité axé sur quatre indicateurs liés à la prestation des soins à domicile et en milieu communautaire.

- Temps d'attente de 5 jours pour les services de soutien à la personne;
- Temps d'attente de 5 jours pour les services de soins infirmiers;
- Expérience des patients;
- Chutes chez les patients.

En 2017-2018, le RLISS de HNHB a amélioré le pourcentage de clients soignés à domicile qui ont décrit leur expérience comme « Bonne », « Très bonne » ou « Excellente » aux questions du sondage sur l'expérience des patients concernant les services globaux, la gestion/prestation des soins par un coordonnateur de soins ou les services offerts par un fournisseur de services. De plus, le temps d'attente de 5 jours pour des services de soins infirmiers s'est amélioré.

Bâtir des communautés en santé grâce à la planification de la santé de la population

Sous-régions

Établies en 2017-2018, les sous-régions sont des régions géographiques plus petites au sein d'un RLISS qui permettent aux planificateurs et aux fournisseurs de services sociaux et de santé de mieux reconnaître les besoins des communautés locales, et d'y répondre, en s'assurant que les gens sont en mesure d'accéder aux soins dont ils ont besoin, où et quand ils en ont besoin. Le RLISS de HNHB comprend six sous-régions : Burlington, Hamilton, Brant, Haldimand-Norfolk, Niagara et Niagara Nord-Ouest. À



l'échelle sous-régionale, le RLISS de HNHB collabore avec des fournisseurs locaux de services sociaux et de santé afin de trouver des façons novatrices d'améliorer le bien-être des communautés, des quartiers et des personnes. Utiliser une démarche de planification fondée sur la population et mettre l'accent sur l'équité en matière de santé ont permis de cerner les lacunes et les chevauchements du système, de déterminer les possibilités d'intégration et de faire en sorte que les programmes et les services répondent aux besoins particuliers de chaque communauté.

Cela inclut notamment de renforcer le rôle des patients et des familles dans la planification de leurs propres besoins en matière de soins de santé et d'accorder une attention accrue à la sensibilité aux réalités culturelles dans la prestation de services de soins de santé aux Autochtones, aux francophones, aux nouveaux arrivants et à d'autres populations marginalisées.

Principales réalisations des sous-régions en 2017-2018

- Réunir les personnes ayant une expérience vécue et les fournisseurs de services de santé et de services sociaux pour bâtir une culture de confiance, de respect et de responsabilité partagée pour favoriser un changement transformateur.
- Recrutement de quatre directeurs de sous-région (un directeur de sous-région a été

déterminé pour les sous-régions de Niagara et de Niagara Nord-Ouest, et un pour celles de Brant et Haldimand-Norfolk) pour diriger les travaux locaux de planification fondée sur la population, d'harmonisation et d'intégration des services, ainsi que d'amélioration du rendement dans l'ensemble de leurs sous-régions.

- Recrutement de six responsables cliniques des sous-régions qui travaillent avec les directeurs et les fournisseurs de soins primaires des sous-régions afin de comprendre les besoins de leurs populations locales et des résidents de la sous-région afin de mettre sur pied un réseau de soins plus intégré dans chaque sous-région.
- Des tables de concertation, orientées par les commentaires des patients, ainsi que des partenaires financés et non financés par le RLISS, ont été mises en place dans chaque sous-région pour :
 - évaluer les besoins de la population locale en matière de santé, l'accès des patients, les temps d'attente et la capacité des fournisseurs de soins de santé à servir la communauté;
 - cerner et mettre en œuvre les priorités des initiatives de collaboration des sous-régions visant à remédier aux lacunes et à améliorer l'expérience des patients ainsi que les résultats qu'ils obtiennent;
 - créer des occasions permettant aux fournisseurs et aux patients d'interagir et de formuler des commentaires sur les plans du système de soins intégrés;
 - faire participer les populations autochtones et francophones afin de s'assurer que diverses voix sont entendues partout dans les sous-régions.

Les membres des tables de concertation ont cerné leurs besoins et priorités locaux, en assurant ainsi l'harmonisation avec les priorités du ministère et du RLISS. Des tables d'action ont alors été créées pour mettre en œuvre les priorités. Les tables d'action ont été chargées de proposer, de concevoir et de mettre à l'essai

rapidement des idées innovantes en collaboration avec les quartiers, les communautés, les intervenants et les fournisseurs ciblés. Par exemple, chaque table de concertation a déterminé que la santé mentale et la lutte contre les dépendances sont des priorités. Par conséquent, chaque sous-région a mis sur pied une table d'action en santé mentale et en lutte contre les dépendances pour définir les priorités des sous-régions à l'échelle locale et commencer à apporter des innovations et changements. La planification sous-régionale, tirant profit d'un cadre de travail en huit étapes pour modifier le processus, comprenait un certain nombre d'initiatives qui ont rassemblé des intervenants des services, des fournisseurs, des organismes et des ministères d'une façon nouvelle et intégrée en vue de pallier aux lacunes en santé cernées et d'améliorer l'expérience et les résultats en matière de santé des patients.

Les activités supplémentaires des sous-régions achevées en 2017-2018 sont :

- la réalisation d'un cadre de travail et d'une structure pour les sous-régions du RLISS de HNHB;
- la facilitation et le soutien de partenariats intégrateurs et de l'élaboration de propositions de financement;
- le recrutement d'équipes transformatrices des maillons santé à l'échelle sous-régionale;
- l'affectation du financement communautaire dans toutes les sous-régions afin de soutenir des initiatives locales en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Planification sous-régionale avec les partenaires autochtones/mobilisation des communautés

Tous les directeurs de sous-région ont terminé la formation en sécurité culturelle autochtone de

l'Ontario afin de mieux comprendre et d'atténuer les répercussions associées au racisme systémique grâce à une connaissance et à une sensibilisation accrues. Dans les tables de concertation sous-régionales, les membres du Réseau de santé autochtone (RSA) s'expriment à voix égale et cernent les possibilités d'amélioration à l'échelle locale. Des relations régulières avec le RSA continueront d'être une priorité clé pour la future planification sous-régionale. Plus récemment, une séance de cartographie basée sur le point de vue des Autochtones et des fournisseurs de services de santé qui servent les personnes aux prises avec des dépendances a eu lieu. Ce travail permettra d'éclairer la future stratégie de lutte contre les dépendances du RLISS. L'exercice de planification collaboratif dans l'ensemble des sous-régions renforcera davantage les relations et permettra au RLISS de répondre aux différents besoins des populations autochtones.

Santé publique

La santé publique est un partenaire essentiel dans la planification de la santé de la population. En 2017-2018, le RLISS a renforcé ses relations avec ses cinq bureaux de santé publique par la création d'un comité directeur RLISS de HNHB/santé publique pour faire progresser la collaboration continue. Le comité comprend des représentants de chaque bureau de santé publique ainsi que des dirigeants du RLISS et a établi un ensemble de définitions communes afin d'orienter la collaboration.

Maillons santé

Le modèle de soins des maillons santé, présenté comme un engagement clé dans le Plan d'action en matière de soins de santé de 2012 du ministère, a été conçu pour répondre aux objectifs et aux besoins axés sur les patients grâce à une participation significative et à une planification des soins collaborative et coordonnée. Les maillons santé transformeront

le système de soins de santé en augmentant l'accès aux services de qualité intégrés pour les patients ontariens aux prises avec des problèmes chroniques et ayant des besoins complexes.

Les maillons santé, ainsi que les réformes de soins primaires et de soins à domicile et en milieu communautaire, servent de fondement pour les sous-régions du RLISS de HNHB. En 2017-2018, le ministère a confié à tous les RLISS le mandat d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de mise à l'échelle et d'élargissement afin de veiller à ce que le modèle de soins des maillons santé atteigne la maturité d'ici le 31 mars 2020; le plan comprend l'harmonisation et l'intégration du modèle dans les sous-régions. La coordination des soins, la prestation des services et l'intégration des activités qui sont au cœur du modèle des maillons santé sont essentielles à la stratégie Priorité aux patients.

En vedette – Maillons santé: l'histoire de Mary



Soutien avant les maillons santé

Lorsque Mary a commencé à travailler avec son fournisseur local en utilisant le modèle de soins des maillons santé, elle recevait déjà fréquemment des soins actifs pour l'abus de plusieurs substances toxiques et présentait un taux élevé de visites au service des urgences dès 2010. Son taux d'hospitalisation a également augmenté pour des infections graves liées à la consommation de drogues, comme de la

cellulite, des abcès et de l'endocardite. Mary était sans-abri au cours des deux dernières années à la suite de son éviction d'un appartement. Elle a eu recours à des refuges locaux pour femmes, mais les services étaient souvent limités, puisqu'elle ne suivait pas les règles. Une implication de nature juridique, dont une peine d'emprisonnement suivi d'une période de probation et d'ordonnance du tribunal l'obligeant à suivre un cours de gestion de la colère pendant deux ans sans quoi elle devait retourner en prison, touchait à sa fin.

Mary présente des antécédents importants de traumatisme et souffre de plusieurs pertes, dont la perte de la garde de son enfant en 2009. Elle a fait l'objet d'un diagnostic de trouble de la personnalité, d'anxiété et de dépression chroniques ainsi que de trouble lié à la toxicomanie. Mary éprouve des difficultés à faire confiance aux autres. Elle s'attend à ce qu'on la rejette, ce qui la pousse à agir sous le coup de la colère lorsque cette situation se produit. Quand Mary a commencé à travailler avec les maillons santé, elle se comportait de façon brusque et intimidante.

Soutien après les maillons santé

La première étape importante a été d'établir une relation de confiance avec Mary. Une fois ce lien établi, nous avons été en mesure de mobiliser les fournisseurs qui la soutenaient au quotidien et d'élaborer un plan de soins pour répondre aux besoins de Mary. Ce plan de soins comprenait un éventail de services, dont des soins actifs internes et externes, des soins de santé primaires ainsi que des services sociaux et juridiques. Alors que les différents fournisseurs travaillaient auparavant en cloisonnement, le modèle des maillons santé les a rassemblés afin de coordonner un plan pour Mary.

En ce qui a trait à la consommation de drogues de Mary, il était important de l'inviter à participer directement à l'élaboration du plan afin de recueillir des renseignements, de mieux

comprendre ses désirs et ses besoins ainsi que de rejoindre Mary à cette étape de son parcours avant d'entreprendre l'élaboration du plan de soins. Bien que Mary ait refusé d'aborder le sujet de l'arrêt de consommation de drogue (elle a résisté aux fournisseurs internes qui ont recommandé des traitements fondés sur l'abstinence), elle était ouverte à l'idée de réduire les méfaits. Le coordonnateur de soins de Mary a été en mesure d'intervenir pour veiller à ce que le plan de soins de Mary comprenne une réduction des méfaits comme démarche privilégiée pour gérer sa consommation de drogue. Le coordonnateur de soins a également contribué à faciliter la communication avec les autres fournisseurs de soins de Mary en s'entretenant avec eux sur les souhaits de Mary quant à ses soins. Faire participer Mary dans sa propre planification de soins avec ses fournisseurs est un exemple du modèle des maillons santé en action.

Mise à l'échelle et élargissement du modèle de soins des maillons santé

Les directeurs de sous-région du RLISS de HNHB, ainsi que les organismes responsables des maillons santé, ont élaboré un plan d'action pour mettre à l'échelle et élargir le modèle de soins des maillons santé. L'approche a été menée à l'échelon du RLISS et des sous-régions et est axée principalement sur les changements apportés à l'échelle du système et l'adoption du modèle.

Il comprend les aspects suivants:

- réorganisation et intégration du système (propres à une sous-région et au RLISS), y compris l'intégration de la coordination des soins dans les soins primaires;
- mise en œuvre des pratiques innovantes de Qualité des services de santé Ontario;
- renforcement des capacités et perfectionnement des compétences grâce à la formation, à l'enseignement, à l'encadrement et au mentorat;
- transition de plans de soins coordonnés dans le Client Health and Related Information System (système d'information sur la santé des clients) du RLISS et engagement de fournisseurs externes dans la solution électronique numérique;
- solutions électroniques pour une gestion améliorée des données et du rendement;
- mobilisation des intervenants, communication avec eux et gestion du changement.

L'un des changements les plus démontrables liés à la mise à l'échelle et à l'élargissement du modèle sera de transférer les plans de soins des patients vers le Client Health and Related Information System. Une fois terminés, les plans de soins seront accessibles aux membres de l'équipe de soins du patient aux fins de consultation et de mise à jour. La planification de la transition au système d'information sur la santé des clients a été amorcée et comprendra la migration des plans de soins actuels ainsi que l'ajout de nouveaux fournisseurs externes au Client Health and Related Information System pour la planification de soins coordonnés de maillons santé.

Afin de mettre en œuvre le plan de mise à l'échelle et d'élargissement du modèle de soins des maillons santé, un comité de surveillance est en place, et des équipes de renouvellement sont en voie d'établissement pour tirer parti des bases actuelles et des réalisations accomplies au cours des quatre dernières années, tout en favorisant la mise en œuvre locale des principaux résultats attendus au sein des sous-régions. Les rôles à l'échelle du RLISS soutiennent les populations et les secteurs prioritaires, notamment les soins palliatifs, les soins des autochtones et les soins coordonnés. Les tables d'action des maillons santé sont mises en place dans chaque sous-région et se composent de membres qui proviennent de divers secteurs afin d'orienter et d'encadrer les activités locales de participation, de façon à favoriser la mise à l'échelle et

l'élargissement du modèle de soins des maillons santé, et d'intégrer ce dernier au cœur de la prestation des programmes et des services avant la date limite de maturité du modèle du ministère le 31 mars 2020.

Planification des soins coordonnés

En date du 31 mars 2018, plus de 1 100 nouveaux plans de soins coordonnés ont été mis en œuvre dans le RLISS pour les patients aux prises avec des problèmes chroniques et ayant des besoins complexes en utilisant le modèle des maillons santé. Un total de 13 organismes uniques sont engagés dans le modèle de maillons santé au sein du RLISS de HNHB, et présentent des plans continus de mise à l'échelle et d'élargissement des nouveaux organismes de secteurs multiples.

Le RLISS de HNHB effectue le suivi des résultats des patients qui ont un plan de soins coordonnés et continue de constater des réductions importantes dans l'utilisation du système de soins de santé. La comparaison des résultats du T2 2017-2018 (ci-dessous) avec les indicateurs de rendement clés des 12 mois précédant et suivant l'élaboration du plan de soins démontre la réduction du taux de recours au système par les patients:

- réduction de 23 % du nombre de visites au service des urgences;
- réduction de 37 % du nombre d'admissions à l'hôpital;
- réduction de 21 % du nombre d'hospitalisations pour des problèmes de santé propices aux soins ambulatoires;
- réduction de 39 % du nombre de réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé.

Bien qu'il soit possible de faire mieux, ces résultats indiquent effectivement une amélioration de l'expérience des patients et une

démarche de soins plus axée sur les patients pour les personnes que nous servons.

Équité, amélioration de la qualité, uniformité et prestation basée sur les résultats

Équité, santé et bien-être de la population

Les mauvaises habitudes de vie, comme l'inactivité physique ou les mauvaises habitudes alimentaires, ont une incidence négative sur la santé et le bien-être des personnes et des communautés. La planification de la santé de la population est essentielle dans la reconnaissance des répercussions des déterminants sociaux de la santé (par exemple, le revenu, le statut social, l'emploi, ainsi que les environnements sociaux et physiques) ont sur la capacité d'une personne à adopter des habitudes de vie personnelles saines. Bien que les iniquités en matière de santé entraînent des soins de santé de moindre qualité, des résultats de santé encore moins bons pour certains groupes de population et des coûts accrus de soins de santé directs et indirects, un système de soins de santé équitable offre un bon accès, une bonne expérience et de bons résultats pour chacun, en intégrant toutes les dimensions de la qualité.

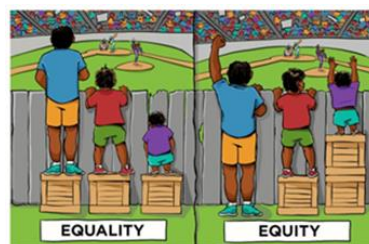
Le RLISS de HNHB a poursuivi son engagement d'aborder les disparités en santé et d'intégrer l'équité en matière de santé dans la planification de la santé de la population à l'échelle du RLISS et des sous-régions, tout en adoptant un angle équitable dans toutes les activités de planification, de financement et d'intégration du RLISS. Intégrer l'équité en matière de santé dans les programmes et les services permet de veiller à ce que les gens obtiennent les ressources dont ils ont besoin pour atteindre un état de santé optimal.

En reconnaissant l'iniquité vécue par les populations autochtones, les Ontariens francophones et d'autres populations marginalisées, le RLISS a renforcé les relations et les structures de planification tout au long de 2017-2018 pour travailler à l'amélioration des résultats liés à l'équité en matière de santé. Des activités précises liées à ces populations sont décrites dans les sections à venir Peuples autochtones et Services en français.

Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a souligné que l'un des moyens les plus efficaces de « mettre fin aux lacunes en matière d'équité » au sein d'une population est de répondre aux besoins de soins de santé des personnes les plus désavantagées. L'outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (Outil EIES) est un outil d'aide à la prise de décision élaboré par le ministère qui guide les utilisateurs au cours des étapes permettant de déterminer la manière dont un programme, une politique ou une initiative semblable aura une incidence sur les groupes de population. L'outil offre une méthode systématique pour intégrer l'équité dans la planification et la prise de décision afin de réduire les iniquités en matière de santé. L'objectif final est de maximiser les répercussions positives et de réduire les répercussions négatives qui pourraient potentiellement accentuer les disparités de santé entre les groupes de population, permettant ainsi une prestation plus équitable du programme, des services ou de la politique. Il peut également être utilisé dans l'ensemble des organismes pour renforcer la capacité et accroître la prise de conscience concernant l'équité en matière de santé.

L'exécution de l'Outil EIES est une exigence du RLISS de HNHB pour les soumissions de propositions d'intégration volontaire et l'étape 1 des propositions d'immobilisations. Afin de



souligner davantage l'importance de l'évaluation de l'équité à toutes les étapes de la planification, en 2017-2018 il est devenu nécessaire qu'une évaluation de l'équité en matière de santé soit un composant normalisé de toutes les activités du RLISS, notamment la planification, l'élaboration de programmes, les intégrations, les projets d'immobilisation, les analyses de rentabilité et les décisions de financement. Par exemple, chaque proposition en santé mentale et en lutte contre les dépendances mise de l'avant pour le financement de 2017-2018 (décrite plus en détail dans la section Santé mentale et lutte contre les dépendances du présent rapport) devait présenter une EIES, ce qui signifiait que les fournisseurs de services de santé devaient tenir compte des considérations d'équité dans leurs propositions. Cela a entraîné la nécessité de fournir du financement en santé mentale et en lutte contre les dépendances pour les services visant à soutenir les personnes qui se sont heurtées à des obstacles d'accès par le passé.

Health and Equity through Advocacy, Research and Theatre (HEART)

En 2016, l'initiative Health and Equity through Advocacy, Research and Theatre (HEART), dirigée par des étudiants de l'Université McMaster, a combiné la recherche-action, la défense d'intérêts publics et le théâtre « législatif » fondé sur la recherche afin de comprendre les enjeux de l'équité en santé auxquels font face les sans-abris dans la région de Niagara. Ce travail a mis en lumière certaines régions quant à l'inclusion sociale et à la réforme de la politique. Les conclusions et les recommandations de l'initiative HEART dans la région de Niagara ont été résumées dans un document d'orientation

et dans les résultats des études inclus dans plusieurs publications.

En 2017-2018, le RLISS a participé à l'expansion de HEART à Hamilton. Les membres de la communauté de sans-abris locale, les fournisseurs de soins de santé et les étudiants ont été invités à observer la production théâtrale, ainsi qu'à y participer et à y réfléchir, ce qui leur a offert une occasion unique de collaborer avec des personnes ayant une expérience vécue et de recueillir leurs commentaires sur la conception des services de soins de santé et des politiques de santé.

Le HEART représente une démarche novatrice qui intègre l'équité dans l'élaboration de politiques de santé grâce à la participation directe de groupes de la population ayant une expérience vécue d'iniquités en matière de santé. Les apprentissages acquis grâce à l'initiative sont intégrés dans les éléments du programme offert à l'école Michael G. DeGroote School of Medicine de l'Université McMaster.

Populations autochtones

Afin de réduire les disparités de santé vécues par les populations autochtones en raison de l'héritage de la colonisation, le RLISS demeure engagé à écouter les communautés locales et à apprendre d'elles afin d'orienter la conception, la prestation et l'évaluation des services de soins de santé offerts aux populations autochtones. Le RLISS se concentre sur la détermination de nouvelles démarches en matière de soins qui sont culturellement adaptées et offertes dans des milieux sûrs où les Autochtones et les fournisseurs de soins traditionnels travaillent de concert en ayant des connaissances et une estimation partagées des besoins particuliers des Autochtones. Par le renforcement des connaissances et la formation, le cheminement dans le système, les partenariats respectueux et la mobilisation des collectivités, le RLISS appuie les partenaires de santé afin qu'ils offrent un accès plus équitable à des services de soins

de santé qui répondent aux besoins de la communauté et qui reflètent les façons de faire, de vivre et de guérir des Autochtones.

Au cours de 2017-2018, le RLISS de HNHB a continué de faire évoluer les plans d'action et les initiatives actuels, tout en déterminant de nouveaux secteurs prioritaires grâce à l'inclusion des communautés des Premières Nations, des fournisseurs de soins de santé autochtones et des membres de la collectivité dans les activités de planification et de mobilisation. Les priorités clés découlant des activités de mobilisation et d'inclusion sont renforcées par les répercussions positives sur les interactions, les transitions et les expériences des peuples autochtones ayant accès au système de soins de santé.

Le RLISS de HNHB collabore directement avec les Six Nations de la rivière Grand, la Première Nation Mississauga de the New Credit et les organismes de services de santé autochtones, et collectivement par l'intermédiaire du Réseau de santé autochtone (RSA) du RLISS de HNHB. Le RSA se réunit environ 10 fois par année pour renforcer la voix des communautés autochtones et fournir des conseils et une orientation essentiels à l'égard des priorités, de la planification et de la prestation des services de soins de santé locaux. En 2017-2018, le RLISS et le RSA ont continué de faire évoluer les priorités déterminées dans le plan stratégique 2015-2018 du RSA, lequel inclut ce qui suit :

- Sécurité culturelle
- Guérison traditionnelle et mieux-être
- Renforcement de l'unité familiale
- Santé mentale et lutte contre les dépendances



Prévention des maladies chroniques

Afin de soutenir ces priorités en 2017-2018, le RLISS a participé à diverses activités, notamment les suivantes:

- En novembre 2017, le RSA a appuyé cinq travailleurs de la santé autochtones afin qu'ils suivent avec succès une formation des facilitateurs sur l'échelle de tolérance organisée par le programme de formation en sécurité culturelle autochtone (SCA) de l'Ontario. Grâce à cette formation, les employés deviendront certifiés et pourront offrir cette formation à des organismes de soins de santé dans la région de HNHB comme une possibilité d'apprentissage supplémentaire après la formation en SCA en ligne.
- Une séance de cartographie des services autochtones de lutte contre les dépendances a eu lieu. Deux Premières Nations et cinq fournisseurs de soins de santé autochtones y ont participé, notamment des organismes financés et non financés par le RLISS. Les commentaires émanant de cette séance ont permis de cerner des possibilités, comme la nécessité de mettre en œuvre des processus centralisés d'admission, le soutien des personnes en transition entre les programmes et de celles en transition entre les réserves et hors des réserves, la mise en place de stratégies de réduction des méfaits et le soutien des pairs. Ces commentaires contribueront à l'établissement de nouvelles démarches visant à améliorer l'accès aux services de lutte contre les dépendances pour les populations autochtones dans l'ensemble de la région de HNHB.
- Pour documenter le plan du RLISS visant à offrir un accès équitable aux soins palliatifs résidentiels de grande qualité et du soutien aux membres des Premières Nations et aux peuples autochtones en milieu urbain, le RSA de HNHB et le Réseau régional de soins palliatifs de HNHB ont conjugué leurs efforts pour organiser un rassemblement de participation communautaire en novembre



2017. Le rassemblement s'est concentré sur le partage des expériences en matière de soins palliatifs du point de vue des communautés, des familles et des personnes autochtones et a accueilli environ 140 personnes, dont des membres de la communauté et des fournisseurs de soins de santé qui se sont réunis pour raconter leur histoire, d'écouter celle des autres et d'en tirer des leçons. Bien que les participants aient recensé des expériences positives, comme du personnel bienveillant, des soins respectueux de la dignité et des transitions en douceur, ils ont également partagé des expériences moins reluisantes, comme le manque de soutien adapté à la culture, un plan de soins de fin de vie qui a entraîné un décès à l'hôpital plutôt qu'à la maison, et un manque de communication avec les membres de la famille. Les leçons clés de la journée ont mis en lumière le fait que chaque parcours de soins palliatifs est unique et n'emprunte pas toujours la même voie. Par conséquent, le système de soins de santé devrait être conçu pour soutenir chaque personne dans son choix de parcours.

Formation en sécurité culturelle



La formation en sécurité culturelle autochtone (SCA) de l'Ontario se fonde sur les principes du respect, de la sécurité et de la confiance, et offre un environnement

interactif afin que les professionnels de la santé élargissent leurs connaissances des peuples autochtones du Canada et de l'Ontario. La formation en SCA permet d'augmenter la prise de conscience de la culture et d'acquérir des compétences qui leur permettent de travailler plus efficacement avec les Autochtones. La formation en SCA contribue à atténuer l'incidence du racisme systémique en améliorant la communication entre les fournisseurs de services de santé et les patients et familles autochtones.

Durant 2017-2018, le RLISS a appuyé l'accès à la formation en SCA pour 539 personnes. Depuis le lancement de cette formation en 2014, 1 213 travailleurs de la santé provenant de 70 organismes différents dans l'ensemble de HNHB ont participé au programme. En février 2018, un groupe de vice-présidents du RLISS et de directeurs de sous-régions ont participé à la formation des Six Nations, Our Hodi: nohshoni: Way of Life Training, afin d'améliorer la compréhension que le RLISS a des cultures de la communauté locale et de ses répercussions sur la santé et le bien-être.

Médecine traditionnelle

Grâce aux efforts de sensibilisation continus et du bouche-à-oreille dans la communauté, la connaissance et la compréhension du programme de médecine traditionnelle . I . : ' (nous offrons une bonne médecine) continuent de croître. Entre avril et décembre 2017, le programme de médecine traditionnelle a fourni un accès à des services de guérison traditionnelle à 168 personnes grâce à 618 visites et à 194 visites rituelles. En commençant avec les fournisseurs de soins de santé qui travaillent avec les Six Nations de la rivière Grand, un protocole d'aiguillage a été élaboré et mis en œuvre afin d'établir des cheminements clairs permettant à la communauté d'avoir accès à la médecine traditionnelle.



Santé mentale et lutte contre les dépendances

À l'automne 2017, le RLISS de HNHB a facilité une planification sous-régionale axée sur l'élaboration de démarches intégrées afin d'offrir des services de lutte contre les dépendances qui permettraient d'en améliorer l'accès pour les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Six Nations Health Services et le Système de santé communautaire de Brant ont conjugué leurs efforts pour concevoir et élaborer un modèle de soins qui permettrait d'intégrer les travailleurs en lutte contre les dépendances du service des urgences de l'Hôpital général de Brantford. La phase de planification, d'élaboration et de mise en œuvre du modèle de soins a été effectuée en 2017-2018 et sera opérationnelle en 2018-2019.

Planification sous-régionale avec les partenaires autochtones/mobilisation des communautés

Orientés par la direction du Réseau de santé autochtone (RSA) et les fournisseurs de services de santé communautaires des Premières Nations locales, les processus de planification et de prise de décision en 2017-2018 dans l'ensemble des sous-régions du RLISS de HNHB ont inclus des partenaires autochtones. Le RLISS a mis en œuvre une stratégie d'inclusion grâce à laquelle des représentants autochtones désignés par le

RSA et les Premières Nations locales sont devenus membres de la table de concertation de chaque sous-région.

Les membres de la table de concertation agissent à titre de guide dans la détermination des priorités de planification sous-régionale, et tous les membres de la table travaillent ensemble pour veiller à ce que la santé et le bien-être des peuples autochtones soient étroitement liés à toutes les priorités. Pour favoriser la communication et les liens dans l'ensemble des sous-régions, le RSA, les Premières Nations locales et le RLISS se sont rencontrés tous les trimestres pour discuter des progrès réalisés dans chaque sous-région, partager sur les grandes priorités, cerner les lacunes et encourager tous les partenaires à avancer ensemble de façon positive.

Le RLISS de HNHB reconnaît l'expérience de soins de santé unique des peuples des Premières Nations qui vivent dans les réserves et continue à travailler avec les collectivités des Premières Nations locales afin de déterminer où le RLISS peut être un partenaire dans le soutien de l'accès équitable aux services de santé au sein et autour de ces communautés.

Services en français

Selon le Recensement de 2016, les francophones représentent 2,3 % de la population du RLISS de HNHB.

La Loi de 1990 sur les services en français énonce l'exigence provinciale relative à la prestation de services en français. En tant qu'organisme de la Couronne, le RLISS de HNHB doit s'y conformer de sorte que les services fournis directement au public, y compris les soins à domicile et en milieu communautaire, soient offerts conformément à cette loi.

Deux fournisseurs de services de santé sont désignés au sein du RLISS de HNHB, soit Foyer Richelieu (foyer de soins de longue durée à

Welland) et le Centre de santé communautaire (un centre de santé communautaire ayant des sites à Welland et à Hamilton) et 33 fournisseurs de services de santé ou programmes sont identifiés, dont quatre hôpitaux, huit organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances ainsi qu'un foyer de soins de longue durée.

Participation des francophones

L'entité locale de planification des services de santé en français (EPSSF) des RLISS de HNHB et de Waterloo Wellington (Entité 2) travaille en collaboration avec les deux RLISS afin de s'assurer que la planification et l'intégration des services de santé de chaque région des RLISS tiennent compte du point de vue francophone. Dans le cadre de sa mobilisation continue, le RLISS de HNHB et l'EPSSF se rencontrent régulièrement tout au long de l'année.

Un plan d'action conjoint de l'EPSSF est axé sur les secteurs prioritaires clés en matière de prestation de services de santé. L'EPSSF fait participer la communauté francophone concernant les priorités clés en matière de santé et fournit une rétroaction aux RLISS. En juin 2017, l'EPSSF a publié un rapport afin d'informer le RLISS des résultats, de l'analyse et des recommandations concernant l'accès aux services du point de vue d'un immigrant francophone. Les résultats étaient fondés sur un sondage en ligne et ont mis en évidence certaines particularités et difficultés clés dont le RLISS se servira afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population francophone.

Collaborer avec les sous-régions

Les tables de concertation sous-régionales du RLISS de HNHB tiennent compte des besoins de la population francophone du point de vue de l'équité en santé et des besoins de santé et de services sociaux axés sur la population. Les fournisseurs de services en français et l'EPSSF

ont été mobilisés dans les sous-régions de Hamilton, de Niagara et de Burlington.

L'EPSSF est membre de la table de concertation de Niagara et la Société Alzheimer de Brant, de Haldimand, de Norfolk, de Hamilton et de Halton, un organisme identifié, siège aux comités centraux de Burlington, de Brant et de Haldimand-Norfolk.

Le Centre de santé communautaire a également été mobilisé concernant l'intégration de la coordination des soins et du cheminement dans tout le système de santé pour faire en sorte que les francophones reçoivent de façon active des services de santé en français.

Foire d'information pour les personnes âgées francophones de Hamilton

En novembre 2017, la Fédération des aînés et des retraités francophones de l'Ontario, en collaboration avec le RLISS de HNHB, a organisé à Hamilton une foire pour les personnes âgées francophones (qui a accueilli plus de 100 aînés) afin de recruter des fournisseurs de services de santé offrant des services en français. L'EPSSF a saisi l'occasion de mobiliser les personnes âgées et a mené des sondages sur l'accès aux services de santé en français.

La Société Alzheimer, le Dr. Bob Kemp Hospice, l'Association canadienne pour la santé mentale de Hamilton et le RLISS de HNHB ont présenté leurs services et animé des ateliers sur divers sujets, comme la nutrition et la prévention des chutes.

Rendez-vous santé en français (Rendez-vous)

Le Rendez-vous, le plus important rassemblement national axé sur les soins de santé en français, est un événement de trois jours qui offre la chance de comprendre les enjeux, de trouver des solutions et de fournir des

recommandations visant la gestion améliorée des services de santé en français offerts à l'échelle du système. L'événement de novembre 2017 a eu lieu à Ottawa et a réuni plus de 375 intervenants et décideurs. En association avec le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario et l'EPSSF, le RLISS de HNHB a créé une affiche et élaboré une présentation décrivant leur initiative conjointe, l'autobus carrières-santé.

Conformité du RLISS de HNHB avec la Loi sur les services en français

En 2017-2018, le RLISS de HNHB a mis sur pied un groupe de travail interne afin d'élaborer et de mettre en œuvre un plan pluriannuel afin d'assurer la conformité avec la Loi sur les services en français. Le plan comprend des éléments clés liés à la communication, aux ressources humaines et aux services de soins à domicile et en milieu communautaire.

Au cours de sa première année, le plan du groupe de travail s'est concentré sur l'offre active afin de mieux faire connaître la disponibilité des services en français et de veiller à ce que le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire soit au courant de la langue de préférence des clients. L'offre active met l'accent sur l'établissement d'un mécanisme permettant de déterminer l'identité linguistique de tous les clients dès le premier contact afin que les francophones reçoivent les soins dont ils ont besoin dans la langue première de leur choix.

Mise en œuvre de l'outil de collecte de données OZi

Le RLISS de HNHB travaille en collaboration avec le Réseau (Réseau des services de santé en français), l'EPSSF et le ministère afin de recueillir des renseignements normalisés sur l'utilisation des services en français pour mieux planifier la prestation des services de santé. Pour appuyer cette initiative, le Réseau a déployé un

outil appelé OZi dans l'ensemble de l'Ontario pour tous les fournisseurs de services de santé financés par le RLISS.

L'outil OZi recueille des données afin d'évaluer la capacité actuelle de services en français de fournisseurs de services de santé. Le RLISS de HNHB a appuyé le déploiement de l'outil et utilisera les données recueillies afin d'orienter la planification future des services de santé offerts aux communautés francophones.

Soins primaires

Participation des médecins

Les médecins ont continué de jouer un rôle important en contribuant à la planification et à la mise en œuvre des stratégies du RLISS. Au cours de 2017-2018, six responsables des soins cliniques de sous-région étaient des membres actifs de leurs tables de concertation locales.

Bon nombre des résidents de la région du RLISS luttent contre des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, particulièrement ceux liés à la douleur chronique et à la consommation d'opioïdes. Le travail des responsables des soins cliniques était essentiel pour faire connaître les nouvelles normes d'ordonnance et de diminution de la consommation d'opioïdes à leurs collègues en soins primaires et pour faire en sorte que ces collègues soient au courant des ressources communautaires connexes offertes à leurs patients.

Le comité directeur en matière de soins de la vue du RLISS a continué d'offrir une solide direction à l'amélioration des soins de la vue au sein du RLISS. Le groupe a commencé la mise en œuvre d'une étude de qualité à l'échelle du RLISS dans cinq hôpitaux spécialisés en ophtalmologie et leurs ophtalmologistes participants. Les premiers résultats sont prévus en 2018-2019. Un processus d'évaluation et d'admission centralisée a été élaboré pour les résidents de la région de HNHB qui sont des

candidats potentiels pour une arthroplastie de la hanche et du genou. Le processus a été élaboré en collaboration et en partenariat avec les membres de la direction de l'orthopédie, les responsables des soins cliniques sous-régionaux qui ont offert des conseils et, plus important encore, les patients qui ont donné leurs commentaires. Le nouveau processus d'admission axé sur les patients vise à assurer que les temps d'attente signalés tiennent compte avec plus d'exactitude des patients prêts à subir une intervention chirurgicale et que les patients qui ont besoin d'en subir une consultent un spécialiste plus rapidement. Pour obtenir de plus amples renseignements sur cette initiative, consultez la section suivante du présent rapport.

Hôpitaux et partenaires

Intégration des programmes cliniques

Services orthopédiques et musculosquelettiques (TMS)

Des services orthopédiques sont offerts dans cinq hôpitaux du RLISS de HNHB : l'Hôpital Joseph Brant Memorial, Hamilton Health Sciences Corporation, le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, le Système de santé de Niagara et le Système de santé communautaire de Brant.

En décembre 2017, le RLISS de HNHB a effectué près de 4 000 arthroplasties primaires totales de la hanche et du genou. Le RLISS de HNHB affiche le deuxième plus grand volume de cas dans la province, juste après le RLISS du Centre-Toronto. Ensemble, les RLISS du Centre-Toronto et de HNHB effectuent plus du quart des arthroplasties primaires totales de la hanche et du genou de la province.

En 2017-2018, le RLISS s'est concentré sur la mise en place de mesures visant à réduire les temps d'attente et à améliorer l'expérience des patients, notamment :

- investissement dans 63 nouveaux cas nets d'arthroplasties primaires totales de la hanche et du genou pour tenir compte des patients qui attendaient le plus longtemps;
- approbation d'une réallocation en cours d'année de 77 cas d'arthroplasties de la hanche et du genou pour les hôpitaux ayant les temps d'attente les plus longs et la capacité de faire plus de chirurgies pour s'assurer d'en réaliser un nombre maximal dans le RLISS en 2017-2018.

Comme mentionné précédemment dans le présent rapport (Soins primaires : Participation des médecins), l'un des principaux secteurs d'intérêt en orthopédie en 2017-2018 a été la mise à l'échelle et l'élargissement de l'admission centralisée et du modèle d'évaluation des demandes d'aiguillage des arthroplasties primaires de la hanche et du genou et des lombalgies. Le MSK Central Intake and Assessment Centre (CIAC) est exploité par HHSC et comprend des centres d'évaluation des patients à Burlington, à Niagara, à Hamilton et à Brantford.

Pendant sa première année, le MSK CIAC a eu des effets très bénéfiques pour les patients et le système, dont l'offre aux patients de l'information sur les options de traitement, les recommandations de traitement personnalisées et les plans de gestion. Il fournit également des renseignements plus précis sur les temps d'attente à l'égard des chirurgiens. Entre avril et décembre 2017-2018, le MSK CIAC a enregistré une diminution des temps d'attentes des patients après avoir consulté un chirurgien orthopédiste : une baisse de 4 % pour les arthroplasties de la hanche et de 15 % pour celles du genou.

Imagerie diagnostique

Entre avril et décembre 2017, les hôpitaux du RLISS de HNHB ont effectué environ 55 000 imageries par résonance magnétique (IRM) et 71 000 tomodensitométries. Les temps d'attente

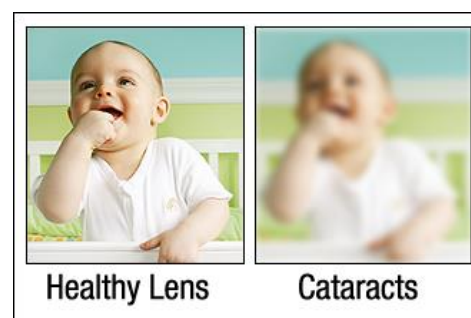
moyens pour les procédures d'imagerie diagnostique chez les adultes sont demeurés relativement uniformes tout au long de 2017-2018. En date du 31 décembre 2017, le temps d'attente moyen a varié entre 9 et 11 jours pour les tomodensitométries et entre 44 et 59 jours pour les IRM.

Dans le but d'améliorer les soins aux patients et de réduire les temps d'attente dans la région du RLISS, un système d'aiguillage commun pour les IRM et les tomodensitométries a été mis en œuvre en 2017-2018.

Ophtalmologie

Les services ophtalmologiques, dont l'opération des cataractes, sont offerts dans cinq hôpitaux du RLISS de HNHB : l'Hôpital Joseph Brant Memorial, le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, le Système de santé de Niagara, le Système de santé communautaire de Brant et l'Hôpital général de Norfolk.

Le Hamilton Regional Eye Institute du Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton soutient les avancées cliniques dans la détection, le traitement et la prévention des troubles visuels. En 2017-2018, près de 17 000 opérations de routine/des cataractes unilatérales ont été effectuées dans la région du RLISS de HNHB. Le RLISS a continué d'afficher un solide rendement en matière de temps d'attente en chirurgie au cours du dernier exercice financier. Entre avril et décembre 2017, les objectifs de temps d'attente en chirurgie ont été atteints dans environ 88 % des cas (temps d'attente 2, priorité aux patients 2 à 4).



Le comité directeur en matière de soins de la vue du RLISS de HNHB offre une solide direction clinique en matière d'ophtalmologie. Les principales initiatives dirigées par le comité en 2017-2018 vont comme suit :

- la mise en œuvre de l'étude de qualité à l'échelle du RLISS avec la participation des cinq hôpitaux ophtalmiques. L'étude, une première en son genre dans la province, peut être utilisée pour soutenir les futures initiatives ophtalmologiques en matière de qualité;
- la réaffectation d'environ 291 cas de cataracte unilatérale dans les hôpitaux ayant les temps d'attente les plus longs dans la région du RLISS;
- la mobilisation des ophtalmologistes en chef locaux dans la promotion de l'amélioration des soins ophtalmiques d'urgence au service des urgences.

Capacité du système et transition harmonieuse pour éviter un autre niveau de soins

Programmes de rétablissement pour maintenir ou améliorer l'état fonctionnel

En 2017-2018, le RLISS de HNHB s'est concentré sur les initiatives de soins de réadaptation pour améliorer les transitions des patients dans le système de santé en offrant un accès aux soins de réadaptation au bon endroit et au bon moment, et pour améliorer la compréhension des partenaires responsables de l'aiguillage, des patients et des familles quant à la nature des soins de réadaptation et ce à quoi ils doivent s'attendre.

En 2017-2018, les RLISS ont appuyé un troisième mandat de deux ans pour l'Alliance des soins de réadaptation provinciale qui s'efforce d'optimiser les résultats pour les patients et le système par l'intégration de soins de réadaptation à tous les niveaux de la

politique, de la planification et de la prestation de services de santé.

Les initiatives de soins de réadaptation du RLISS comprennent les suivantes :

Modèle d'équipe mobile d'évaluation et de rétablissement pour les aînés (SMART)

- L'équipe fournit aux personnes âgées qui connaissent un déclin fonctionnel ou qui sont à risque de vivre un déclin fonctionnel au moment de se présenter à l'hôpital ou d'y être admis, un accès à un modèle mobile de soins de réadaptation offerts par une équipe interprofessionnelle dédiée. Les interventions sont offertes aux patients au service des urgences ou dans un établissement de soins actifs.
- En 2017-2018, 3 539 patients ont participé au modèle SMART. De ces patients, 87 % ont reçu leur congé des soins actifs et ont connu une augmentation moyenne de 44 % de leur capacité à être autonomes chez eux. Ce résultat est mesuré avant et après des activités de la vie quotidienne de l'indice de Barthel.

Bien qu'il soit un modèle de soins donnant la priorité aux patients, le modèle SMART a également démontré le potentiel de réduction importante des coûts en offrant des soins de réadaptation parallèlement aux soins actifs afin d'avoir une incidence sur le parcours de rétablissement. Le modèle a montré ce qui suit :

- Une réduction des besoins de soins de réadaptation à l'hôpital (86 % des personnes ont reçu un congé).
- Une diminution du temps d'attente pour les soins de réadaptation (diminution de 4,7 %, 363 jours).
- Une diminution du temps d'attente requis pour les personnes qui ont besoin de soins de réadaptation postactifs (4,9 jours).

Regardez l'histoire de Lillian – <https://youtu.be/TiNEpsTcvHg-> pour comprendre de quelle manière le modèle

SMART peut changer la trajectoire des soins de santé et du parcours de vie d'une personne.

Processus d'aiguillage normalisé et définitions des soins de réadaptation

En date du 31 mars 2018, le RLISS a élaboré des outils d'options d'aiguillage pour les soins de réadaptation en milieu communautaire dans toutes les sous-régions de HNHB. Le RLISS s'est assuré que les renseignements relatifs à la communauté et aux programmes de soins de réadaptation pour personnes alitées, qu'il s'agisse de progression ou de gestion, soient conformes aux définitions normalisées de l'Alliance des soins de réadaptation provinciale. Les renseignements devaient également être accessibles pour le public et les fournisseurs de services de santé de référence qui se rapportent aux programmes de soins de réadaptation en milieu communautaire.

Des outils pour aider les patients, les familles et les partenaires responsables de l'aiguillage, y compris les fournisseurs de soins primaires, à comprendre en quoi consistent les soins de réadaptation et à quoi ils doivent s'attendre ont été créés, dont des lettres bilingues pour communiquer avec les patients et les familles pendant les transitions d'un milieu de soin à un autre.

Exercices pour des personnes âgées actives et en santé

Les blessures liées à une chute représentent une préoccupation importante en matière de santé chez les personnes âgées de plus de 65 ans, et elles sont particulièrement préoccupantes chez les personnes qui vivent de manière autonome à la maison ou dans la collectivité. Les chutes entraînent souvent des traumatismes physiques et psychologiques dévastateurs qui peuvent avoir une incidence négative sur la qualité de la vie et les activités de la vie quotidienne.



La recherche montre que les programmes d'exercices progressifs et personnalisés contribuent à améliorer la force, la démarche et l'équilibre d'une personne, en plus de donner l'occasion aux personnes âgées de socialiser et d'apprendre au sujet des principaux facteurs de risque de chutes. Entre avril et décembre 2017, des exercices et des séances de prévention des chutes financés par le RLISS ont été offerts à plus de 12 000 personnes dans plus de 350 cours dans l'ensemble de la région. Les témoignages des participants de l'une des initiatives – le programme de prévention des chutes (Keeping Balance) du Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara – ont indiqué de quelle manière la participation aux séances a contribué à la réduction de la douleur, à l'amélioration de la mobilité générale et au renforcement des liens sociaux.

Service des urgences et évitement des admissions

Le temps qu'une personne passe au service des urgences (SU) – de son inscription ou triage (selon la première éventualité) à son congé ou à son admission à un service de patients hospitalisés – est considéré comme la durée du séjour au service des urgences. Pendant le temps passé au SU, les patients sont vus par du personnel médical et reçoivent des soins.

Le RLISS de HNHB dispose de 13 services des urgences et de cinq centres de soins urgents. Les cinq centres de soins urgents traitent les personnes ayant des problèmes mineurs et non complexes, ce qui réduit la demande dans les services des urgences plus grands. Les 13 services des urgences comprennent les établissements qui se consacrent aux brûlures, aux cancers, aux maladies cardiovasculaires, à la neurochirurgie, à la pédiatrie, aux traumatismes et aux AVC.

En 2017-2018, neuf des 13 services des urgences ont participé au Programme de financement axé sur les résultats du ministère. Ce programme vise à améliorer l'expérience des patients en réduisant les temps d'attente au service des urgences, tout en mesurant une variété d'indicateurs. Les hôpitaux du RLISS de HNHB s'efforcent d'accroître leur rendement par rapport aux paramètres du programme afin d'améliorer l'expérience des patients dans leur service des urgences.

Le nombre de personnes qui ont visité les services des urgences dans la région du RLISS a augmenté sur douze mois. En février 2018, les services des urgences du RLISS de HNHB ont déclaré 521 009 visites, soit une hausse de 28 % sur dix ans; 75 % (390 753) de ces visites ont été faites par des personnes ayant des besoins complexes en matière de soins.

En plus des volumes accrus au service des urgences, un plus grand nombre de patients sont arrivés par ambulance. C'est particulièrement évident à Hamilton aux sites de l'Hôpital général et de Juravinski de HHS où, pour la période de janvier 2016 à février 2018, 30 à 32 % des patients sont arrivés par ambulance comparativement à la moyenne provinciale qui était de 16 à 17 %. Les arrivées par ambulance ont augmenté dans l'ensemble du RLISS depuis 2015-2016 : 111 878 en 2015-2016, 116 642 en 2016-2017 et 87 752 en décembre 2017, avec un volume de fin d'année projeté d'environ 117 450.

Malgré le fait que l'Ontario affiche les plus importants volumes d'arrivées par ambulance, entre avril et décembre 2017, 80 % des patients ayant des besoins complexes ont été vus dans le délai cible de 8 heures et 83 % des patients ayant des problèmes mineurs/non complexes ont été vus dans le délai cible de quatre heures. Il est important de noter que pour la même période, 92 % des patients non admis ayant des besoins complexes ont été vus dans le délai cible de huit heures, tandis que seulement 26 % des patients admis ayant des besoins complexes ont été vus dans le délai cible de huit heures. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de ces résultats, consultez le tableau des indicateurs de rendement clés de l'ERMR plus loin dans le présent rapport.

Un patient alité dans un hôpital de soins actifs en attendant d'avoir accès à son prochain niveau de soins représente un lit non disponible pour un patient qui a besoin d'être admis depuis le service des urgences. Cette situation est souvent appelée « cheminement des patients ». La pression exercée par le cheminement des patients contribue en grande partie au temps que les patients dans les services des urgences doivent attendre pour qu'un lit d'hôpital se libère. Malgré les difficultés, les établissements hospitaliers ont amélioré le temps de transfert d'un patient du service des urgences à un lit d'hôpital. En décembre 2017-2018, le West Lincoln Memorial Hospital de la Hamilton Health Sciences Corporation et l'Hôpital général de Norfolk ont respectivement connu une amélioration de 40 % et de 36 % par rapport à l'exercice précédent. En février 2018, l'Hôpital McMaster pour enfants de la Hamilton Health Sciences Corporation a connu une amélioration de 31 % du délai de déchargement des ambulances par rapport à février 2017.

En collaboration avec des intervenants, le RLISS a entrepris une variété d'initiatives d'amélioration des temps d'attente des patients au SU:

- En novembre 2017, sept hôpitaux du RLISS de HNHB ont donné accès à 162 lits pour répondre à la hausse de la demande afin d'accroître le nombre de lits pouvant accueillir des patients.
- Les notifications électroniques du service des urgences ont été mises en œuvre pour transmettre des messages/rapports électroniques en temps réel aux membres du personnel des soins primaires et des soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS lorsque leurs patients se présentaient au service des urgences. Cette technologie a été mise en œuvre dans tous les établissements hospitaliers depuis avril 2018.
- Les programmes de services paramédicaux communautaires sont entrés en fonction à Brant, à Hamilton, à Niagara et à Norfolk. Le personnel du programme de services paramédicaux communautaires repère les utilisateurs fréquents des services hospitaliers et du 911, les inscrit dans le programme et offre les mesures de soutien à domicile nécessaires afin de réduire la nécessité des recours aux services hospitaliers et du 911. Ces programmes aident les personnes à rester plus longtemps chez elles.
- Les initiatives auprès des foyers de soins de longue durée pour éviter les visites inutiles au service des urgences ont remporté un vif succès, notamment les équipes mobiles dirigées par du personnel infirmier, le personnel infirmier praticien traitant, les équipes d'intervention en soins palliatifs communs et l'équipe mobile de foyers de soins de longue durée du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement. En septembre 2017, les foyers de soins de longue durée dans la région de HNHB ont fait état du plus petit nombre de visites potentiellement évitables au SU pour les résidents des foyers de soins de longue durée comparativement à d'autres RLISS.

En 2017-2018, le Comité directeur des services des urgences du RLISS de HNHB, en collaboration avec le RLISS, a embauché un responsable stratégique des soins paramédicaux communautaires afin d'harmoniser les divers programmes de soins paramédicaux communautaires, élaboré des objectifs précis relatifs au programme d'évitement des SU, amélioré la coordination à l'échelle du système et examiné les possibilités de collaboration et de transfert des connaissances. Les quatre programmes de services communautaires paramédicaux ont adopté le programme de surveillance à distance des patients comme outil fondé sur des données probantes afin de soutenir les patients chez eux et de réduire le recours inutile aux services hospitaliers et au 911.

de services communautaires paramédicaux: Rencontrez Bill



Bill a plus de 60 ans, vit seul, a des contacts sociaux limités, n'a pas de famille à proximité et est atteint d'un certain nombre de problèmes de santé chroniques. Au cours d'une période de 9 mois précédant sa participation au programme de services paramédicaux communautaires, Bill a visité les SU 74 fois pour de la douleur. Lorsque Bill s'est joint au programme, il a été dirigé vers un certain nombre de programmes communautaires, y compris une clinique de gestion de la douleur où il apprend à gérer ses problèmes chroniques. Le personnel paramédical communautaire accompagne Bill à ses rendez-vous médicaux, ce qui aide Bill à acquérir une meilleure compréhension de son état de santé et

de ses symptômes, à gérer sa douleur et à accroître sa confiance en lui. Sa capacité à gérer sa santé et ses médicaments s'est améliorée. Bill subit une évaluation complète de santé chaque semaine par le personnel paramédical communautaire, qui lui fournit également un encadrement et de la formation pour l'aider à améliorer sa santé et son bien-être. Grâce aux visites du personnel paramédical communautaire, Bill se sent rassuré quant à sa santé, et bien que certains de ses symptômes soient graves, il peut souvent les prendre en charge sans avoir à se rendre au SU. Après s'être joint au programme de services paramédicaux communautaire, Bill s'est rendu au SU 11 fois au cours des 9 mois subséquents, soit une réduction de 81 % de ses visites au SU. Grâce à sa participation au programme de services paramédicaux communautaires, Bill est plus au courant de ses problèmes de santé. Il peut maintenant se fier à lui-même et sa capacité à gérer sa santé s'est améliorée. Par conséquent, les appels de Bill aux services paramédicaux communautaires ont diminué considérablement.

Soins de transition dans l'ensemble du continuum – démarche novatrice

Dans le milieu des soins de santé, les transitions de soins font référence au mouvement d'un patient entre les lieux de soins, les fournisseurs de soins ou les différents niveaux de soins de santé dans un même endroit à mesure qu'évoluent l'état et les besoins en matière de soins de la personne. Ces transitions portent sur un ensemble de processus conçus pour assurer une coordination et une continuité des soins offerts au patient.

Des pratiques de communication et de documentation appropriées pendant les transitions des patients sont essentielles pour assurer la prestation de soins sécuritaires de qualité aux patients. L'amélioration des transitions des patients de l'hôpital à la collectivité une fois que le traitement médical est

terminé demeure prioritaire pour le RLISS de HNHB. Il existe toujours un faible pourcentage de patients incapables de retourner dans leur précédent milieu de vie; par conséquent, d'autres dispositions doivent être prises. Attendre à l'hôpital pour obtenir un autre niveau de soins (ANS) n'est pas dans le meilleur intérêt d'une personne, puisque cela peut l'exposer à un risque de déclin fonctionnel et à des complications liées aux hospitalisations.

Le Programme de soins de transition du RLISS de HNHB, élaboré en 2014 en collaboration avec les hôpitaux et les partenaires communautaires du RLISS, fournit aux patients incapables de retourner dans le milieu dans lequel ils vivaient avant leur hospitalisation un autre milieu de vie temporaire où ils peuvent recevoir le niveau de soins dont ils ont besoin, dans l'attente que des modalités de vie plus permanentes s'offrent à eux. Ce programme fournit également aux personnes du temps et du soutien afin d'optimiser leur force et leur autonomie avant leur transition vers un milieu communautaire permanent plus approprié.

Principales réalisations

- Le Programme de soins de transition s'est étendu à 207 lits dans 15 établissements uniques dans les communautés de Hamilton, de Burlington, de Niagara et de Brant. En 2017-2018, le programme a affiché 812 admissions et 845 congés sur un total de 2 783 admissions et de 2 646 congés depuis son lancement en octobre 2014. Depuis octobre 2014, les patients ont accumulé un total de 154 282 jours dans le cadre du programme, ce qui équivaut aux journées passées en attente d'ANS qui ont été évitées à l'hôpital. (Source : Rapport du Programme de soins de transition du 31 mars 2018)
- Quand l'accès à un logement abordable avec services de soutien a été déterminé comme un obstacle aux congés dans certaines communautés, le RLISS de HNHB a amélioré l'accès à 51 logements pour personnes âgées avec services de soutien

subventionnés, soit 40 à Hamilton, huit à Brantford et trois aux Six Nations de la rivière Grand.

- Un programme collaboratif de 10 logements avec services de soutien communautaires en établissement a été mis sur pied pour les patients ayant un diagnostic mixte. Le diagnostic mixte comprend la schizophrénie, les troubles schizoaffectifs et bipolaires ou les déficiences intellectuelles/l'autisme.

Stratégies axées sur la population

Système intégré de rétablissement après AVC

Le RLISS de HNHB continue d'améliorer considérablement l'expérience des patients pour les personnes qui ont subi un AVC. Un AVC est un arrêt soudain des fonctions cérébrales causé par l'interruption du flux sanguin vers le cerveau (accident ischémique cérébral) ou la rupture de vaisseaux sanguins du cerveau (attaque d'apoplexie hémorragique). Un avertissement d'accident vasculaire cérébral est un blocage temporaire du flux sanguin au cerveau (accident ischémique transitoire [AIT]).

Les données probantes liées aux pratiques exemplaires en matière d'AVC indiquent que les personnes ayant reçu des soins post-AVC d'une équipe de soins interprofessionnelle spécialisée dans une unité neurovasculaire sont plus susceptibles d'être énergiques, autonomes et de vivre à la maison au cours de l'année où ils ont subi l'AVC. C'est pourquoi le RLISS de HNHB a établi un partenariat avec le Central South Regional Stroke Network (CSRSN) et des fournisseurs de soins de l'AVC pour améliorer l'accès aux soins prodigués dans une unité neurovasculaire et bâtir un système de rétablissement intégré à la suite d'un AVC.

Accès accru aux soins intégrés à la suite d'un AVC

Les progrès dans le domaine des soins à la suite d'un AVC ont continué en 2017-2018 par l'intégration de services en matière d'AVC au Hamilton Health Sciences Regional Stroke Centre le 8 janvier 2018. Les soins à la suite d'un AVC auparavant fournis au Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton sont maintenant offerts au Hamilton Health Sciences Regional Stroke Centre. L'intégration signifie que tous les patients qui ont reçu un diagnostic d'AVC et été admis au service des urgences et aux Unités des malades hospitalisés du Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton seraient transférés à Hamilton Health Sciences et recevraient dans le cadre d'un modèle d'unité de soins intégrés d'AVC fournis par une équipe de professionnels spécialisés dans les soins à la suite d'un AVC. L'unité offre des services de soins intégrés d'AVC aux personnes nécessitant des soins actifs à la suite d'un AVC, des services de soins de réadaptation à la suite d'un AVC aux patients hospitalisés et des services de clinique de prévention des AVC externes.

Accès accru aux traitements endovasculaires pour les AVC

Le traitement endovasculaire s'adresse aux patients ayant un diagnostic d'accident ischémique cérébral aigu qui élimine les gros caillots sanguins causant des AVC et améliore considérablement la possibilité d'obtenir de meilleurs résultats.

Cinq essais de recherche majeurs sur les AVC menés au début de 2015 ont démontré l'efficacité du traitement endovasculaire et ont changé considérablement la prise en charge des personnes à la suite d'un AVC, dont le caillot sanguin a été causé par l'obstruction d'un gros vaisseau. HHS est l'un des huit centres en Ontario qui offrent cette intervention en tout temps. Le CSRSN a réussi à créer un accès

régional à ce traitement destiné à sauver des vies pour chaque résident des régions des RLISS de HNHB et de Waterloo Wellington. En date de décembre 2017, 62 traitements endovasculaires ont été effectués sur des patients.

Accès aux pratiques exemplaires de réadaptation à la suite d'un AVC dans les régions rurales

Un modèle communautaire efficace de réadaptation à la suite d'un AVC a été mis en place dans les sous-régions de Brant et de Haldimand-Norfolk. Le modèle offre un accès à des soins de réadaptation à domicile et en milieu communautaires à la suite d'un AVC fondé sur les pratiques exemplaires pour les personnes qui habitent à plus de 30 minutes d'un centre de thérapie ambulatoire ou qui tolèrent mal de se déplacer.

Les soins de réadaptation à domicile sont offerts par une solide équipe composée d'experts des soins de l'AVC qui fournissent rapidement des soins intensifs de l'AVC axés sur les pratiques exemplaires.

En 2017-2018:

- en 2,8 jours, 66 personnes ont reçu un accès en temps opportun à des soins de réadaptation communautaires intensifs axés sur les pratiques exemplaires à la suite d'un AVC, avec une moyenne de 19,2 visites de thérapie à domicile;
- parmi les patients qui ont eu un AVC, 92,7 % ont atteint leurs objectifs personnels de rétablissement, avec une augmentation de 16,1 % qui ont réintégré la vie normale;
- il y a eu une diminution de 8 % du nombre de participants présentant des symptômes de dépression.

Rendement des soins à la suite d'AVC du RLISS de HNHB

En octobre 2017, un tableau de bord régional de soutien à la décision concernant les AVC a été élaboré pour rendre compte des données actuelles. Il a démontré des améliorations dans un certain nombre d'indicateurs d'AVC en

grande partie grâce à l'accès accru à des pratiques exemplaires en matière de soins intégrés de l'AVC.

Plusieurs améliorations ont été remarquées dans le RLISS de HNHB :

- parmi les personnes ayant subi un AVC, 63 % ont été traitées dans une unité d'AVC;
- parmi les patients ayant subi un AVC causé par un caillot (accident ischémique cérébral), 17 % ont reçu un médicament permettant de dissoudre les caillots (activateur tissulaire du plasminogène [tPA]) au SU ou dans un établissement de soins actifs;
- parmi les personnes ayant subi un AVC, 36 % ont été admises pour des soins de réadaptation en milieu hospitalier après avoir obtenu leur congé des soins actifs;
- en moyenne, les personnes ayant subi un AVC ont été admises pour des soins de réadaptation en 7,5 jours.

Le bilan annuel sur les AVC du Réseau ontarien de l'AVC rapporte des soins à la suite d'un AVC à l'échelle de la province et des RLISS, et son bilan de 2017 fait état de données de 2015-2016. Comparativement au bilan de 2016, celui de 2017 du RLISS a démontré des améliorations pour 14 indicateurs.

- À l'échelle de l'établissement, le RLISS est le chef de file provincial des deux indicateurs de dissolution des caillots. Le RLISS affiche un des meilleurs rendements concernant l'accès en temps opportun et la proportion de personnes qui reçoivent des médicaments permettant de dissoudre les caillots (de l'inscription de la personne à l'administration du tPA) au Hamilton Health Sciences Regional Stroke Centre.
- Le RLISS affiche également un rendement élevé concernant la proportion de patients ayant subi un AVC ou un AIT qui sont arrivés par ambulance au SU.
- La proportion de personnes recevant des soins de réadaptation à la suite d'un

AVC qui ont atteint la durée totale cible du séjour a augmenté de 43,7 % à 63,7 %. Le Centre de santé et de réadaptation Hôtel-Dieu-Shaver de Niagara a affiché la meilleure amélioration de la province.

- La proportion de patients ayant subi un AVC ou un AIT qui ont reçu un congé du SU et qui ont été dirigés vers des services de prévention secondaire des AVC a augmenté de 80,6 % à 85,4 % en raison de la formation du personnel du SU sur l'importance de l'évaluation en temps opportun des personnes dans les cliniques de prévention des AVC. (Source : Bilan sur les AVC de 2015-2016 de l'Ontario)

Diabète

Le diabète est une affection chronique qui se manifeste lorsque le corps est incapable de produire suffisamment d'insuline ou de l'utiliser correctement. Le corps a besoin d'insuline pour transformer le sucre en énergie. Le diabète peut entraîner des lésions nerveuses (neuropathie diabétique), causant ainsi des faiblesses ou des pertes musculaires et une perte de la douleur et de la sensation pouvant entraîner des plaies et des ulcères.

En date d'avril 2016, environ 12,7 % de la population adulte du RLISS de HNHB (150 276 personnes) était atteinte de diabète. Cela représente une légère hausse par rapport au nombre déclaré en 2015 (143 317) et continuera fort probablement d'augmenter en 2017. Comparativement à d'autres RLISS, celui de HNHB affiche le troisième taux le plus élevé d'adultes atteints de diabète.

L'une des priorités du RLISS de HNHB est de fournir aux personnes les connaissances et le soutien pour gérer leur diabète et réduire les complications qui y sont liées. Dans l'ensemble du RLISS de HNHB, il existe 15 programmes d'éducation en matière de diabète. Ces programmes soutiennent les personnes et leurs

familles afin qu'elles améliorent la qualité de vie et évitent les complications liées au diabète.

Parmi les 15 programmes, trois s'adressent aux Autochtones et quatre concernent les enfants de ces populations en particulier. Les dirigeants des programmes d'éducation en matière de diabète travaillent en collaboration afin de trouver de nouvelles démarches et occasions de promouvoir la sensibilisation, la prise en charge et la prévention du diabète.

Les ulcères du pied diabétique sont une complication des lésions nerveuses qui peuvent découler du diabète, ce qui entraîne une perte de sensation dans le pied qui, lorsque combinée à une pression (c.-à-d. des chaussures, des traumatismes), peut mener à des ulcères du pied. Les ulcères du pied diabétique peuvent entraîner une importante morbidité (maladie) et met les personnes à risque de complications, comme les infections des plaies, qui entravent la guérison et pourrait entraîner une amputation du pied ou de la jambe.

Les appareils de décharge sont des appareils de soins des plaies qui peuvent comprendre des plâtres de pied amovibles, non amovibles et à contact total. Ces appareils peuvent améliorer considérablement la qualité de vie d'une personne en allégeant la pression exercée autour du talon, de la cheville et des orteils afin que la plaie du pied puisse guérir correctement. Ces appareils sont un élément clé de traitement des UPD et de prévention des récidives en réduisant ou en redistribuant la pression sur le pied. En novembre 2017, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le ministère) a approuvé un nouveau financement de base visant à soutenir les recommandations du Comité consultatif ontarien des technologies de la santé en ce qui a trait au financement par les fonds publics des appareils de décharge pour le traitement efficace des UPD.

Voici quelques faits saillants sur les principales activités de 2017-2018 :

- Les membres du Programme d'éducation en matière de diabète du RLISS de HNHB ont

fait des présentations lors de l'événement Evidence-Based Management of the Diabetes Epidemic de 2017 organisé par l'Université McMaster. Il s'agissait d'une occasion de partager, avec des collègues fournisseurs de soins de santé, des renseignements au sujet des services qu'ils offrent afin d'accroître la sensibilisation au Programme d'éducation en matière de diabète comme outil pour les patients atteints de diabète.

- Un accès à des appareils de décharge a été offert aux patients atteints d'UPD afin d'améliorer la guérison des plaies. Le financement permettra de soutenir davantage l'accès à environ 483 appareils dans six hôpitaux, sept centres de soins infirmiers et un centre de santé communautaire du RLISS.
- La participation aux possibilités de formation concernant l'évaluation et l'ajustement des appareils de décharge était également soutenue par ce financement afin de renforcer les capacités parmi les fournisseurs de services de santé participant au programme.
- Le comité d'éducation sur le diabète chez les enfants du RLISS de HNHB s'est concentré sur l'amélioration de l'accès aux consultations auprès de pédiatres en temps opportun dans le cadre de soins complexes chez les enfants et les jeunes atteints de diabète en évaluant les lignes directrices nouvellement élaborées pour l'aiguillage vers un centre de soins tertiaires.
- Le comité du Programme d'éducation sur le diabète chez l'adulte et l'enfant :
 - a élaboré des lignes directrices pour simplifier la transition des soins destinés aux jeunes vers ceux destinés aux adultes afin de veiller à la prestation de soins continus, complets et coordonnés;
 - a collaboré avec le programme régional de chirurgie bariatrique de HNHB pour fournir de l'éducation ciblée sans faille aux populations à

risque élevé afin de réduire l'apparition du diabète et d'améliorer l'autogestion chez les personnes aux prises avec le diabète;

- le 31 décembre 2017, 15 654 personnes ont bénéficié des services des Programmes d'éducation en matière de diabète financés par le RLISS de HNHB.
- Un programme de mentorat a été mis sur pied entre le programme d'information sur le diabète des Six Nations et le PED du Système de santé communautaire de Brant afin d'offrir de la formation sur la prise en charge des clients atteints de diabète gestationnel et infantile.
- Une formation a été offerte aux membres du comité des dirigeants en matière de diabète (Leaders in Diabetes) et au personnel du Programme d'information sur le diabète du Système de santé communautaire de Brant sur la sécurité culturelle autochtone et sur la vérité et la réconciliation, ainsi que sur la manière dont ces éléments orientent l'information sur le diabète.
- Le taux de réadmission dans les hôpitaux du RLISS pour les personnes diabétiques a diminué de 15,07 % au cours du T1 2016-2017 à 11,85 % au cours du T1 2017-2018.

Démence

Bien qu'il soit difficile de calculer une estimation réelle du nombre de personnes atteintes de démence (divers rapports utilisent des méthodes d'estimation différentes et sont confrontés au fait que deux tiers des cas de démence peuvent être non diagnostiqués), les données de l'Ontario indiquent que, de 2009 à 2015, la prévalence de démence a augmenté de 30 %, soit de 175 694 cas, dont près de 76 % de cette croissance se produit dans la communauté. (Source : ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Dementia Planning, 13 octobre 2017). Les données précises du RLISS de

HNHB indiquent que, en 2013-2014, 20 038 personnes du RLISS de HNBH ont reçu un diagnostic de démence. Le ministère des Finances de l'Ontario prévoit que la population de personnes âgées (65 ans et plus) passera de 16 % (2,2 millions de personnes) en 2015 à plus de 25 % (4,5 millions de personnes) d'ici 2041, ce qui aura une incidence importante sur la prévalence de la démence.

En 2017-2018, le RLISS de HNBH, en collaboration avec des intervenants clés, notamment la Société Alzheimer et le programme régional de soins gériatriques, a mis en œuvre le processus de planification de la capacité des services communautaires en matière de démence. L'élaboration de ce plan de capacité sera essentielle pour orienter les travaux de planification du RLISS à l'avenir. Le plan sera également éclairé par le document de stratégie de 2017 du réseau de la démence de HNBH, qui présente trois thèmes directeurs : l'éducation et la sensibilisation, la façon de bien vivre avec la démence et l'approche axée sur la personne en matière de soins de la démence.

Puisque les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins représentent une population diversifiée, où aucun type de programme n'est universel, le RLISS de HNBH finance un certain nombre de programmes, notamment le dépistage précoce et l'orientation dans le système, le soutien et l'éducation offerts aux soignants, les séances d'exercice, les programmes de jour pour adultes, les services de relève de nuit et les soins de relève à domicile.

Les principales initiatives pour 2017-2018 comprennent ce qui suit:

Élargissement du programme d'orientation dans le système Premier lien

Le programme d'aiguillage Premier lien de la Société Alzheimer relie de façon précoce les personnes atteintes de démence nouvellement

diagnostiquées, ainsi que leurs partenaires de soins, aux soutiens communautaires appropriés, favorise les expériences des patients positives en matière de soins et offre des possibilités d'acquisition de connaissances et d'aptitudes d'adaptation grâce au soutien fourni par la Société Alzheimer.

En 2017-2018, le nouveau financement a appuyé l'élargissement du programme Premier lien et a permis d'ajouter des intervenants pivots. Ces ressources supplémentaires permettent au programme de soutenir l'éducation et les besoins émotionnels de 61 personnes vivant dans l'ensemble du continuum de démence et de 109 partenaires de soins.

Reportage Lier M. et Mme Smith



"[Notre implication] a été très utile, en particulier en identifiant les différents services impliqués et en aidant mon épouse et moi-même à accéder aux autres services nécessaires pour rendre notre vie plus confortable." - M. Smith

M. Smith, 83 ans, est le partenaire de soins de son épouse âgée de 82 ans dont la démence évolue. Il a de la difficulté à composer avec l'évolution de la démence de son épouse et de sa santé physique. Le diabète de Mme Smith est particulièrement difficile à gérer, et en raison du faible taux de sucre dans son sang, son époux a dû composer le 911 trois fois au cours des derniers mois, ce qui a entraîné une admission à l'hôpital, des infections et des sautes d'humeur. Premier lien a visité M. et Mme Smith afin de

leur fournir des renseignements et de discuter avec eux de stratégies visant à gérer les comportements de Mme Smith et à mettre le couple en relation avec des fournisseurs. Les soins et services qu'ils ont offerts comprenaient des soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS, des soins primaires, les services d'une équipe d'intervention rapide, des services de jour pour adultes, des PED, des services de soins des pieds, ainsi que des soins de relève à domicile et du soutien continu de la Société Alzheimer.

Depuis leur participation au programme Premier lien, M. et Mme Smith n'ont pas appelé le 911 et M. Smith a déclaré ressentir moins de stress en général et il accepte mieux l'état de son épouse.

Élargissement des programmes Music for Memory (Musique pour la mémoire) aux programmes de jour pour adultes

Il est démontré que les programmes personnalisés de musique ont des effets thérapeutiques positifs pour les personnes âgées et les personnes atteintes de démence. La Société Alzheimer de Brant, Haldimand-Norfolk et Hamilton-Halton offre un programme de musique appelé Music for Memory qui ajoute un peu de musique personnalisée dans la vie des personnes atteintes de démence grâce à la technologie musicale numérique. En utilisant des lecteurs MP3 portatifs et personnels, le personnel formé élabore et fournit des listes de lecture personnalisées aux personnes atteintes de démence afin d'améliorer leur qualité de vie en leur permettant de reprendre contact avec le monde grâce à des souvenirs générés par la musique. En 2017-2018, le RLISS de HNHB a élargi l'accès au matériel de Music for Memory à 34 programmes de jour pour adultes à l'échelle du RLISS.

Autogestion des soins pour le soignant

Axé sur les besoins en santé mentale des personnes qui soignent des gens atteints de démence, ce cours de 16 semaines vise à renforcer et élargir les stratégies d'adaptation des aidants, ainsi qu'à accroître leur degré de résilience. En 2017-2018, le programme a servi 226 aidants dans la région du RLISS de HNHB. Le programme comprend également la prestation de soins de relève pour les personnes atteintes de démence (le cas échéant) afin d'accorder aux soignants du temps pour leurs propres besoins.

Un participant du programme a déclaré ceci : « J'aurais souhaité pouvoir suivre ce cours il y a 20 ans! J'ai appris beaucoup de choses et acquis des connaissances qui m'aident à mettre les choses en perspective afin de baisser mon niveau de stress. »

Jeunes aidants

L'initiative Jeunes aidants appuie les jeunes (de 5 à 25 ans) vivant avec un membre de la famille ou soutenant l'un d'entre eux. Leur situation peut être attribuable à l'absence parentale, à l'invalidité, aux soins des personnes âgées, à des problèmes de santé mentale, à des dépendances, à des maladies chroniques ou à un obstacle linguistique. Comparativement à leurs proches non aidants, les jeunes aidants sont plus à risque de vivre des répercussions en matière de santé mentale en raison de leur rôle, notamment une augmentation du stress, des symptômes de dépression, une faible estime de soi, des niveaux plus élevés d'anxiété, de la solitude, de l'isolement, un moins bon rendement scolaire et un taux d'absentéisme scolaire plus élevé.

En septembre 2017, l'initiative Jeunes aidants a soutenu 335 jeunes aidants des sous-régions de Niagara et Haldimand-Norfolk, ainsi que 406 parents/tuteurs.

Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement

La stratégie du RLISS de HNHB en ce qui a trait au Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) intervient en plusieurs points du continuum de soins pour appuyer les personnes qui présentent des comportements réactifs ou ont tendance à en présenter en milieu communautaire, à l'hôpital ou dans un FSLD, en mettant l'accent sur la qualité des soins et la qualité de vie. La stratégie du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement du RLISS de HNHB est orientée par l'énoncé créé par les fournisseurs du RLISS afin de représenter la voix d'une personne souffrant d'une déficience cognitive.

La stratégie du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement du RLISS a été mise sur pied pour rassembler un réseau de soutien autour de la personne présentant des troubles du comportement et de sa famille/son soignant au moment d'effectuer sa transition dans l'ensemble du continuum de soins de santé. La stratégie traverse tous les secteurs et est composée de plusieurs volets, qui ont continué de soutenir les patients, les soignants, les foyers de soins de longue durée, les hôpitaux et la communauté.

- Ligne d'accès pour le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement – un seul point d'information et d'aiguillage pour les clients, les soignants et les fournisseurs de soins de santé, rapprochant les services et les clients.
- Équipes d'intervention communautaire pour le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement – cinq équipes possédant une expertise en soins gériatriques intégrées à des équipes communautaires d'intervention en situation de crise existantes qui offrent du soutien « juste à temps » aux personnes ayant des comportements réactifs ou à risque d'en développer, et qui les mettent en contact

avec des services de soutien à plus long terme.

- Spécialiste des comportements réactifs du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement – consultation, élaboration de stratégies, éducation et planification de transition pour les résidents des foyers de soins de longue durée et des maisons de retraite.
- Modèle de service de responsable communautaire intégré – un organisme communautaire agit à titre de point de contact unique pour les clients du Projet OSTC.
- Responsables cliniques en milieu hospitalier du Projet OSTC – quatre responsables cliniques du Projet OSTC, travaillant dans quatre organismes hospitaliers hôtes : le système de santé de Niagara, Hamilton Health Sciences, le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton et le Système de santé communautaire de Brant. Les principales fonctions des responsables cliniques comprennent la collaboration avec le personnel hospitalier pour l'élaboration des plans de soins des patients en matière de comportements et de transition, et l'accroissement de la capacité.
- Équipes mobiles de soins de longue durée du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement – cinq équipes multidisciplinaires desservant 86 foyers de soins de longue durée et dirigeants de transition du RLISS qui soutiennent les clients et les partenaires de soins avant, pendant et après les transitions dans un foyer de soins de longue durée. Le modèle fait référence aux équipes qui aident les clients lors des transitions.

Ligne d'accès pour le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement

- Un total de 1 257 clients ont été desservis en date du 31 décembre 2017.
- Tous les soignants/clients ont été mis en lien avec le service/soutien après avoir appelé la Ligne d'accès du Projet OSTC.

- De ces clients, 52,6 % n'avaient jamais reçu de services avant d'appeler la Ligne d'accès pour le Projet OSTC.

Équipes d'intervention communautaire du Projet OSTC

- Un total de 1 130 clients avaient reçu du soutien en situation de crise en date du 31 décembre 2017 (6 535 depuis la mise en œuvre du programme le 1er avril 2012).
- Au total, 436 membres de la famille et soignants informels ont obtenu un soutien dans la communauté.
- Les membres des équipes d'intervention communautaire ont participé à l'échelle du RLISS à des tables locales sur les cas complexes / d'intervention à l'échelle du RLISS afin de collaborer avec les partenaires communautaires pour soutenir les clients ayant des besoins complexes et nécessitant le soutien de plusieurs organismes.

Équipe mobile de soins de longue durée du Projet OSTC

- Au 31 décembre 2017, 1 922 aiguillages avaient été reçus (13 547 depuis le 1er avril 2012).
- Au 31 mars 2017, 642 clients ont obtenu un soutien lors des transitions en direction ou en provenance des établissements de soins de longue durée, de soins communautaires, de soins actifs ou de
 - soins tertiaires.
 - En février 2018, l'équipe mobile de soins de longue durée du Projet OSTC et l'équipe d'intervention en santé mentale pour les personnes âgées ont rassemblé des partenaires externes desservant les foyers de soins de longue durée pour en apprendre davantage sur les services et pour créer des plans afin de collaborer avec les foyers de soins de longue durée et les servir de manière homogène et organisée. Au total, 42 personnes étaient présentes, dont des représentants du Projet OSTC, de l'équipe d'intervention

en santé mentale, des équipes d'intervention infirmière, des conseillers en ressources psychogériatriques ainsi que des conseillers en matière de gestion de la douleur et de soins palliatifs.

Lorsqu'on a demandé aux participants d'évaluer l'utilité de la séance sur une échelle de 1 (inutile) à 10 (très utile), ils ont attribué une note moyenne de 9,2/10.

- Un total de 1 052 séances d'éducation, grâce auxquelles 8 718 participants ont appris les pratiques exemplaires visant à aider la population du Projet OSTC, ont été soutenues. Un jour d'enseignement en personne a eu lieu en novembre 2017 et a accueilli plus de 90 responsables/champions en comportement réactif de foyers de soins de longue durée. Voici ce que l'un des participants a déclaré : « J'ai hâte de faire part de quelques nouvelles idées à l'équipe de comportements réactifs de notre foyer et de mettre en œuvre certains nouveaux processus d'amélioration. »

Responsables de la transition du Projet OSTC

- Entre le 1er avril et le 31 décembre 2017, 153 aiguillages ont été reçus par les responsables de la transition du Projet OSTC afin de soutenir les clients qui pourraient présenter des comportements réactifs à la suite de leur déménagement dans un foyer de soins de longue durée.
- En date du 31 décembre 2017, les responsables ont appuyé 71 transitions de la communauté à un foyer de soins de longue durée.
- Lorsqu'on a demandé aux membres du personnel des foyers de soins de longue durée s'ils recommandaient les services de transition du Projet OSTC, 100 % (19/19) d'entre eux et 100 % (27/27) des familles/aidants naturels informels ont répondu « oui ».

- On a demandé aux familles et aux partenaires de soins informels qui ont collaboré avec les responsables de la transition du Projet OSTC d'évaluer leur entente à l'aide d'un énoncé indiquant que le responsable de la transition a fait une différence positive dans l'installation de leur membre de la famille/ami dans un foyer de soins de longue durée. Sur une échelle de 1 (totalement en désaccord) à 5 (totalement d'accord), les répondants ont attribué une note moyenne de 4,9.

Responsables des soins cliniques hospitaliers du Projet OSTC

- En date du 31 décembre 2017, 346 patients dirigés vers des responsables des soins cliniques hospitaliers du Projet OSTC pour des comportements réactifs ont obtenu leur congé de l'hôpital : 95 personnes ont été transférées dans un foyer de soins de longue durée, 70 dans un lit de transition et 47 dans une maison privée (remarque : la présence de comportements réactifs peut constituer un obstacle à l'obtention du congé).
- Un total de 23 patients ont évité les établissements de soins nécessitant beaucoup de ressources, p. ex., les unités d'évaluation comportementale.
- Plus de 280 membres multidisciplinaires du personnel hospitalier qui prennent soin de patients atteints de déficience cognitive et de comportements réactifs ont participé à une séance d'information pour en apprendre davantage sur la façon d'évaluer, de traiter et de documenter les comportements réactifs des patients hospitalisés.

Modèle de service axé sur un responsable communautaire intégré (RCI)

- Afin de soutenir l'utilisation continue du Modèle de service axé sur un responsable communautaire intégré par des fournisseurs de services communautaires, des réunions

régulières axées sur un responsable communautaire intégré ont eu lieu dans chaque sous-région pour partager les mises à jour et discuter des réussites, des défis et des pratiques prometteuses. En réponse aux lacunes et aux thèmes soulevés lors de la réunion axée sur un responsable communautaire intégrée de Niagara, plus de 100 participants ont assisté à un événement éducatif en mars 2018 afin de comprendre le consentement, la capacité, l'encouragement des clients ayant des besoins complexes et la meilleure façon de cheminer au sein des ressources communautaires.

- La Société Alzheimer de la région de Niagara a adopté le modèle comme une norme de soins pour les clients qu'elle dessert et l'a intégré dans son plan stratégique. Afin de soutenir le personnel dans l'utilisation de ce modèle, une séance de formation de trois heures a été offerte en janvier 2018 à 15 membres du personnel et gestionnaires de première ligne.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs encouragent les personnes et leurs familles à participer à la planification des soins qu'ils veulent à différentes étapes de leur maladie en se fondant sur leurs objectifs et valeurs et sur une compréhension claire de leur pronostic et de leurs options de traitement (planification avancée des soins). Lorsque les gens ont accès aux services de soins palliatifs, ils déclarent ressentir moins de symptômes, avoir une meilleure qualité de vie et éprouver une plus grande satisfaction concernant leurs soins.

Les soins palliatifs s'efforcent d'aider les personnes et les familles à :

- confronter les enjeux physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et pratiques et leurs attentes, besoins, espoirs et craintes connexes.
- se préparer à accomplir et gérer les tâches de fin de vie définies par le patient et à affronter l'étape
 - de la mort;

- affronter la peine et le sentiment de perte pendant la maladie et le deuil;

Le Réseau ontarien des soins palliatifs (ROSP) est responsable de l'élaboration d'une démarche coordonnée et normalisée de prestation des soins palliatifs dans la province. La structure provinciale des soins palliatifs comprend les Réseaux régionaux des soins palliatifs. Pour la région de HNHB, le Réseau régional des soins palliatifs est le conseiller régional principal qui doit rendre des comptes à la directrice générale du RLISS et au vice-président régional d'Action Cancer Ontario.

En 2017, le Réseau régional des soins palliatifs de HNHB a déterminé six principales mesures axées sur la prestation de soins palliatifs de qualité supérieure :

- intégrer et coordonner l'accès aux services de soins palliatifs;
- évaluer l'établissement de projet pilote de dépistage précoce;
- élaborer un plan de capacité fondé sur des données probantes pour les soins palliatifs/de fin de vie;
- déterminer et élaborer un tableau de bord visant à évaluer le rendement;
- élaborer, en collaboration avec les peuples autochtones dans les réserves et hors réserve du RLISS, un plan qui fournit aux Premières Nations de HNHB et aux peuples autochtones en milieu urbain et rural un accès équitable sur le plan culturel à des services de soins palliatifs de qualité supérieure et sécuritaires;
- élaborer et mettre en œuvre une stratégie en matière de communications et de participation des intervenants.

Les éléments des mesures soutiennent un changement considérable et s'harmonisent avec le plan récemment publié du ROSP, Plan d'action no 1 : 2017-2020, qui orientera la façon dont les partenaires du ROSP collaboreront afin d'améliorer la disponibilité de services de soins palliatifs durables et équitables de qualité

supérieure, ainsi que leur facilité d'accès, à tous les Ontariens.

Faits saillants de 2017-2018 concernant les soins palliatifs

- Le travail se poursuit pour intégrer et améliorer les équipes d'intervention de soins palliatifs dans toutes les sous-régions, y compris l'ajout à temps plein d'un médecin spécialisé en soins palliatifs dans la région de Niagara.
- Un total de 400 mini séances Les essentiels de l'approche palliative (LEAP) ont été tenues par des médecins de famille, des coordonnateurs de soins et des équipes de soins infirmiers. Les séances améliorent les connaissances et les compétences servant à fournir une démarche de soins palliatifs pour tous les patients atteints de maladies évolutives limitant l'espérance de vie.
- L'accès accru aux soins palliatifs et la coordination des soins sont survenus avec l'élargissement des critères d'aiguillage des patients.
- À la suite de la séance de mobilisation des soins palliatifs de l'ASI (novembre 2017) et de l'échange de connaissances en soins palliatifs des Premières Nations (mars 2018), la compétence et la sensibilisation culturelles se sont accrues.
- Les conseillers des patients et des familles ont été actifs au sein du Réseau régional des soins palliatifs et ont fourni une rétroaction au ROSP ainsi que des commentaires sur les projets et travaux locaux.
- La technologie de visites virtuelles à domicile a été lancée en mars 2018 et aide à relier les soins primaires aux spécialistes, ainsi que les spécialistes aux patients.

En 2017-2018, les mesures de soutien suivantes ont été offertes aux patients et aux soignants du RLISS:

- En février 2018, 818 personnes ont reçu des soins infirmiers et 851 séances de formation ont eu lieu dans des maisons de soins palliatifs.

- En février 2018, les infirmiers praticiens de soins palliatifs à domicile et en milieu communautaire du RLISS ont servi 600 personnes.
- En février 2018, les soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS ont fourni des soins de fin de vie à 4 418 personnes. (Source : Rapport « HNHB LHIN Home and Community Care Client Health and Related Information System », février 2018)
- Dans la région du RLISS de HNHB, 1 510 personnes ont été soignées et ont occupé 117 lits d'hôpitaux destinés aux soins palliatifs. De ces personnes, 1 268 sont décédées à l'hôpital. La durée moyenne de séjour dans une maison de soins palliatifs était de 23 jours (source : Hospital 2017-18 Complex Care Report).

Santé mentale et dépendances

La complexité du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances peut présenter un défi pour les personnes qui doivent accéder à des services de santé mentale et de lutte contre la dépendance, leur famille, les fournisseurs de soins primaires et les autres organismes qui soutiennent la personne. Bien que le RLISS de HNHB finance 37 fournisseurs de services de santé afin de fournir des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, de nombreux autres fournisseurs/organismes de services de santé non financés par le RLISS offrent un soutien aux personnes atteintes de maladies mentales ou de troubles de dépendance, notamment ceux qui sont financés par d'autres ministères et Santé Canada.

En 2011, le gouvernement de l'Ontario a publié sa Stratégie décennale de santé mentale et de lutte contre les dépendances, Esprit ouvert, esprit sain, laquelle décrit son plan visant à offrir du soutien en santé mentale et en lutte contre les dépendances aux jeunes et aux adultes, ainsi que des services intégrés afin de soutenir les Ontariens. La Stratégie comprend quatre objectifs directeurs:

1. Améliorer la santé mentale et le mieux-être de tous les Ontariens.
2. Créer des communautés saines, résilientes et inclusives.
3. Repérer très tôt les problèmes de santé mentale et les dépendances et intervenir;
4. Fournir des services de santé et autres services sociaux opportuns, de qualité, intégrés et axés sur la personne.

Le Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances de la province (le conseil) a été établi en 2014 et son mandat d'une durée de trois ans consiste à prodiguer des conseils au ministre de la Santé et des Soins de longue durée (le ministre) sur la mise en œuvre de la stratégie Esprit ouvert, esprit sain. Dans Réaliser la vision, son troisième et dernier rapport publié en mars 2017, le conseil a continué de s'appuyer sur l'orientation précédente, a cerné les conditions essentielles de réussite et a déterminé les domaines pour les considérations futures.

En 2017-2018, le RLISS de HNHB a créé un Comité consultatif des pairs et des familles en santé mentale et lutte contre les dépendances conformément au Cadre pour l'engagement des patients de Qualité des services de santé Ontario. Le Comité apporte le point de vue des personnes ayant une expérience vécue de troubles de santé mentale et de dépendances, renforçant ainsi l'infrastructure de gouvernance du RLISS. En collaboration avec le Comité consultatif sur la santé mentale et la lutte contre les dépendances, le Comité consultatif des pairs et des familles en santé mentale et lutte contre les dépendances recommande des mesures et des activités visant à élaborer et à renforcer un système de santé mentale et de lutte contre les dépendances complet, intégré et axé sur la personne et offre une direction pour faire progresser les objectifs de santé mentale et de lutte contre les dépendances de HNHB:

Réduction des variations dans les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances;

1. Renforcement de la capacité au sein du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
2. Amélioration de l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
3. Réduction de la stigmatisation dans les services de santé mentale de lutte contre les dépendances.

En 2017-2018, le RLISS de HNHB, avec l'aide du Comité consultatif sur la santé mentale et la lutte contre les dépendances, a collaboré avec des fournisseurs de services de santé à la réalisation des éléments ci-dessous du Plan d'action 2016-2018 :

- Il s'est appuyé sur la stratégie de renforcement de la capacité de traitement des troubles concomitants en :
 - fournissant de l'information à environ 2 200 personnes supplémentaires (pour un total de plus de 2 500 personnes depuis 2016-2017);
 - créant des ressources en matière de troubles concomitants en libre accès à l'intention des fournisseurs de services de santé;
 - contribuant à l'établissement d'une communauté de pratique facilitée pour le partage continu de renseignements sur les pratiques exemplaires entre les cliniciens du RLISS;
 - soutenant les fournisseurs de services de santé dans la réalisation d'évaluations de la capacité de traitement des troubles concomitants, tout en fournissant aux organismes des recommandations d'amélioration des services et des pratiques.
- Il a élaboré des ébauches de modèles de prestation de services intégrés pour les interventions primaires du RLISS en cas de crise, p. ex., une équipe mobile d'intervention rapide en cas de crise, et les interventions secondaires du RLISS en cas de crise, p. ex., des services offerts par une équipe d'évaluation et d'intervention en cas

de crise, et a invité les intervenants à examiner leur contenu et le développement futur ainsi qu'à émettre des commentaires à ce sujet. Les intervenants comprenaient des personnes ayant une expérience vécue et des fournisseurs de services des secteurs de la santé, des enfants, des déficiences développementales et des services de police.

La santé mentale et la lutte contre les dépendances ont été mieux soutenues dans la communauté et des initiatives d'amélioration de la qualité ont été élaborées afin de réduire l'utilisation inappropriée du SU et d'améliorer la coordination des soins pour les sous-populations.

- En collaboration avec les fournisseurs de services de santé et d'autres partenaires, le RLISS a effectué une cartographie par sous-région de l'état actuel et futur des services de lutte contre les dépendances financés par le RLISS et a déterminé les possibilités d'amélioration des lacunes en matière d'accès et de services, qui ont été utilisées afin d'orienter la planification des services dans les sous-régions.

Il a élargi les services et les programmes existants suivants :

- Il a ajouté 60 logements avec services de soutien en santé mentale et en lutte contre les dépendances, dont 8 logements dirigés par des fournisseurs autochtones, dans les sous-régions de Brant, de Burlington, de Haldimand-Norfolk, de Niagara et de Niagara Nord-Ouest. Il a également élargi le soutien offert à l'un des immeubles à logements avec services de soutien de la région de Niagara;
- Il a élargi les services de consultation communautaires de lutte contre les dépendances offerts à Brant, à Burlington, à Niagara et à Niagara Nord-Ouest afin de servir 1 239 personnes supplémentaires par an;

- Il a ajouté 12 lits aux programmes de soutien en établissement de lutte contre les dépendances de Niagara, soit six pour les hommes et six pour les femmes;
- Il a élargi la gestion communautaire du sevrage dans les refuges pour les jeunes de la sous-région de Hamilton afin de servir 181 personnes supplémentaires par an;
- Il a agrandi la clinique à accès rapide de traitement médical de la toxicomanie de Niagara afin de servir 250 personnes supplémentaires et a approuvé le financement d'une nouvelle clinique à accès rapide dans la sous-région de Hamilton afin de servir 500 personnes par année;
- Il a approuvé le financement d'un immeuble de 57 logements avec services de soutien élevé situé dans la sous-région de Hamilton et destiné aux personnes atteintes de troubles de santé mentale ou de dépendances.

Il a mis en place les nouveaux services et programmes suivants :

- À la suite des conclusions de l'annexe 1 Examen de la population des séjours de longue durée, il a collaboré avec le ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) à l'élaboration d'un programme d'immeuble de 10 logements avec services de soutien élevé destiné aux personnes ayant un diagnostic mixte de déficience développementale et de troubles de santé mentale ou de dépendances et exploité par des organismes de santé et de développement;
- Il a ajouté la gestion communautaire du sevrage dans les refuges pour hommes de la sous-région de Hamilton afin de servir 600 personnes par année;
- Il a ajouté une équipe mobile d'intervention en soins primaires de lutte contre les dépendances à Haldimand-Norfolk afin de servir 1 200 personnes par année;

- Il a ajouté un programme de santé mentale et de lutte contre les dépendances adapté aux patients externes/à la communauté, Prioritizing Health through Acute Stabilization and Transition, offert à Burlington par 4 organismes collaborateurs.

Innovation, technologies de la santé et solutions numériques pour la santé

Les outils de solutions numériques pour la santé aident à rationaliser les flux de travaux couramment utilisés dans le domaine des soins de santé et deviennent encore plus précieux dans le cadre de la prestation aux patients de soins efficaces et de qualité supérieure. L'adoption par les médecins et les cliniciens de diverses technologies numériques pour la santé continue de bien progresser. En 2017-2018, le partenariat entre le RLISS de HNHB et le bureau de cybersanté des Services de technologie de l'information sur la santé (STIS) du Hamilton Health Sciences (HHS) a de nouveau réussi à créer une sensibilisation et une utilisation importantes de solutions comme ClinicalConnectMC et le service de consultation électronique afin d'améliorer les soins aux patients.

ClinicalConnect permet aux médecins et aux cliniciens qui exercent leur profession dans le Sud-Ouest de l'Ontario de consulter les renseignements sur la santé de leurs patients de manière sécuritaire et regroupée, ce qui améliore leur efficacité en tant que fournisseurs et allège le fardeau pour les patients en n'ayant pas besoin de leur faire répéter les détails de leur parcours de santé ou en ne leur faisant pas passer un autre test médical par erreur.

Les solutions numériques pour la santé comblent les lacunes dans l'ensemble du continuum de soins, en particulier parce que les patients et leurs familles voient souvent plusieurs professionnels de la santé dans plusieurs sous-régions du RLISS. Cela signifie que les fournisseurs peuvent ne pas toujours être au

courant des admissions de leurs patients à l'hôpital. Voici un exemple de nouvelle solution numérique pour la santé à l'œuvre en 2017-2018 : les médecins de soins primaires au sein du système de gestion des rapports hospitaliers et le personnel de soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS de HNHB qui offre des soins par l'intermédiaire du Système de renseignements concernant la santé du client sont maintenant informés lorsque leur patient a été admis dans un hôpital du RLISS de HNHB ou en a reçu le congé ou a reçu son congé du service des urgences. Grâce aux avis électroniques, les fournisseurs peuvent faire un meilleur suivi des visites de leurs patients aux hôpitaux du RLISS de HNHB en tirant parti des intégrations de données existantes à ClinicalConnect.

En 2017-2018, le bureau de cybersanté des STIS a poursuivi le déploiement et l'amélioration de ClinicalConnect. En plus des données provenant de 72 établissements hospitaliers de soins actifs, de fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire ainsi que de programmes régionaux de cancérologie du Sud-Ouest de l'Ontario, ClinicalConnect recueille également des données provenant d'une variété de sources provinciales afin d'offrir aux utilisateurs autorisés un aperçu plus complet et en temps réel des antécédents médicaux de leurs patients.

Voici quelques exemples des renseignements ClinicalConnect offerts aux fournisseurs de soins de santé certifiés :

- Service commun d'imagerie diagnostique – les imageries diagnostiques et les rapports effectués par les hôpitaux et les établissements de santé autonomes de l'Ontario;
- Répertoire numérique des médicaments (RNM) – les prescriptions de médicaments et les services pharmaceutiques délivrés, ainsi que les médications surveillées et les substances contrôlées telles qu'entrées dans le système de surveillance des narcotiques;

- Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) – les examens de laboratoire effectués dans les laboratoires et les hôpitaux communautaires de l'Ontario.

L'année dernière a marqué l'atteinte d'un autre jalon majeur dans la prestation de soins aux patients, avec le financement d'Inforoute Santé du Canada pour le déploiement de MyChart™, un portail des patients exploité par le Centre Sunnybrook des sciences de la santé. Le déploiement de ce portail, le premier de son genre à l'échelle régionale dans le Sud-Ouest de l'Ontario, est prévu à l'été 2018 pour les patients inscrits à diverses cliniques de l'Hôpital McMaster pour enfants, à Hamilton, l'un des premiers établissements à adopter le projet.

Soins à domicile et en milieu communautaire

Le 10 mai 2017, le RLISS de HNHB a assumé la responsabilité d'assurer la prestation des soins à domicile et en milieu communautaire, et à mesure que la transition a été déployée, l'établissement a toujours continué de soutenir les personnes de tous âges et les populations afin qu'elles demeurent autonomes et qu'elles reçoivent des soins chez eux et dans leurs communautés le plus longtemps possible. Les résultats positifs en matière de santé sont obtenus lorsque les soutiens appropriés sont disponibles et accessibles à la population. Les types de soins et de mesures de soutien à domicile et en milieu communautaire peuvent inclure des soins infirmiers, de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de l'orthophonie, des services de soutien à la personne, des soins de relève pour les soignants, un accès à des services et à des programmes spécialisés ainsi que des fournitures et du matériel de soins de santé pour les résidences médicales.

Au cours de 2017-2018, le RLISS de HNHB a continué de mettre l'accent sur le renforcement des soins à domicile et en milieu communautaire

afin d'atteindre des résultats positifs en matière de santé pour les gens et leurs soignants en nous assurant de faire notre possible pour créer des expériences de patients exceptionnelles. Cela signifie une meilleure intégration des soins et des services fournis par les partenaires du système de santé tout au long du continuum de soins afin d'offrir aux patients et aux familles une démarche plus fluide de prestation des soins et des services.

En aidant la population dans le cheminement harmonieux au sein du système de soins de santé, l'équipe de soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS, en collaboration avec nos partenaires du système, est en mesure de faciliter des hospitalisations plus courtes et d'aider les patients à remettre à plus tard ou à éviter leur admission dans les hôpitaux ou dans les foyers de soins de longue durée. Les soins et les services à domicile et en milieu communautaire coordonnés et offerts par le RLISS sont nécessaires pour que notre système de soins de santé réalise notre engagement à fournir aux gens les bons soins au bon endroit et au bon moment.

En 2017-2018, des soins et des services de soutien à domicile et en milieu communautaire ont été offerts à des patients et des familles dans le RLISS de HNHB, comme le décrivent les statistiques suivantes:

- 89 877 personnes ont reçu des soins et des services;
- 5 406 924 personnes ont été visitées par des fournisseurs de services contractuels;
- 10 628 personnes ont reçu des services et des mesures de soutien en matière de santé dans les écoles;
- 16 015 personnes ont reçu des soins dans l'un des 11 centres de soins infirmiers du RLISS de HNHB;
- 3 538 personnes ont reçu une aide pour le placement dans les foyers de soins de longue durée;
- 4 732 personnes ont reçu des soins palliatifs/de fin de vie.

Le RLISS de HNHB continue de mener la mise en œuvre d'un programme de transformation axé sur l'intégration de soins à domicile et en milieu communautaire avec d'autres fournisseurs de services clés dans l'ensemble du système de soins de santé, notamment les médecins de soins primaires, les hôpitaux, les services sociaux et les organismes de services communautaires de soutien. Cette démarche « à secteur unique » s'harmonise avec les priorités, telles que l'intégration, l'uniformité, la capacité, la qualité et la valeur, énoncées dans la stratégie du ministère intitulée *Priorité aux patients*.

La Loi de 2016 donnant la priorité aux patients a considérablement changé la façon dont les services de soins à domicile et en milieu communautaire sont offerts en Ontario. Entre mai et juin 2017, tous les services de soins à domicile auparavant fournis par les centres d'accès aux soins communautaires ont été transférés avec succès dans 14 RLISS de l'Ontario, y compris celui de HNHB.

Dans le cadre de ce travail fondamental de transformation réalisé au cours de la dernière année, le RLISS de HNHB a harmonisé sa structure de soins à domicile et en milieu communautaire de l'équipe de direction opérationnelle de services aux patients avec celle de la direction de la sous-région. Cette harmonisation a facilité un partenariat entre les équipes de transformation afin de renforcer les relations entre les soins à domicile et en milieu communautaire et d'autres secteurs de soins, notamment ceux de la santé mentale, des services sociaux et des soins primaires, dans l'ensemble des six sous-régions. Ces efforts continuent d'être axés sur la normalisation et l'amélioration de la cohérence, de l'accès et de la qualité des soins offerts aux personnes dans l'ensemble du continuum de soins à domicile et dans

la communauté.

Intégration du système, transitions en matière de soins et expérience des patients

Afin d'établir la base de nouveaux partenariats hospitaliers, l'équipe des soins à domicile et en milieu communautaire ont restructuré l'ensemble des activités de la direction de l'hôpital des services aux patients en vue d'améliorer les transitions de soins au sein du système de santé et d'offrir une expérience plus fluide et intégrée aux personnes qui retournent dans la communauté.

De plus, l'ensemble de programmes de flux des patients à l'échelle du RLISS a été mis sur pied, ainsi qu'un cadre de gestion intégré de manière fonctionnelle au sein des associations hospitalières. Par conséquent, cette nouvelle structure a établi la base afin de rassembler les équipes de planification des congés d'hôpital et les équipes de soins à domicile et de les faire travailler en tant qu'un seul système en vertu de la philosophie Chez soi avant tout en suivant les structures de responsabilité partagée normalisées. Cela permettra de s'assurer que les gens reçoivent bel et bien des soins appropriés, où et quand ils en ont besoin.

À l'automne 2017, le RLISS de HNHB a collaboré avec des partenaires hospitaliers afin de mettre en place des gestionnaires intégrés de transition dans les établissements hospitaliers de HNHB. Ce rôle est conçu pour travailler de concert avec les équipes des hôpitaux et les équipes de soins à domicile et en milieu communautaire qui offrent du soutien pour les transitions des soins des patients et dans la planification des congés. Cela permet à l'équipe de soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS d'établir des relations entre les deux secteurs axés sur la réalisation d'objectifs communs, tout en améliorant l'expérience des patients. Ensemble, nous mettons la priorité sur les besoins des personnes que nous servons.

Les principaux objectifs des gestionnaires intégrés de transitions sont d'élaborer des normes de pratiques uniformes pour la planification des congés fondées sur la philosophie Chez soi avant tout et de s'assurer que les patients obtiennent les soins dont ils ont besoin, quand et où ils en ont besoin. Cette démarche place le patient au centre de la planification des soins. Cela signifie aussi qu'il ne raconte son histoire qu'une seule fois afin de recevoir le niveau de soins le plus approprié et d'obtenir le soutien pour une autonomie à domicile aussi longtemps que souhaité.

Tandis que la mise en œuvre continue dans l'ensemble des établissements hospitaliers du RLISS de HNHB, des améliorations notables ont été réalisées en matière de cheminement dans le système pendant la courte période que ce travail a été mis en œuvre et est reconnu par les partenaires hospitaliers. Voici quelques exemples:

- Plus de 19 000 congés de l'hôpital avec des services de soins à domicile et en milieu communautaire pour soutenir le rétablissement et l'autonomie à domicile;
- Une réduction d'environ 50 % du nombre de patients en attente à l'hôpital pour recevoir des soins de longue durée;
- Plus de 250 patients transférés aux soins de longue durée au cours de la même période de temps;
- Une réduction d'environ 20 % du nombre de patients en attente à l'hôpital pour un transfert vers des lits de soins de transition;
- 379 patients transférés aux soins de transition au cours de la même période de temps.
 - Le travail commun du RLISS de HNHB avec nos partenaires du système de santé se poursuivra afin de mieux intégrer un système qui soutient le droit du patient à recevoir des soins sécuritaires de qualité dans tout environnement.

Réduction du fardeau des soignants

Le RLISS de HNHB continue d'améliorer la coordination et la cohérence de l'accès aux services de relève aux soignants afin de réduire leur fardeau et d'aider les gens à rester chez eux aussi longtemps que possible.

Le RLISS finance divers services afin de soutenir les soignants, dont les suivants:

- les programmes de jour pour adultes;
- le service de soutien d'accompagnement;
- les programmes éducatifs pour l'autogestion des soins;
- Les soins de relève à domicile et de nuit.

En 2017-2018, dans le cadre des services et des mesures de soutien de soins à domicile offerts par le RLISS de HNHB, nous avons élargi l'utilisation d'une approche éclairée par des données probantes afin de reconnaître la détresse des soignants et d'élaborer des plans de soins visant à soutenir les patients et leurs familles. Ce travail a été réalisé en partenariat avec l'Université de Waterloo et s'est concentré sur l'utilisation de l'indice de détresse du soignant comme outil servant à évaluer et à traiter le fardeau des soignants ainsi que des personnes qui présentent un risque élevé de conséquences négatives et qui pourraient bénéficier de soutien de relève.

L'indice de détresse du soignant est maintenant appliqué à tous les patients recevant des soins de longue durée en milieu communautaire dans le cadre du processus d'évaluation, et les résultats aident à orienter la répartition des heures de services de relève et de soutien pour les patients et leurs soignants. En plus de la mise en place de l'indice de détresse du soignant, HNHB a lancé un modèle flexible de soins permettant aux patients et aux soignants de regrouper leurs heures de disponibilité pour répondre à leurs besoins. Cette approche axée sur les soignants permet aux coordonnateurs de soins du RLISS d'élaborer des plans de soins qui tiennent

compte des forces et des besoins des patients et de leurs soignants.

Au cours de la prochaine année, l'équipe domicile et en milieu communautaire du RLISS continuera de porter une attention particulière à la réduction de la détresse des soignants afin de soutenir les personnes qui désirent continuer à vivre chez elles aussi longtemps que possible. En date du T3 2017-2018, 100 829 heures de services de relève ont été fournies à 1 750 personnes. Cela représente une hausse de 51 % du nombre d'heures de soutien aux soignants, ce qui a entraîné une prestation de soins et de services à 30 % des patients et des soignants de plus comparativement à 2016-2017.

Améliorations des soins infirmiers et des centres de soins infirmiers du RLISS

Le RLISS de HNHB a travaillé en collaboration avec ses employés de première ligne, ses organismes fournisseurs de services, ses fournisseurs de soins primaires et ses patients à l'amélioration de ses services de soins infirmiers. Un examen complet a été effectué grâce à cette mobilisation des intervenants, qui a entraîné la révision des critères d'admissibilité et des lignes directrices des soins infirmiers du RLISS afin de continuellement fournir aux patients des soins infirmiers de qualité supérieure uniformes et équitables.

Cette approche a été mise en œuvre afin de mieux soutenir les patients qui reçoivent en un seul endroit des soins infirmiers individualisés adaptés à leurs besoins en matière de soins, tout en offrant la souplesse nécessaire au soutien des transitions axées sur les patients en fonction de leurs besoins. Ainsi, 893 patients recevant des soins infirmiers ont été transférés avec succès aux soins autogérés avec soutien de soins primaires ou reçoivent maintenant des soins à l'un des 11 centres de soins infirmiers du RLISS de HNHB. Les centres de soins infirmiers permettent aux patients de prendre rendez-vous

au moment qui leur convient. Les patients qui reçoivent des soins dans un centre de soins infirmiers profitent également du fait de faire des déplacements dans la communauté, puisque cela soutient l'autonomie et la socialisation et améliore la mobilité.

De plus, les améliorations apportées à la prestation de soins infirmiers dans le RLISS fournit des avantages au système de soins de santé en réduisant les coûts inutiles des fournitures et de livraisons médicales, en renforçant la capacité au sein du système afin d'offrir des soins infirmiers à domicile à ceux qui en ont besoin et en augmentant le nombre de patients dont les besoins en matière de soins infirmiers peuvent être satisfaits à l'extérieur du domicile.

Soutien des populations vulnérables et marginalisées:

Des partenariats d'intervention en matière de services gériatriques spécialisés grâce au programme régional de soins gériatriques et au RLISS de HNHB

Le RLISS de HNHB a élaboré un partenariat avec le programme régional de soins gériatriques et le Shelter Health Network afin de s'assurer que les médecins travaillant avec les populations vulnérables et marginalisées aient accès à la coordination des soins. Cet accès veillera à ce que les patients soient dirigés vers des services communautaires équitables et de qualité supérieure. Le modèle de jumelage est une approche intégrée au programme régional de soins gériatriques (voir la section Enchâssement de la coordination des soins dans les soins primaires ci-dessous).

Le coordonnateur de soins du RLISS se rend chaque semaine à deux cliniques pour contribuer à l'évaluation commune des besoins des patients et participer à la planification collaborative de soins d'aiguillage des patients vers des services appropriés. Le jumelage avec les médecins du

Shelter Health Network est un modèle virtuel comprenant une coordination des soins offerte pour tenir compte de l'accès aux problèmes de soins. L'objectif de ces partenariats est de renforcer les liens entre ces services et les soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS afin de réduire au minimum le dédoublement des services et de combler les lacunes dans les plans de services. Cela illustre l'approche des maillons santé aux soins visant à éliminer le cloisonnement en ce qui concerne la coordination des soins et de l'accès aux services de soins à domicile et en milieu communautaire.

Une attention est accordée aux transitions de personne à personne, aussi appelées « transferts cordiaux », afin qu'elles se produisent parmi et entre les fournisseurs et que les plans de soins coordonnés offrent un véhicule d'échange de connaissances et le développement des plans de soins axés sur le patient. Depuis la création de ces collaborations, 73 patients actifs du RLISS de HNHB ont reçu une coordination des soins en collaboration avec les équipes interdisciplinaires du programme régional de soins gériatriques et le Shelter Health Network. Les prochaines étapes comprendront, en plus des mesures de soutien à domicile et en milieu communautaire, une analyse plus approfondie et la prise de mesures pour les patients nécessitant un cheminement intensif dans le système pour l'ensemble des secteurs.

Enchâssement de la coordination des soins dans les soins primaires

Au cours de 2017-2018, le RLISS de HNHB a amorcé son travail visant à offrir la coordination des soins plus près du patient en mettant les soins primaires au centre de la planification et de la coordination des soins. Cette initiative comprend l'approche des maillons santé à l'égard des soins et veille à la communication et à la collaboration fluide des soins prodigués aux patients. Au cours de la première étape de ce travail menée en 2017, 100 % des

coordonneurs de soins en milieu communautaire du RLISS ont été jumelés de manière virtuelle à au moins un établissement de soins primaires dans l'ensemble des six sous-régions.

Au cours de la deuxième étape de ce travail menée au début de 2018, le RLISS de HNHB a lancé une stratégie visant à regrouper et à placer physiquement les coordonneurs de soins dédiés dans des établissements de soins primaires. Ce travail a été amorcé dans les centres de santé communautaire et les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, ainsi qu'avec certaines équipes de santé familiale. Cette deuxième étape était destinée aux populations marginalisées afin de mettre en place un accès amélioré et plus cohérent à la coordination des soins. De plus, on soutient l'établissement d'une meilleure compréhension et d'une plus grande transparence en matière de soins primaires au moment de déterminer les services qui sont accessibles à leurs patients.

La Division des soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS de HNHB a également lancé un modèle de diminution progressive en santé mentale et en lutte contre les dépendances pour la coordination des soins intégrée dans l'ensemble du continuum. Le modèle de diminution progressive, en partenariat avec les fournisseurs de services de soins primaires et communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances, vise à soutenir les personnes dans leur retour au sein de la communauté après une hospitalisation et à améliorer la qualité de rétablissement des personnes vivant avec des troubles de santé mentale et de dépendances.

Participation communautaire

Mobiliser nos communautés

La participation communautaire est une des fonctions fondamentales des RLISS et figure

dans la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local, qui a établi les RLISS. Dans le cadre de ses activités, le RLISS de HNHB rencontre toutes sortes de personnes, notamment des résidents, des professionnels de la santé, des participants actifs dans le système de santé ainsi des membres des collectivités autochtones et francophones. Le RLISS de HNHB reconnaît, respecte et cherche à comprendre les besoins uniques de ces communautés diversifiées.

Bureau des conférenciers du RLISS de HNHB

Le RLISS de HNHB offre des renseignements et une participation continue grâce aux événements du Bureau des conférenciers axés sur la sensibilisation du rôle du RLISS comme bailleur de fonds, planificateur et fournisseur local de soins à domicile et en milieu communautaire. Cette possibilité de participation demande qu'un représentant du RLISS de HNHB fasse une présentation officielle aux groupes communautaires, aux résidents, à des membres du personnel dans des milieux de travail et aux partenaires du système de santé, ou participe à une séance d'information avec ces derniers.

Ces présentations sont un moyen de faire participer, d'informer et d'instruire le public sur le travail du RLISS de HNHB, notamment à propos des mesures de soutien à domicile et en milieu communautaire offertes dans la région et des renseignements sur le processus de placement en foyer de soins de longue durée. Les commentaires reçus au cours de ces événements sont documentés, pris en compte et utilisés pour orienter les présentations futures ainsi que les documents et la planification du RLISS de HNHB.

Tout au long 2017-2018, plus de 1 340 personnes ont participé à l'une des 29 présentations du Bureau des conférenciers données dans nos communautés. Comme prévu, bon nombre des demandes de renseignements provenaient des groupes communautaires

désirant en apprendre davantage sur la disponibilité des services en raison de l'élargissement du rôle du RLISS dans la coordination et la prestation des soins à domicile et en milieu communautaire.

- Un total de 17 présentations liées à des sujets propres aux personnes âgées dans des organismes, comme le John Deere Retirees et la Retired Teachers Association of Niagara, et une participation à des foires d'information communautaires, comme la Dundas Seniors Fair et la Coronation 50 Plus Recreation Centre Seniors Fair;
- Un total de 11 présentations ont fourni un aperçu du RLISS et du soutien et des services de soins à domicile et en milieu communautaire, comme la Société Alzheimer, la Caregivers Resource Fair, la Niagara Amputee Association et Département de sociologie de l'Université McMaster;
- Une séance de sensibilisation en matière de soins à domicile et en milieu communautaire à l'intention des communautés francophones et du Club de l'âge d'or de Hamilton.

Participation des patients et des familles dans le processus décisionnel en matière de soins de santé

Comité consultatif des patients et des familles

L'élargissement de la participation des patients au sein du système de soins de santé est un engagement principal énoncé dans la Loi de 2016 donnant la priorité aux patients. L'élément principal de cette approche consistait à établir des Comités consultatifs des patients et des familles dans chacun des 14 RLISS de l'Ontario, le conseil provincial du ministre et un partage coordonné de renseignements entre ces comités grâce à la création de la table de leadership provinciale pour les comités consultatifs des patients et des familles.



De gauche à droite : Shirley Verhage, Polliann Maher, George Goto, Olga McNeill, Bernice King – membre du Conseil consultatif ministériel des patients et des familles, Julie Drury – présidente du Conseil consultatif ministériel des patients et des familles, Josephine Quercia, Jori Warren, Anne Marie Cargnelli, coprésidente du Comité consultatif des patients et des familles de HNHB, Janice Kucharew, Clarence Wheaton et Christina Gilman – membre du Conseil consultatif ministériel des patients et des familles

En partageant leurs histoires, opinions, points de vue et expériences uniques en matière de soins de santé, les voix des membres du Comité consultatif des patients et des familles du RLISS de HNHB contribueront à orienter et influencer les programmes et services au sein de leur système de santé local.

Le recrutement pour le Comité consultatif des patients et des familles du RLISS de HNHB a commencé en juillet 2017 par du matériel promotionnel distribué aux intervenants et aux membres de la communauté grâce aux plateformes et aux publications dans les médias sociaux du RLISS de HNHB, y compris le bulletin mensuel LHINsight et les campagnes courriel ciblées, afin de veiller à ce que les documents rejoignent un public diversifié. Les membres ont été sélectionnés pour assurer une diversité représentative de la population du RLISS, notamment concernant l'âge, le sexe, la diversité culturelle, le statut socio-économique, la répartition géographique dans la région du RLISS et l'expérience au sein du système de soins de santé.

Mandat

Le Comité consultatif des patients et des familles du RLISS de HNHB aura pour objectif de soutenir l'élaboration des programmes, des services et des initiatives conçus pour améliorer les soins dans la région du RLISS.

Le Comité consultatif des patients et des familles du RLISS appliquera ses apprentissages, son expérience collective et ses points de vue pour:

- cerner les occasions d'intégrer la perspective du patient dans les initiatives visant à mieux intégrer les soins dans la région et au sein du système de santé, et donner des conseils à cet égard;
- soutenir la participation efficace des patients au sein du RLISS;
- donner des conseils sur les recommandations concernant l'accès aux soins de santé ou les améliorations à la prestation de services selon le point de vue du patient ou des soignants familiaux;
- formuler des commentaires sur les politiques et les normes du RLISS qui orientent les initiatives de ce dernier, particulièrement en ce qui concerne les soins aux patients et leur participation;
- recommander des stratégies et des idées pratiques pour améliorer les soins aux patients ainsi que pour reconnaître et soutenir les soignants;
- travailler en partenariat et prendre part à la co-conception avec la directrice générale du RLISS ainsi qu'avec le personnel, les fournisseurs de services et les partenaires du RLISS;
- assurer la liaison et la collaboration avec d'autres groupes consultatifs de patients et de familles du RLISS de HNHB et de l'ensemble de la province au besoin

Comité consultatif des patients et des familles – progrès réalisés à ce jour

Le Comité consultatif des patients et des familles du RLISS de HNHB a tenu sa première réunion le 14 septembre 2017. Les membres ont partagé leurs expériences personnelles et les raisons qui les ont motivés à se joindre au Comité. Le personnel du RLISS a fourni un aperçu du RLISS de HNHB et a examiné le mandat du ministre.

La présidente du Conseil consultatif ministériel des patients et des familles, le personnel du ministère et les membres du Comité qui vivent dans la région du RLISS de HNHB ont assisté à la réunion de janvier 2017 afin de partager leur vision sur la façon dont le Conseil consultatif ministériel des patients et des familles et les comités consultatifs des patients et des familles locaux travailleront ensemble.

Dans le cadre de son rôle de coprésidente du Comité, Anne Marie Cagnelli agira à titre de représentante du Comité du RLISS de HNHB à la table de leadership provinciale du Comité consultatif des patients et des familles. La table de leadership offrira aux coprésidentes l'occasion d'en apprendre sur ce qui se passe à l'échelle du ministère et de partager ces renseignements au sein du RLISS. Le Comité consultatif des patients et des familles du RLISS de HNHB se concentre désormais sur la création d'un plan de travail qui permettra de déterminer les priorités des prochaines années. Le recrutement d'un membre francophone du Comité est toujours en cours.

Programme de reconnaissance des soignants



Les soignants sont des partenaires essentiels et précieux de soins de santé. Le RLISS de HNHB est heureux de poursuivre le programme actuel de reconnaissance des

soignants, Nos héros à la maison, qui reconnaît et célèbre les soignants bénévoles qui donnent leur temps, leurs efforts et leur dévouement à l'égard des soins et qui soutiennent leurs proches qui sont à la maison, à l'hôpital, dans des maisons de retraite dans la communauté, dans des centres de soins de convalescence, dans des foyers de soins de longue durée ou à l'école.

Tout le monde peut désigner un soignant qui vit dans la région de HNHB et qui offre des soins et du soutien à une personne vivant en Ontario. Les candidatures sont acceptées tout au long de l'année et les événements de reconnaissance se tiendront dans la région à l'automne.

En 2017, des événements de reconnaissance des soignants ont eu lieu dans quatre communautés au sein du RLISS – St. Catharines, Burlington-Hamilton, Brantford et Simcoe – pour célébrer 120 soignants non rémunérés. La planification et la promotion de l'édition 2018 du programme Nos héros à la maison ont commencé en décembre 2017 et les événements auront lieu à l'automne 2018.

Rendement du système de santé local

Indicateurs de rendement clés de l'ERMR

Figure XX : Indicateurs de rendement clés de l'ERMR

Indicateur	Cible	Province				RLISS			
		Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)
Indicateurs de rendement									
1. Pourcentage de clients recevant des soins à domicile et ayant des besoins complexes qui ont reçu leur visite de services de soutien à la personne dans les cinq jours suivant la date où ils ont reçu l'autorisation de recevoir ce type de service*	95,00 %	85,39 %	85,36 %	89,86 %	88,50 %	89,37 %	90,28 %	89,92 %	89,84 %
Bien qu'il soit supérieur à la moyenne provinciale, le rendement actuel du RLISS de HNHB demeure en dessous de l'objectif provincial. Au cours du T3, le RLISS de HNHB a continué de vérifier tous les cas de services de soutien à la personne qui n'ont pas été offerts dans les cinq jours. L'analyse a déterminé le moment où s'est produit un délai ou un obstacle dans le processus d'accès aux soins. Au cours du T3, les facteurs contributifs suivants ont été pris en compte : un patient/membre de la famille a apporté un changement à la première visite (p. ex., a préféré remettre à plus tard le rendez-vous, a annulé le rendez-vous, n'était pas disponible – 56 %); le RLISS a demandé un service en dehors des cinq jours prévus (6 %). Une récente étude de cas a conclu que la date de disponibilité du patient n'était pas modifiée/mise à jour afin de tenir compte de la préférence du patient à remettre à plus tard ou à annuler une première visite. Mesure : Le RLISS a effectué, avec les équipes hospitalières, un examen des pratiques d'autorisation de services en se fondant sur la date de disponibilité du patient; toutefois, une stratégie plus exhaustive est nécessaire pour soutenir les équipes communautaires et est en cours. Cela comprend la capacité de planification préalable des services en se fondant sur la date à laquelle une intervention médicale est requise ou lorsqu'un patient demande un changement dans la date de la première visite. Cela permettra de veiller à ce que la cible de cinq jours soit maintenue dans toutes les circonstances. L'information ciblée a été élaborée au cours du T4 et mise en œuvre durant le T1. Le RLISS prévoit une amélioration de cet indicateur de 3 à 5 % une fois que la date de disponibilité du patient sera utilisée de façon appropriée.									
2. Pourcentage de clients recevant des soins à domicile qui ont reçu une visite de services de soins infirmiers dans les cinq jours suivant la date où ils ont reçu l'autorisation pour ces services*	95,00 %	93,71 %	94,00 %	96,07 %	96,21 %	92,67 %	93,69 %	95,97 %	95,92 %
Le RLISS de HNHB a dépassé la cible provinciale de cet indicateur pour les T3 et T4. Le pourcentage de personnes qui reçoivent leur première visite du personnel infirmier dans les cinq jours a été légèrement plus élevé pour les aiguillages vers les hôpitaux (96,8 %) comparativement aux aiguillages dans la communauté (94,8 %). Les fournisseurs de soins infirmiers ont continué d'utiliser l'outil de vérification des « facteurs contributifs » afin de s'assurer que chaque cas a été examiné et a fait l'objet d'un suivi pour fournir une analyse plus approfondie des mesures. La préférence du patient à remettre à plus tard la première visite continue de représenter le facteur contributif le plus élevé. Mesure : Une étude des facteurs contributifs est effectuée auprès de chaque fournisseur de services lors de la réunion trimestrielle et continuera de surveiller le rendement. Une analyse des erreurs de commande a récemment été menée afin d'orienter la communication à l'intention du personnel. Un cours de recyclage sur l'utilisation appropriée de la date de disponibilité du patient est									

en cours et devrait entraîner une amélioration de 1,5 à 1,7 %. Le RLISS continuera d'étudier les possibilités de maintien ou d'amélioration du rendement actuel. Le RLISS de HNHB prévoit d'atteindre la cible provinciale pour cet indicateur au cours du T4 2017-2018.

Indicateur	Cible	Province				RLISS			
		Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)
Indicateurs de rendement									
3. 90 ^e percentile du temps d'attente dans la communauté pour les soins à domicile – Demande présentée en milieu communautaire au premier service de soins à domicile (à l'exclusion de la gestion de cas)*	21 jours	29,00	29,00	30,00	29,00	23,00	25,00	28,00	28,00
Le rendement global actuel du RLISS de HNHB de 25 jours est supérieur de trois jours au rendement provincial, mais inférieur de quatre jours par rapport à la cible provinciale pour cet indicateur. Le temps d'attente pour cet indicateur est mesuré en deux intervalles : demande d'autorisation et autorisation de premier service. Le 90^e percentile d'intervalle de temps d'attente pour la demande d'autorisation est actuellement de 19 jours, lequel est le même que le rendement provincial. L'intervalle de temps d'attente pour l'autorisation de premier service est actuellement de sept jours, lequel est inférieur de quatre jours au rendement provincial de 11 jours. Les raisons pour les délais entre la demande à l'autorisation sont les suivants : difficulté à communiquer avec le patient/la famille afin de prendre rendez-vous pour une visite à domicile visant à déterminer l'admissibilité du patient aux services de soins à domicile; la demande du patient/de la famille, p. ex., présence du conjoint/de l'enfant durant la visite à domicile du coordonnateur de soins; l'aiguillage de soins à domicile ouvert pour une raison autre que la prestation de services directs, p. ex., une demande faite à un foyer de soins de longue durée et demeurée ouverte en « gestion de cas seulement » jusqu'à ce que le patient ait plus tard besoin de services directs. Les raisons pour les délais entre l'autorisation et le premier service comprennent ce qui suit : le fournisseur de services a connu des retards semblables lorsqu'il a désiré communiquer avec le patient/la famille afin de prendre rendez-vous pour une première visite; la planification préalable des services. Mesure : L'une des initiatives que le RLISS de HNHB continue d'explorer est un modèle mobile sous-régional d'évaluation des nouveaux clients qui place la première visite des nouveaux clients dans les cinq jours suivant la demande d'aiguillage. Ce modèle améliorera l'expérience des patients en réduisant le dédoublement des évaluations et remplace l'évaluation complète des nouveaux clients par téléphone par une évaluation en personne chez le patient. De plus, à mesure que progressera le modèle d'intégration des coordonnateurs de soins dans le secteur des soins primaires, les nouvelles demandes d'aiguillage provenant des cabinets de soins primaires seront traitées de façon plus efficace en raison de l'amélioration de la communication qui déterminera le caractère urgent de l'aiguillage, réduisant ainsi le délai entre l'aiguillage provenant des soins primaires au délai de traitement au RLISS. Les deux initiatives devraient réduire l'intervalle entre la demande et l'autorisation.									
4. 90 ^e percentile du temps d'attente entre le congé de l'hôpital et le début des services de soins à domicile et en milieu communautaire*	À DÉTERMINER	7,00	7,00	7,00	7,00	6,00	7,00	6,00	6,00
Le rendement actuel du RLISS de HNHB (six jours) est meilleur que le rendement provincial (sept jours). Il n'y a aucune cible provinciale. En ce qui a trait aux demandes d'aiguillage de soins à domicile et en milieu communautaire qui proviennent d'un hôpital, 90 % des patients ont reçu leur première visite du fournisseur de services dans un délai de six jours. Le rendement du RLISS de HNHB est demeuré stable, soit six jours ou moins, pour les sept derniers trimestres. Les services sont demandés et mis en œuvre en se fondant sur les directives médicales ou sur les plans de soins de planification des congés au moment de l'obtention du congé de l'hôpital. La date de premier service est conforme sur le plan clinique à l'ordonnance médicale. Des retards peuvent se produire en cas de problème de disponibilité du personnel de soutien à la personne du fournisseur ou si le patient ou la famille apporte des modifications à la première date de visite établie. MESURE : Il n'y a aucun problème de rendement à résoudre en ce moment. Si des problèmes de rendement surviennent, le RLISS de HNHB discutera du rendement qui touche les aiguillages des hôpitaux.									

Indicateur	Cible	Province				RLISS			
		Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)
Indicateurs de rendement									
5. 90 ^e percentile de la durée du séjour au service des urgences pour les patients ayant des besoins complexes	8 heures	10,13	9,97	10,38	10,75	13,28	12,83	14,53	15,97
Une tendance à la baisse a été enregistrée dans le rendement du RLISS de HNHB de 2015-2016 à 2017-2018 dans le 90 ^e percentile de la durée du séjour au SU pour les patients ayant des besoins complexes, avec une baisse de rendement de 1,4 heure au cours de la dernière année. La plupart des établissements hospitaliers ont une durée du séjour (90 ^e percentile) pour les patients ayant des besoins complexes plus longue que la cible de 8 heures. Le rendement provincial a également enregistré une augmentation des temps d'attente et la durée du séjour au SU continue d'être inférieure de quelques heures à celle du RLISS de HNHB. Le temps que les patients admis passent au SU constitue le principal élément ayant une incidence sur le rendement du RLISS. Voici certains des défis liés à l'amélioration de cet indicateur : volumes accrus aux SU, augmentation de la gravité de l'affection des patients, volumes d'ambulances accrues et problèmes de circulation des patients et pressions liées aux taux d'occupation dans les hôpitaux. Les mesures prises pour améliorer le rendement étaient axées sur l'augmentation de la capacité à l'hôpital et dans la communauté et comprennent ce qui suit : offrir un financement désigné visant à soutenir 159 lits pour répondre à la hausse de la demande, mettre en place des directeurs du cheminement des patients et des gestionnaires intégrés de transition désignés, mettre en place des chefs cliniques du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement dans les hôpitaux, établir le programme d'équipe d'évaluation et de rétablissement de la mobilité des personnes âgées (SMART), élargir le Programme de soins de transition communautaires et soutenir 51 logements subventionnés avec services de soutien destinés aux patients en attente à l'hôpital. Le Comité directeur des services d'urgence continue de mettre l'accent sur les initiatives communautaires et d'évitement des admissions, ainsi que sur les stratégies relatives au cheminement des patients.									
6. 90 ^e percentile de la durée du séjour au service des urgences pour les patients ayant des problèmes mineurs/non complexes	4 heures	4,03	4,07	4,15	4,38	4,50	4,55	4,57	5,08
En 2017-2018, le RLISS de HNHB ne respectait pas de 1,08 heure la cible de 4 heures de l'ERM pour la durée de séjour des patients ayant des troubles mineurs/non complexes non admis au SU. La durée de séjour a augmenté d'environ 30 minutes depuis 2015-2016. Deux hôpitaux du RLISS atteignent la cible, alors que les autres continuent d'afficher des temps d'attente d'environ une heure et demie de plus (en moyenne) que la cible. Les établissements ayant la durée du séjour la plus longue pour les patients ayant des problèmes mineurs sont continuellement sous la pression du volume de patients ayant des besoins complexes qui se présentent au SU et qui arrivent par ambulance. Ces hôpitaux continuent de signaler des difficultés à transférer des ressources de la clientèle aux besoins mineurs/non complexes quand le volume de patients ayant des besoins importants est plus élevé. Pendant le pic habituel de la saison de la grippe hivernale, les hôpitaux font également face à plus de défis en matière de détournement des ressources des cas de grippe critiques et complexes. Mesures : Les établissements hospitaliers font régulièrement des ajustements afin de répondre aux besoins des patients non complexes en évaluant les patients dans des zones d'évaluation rapide, et en commençant les évaluations effectuées par le personnel infirmier et médical alors que les patients sont toujours dans la salle d'attente.									
7. Pourcentage de cas de priorité 2, 3 et 4 terminés dans les délais ciblés pour une arthroplastie de la hanche	90,00 %	81,51 %	79,97 %	78,47 %	77,99 %	75,06 %	79,22 %	73,88 %	66,32 %
Le rendement du RLISS de HNHB a diminué pour cet indicateur depuis l'exercice 2015-2016 et il continue de chuter sous la cible de 90 %. Le rendement général du temps d'attente du RLISS de HNHB est largement attribuable à HSSC en tant que plus grand fournisseur d'arthroplasties de la hanche et du genou dans la région du RLISS. Le besoin en arthroplasties de la hanche continue de surpasser considérablement les ressources chirurgicales disponibles. La saison de la grippe, jumelée aux pressions existantes en matière d'accès aux ressources en lit d'hôpital, a entraîné des annulations d'interventions chirurgicales. Mesures : Le RLISS de HNHB s'est concentré sur la réaffectation du financement aux hôpitaux ayant une capacité supplémentaire afin de veiller à ce que les cas soient pris en charge. Le RLISS de HNHB a élargi le programme régional d'évaluation des articulations pour inclure les admissions centralisées obligatoires de cas de remplacement de la hanche et du genou. Les admissions et les évaluations centralisées devraient améliorer considérablement la qualité et la précision des données en ce qui concerne les temps d'attente, ainsi qu'améliorer la capacité d'un patient à prendre une décision informée en fonction des temps d'attente prévus pour les interventions chirurgicales. HHSC gèrera les cliniques d'admission et d'évaluation centralisées spécialisées en troubles musculosquelettiques (TMS) dans la région du RLISS de HNHB.									

Indicateur	Cible	Province				RLISS			
		Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)
Indicateurs de rendement									
8. Pourcentage de cas de priorité 2, 3 et 4 terminés dans les délais ciblés pour une arthroplastie du genou	90,00 %	79,76 %	79,14 %	75,02 %	73,72 %	72,25 %	75,32 %	66,34 %	63,41 %
Le rendement du RLISS de HNHB a diminué pour cet indicateur depuis l'exercice 2015-2016 et il continue de chuter sous la cible de 90 %. Le rendement général du temps d'attente du RLISS de HNHB est largement attribuable à HSSC en tant que plus grand fournisseur d'arthroplasties de la hanche et du genou dans la région du RLISS. Le besoin en arthroplasties du genou continue de surpasser considérablement les ressources chirurgicales disponibles. La saison de la grippe, jumelée aux pressions existantes en matière d'accès aux ressources en lit d'hôpital, a entraîné des annulations d'interventions chirurgicales. Mesures : Le RLISS de HNHB s'est concentré sur la réaffectation du financement aux hôpitaux ayant une capacité supplémentaire afin de veiller à ce que les cas soient pris en charge. Le RLISS de HNHB a élargi le programme régional d'évaluation des articulations pour inclure les admissions centralisées obligatoires de cas de remplacement de la hanche et du genou. Les admissions et les évaluations centralisées devraient améliorer considérablement la qualité et la précision des données en ce qui concerne les temps d'attente, ainsi qu'améliorer la capacité d'un patient à prendre une décision informée en fonction des temps d'attente prévus pour les interventions chirurgicales. HHSC gèrera les cliniques d'admission et d'évaluation centralisées spécialisées en troubles musculosquelettiques (TMS) dans la région du RLISS de HNHB.									
9. Pourcentage de jours d'autre niveau de soins (ANS)	9,46 %	14,35 %	14,50 %	15,69 %	15,18 %	18,23 %	16,21 %	16,27 %	16,39 %
En 2017-2018, le RLISS de HNHB a connu une hausse de 0,13 % du pourcentage de journées d'hospitalisation de patients nécessitant un ANS en 2016-2017 et continue d'avoir un meilleur rendement par rapport à la cible de 9,46 %. Le rendement demeure également légèrement supérieur à la moyenne provinciale. Les jours d'attente d'un ANS sont influencés par la mise en congé des patients qui ont accumulé un nombre élevé de jours d'attente d'un ANS en attendant l'obtention de leur congé vers la destination la plus appropriée. Les patients qui attendent leur congé depuis longtemps sont une priorité pour le RLISS. Mesures : Les stratégies de HNHB se sont concentrées sur la revitalisation de la philosophie Chez soi avant tout dans le RLISS de HNHB. Les éléments de ce travail comprennent ce qui suit : la normalisation des processus de désignation ANS, la détermination des destinations au congé appropriées et la normalisation des messages et de la communication. D'autres stratégies visent à soutenir le congé des patients ayant des besoins de soins accrus nécessitant des services améliorés par l'intermédiaire des soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS, de mettre en place une directrice du cheminement des patients et des gestionnaires intégrés de transition désignés, de mettre en place des responsables cliniques du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement dans les hôpitaux, d'élargir le Programme communautaire de soins de transition et de soutenir 51 logements subventionnés avec services de soutien destinés aux patients en attente à l'hôpital.									
10. Taux d'ANS	12,70 %	13,70 %	13,98 %	15,19 %	15,68 %	15,78 %	13,61 %	14,31 %	15,91 %
En 2017-2018, le RLISS de HNHB a enregistré une hausse du taux de patients nécessitant un ANS comparativement à celui de 2015-2016. Ce taux est plus élevé que la cible de l'ERM de 12,70 %. Le volume élevé de patients qui se présentent aux SU ayant des besoins médicaux complexes et hospitalisés, le soutien social limité pour le retour à la maison, et les capacités financières limitées pour avoir accès à d'autres milieux comme des maisons de retraite, sont quelques-uns des facteurs contribuant au taux élevé d'ANS. Mesures : Le RLISS de HNHB continue de travailler sur un certain nombre de stratégies visant à améliorer le cheminement des patients. En voici quelques-unes : la revitalisation de la philosophie Chez soi avant tout du RLISS de HNHB, le soutien des congés pour les patients qui ont des besoins en matière de soins plus élevés nécessitant des services accrus par l'intermédiaire des soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS, la mise en place d'une directrice du cheminement des patients et de gestionnaires intégrés de transition désignés, la mise en place de responsables cliniques du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement dans les hôpitaux, l'élargissement du Programme communautaire de soins de transition et le soutien de 51 logements subventionnés avec services de soutien destinés aux patients en attente à l'hôpital.									

Indicateur	Cible	Province				RLISS			
		Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)
Indicateurs de rendement									
11. Nouvelles visites non prévues aux urgences dans les 30 jours pour problèmes liés à la santé mentale*	16,30 %	19,62 %	20,19 %	20,67 %	20,97 %	18,59 %	18,78 %	20,40 %	19,97 %
En 2017-2018, une légère diminution du pourcentage de visites non prévues aux urgences pour des problèmes de santé mentale a été enregistrée comparativement à 2016-2017. Le rendement demeure supérieur à la cible de 16,30 %, mais il est toutefois inférieur à la moyenne provinciale. Le RLISS de HNHB enregistre le deuxième volume plus élevé de visites au SU pour des troubles de santé mentale de la province. Sur le plan clinique, les problèmes liés au stress continuent de représenter le volume le plus élevé de visites au SU. Mesures : élargissement du modèle des maillons santé, dont les représentants travaillent avec le Comité consultatif sur la santé mentale et la lutte contre les dépendances de HNHB à un plan axé sur le renforcement des connaissances et de l'expertise en matière de troubles concomitants. Les facteurs repérés contribuant aux visites répétées aux urgences ont appuyé la mise en œuvre de nouveaux programmes tels que PHAST (<i>Prioritizing Health through Acute Stabilization and Transition</i>) de l'Hôpital Joseph Brant Memorial, à Burlington, destiné aux personnes âgées de 16 ans et plus atteintes de troubles de santé mentale ou de dépendances qui ont été évaluées comme ayant un besoin urgent d'interventions de stabilisation active.									
12. Nouvelles visites non prévues aux urgences dans les 30 jours pour problèmes liés à la toxicomanie*	22,40 %	31,34 %	33,01 %	32,50 %	32,25 %	27,11 %	30,10 %	29,57 %	29,63 %
En 2017-2018, le RLISS de HNHB a connu un rendement semblable du pourcentage de visites répétées et non prévues aux urgences pour des problèmes de toxicomanie comparativement à 2016-2017. Le rendement continue d'être supérieur à la cible de 22,4 % et est systématiquement meilleur que la moyenne provinciale. Le RLISS de HNHB enregistre le deuxième volume plus élevé de visites au SU pour des problèmes de toxicomanie de la province. Mesures : En 2017-2018, le RLISS de HNHB a réalisé la cartographie de la situation actuelle et future des services de toxicomanie par sous-région, en collaboration avec les fournisseurs de services de santé et les partenaires communautaires. L'objectif consistait à déterminer un parcours coordonné et intégré pour les services de toxicomanie et à cerner les possibilités d'optimiser la capacité existante, les populations desservies et les lacunes ou chevauchements possibles dans la prestation des services. En 2017-2018, le RLISS a investi dans un éventail de stratégies à l'échelle du RLISS en mettant l'accent sur la consommation d'opioïdes.									
13. Réadmission dans les 30 jours pour troubles sélectionnés des groupes de patients hospitalisés du MAS**	15,50 %	16,60 %	16,65 %	16,74 %	16,41 %	16,50 %	16,60 %	16,97 %	16,07 %
Le rendement du RLISS de HNHB pour les réadmissions dans les 30 jours pour des maladies sélectionnées du GPH s'est amélioré de 0,9 % de 2016-2017 à 2017-2018 et il continue de se situer à l'intérieur de 10 % de la cible de 15,5 %. Dans ce cas-ci, le rendement est légèrement meilleur que celui de la province. L'insuffisance cardiaque congestive, la maladie pulmonaire obstructive chronique et les troubles gastro-intestinaux sont les cohortes cliniques qui font grimper cet indicateur. Mesures : le RLISS continue de travailler au moyen de son programme de soins intégrés complets, du programme Soigner ma MPOC, des maillons santé et des programmes de diabète pour tenter d'améliorer les réadmissions de patients à l'hôpital.									

Indicateur	Cible	Province				RLISS			
		Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)
2. Indicateurs de surveillance									
14. Pourcentage de cas de priorité 2, 3 et 4 terminés dans les délais ciblés pour une chirurgie de la cataracte	90,00 %	91,93 %	88,09 %	85,01 %	83,95 %	84,78 %	85,21 %	84,90 %	88,76 %
Ce paramètre a affiché une amélioration de rendement dans le RLISS de HNHB au cours de 2014-2015 comparativement à 2017-2018. Le rendement du RLISS de HNHB est meilleur que celui de la province. Le Comité directeur en matière de soins de la vue du RLISS de HNHB offre une solide direction clinique, tout en mettant l'accent sur l'amélioration de l'accès aux services et de leur qualité. Mesures : réaffectation de cas de cataractes unilatérales dans les hôpitaux ayant les temps d'attente les plus longs.									
15. Pourcentage de cas de priorité 2 et 3 traités dans les délais ciblés pour les examens d'IRM	90,00 %	59,47 %	62,58 %	67,57 %	69,77 %	58,73 %	60,45 %	61,45 %	70,24 %
De 2014-2015 à 2017-2018, une tendance à la hausse du rendement du RLISS de HNHB a été enregistrée concernant le pourcentage d'examens d'IRM de priorité 2 et 3 effectués dans le délai ciblé; cependant, le rendement continue d'être inférieur à la cible provinciale de 90 %. Mesures : En 2017-2018, le Comité directeur de l'imagerie diagnostique de HNHB a mis en place un formulaire d'aiguillage commun dans les hôpitaux du RLISS. Le RLISS de HNHB continue de surveiller étroitement le rendement des établissements hospitaliers.									
16. Pourcentage de cas de priorité 2 et 3 traités dans les délais ciblés pour les tomodensitogrammes.	90,00 %	78,25 %	78,18 %	82,11 %	84,73 %	72,83 %	74,70 %	71,75 %	78,18 %
Le rendement du RLISS de HNHB pour le pourcentage de cas de priorité 2 et 3 traités dans les délais ciblés pour les tomodensitogrammes a augmenté, mais il continue d'être en dessous de la cible provinciale de 90 %. Mesures : En 2017-2018, le Comité directeur de l'imagerie diagnostique de HNHB a mis en place un formulaire d'aiguillage commun dans les hôpitaux du RLISS. Le RLISS de HNHB continue de surveiller étroitement le rendement des établissements hospitaliers, particulièrement ceux qui effectuent des volumes élevés de tomodensitogrammes.									
17(a). Temps d'attente entre la demande de service et la détermination d'admissibilité pour un placement dans un foyer de soins de longue durée : à partir d'un établissement communautaire**	S.O.	14,00	14,00	13,00	14,00	9,00	8,00	8,00	8,00
Le rendement du temps d'attente pour atteindre l'admissibilité complète à des soins de longue durée est resté stable et supérieur à la moyenne provinciale à partir d'un l'établissement communautaire. Ce paramètre de temps d'attente est directement touché à l'interne par le travail du personnel du RLISS ainsi que par le délai des évaluateurs de santé, comme les médecins et les infirmiers, à soumettre le formulaire d'évaluation de l'état de santé requis dans le dossier de demande et utilisé pour déterminer l'admissibilité. En outre, les patients et les familles doivent soumettre un formulaire de choix d'établissement afin de remplir le dossier de demande. Puisque le formulaire de choix d'établissement fait partie de la trousse de détermination de l'admissibilité, le temps nécessaire pour que les familles prennent ces décisions et soumettent leur formulaire de choix d'établissement a également des répercussions directes sur le temps d'attente total pour déterminer l'admissibilité. Mesure : Le RLISS cherche des possibilités de réduction de temps d'attente en faisant appel à des infirmiers autorisés de soins directs internes pour remplir le formulaire d'évaluation de l'état de santé.									

Indicateur	Cible	Province				RLISS			
		Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)
Indicateurs de surveillance									
17(b). Temps d'attente entre la demande et la détermination d'admissibilité pour un placement dans un foyer de soins de longue durée : à partir d'un établissement de soins actifs**	S.O.	8,00	7,00	7,00	7,00	6,00	5,00	6,00	8,00
Le rendement du temps d'attente pour atteindre l'admissibilité complète à des soins de longue durée à partir du milieu hospitalier s'est détérioré, étant donné le nombre croissant de patients désignés comme ayant besoin d'un autre niveau de soins à des soins de longue durée au sein du milieu hospitalier. Ce paramètre de temps d'attente est directement touché à l'interne par le travail du personnel du RLISS ainsi que par le délai des évaluateurs de santé, comme les médecins et les infirmiers, à soumettre le formulaire d'évaluation de l'état de santé requis dans le dossier de demande et utilisé pour déterminer l'admissibilité. En outre, les patients et les familles doivent soumettre un formulaire de choix d'établissement afin de remplir le dossier de demande. Puisque le formulaire de choix d'établissement fait partie de la trousse de détermination de l'admissibilité, le temps nécessaire pour que les familles prennent ces décisions et soumettent leur formulaire de choix d'établissement (elles sont souvent encouragées à visiter les établissements avant de faire un choix) a également des répercussions directes sur le temps d'attente total pour déterminer l'admissibilité. Mesures : À la suite du renouvellement de la philosophie Chez soi avant tout, moins de patients seront hospitalisés. Pour ceux qui doivent être hospitalisés, puisqu'ils ne peuvent retourner dans la communauté, un évaluateur de soins de longue durée dédié sera affecté pour accélérer le processus. Les évaluateurs travailleront avec les familles et les soignants pour atteindre un objectif de 3 à 5 jours pour la soumission du formulaire de choix d'établissement et pour veiller à ce qu'ils connaissent la façon dont un formulaire soumis à temps peut influencer sur la détermination de leur admissibilité.									
18. Taux de visites au service des urgences pour des problèmes de santé qui seraient mieux pris en charge ailleurs, par tranche de 1 000 personnes*	S.O.	19,56	18,47	17,12	12,06	22,27	20,06	19,61	13,34
Le RLISS de HNHB a démontré une amélioration considérable du taux de visites au service des urgences pour des problèmes mieux pris en charge ailleurs, avec une réduction de 6,27 depuis 2016-2017 et de 8,93 depuis 2014-2015. Le taux demeure cependant un peu plus élevé que la moyenne provinciale. Mesures : Les équipes de santé familiale et d'autres cabinets de soins primaires sont encouragés à offrir des rendez-vous le jour même et de veiller à ce que les patients aient un accès en dehors des heures d'ouverture. Des communications ciblées ont été envoyées au public afin de mieux faire connaître les options de rechange aux services des urgences pour obtenir des soins, au besoin. Cela comprend les messages saisonniers pendant les périodes de pointe affichant des taux élevés de grippe.									
19. Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires par tranche de 100 000 personnes*	S.O.	320,78	320,13	321,18	243,31	389,33	397,01	411,62	300,54
Le taux d'hospitalisation pour des conditions propices à des soins ambulatoires ou à une surveillance s'est considérablement amélioré dans le RLISS de HNHB entre 2016-2017 et 2017-2018. Le taux est également sous la moyenne provinciale. Mesures : Un certain nombre de programmes qui ont été mis en œuvre au sein du RLISS de HNHB pourraient contribuer à l'amélioration de ce taux. Les patients qui reçoivent des plans de soins coordonnés dans le cadre du modèle des maillons santé ont été hospitalisés moins souvent après la mise en œuvre du plan de soins. Quatre programmes de soins communautaires paramédicaux dans la région du RLISS de HNHB soutiennent chez elles ou dans des cliniques les personnes atteintes de maladies chroniques. Ces programmes ont entraîné une réduction du nombre d'appels au 911 et un évitement des visites aux SU et d'une hospitalisation prolongée. Enfin, l'équipe des soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS de HNHB travaillent directement avec des partenaires hospitaliers pour donner aux patients leur congé du service des urgences afin qu'ils retournent chez eux avec du soutien et pour atténuer le risque d'hospitalisation.									

Indicateur	Cible	Province				RLISS			
		Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice financier 2014-2015	Résultat pour l'exercice financier 2015-2016	Résultat pour 2016-2017 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour 2017-2018 (depuis le début de l'exercice)
Indicateurs de surveillance									
20. Pourcentage de patients en soins actifs qui ont eu un suivi auprès d'un médecin dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé**	S.O.	46,09 %	46,61 %	47,43 %	47,31 %	47,71 %	48,07 %	48,25 %	49,43 %
Le RLISS de HNHB a enregistré de modestes améliorations pour cet indicateur depuis 2014-2015 et continue d'afficher un rendement légèrement supérieur par rapport à la moyenne provinciale. Mesures : Des efforts pour améliorer la communication entre les hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires ont été déployés pour veiller à ce qu'ils soient informés lorsque les patients sont admis. Cela permet aux fournisseurs de soins primaires de faciliter davantage le suivi post-hospitalier, au besoin.									

***Le résultat de l'exercice 2017-2018 est fondé sur les données disponibles de l'exercice en cours (T1-T3, 2017-2018)**

***Le résultat de l'exercice 2017-2018 est fondé sur les données disponibles de l'exercice en cours (T1-T2, 2017-2018)**

Financial statements of
Hamilton Niagara Haldimand Brant
Local Health Integration Network

March 31, 2018

Independent Auditors' Report	1
Statement of financial position	2
Statement of operations.....	3
Statement of changes in net financial assets	4
Statement of cash flows	5
Notes to the financial statements	6-15

Independent Auditor's Report

To the Members of the Board of Directors of the
Hamilton Niagara Halidmand Brant Local Health Integration Network

We have audited the accompanying financial statements of the Hamilton Niagara Haldiamand Brant Local Health Integration Network (the "LHIN"), which comprise the statement of financial position as at March 31, 2018, and the statements of operations, changes in net assets, and cash flows for the year then ended, and a summary of significant accounting policies and other explanatory information.

Management's Responsibility for the Financial Statements

Management is responsible for the preparation and fair presentation of these financial statements in accordance with Canadian public sector accounting standards, and for such internal control as management determines is necessary to enable the preparation of financial statements that are free from material misstatement, whether due to fraud or error.

Auditor's Responsibility

Our responsibility is to express an opinion on these financial statements based on our audit. We conducted our audit in accordance with Canadian generally accepted auditing standards. Those standards require that we comply with ethical requirements and plan and perform the audit to obtain reasonable assurance about whether the financial statements are free from material misstatement.

An audit involves performing procedures to obtain audit evidence about the amounts and disclosures in the financial statements. The procedures selected depend on the auditor's judgment, including the assessment of the risks of material misstatement of the financial statements, whether due to fraud or error. In making those risk assessments, the auditor considers internal control relevant to the entity's preparation and fair presentation of the financial statements in order to design audit procedures that are appropriate in the circumstances, but not for the purpose of expressing an opinion on the effectiveness of the entity's internal control. An audit also includes evaluating the appropriateness of accounting policies used and the reasonableness of accounting estimates made by management, as well as evaluating the overall presentation of the financial statements.

We believe that the audit evidence we have obtained is sufficient and appropriate to provide a basis for our audit opinion.

Opinion

In our opinion, the financial statements present fairly, in all material respects, the financial position of the LHIN as at March 31, 2018, and the results of its operations, changes in its net assets and its cash flows for the year then ended in accordance with Canadian public sector accounting standards.



Chartered Professional Accountants
Licensed Public Accountants
June 27, 2018

Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network

Statement of financial position

As at March 31, 2018

	Notes	2018	2017
		\$	\$
Assets			
Current assets			
Cash		19,523,676	960,321
Due from Ministry of Health and Long-Term Care ("MOHLTC")	16	21,246,962	26,181,852
Accounts receivable		4,573,573	78,519
Prepaid expenses		849,511	7,327
		46,193,722	27,228,019
Capital assets	7	1,454,734	73,636
		47,648,456	27,301,655
Liabilities			
Current liabilities			
Accounts payable and accrued liabilities		21,217,748	337,073
Due to Health Service Providers ("HSPs")	16	21,246,962	26,181,852
Due to Ministry of Health and Long-Term Care ("MOHLTC")	4	3,334,265	709,094
Deferred operating contributions	8	394,747	—
		46,193,722	27,228,019
Deferred capital contributions	9	1,454,734	73,636
Accrued non-vested sick benefits	10	3,568,327	—
		51,216,783	27,301,655
Commitments	11		
Net assets		(3,568,327)	—
		47,648,456	27,301,655

The accompanying notes are an integral part of the financial statements.

Approved by the Board

 , Director
 , Director

Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network

Statement of operations

Year ended March 31, 2018

	Notes	2018	2017
	3	\$	\$
Revenue			
MOHLTC funding - transfer payments	16	2,815,162,388	3,019,516,021
MOHLTC funding - Operations and Initiatives		310,675,744	7,188,206
Amortization of deferred capital contributions	9	362,072	38,850
Other revenue		3,514,337	—
		314,552,153	7,227,056
		3,129,714,541	3,026,743,077
Expenses			
HSP transfer payments	16	2,815,162,388	3,019,516,021
Operations and initiatives			
Contracted out			
In-home/clinic services		191,189,779	—
School services		10,918,475	—
Hospice services		5,371,228	—
Salaries and benefits		79,241,175	4,368,994
Medical supplies and equipment		15,971,651	—
Supplies and sundry		11,211,977	2,298,207
Amortization	9	362,072	38,850
		314,266,357	6,706,051
		3,129,428,745	3,026,222,072
Excess of revenue over expenses before the undernoted		285,796	521,005
Accrued non vested sick benefits		(97,313)	—
Net liabilities assumed on transition	14	(3,756,810)	—
		(3,568,327)	521,005

The accompanying notes are an integral part of the financial statements.

Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network

Statement of changes in net financial assets

Year ended March 31, 2018

	2018			2017
	Unrestricted	Employee benefits	Total	Actual
	\$	\$	\$	\$
Net assets, beginning of year	—	—	—	—
Excess of revenue over expenses before the undernoted	285,796	(97,313)	188,483	—
Net liabilities assumed on transition	(285,796)	(3,471,014)	(3,756,810)	—
Net assets, end of year	—	(3,568,327)	(3,568,327)	—

The accompanying notes are an integral part of the financial statements.

Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network

Statement of cash flows

Year ended March 31, 2018

	Notes	2018	2017
		\$	\$
Operating activities			
Excess of expenses over revenue		(3,568,327)	—
Cash received on transition		13,701,728	—
Net liabilities assumed on transition		3,756,810	—
Less: amounts not affecting cash			
Amortization of capital assets		362,072	38,850
Amortization of deferred capital contributions		(362,072)	(38,850)
		13,890,211	—
Changes in non-cash working capital items	13	4,673,144	(102,050)
		18,563,355	(102,050)
Investing activity			
Purchase of capital assets		(15,764)	(90,827)
Financing activity			
Increase in deferred contributions		15,764	90,827
Net increase (decrease) in cash		18,563,355	(102,050)
Cash, beginning of year		960,321	1,062,371
Cash, end of year		19,523,676	960,321

The accompanying notes are an integral part of the financial statements.

Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network

Notes to the financial statements

Year ended March 31, 2018

1. Description of business

The Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network was incorporated by Letters Patent on June 2, 2005 as a corporation without share capital. Following Royal Assent to Bill 36 on March 28, 2006, it was continued under the Local Health System Integration Act, 2006 (the "Act") as the Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network (the "LHIN") and its Letters Patent were extinguished. As an agent of the Crown, the LHIN is not subject to income taxation.

The LHIN is, and exercises its powers only as, an agent of the Crown. Limits on the LHIN's ability to undertake certain activities are set out in the Act.

The mandate of the LHIN is as follows:

a) Plan, fund and integrate the local health system within its geographic area. The LHIN spans carefully defined geographical areas and allows for local communities and health care providers within the geographical area to work together to identify local priorities, plan health services and deliver them in a more coordinated fashion. The LHIN covers the Counties of Hamilton, Niagara, Haldimand, Brant, most of the County of Norfolk and the City of Burlington. The LHIN enters into service accountability agreements with health service providers.

The LHIN has also entered into an accountability agreement with the Ministry of Health and Long Term Care ("MOHLTC"), which provides the framework for LHIN accountabilities and activities.

All funding payments to LHIN managed Health Service Providers are flowed through the LHIN's financial statements. Funding payments authorized by the LHIN to Health Service Providers, are recorded in the LHIN's Financial Statements as revenue from the MOHLTC and as transfer payment expenses to Health Service Providers.

b) Effective May 10, 2017 the LHIN assumed the responsibility to provide health and related social services and supplies and equipment for the care of persons in home, community and other settings and to provide goods and services to assist caregivers in the provision of care for such persons, to manage the placement of persons into long-term care homes, supportive housing programs, chronic care and rehabilitation beds in hospitals, and other programs and places where community services are provided under the Home Care and Community Services Act, 1994 and to provide information to the public about, and make referrals to, health and social services.

2. Significant accounting policies

The financial statements of the LHIN are the representations of management, prepared in accordance with Canadian public sector accounting standards for government not-for-profit organizations including the 4200 series standards, as issued by the Public Sector Accounting Board. Significant accounting policies adopted by the LHIN are as follows:

Revenue Recognition

The LHIN follows the deferral method of accounting for contributions. Contributions from the MOHLTC represent externally restricted contributions which must be spent within the fiscal year provided. Unspent contributions from the MOHLTC are set up as repayable to the MOHLTC at the end of the year. Unrestricted contributions are recognized when received or receivable if the amount to be received can be reasonably estimated and collection is reasonably assured.

2. Significant Accounting Policies (continued)

Ministry of Health and Long-Term Care Funding

The LHIN is funded by the Province of Ontario in accordance with the Ministry-LHIN Accountability Agreement ("MLAA"), which describes budgetary arrangements established by the MOHLTC. The Financial Statements reflect funding arrangements approved by the MOHLTC. The LHIN cannot authorize payments in excess of the budgetary allocation set by the MOHLTC. Due to the nature of the Accountability Agreement, the LHIN is economically dependent on the MOHLTC.

Transfer payment amounts to Health Service Providers are based on the terms of the Health Service Provider Accountability Agreements with the LHIN, including any amendments made throughout the year. During the year, the LHIN authorizes the transfer of cash to the Health Service Providers. The cash associated with the transfer payment flows directly from the MOHLTC and does not flow through the LHIN bank account.

LHIN Financial Statements do not include transfer payment funds not included in the Ministry-LHIN Accountability Agreement.

Capital Assets

Purchased capital assets are recorded at cost. Repairs and maintenance costs are charged to expense. Betterments, which extend the estimated life of an asset, are capitalized

Capital assets are amortized on a straight-line basis based on their estimated useful life as follows:

Furniture and equipment	5 to 10 years
Computer and communications equipment	3 years
Leasehold improvements	Over the remaining lease term

Deferred capital contributions

Contributions received for the purchase of capital assets are deferred and are amortized to income at the same rate as the corresponding capital asset.

Adoption of PSAS 3430 – Restructuring transactions

The LHIN has implemented Public sector Accounting Board ("PSAB") section 3430 Restructuring Transactions. Section 3430 requires that the assets and liabilities assumed in a restructuring agreement be recorded at the carrying value and that the increase in net assets or net liabilities received from the transferor be recognized as revenue or expense. Restructuring is an event that changes the economics of the recipient from the restructuring date onward. It does not change their history or accountability in the past, and therefore retroactive application with restatement of prior periods permitted only in certain circumstances. The impact of this policy on the current year is detailed in note 14.

Accrued non-vested sick benefits

The LHIN provides a sick leave benefit plan to all permanent employees and accrues its obligations as the employees render the service necessary to earn the benefits. The actuarial determination of the accrued benefit obligation uses the projected benefit method prorated on service (which incorporates management's best estimate of future salary levels, retirement ages of employees and other actuarial factors). Under this method, the benefit costs are recognized over the expected average service life of the employee group. The accrued benefit obligation is equal to the present value of the cost of sick leave credits accumulated to date that are expected to be used in the future in excess of the current yearly allotment of 18 days (pro-rated accordingly for part-time employees).

2. Significant accounting policies (continued)

Accrued non-vested sick benefits (continued)

The current service costs for a particular period is equal to the actuarial present value of the cost of sick leave credits earned in the year that are expected to be used in the future in excess of the yearly allotment.

Actuarial gains and losses on the accrued benefit obligation arise from the differences between actual and expected experience and from changes in the actuarial assumptions used to determine the accrued benefit obligation. Any gains or losses are amortized over the estimated average remaining service life of the employees. The most recent actuarial evaluation of the sick leave plan was as of March 31, 2018.

Financial Instruments

Financial assets and liabilities are measured at amortized cost, with the exception of cash that is measured at fair value. Financial instruments measured at amortized cost are initially recognized at cost, and subsequently carried at amortized cost using the effective interest rate method, less any impairment losses on financial assets. Transaction costs related to financial instruments in the amortized cost category are added to the carrying value of the instrument.

Write-downs on financial assets in the amortized cost category are recognized when the amount of a loss is known with sufficient precision, and there is no realistic prospect of recovery. Financial assets are then written down to net recoverable value with the write-down being recognized in the Statement of Operations.

Use of Estimates

The preparation of financial statements in conformity with Canadian public sector accounting standards requires management to make estimates and assumptions that affect the reported amounts of assets and liabilities and disclosure of contingent assets and liabilities at the date of the financial statements and the reported amounts of revenue and expenses during the reporting period. Significant estimates include depreciation rates for capital assets and certain accruals. Actual results could differ from those estimates.

3. Change in accounting policy

As a result of the transition of responsibility for the delivery of certain services related to home care as described above, there has been a significant change in the operations of the LHIN over prior year. As a result of these changes, the LHIN has determined that the adoption of Canadian public sector accounting standards for Government not-for-profit organizations is appropriate. Previously the LHIN followed Canadian public sector accounting standards. The adoption of this policy has no impact on numbers previously reported. The impact of the change is limited to presentation only, and as a result the prior year figures presented for comparative purposes have been reclassified to conform with the current year's presentation.

4. Funding repayable to the MOHLTC

In accordance with the MLAA, the LHIN is required to be in a balanced position at year end. Thus, any funding received in excess of expenses incurred, is required to be returned to the MOHLTC.

The amount due to the MOHLTC at March 31 is made up as follows:

	2018	2017
	\$	\$
Due to MOHLTC, beginning of year	709,094	913,720
Due to MOHLTC, transferred from HNHB CCAC	100,100	—
Funding repaid during year	(448,590)	(725,631)
Funding repayable to the MOHLTC related to current year activities	2,973,661	521,005
Due to MOHLTC, end of year	3,334,265	709,094

5. Enabling Technologies for Integration Project Management Office

Effective January 31, 2014, the LHIN entered into an agreement with South West, Erie St. Clair and Waterloo Wellington LHIN's (the "Cluster") in order to enable the effective and efficient delivery of e-health programs and initiatives within the geographic area of the Cluster. Under this agreement, decisions related to the financial and operating activities of the Enabling Technologies for Integration Project Management Office are shared. No LHIN is in a position to exercise unilateral control.

The LHIN's financial statement reflects its share of the MOHLTC funding for Enabling Technologies for Integration Project Management Offices for its Cluster and related expenses. During the year, the LHIN received and expensed funding from the South West LHIN of \$510,000 (2017-\$510,000).

6. Related party transactions

Health Shared Services Ontario (HSSO)

HSSO is a provincial agency established January 1, 2017 by O. Reg. 456/16 made under LHSIA with objects to provide shared services to LHINs in areas that include human resources management, logistics, finance and administration and procurement. HSSO as a provincial agency is subject to legislation, policies and directives of the Government of Ontario and the Memorandum of Understanding between HSSO and the Minister of Health and Long-Term Care.

Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network

Notes to the financial statements

Year ended March 31, 2018

7. Capital Assets

	2018		2017
	Cost	Accumulated amortization	Net book value
	\$	\$	\$
Computer equipment and software	476,389	416,219	60,170
Leasehold improvements	5,776,362	4,409,717	1,366,645
Furniture and equipment	6,427,449	6,399,530	27,919
	12,680,200	11,225,466	1,454,734

8. Deferred operating contributions

Deferred operating contributions represent the unamortized amount of grants and other contributions received to fund expenditures of future periods. BTI equipment leases represent the unamortized amount of grants received for the payment of computer leases under the Base Technology Infrastructure Project.

	2018	2017
	\$	\$
MOHLTC/LHIN BTI equipment leases	342,201	—
Other	52,546	—
	394,747	—

9. Deferred Capital Contributions

The changes in the deferred capital contributions balance are as follows:

	2018	2017
	\$	\$
Balance, beginning of year	73,636	21,659
Capital contributions received during the year	15,764	90,827
Capital contributions transferred from CCAC	1,727,406	—
Amortization for the year	(362,072)	(38,850)
Balance, end of year	1,454,734	73,636

10. Accrued non-vested sick benefits

All full-time and part-time employees are credited with 1.5 days per month (pro-rated accordingly for part-time employees) for use as paid absences in the year, due to illness or injury. Employees are allowed to accumulate unused sick day credits each year, up to a maximum of 130 days for unionized employees and 120 days for non-union employees. Accumulated credits may be used in future years if the employee's illness or injury exceeds the annual allocation of credits. Employees are not entitled to any cash payment upon retirement.

Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network**Notes to the financial statements**

Year ended March 31, 2018

10. Accrued non-vested sick benefits (continued)

The significant assumptions used are as follows:

	2018	2017
	\$	\$
Discount rate	3.37 %	-
Rate of compensation/inflation increases	2.00 %	-

Accrued benefit liability is determined as follows:

	2018	2017
	\$	\$
Accrued benefit obligation	3,058,362	-
Unamortized actuarial gain	509,965	-
Accrued benefit liability	3,568,327	-

Continuity of the accrued benefit liability is as follows:

	2018	2017
	\$	\$
Accrued benefit liability assumed on transition	3,471,014	-
Change in liability :		
Benefit expense	605,780	-
Less: benefits paid	(508,467)	-
Accrued benefit liability, end of year	3,568,327	-

The accrued non-vested sick benefit expense is as follows:

	2018	2017
	\$	\$
Benefit cost	477,594	-
Interest on accrued benefit obligation	127,533	-
Amortization of actuarial losses	653	-
Accrued non-vested sick benefits expense	605,780	-

The current year expense in excess of actual benefits paid of \$97,313 is recorded through the employee benefits fund.

11. Commitments

The LHIN is committed to the following operating lease payments as follows:

	\$
2019	2,380,531
2020	2,147,277
2021	2,063,681
2022	1,757,545
2023	1,527,844

12. Contingencies

The LHIN enters into accountability agreements with Health Service Providers which include planned funding targets. The actual funding provided by the LHIN is contingent on the MOHLTC providing the funding.

The LHIN has been named as defendants in various claims. Management believes any liability resulting from these actions would be adequately covered by existing liability insurance.

13. Additional Information to the statement of cash flows

	2018	2017
	\$	\$
Due from MOHLTC	4,934,890	5,067,766
Accounts Receivable	695,816	28,568
Prepaid expenses	427,987	1,837
Accounts payable and accrued liabilities	7,059,268	72,171
Due to Health Service Providers	(4,934,890)	(5,067,766)
Due to MOHLTC	2,525,071	(204,626)
Deferred operating contributions	(6,132,311)	—
Accrued non-vested sick benefits	97,313	—
Total change in non-cash working capital items	4,673,144	(102,050)

14. Transition of Hamilton Haldimand Brant Local Health Integration Network

On April 3, 2017 the Minister of Health and Long-Term Care made an order under the provisions of the Local Health System Integration Act, 2006, as amended by the Patients First Act, 2016 to require the transfer of all assets, liabilities, rights and obligations of the Hamilton Niagara Haldimand Brant Community Care Access Centre the (CCAC), to the Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN, including the transfer of all employees of the Hamilton Niagara Haldimand Brant CCAC. This transition took place on May 10, 2017. Prior to the transition, the LHIN funded a significant portion of the CCACs operations via HSP transfer payments. Subsequent to transition date, the costs incurred for the delivery of services previously provided by the CCAC were incurred directly by the LHIN and are reported in the appropriate lines in the statement of operations.

Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network

Notes to the financial statements

Year ended March 31, 2018

14. Transition of Hamilton Haldimand Brant Local Health Integration Network (continued)

The LHIN assumed the following assets and liabilities, which were recorded at the carrying value of the CCAC.

	\$
Cash	13,701,728
Accounts Receivable	5,190,870
Prepaid expenses	1,270,171
Tangible Capital Assets	1,727,406
Total Assets	21,890,175
Accounts Payable and Accrued liabilities	13,821,407
Due to MOHLTC	101,100
Deferred operating contributions	6,527,058
Accrued non-vested sick benefits	3,471,014
Deferred Capital contributions	1,727,406
Total liabilities	25,646,985
Net Liabilities Assumed	3,756,810

The Net liabilities resulting from this transaction is recorded as expense in the statement of operations.

15. Pension Plan

The LHIN contributes to the Healthcare of Ontario Pension Plan ("HOOPP"), which is a multi-employer plan, on behalf of approximately 1,028 members of its staff. The plan is a defined benefit plan, which specifies the amount of retirement benefit to be received by the employees, based on the length of service and rates of pay. The amount contributed to HOOPP for fiscal 2018 was \$5,739,921 (2017 - \$348,047). The last actuarial valuation was completed for the plan as of December 31, 2017. At that time, the plan was fully funded.

Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network

Notes to the financial statements

Year ended March 31, 2018

16. Transfer Payment to HSPs

The LHIN has authorization to allocate funding of \$2,815,162,388 to various HSPs in its geographic area. The LHIN approved transfer payments to various sectors in 2017 as follows:

	2018	2017
	\$	\$
Operations of hospitals	2,048,229,757	1,979,076,717
Grants to compensate for municipal taxation – public hospitals	462,750	462,750
Long-Term Care Homes	510,852,386	497,028,368
Community Care Access Centres	34,037,927	328,666,580
Community support services	57,250,443	56,659,208
Acquired brain injury	7,909,740	7,655,039
Assisted living services in supportive housing	37,293,330	35,983,893
Community health centres	30,594,767	29,545,184
Community mental health addictions program	88,531,288	84,438,282
	2,815,162,388	3,019,516,021

The LHIN receives funding from the MOHLTC and in turn allocates it to the HSPs. As at March 31, 2018, an amount of \$21,246,962 (2017 - \$26,181,852) was receivable from the MOHLTC, and was payable to HSPs. These amounts have been reflected as revenue and expenses in the Statement of operations and are included in the table above.

Pursuant to note 14, effective May 10, 2017 the LHIN assumed the assets, liabilities, rights and obligations of the Hamilton Niagara Haldimand Brant CCAC. Current year amounts reported in respect of the CCAC in the table above represent funding provided to the CCAC up to the date of transfer.

17. Financial Risk

The LHIN through its exposure to financial assets and liabilities, has exposure to credit risk and liquidity risk as follows:

Credit risk relates to the potential that one party to a financial instrument will fail to discharge an obligation and incur a financial loss. The maximum exposure to credit risk is the carrying value reported in the statement of financial position. Credit risk is mitigated through collection practices and the diverse nature of amounts with accounts receivable.

Liquidity risk is the risk that the LHIN will not be able to meet all cash flow obligations as they come due. The LHIN mitigates this risk by monitoring cash activities and expected outflows through extensive budgeting and cash flow analysis.

Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network

Notes to the financial statements

Year ended March 31, 2018

18. Guarantees

The LHIN is subject to the provisions of the Financial Administration Act. As a result, in the normal course of business, the LHIN may not enter into agreements that include indemnities in favor of third parties, except in accordance with the Financial Administration Act and the related Indemnification Directive.

An indemnity of the Chief Executive Officer was provided directly by the LHIN pursuant to the terms of the Local Health System Integration Act, 2006 and in accordance with s.28 of the Financial Administration Act.

19. Board Costs

The following provides the details of Board expenses which are reported in the statement of operations:

	2018	2017
	\$	\$
Board Chair per diem expenses	28,453	36,210
Other Board members' per diem expenses	56,017	49,441
Other governance and travel	9,730	12,594
	94,200	98,245

Membres du conseil d'administration

(en date du 31 mars 2018)

Janine van den Heuvel
Présidente

Bill Thompson
Vice-président

Shelley Moneta
Membre du conseil

Dominic Ventresca
Membre du conseil

Madhuri Ramakrishnan
Membre du conseil

Paul Armstrong
Membre du conseil

Saqib Cheema
Membre du conseil

Suzanne Bélanger-Fontaine
Membre du conseil

Marianne Knight
Membre du conseil

William Chopp
Membre du conseil

Au nom du conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant, nous sommes heureux de soumettre le présent rapport annuel pour la période ayant pris fin le 31 mars 2018.



Janine van den Heuvel
Présidente, conseil d'administration



Bill Thompson
Vice-président, conseil d'administration

Coordonnées

Courriel: hamiltonniagarahaldimandbrant@lhins.on.ca

Site Web: www.hnhblhin.on.ca

Twitter: [@HNHB_LHINgage](https://twitter.com/HNHB_LHINgage)

YouTube: www.youtube.com/user/hnhblhin

211 Pritchard Road, Unit 1
Hamilton, ON L8J 0G5
Tel: 905 523-8600
Toll Free: 1 800-810-0000
www.hnhblhin.on.ca

211, chemin Pritchard, unité 1
Hamilton, ON L8J 0G5
Téléphone : 905 523-8600
Sans frais : 1 866 810-0000
www.hnhblhin.on.ca

ISSN 1911-2904
132 July/18 © 2018 Imprimeur de la Reine pour l'Ontario



Ontario

Local Health Integration
Network

Réseau local d'intégration
des services de santé