

OHQC Ontario Health
Quality Council

COQSS Conseil ontarien de la qualité
des services de santé

Rapport annuel et état financiers 2007/2008



Conseil ontarien de la qualité des services de santé
1075, rue Bay, bureau 601
Toronto (Ontario) M5S 2B1

Téléphone: 416 323-6868
Télécopieur: 416 323-9261
Courriel: ohqc@ohqc.ca

www.ohqc.ca

Table des matières

Lettre du président adressée au ministre	3
À propos du Conseil ontarien de la qualité des services de santé	4
Points saillants sur le rendement de 2007-2008	5
Mesures du rendement	9
Regard sur l'avenir	10
Gouvernance et gestion du Conseil, au 31 mars 2008	12
Rapport des vérificateurs	13
Rapport sur le rendement financier	14
État des revenus et dépenses	15
État des flux de trésorerie	16
Notes afférentes aux états financiers	17
Tableau complémentaire des revenus, dépenses et budget	19

Lettre du président adressée au ministre

Le 22 septembre 2008

L'honorable David Caplan
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 10^e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 2C4

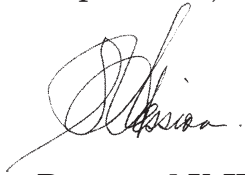
Monsieur le ministre,

Au nom du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, j'ai le plaisir de vous présenter notre rapport annuel de 2007-2008. Le rapport passe en revue le rendement du Conseil pendant sa deuxième année d'activité et présente les états financiers vérifiés.

Je vous remercie de votre appui au travail du Conseil.

Veuillez agréer, Monsieur le ministre, mes salutations distinguées.

Le président,



Raymond V. Hession

À propos du Conseil ontarien de la qualité des services de santé

Mandat

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé, (le Conseil), a été créé en septembre 2005 en vertu de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*. Le Conseil est un organisme de services opérationnels relevant du ministre de la Santé et des Soins de longue durée. L'article 4 de la Loi énonce le mandat du Conseil :

- (a) surveiller les questions suivantes et en rendre compte à la population de l'Ontario :
 - (i) l'accès aux services de santé publics;
 - (ii) les ressources humaines dans les services de santé publics;
 - (iii) l'état de santé de la population et de la clientèle;
 - (iv) les résultats du système de santé;
- (b) favoriser l'amélioration constante de la qualité des services.

L'article 5 de la Loi exige que le Conseil présente au ministre un rapport annuel sur l'état du système de santé en Ontario, ainsi que d'autres rapports à la demande du ministre.

Mission

Source fiable et indépendante vouée à sensibiliser la population à la qualité de son système public de santé, le Conseil est un catalyseur de l'amélioration de notre système de santé et de la santé de notre population.

Vision

Un système de santé à rendement élevé qui se caractérise par l'amélioration continue de la qualité, qui est prêt à répondre aux besoins et encourage chaque personne à maintenir et à améliorer sa propre santé.

Valeurs

- Une passion à l'égard de l'amélioration de la qualité
- Une objectivité basée sur des preuves
- La participation du public
- Des partenariats dans le système de santé
- Le soutien de la diversité

Points saillants sur le rendement de 2007-2008

Le principal objectif de la présentation de rapports au public consiste à stimuler l'amélioration. La présentation de tels rapports offre une efficacité maximale lorsqu'elle repose sur des mesures de rendement judicieuses et qu'elle s'intègre à une action visant à améliorer la qualité. En préparation de l'exercice 2007-2008, le conseil d'administration du Conseil ontarien de la qualité des services de santé a pris des décisions clés à l'appui de cet objectif :

1. Renforcer la capacité du Conseil de mesurer le rendement en établissant un partenariat avec l'Institut de recherche en services de santé, qui est le principal organisme moteur de la recherche portant sur les services de santé en Ontario. Le Conseil a également formé le Conseil consultatif sur la mesure du rendement, qui se compose d'experts provenant d'instituts de recherche de toute la province.
2. Concentrer la recherche dans un domaine où les résultats sont susceptibles de présenter une incidence considérable. Pour le rapport de 2008, l'accent a été mis sur la gestion des maladies chroniques, en particulier dans la mesure où on suivait effectivement des pratiques exemplaires reposant sur des preuves.
3. Accroître le leadership du Conseil et sa capacité d'appuyer l'amélioration continue de la qualité dans l'ensemble du système de santé. Le conseil d'administration du Conseil a amorcé cette initiative par l'embauche de l'une des figures de proue au Canada en matière de mesure et d'amélioration de la qualité dans le secteur de la santé, qui

est devenu le premier directeur général du Conseil.

À la fin du premier trimestre de 2008-2009, ces décisions avaient permis d'obtenir les résultats suivants : une attention accrue des médias à l'égard des constatations du rapport du Conseil (et un vif intérêt à améliorer ces données chez les décisionnaires dans le domaine de la santé et les fournisseurs de soins); des demandes externes pour le savoir-faire et l'aide du Conseil; une demande du ministre de la Santé et des Soins de longue durée, qui veut que le Conseil mesure la qualité des soins et la satisfaction des résidents des foyers de soins de longue durée et qu'il publie un rapport à ce sujet. Il s'agit là d'étapes importantes vers l'objectif ultime d'améliorer le système de santé de l'Ontario de manière réelle et mesurable.

Mesures du rendement

Informar le public de la qualité est à la base de la mission du Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Le rapport annuel du Conseil, intitulé *Observateur Q – Les soins de santé en Ontario : vue d'ensemble*, examine la qualité du système public de santé de l'Ontario en définissant les neuf attributs d'un système de santé performant. Ces neuf attributs sont les suivants : accessible, efficace, sûr, axé sur le patient, équitable, efficient, adéquatement outillé, intégré et centré sur la santé de la population.

Pour que cela se fasse efficacement, il faut que le public ait confiance que le Conseil conserve son indépendance et qu'il ne subit pas l'influence de parties externes qui pourraient hésiter à divulguer des renseignements sur les lacunes du système en termes de qualité. En avril 2007, le Conseil a étayé

cette confiance en établissant un partenariat avec l'Institut de recherche en services de santé et, le mois suivant, en créant son Conseil consultatif sur la mesure du rendement.

Au cours de 2007-2008, l'ensemble des indicateurs utilisés pour mesurer, évaluer et expliquer le rendement en fonction des neuf attributs susmentionnés est devenu plus complet. Il reste encore beaucoup de travail de mise au point, et les principales contraintes sont les suivantes :

- la disponibilité de données utiles : le Conseil et l'Institut de recherche en services de santé continuent à puiser dans les nouvelles sources de données et à préconiser la création de systèmes d'information électronique à l'échelle de la province;
- la nécessité d'avoir des indicateurs de rendement comparables et conséquents, du niveau du ministère jusqu'à celui des organismes particuliers, et que ces indicateurs correspondent aux priorités du système et qu'ils s'intègrent à un cadre conceptuel commun.

Gestion des maladies chroniques

En partenariat avec le Centre de recherche C.T. Lamont en soins de santé primaires d'Ottawa, le Conseil ontarien de la qualité des services de santé a pu présenter des données sur la mesure dans laquelle les Ontariens ont reçu entre 2004 et 2006 les soins recommandés pour deux maladies chroniques répandues : le diabète et la coronaropathie. Comme on l'a constaté dans de nombreux territoires de compétence du monde entier, les résultats sont alarmants.

Ainsi :

- Seulement environ la moitié des tests et traitements recommandés en cas de diabète ont

été effectués, et seulement 5,5 % des diabétiques de l'Ontario ont reçu tous les tests et traitements recommandés.

- Les personnes souffrant de coronaropathie ont reçu les deux tiers des médicaments recommandés pour prévenir l'obstruction des vaisseaux sanguins, et seulement 35 % ont pris l'ensemble des médicaments recommandés.

Un heureux concours de circonstances a aidé le Conseil à produire cette étude. En effet, grâce à des examens des dossiers et à des sondages réalisés en personne et couvrant un échantillon de pratiques en soins primaires en Ontario, le Centre de recherche C.T. Lamont disposait déjà de données qui avaient été recueillies aux fins d'une autre étude. En l'absence de systèmes d'information électronique pour l'ensemble de la province, il faudra recommencer ce travail accaparant et intense de collecte de données, afin d'évaluer les progrès de l'Ontario dans la gestion des maladies chroniques.

Soutien de l'amélioration de la qualité

Après avoir publié deux rapports forts bien accueillis au cours de ses 18 premiers mois d'activité, le conseil d'administration du Conseil ontarien de la qualité des services de santé a dirigé son attention au début de 2007 sur le deuxième volet de son mandat, soit le soutien de l'amélioration continue de la qualité. Le Conseil a interprété que cet élément de son mandat signifiait qu'il lui fallait devenir un *catalyseur de l'amélioration*. C'est aux fournisseurs de première ligne, aux chefs et aux responsables des politiques de tout le système qu'appartient l'amélioration de la qualité. Pour accomplir son rôle de catalyseur de l'amélioration, le Conseil se fait le champion des preuves existantes sur la manière d'offrir les meilleurs soins possible, il encourage l'adoption

de méthodes d'amélioration de la qualité et il fait appel à son savoir-faire en matière d'amélioration de la qualité, comme le lui demandent des organismes externes.

La recherche en vue d'embaucher le premier directeur général du Conseil a atteint son point culminant avec la nomination du D^r Ben Chan, entré en fonction le 1^{er} novembre 2007. Précédemment directeur général du Health Quality Council (HQC) de la Saskatchewan, le D^r Chan a dirigé un ambitieux programme ayant les objectifs suivants : faire rapport au public de la qualité des services et mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité afin de perfectionner la gestion des maladies chroniques; réduire les temps d'attente pour le traitement du cancer, dans les services des urgences ainsi que dans les cabinets des médecins de famille; prévenir les réactions indésirables dans les unités de soins intensifs et les foyers de soins de longue durée. À la fin de 2007, Eileen Patterson s'est également jointe au Conseil, à titre de directrice d'amélioration de la qualité, après avoir dirigé des initiatives de renouvellement des services de santé en Alberta pendant 15 ans.

Fort de cette nouvelle capacité d'action, le Conseil diffuse activement ses connaissances et son savoir-faire en matière d'amélioration de la qualité. Au cours de l'exercice 2008, il a notamment :

- Permis à 1 669 représentants de 110 organismes actifs dans les soins de santé en Ontario de visualiser les séances plénières de la tribune annuelle de 2007 de l'Institute for Healthcare Improvement en les diffusant pour la première fois sur Internet;
- Lancé en simultanéité sur son site Web un ensemble d'outils d'amélioration de la qualité à l'intention des fournisseurs de soins; on a relevé plus de 2 000 visites de ces pages entre leur lancement en décembre 2007 et le 31 mars 2008;

- Offert sur demande à diverses associations du secteur de la santé des ateliers sur les aptitudes de base pour l'amélioration de la qualité;
- Étant invité à diriger les volets *accès et efficience* dans le cadre du partenariat que le ministère a établi avec les équipes Santé familiale et les centres de santé communautaire pour l'amélioration de la qualité et l'innovation.

Influence

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé a considérablement dépassé ses objectifs dans ses efforts en vue d'obtenir un traitement médiatique de haute qualité et exact pour son rapport *Observateur Q – Les soins de santé en Ontario 2008 : vue d'ensemble*. Même si le rapport a été publié au premier trimestre de 2008-2009, sa genèse a eu lieu au cours de l'exercice 2007-2008. Les mesures de rendement figurant dans le présent rapport indiquent que comparativement à la publication du rapport de l'année précédente, le nombre total de mentions dans les médias a augmenté de 16 % (passant de 140 à 163), tandis que la portée du rapport a augmenté de 60 % (passant de 4,4 à 7 millions de personnes), et que tous les médias ont présenté avec exactitude les conclusions du rapport.

Il appert que les rapports du Conseil exercent une influence sur les responsables des décisions qui touchent le système de santé de l'Ontario et la qualité des soins. Voici quelques exemples qui en témoignent :

- Pour la première fois, deux partis provinciaux ont promis d'inscrire le dossier de santé électronique à leur programme électoral de 2007 (la nécessité cruciale d'informatiser le dossier de santé était la principale conclusion des rapports de 2006, 2007 et 2008);

- La nécessité d'améliorer la gestion des maladies chroniques grâce à des registres électroniques a été définie comme faisant partie des priorités que le gouvernement a présentées à l'automne 2007 dans le discours du Trône (cela faisait partie des principales conclusions des rapports de 2007 et 2008);
- Le Conseil canadien de la santé, la plupart des réseaux locaux d'intégration des services de santé et certains fournisseurs de soins ont adopté les neuf attributs d'un système de santé performant définis par le Conseil, comme cadre conceptuel de leur planification et de la production de leurs rapports au public;
- Comme nous le mentionnons ci-dessus, nombre de réseaux locaux d'intégration des services de santé, d'associations et d'organismes de soins de santé sollicitent de plus en plus les conseils et l'aide du Conseil dans le domaine de l'amélioration de la qualité.

Responsabilité financière

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé a continué à réaliser pleinement son mandat tout en faisant preuve de prudence financière. L'organisme reçoit tout son financement du ministère de la Santé et des Soins de longue

durée et il touche des intérêts sur ces fonds. AU mi-exercice, le Conseil a remboursé 122 000 \$ au ministère après avoir annulé un projet de rediffusion de sections de son rapport de 2007. Le Conseil a annulé cette initiative, car elle n'aurait pas offert une optimisation suffisante des ressources. À la fin de l'exercice, le Conseil avait accompli son plan pour 2007-2008 et lancé d'importantes initiatives de recherche sur un horizon de deux ans; il a même réussi à rendre un montant supplémentaire de 201 849 \$ au ministère. Les économies réalisées proviennent principalement d'une approche ciblée et rentable des communications, un domaine dans lequel, comme nous l'avons déjà mentionné, le Conseil a dépassé ses objectifs de rendement.

Comparativement à l'exercice précédent, le financement que le Conseil a reçu du ministère a été réduit pour passer de 5,13 millions de dollars à 3,56 millions de dollars. La différence de financement est presque entièrement attribuable à la date de publication du rapport annuel du Conseil sur l'état du système de santé de l'Ontario. Deux rapports ont été publiés au cours de l'exercice 2006-2007 (en mai 2006 et en mars 2007), tandis que le rapport suivant a été publié au cours de l'exercice 2008-2009 (mai 2008). Le financement de ces activités a alors été affecté à l'exercice approprié.

Mesures du rendement

Objectifs	Mesures du rendement	Printemps 2006 (Chiffres réels)	Printemps 2007 (Chiffres réels)	Printemps 2008 (Chiffres réels)
Continuer à hausser la notoriété publique du Conseil et de son rapport	Notoriété publique du Conseil ¹	6 %	9 %	9 %
	Notoriété publique du rapport du Conseil (sans invite) ¹	n.d.	16 %	10 %
	Notoriété de la publicité du Conseil (avec invite) ^{1, 2}	n.d.	n.d.	30 %
	Couverture médias (journaux, radio, télé) ³	100 mentions / portée : 2 millions de personnes	140 mentions / portée : plus de 4,4 millions de personnes	163 mentions / portée : plus de 7 millions de personnes
Fournir une information objective et accessible sur la qualité et le rendement du système de santé	Pourcentage de membres du public qui connaissent le Conseil et pensent qu'il s'agit d'une source fiable et indépendante ¹	n.d.	n.d.	46 % d'accord 6 % pas d'accord le reste des répondants sont neutres ou ne savent pas
	Alignement de la couverture médias sur les messages clés du Conseil ⁴	n.d.	90 %	100 %
Éduquer et informer les Ontariens au sujet du rendement du système public de santé, grâce à un rapport annuel sur le système de santé de l'Ontario	Visites Web et téléchargements du following release rapport après sa publication	Dans les 3 mois suivant la publication : 2 000 visites Web et website hits and 1 400 téléchargements du rapport	Dans les 3 mois suivant la publication : 6 500 visites Web et website visits and 2 600 téléchargements du rapport	Dans les 2 mois suivant la publication : 6 326 visites Web et website visits 3 825 téléchargements du rapport
	Demandes par téléphone/ courriel du rapport dans les 3 semaines suivant sa publication	n.d.	155	267
	Pourcentage des membres du public qui disent que le rapport est pertinent et couvre des sujets importants pour eux ¹	n.d.	80 % des personnes qui ont lu l'encart (8 % des répondants)	64 % des personnes qui se souviennent de la publicité (30 % des répondants)

¹ Source des données : Sondage par téléphone de 1 000 résidents de l'Ontario, mené par sondage omnibus de tierce partie.

² Deux publiereportages résumant les principaux constats du rapport ont paru dans les journaux de tout l'Ontario la semaine qui a suivi la publication du rapport.

³ Mention se définit comme chaque article de journal ou information télé ou radio qui mentionne le Conseil ontarien de la qualité des services de santé et un ou plusieurs messages clés du rapport de 2008. Les chiffres sur la portée se calculent en additionnant le tirage des médias écrits aux cotes d'écoute des médias électroniques, selon les rapports de surveillance des médias de Cision Canada. Selon le système d'évaluation des relations médias de la Société canadienne des relations publiques, il faut multiplier le tirage des médias écrits par 2,5 pour déterminer la portée. Pour 2008, cela signifie une portée de 14 millions (tirage imprimé de 4,673 millions x 2,5, plus 2,32 millions de cotes d'écoute des médias électroniques). Cette formule ne peut s'appliquer aux exercices précédents, car on ne faisait pas la distinction entre les médias imprimés et électroniques.

⁴ Rendement de 2007 évalué selon le système d'évaluation des relations médias de la Société canadienne des relations publiques. En 2008, toute la couverture des médias était entièrement axée sur les messages; l'évaluation officielle n'a donc pas été répétée.

Regard sur l'avenir

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé poursuit quatre stratégies pour réaliser son mandat.

Présenter des rapports au public et l'inviter à s'engager

Les rapports du Conseil analysent la qualité du système de santé de l'Ontario en examinant les questions suivantes :

La qualité des soins s'améliore-t-elle avec le temps? Pour répondre à cette question, le Conseil continuera à suivre certains indicateurs de base régulièrement et il déterminera si des initiatives d'amélioration de la qualité ciblées ou des changements des politiques sont liés à des améliorations considérables de la qualité.

Quels sont les groupes les plus exposés à des soins de qualité moindre? Pour le savoir, le Conseil fera des recherches afin de déterminer s'il existe des différences dans la qualité des soins en fonction des critères suivants : âge, sexe, emplacement géographique, statut socio-économique, statut de Première nation et antécédents ethnoculturels, lorsque ce sera possible.

La qualité est-elle à un niveau acceptable pour la population ontarienne? Le Conseil répondra à cette question en tenant compte du niveau maximal de soins atteint par des territoires ou organismes internationaux, et il présupera que la population ontarienne mérite des soins d'une qualité semblable.

Créer des cadres conceptuels des indicateurs et un alignement stratégique

Pour améliorer avec succès la qualité des soins, il faut agir tant au niveau des politiques qu'au niveau de la prestation des soins. Au niveau des politiques,

cela engage habituellement les responsables des politiques qui rédigent les règlements et prennent les décisions sur la manière d'affecter les ressources. Au niveau de la prestation des soins, cela engage habituellement les chefs de service et/ou les fournisseurs et usagers de première ligne du système, qui prennent des décisions sur les soins à la lumière des pratiques cliniques exemplaires.

Pour inspirer l'amélioration de la qualité, le Conseil continuera à faire rapport de la qualité aux niveaux des politiques et de la prestation des soins au sein du système. Un exemple des travaux antérieurs dans ce domaine se trouve dans le rapport de 2008 au public, dans lequel on présente la situation générale de la gestion des maladies chroniques en Ontario et décrit également des médicaments et tests en cas de diabète et de coronaropathie qui sont pas été administrés et réalisés avec suffisamment de rigueur. Le Conseil décrira aussi le lien entre les améliorations potentielles au niveau de la prestation des soins et les améliorations des mesures au niveau des politiques. Cela contribuera à repérer les mesures précises qui permettront de favoriser l'amélioration et à planifier les initiatives d'amélioration.

Le Conseil envisage avec enthousiasme la possibilité de jouer un rôle critique pour l'amélioration des cadres conceptuels des indicateurs servant à évaluer la qualité du système de santé dans toute la province, au niveau des politiques aussi bien qu'à celui de la prestation des soins. Idéalement, ces indicateurs présentés publiquement serviraient aussi à orienter la prise de décisions de gestion du système de santé. Le Conseil est particulièrement conscient que ce travail doit être soigneusement harmonisé aux efforts qui sont actuellement déployés au sein du système par le gouvernement, les organismes fournisseurs de soins, les organismes de réglementation ainsi que les chercheurs, de façon à ce que l'application des mesures s'aligne sur la stratégie. En fin de compte, les cadres conceptuels des indicateurs créés à l'échelle de la province

doivent être issus d'une vision que partagent ces partenaires si l'on veut que ces cadres conceptuels puissent fonctionner de manière intégrée et permettre de broser un tableau uniforme du système de santé de l'Ontario.

Dans toute la mesure du possible, le Conseil se reportera aux travaux antérieurs sur les indicateurs de qualité afin d'améliorer les cadres conceptuels des indicateurs de l'Ontario. Il cherchera également à participer aux travaux réalisés actuellement en vue d'améliorer ces cadres conceptuels. Des activités particulières pourraient comprendre la participation à des ateliers d'élaboration et de sélection des indicateurs ou l'animation de tels ateliers ainsi que de l'aide pour aligner les indicateurs relativement aux processus d'agrément, aux ententes de responsabilisation, aux grandes initiatives d'amélioration de la qualité et à la présentation de rapports au public.

Accroissement de la capacité d'amélioration de la qualité

Les systèmes de santé qui sont en tête de peloton à l'échelle mondiale font d'importants investissements dans leurs effectifs afin de leur permettre d'acquérir les aptitudes nécessaires pour utiliser la science et les outils d'amélioration de la qualité. Ces aptitudes sont nécessaires à l'instauration de changements dans l'ensemble du système et d'une culture d'amélioration de la qualité dans l'ensemble d'un organisme.

L'amélioration de la qualité dépend aussi de la mise en relation des différentes équipes d'amélioration de la qualité qui travaillent sur des aspects semblables, de façon à ce qu'elles puissent partager efficacement leurs expériences quant à la manière de mettre le changement en œuvre. Il s'agit d'une condition essentielle pour la constitution de la capacité d'améliorer la qualité, et cela peut prendre de multiples formes telles que des collaborations officielles pour l'apprentissage, des collaborations virtuelles ainsi que des communautés de pratique dans lesquelles les personnes qui partagent des intérêts professionnels peuvent apprendre les unes des autres et s'inspirer mutuellement.

À la demande d'organismes fournisseurs de soins, le Conseil a également facilité l'acquisition d'aptitudes pour l'amélioration de la qualité au sein des effectifs ainsi que le réseautage entre les équipes d'amélioration de la qualité. Dans son rôle de catalyseur, le Conseil s'emploiera aussi à transférer la capacité d'enseigner des aptitudes d'amélioration de la qualité afin de les rapprocher du niveau local.

Soutien du leadership en amélioration de la qualité

Idéalement, les directeurs de l'amélioration de la qualité surveilleront les résultats pour les indicateurs que le Conseil et d'autres intervenants ont relevés comme étant importants pour la qualité. Ces directeurs fixeront aussi les objectifs d'amélioration et assureront la planification des moyens en vue de réaliser ces objectifs. Ainsi, au niveau du conseil d'administration, cela pourra se traduire non seulement par l'établissement d'objectifs généraux visant à améliorer les résultats d'un établissement en regard des indicateurs de qualité, mais aussi par l'affectation des fonds et des autres ressources pour appuyer cette amélioration et tenir la direction responsable des résultats.

Sur demande, le Conseil aidera les organismes à élaborer et à utiliser leurs indicateurs, afin d'appuyer l'amélioration de la qualité. Il pourra notamment contribuer à promouvoir des objectifs d'amélioration raisonnables et fondés sur des preuves, et fournir des exemples de réussite de leadership et de gouvernance d'autres provenances. Ces activités de développement du leadership seront menées en partenariat avec d'autres organismes qui font également la promotion du leadership et de la gouvernance efficaces.

Grâce à ces quatre stratégies réunies, le Conseil prévoit qu'il pourra contribuer à concrétiser la vision d'un système de santé à rendement élevé, en assumant pleinement sa mission d'informer le public et de servir de catalyseur de l'amélioration.

Gouvernance et gestion du Conseil,

au 31 mars 2008

En vertu des règlements rattachés à la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, les membres du Conseil ontarien de la qualité des services de santé sont nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil et forment le conseil d'administration de l'organisme. Il leur incombe de gérer les activités du Conseil. Le sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée ou toute personne nommée par le sous-ministre est membre d'office sans droit de vote. Au moins un membre est nommé conjointement au Conseil ontarien de la qualité des services de santé et au Conseil canadien de la santé.

Membres du conseil d'administration du Conseil ontarien de la qualité des services de santé

D^{re} Arlene Bierman (Toronto), présidente du Conseil consultatif sur la mesure du rendement
Shaun Devine (Waterloo)
Paul Genest (Ottawa), président du comité des communications
Victoria Grant (Stouffville), vice-présidente du Conseil
Raymond V. Hession (Ottawa), président du Conseil
Zulfikarali Kassamali (Toronto)
Raymond Lafleur (Hearst)
Lyn McLeod (Newmarket), représentante provinciale du Conseil canadien de la santé, présidente du comité de gestion des ressources
D^{re} Janice Owen (London)
Laura Talbot-Allan (Kingston), présidente du comité de la vérification et des ressources

Structure de gouvernance en appui au conseil d'administration du Conseil ontarien de la qualité des services de santé

COMITÉ DE LA VÉRIFICATION ET DES RESSOURCES :
Laura Talbot-Allan (présidente), Shaun Devine, Zulfikarali Kassamali, Raymond Lafleur

COMITÉ DES COMMUNICATIONS : Paul Genest (président), Zulfikarali Kassamali, D^{re} Janice Owen, Lyn McLeod

COMITÉ DE GESTION DES RESSOURCES : Lyn McLeod (présidente), Raymond Hession, Paul Genest, Victoria Grant, Laura Talbot-Allan

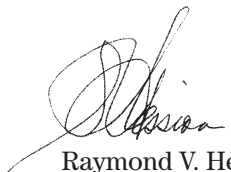
CONSEIL CONSULTATIF SUR LA MESURE DU RENDEMENT :
D^{re} Arlene Bierman (présidente), D^{re} Janice Owen, plus des membres experts nommés par le conseil d'administration du Conseil

Administration du Conseil ontarien de la qualité des services de santé

D^r Ben Chan, chef de la direction
Angie Heydon, directrice d'opérations
Eileen Patterson, directrice d'amélioration de la qualité
Andrée Mitchell, analyste bilingue, politiques et recherche
Phuong Truong, gestionnaire de bureau
Emilia Ciurea, adjointe bilingue aux communications

Conseil ontarien de la qualité des services de santé
Rapport annuel 2007-2008

Approuvé par :



Raymond V. Hession, président



1388C Cornwall Road
Oakville, Ontario
L6J 7W1

Telephone & Fax: 905 566 7333
Website: www.loftusallen.com

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

Aux administrateurs du :
Conseil ontarien de la qualité des services de santé

Nous avons vérifié le bilan du **Conseil ontarien de la qualité des services de santé au 31 mars 2008**, l'état des recettes et dépenses et l'état des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de l'organisme. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en nous fondant sur notre vérification.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À notre avis, ces états financiers présentent fidèlement, à tous les égards importants, la situation financière de l'organisme au 31 mars 2008 et de ses résultats d'exploitation et des flux de trésorerie pour la période terminée à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada décrits à la note 2.

Oakville (Ontario)
Le 10 juin 2008

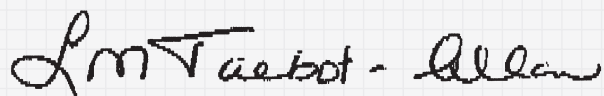
A handwritten signature in black ink that reads 'Loftus Allen & Co' in a cursive, stylized script.

EXPERTS-COMPTABLES AGRÉÉS

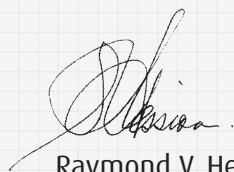
BILAN
AU 31 MARS 2008
(avec chiffres correspondants pour l'exercice 2007)

	2008	2007
ACTIF		
ACTIF À COURT TERME		
Encaisse	472 910 \$	1 287 701 \$
IMMOBILISATIONS		
Mobilier et installations de bureau	20 313	19 457
Ordinateurs et équipements	62 309	42 020
	82 622	61 477
Amortissements cumulés	82 622	61 477
Immobilisations nettes	-	-
	472 910 \$	1 287 701 \$
PASSIF		
PASSIF À COURT TERME		
Comptes fournisseurs et charges à payer	271 061 \$	357 834 \$
Payable au ministère de la Santé, Note 3	201 849	929 867
	472 910 \$	1 287 701 \$

APPROUVÉ AU NOM DU CONSEIL D'ADMINISTRATION :



Laura Talbot-Allan, directrice



Raymond V. Hession, directeur

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

ÉTAT DES REVENUS ET DÉPENSES
POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2008
(avec chiffres correspondants pour 2007)

	2008	2007
REVENUS		
Ministère de la Santé	3 560 742 \$	5 131 360 \$
Intérêts	63 355	69 734
	3 624 097	5 201 094
DÉPENSES D'ADMINISTRATION		
Traitements et avantages sociaux	889 469	575 182
Honoraires des membres du conseil	83 693	71 043
Loyer	68 237	49 502
Services des ressources humaines	55 516	6 463
Fournitures de bureau, frais postaux, frais de messagerie et d'impression	33 849	15 512
Frais de voyages	31 490	29 641
Publications et droits d'adhésion	27 612	7 356
Frais informatiques	18 022	10 299
Services financiers	16 071	15 449
Frais juridiques et de vérification	12 264	16 884
Télécommunications	11 186	8 347
Assurance	7 871	5 247
Équipements de bureau	856	399
	1 256 136	811 324
RECHERCHE	1 486 107	400 233
COMMUNICATIONS		
Communications générales et site Web	241 837	296 343
Activités communautaires	164 857	123 660
Distribution du rapport	151 311	1 539 667
	558 005	1 959 670
TOTAL DES DÉPENSES	3 300 248	3 171 227
	323 849	2 029 867
REMBOURSEMENT INTÉRIMAIRE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ	122 000	1 100 000
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES DÉPENSES, Note 3	201 849 \$	929 867 \$

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE
POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2008
(avec chiffres correspondants pour 2007)

	2008	2007
ENCAISSE PROVENANT DES ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
OU UTILISÉES POUR CELLES-CI		
Encaisse provenant du ministère de la Santé	2 508 875 \$	3 561 946 \$
Encaisse provenant d'intérêts	63 355	69 734
Encaisse utilisée pour les frais d'administration	(1 278 357)	(1 115 028)
Encaisse utilisée pour les frais de recherche	(1 550 659)	(491 543)
Encaisse utilisée pour les frais de communication	(558 005)	(1 959 670)
(DIMINUTION) AUGMENTATION DE L'ENCAISSE	(814 791)	65 439
ENCAISSE au début de l'exercice	1 287 701	1 222 262
ENCAISSE à la fin de l'exercice	472 910 \$	1 287 701 \$

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

NOTES AFFÉRENTES AUX ÉTATS FINANCIERS

31 MARS 2008

1. L'ORGANISME

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé est un organisme indépendant créé le 12 septembre 2005 en vertu de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*. Son rôle consiste à accroître sa responsabilité à l'égard de la population de l'Ontario et de rendre compte de manière indépendante et objective de la qualité du système de soins de santé et d'aider les Ontariens et Ontariennes à mieux comprendre les facteurs sous-jacents.

Le Conseil a pour objectif d'être « un organisme fiable et indépendant qui vise à améliorer la santé et les services de santé pour tous les Ontariens et Ontariennes. »

2. PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

(a) Conventions générales

Les états financiers sont préparés conformément aux principes comptables généralement reconnus à l'exception des immobilisations qui sont amorties complètement au cours de l'année d'acquisition. Cette politique est conforme aux conventions comptables énoncées dans les lignes directrices relatives au financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

(b) Constatation des produits

La méthode de la réduction du coût est utilisée. Les revenus sont reconnus lorsque les dépenses financées sont engagées. Conformément aux lignes directrices relatives au financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, certains éléments sont reconnus comme des dépenses même si les éléments livrables n'ont pas encore été reçus. Ces dépenses sont mises en

correspondance avec le financement fourni par le ministère à cette fin.

(c) Dons de matériel et de services

La valeur des dons de matériel et des services des bénévoles n'est pas inscrite dans les états financiers. En règle générale, l'organisme n'achète pas ces services et, par conséquent, il est difficile d'en déterminer la juste valeur.

(d) Immobilisations

Les immobilisations financées par le gouvernement sont amorties complètement au cours de l'année d'acquisition conformément aux lignes directrices relatives au financement.

Au cours des premiers mois d'activité de l'organisme, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a financé l'achat de mobilier et d'installations de bureau (environ 28 900 \$) et a payé les frais d'aménagement des locaux loués (environ 138 900 \$) pour le compte du Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Ces immobilisations sont prêtées par le ministère et leur valeur n'est pas inscrite dans les états financiers. Ces immobilisations ne peuvent pas être aliénées sans le consentement du ministère et sont la propriété du ministère et non du Conseil.

3. MONTANT PAYABLE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE

L'excédent des revenus sur les dépenses doit être remboursé au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, sauf si le ministère approuve le report des montants, en tout ou en partie, à un autre exercice. L'organisme a reçu du ministère l'autorisation de reporter plus de 374 522 \$ en excédent des revenus sur les dépenses pour l'exercice terminé le 31 mars 2007, montant qu'il devra utiliser au cours de l'exercice 2007-2008.

NOTES AFFÉRENTES AUX ÉTATS FINANCIERS

31 MARS 2008

4. OBLIGATIONS DÉCOULANT DU BAIL

Le Conseil a signé un bail à long terme (du 1^{er} octobre 2005 au 30 septembre 2010), et il n'a payé aucun loyer pendant les dix premiers mois. Depuis le 1^{er} août 2006, le Conseil paye des frais de loyer de 5 417 \$ et les frais administratifs. Le locateur établit une facture au nom de la locataire, qui est la Société immobilière de l'Ontario (SIO), et la SIO facture le Conseil. La SIO et le Conseil n'ont signé aucune convention de location formelle. Les frais de loyer sont d'environ 67 000 \$ par an. Les montants estimatifs pour les frais de loyer annuel et les autres obligations pour les prochains cinq ans sont les suivants :

	Locaux	Équipements de bureau
2009	67 000 \$	5 689 \$
2010	67 000 \$	5 297 \$
2011	33 500 \$	862 \$
2012	- \$	862 \$
2013	- \$	- \$

5. DÉPENDANCE ÉCONOMIQUE

Tous les fonds du Conseil proviennent du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

6. INSTRUMENTS FINANCIERS

Juste valeur

La valeur comptable des comptes clients et des comptes fournisseurs correspond dans une large mesure à leur juste valeur.

7. ENGAGEMENTS

L'organisme a pris des engagements en vertu de contrats conclus avec diverses parties indépendantes au cours de la période suivante,

ce qui lui permettra de remplir son mandat. Ces contrats donneront lieu aux paiements futurs suivants :

2009	786 092 \$
2010	72 250 \$

8. NORMES COMPTABLES FUTURES

En avril 2005, l'Institut Canadien des Comptables agréés (ICCA) a publié de nouvelles normes comptables relatives aux instruments financiers. Il s'agit du chapitre 1530, « Résultat étendu », du chapitre 3855, « Instruments financiers — comptabilisation et évaluation » et du chapitre 3251, « Capitaux propres ». Le chapitre 1530 établit les normes relatives à la présentation de l'information sur le résultat global, et le chapitre 3251 établit les normes relatives à la présentation de l'information sur les capitaux et l'évolution des capitaux au cours de l'exercice. Le chapitre 3855 établit les normes relatives à la comptabilisation et à l'évaluation des instruments financiers et des instruments dérivés non financiers. De plus, l'ICCA a publié en décembre 2006 les nouveaux chapitres 3862, « Instruments financiers — informations à fournir », et 3863, « Instruments financiers — présentation », qui établissent les normes sur la présentation et les informations à fournir pour les instruments financiers et les instruments dérivés non financiers.

Ces nouvelles normes prendront effet pour les exercices commençant le ou après le 1^{er} octobre 2007, et l'organisme les mettra en oeuvre au 1^{er} avril 2008.

L'organisme s'emploie actuellement à l'évaluation des incidences de l'application de ces nouvelles normes sur les états financiers.

**TABLEAU COMPLÉMENTAIRE DES REVENUS, DÉPENSES ET BUDGET
POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2008**

	RÉEL	BUDGET
REVENUS		
Ministère de la Santé	3 560 742 \$	3 560 742 \$
Intérêts	63 355	-
	3 624 097	3 560 742
DÉPENSES D'ADMINISTRATION	1 256 136	1 151 820
RECHERCHE	1 486 107	1 279 522
COMMUNICATIONS	558 005	1 129 400
TOTAL DES DÉPENSES	3 300 248	3 560 742
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES DÉPENSES	323 849	-
REMBOURSEMENT INTÉRIMAIRE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ	122 000	-
MONTANT PAYABLE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ	201 849 \$	- \$

