



Votre RLISS, vos services. Préparez l'avenir.

RLISS *du Centre-Est* – Rapport annuel 2005-2006

Présentation des Réseaux locaux d'intégration des services de santé

Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) sont des organismes à but non lucratif qui ont été créés pour planifier, intégrer et financer les services de santé locaux au sein de régions géographiques bien précises. Il y a 14 RLISS dans la province. Leur création a fait suite au constat suivant : les besoins et les priorités d'une collectivité en matière de soins de santé sont bien mieux compris par les personnes qui sont au fait des besoins de la collectivité et les personnes qui y résident.

Les RLISS constituent un maillon important de l'évolution du système de santé en Ontario, qui est passé d'un ensemble de services bien souvent non coordonnés à un véritable système de soins de santé.

Pourquoi ont-ils été créés?

Les RLISS ont été créés pour pallier les carences du système de santé de l'Ontario qui était organisé de façon décousue. L'objectif est de créer des liens entre les services et les fournisseurs locaux de soins de santé, afin que les patients et leurs proches puissent plus facilement évoluer au sein d'un système de soins de santé particulièrement complexe, notamment lorsqu'ils passent d'un fournisseur de services de santé à un autre. Les RLISS modifient la façon dont notre système de soins de santé est géré.

Quel sera le rôle des RLISS?

Les RLISS gèreront les services de santé qui sont dispensés dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, les services de soutien communautaire, les centres d'accès aux soins communautaires, et les organismes communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.

Bien que les RLISS n'assurent aucun service direct, le gouvernement leur donne le mandat de planifier, d'intégrer et de financer les services de soins de santé. Les RLISS seront responsables de près des deux tiers du budget des soins de santé en Ontario, soit presque 21 milliards de dollars. Ils ont reçu le mandat spécifique d'engager un dialogue avec la population et les fournisseurs de leur



collectivité relativement à leurs besoins et à leurs priorités. À mesure que les rôles des RLISS évolueront au cours des prochaines années, les avantages immédiats qui en découleront se présenteront sous forme de possibilités encore inégalées pour ce qui est de l'implication de la collectivité dans la planification des soins de santé. Dans les années à venir, nous nous attendons à ce que l'accès des patients aux soins de santé se soit amélioré.

Les avantages des RLISS

Des choix en matière de soins de santé effectués par la collectivité, pour la collectivité

Dans le cadre des RLISS, les personnes qui sont les mieux à même de savoir ce qui se passe au niveau local seront chargées d'identifier les priorités locales en matière de soins de santé communautaires.

Nous sommes tous concernés

Le système de soins de santé appartient à la population de l'Ontario; c'est elle qui en dépend et c'est elle qui le finance. Pour la première fois, les RLISS inviteront les Ontariennes et les Ontariens à participer au débat sur le système de santé, en leur donnant la chance de prendre part aux décisions concernant le système de soins de santé dans leurs collectivités.

Transparence, responsabilisation et responsabilité

Les RLISS veilleront à ce que les sommes dépensées pour les soins de santé le soient le plus efficacement possible et à ce qu'elles permettent d'obtenir des résultats optimaux. Des ententes de responsabilité entre les fournisseurs de soins de santé et les RLISS et entre les RLISS et le gouvernement permettront de s'assurer de l'usage responsable des précieuses ressources affectées aux soins de santé et de la pérennité du système de soins de santé pour les générations futures.

Un système dont les patients constituent le cœur

Le système de soins de santé n'a pas toujours été facile à comprendre. Les RLISS modifieront cet état de fait en supprimant les obstacles auxquels font face les patients et en s'assurant que les décisions qui sont prises le sont dans l'intérêt de la santé de ces derniers.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site Web du RLISS du Centre-Est à l'adresse suivante : www.centraleastlin.on.ca.

Table des matières

6	Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale
8	<i>Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local</i>
10	Aperçu du RLISS du Centre-Est
14	Zones de planification du RLISS du Centre-Est
17	Notre équipe de cadres supérieurs
23	Mise en valeur des réussites locales
28	Bilan de l'année
29	Démarrage opérationnel
30	Avancement de la cybersanté
31	Participation communautaire
33	Participation autochtone
34	Plans de services de santé intégrés
37	États financiers
40	Notes afférentes aux états financiers
42	Membres du personnel



Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale

Il y a près de six ans, Peggy Leatt et ses collègues ont rédigé un article intitulé : « Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. » Nous avons été impressionnés par la clairvoyance des stratégies proposées par Peggy pour l'établissement de systèmes de santé intégrés. Ce sont :

- Accorder la priorité au particulier
- Commencer par les soins de santé primaires
- Partager l'information et exploiter la technologie
- Créer des réseaux virtuels à l'échelle locale
- Élaborer des modèles de financement pratiques axés sur les besoins
- Mettre en œuvre des mécanismes de surveillance et d'évaluation

Ces stratégies, qui peuvent se résumer ainsi : « Ce sont les gens qui comptent », constituent un point de départ nouveau, puisque les politiques en matière de santé sont généralement axées sur les fournisseurs ou le financement. En comparant les orientations récemment mises en œuvre par la province, nous avons d'ailleurs été frappés par leur aspect carte routière. Au cours des six années écoulées depuis la publication de l'article, l'Ontario a créé des réseaux virtuels au niveau local, les réseaux locaux d'intégration des services de santé. Ce rapport décrit les progrès réalisés par le RLISS du Centre-Est entre 2005 et le 31 mars 2006. Avec le soutien du gouvernement provincial, notre RLISS a lancé trois équipes Santé familiale pour améliorer les soins primaires. En février, il a reçu une subvention du ministère à l'appui de nos initiatives de cybersanté; celles-ci sont alignées sur la stratégie de cybersanté de la province. Notre RLISS est déterminé à réaliser la vision suivante : « Un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et leurs petits enfants. » Voici d'autres accomplissements des sept derniers mois :

1. Création et lancement d'un site Web intérimaire, www.centraleastlin.on.ca, qui sert maintenant de modèle aux autres RLISS.
2. Élaboration et lancement d'un cadre exhaustif pour la participation communautaire et la planification des services de santé locaux, ainsi que d'une feuille de réponse qui a été distribuée à plus de 230 fournisseurs de services de santé, membres du public et représentants élus.
3. Discussions sur les perspectives d'intégration et les domaines prioritaires dans le cadre de plus de 100 réunions avec des organismes communautaires
4. Mise en route du bureau et des activités connexes du RLISS du Centre-Est.
5. Identification de trois candidats de la collectivité qui se sont joints à notre conseil d'administration en mai 2006.

6. Recrutement de deux directeurs principaux et de deux membres du personnel qui contribuent activement à la culture organisationnelle désirée fondée sur le travail d'équipe.
7. Repérage, lors d'une retraite du conseil, de secteurs prioritaires provisoires misant sur ceux identifiés dans le document intitulé : « Taking Stock: Setting Integration Priorities in the Central East Local Health Integration Network Area » (février 2005).

Ce rapport est un jalon pour les RLISS de l'Ontario et un indicateur des activités futures qui mèneront à la réalisation des deux dernières stratégies décrites par Peggy et ses collègues. Nous nous concentrons en 2006 sur la préparation de notre plan de services de santé intégrés. Après cela, nous consacrerons notre énergie à la formulation d'un modèle de financement et d'un cadre de rendement et d'imputabilité robuste à l'appui de nos objectifs d'intégration. Le RLISS du Centre-Est a été complimenté pour son équipe dévouée, très compétente. Certes, grâce à cette équipe et au leadership du conseil, notre RLISS sera un organisme intelligent qui produira des résultats. Comme le disait récemment un de nos coéquipiers, notre principe de base est simple : « L'échec n'est pas une option. »

Cordialement,



Foster Loucks
Président du conseil d'administration



Marilyn Emery
Directrice générale



Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* a été adoptée le 24 novembre 2005 et a reçu la sanction royale le 28 mars 2006. L'objectif de la Loi est de mettre en place un système de santé intégré qui améliore la santé des Ontariennes et des Ontariens en facilitant l'accès à des services de soins de santé de haute qualité, en mettant en place des services de soins de santé coordonnés et en gérant efficacement le système de soins de santé au niveau local par le biais des Réseaux locaux d'intégration des services de santé.

La Loi perpétue 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) en tant qu'organismes de la Couronne dépendant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Elle donne aux RLISS le pouvoir de planifier, de coordonner et de financer les fournisseurs de soins de santé (hôpitaux, établissements de soins de longue durée, organismes de soutien communautaire, centres de santé communautaire, centres d'accès aux soins communautaires et organismes communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie) dans leurs régions géographiques précises. Elle établit l'organisation centrale des RLISS, les attributions des conseils d'administration du RLISS et exige que les RLISS concluent des ententes de responsabilité avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

La Loi fournit le cadre juridique nécessaire à la création d'un système de soins de santé en Ontario qui soit :

- communautaire : en entamant un dialogue avec la collectivité locale relativement aux besoins et aux priorités de cette dernière;
- basé sur des partenariats : les partenaires du système étant le ministre, le Ministère, les RLISS et les fournisseurs de services;
- tourné vers l'avenir : en mettant l'accent sur la planification et l'établissement de priorités;
- efficace : en répartissant les fonds de manière efficace pour satisfaire aux priorités;
- responsable : en définissant clairement les attentes et en mesurant les résultats obtenus; en effectuant des contrôles et en informant le public, ce qui permet de vérifier et d'équilibrer le système;
- intégré : en mettant en place des soins de santé coordonnés qui visent les besoins des clients.

La Loi énonce certaines exigences et attributions pour le ministère et les RLISS dans les domaines de la planification, de l'engagement communautaire, du financement, de la responsabilité et de l'intégration.



Planification et engagement communautaire :

Le ministre doit élaborer une stratégie provinciale pour le système de soins de santé et doit rendre cette stratégie publique. Chaque RLISS doit inviter sa collectivité ainsi que ses organismes de planification des soins de santé autochtones et de langue française à participer au processus d'élaboration d'un Plan de services de santé intégrés pour leur système de santé local. Le terme de collectivité est défini dans ses grandes lignes et inclut les patients et autres parties, les fournisseurs de services de soins de santé et les employés. La Loi identifie quelques-unes des méthodes que les RLISS emploieront pour inviter leur collectivité à s'impliquer, notamment par le biais de réunions communautaires, de groupes de concertation et de comités consultatifs.

Financement et responsabilité :

Le ministre détermine le montant du financement octroyé à chaque RLISS et conclut une entente de responsabilité qui définit les objectifs et les normes en matière de performance, les exigences relatives aux rapports, un plan de dépenses et un processus de gestion du rendement.

La Loi veille à ce que la collectivité puisse avoir accès à des soins en dehors du territoire du RLISS dans lequel elle réside. Les limites géographiques des RLISS ne restreignent en aucune façon la population de la collectivité.

Lorsque les RLISS auront reçu une autorisation de financement, ils concluront des ententes de responsabilité avec les fournisseurs de services de soins de santé pour qu'ils assurent de tels services dans leurs collectivités, conformément à l'entente de responsabilité conclue entre le RLISS et le ministre.

Intégration :

Pour permettre la création d'un système de soins de santé coordonné, les RLISS peuvent faire office de facilitateur entre les fournisseurs de services de santé (p.ex., services de transfert dans un autre lieu ou à un autre fournisseur, initiation ou interruption d'un service ou modification du montant d'un service). Les RLISS auront également le pouvoir d'exiger une intégration des services là où ils estiment qu'elle est dans l'intérêt du public. La Loi énonce également les mécanismes permettant de protéger les employés lors de l'intégration de services.

En date de juin 2006, tous les éléments de la Loi n'ont pas encore été décrétés comme étant en vigueur. Une version intégrale de la Loi est disponible sur le site de Lois-en-ligne à l'adresse <http://www.e-laws.gov.on.ca>.

Aperçu du RLISS du Centre-Est

La région du RLISS du Centre-Est est une des régions géographiques les plus dynamiques de la province. Elle abrite 12 % de la population de l'Ontario. Depuis le Recensement de 2001, la population a augmenté d'environ 1,5 % pour atteindre 1,4 million d'habitants. Notre RLISS regroupe des régions urbaines et rurales et son territoire occupe le 6^e rang en Ontario pour l'étendue de son territoire (16 673 km²). Regroupant des centres urbains densément peuplés, des zones suburbaines, des collectivités rurales, des villages en région de chalets et des peuplements éloignés, notre RLISS s'étend du parc Victoria au parc Algonquin. Les quartiers de nos zones de planification s'enorgueillissent de leur diversité sur le plan des valeurs communautaires, de l'ethnie, de la langue et des caractéristiques socio-démographiques. Le vaste territoire, la répartition démographique et la complexité conséquente de la prestation des services présenteront des défis de taille pour la compréhension des besoins de santé de la collectivité du Centre Est. Comme il faut s'y attendre, la diversité géographique qui caractérise notre RLISS a son parallèle dans la diversité de l'état de santé de notre population.

Comparativement à la province, le Centre-Est affiche :

- Une proportion plus élevée de minorités visibles (72 % des résidents de l'ancienne ville de Scarborough appartiennent à une minorité visible)
- Une proportion plus élevée de personnes inactives (49 % contre 46 % pour l'Ontario en 2005)
- Une proportion plus faible de personnes qui consomment des fruits et légumes au moins cinq fois par jour (38 % contre 41 % pour l'Ontario en 2005)
- Une proportion plus faible d'adultes qui déclarent vivre beaucoup de stress quotidien (21 % contre 23 % pour l'Ontario en 2005)
- Un taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge moins élevé (74 par 1000 habitants contre 77 par 1000 habitants pour l'Ontario en 2004 2005).



Il y a de grandes variations sur le plan socio-démographique à l'échelle du RLISS. Le taux de chômage est légèrement plus élevé que le taux provincial (6,7 % contre 6,1 % pour l'Ontario). Il en est de même pour le taux de population à faible revenu (14,8 % contre 14,4 % pour l'Ontario). Quarante-six pour cent des adultes (âgés de 20 ans et plus) ont des titres scolaires du niveau postsecondaire, mais 27 % n'ont pas terminé l'école secondaire.

Les données qui précèdent brossent un tableau de notre RLISS. Importantes sont les implications de ces données pour la planification de nos services de santé et de nos initiatives de participation communautaire. Mais avant tout et par dessus tout, ce sont ces caractéristiques uniques et l'attention que le RLISS du Centre-Est lui prêterait qui étayeront la planification **sensible aux besoins locaux** faisant l'objet de notre mandat (tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques	Northumberland-Havelock	Cité et Comté de Peterborough	Kawartha Lakes	Durham-Ouest	Durham-Est	Durham Nord/Centre	Scarborough Agincourt – Rouge	Falaises de Scarborough – Scarborough Centre	Hautes-terres de Haliburton	TOTAL POUR LE RLISS	TOTAL POUR L'ONTARIO	Étendue du RLISS
Population totale (2001)	72,527	121,377	69,179	248,305	208,885	49,711	272,149	289,799	15,085	1,347,017	11,410,046	606,990 - 1,352,394
Population âgée, 65 ans et plus (2001)	17.7 %	17.9	19.0	7.8	11.3	13.6	11.5	13.9	24.1	12.8 %	12.9 %	9.4 - 15.7 %
Population dont la langue maternelle est l'anglais	94.6	94.0	95.0	85.4	88.6	93.6	45.7	59.3	94.2	74.4 %	71.9 %	55.7 - 92.2 %
Population dont la langue maternelle est le français	1.4	1.3	1.1	1.8	2.6	0.9	1.0	1.3	0.9	1.5 %	4.7 %	1.2 - 25.1 %
Population d'immigrants	9.7	9.0	8.4	24.3	14.3	10.4	61.7	49.6	10.0	32.2 %	26.8 %	6.4 - 45.7 %
Population d'immigrants récents (arrivés entre 1996 et 2001)	0.5	0.6	0.2	1.8	0.9	0.5	12.1	12.3	0.5	5.7 %	4.8 %	0.3 - 9.7 %
Population de minorités visibles	1.8	2.4	1.0	20.5	5.3	2.1	71.9	50.2	0.4	30.4 %	19.1 %	1.3 - 38.8 %
Population autochtone	1.8	2.6	1.1	0.6	1.2	1.0	0.2	0.6	0.9	0.9 %	1.7 %	0.3 - 13.9 %
Taux d'activité (15 ans et plus)	61.6	61.9	60.3	75.1	69.2	70.2	64.8	63.3	50.8	66.3 %	67.3 %	60.0 - 72.0 %
Taux de chômage (15 ans et plus)	6.6	7.2	6.9	5.1	6.4	4.6	7.5	8.0	5.3	6.7 %	6.1 %	5.0 - 9.8 %
Population à faible revenu	9.3	13.6	9.9	6.9	10.8	6.3	19.4	24.7	13.2	14.8 %	14.4 %	10.0 - 22.3 %
Familles (avec enfants) monoparentales	22.1	25.1	20.5	18.9	24.6	17.1	24.3	31.9	20.3	24.5 %	23.4 %	19.4 - 30.0 %
Population (20 ans et plus) dont le niveau de scolarité est inférieur à la 9e année	7.3	6.8	7.7	3.9	6.7	6.0	10.3	9.5	10.7	7.7 %	8.7 %	6.3 - 12.0 %
Population (20 ans et plus) sans diplôme d'études secondaires	30.6	27.2	33.6	18.2	28.4	26.8	25.7	28.6	36.0	26.4 %	25.7 %	19.2 - 33.4 %
Population (20 ans et plus) ayant terminé des études postsecondaires	42.4	46.6	40.3	52.8	43.7	44.8	48.2	43.8	39.4	46.2 %	48.7 %	42.4 - 55.8 %

Source des données : Recensement du Canada de 2001

État de santé

L'insuffisance pondérale à la naissance est un important déterminant de la morbidité et de la mortalité infantile. Dans le Centre-Est, 5,9 % des bébés nés entre 1999 et 2001 présentaient un poids insuffisant à la naissance (tableau 2). L'état de santé déclaré par l'intéressé, indicateur de l'état de santé d'une population, peut refléter des aspects de la santé non saisis par d'autres mesures, notamment la gravité de la maladie, les aspects positifs de l'état de santé, les réserves physiologiques et psychologiques et la fonction sociale et mentale. Cinquante-six pour cent des résidents du Centre-Est ont indiqué que leur état de santé général était « excellent » ou « très bon », ce qui correspond presque à la moyenne pour l'Ontario (57,4 %). Près de 25 % des résidents du Centre-Est déclarent être limités dans leurs activités à cause d'un trouble mental ou d'un problème de santé qui a duré ou devrait durer plus de six mois.



Tableau 2 : État de santé

	Centre-Est	Ontario	Étendue du RLISS
Espérance de vie des femmes à la naissance (années), 2001†	●	82.1 (±0.1)	79.5 - 82.2
Espérance de vie des hommes à la naissance (années), 2001†	•	77.5 (± 0.1)	74.7 - 80.6
Bébés présentant un poids insuffisant à la naissance (1999 à 2001)‡	5.9 %	5.6 %	3.7 - 6.2 %
Taux de mortalité infantile par 1 000 naissances vivantes (1999 à 2001)† ‡	●	5.4 (± 0.2)	3.9 - 6.1
Population affirmant avoir une excellente ou une très bonne santé, 2003 (12 ans et plus)#	55.9 % (± 2.5)	57.4 (± 0.7)	51.0 - 61.5 %
Population dont l'activité est limitée, 2003 (12 ans et plus)#	24.9 % (± 1.9)	24.6 % (± 0.6)	19.3 - 30.0 %

Non calculé à cause de problèmes de qualité des données.

Sources des données :

† Registres de l'état civil de l'Ontario, base de données sur la mortalité,

‡ registres de l'état civil de l'Ontario, base de données sur les naissances vivantes.

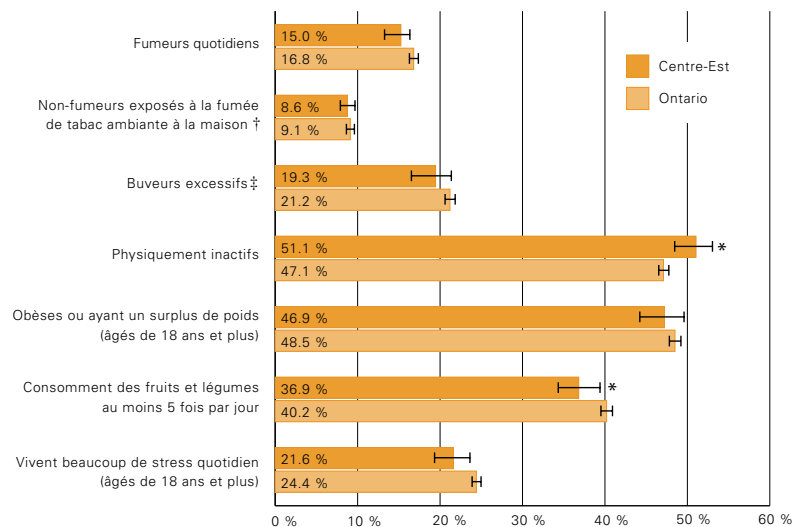
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Pratiques de santé et soins préventifs

On sait que les mauvaises pratiques de santé sont associées à un risque accru de maladie chronique, de mortalité et d'invalidité. Le tableau 3 révèle que, comparativement à la province, les résidents du Centre-Est sont plus aptes, d'une manière significative, à être inactifs physiquement et ont moins tendance à consommer une quantité adéquate de fruits et légumes. Toutefois, la prévalence de tabagisme quotidien, de consommation abusive d'alcool et d'exposition à la fumée secondaire est légèrement moins élevée que la moyenne de l'Ontario, mais ces différences ne sont pas significatives sur le plan statistique. Selon l'indice de masse corporelle, 33 % de la population adulte du Centre-Est a un surplus de poids et 13 % de la population est obèse. La prévalence de surplus de poids et d'obésité est semblable à celle de la province. La proportion d'adultes déclarant vivre beaucoup de stress quotidien (21,6 %) est sensiblement moins élevée que la moyenne provinciale (24,4 %). L'usage des services de santé préventifs peut mener au dépistage précoce des maladies, ce qui réduit la morbidité et la mortalité au bout du compte. Les taux de mammographie, de test de dépistage de Papanicolaou et de vaccin contre la grippe du Centre-Est sont semblables à ceux de la province (tableau 4). Le

point d'accès à la plupart des soins médicaux est le médecin de soins primaires. Les médecins jouent également un rôle important dans la coordination des soins et la gestion des troubles chroniques. La majorité des résidents du Centre Est (82,1 %) ont consulté un médecin, en personne ou au téléphone, au moins une fois au cours de la dernière année.

Tableau 3 : Pratiques de santé, population âgée de 12 ans et plus



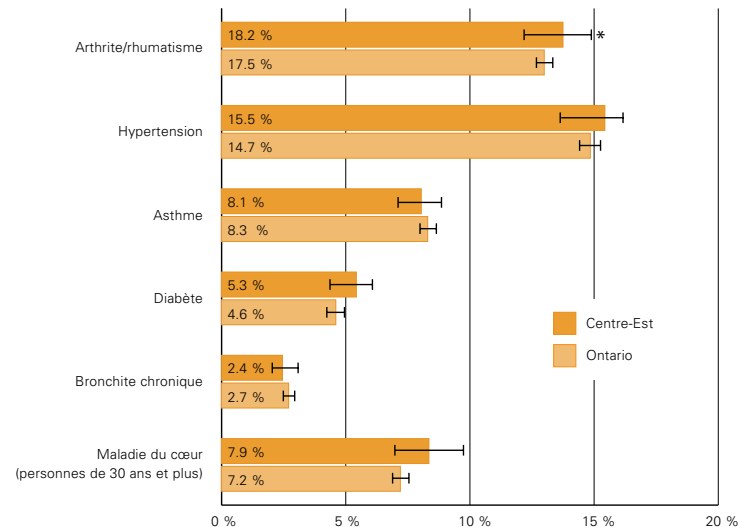
† Fumée de tabac ambiante (fumée secondaire)

‡ en pourcentage des buveurs actuels

* Diffère de façon significative de la moyenne provinciale selon un intervalle de confiance de 95 %.

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Prévalence de conditions chroniques sélectionnées, population âgée de 12 ans et plus



* Diffère de façon significative de la moyenne provinciale selon un intervalle de confiance de 95 %

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003



Tableau 4 : Recours à des soins préventifs

	Centre-Est	Ontario	Étendue du RLIS
A subi une mammographie au cours des 2 dernières années (femmes entre 50 et 69 ans)	68.3 % (±6.0)	70.6 % (±1.9)	65.8 - 77.2 %
A subi un test de Papanicolaou au cours des 3 dernières années (femmes de 18 ans et plus)	66.8 % (±3.7)	69.2 % (±1.0)	65.4 - 75.5 %
A reçu un vaccin contre la grippe au cours de la dernière année (12 ans et plus)	33.5 % (±2.3)	34.2 % (±0.7)	30.3 - 39.0 %
A consulté un médecin au cours de la dernière année (12 ans et plus)	82.1 % (±1.9)	81.4 % (±0.6)	76.4 - 83.7 %

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Zones de planification du RLSS du Centre-Est

Nous savons par expérience qu'il est difficile de planifier pour des populations vastes et diversifiées à l'aide de données globales. Ainsi, 13 % de nos résidents ont 65 ans et plus, comparativement à 12,8 % pour l'Ontario. Les personnes âgées affichent généralement des taux plus élevés de conditions chroniques. Or, celles-ci imposent un lourd fardeau au système de santé et diminuent la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes. Plus de 25 % des résidents de Haliburton, une des municipalités de notre RLSS, ont plus de 65 ans. Les statistiques de ce genre nous rappellent que les données portant sur une vaste région masquent souvent les différences entre les petites populations.

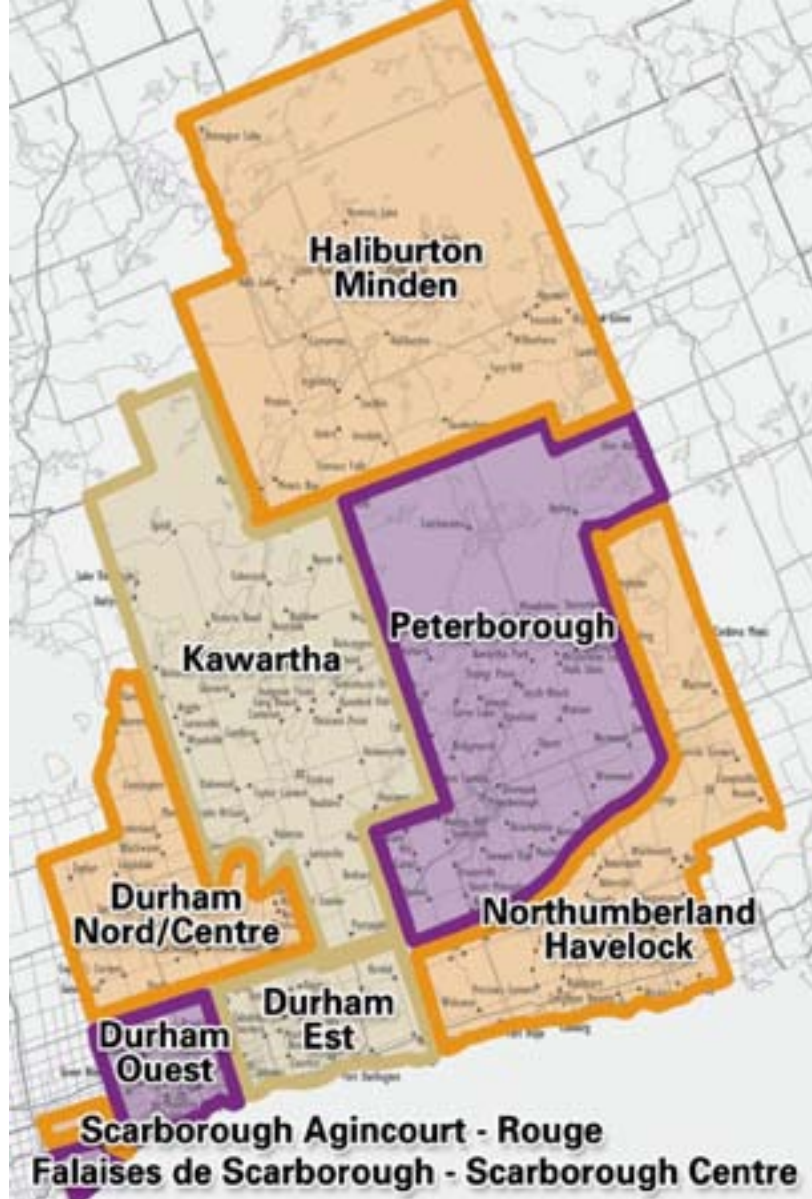
Il importe de garder à l'esprit que les besoins et les priorités d'une collectivité en matière de soins de santé sont bien mieux compris par les personnes qui sont au fait des besoins de la collectivité et les personnes qui y résident.

Par conséquent, le RLSS du Centre-Est a divisé son vaste territoire en neuf zones de planification et de participation. Nous reconnaissons que ces zones ont des caractéristiques démographiques et des habitudes d'utilisation des services différentes et que les résidents d'une zone n'ont pas nécessairement le même accès aux services que ceux des autres zones. Les RLSS ont d'ailleurs été créés pour tenir compte du caractère unique des régions qu'ils englobent.

Ces zones ont été délimitées après une évaluation initiale de plusieurs facteurs. Ce sont, notamment, la taille et la répartition de la population, les distances de voyage, les habitudes d'utilisation des services (services de santé ou autres), les limites municipales et, le cas échéant, le profil socio-économique de la population.

Nous évaluerons et modifierons les zones, le cas échéant, à mesure que nous connaîtrons mieux leurs caractéristiques. Par ailleurs, nous savons que les personnes tenteront d'obtenir des services de santé dans le RLSS où ils habitent ou dans les RLSS avoisinants. Nous reconnaissons également que certains organismes dispensent des services dans notre RLSS et dans d'autres RLSS. **Par conséquent, ces zones constituent des outils d'aide à la participation des intervenants locaux et à la planification et ne visent nullement à limiter ou à restreindre l'utilisation et la prestation des services de santé.**





Zones de planification et de mobilisation communautaires (Municipalités de palier inférieur – Limites)	Population Recensement de 2001
Hautes-terres de Haliburton Dyset-Dudley-Harcourt-Guilford-Harburn-Burton-Havelock-Erye-Clyde, Highlands East, Minden Hills, Sherbourne, Stanhope, McClintock, Livingstone, Lawrence, Nightingale	15 085
Kawartha Lakes Cité de Kawartha Lakes	69 179
Cité et comté de Peterborough Galway-Cavendish-Harvey, North Kawartha, Smith-Ennismore-Lakefield, Douro-Dummer, Cavan-Millbrook-North Monaghan, Otonabee-South Monaghan, cité de Peterborough	121 377
Northumberland-Havelock Campbellford/Seymour-Percy-Hastings, Cobourg, Cramahe, Alnwick, Haldimand, Hamilton, Port Hope et Hope, Havelock-Belmont-Methuen	81 976
Durham - Est Oshawa, Clarington	208 885
Durham - Ouest Whitby, Ajax, Pickering	248 305
Durham - Nord/Centre Scugog, Uxbridge, Brock	49 660
Scarborough Agincourt – Rouge* Limites (dans le sens des aiguilles d’une montre) : sud de la ligne frontière de Steeles – lac Ontario – est de Highland Creek – est de l’avenue Morningside – nord de l’autoroute 401 – est de Victoria Park (comprend l’Université de Toronto/campus de Scarborough)	272 165
Falaises de Scarborough – Scarborough Centre Boundary (Clockwise): South of Hwy 401 – West of Morningside Ave – West of Highland Creek – Lake Ontario – East of Warden	321 100

A professional photograph of three individuals standing against a white background. On the left is a man with dark hair, wearing a dark suit, a light-colored striped shirt, and a purple patterned tie. In the center is a woman with short brown hair, wearing a dark pinstriped blazer over a dark top, with her arms crossed. On the right is a man with glasses and short hair, wearing a dark suit, a blue shirt, and a light green patterned tie. All three are smiling at the camera.

Nizar Ladak,
*Directeur principal du
rendement, des contrats
et des affectations*

Marilyn Emery,
Directrice générale

James Meloche,
*Directeur principal de la
planification, de l'intégration
et de la participation
communautaire*

Notre équipe de cadres supérieurs

Marilyn Emery

Directrice générale

Marilyn Emery a été cadre de direction dans le domaine de la santé pendant 16 ans et elle a dirigé de spectaculaires réalisations au sein d'importants hôpitaux. En qualité de présidente-directrice générale de l'Hôpital de Markham Stouffville (de 1989 à 1997), premier hôpital à recevoir le prix d'excellence de l'Institut national de la qualité du Canada, elle s'est fait connaître pour son savoir et son engagement à l'égard de la qualité du service, des indicateurs du rendement et des milieux de travail habilitants. Au Centre de santé St-Joseph (1997-2003), elle a dirigé un redressement du rendement financier et administratif ainsi qu'une transformation de la satisfaction des patients jugée sans précédent en Ontario.

Membre du premier groupe des 100 femmes les plus puissantes du Canada, M^{me} Emery a été reconnue à l'échelle nationale comme chef de file dans le secteur public. De 2003 à 2005, elle a conseillé des conseils d'administration et des cadres supérieurs d'organismes de santé, d'universités et du gouvernement. Elle a contribué activement aux travaux du Comité mixte des politiques et de la planification sur les ententes d'imputabilité des hôpitaux. En mars 2005, M^{me} Emery a été nommée membre du groupe de dix examinateurs du processus d'évaluation par les pairs du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, destiné à aider les hôpitaux à élaborer un budget équilibré.

James Meloche

Directeur principal de la planification, de l'intégration et de la participation communautaire

M. Meloche est le principal responsable de l'élaboration de plans stratégiques axés sur l'accessibilité, la qualité et l'intégration des services de santé au sein de la région diversifiée du RLISS du Centre-Est. La planification est fondée sur un processus actif de participation communautaire et sur l'exploitation des connaissances, de l'expertise et des ressources du milieu des soins de santé.

Avant d'assumer ce poste, M. Meloche était chef de la politique de renouvellement du système de santé et responsable de la gestion de la Stratégie de renouvellement des soins aux malades en phase critique, relevant directement de Hugh MacLeod, sous-ministre associé, Équipe des résultats dans le domaine de la santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Il a assumé d'autres fonctions au ministère, notamment celles de coordonnateur provincial des conseils régionaux de santé, et a proposé des orientations stratégiques concernant les systèmes de responsabilisation, y compris l'évaluation et la gestion du rendement. Avant de se joindre au ministère, M. Meloche a travaillé dans le secteur sans but lucratif offrant une aide sur le plan de la gouvernance et de l'éthique aux organismes de soins de santé américains.

Nizar Ladak

Directeur principal du rendement, des contrats et des affectations

L'équipe de Nizar Ladak est responsable de l'élaboration de mesures de rendement exactes et fiables et de l'allocation du financement à l'appui de la prestation des services de santé dans le RLISS du Centre-Est. Avant d'occuper ce poste, M. Ladak était directeur de l'information sur les services de santé auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). À ce titre, il était chargé de diriger toutes les activités opérationnelles liées aux produits et services de l'ICIS pour de nombreuses bases de données nationales de l'Institut ainsi que les normes et les outils d'assurance de la qualité des données connexes. De 1996 à 1999, M. Ladak a assumé les fonctions de conseiller en planification technique et, ensuite, de directeur général (intérimaire) du Comité mixte des politiques et de la planification de l'Ontario. Dans cette capacité, il a dirigé des initiatives portant sur le financement des hôpitaux, la réforme du système de santé et l'aide à la décision qui sont reconnues au niveau national. Parmi ses autres accomplissements, mentionnons le réaménagement des bases de données sur les patients hospitalisés du Canada et l'élaboration d'une méthode de financement fondée sur les besoins de la population. M. Ladak est également professeur adjoint à l'Université de Toronto et à l'Université de Waterloo où il enseigne des matières comme la cybersanté, la gestion du rendement et la santé intégrée. Il a de nombreux articles, rapports et exposés à son actif dans son domaine de spécialisation.

Notre équipe de cadres supérieurs

À l'issue du processus de nomination, le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a atteint son effectif complet en mai 2006. Neuf personnes hautement compétentes siègent présentement à notre conseil.

Président

Foster Loucks (Haliburton)

De 1995 à 2002, Foster Loucks était directeur général de Haliburton Highlands Health Services. Avant cela, il a été administrateur de l'Hôpital psychiatrique Lakehead, à Thunder Bay, poste qu'il a occupé de 1986 à 1995. Il a également été directeur général de l'ancien Conseil régional de santé de Thunder Bay de 1982 à 1986. M. Loucks a aussi siégé au conseil d'administration de l'Ontario Hospital Association et au conseil d'administration de la Société d'aide à l'enfance de Thunder Bay.

Vice-présidente

Joseline Sikorski (Port Perry)

Joseline Sikorski est actuellement directrice générale de la Health Care Health and Safety Association of Ontario, poste qu'elle occupe depuis 2003. Titulaire du titre directrice des services de santé agréée, elle a rempli diverses fonctions de cadre de direction pour la Lakeridge Health Corporation, St. Joseph's Health Care Hamilton, l'Hôpital Memorial du district de Winchester, le cabinet de services-conseils KPMG, le Centenary Health Centre, et l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. Elle a également été visiteuse auprès du Conseil canadien d'agrément des services de santé, titulaire d'une nomination mixte à la faculté de médecine de l'Université d'Ottawa et à l'Université McMaster et présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. M^{me} Sikorski a siégé à de nombreux conseils et commissions.

Membre

Jean Achmatowicz MacLeod C.M. (Ashburn)

Jean Achmatowicz MacLeod est bénévole dans le secteur de la santé depuis de longues années. Elle a présidé le conseil d'administration de l'Oshawa General Hospital pendant la restructuration de l'établissement, présidé le conseil d'administration du Centre de santé mentale de Whitby lors de la planification d'un nouvel hôpital et été la première présidente du conseil d'administration du Grandview Rehabilitation and Treatment Centre. M^{me} Achmatowicz MacLeod a également été présidente fondatrice du Hospital Council of Durham Region et de la GTA 905 Hospital's Alliance. Elle a été membre du conseil

d'administration de l'Ontario Hospital Association et d'Action Cancer Ontario et a présidé le Groupe d'étude sur la mise en oeuvre de la réforme des services de santé mentale du Centre-Est. M^{me} Achmatowicz MacLeod a reçu de nombreux prix durant ses nombreuses années de bénévolat, dont l'Ordre du Canada en 2002.

Membre

Eva Nichols (Northumberland Havelock)

Eva Nichols vient du canton de Hamilton et a siégé à la présidence du conseil d'administration de l'Hôpital Northumberland Hills. M^{me} Nichols a été directrice de l'école secondaire Clarke à Orono, fondatrice de l'école pour les adultes (The Centre for Individual Studies), directrice de cours à la faculté d'éducation de l'Université York, présidente des Continuing Education School Board Administrators pour l'Ontario et présidente de l'Association de l'éducation coopérative de l'Ontario. M^{me} Nichols a aussi été membre du conseil d'administration de Centraide de Northumberland, de la galerie d'art de Northumberland, des services aux aînés du district de Cobourg, du comité des services policiers du canton de Hamilton et de la Fédération canadienne des femmes diplômées des universités (section Northumberland).

Membre

Novina Wong (Scarborough)

Novina Wong habite depuis longtemps à Scarborough. Elle a été première greffière de la nouvelle ville fusionnée de Toronto, de 1997 jusqu'à sa retraite en 2001. Auparavant, elle était greffière de l'ancienne Municipalité de la Communauté urbaine de Toronto et a occupé plusieurs postes de cadre supérieur à l'échelon municipal. Elle est présentement conseillère en administration. Les connaissances particulières de M^{me} Wong en matière de gouvernance et sa vaste expérience dans la fonction publique ont été pleinement mises à contribution dans ses entreprises bénévoles, notamment le conseil d'administration de l'Hôpital de Scarborough, le Chinese Outreach Committee de Scarborough, le conseil consultatif communautaire du Scarborough Mirror, ainsi que le groupe d'étude sur la gouvernance de la ville du Toronto Board of Trade.



Membre

Stephen Kylie (Peterborough)

Stephen Kylie est président sortant du conseil d'administration du St. Joseph's Care Group. Il habite depuis toujours à Peterborough, où il a exercé le droit pendant 26 ans. Il siège au conseil d'administration de trois compagnies d'électricité de Peterborough, est un membre actif du club Rotary et préside le Mayor's Centennial Celebrations Committee de la ville de Peterborough. M. Kylie a été membre du conseil d'administration de la Catholic Health Association of Ontario, président de la Kawartha Pine Ridge Lung Association, directeur de l'Ontario Lung Association, président de la candidature de Peterborough pour accueillir les Jeux d'été du Canada de 2001 et président de la candidature pour accueillir un Camp olympique des jeunes en collaboration avec la candidature olympique de la ville de Toronto. Il est récipiendaire de la Médaille du jubilé d'or de la Reine et de plusieurs autres récompenses.

Membre

William (Bill) H. Gleed (Kawartha Lakes)

De 1984 à 1998, William Gleed a été président-directeur général de La Citadelle, Compagnie d'Assurance-Vie, une société d'assurances de personnes qui compte plus de 2 000 employés et un réseau de distribution de 1 400 courtiers d'assurance au Canada. Auparavant, il a été président-directeur général de la COLONIA Compagnie d'Assurance-Vie de 1981 à 1984 et vice-président régional auprès de la London Life, Compagnie d'Assurance-Vie de 1971 à 1981. M. Gleed a siégé au conseil d'administration, qu'il a ensuite présidé, de la Société canadienne du sang, a assumé des fonctions de dirigeant au sein d'autres conseils, notamment celui de l'Alliance pour un Canada sans drogues, de l'Hôpital général de North York, dont il a également été trésorier, de la Palliative Care Foundation of Canada et de la Société canadienne du cancer. Il a siégé à de nombreux conseils d'administration d'associations industrielles et a présidé le conseil de la Life Office Management Association Board.

Membre

Dr Alexander Hukowich (Cobourg)

Le Dr Alexander Hukowich a mené une longue carrière comme médecin. Il a commencé à exercer la médecine à Porcupine Sud (Ontario) en 1971, devenant ensuite médecin hygiéniste au Bureau de santé Porcupine en 1978. En 1993, il est devenu médecin hygiéniste pour le Conseil régional de santé de Haliburton Kawartha Pine Ridge et, après avoir pris sa retraite en 2004, il a assumé les fonctions de médecin hygiéniste à temps partiel pour le Conseil régional de santé de Muskoka Parry Sound à la demande du ministre de la Santé. À titre d'omnipraticien et de médecin hygiéniste, le Dr Hukowich a joué un rôle de dirigeant au sein d'organismes professionnels à l'échelle locale, régionale et provinciale.

Membre

Ronald Francis (Scarborough)

Ronald Francis, de Scarborough, est professeur à temps plein à l'école de comptabilité et de finance du Collège Seneca où il enseigne les études commerciales, le marketing et la comptabilité depuis 1977. Président du conseil d'administration de l'école de comptabilité et de finance du Collège Seneca de 1995 à 2000, il a également siégé au conseil d'administration de l'Hôpital général de North York (1998-2004), du North York Branson Hospital (1993-1998) et du Canadian University College Board (1996 jusqu'à présent). Il est devenu comptable général licencié en 1976 et Fellow de l'Association des comptables généraux accrédités en 1998. M. Francis a été élu membre du conseil d'administration de CGA Ontario en 1993 et en a été le président en 2003-2004. Il a siégé au conseil d'administration de CGA Canada de 2000 à 2003. Membre fondateur de la Seneca Association of Black Educators et conférencier aumônier au foyer pour personnes âgées Bendale Acres, M. Francis possède une vaste expérience du travail d'équipe axé sur l'établissement du consensus, la gestion du changement et les alliances stratégiques.

Gouvernance

Processus d'établissement des politiques et des structures du conseil, y compris des comités

Deux tâches ont été confiées à un groupe de travail composé de directeurs généraux et de présidents des conseils d'administration des RLIS. La première consistait à formuler des lignes directrices concernant les conflits d'intérêts à l'intention des conseils; le conseil a reçu des lignes directrices provisoires en mars 2006. La deuxième visait la mise en place d'un système d'évaluation du rendement des directeurs généraux, y compris l'établissement d'objectifs et de procédures d'évaluation; un guide d'évaluation a été remis aux présidents des conseils des RLIS pour étude et utilisation en 2006.

Le plan de travail du conseil établit les structures du conseil, y compris des comités, et celles-ci entreront en vigueur dès sa mise en oeuvre. Un groupe de travail composé des directeurs généraux des RLIS a lancé un appel de propositions pour retenir les services d'un consultant qui les aidera à élaborer un manuel de pratiques exemplaires en matière de gouvernance comprenant des options pour les structures du conseil. Le conseil du RLIS du Centre-Est envisagera également les répercussions des exigences réglementaires concernant les comités du conseil énoncées dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*.

Au printemps 2006, le conseil a organisé une séance de réflexion pour élaborer un plan de travail et cerner les thèmes de nos séances de participation communautaire d'avril et mai 2006. Il a également élaboré une vision, un énoncé de mission et un mandat complémentaires à la vision du système de santé

du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ces documents reconnaissent la diversité géographique et culturelle du RLIS du Centre-Est.

Afin de réaliser la vision du système de santé du gouvernement, le conseil du RLIS du Centre-Est est déterminé à mettre en œuvre :

«...un système de santé responsable, prévoyant un partage des responsabilités entre fournisseurs et usagers et facile à naviguer. Un système qui suscite des commentaires sur la qualité des soins et ce qu'elle signifie pour les usagers et les fournisseurs plutôt que sur les coûts. Le conseil est déterminé à établir des partenariats régionaux axés sur la création d'un système de santé intégré, transparent qui est géré d'une manière responsable et repose sur des décisions équitables comprises par tout le monde. »

Élaboration et mise en œuvre d'une orientation pour les nouveaux membres du conseil

En préparation à ses réunions publiques, à la fin de l'hiver 2006 le conseil a établi des procédures d'organisation, de gestion et d'évaluation des réunions, lesquelles sont conformes à celles qu'utilise le lauréat du prix de gouvernance du Conference Board du Canada de 2004 pour les conseils du secteur public. Ces procédures prévoient une participation à l'établissement de l'ordre du jour des réunions ainsi qu'aux discussions et le conseil s'y conformera lors des réunions publiques. On prévoit tenir des réunions mensuelles durant l'exercice 2006 2007. Des rapports d'étape mensuels rédigés sous forme de tableaux de bord tiennent le conseil au courant de l'atteinte des résultats prévus.

Le président du conseil d'administration et la directrice générale ont rencontré chaque membre du conseil pour lui donner la trousse d'orientation préparée par l'équipe de soutien des RLISS. Durant l'orientation, chaque membre a reçu un classeur de documents pertinents qui complète le manuel de gouvernance et le classeur de documents de breffage sur les RLISS fournis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Il a été préparé durant la période visée par ce rapport annuel, mais les membres du conseil ont suivi une formation d'une demi-journée au début de l'été 2006 suite à la nomination des neuf membres du conseil.

À la fin du printemps, les membres du conseil ont réclamé des cours mensuels individualisés afin de mieux comprendre leurs fonctions et les principales questions de santé provinciales et locales.

Recrutement et nomination des représentants de la collectivité

En juin 2005, le Secrétariat des nominations a nommé les trois membres fondateurs du conseil du RLISS du Centre-Est. À la suite d'un examen effectué par le Cabinet et le Comité permanent des organismes gouvernementaux de l'Assemblée législative, trois autres membres ont été nommés au printemps 2006. Le RLISS a recommandé les trois derniers membres au Bureau du ministre à l'issue d'un processus de mise en nomination au sein de la collectivité. Ses recommandations ont été acceptées et la nomination des membres a été annoncée en juin 2006.





Mise en valeur des réussites locales



Une subvention contribue à la création d'un projet axé sur les besoins de santé des femmes dans le comté de Northumberland

Les partenariats communautaires donnent de bons résultats. Par exemple, dans le comté de Northumberland, plusieurs organismes et bénévoles ont lancé Northumberland Women's Health Matters.

Les partenaires ont l'intention créer un centre de la santé des femmes dans le comté. Grâce à une subvention de 9 350 \$ de la Fondation canadienne pour le cancer du sein, chapitre de l'Ontario, le partenariat se penchera d'abord sur la santé du sein et sur les besoins des femmes de Northumberland à ce chapitre.

« Ce projet est un excellent moyen de répondre aux besoins de santé des femmes dans notre collectivité », affirme Clare Briggs de Northumberland County Community and Social Services.

« Nous savons que les besoins d'information et de ressources des femmes peuvent varier, notamment en fonction de la géographie », déclare Sharon Wood de la Fondation canadienne pour le cancer du sein, chapitre de l'Ontario. « C'est pourquoi nous appuyons les initiatives communautaires comme celle-ci. »

L'idée de créer Northumberland Women's Health Matters a été soulevée à Port Hope en mai 2005 lors d'une réunion à laquelle assistaient huit organismes, explique Anita Baayen, infirmière hygiéniste auprès du conseil régional de santé de Haliburton, Kawartha et Pine Ridge.

« Le groupe s'est donné comme objectif de planifier et de mettre en œuvre des activités destinées à améliorer la santé et le bien-être des femmes du comté de Northumberland », précise-t-elle.

Le groupe pose les jalons du projet et, pour ce, il :

- Examine et documente des projets similaires dans d'autres régions de l'Ontario. Se renseigne sur d'autres initiatives axées sur la promotion de la santé du sein et la prévention du cancer.
- Effectue une enquête exhaustive sur les besoins de santé des femmes du comté de Northumberland afin de déterminer où les besoins sont les plus grands.

Les groupes suivants participent au projet :

- Northumberland County Community and Social Services
- Body Image Coalition
- Northumberland Services for Women
- Hôpital Northumberland Hills
- Survivor Thrivers Breast Cancer Dragon Boat Team
- Programme régional de cancérologie du Sud-Est de l'Ontario
- Northumberland Services For Women
- Conseil régional de santé de Haliburton, Kawartha et Pine Ridge.

Mise en valeur des réussites locales

Les fournisseurs de services de santé de Campbellford s'unissent pour aider les patients atteints d'une insuffisance cardiaque globale

Les fournisseurs de services de santé de la région de Campbellford s'unissent pour former et surveiller les patients atteints d'une insuffisance cardiaque globale, une des principales causes de réadmission à l'hôpital.

En mars dernier, l'Hôpital Memorial de Campbellford s'est associé aux trois centres d'accès aux soins communautaires de sa circonscription hospitalière (Haliburton Northumberland Victoria, Peterborough et Hastings) et aux Infirmières de l'Ordre de Victoria pour tenter de diminuer le problème.

Les partenaires ont entamé l'élaboration d'un programme de formation et d'auto-gestion pour les patients ayant reçu un diagnostic primaire d'insuffisance

cardiaque globale. L'objectif est d'enseigner aux patients à se prendre en main et de les aider à gérer la maladie.

Une réussite

Alan Cavell, directeur général, Infirmières de l'Ordre de Victoria du district Centre-Est, déclare que l'initiative conjointe a obtenu un franc succès. « La présence d'un responsable de cas du CASC dans l'hôpital et des démarches innovatrices en soins infirmiers communautaires ont permis à de nombreuses personnes de retourner chez elles rapidement et de recevoir des services infirmiers professionnels à domicile tout en bénéficiant du soutien des membres de leur famille. »

Les services communautaires de Kawartha Lakes et l'Hôpital Ross Memorial établissent un partenariat axé sur le transport des patients

Les services communautaires de Kawartha Lakes et l'Hôpital Ross Memorial ont établi un partenariat unique axé sur le transport des patients.

Un véhicule de transfert non urgent appartenant aux services communautaires offre un programme de transport payant aux clients qui sont stables et n'exigent pas les services d'urgence d'une ambulance. Il est muni d'une civière et peut accommoder un fauteuil roulant. Un travailleur de soutien est présent lors des transferts sur civière.

« Ce service a permis à l'Hôpital Ross Memorial Hospital d'assurer le transport sécuritaire des patients tout libérant les ressources de transport des secours médicaux d'urgence », déclare Anthony Vines, président-directeur général de l'hôpital de Lindsay.



Hospice Durham et Community Care Durham travaillent ensemble pour dispenser des soins aux personnes qui en ont besoin

La région de Durham est reconnue pour les partenariats créés par ses services communautaires, affirment Cheryl MacLeod et Brent Farr, directeurs généraux de Hospice Durham et de Community Care Durham, respectivement.

Par exemple, les deux organismes communautaires se sont associés pour aider une famille à prendre soin d'une personne âgée atteinte d'un cancer.

« Les circonstances mènent parfois à la prestation d'un service unique qui donne des résultats imprévus », déclare M^{me} MacLeod.

La personne âgée est soignée par son fils et sa famille. « Comme il arrive souvent dans ce genre de situation, la famille fait ce qu'elle peut, mais le travail et d'autres obligations l'empêchent de répondre à tous les besoins affectifs de leur parente ».

Un des bénévoles de Hospice Durham avait beaucoup en commun avec cette femme et une rencontre a confirmé qu'il s'agissait d'une association idéale. « À cause des besoins uniques de cette cliente, aucun autre bénévole ne répondait aux exigences, mais la

distance et l'absence de moyen de transport empêchaient le projet d'association d'aboutir », précise M^{me} MacLeod.

À ce moment-là, on a formulé un plan qui fonctionne pour tout le monde, dit M. Farr. « Un bénévole a aidé un autre bénévole à s'occuper d'une personne dans le besoin, ce qui est absolument formidable. »

Chaque semaine, un conducteur bénévole de Community Care Durham conduit le bénévole de Hospice Durham au domicile de la cliente et le ramène chez lui. La famille bénéficie de quelques moments de répit, la cliente attends la visite avec impatience et tous les bénévoles concernés ont découvert l'existence de services communautaires susceptibles de rendre service aux clients.

Les partenariats entre organismes, familles et bénévoles comme celui-ci constituent un modèle d'intégration, selon M^{me} MacLeod et M. Farr. « En travaillant ensemble nous faisons en sorte que les personnes dont les besoins sont les plus grands reçoivent les services dont elles ont besoin. », de dire M^{me} MacLeod.

Un nouveau centre de cancérologie stimulera de nouveaux partenariats dans le RLIS du Centre-Est

Le dernier centre de cancérologie ontarien offrant tous les services, le R.S. McLaughlin Durham Regional Cancer Centre à Oshawa, ouvrira ses portes dans un an environ.

En prévision de cet événement, le centre de cancérologie exploite une clinique sur le cancer deux soirs par semaine à l'emplacement de la rue Rogers du Centre régional de santé de Peterborough. Un radio-oncologue et un oncologue médical de Lakeridge Health et du R.S. McLaughlin Durham Regional Cancer Centre, en collaboration avec des médecins de la localité, voient des nouveaux patients. Les oncologues de Lakeridge Health évaluent également les patients à l'emplacement Rouge Valley Centenary de Scarborough deux fois par semaine, complétant l'équipe multidisciplinaire aux deux hôpitaux.

Mise en valeur des réussites locales

Trois fournisseurs de services de santé de Durham lancent une campagne de sensibilisation au VIH/sida

Trois organismes de soins de santé de Durham se sont associés au printemps dernier pour lancer une campagne de sensibilisation au VIH/sida dans la collectivité.

Ont collaboré à l'initiative le bureau de santé de la région de Durham, l'AIDS Committee of Durham Region et la Positive Care Clinic de Lakeridge Health. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a octroyé plus de 10 000 \$ à la campagne dans le cadre de son initiative de planification communautaire.

La campagne, qui comprenait des brochures, des affiches et des publicités, a été dévoilée à la conférence de printemps de l'AIDS Committee of Durham Region à Oshawa à laquelle assistait le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, M. George Smitherman.

Cours agréé à proximité du domicile grâce à l'Hôpital Northumberland Hills et au collège Sir Sanford Fleming

L'Hôpital Northumberland Hills et le collège Sir Sanford Fleming à Peterborough ont collaboré à l'élaboration d'un cours agréé en soins palliatifs qui est offert par le truchement de la vidéoconférence.

Le cours a été offert pour la première fois l'automne dernier et 26 infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées de l'Hôpital Northumberland Hills, de l'Hôpital Ross Memorial et du Centre régional de santé de Peterborough étaient inscrites.

Les huit cours, qui durent au moins onze semaines, seront offerts chaque semaine pendant deux ans. Le personnel enseignant offrira le cours à partir de l'hôpital qui leur convient et les étudiants assisteront de la même manière. Ils seront reliés par le réseau vidéo.

« C'est un très bon moyen de parfaire son éducation sans devoir faire de longs trajets », déclarent Janet Burn, chef de la pratique clinique de l'unité des soins palliatifs, et Rosemary Goodacher de Sir Sanford Fleming.

M^{me} Burn explique que, lorsque l'hôpital a créé une unité de soins palliatifs il y a deux ans, le personnel s'est engagé à suivre des cours spécialisés dans le domaine des soins infirmiers palliatifs.

Déçues des cours offerts, M^{me} Burn et M^{me} Goodacher ont envisagé un partenariat axé sur l'élaboration d'un cours certifié en soins palliatifs pouvant être offert par vidéoconférence à tous les hôpitaux de la région par l'entremise du Réseau NORTH.

Ont participé à l'élaboration du cours des experts régionaux en soins palliatifs et des représentants du Réseau NORTH.



Rouge Valley focalise les familles et les partenariats

Le Rouge Valley Health System et ses partenaires du système de santé font déjà de 2006 l'année de l'accessibilité pour les patients et les familles dans la région du RLSS du Centre-Est.

Les familles sont les bienvenues en tout temps

Le meilleur moment pour rendre visite à un parent ou à un ami hospitalisé est celui qui convient au patient.

Voilà la philosophie qui sous-tend un changement majeur et une mutation profonde en ce qui concerne, non seulement les heures de visite du Rouge Valley Health System, mais également l'environnement de ses hôpitaux de l'est de Toronto et de l'ouest de Durham.

Les heures de visite de tous les départements du Rouge Valley Health System ont été éliminées. Les familles de Whitby, Ajax, Pickering et Scarborough bénéficient de cette approche unique aux deux emplacements hospitaliers : Rouge Valley Ajax and Pickering et Rouge Valley Centenary. On déterminera les heures de visite avec les familles en fonction de ce qui convient le mieux à chaque patient.

Les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche et du genou retournent chez eux plus tôt

L'initiative axée sur l'arthroplastie totale du Rouge Valley Health System, appuyée par le Total Joint Network (TJN), compte de nombreuses réussites, dont l'une est le retour plus rapide des patients à domicile.

La période d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou a également diminué par suite de l'initiative mise en œuvre en octobre 2005 et annoncée conjointement avec l'Hôpital de Scarborough.

La collaboration entre dix hôpitaux de soins actifs, cinq hôpitaux de réadaptation et huit centres d'accès aux soins communautaires atteint son objectif, à savoir dispenser des services efficaces et efficaces dans le cadre de la Stratégie de réduction des temps d'attente du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le Rouge Valley Health System et l'Hôpital de Scarborough s'associent pour la sécurité du patient

Le Rouge Valley Health System et l'Hôpital de Scarborough se sont associés pour améliorer la sécurité des patients et l'efficacité de l'administration par voie intraveineuse des médicaments.

« En ayant recours à une technologie de pointe, nous pouvons améliorer la sécurité des patients aux deux hôpitaux », affirme Hume Martin, président-directeur général du Rouge Valley Health System. « Cette association s'aligne bien sur nos visées et sur celles de la province en vue d'une collaboration croissante au sein de notre Réseau local d'intégration des services de santé. »

« Nous avons la chance de pouvoir utiliser cette technologie pour remplacer et remettre à neuf environ 615 pompes au Rouge Valley Health System et à l'Hôpital de Scarborough », déclare le Dr Hugh Scott, président-directeur général de l'Hôpital de Scarborough. « Cette technologie confirme et met en valeur l'excellence qui caractérise la prestation des soins aux patients dans nos hôpitaux. »

Réseau local d'intégration des services de santé :

Bilan de l'année

Le 12 janvier 2006, l'honorable George Smitherman, ministre de la Santé et des Soins de longue durée et Foster Loucks, président du conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Centre Est, ont signé un accord de rendement liant leurs organismes respectifs. L'accord décrète les objectifs de rendement du RLISS pour la période de démarrage, soit du 22 août 2005 au 31 mars 2006. Les objectifs se répartissent en trois catégories :

1. Établissement de la gouvernance, des politiques, des pratiques et des relations
2. Mise en œuvre des fonctions du RLISS
3. Établissement des opérations d'exploitation du RLISS

Les pages suivantes décrivent les progrès réalisés vers l'atteinte de ces objectifs.



Démarrage opérationnel

Lorsque le cadre politique fut créé par le gouvernement de l'Ontario et que les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) furent choisis comme modèles d'intégration dans cette province, il était temps de mettre en place les RLISS constitués en 14 sociétés. En juin 2005, 14 conférences de presse ont eu lieu dans la province afin d'annoncer publiquement la mise en place des 14 RLISS et la nomination des 42 membres fondateurs des conseils et des 14 directeurs généraux.

Les directeurs généraux ont entrepris leur mandat en août 2005 et ils ont travaillé auprès des présidents des conseils afin d'apprendre à connaître les collectivités qu'ils devaient desservir. Cet été-là, les dirigeants des RLISS ont tenu 37 séances d'accueil partout dans la province à l'intention des 1 500 dirigeants de divers organismes de soins de santé.

Quatorze bureaux ont été aménagés dans la province, avec tout ce que cela comporte. Pour que les opérations soient rentables et efficaces, les RLISS ont établi un processus administratif commun et retenu les services d'une société, CGI, qui offre aux RLISS des services en matière de paye, de finance et de ressources humaines.

À l'automne 2005, tous les bureaux des RLISS étaient ouverts et prêts à fonctionner. Quatre employés par RLISS ont été recrutés et en janvier 2006, chaque réseau comptait également deux directeurs principaux, un directeur adjoint et un directeur de bureau. D'autres membres du personnel seront embauchés sous peu.

Un guide des opérations d'exploitation énonçant les politiques et procédures essentielles a été préparé à l'intention des RLISS. Le guide comprend les directives gouvernementales auxquelles les RLISS doivent se conformer, un sommaire des dispositions législatives régissant les pratiques des RLISS et les pratiques standard requises par le ministère.

À compter de l'été 2005 et durant toute l'année, des séances d'orientation exhaustives ont été organisées à l'intention des membres fondateurs de conseils et du personnel des RLISS. Dans le cadre de leur perfectionnement professionnel, les RLISS et le ministère ont animé plusieurs groupes de réflexion sur des sujets tels que les modèles de financement, la planification, la régie de société, l'éthique et un cadre de prise de décision éthique. Des forums de discussion portant notamment sur les médecins et les RLISS et les questions intersectorielles touchant les RLISS dans le secteur communautaire ont eu lieu.

Des ententes de responsabilisation ont été élaborées et conclues entre chaque RLISS et le ministère pour les exercices 2005-2006 et 2006-2007. Ces ententes définissent les principales activités sous la responsabilité des RLISS. Ces derniers ont reçu des modèles et des lignes directrices pour la présentation de rapports trimestriels au ministère.



Avancement de la cybersanté

Durant le processus d'établissement des priorités organisé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en 2005, on a recommandé au RLISS du Centre Est d'entamer l'élaboration d'une stratégie de gestion de l'information et de technologie de l'information.

À l'heure actuelle, nous consultons nos intervenants communautaires pour recueillir leurs avis sur six secteurs prioritaires, dont la transformation des services communs ou administratifs. Les initiatives de cybersanté sont un des sous-secteurs envisagés. Nous sommes également ravis de constater que le Conseil ontarien de la qualité des services de santé ait précisé dans son premier rapport annuel que « l'investissement dans la cybersanté (l'utilisation des technologies de l'information pour gérer la santé, coordonner et fournir les soins, en rendre compte, et gérer le système de santé) sera le moyen le plus efficace d'améliorer tous les attributs d'un système de santé très performant ».

Une des premières étapes de l'élaboration de notre stratégie de cybersanté consistera à inventorier l'infrastructure de la technologie de l'information (TI) et de la gestion de l'information (GI) des organismes du RLISS. Cet inventaire permettra d'identifier :

- 1) l'information concernant la prestation des services;
- 2) l'information concernant la gestion des services;
- 3) la technologie utilisée pour appuyer ces deux catégories de données.

L'inventaire a été normalisé pour pouvoir être rempli rapidement par tous les organismes. Le comité directeur estimait qu'il était essentiel à l'élaboration des initiatives de cybersanté parrainées par le RLISS. L'inventaire appuiera également la formulation d'un plan qui aidera le RLISS à faire la transition des priorités stratégiques énoncées dans son premier plan de services de santé intégrés aux plans tactiques qui seront mis en œuvre dans les prochaines années.



Participation communautaire

Un cadre de mobilisation communautaire et de planification de la santé locale a été avalisé par le conseil. On peut le consulter à l'adresse <http://www.centraleastlin.on.ca/pdfs/framework.pdf>. Le document a été remis aux personnes qui ont participé à l'élaboration du rapport sur les priorités d'intégration, le 7 mars 2006, en reconnaissance des efforts qu'elles ont déployés par le passé. Les quelque 30 personnes ayant répondu à l'invitation ont chaleureusement avalisé le cadre. Plus de 230 copies du document, accompagné d'une formule d'évaluation, ont été remises aux fournisseurs de services de santé, aux administrations locales et régionales, aux clubs philanthropiques et autres parties intéressées le 2 mars 2006.

En date du 7 avril 2006, 40 personnes avaient indiqué qu'elles souhaitent participer à l'une des neuf initiatives de participation communautaire. La liste des personnes intéressées s'allonge chaque jour. En outre, les commentaires écrits et oraux sur le cadre sont extrêmement favorables, puisque 95 % des personnes ayant rempli une formule de rétroaction étaient fortement d'accord avec les énoncés affirmant que les structures de participation proposées vont :

- cerner les problèmes qui affectent l'efficacité des services de santé;
- identifier les lacunes sur le plan de la capacité locale des services;
- améliorer la coordination entre les fournisseurs de services.

Après avoir été traduit en français, le document a été affiché sur le site Web du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Par ailleurs, des experts des fournisseurs de services de santé du Centre-Est ont été détachés auprès du RLISS pour élaborer une stratégie de communication axée sur la

participation communautaire et les activités du RLISS. Ce travail a été achevé en mars et avalisé par le conseil. Dans le cadre de cette stratégie, le RLISS du Centre-Est a retenu les services de journalistes indépendants qui font des recherches et rédigent des articles sur la réaction du public au renouvellement des RLISS. On peut consulter ces articles à l'adresse suivante : www.centraleastlin.on.ca/newsroom/newsroom.html.

Une base de données des personnes-ressources des médias, des organismes de services et des responsables des relations avec l'administration locale a été préparée et fournie aux communicateurs des divers secteurs du RLISS.

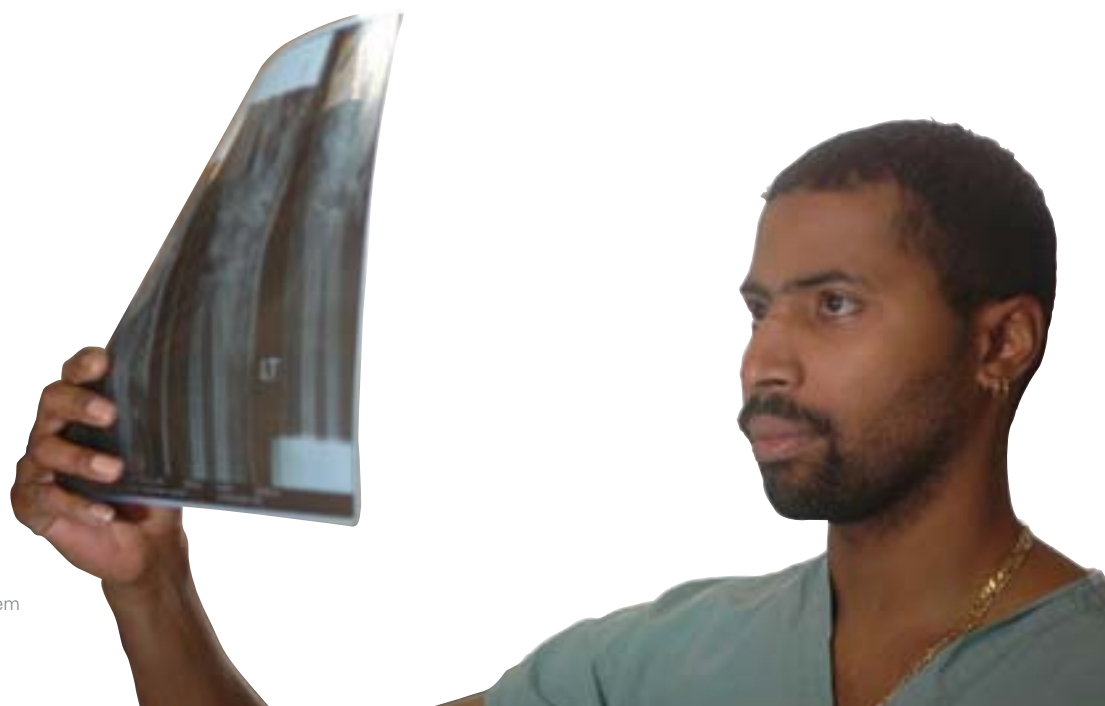
Un site Web intérimaire sur l'identité visuelle du RLISS a également été préparé à l'appui des consultations communautaires. La saisie en temps réel permet d'afficher immédiatement les commentaires soulevés sur le site Web, respectant la norme de transparence que le conseil et l'équipe des cadres se sont engagés à respecter dans leurs interactions avec la collectivité.

À la fin de la période visée par ce rapport, le RLISS avait organisé dix-sept forums communautaires à neuf emplacements correspondant à ses zones de planification et de participation. Les activités de participation communautaire et de planification locale incluent huit forums visant à recueillir les commentaires sur les activités du RLISS et les secteurs de la santé prioritaires. Neuf autres forums ouverts au grand public présentent le RLISS, ses plans en vue d'engager la collectivité dans ses activités et un compte rendu des débats des huit ateliers. Tous les renseignements sont immédiatement transcrits et affichés sur le site Web intérimaire du RLISS. Qui plus est, une séquence vidéo de deux minutes sur le site Web démontre le dynamisme des séances communautaires. Deux vidéos additionnelles sont prévues et seront affichées sur le site Web.

Dans le cadre de la prise de contact avec les organismes de services, le conseil et le personnel ont tenu plus de 100 séances de participation durant la période visée par ce rapport.

Par exemple, une réunion de l'Ontario Community Services Association a réuni pour la première fois les organismes de services de soutien communautaire du RLISS. Une rencontre avec quatre chapitres de la Société Alzheimer a réuni des intervenants de toutes les régions du RLISS pour une discussion sur l'Alzheimer et les démences connexes. Bien d'autres réunions ont été organisées par le RLISS, auto-organisées par les fournisseurs de services du RLISS et des forums ont porté sur l'intégration et la prestation des services. Pour consulter une liste et un sommaire de ces activités inaugurales, voir la section des nouvelles de notre site Web (www.centraleastlin.on.ca/newsroom/newsroomstory).

Enfin, reconnaissant que les médecins joueront un rôle clé dans l'intégration du système de santé local, le RLISS a lancé une vaste stratégie visant à engager leur participation avec l'aide d'un médecin consultant qui possède une longue expérience des environnements régionaux. Les médecins sont considérés comme d'importants partenaires des RLISS et, à cette fin, nous organisons des réunions avec les cadres dirigeants des associations de médecins. Ces efforts portent déjà leurs fruits. À titre d'exemple, les médecins-chefs des trois principaux hôpitaux de soins actifs du RLISS ont offert de tenir une réunion conjointe de leurs comités consultatifs médicaux et, pour en assurer le succès, de participer à l'organisation de l'événement.



Participation autochtone

Selon le Recensement de 2001, moins d'un pour cent (0,09 %) des résidents du RLISS de Centre-Est étaient d'origine autochtone, comparativement à 1,7 % de la population de la province.

Le Centre-Est compte quatre Premières nations : les Mississaugas de Scugog Island, de Curve Lake, de Hiawatha et d'Alderville. Au printemps 2006, des lettres de présentation ont été envoyées aux chefs de bande les invitant à rencontrer le président du conseil et le personnel du RLISS dans leurs communautés respectives. Un premier contact a été établi avec la Première nation de Hiawatha lors d'une réunion de l'Association of Iroquois and Allied Indians à Orillia. En outre, lors d'une rencontre avec la Première nation d'Alderville, les cadres supérieurs du RLISS ont eu l'honneur de participer à une cérémonie de port des peintures traditionnelles.

Le cadre de mobilisation communautaire du RLISS ne précise pas de structures ni de procédures pour la participation des Premières nations et des Autochtones, étant donné qu'il faut trouver un

mécanisme qui réponde aux besoins et aux attentes de ces groupes. Ce fut le thème principal de la rencontre d'Alderville. Parmi les autres sujets abordés, mentionnons l'éventail de services communautaires dispensés par la communauté des Premières nations aux membres inscrits de la bande et les enjeux à relever pour répondre aux besoins de santé de la communauté.

Le RLISS du Centre-Est envisage avec enthousiasme de mettre à contribution toutes les Premières nations de sa circonscription hospitalière et continuera de travailler avec leurs dirigeants pour trouver des moyens de les engager dans les activités de participation et de planification.

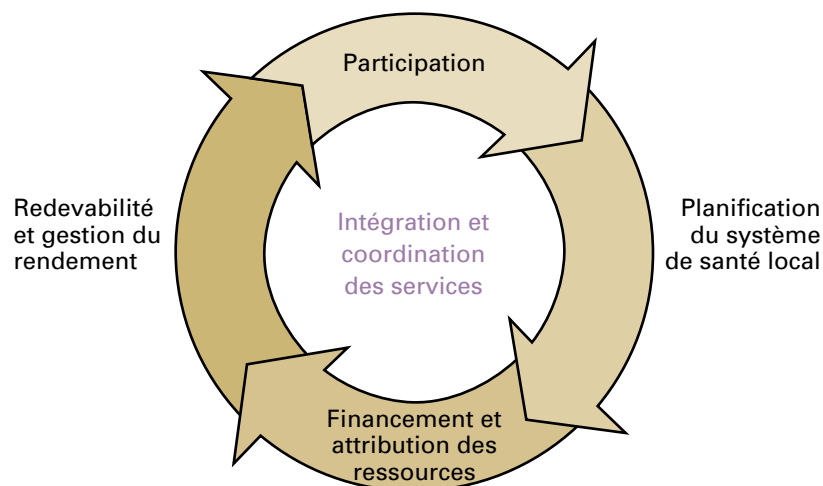


Plans de services de santé intégrés

La Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local a reçu la sanction royale en mars 2006. Elle énonce les attentes relatives à un système définitif et éprouvé de planification et d'intégration des services en Ontario. Le système définitif ne sera pas mis au point immédiatement et exigera une planification soigneuse des démarches de démarrage et de transition. Le plan de services de santé intégrés que tous les RLISS doivent remettre en octobre 2006 présentera pour la première fois au public les priorités et stratégies des RLISS pour la période de trois ans débutant en avril 2007. Premier plan d'un cycle de planification complexe, il constituera une première étape de la mise en œuvre graduelle des fonctions des RLISS.

Le cycle des affaires commence normalement par un plan. Le plan stratégique d'un organisme énonce généralement les activités et initiatives qui structureront les travaux de celui-ci pour une période de temps précise. Le RLISS du Centre-est a volontairement modifié son cycle de planification des activités pour engager la population et les collectivités de sa région dans la définition des priorités et des domaines d'intérêt (voir la figure 1). Les RLISS reposent sur le principe que les soins communautaires sont mieux planifiés, coordonnés et financés lorsqu'ils sont intégrés à la collectivité, car la population locale est mieux à même de déterminer la nature de ses besoins et de ses priorités en matière de services de santé. Par conséquent, une des premières tâches du RLISS fut de lancer des activités de planification et de participation communautaires qui mèneront à la création de son premier plan de services de santé intégrés.

Figure 1 : Cycle de planification des activités du RLISS du Centre-Est

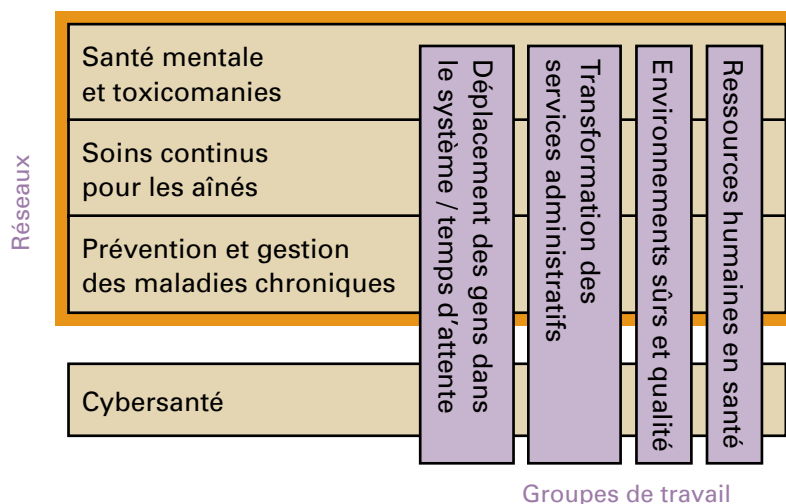


Priorités d'intégration

Le rapport du groupe de travail sur les priorités d'intégration du RLISS intitulé « Taking Stock: Setting Integration Priorities in the Central East Local Health Integration Network Area » (février 2005) a servi de fondement à l'identification des domaines prioritaires, soit santé mentale et toxicomanies, soins continus pour les aînés et prévention et gestion des maladies chroniques. Ce rapport, de même que les renseignements recueillis lors des plus de 100 discussions avec les fournisseurs de services, ont mené à l'identification des domaines prioritaires qui seront examinés lors des consultations communautaires. Enfin, dans le contexte de la création d'un système, ces domaines prioritaires sont alignés sur les domaines prioritaires actuels du gouvernement ontarien et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Présumant que ces domaines prioritaires seront avalisés, notre cadre de mobilisation communautaire et de planification de la santé locale propose une structure élaborée mais simple pour la participation continue à l'intégration. Durant les séances de participation communautaire mentionnées ailleurs dans ce rapport, le RLISS a proposé de créer trois réseaux d'experts en santé qui le conseilleraient sur les projets et activités susceptibles d'assurer l'avancement de l'intégration des services à l'échelle du réseau de santé local. Chacun de ces réseaux serait appuyé par quatre ou cinq groupes de travail chargés d'examiner des domaines précis, qu'il s'agisse des perspectives d'intégration axées sur le partage des services ou du déplacement plus efficace des patients au sein du système de santé. La cybersanté serait une préoccupation centrale pour tous ces groupes (voir la figure 2).

Figure 2 : Domaines prioritaires



Cybersanté

La cybersanté inclut la création de dossiers électroniques pour tous les patients, des systèmes de gestion de l'information en santé et la télésanté (utilisation de la technologie pour la prestation de soins à distance). Selon le Conseil ontarien de la qualité des services de santé, l'usage accru et intégré de la technologie signifiera : des meilleures décisions concernant les soins, des diagnostics et des traitements plus efficaces, moins d'erreurs médicales, une sécurité accrue, un accès amélioré aux services, de meilleures recherches sur les soins et l'administration du système, et des données à l'appui de l'amélioration continue de la qualité.

Analyse du contexte

Tandis que la cybersanté constitue le fondement de l'amélioration du système de santé, l'analyse du contexte qui figurera dans le plan de services de santé intégrés du RLISS servira d'assises à la planification de notre système de santé local. Un profil exhaustif de ce dernier sera un élément vital de la planification et de l'établissement des priorités locales. L'analyse du contexte permettra au RLISS et aux intervenants locaux de connaître les caractéristiques (1) des populations desservies et (2) des fournisseurs dirigés par le RLISS. Elle utilisera des démarches qualitatives et quantitatives pour examiner systématiquement le contexte actuel du RLISS, notamment des évaluations de la santé de la population et des besoins, ainsi qu'un inventaire des services, programmes et ressources en santé.

Réseaux d'experts en santé et groupes de collaboration

Munis des dernières données sur la participation communautaire et les zones de planification du RLISS, nos réseaux d'experts en santé et nos groupes de collaboration – divers groupes de travail et groupes de spécialistes de la collectivité – lanceront les démarches inhérentes à la prise de décisions fondées sur des preuves. C'est-à-dire que les preuves dégagées de notre analyse du contexte permettront à nos groupes : a) d'identifier les possibilités d'intégration et b) de se focaliser sur les questions et priorités cernées grâce à leurs connaissances locales et aux données tirées de l'analyse du contexte.

Ébauche du plan et prochaines étapes

Selon le plan de projet et les graphiques GANTT élaborés par l'équipe des cadres supérieurs du RLISS, la majorité des activités susmentionnées devraient être terminées à la fin de l'été 2006. La première série d'ébauches du plan de services de santé intégrés sera achevée et distribuée aux fins d'examen. Suite à la publication du plan du RLISS, les activités des réseaux d'experts en santé, des groupes de collaboration et des groupes de travail viseront à établir des priorités directionnelles claires et des plans de travail pluriannuels. L'équipe du RLISS possède une vaste expérience de l'utilisation des méthodes de priorisation et de planification et envisage d'utiliser celles-ci pour aider les réseaux. Ces méthodes comprennent l'analyse de l'écart, le mappage de stratégie, l'analyse F.F.P.M. (forces, faiblesses, possibilités, menaces), l'analyse PEEST (démarche systématique cernant les facteurs politiques, économiques, environnementaux, sociaux, technologiques) et l'élaboration de scénarios, laquelle offre un moyen de réfléchir aux environnements futurs différents et de s'y préparer. Globalement, ces outils favorisent une compréhension partagée des inducteurs du changement et une approche commune à l'égard du plan d'action.



États financiers

Le RLISS du Centre-Est a entamé ses activités durant l'exercice 2005-2006 dans les limites du budget alloué par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le cabinet Deloitte and Touche effectuera une vérification financière du RLISS du Centre-Est le 29 mai 2006. L'établissement d'un grand livre et de systèmes de rapports financiers normalisés procédera par l'entremise de la création d'un modèle de bureau commun pour tous les RLISS. Les systèmes de rapports financiers du MSSLD ont assuré le suivi de toutes les transactions financières effectuées durant la période du présent rapport.

Des systèmes de contrôle de la qualité et des pouvoirs de signature conformes aux principes comptables généralement reconnus (PCGR) et aux normes de vérification généralement reconnues ont été élaborés pour le RLISS du Centre Est. Le conseil d'administration les passera en revue à sa réunion de juin 2006. Des rapports d'étape et des états financiers sont en voie d'élaboration à l'appui des rapports sur les écarts devant être présentés trimestriellement au conseil comme c'est le cas pour les autres RLISS. Des rapports mensuels sur les écarts, visant à aider la direction à mieux comprendre ses obligations et sa situation financières, sont également en cours d'élaboration.

Rémunération annuelle totale des membres du conseil d'administration pour l'exercice financier

Conformément à la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et à la ligne directrice du Conseil de gestion du gouvernement, le RLISS déclare par les présentes que la rémunération versée au conseil d'administration actuel en date du 31 mars 2006 est la suivante : 58 375 \$ en indemnités quotidiennes conformément aux directives du gouvernement sur les nominations et 19 539,60 \$ à titre de remboursement de leurs dépenses de déplacement, d'hébergement et dépenses connexes faites dans l'exercice de leurs fonctions au sein du conseil d'administration du RLISS.



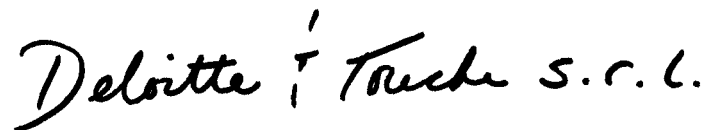
Rapport des vérificateurs

Aux membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

Nous avons vérifié le bilan du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (le RLISS) au 31 mars 2006 et l'état des résultats d'exploitation et changements à l'actif net de l'exercice pour la période allant de la date de sa constitution en personne morale, le 2 juin 2005, jusqu'au 31 mars 2006. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction du RLISS. 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 donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est au 31 mars 2006, ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice commençant à la date de constitution en personne morale, le 2 juin 2005 et se terminant le 31 mars 2006 selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.



Comptables agréés

Toronto (Ontario)
Le 29 mai 2006

Membre de
Deloitte Touche Tohmatsu

État de la situation financière

Au 31 mars 2006

Actif

Liquidités	30 465 \$
Immobilisations (note 3)	1
	30 465 \$

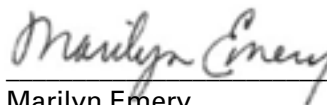
Passif et actif net

Comptes fournisseurs et charges à payer (note 4)	– \$
Actif net	30 466
	30 466 \$

Approuvé par le conseil d'administration



Foster Loucks



Marilyn Emery

Résultats d'exploitation et changements à l'actif net

Période allant de la date de constitution du 2 juin 2005 au 31 mars 2006

Recettes

Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD)	4 000 \$
Remboursement de la paye par le MSSLD	246 296
	250 296

Dépenses (note 5)

Salaires et avantages sociaux	217 210 \$
Matériel de bureau	776
Services de traiteur	808
Autre	1 036
	219 830 \$

Excédent de recettes sur les dépenses	30 466 \$
Actif net, début de l'exercice	–
Actif net, fin de l'exercice	30 466 \$

Notes afférentes aux états financiers

1. Description des activités

Formation et statut

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est a été constitué en personne morale par des lettres patentes émises le 2 juin 2005, sans capital-actions. Le projet de loi 36 ayant reçu la sanction royale le 28 mars 2006, il a été prorogé aux termes de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la Loi) sous la dénomination de Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (le RLISS) et ses lettres patentes ont été révoquées. En tant que mandataire de la Couronne, le RLISS est exonéré d'impôt.

Le RLISS est un mandataire de la Couronne et il ne peut exercer ses pouvoirs qu'à ce titre. La Loi et un Protocole d'entente entre le RLISS et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le ministère) définissent la portée de ses activités. Le financement du RLISS par le ministère au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2006 a été effectué selon les modalités énoncées dans un accord de rendement.

Activités du RLISS

Le RLISS a été créé pour planifier, financer et intégrer les services de santé locaux au sein d'une région géographique bien précise. Il permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région géographique de travailler ensemble pour cerner les priorités locales, planifier les services de santé et coordonner la prestation de ces derniers. Les limites du RLISS du Centre-Est englobent l'ensemble de la région de Durham, Kawartha Lakes, les Hautes terres de Haliburton, la majeure partie du comté de Northumberland et le comté de Peterborough. La région du Centre-Est renferme également une partie du district est de la ville de Toronto (les parties est de Warden, sud de Steeles, nord d'Eglinton et est de Victoria Park, sud d'Eglinton).

Exercice

Ces états financiers représentent les activités du RLISS du 2 juin 2005, date de constitution, au 31 mars 2006.

2. Principales conventions comptables

Présentation des états financiers

Les états financiers ont été préparés conformément aux conventions comptables pour les organismes sans but lucratif publiées par l'Institut canadien des comptables agréés et la comptabilisation des contributions restreintes suit la méthode du report.

Comptabilisation des recettes

Le financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée est constaté dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées. Les fonds affectés à des fins particulières non dépensés sont comptabilisés à titre de produit constaté d'avance.

Utilisation des estimations

La préparation des états financiers conformément aux principes comptables canadiens généralement reconnus oblige la direction à faire des estimations et des hypothèses qui influent sur les montants d'actif et de passif déclarés, la divulgation des éléments de passif et d'actif éventuels à la date des états financiers et les montants de revenus et de dépenses déclarés durant la période de référence. Les résultats réels peuvent être différents des estimations figurant dans les présents états financiers.

3. Immobilisations

Le bureau du RLISS conserve un registre des éléments d'actif achetés en son nom par le MSSLD. Ces éléments d'actif incluent :

- Propriétés à bail
(arrangées par la Société immobilière de l'Ontario)
- Meubles et équipement
- Logiciels et ordinateurs

Ces éléments d'actif ont été inscrits selon une valeur nominale de 1 \$, les paiements de ces éléments d'actif ayant été inclus dans les dépenses du MSSLD.

4. Comptes fournisseurs et charges à payer

Le MSSLD a enregistré des comptes fournisseurs et charges à payer totalisant 60 475 \$ dans ses livres au nom du RLISS, en date du 31 mars 2006. Ces dépenses sont incluses dans les montants déclarés à la note 5.

5. Dépenses

Toutes les dépenses d'exploitation autres que celles déclarées dans les résultats d'exploitation ont été approuvées et assumées par le MSSLD au nom du RLISS. Ces dépenses pour la période terminée le 31 mars 2006 sont les suivantes :

Salaires et avantages sociaux	74 360 \$
Installations/locaux	1 232 710
Services communs	42 126
Technologie de l'information	93 710
Autres dépenses	170 750
	1 613 656 \$

6. Garanties

- (i) Les RLISS sont assujettis aux dispositions de *la Loi sur l'administration financière*. Par conséquent, dans le cours normal de leurs activités, ils ne peuvent conclure des ententes prévoyant des indemnités en faveur de tiers, si ce n'est conformément à *la Loi sur l'administration financière* et à la directive sur l'indemnisation y afférente.
- (ii) Une indemnité a été versée directement à la directrice générale par le RLISS. Entre le 28 mars 2006 et le 31 mars 2006, les membres du conseil d'administration, les dirigeants et les employés du RLISS ont bénéficié de la protection de l'article 35 de la Loi.

7. Évolution de la situation financière

L'évolution de la situation financière n'est pas fournie puisque l'information qu'elle contiendrait est facilement déterminable à l'aide des états joints.

Membres du personnel

Marilyn Emery

Directrice générale

Nizar Ladak

Directeur principal du rendement,
des contrats et des affectations

James Meloche

Directeur principal de la planification,
de l'intégration et de la participation
communautaire

Musy Chan

Adjointe administrative

Leslie Dalliday

Directrice de bureau

Karen Landriault

Adjointe administrative

Karen O'Brien-Monaghan

Coordinatrice des consultations

Katie Cronin-Wood

Chef des communications

Jeanne Thomas

Conseillère en planification

Kate Reed

Conseillère en planification

John Lohrenz

Expert en aide à la décision



Dernière rangée (de gauche à droite) : Karen Landriault, Kate Reed, Karen O'Brien-Monaghan, John Lohrenz, Jeanne Thomas, Katie Cronin-Wood

Première rangée (de gauche à droite) : Leslie Dalliday, James Meloche, Marilyn Emery, Nizar Ladak, Musy Chan

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ
du Centre-Est

Conformément au mandat des RLISS, à savoir améliorer l'accès à des services de qualité pour les personnes et les collectivités de l'Ontario, le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Centre-Est établira des priorités et des plans locaux axés sur l'amélioration des services. Notre engagement et nos réalisations récentes permettent de confirmer que ces plans et priorités reposeront sur un processus de consultation englobant et transparent et sur une collaboration qui mettra à contribution les personnes, les connaissances et les ressources actuelles et futures de notre collectivité. Si vous désirez en savoir davantage sur le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est, veuillez communiquer avec nous à l'adresse suivante :

Téléphone :

905 427-5497
1 866 804-5446

Adresse :

Harwood Plaza
314, avenue Harwood Sud, bureau 204A
Ajax (Ontario) L1S 2J1

Site Web :

www.centraleastlhins.on.ca

Adresse de courriel :

centraleast@lhins.on.ca