



De la planification à l'action

Des communautés impliquées. Des communautés en santé.

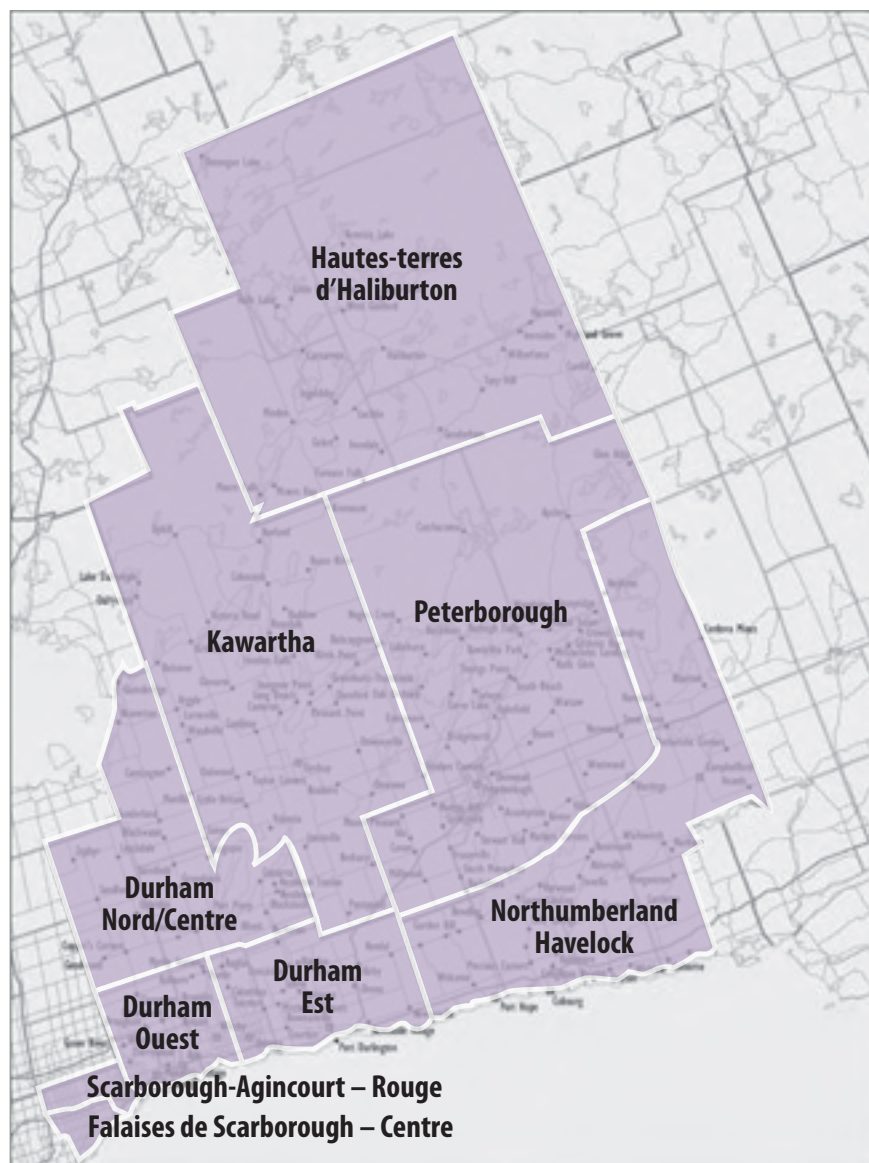
RLISS du Centre - Est Rapport annuel 2007-2008



Ontario

Réseau local d'intégration
des services de santé

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE-EST (9)



La loi sur les réseaux locaux d'intégration des services santé (Local Health Services Integration Act), votée en mars 2006, vise à établir un réseau de santé intégré pour améliorer la santé des Ontariens en leur offrant, par l'entremise de réseaux locaux d'intégration des services santé (RLISS), un meilleur accès à des services de santé de qualité, à des soins de santé coordonnés et à une gestion efficace et efficiente du réseau local. Les RLISS ont la responsabilité de planifier, d'intégrer et de financer les fournisseurs de soins de santé (hôpitaux, maisons de soins de longue durée, centres de santé communautaire, centres d'accès aux soins communautaires et agences de santé mentale et de traitement de toxicomanie) de leur région. Depuis le 1^{er} avril 2007, les RLISS ont le pouvoir et la responsabilité de financer leurs fournisseurs. Ce Rapport annuel est le premier qu'ils publient depuis l'attribution de ce mandat.

Pour de plus amples renseignements au sujet des RLISS et pour consulter notre foire aux stions, veuillez consulter notre site Web au www.lhins.on.ca.

MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DE LA CHEF DE DIRECTION

Le 1^{er} avril 2007, les RLISS ont reçu du ministère de la Santé et des Soins de longue durée le pouvoir et la responsabilité de gérer le financement des services de santé locaux. Comme c'est généralement le cas lors du réaménagement des pouvoirs gouvernementaux et ministériels, le public et les fournisseurs des services de santé n'ont pas expérimenté de changements majeurs en ce qui concerne la prestation des soins. Pour le RLISS, la transformation du système de santé local est un processus en constante évolution, et non une révolution.

Au cours de la dernière année, l'équipe du RLISS du Centre-Est a travaillé de concert avec les fournisseurs de services de santé pour satisfaire aux besoins du public en ce qui concerne :

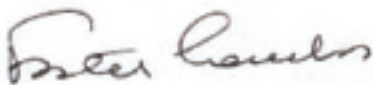
- l'intégration accrue et l'amélioration de la coordination des services;
- la localisation de la prise des décisions relatives au financement et à la répartition de fonds;
- un accent accru sur la planification du système de santé local;
- la promotion de l'engagement communautaire; et
- la responsabilisation accrue.

Les conseils d'administration des fournisseurs de services de santé étant demeurés les mêmes, le public est en droit de s'attendre à ce que l'atteinte de ces objectifs passe par la direction du RLISS du Centre-Est, avec l'aide des fournisseurs de son territoire. Les attentes du public vis-à-vis de la responsabilisation, de la coordination et de la mobilisation communautaire relatives à la prise des décisions sur la prestation des services de santé locaux sont autant celles du public que du RLISS. Le temps est venu de nous donner le moyen de changer et d'optimiser la portée du mandat conféré au RLISS pour éliminer les entraves à notre capacité d'améliorer les services et les soins offerts à nos patients, à nos résidents et à leurs familles. L'annonce du mandat d'intégration offert aux RLISS a suscité des préoccupations et des craintes. Nous espérons que nos fournisseurs de services de santé ont été rassurés par l'engagement du RLISS envers la transparence et la responsabilisation fondée sur la concertation, et non la division. Nous sommes profondément reconnaissants envers nos fournisseurs pour leur soutien à l'innovation et à la qualité des services de santé et nous avons bien l'intention de concrétiser cette reconnaissance.

Nos actions et nos plans ont démontré notre volonté de mobiliser nos collectivités pour garantir l'équité de l'accès à un système de santé parfaitement intégré à travers le RLISS. Comme le confirment toutes les offres de soutien que nous avons reçu du public et des fournisseurs de services de santé pendant la dernière année. Nos pairs ont eux-aussi reconnu notre sens de l'innovation et notre détermination à faire avancer les choses.

Tout cela est encourageant, mais ne doit pas nous faire perdre de vue le mandat fondamental du RLISS, qui consiste à rapprocher les fournisseurs de services de santé subventionnés et les intervenants concernés en un réseau apte à satisfaire aux attentes du public pour le système de santé public. De plus, cela ne doit pas nous distraire du rôle important joué par le conseil d'administration et le personnel du RLISS, qui consiste à promouvoir la concertation pour assurer le décroisement de nos services de santé. À cette fin, le RLISS mise sur le pouvoir accru qui découle de l'intégration des compétences et des ressources collectives. Voilà l'approche directrice que vous êtes en droit d'exiger de votre RLISS.

La confiance d'abord et avant tout! Merci.

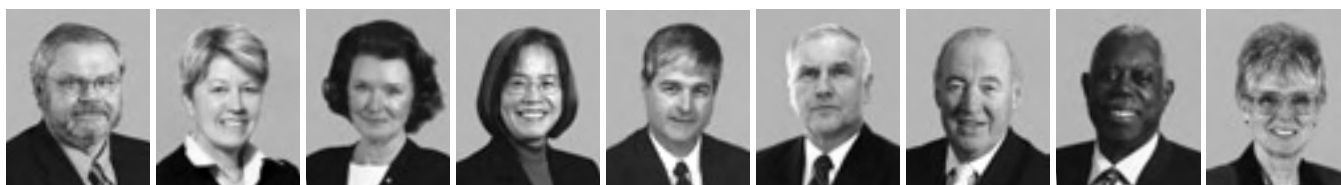


Foster Loucks,
Président



Deborah Hammons,
Chef de la direction

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



Foster Loucks

Durée du mandat : Du 1^{er} juin 2005 au 31 mai 2008

Joseline Sikorski

Durée du mandat : Du 1^{er} juin 2005 au 31 mai 2008

Jean Achmatowicz MacLeod

Durée du mandat : Du 1^{er} juin 2005 au 31 mai 2008

Novina Wong

Durée du mandat : Du 5 janvier 2006 au 4 février 2007
Reconduit : Du 5 février 2007 au 4 février 2010

Stephen Kylie

Durée du mandat : Du 1^{er} mars 2006 au 29 février 2008
Reconduit : Du 1^{er} mars 2008 au 28 février 2011

Dr. Alexander Hukowich

Durée du mandat : Du 17 mai 2006 au 16 juin 2007
Reconduit : Du 17 juin 2007 au 16 juin 2010

William Glead

Durée du mandat : Du 17 mai 2006 au 16 juin 2007
Reconduit : Du 17 juin 2007 au 16 juin 2010

Ronald Francis

Durée du mandat : Du 17 mai 2006 au 16 mai 2008

Eva Nichols

Durée du mandat : Du 5 janvier 2006 au 4 février 2008
Reconduit : 5 janvier 2008
Démission : 10 février 2008
(Démission approuvée et mandat révoqué en conseil le 19 mars 2008)



INTRODUCTION

Une stratégie pour renforcer votre système de soins de santé et contribuer à l'amélioration de votre santé

Depuis sa création, le RLISS du Centre-Est travaille en collaboration avec ses résidents, ses soignants et ses fournisseurs de services de santé, ainsi que le gouvernement provincial et les autres réseaux locaux d'intégration des services de santé à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'une stratégie locale qui contribue non seulement à améliorer le système de santé publique, mais également à préserver votre santé et celle de votre famille tout en vous rapprochant le plus possible des services de santé dont vous avez besoin..

Pendant l'année 2007-2008, le RLISS du Centre-Est a poursuivi l'intégration de ses nouvelles fonctions de gestionnaire du système de santé local. La première année (2006-2007) a été consacrée aux activités de mobilisation communautaire et de planification qui ont mené à l'élaboration du premier plan de services de santé intégrés (PSSI) du RLISS du Centre-Est.

La préparation de ce plan de services de santé intégrés, axé sur la masse des commentaires et recommandations recueillis afin de refléter les besoins prioritaires de nos collectivités, a été réalisée de concert par le RLISS du Centre-Est et les fournisseurs de services de santé locaux. Les fondements législatifs et politiques de cette entreprise de coordination et d'intégration sont énoncés dans la *Loi sur l'intégration du système de santé local*, qui précise également les attentes vis-à-vis des RLISS et des fournisseurs des services de santé. En vertu de cette nouvelle Loi, les fournisseurs de services de santé locaux doivent :

- harmoniser leur planification stratégique et des services avec le cadre global du RLISS, avec des références précises aux priorités relevées dans le plan de services de santé intégrés;
- participer aux actions de planification du RLISS et apporter les commentaires et les renseignements nécessaires à l'élaboration des plans du RLISS;
- rechercher des possibilités d'intégration et apporter des améliorations permanentes à l'intégration, la coordination et la qualité des services; et
- mettre en oeuvre les orientations d'intégration prévues par les ententes de responsabilisation passées avec le RLISS.

Pour aider le RLISS et les fournisseurs de services de santé locaux à satisfaire aux attentes en matière de qualité, de responsabilisation, de transparence et de cohérence, le RLISS du Centre-Est a poursuivi l'élaboration de la politique et des orientations stratégiques locales, ainsi que des outils de soutien à l'intégration et du processus de prise de décision. Pendant 2007-2008, nous avons progressé à ce chapitre, avec, notamment l'élaboration des orientations stratégiques du RLISS du Centre-Est, la rédaction du document de travail sur le cadre pour la prise de décision et la préparation des ententes de responsabilisation.

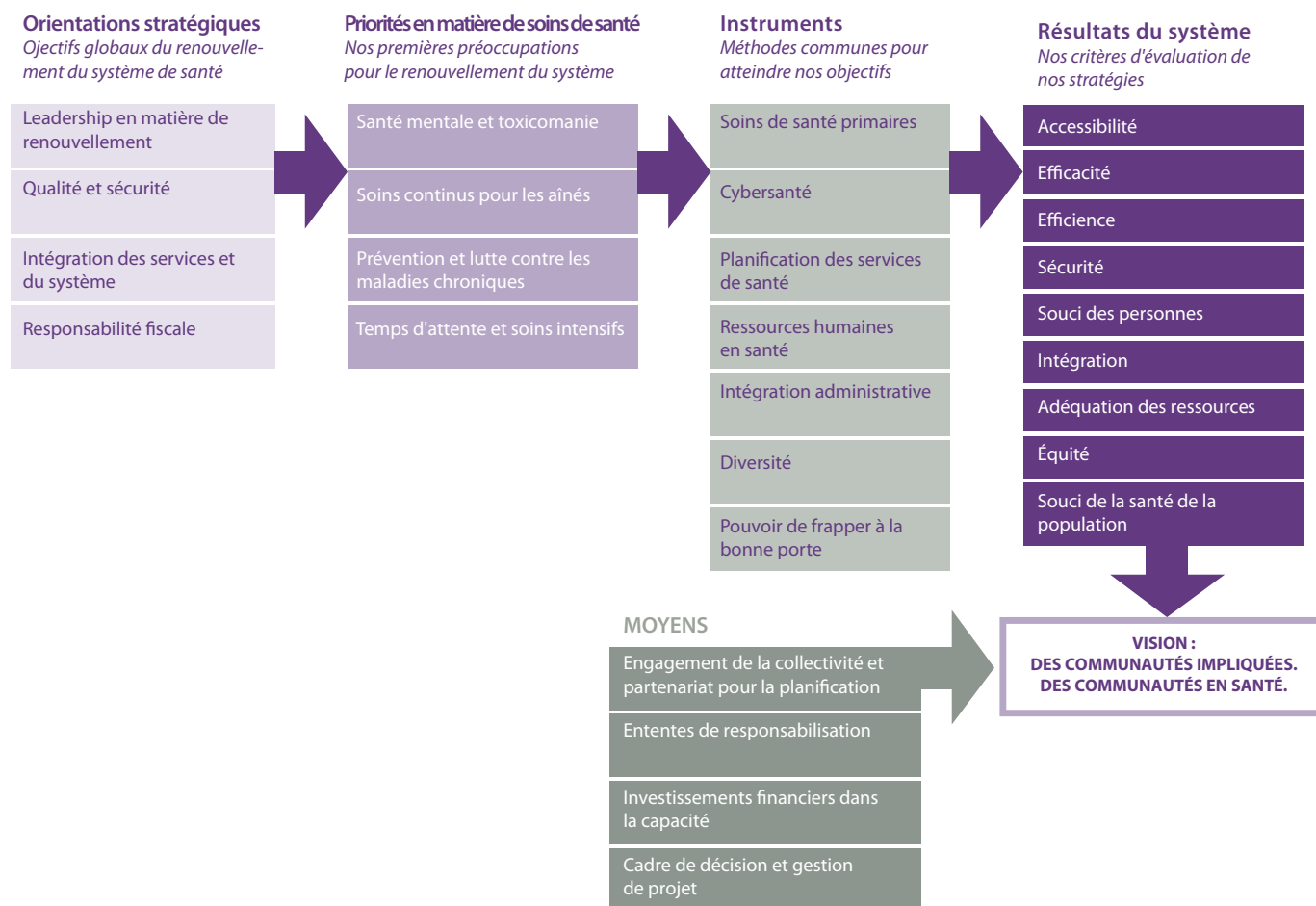
Le tableau à la prochaine page donne un aperçu des documents clés préparés par le RLISS du Centre-Est sur la prise de décision et la responsabilisation, en indiquant les sources permettant de se procurer plus d'information.

Politique et responsabilisation	Description	Objet
Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS (ARMR) 2007-2008 http://www.centraleastlin.on.ca/Page.aspx?id=132	Définit les responsabilités mutuelles, les objectifs de rendement et les mécanismes de financement entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le RLISS du C.-E.	Axé sur l'harmonisation et la cohérence entre les objectifs, rôles et responsabilités du RLISS du C.-E. et du gouvernement provincial.
Vision du RLISS du Centre-Est http://www.centraleastlin.on.ca/Page.aspx?id=2538&ekmense=e2f22c9a_72_184_2538_1	« Des communautés impliquées. Des communautés en santé. » Définit l'objectif à long terme de l'organisation du RLISS de C.-E. Présente la version préliminaire du plan de services de santé intégrés (2006).	Axé sur l'harmonisation des buts et objectifs du RLISS du C.-E. pour le système de santé local.
Orientations stratégiques du RLISS du Centre-Est http://www.centraleastlin.on.ca/Page.aspx?id=2540&ekmense=e2f22c9a_72_184_2540_2	Donne une vue d'ensemble des orientations stratégiques pour l'organisation du RLISS du C.-O, et pour l'ensemble de son territoire relativement aux quatre zones de priorité : • leadership en matière de renouvellement, • intégration des services et du système, • sécurité et qualité, et • responsabilité fiscale. Approuvé par le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est en août 2007.	
Plan de services de santé intégrés du RLISS du Centre-Est http://www.centraleastlin.on.ca/IntegratedHealthServicePlan.aspx?ekmense=e2f22c9a_72_204_btnlink	Définit les priorités en matière de soins de santé, les priorités du changement, les instruments communs, les résultats du système , les plans d'action et le cadre de gestion du rendement. Date de publication : novembre 2006	
Cadre de mobilisation communautaire et de planification de la santé locale du RLISS du Centre-Est http://www.centraleastlin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Integrated_Health_Service_Plan/Framework.pdf	Définit les buts, objectifs et processus de mobilisation communautaire du RLISS du C.-E. Présente les partenariats de planification du RLISS du C.-E. (p. ex., les équipes, les réseaux d'intérêt pour la santé à l'échelle du RLISS et les groupes de travail). Date de publication : mars 2006	Axé sur le soutien des attentes du RLISS du C.-E. quant à la transparence, à l'objectivité et à l'approche coopérative de la prise de décision.
Cadre pour la prise de décision du Decision Making Framework (document de travail) http://www.centraleastlin.on.ca/Page.aspx?id=94&ekmense=e2f22c9a_72_206_94_2	Aider les décideurs du RLISS à prendre des décisions éclairées relativement aux demandes de fonds et aux propositions d'innovation et d'intégration. Aider les fournisseurs de services de santé à évaluer le bien-fondé de leurs demandes de fonds et de leurs propositions d'innovation et d'intégration. Publication : août 2007	
Soutien à la gestion du RLISS du Centre-Est	• Bureau de gestion de projet • Préproposition d'amélioration du système de santé (PASS)	

Le 1^{er} avril 2007, les RLISS ont reçu du ministère de la Santé et des Soins de longue durée le pouvoir et la responsabilité de gérer le financement des services de santé locaux. Ce mandat englobe la négociation d'**ententes de responsabilisation** avec les fournisseurs de services de santé locaux, ce qui a nécessité la mise en oeuvre d'un processus continu de gestion et d'évaluation du rendement financier des fournisseurs. Pour être admissible à recevoir des fonds du RLISS, tout fournisseur de services de santé doit conclure une telle entente de responsabilisation avec le RLISS.

La **carte stratégique** ci-dessous donne une vue d'ensemble de nos orientations stratégiques, des priorités et des instruments de notre PSSI en matière de soins de santé, et des outils intégrés qui contribueront à la concrétisation de notre vision et à l'atteinte des résultats cibles pour notre système de santé local.

La **carte stratégique**, révisée en 2007-2008, comprend maintenant les orientations stratégiques du RLISS du Centre-Est ainsi que les données récentes sur lesquelles sont fondées nos stratégies de réponse aux besoins du système de santé.

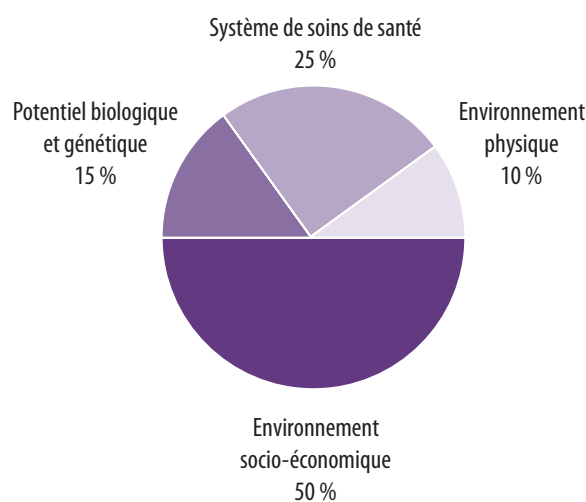


PROFIL DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE

Facteurs sociaux déterminants de la santé

Les facteurs sociaux déterminants de la santé (p. ex., le revenu, l'instruction et l'environnement social) ont des répercussions significatives sur le développement de la maladie et le fardeau qui en découle pour le patient et sa famille¹. Le manque de soutien social, l'exclusion sociale, un environnement insalubre ou pollué contribuent à la détérioration de l'état de santé². D'autres facteurs, tels que le sexe, la culture, le statut social et l'origine ethnique, peuvent créer des inégalités sociales, des obstacles à l'accès aux services et un risque accru de développement de troubles de santé et de maladies¹. Plusieurs facteurs, dont un revenu suffisant, un logement sécuritaire et abordable et l'accès au transport à coût abordable, contribuent non seulement à préserver la santé, mais ont aussi des répercussions significatives sur la gestion des soins de santé, puisqu'ils déterminent la capacité et l'efficacité de la prise en charge de la maladie par le patient. Un système de soins de santé efficace doit intégrer des stratégies de promotion de la santé et du bien-être qui tiennent compte des facteurs déterminants de la santé.

Tiré de l'analyse de l'impact des déterminants de la santé sur l'état de santé de la population



Source : Le MSSLD (tiré d'un exposé de Keast intitulé « *Estimated Impact of Determinants of Health on the Health Status of the Population* », présenté en avril 2006.

¹ Plan de services de santé intégrés, novembre 2006

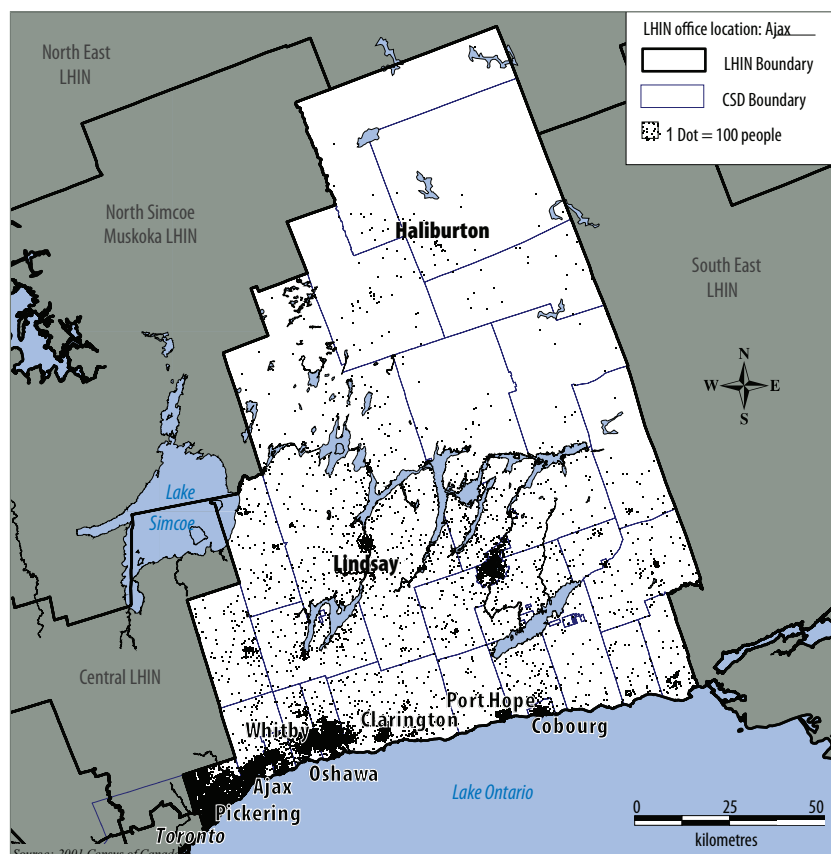
² Les maladies chroniques en Ontario et au Canada

Caractéristiques socio-démographiques

	CENTRE-EST	ONTARIO	Pour l'ensemble du RLSS
Population totale (2006) [†]	1 484 300	12 687 000	238 000 - 1 604 900
Population des personnes âgées de 65 ans ou plus (2006) [†]	13,2 %	12,9 %	9,0 - 16,7 %
Population déclarant l'anglais comme langue maternelle	74,5 %	71,9 %	55,7 - 92,2 %
Population déclarant le français comme langue maternelle	1,5 %	4,7 %	1,2 - 25,1 %
Population d'immigrants	32,0 %	26,8 %	6,4 - 45,7 %
Population d'immigrants récents (1996-2001)	5,7 %	4,8 %	0,3 - 9,7 %
Population des personnes issues de minorités visibles	30,2 %	19,1 %	1,3 - 38,8 %
Population d'identité autochtone	0,9 %	1,7 %	0,3 - 13,9 %
Taux d'activité (% de la population des personnes qui travaillent) (15 ans ou plus)	66,3 %	67,3 %	60,0 - 72,0 %
Taux de chômage (15 ans ou plus)	6,7 %	6,1 %	5,0 - 9,8 %
Population des unités à faible revenu	14,8 %	14,4 %	10,0 - 22,3 %
Familles monoparentales (avec enfants)	24,4 %	23,4 %	19,4 - 30,0 %
Population (20 ans ou plus) ne détenant pas la 9e année	7,7 %	8,7 %	6,3 - 12,0 %
Population (20 ans ou plus) ne détenant pas le diplôme d'études secondaires	26,5 %	25,7 %	19,2 - 33,4 %
Population (20 ans ou plus) ayant effectué une formation post-secondaire	46,2 %	48,7 %	42,4 - 55,8 %

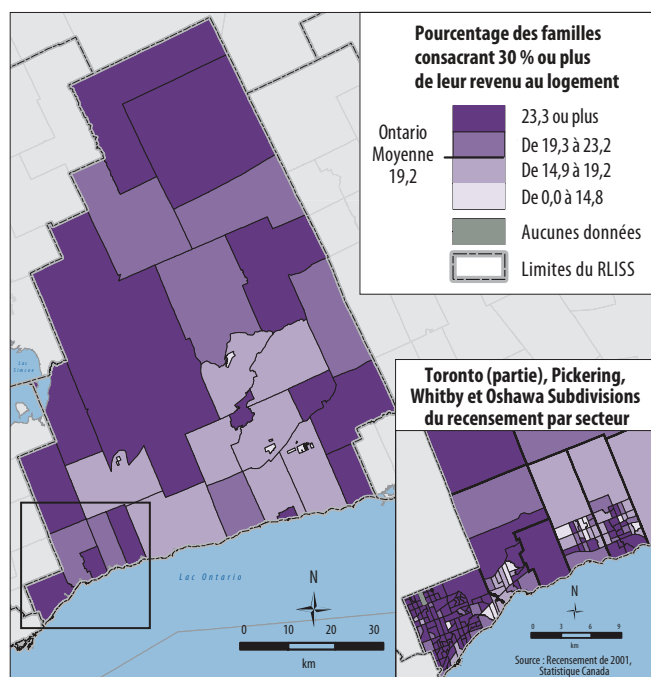
Source : [†] Prévisions démographiques de 2006. MSSLD, Provincial Health Planning Database. Autres indicateurs : Recensement de 2001 du Canada.

Carte de la population



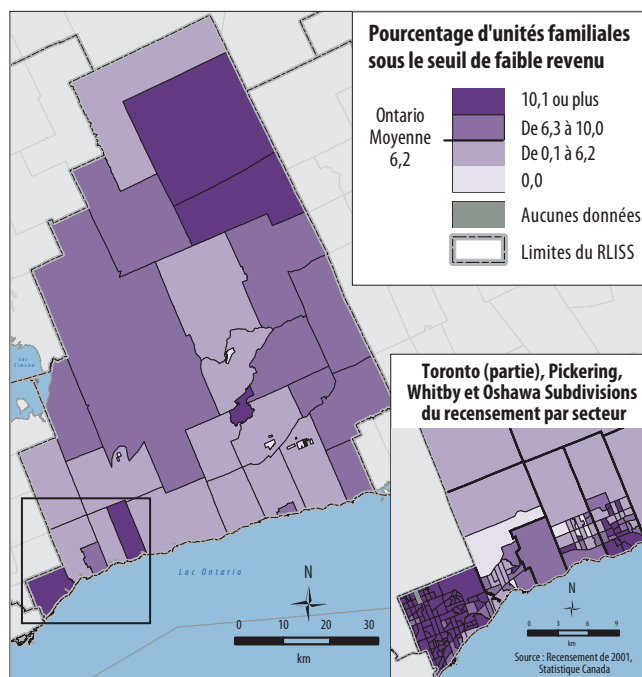
Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Projet d'intelligence de système de santé

% des familles consacrant 30 % ou plus de leur revenu au logement



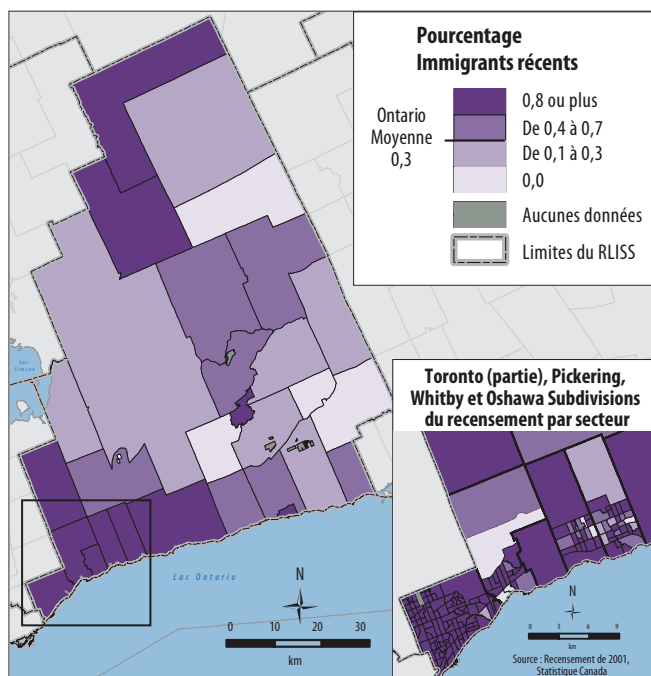
Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Projet d'intelligence de système de santé

% d'unités familiales sous le seuil de faible revenu



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Projet d'intelligence de système de santé

% d'immigrants récents



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Projet d'intelligence de système de santé



LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE EST LE MOTEUR DU RLISS DU CENTRE-EST

Pour mener ses activités à bien, le RLISS du Centre-Est bénéficie de l'engagement, des connaissances et de la passion des centaines de personnes contribuant à ses partenariats de planification. Ces partenariats, créés à la suite de la publication du Cadre de mobilisation communautaire et de planification de la santé locale du RLISS du Centre-Est, comprennent les **réseaux d'intérêt pour la santé à l'échelle du RLISS, les équipes locales de planification et de mobilisation** et des groupes de travail **s'intéressant à des sujets précis**.

Équipes locales de planification et de mobilisation (9)

Les équipes locales (ou groupes consultatifs locaux) sont constituées de neuf à 15 personnes qui fournissent ou reçoivent des services de santé dans une communauté donnée. Ensemble, ces équipes représentent le continuum des services de santé, avec des membres représentant les soins primaires, les hôpitaux, les services communautaires, les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, les soins de longue durée, les médecins et les pharmaciens. Les résidents intéressés par le système des services de santé peuvent également participer.

Réseaux d'intérêt pour la santé à l'échelle du RLISS (3)

Tout comme les équipes de bénévoles, les membres des réseaux illustrent le continuum des services de santé. À la différence des équipes de bénévoles, cependant, les réseaux rassemblent des équipes provenant de tout le RLISS et concentrées chacune sur une priorité précise du PSSI. Pour la plupart, les réseaux génèrent les orientations stratégiques qui permettront d'améliorer l'intégration des services et la qualité des soins pour leurs communautés prioritaires.

Les réseaux sont orientés par un comité directeur de 12 à 15 membres ayant des intérêts et des compétences en lien avec la priorité en question. Le comité d'organisation, qui constitue dans les faits une communauté d'intérêts, sert de liaison entre le RLISS et le réseau étendu. La taille du réseau étendu n'est assujettie à aucune limite.

Groupes de travail

Les groupes de travail ont pour tâche de définir les priorités et les occasions d'intégration communes entre les réseaux (c.-à-d. les secteurs prioritaires) et les équipes locales. Ils sont constitués d'experts des sujets d'étude qui leur ont été attribués provenant de l'ensemble du territoire du RLISS du Centre-Est. Le groupe de travail sur les soins primaires, par exemple, est formé de médecins, d'infirmières et des autres professionnels de la santé responsables de la prestation des soins primaires, lesquels sont, à ce titre, nos meilleurs experts en ce qui concerne ce secteur prioritaire. En 2007-08, plus de 74 experts des soins de santé ont pris part aux discussions et aux travaux des groupes de travail.

Le nombre d'experts désireux de contribuer au renouvellement du système de santé a continué de croître pendant l'année 2007-2008, donnant lieu à la création des nouveaux groupes de travail ci-dessous, suivant les lignes directrices établies dans notre plan de services de santé :

- le groupe de travail sur le rendement du service d'urgence;
- le groupe de travail sur la prestation d'un autre niveau de soins;
- le groupe de travail sur les services de réadaptation;
- le groupe de travail sur les soins primaires; et
- le comité d'organisation de la cybersanté.

Le premier symposium annuel du RLISS du Centre-Est : de la planification à l'action!

En juin 2007, le RLISS du Centre-Est a invité tous les partenaires de planification, résidents et fournisseurs de services de santé de sa région à participer à un symposium intitulé « De la planification à l'action ». Cette rencontre, d'une durée de trois jours, a eu lieu à l'Institut universitaire de technologie de l'Ontario, à Oshawa. Le symposium s'est révélé une réussite, avec plus de trois cents personnes présentes lors de la soirée d'ouverture. Les deux journées suivantes, plus de deux cents partenaires bénévoles ont assisté aux ateliers et aux réunions de planification. Ces

ateliers visaient non seulement à procurer à nos partenaires de planification de l'information et de nouveaux outils utiles, mais aussi à solliciter leur participation à la définition des priorités pour la prochaine année.

On leur a notamment demandé leur avis sur l'ordre de priorité à respecter pour la mise en oeuvre des activités prévues dans le plan de services de santé intégrés. Toutes les activités du PSSI étant prioritaires, puisque répondant directement aux besoins exprimés par le public, l'ordre de priorité a été fondé non sur les points de vue personnels des participants, mais plutôt sur leurs compétences et leurs capacités. En d'autres mots, qui est prêt à prendre la direction des opérations? Qui est prêt à participer à la mise en oeuvre? Cet exercice d'établissement de l'ordre de priorité fondé sur la mobilisation a donné lieu à l'élaboration des chartes des premiers projets prioritaires subventionnés par le Fonds des initiatives prioritaires urgentes du RLISS du Centre-Est.

« Ma participation aux trois journées du symposium m'a convaincu de la valeur et de l'efficacité de l'approche stratégique choisie par le RLISS pour la création d'un nouveau système de santé intégré et axé sur la transparence. » Un participant au symposium

Le sommaire des réalisations et des activités prévues dans les chartes et des activités prévues dans les chartes des projets prioritaires des partenaires de planification figure ci-dessous, sous le titre « Avancement de la mise en oeuvre de notre plan de services de santé intégrés ».

Mobilisation des collectivités francophones et autochtones

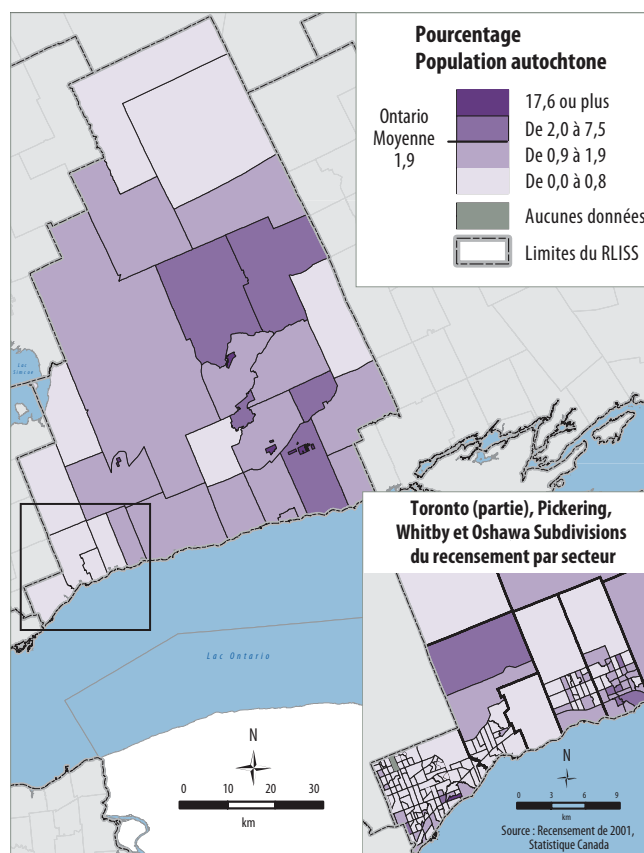
Reconnaissant la diversité de son héritage culturel et social, le RLISS du Centre-Est poursuit son exploration des meilleures approches de mobilisation de ses collectivités francophone et autochtone.

Le personnel du RLISS du Centre-Est est représenté au sein du Comité de planification et de soutien des services de santé en français de la grande région de Toronto. Ce comité, constitué de représentants des cinq RLISS, de fournisseurs de services de santé locaux et de planificateurs de la RGT, oeuvre à améliorer la coordination et l'accès des services de santé en français. Le RLISS du Centre-Est a de plus prévu dans son plan de services de santé intégré la création d'une équipe de planification des services de santé en français. Ce nouveau partenariat de planification fera appel aux connaissances et à l'expertise de membres provenant de l'ensemble du territoire du RLISS du Centre-Est pour identifier les priorités et les occasions d'intégration locales. Cette équipe, dont le processus de création a débuté en 2007-2008, sera formée au cours de l'année qui vient.

Le RLISS du Centre-Est a utilisé une approche semblable pour approfondir ses liens avec les collectivités des Premières nations et autochtones et les inciter à prendre part au processus de planification coopérative. Le personnel du RLISS du Centre-Est a rencontré les dirigeants autochtones locaux pour discuter de l'intérêt de former un « conseil de la santé » autochtone, dont le mandat serait élaboré en large partie par des membres de leurs collectivités afin d'intégrer les valeurs culturelles, linguistiques et spirituelles, ainsi que les traditions distinctives des collectivités autochtones sur la guérison. Le RLISS du Centre-Est dispose de nouveaux fonds provinciaux pour la mise en oeuvre de ces projets.

En l'absence de mécanismes formels de mobilisation communautaire, le RLISS du Centre-Est continue d'explorer de nouvelles méthodes d'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les collectivités autochtones. Cela comprend notamment le nouveau **Programme d'intervention précoce et de sensibilisation vis-à-vis de la néphropathie chronique**. Subventionné par le Fonds des initiatives prioritaires urgentes du RLISS et administré par le Centre régional de santé de Peterborough, ce programme a pour but d'identifier les populations à risque pour la néphropathie, en s'intéressant particulièrement à la Première nation de Curve Lake.

% de la population autochtone



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Projet d'intelligence de système de santé*



AVANCEMENT DU PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS DU RLISS DU CENTRE-EST

Priorités en matière de soins de santé

Soins continus pour les aînés

Mobilisation communautaire

Comité d'organisation : 13 membres

Appartenance au réseau : 180 membres ou organismes.

Activités

Cette année a été riche sur le plan de l'amélioration des soins aux aînés du Centre-Est et des services de soutien destinés à leurs soignants!

Le comité directeur du réseau, sous la direction du Dr John Peto (Rouge Valley Health System) a élaboré un document de travail sur le cadre de planification des services aux aînés, lequel a été adopté comme modèle par les comités directeurs sur la prévention des maladies chroniques et sur les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. Cela est un parfait exemple de la synergie associée à la communauté d'intérêts au sein du réseau.

Invités à définir l'ordre de priorité de mise en oeuvre des activités prévues dans le plan des services de santé intégrés (PSSI) du RLISS, les représentants de nos collectivités ont convenu de l'urgence d'améliorer les services et les soins destinés aux aînés. Nos collectivités insistent particulièrement sur l'amélioration de l'accès aux services de soutien communautaire, au soutien aux soignants, à l'hébergement avec services de soutien et aux services de transport. Le RLISS et ses partenaires de planification de la communauté ont élaboré de concert les chartes de ces initiatives urgentes et d'autres projets prioritaires définis par le PSSI.

À l'automne, ils ont appris de l'honorable George Smitherman, ministre de la Santé et des Soins de longue durée, qu'ils pouvaient compter sur un soutien accru de la part du gouvernement avec la mise en oeuvre de la stratégie « **Vieillir chez soi** ». Cette stratégie a été conçue pour aider les personnes âgées à rester en bonne santé et continuer à vivre chez elles de manière autonome et digne le plus longtemps possible. Dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi, le RLISS du Centre-Est investira 20 millions de dollars dans les services de soutien communautaire destinés aux aînés et à leurs soignants au cours des trois prochaines années. La première année, des fonds de 4,6 millions de dollars seront consacrés à l'amélioration de trois des secteurs d'intervention énumérés ci-dessus, soit : les services communautaires de soutien, le soutien aux soignants et l'hébergement avec services de soutien. Le RLISS se réjouit non seulement des améliorations qui seront apportées grâce à la nouvelle subvention gouvernementale, mais également de leur portée et de leur efficacité optimisées par la volonté de coopération et le sens de l'innovation de ses partenaires.

Réalisations

Le RLISS du Centre-Est félicite l'équipe du projet sur la **gestion des urgences gériatriques (GUG)** du RLISS. Grâce à une subvention obtenue dans **“le cadre de la stratégie provinciale pour le soutien à la réduction des temps d'attente”**, cette équipe a recruté, embauché et formé cinq infirmières spécialisées dans les GUG, qui ont été affectées aux cinq services d'urgence du Centre-Est! Ce projet, l'un des premiers exemples du considérable pouvoir de la coopération, est la pierre angulaire de l'amélioration du système des soins gériatriques du RLISS. La gestion de ce projet a été assurée en étroite collaboration avec l'équipe du Programme gériatrique régional de Toronto. Bien que leur entrée en fonction soit très récente, les infirmières GUG des services d'urgence des hôpitaux du Centre-Est ont déjà évalué 800 aînés en perte d'autonomie en 2007-08.

Autres projets de soins continus pour les aînés et projets Vieillir chez soi mis en oeuvre en 2007-08 :

Pour le secteur prioritaire de l'hébergement avec service de soutien :

- élaboration d'un répertoire en ligne des ressources d'hébergement avec service de soutien disponibles dans le Centre-Est;
- recherche, exploration et recommandations des meilleurs modèles et pratiques en matière d'hébergement avec service de soutien;
- élaboration d'une méthode équitable, transparente et soutenable de sélection des sites de mise en oeuvre de nouvelles ressources ou d'amélioration des ressources existantes en matière d'hébergement avec service de soutien dans le RLISS du Centre-Est;
- identification des obstacles et élaboration des solutions éventuelles pour la prise en charge des besoins d'hébergement avec service de soutien;
- exploration, documentation et recommandations sur les meilleures pratiques et approches pour l'intégration axée sur le client des ressources de prise en charge et d'évaluation des besoins en matière d'hébergement avec service de soutien;

- élaboration d'un mécanisme de partage collaboratif de l'information sur les ressources, les occasions de formation et les meilleurs modèles et pratiques entre les fournisseurs d'hébergement avec service de soutien; et
- sensibilisation accrue à l'importance de l'hébergement avec service de soutien en tant que composante clé du continuum des soins.

Pour le secteur prioritaire des services de soutien communautaire :

- évaluation de l'infrastructure et des ressources actuelles des services de soutien communautaire (ce que nous avons et ce dont nous avons besoin);
- élaboration de recommandations sur les investissements prioritaires dans l'infrastructure des services communautaires (ISC), selon la zone géographique et le type de service;
- identification des obstacles et des occasions d'investissement pour l'amélioration de l'ISC, y compris les initiatives novatrices;
- recommandation de stratégies pour l'amélioration de l'intégration de l'ISC et des systèmes étendus des services et des ressources humaines en santé.

Pour le secteur prioritaire du soutien aux soignants :

- élaboration des lignes directrices sur les investissements pour le renforcement du système de services de soutien aux soignants du RLISS du C.-E., y compris une analyse des meilleures pratiques (au sein des organismes et dans la documentation spécialisée) la conception d'un processus d'évaluation; et
- conception et mise en oeuvre d'un programme pilote de soutien spécifique aux soignants pour l'aide aux soignants aux prises avec des cas particulièrement complexes et exigeants.

Pour le secteur prioritaire du transport en milieu rural :

- réalisation d'une étude de l'environnement des services de transport en milieu rural offerts par les cinq centres d'accès aux soins communautaires du Centre-Est et d'une évaluation des meilleurs modèles utilisés dans les autres régions de l'Ontario.

Pour le secteur prioritaire du programme Home at Last dans le RLISS du Centre-Est :

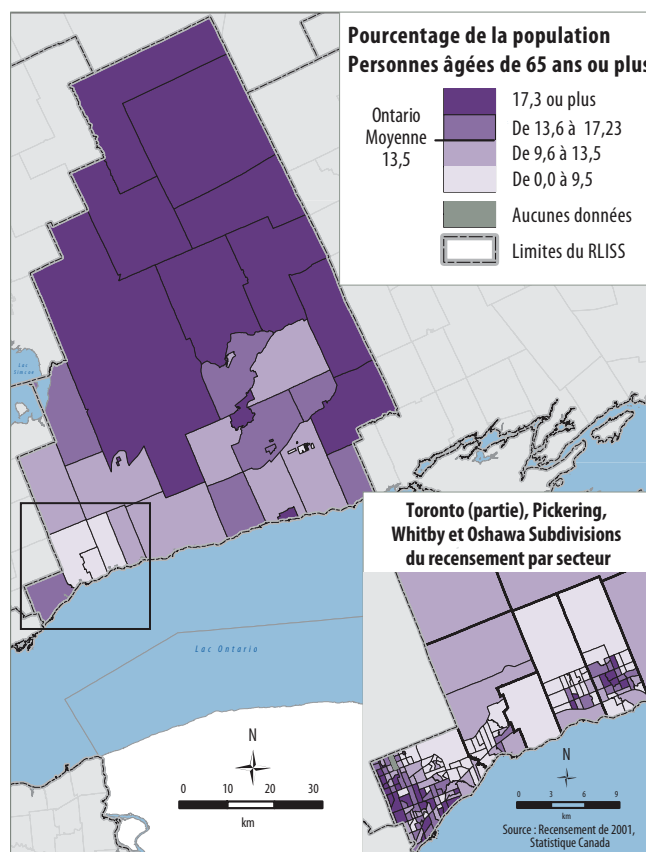
- mise en oeuvre d'un programme assurant le retour et la réintégration sécuritaires des personnes âgées en perte d'autonomie et autres personnes vulnérables ou vivant seules dans leurs collectivités; intégration du programme de transport et de réintégration lors de la sortie de l'hôpital; accès à des services intégrés et personnalisés en fonction des besoins spécifiques du client et de sa famille, ce qui peut comprendre le transport de retour à la maison, l'assistance d'un préposé aux services de soutien à la personne pour le ramassage des médicaments à la pharmacie, l'installation sécuritaire du client lors du retour à la maison, de l'aide à la préparation des repas et à l'entretien domestique, des évaluations de la sécurité à la maison et un appel téléphonique de suivi pendant la semaine suivant la réintégration.

Le 24 août 2007

le RLISS du Centre-Est a approuvé 42 nouveaux environnements d'hébergement avec service de soutien à Peterborough.

Le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a approuvé le financement 42 nouveaux environnements d'aide à la vie autonome à Peterborough, dans le cadre du réaménagement de Peter et de Marycrest.

Pourcentage des personnes âgées de 65 ans ou plus



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Projet d'intelligence de système de santé

Priorités en matière de soins de santé

Prévention et la gestion des maladies chroniques

Mobilisation communautaire

Comité d'organisation : 15 membres

Appartenance au réseau : 80 membres ou organismes

Faits saillants sur les maladies chroniques

Pour l'ensemble de la population du RLISS du Centre-Est, les maladies chroniques que sont le cancer, le diabète, la dépression, la maladie cardiaque, l'hypertension, l'AVC, l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive et l'arthrite, sont associées à

- un départ de l'hôpital sur quatre de tous les malades hospitalisés;
- une consultation sur dix auprès des services d'urgence;
- une consultation sur cinq auprès des médecins généralistes ou des médecins de famille;

36 % de tous les résidents du RLISS du Centre-Est souffrent d'une des maladies chroniques ci-dessus. L'arthrite et l'hypertension viennent en première position.

Activités

L'énoncé de la mission du réseau PLCMC est fondé sur un message clair : « Ensemble, nous créerons un système qui favorise la promotion de la santé, ainsi que la prévention et la gestion des maladies chroniques par le biais de la planification coordonnée, de la prestation fondée sur les meilleures pratiques et de l'amélioration continue ». Parmi les maladies chroniques cibles du réseau, on retrouve la maladie vasculaire, l'AVC, la néphropathie, le diabète, l'arthrite et la maladie respiratoire.

Le comité directeur du réseau, qui comprend 15 membres, est coprésidé par le Dr George Buldo, néphrologue (Lakeridge Health Corporation) et le Dr Don Harterre, médecin en chef (Équipe de santé de famille de Peterborough). Le réseau compte actuellement 80 membres (organismes et personnes), ce qui lui donne une perspective élargie de la PGMC, tant du point de vue des utilisateurs et des fournisseurs de services, que des pharmaciens et des spécialistes des services récréatifs et thérapeutiques.

Pour promouvoir la communication et la coopération, le comité directeur a lancé un site Web destiné aux membres du réseau. Ce site Web est un outil clé pour la communication des messages du comité, les nouvelles ressources sur la gestion des maladies et les programmes de formation disponibles. Les membres du réseau ont notamment utilisé leur site Web pour soumettre leurs commentaires sur les stratégies de gestion de la bronchopneumopathie des associations pulmonaires.

Le réseau concentre ses activités sur l'élaboration de stratégies pour la mise en oeuvre du programme provincial sur la PGMC. Les intervenants de la PGMC misent sur la coopération et la communication pour atteindre les objectifs ci-dessous :

- mobiliser les collectivités et promouvoir l'engagement proactif parmi les partenaires communautaires;
- informer et mobiliser les résidents et les familles; et
- promouvoir l'engagement proactif des équipes de soins.

Le cadre de planification de la PGMC du RLISS du Centre-Est présente la mission, les principes directeurs et les activités prioritaires en matière de PGMC, lesquelles sont fondées sur les objectifs clés énoncés dans le PSSI. Ce cadre de travail facilite la détermination des occasions d'amélioration en créant un point d'accès unique et coordonné à l'information sur les nombreux programmes de dépistage, d'éducation et de prise en charge par le patient atteint de maladie chronique existants.

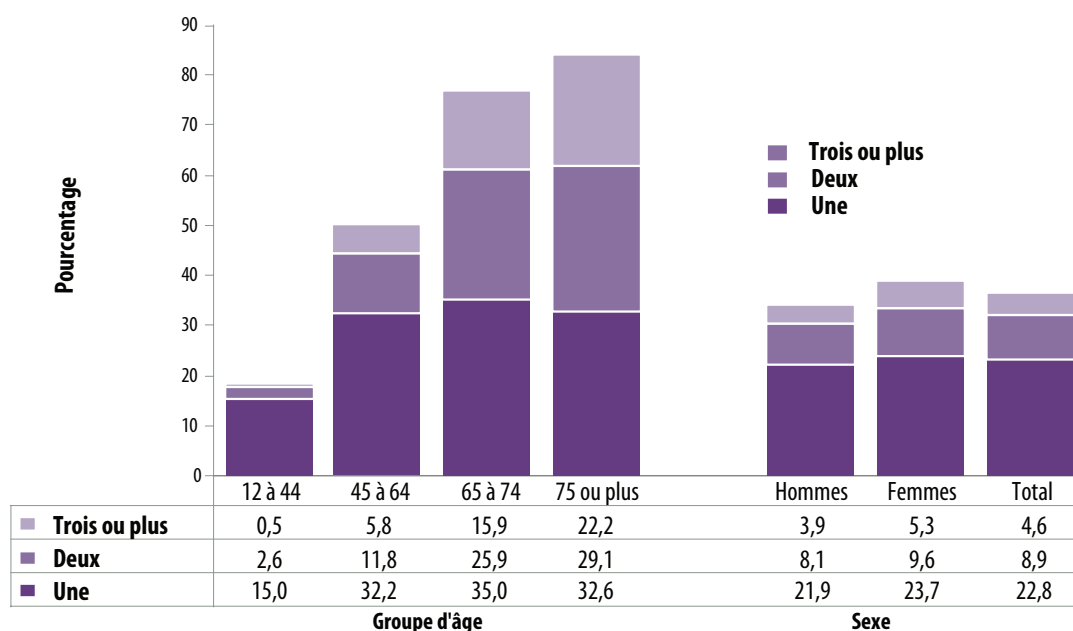
Réalisations

Les initiatives prioritaires du réseau mettent en valeur plusieurs éléments clés du modèle de PGMC.

Aide à la décision à l'intention des fournisseurs : Diabète

Le nouveau réseau de gestion du diabète du RLISS du C.-E. oeuvre à l'amélioration des services et des soins offerts aux diabétiques. **À cette fin, il publiera en 2008 ses nouvelles lignes directrices sur la pratique clinique.** Ce projet a pour but de sensibiliser les fournisseurs locaux de services aux diabétiques aux meilleures pratiques en matière de soins.

Personnes âgées de 12 ans ou plus atteintes d'une, deux ou trois maladies chroniques, ou plus, par groupe d'âge et selon le sexe (Ontario, 2005)



Source : Enquête de 2005 sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistiques Canada, fichier partagé Ontario

Conception du système de prestation : ACV

Le programme coordonné de prévention des ACV du RLISS du Centre-Est a été accueilli favorablement par le comité directeur de la prévention des ACV de l'Ontario, qui a convenu de l'utiliser pour procéder à une évaluation des frontières interorganisationnelle et intersectorielles des RLISS et à l'établissement d'un centre de prévention des ACV pour la région de Durham. Ce projet vise à améliorer l'accès aux programmes de traitement des ACV, un besoin particulièrement criant dans la région de Durham, ainsi que le continuum et l'accès à distance des soins requis à la suite d'un ACV. L'équipe de Northumberland-Havelock contribue également à ce projet.

Conception du système de prestation :

Néphropathie chronique

Les programmes de gestion de la prévention de la néphropathie de Durham, Scarborough et Haliburton-Kawartha-Pineridge (HKPR) ont été regroupés pour former le **réseau de gestion de la néphropathie du RLISS du Centre-Est**. Ce réseau s'est associé à d'autres intervenants en matière de prévention des maladies pour élaborer une stratégie d'harmonisation des programmes et s'assurer

de la qualité des soins offerts aux résidents atteints de néphropathie. Ses travaux portent notamment sur :

- l'uniformisation des services clés, l'analyse métrique des coûts, les indicateurs de qualité et les méthodes d'établissement des rapports;
- l'élaboration d'un plan d'urgence pour le RLISS en ce qui a trait aux services de dialyse et l'établissement d'une clinique de suivi à la suite d'une greffe; et
- l'élaboration d'un plan de gestion de la demande et de la capacité des services de dialyse.

Le réseau régional sur la gestion de la néphropathie dirige le **Programme d'intervention précoce et de sensibilisation vis-à-vis de la néphropathie chronique**. Dans le cadre

Faits saillants sur les maladies chroniques

Parmi les résidents du RLISS du Centre-Est âgés de 12 ans ou plus, 50 % sont physiquement inactifs et, chez ceux qui sont âgés de 18 ans ou plus, plus de 40 % présentent une surcharge pondérale ou sont obèses.

de ce programme, il élabore des stratégies d'intervention précoce et de prévention de la progression vers la phase de dialyse axée sur la prise en charge de la maladie par le patient, l'éducation et le suivi de la condition des patients. Ce faisant, il tient compte des besoins et des facteurs de comorbidité propres aux communautés rurales et communautaires.

Autonomie et prise en charge de la maladie par le patient

Le réseau PGMC s'est inspiré **du modèle de Stanford pour élaborer sa stratégie d'harmonisation des programmes de soutien à l'autonomie et à la prise en charge de la maladie par le patient** offerts à travers le RLISS du Centre-Est. Cette stratégie repose sur le travail d'équipe des utilisateurs, des soignants et des fournisseurs des services d'éducation et de formation en matière de prise en charge et d'autonomie. L'équipe de Durham Centre-Nord contribue également à ce projet.

Politique publique en matière de santé

Le comité directeur a organisé une rencontre entre les représentants du Conseil ontarien de la qualité des services de santé et le personnel du RLISS pour discuter des projets de PGMC du RLISS du Centre-Est. Le COQSS a félicité le RLISS pour l'apport de ces projets à la qualité des soins ainsi que le bien-fondé de son processus d'évaluation du rendement.

Le 31 janvier 2008

Une subvention de 3,2 millions de dollars a été annoncée pour le soutien à la prise en charge par le patient de la néphropathie et du diabète

Les maladies chroniques ayant des répercussions significatives sur la qualité de vie des résidents et le travail des fournisseurs de services de santé du RLISS du Centre-Est, le conseil d'administration du RLISS a approuvé le financement de trois projets prioritaires pour l'amélioration des soins destinés aux résidents atteints de maladies chroniques et des services de soutien offerts à leurs familles.

Priorités en matière de soins de santé

Comité directeur des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie

Mobilisation communautaire

Comité d'organisation : 15 membres

Appartenance au réseau : 100 membres ou organismes

Activités

Le comité directeur des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie a été passablement occupé en 2007-2008. En avril 2007, on a procédé au réaménagement de la composition et de la structure du comité directeur pour les harmoniser avec celles des comités directeurs affectés aux autres secteurs prioritaires RLISS et les processus de planification du RLISS.

La coprésidence du comité directeur a été confiée par le nombre accru de ses membres au Dr Peter Prendergast (Centre de santé mentale de Whitby) et à Mme Donna Rogers (Four Counties Addictions Services). Les 16 membres du comité directeur ont été sélectionnés parmi les nombreuses personnes ayant soumis leur candidature à cet effet, soit

Faits saillants sur les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie (Ontario)

- En 2006-2007, des soins de santé contre la toxicomanie ont été offerts à 36 485 personnes en consultation externe et à 8 392 personnes en établissement;
- près de 22 % de la clientèle des centres d'accès aux soins communautaires sont atteints d'un trouble mental diagnostiqué; parmi les clients atteints d'un trouble mental diagnostiqué et pour lequel un traitement spécifique est défini, 85,7 % pouvaient être traités en consultation externe et 14 % pouvaient être traités en établissement (2005-2006);
- les services d'urgence des hôpitaux ontariens ont traité 189 283 patients pour des troubles de santé mentale;
- 108 286 jours de prestation d'un autre niveau de soins sont associés aux troubles de santé mentale.

des représentants des organismes, des professionnels de la santé et des résidents du RLISS. Durant l'année, le comité directeur des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie a achevé plusieurs étapes clés dans la définition des priorités de son secteur d'intervention, dont l'évaluation et l'approbation de nombreuses initiatives prioritaires pour le RLISS, et l'évaluation de plusieurs rapports, dont ceux des groupes de travail sur les services d'urgence et la prestation d'un autre niveau de soins.

Le comité directeur a également rédigé et présenté un document de travail sur le cadre de planification aux membres du réseau de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, et organisé la première réunion de son réseau étendu comptant une centaine de membres.

Réalisations

La mise en oeuvre de plusieurs projets prioritaires en matière de santé a été initiée en 2007 grâce au Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes du RLISS du Centre-Est, dont :

- la stratégie d'intervention précoce auprès des jeunes présentant des besoins en santé mentale et en toxicomanie;
- l'analyse de l'environnement de la lutte contre la toxicomanie;
- le programme de gestion des troubles alimentaires; et
- le projet prioritaire sur la culture, la diversité et l'équité.

Départs des patients traités en services de santé mentale de courte durée, journées et durée moyenne du séjour (DMS), hôpitaux du Centre Est et de l'Ontario

Hôpitaux	Départs	Courte durée		Total	
		Jours	DMS	Jours	DMS
Durham					
Lakeridge Health - Bowmanville	48	186	3,9	253	5.3
Lakeridge Health - Oshawa‡	1 184	13 465	11,4	14 696	12.4
Lakeridge Health - Port Perry	31	234	7,5	418	13,5
Markham Stouffville - Uxbridge	32	183	5,7	183	5,7
Rouge Valley Health System - Ajax‡	645	6 763	10,5	7 652	11,9
Haliburton					
Services de santé de Haliburton Highlands - Haliburton	12	78	6,5	78	6.5
Kawartha Lakes					
Ross Memorial	116	1 175	10,1	1 392	12.0
Northumberland					
Campbellford Memorial	72	537	7,5	1 051	14,6
Northumberland Hills	98	503	5,1	668	6,8
Peterborough					
Centre régional de santé de Peterborough‡	905	11 664	12.9	12 948	14,3
Toronto					
Rouge Valley Health System - Centenary‡	1 379	13 263	9,6	13 418	9,7
Hôpital de Scarborough - Grace‡	840	8 915	10,6	9 678	11,5
Hôpital de Scarborough - Soins généraux‡	1 028	8 022	7,8	8 932	8,7
Total pour le Centre-Est	6 390	64 988	10,2	71 367	11,2
Ontario	57 683	621 495	10,8	696 049	12.1

Source : Données sur les sorties des patients, MSSLD, Provincial Health Planning Database, 2004/05.

‡Patients hospitalisés pour des soins de courte durée en psychiatrie le 31 mars 2005.

Priorités en matière de soins de santé

Temps d'attente et soins intensifs

Le RLISS du Centre-Est a continué de réaliser des progrès en ce qui concerne la réduction des temps d'attente au cours de l'exercice 2007-2008. Il s'est concentré sur les secteurs prioritaires ci-dessous :

- chirurgie pour le cancer
- les interventions cardiaques (angioplastie et angiographie);
- chirurgie de la cataracte
- les arthroplasties totales de la hanche et du genou; et
- les scintigrammes par IRM et par CT.

Par exemple, le 90e percentile (temps d'attente moyen pour 90 % des interventions) est passé de 222 jours, en 2006-2007, à 140 jours, en 2007-2008, pour les opérations de la cataracte. Les valeurs du 90e percentile pour les arthroplasties de la hanche et du genou sont passées à 258 jours et de 284 jours, respectivement, soit des réductions de 13 jours et de 17 jours par rapport à l'année précédente. Le temps d'attente pour l'examen par CT a également un peu diminué, passant de 56 à 52 jours. Le temps d'attente pour la chirurgie du cancer est passé à 48 jours, soit une réduction de 24 jours par rapport à l'année précédente.

Ces réductions des temps d'attente résultent des efforts soutenus et de l'engagement de nos fournisseurs de services,

qui nous ont librement transmis leurs connaissances pratiques sur les processus de distribution et de réallocation du flux de travail, d'amélioration de la qualité des données et de validation des méthodes de travail.

La longueur du temps d'attente pour l'IRM dans le RLISS du Centre-Est, comme dans le reste de la province, demeure toutefois très préoccupante. Dans les faits, la valeur du 90e percentile pour l'IRM a augmenté de 21 jours en 2007-2008 pour atteindre 112 jours. Pour améliorer son rendement à cet égard, le RLISS du Centre-Est a proposé l'acquisition d'équipements d'IRM supplémentaires pour son territoire.

La contribution du groupe de travail sur la réduction des temps d'attente, dont l'élaboration des recommandations pour l'optimisation et l'amélioration de la qualité globale du service de santé, prendra une importance grandissante au fur et à mesure de la mise en oeuvre de notre stratégie. L'analyse de qualité des données, par exemple, doit être achevée pour commencer l'élaboration du plan de correction des erreurs de données qui contribuent à allonger les temps d'attente. Le groupe de travail doit également formuler des recommandations sur la transition du contrôle des systèmes à la gestion des systèmes, une entreprise qui devra être fondée sur l'innovation.

Sommaire des résultats des temps d'attente

Service	90 % de tous les cas terminés pendant					
	en jours			Année en cours vs année précédente		Rang du RLISS**
	Année précédente (avril 2006 - mars 2007)	Année en cours (avril 2007 - mars 2008)	Objectif d'accès pour la province*	Différence (en jours)	Différence (%)	
Chirurgie pour le cancer	72	48	84	- 24	- 33,3 %	2
Chirurgie du cancer						
Angiographies	18	15	-	- 3	- 16,7 %	2
Angioplastie	13	6	-	- 7	- 53,8 %	3
Chirurgie de la cataracte	222	138	182	- 84	- 37,8 %	12
Remplacement de la hanche	271	264	182	- 7	- 2,6 %	11
Remplacement du genou	301	283	182	- 18	- 6,0 %	8
IRM	91	113	28	22	24,2 %	8
Tomodensitométrie	56	52	28	- 4	- 7,1 %	10

*Objectif d'accès, niveau de priorité 4

**Le rang du RLISS (1 = le plus court, 14 = le plus long) indique les résultats actuels du RLISS par rapport aux autres RLISS de la province.

Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Projet d'intelligence de système de santé

Temps d'attente Les services d'urgence

Tout au long du processus de consultation auprès de nos collectivités, les résidents nous ont demandé de travailler à réduire les temps d'attente des services d'urgence de nos hôpitaux.

Au printemps 2007, le RLISS du C.-E., en collaboration avec les directions des hôpitaux, a formé le groupe de travail sur les services d'urgence, lui confiant le mandat d'évaluer les pratiques et les stratégies internes des hôpitaux et de formuler des stratégies pour l'amélioration de l'efficacité et la réduction des temps d'attente des services d'urgence. Parmi les éléments à évaluer, on retrouvait les pratiques de gestion du débit de patients, les approches utilisées en matière de soins interdisciplinaires, l'accès aux services diagnostiques, les délais de déchargement des ambulances et les services sur appel. Le groupe de travail sur les services d'urgence comprend 17 membres, dont des fournisseurs de services de santé divers et des membres des directions des hôpitaux du RLISS du Centre-Est. Les membres ont été sélectionnés parmi les nombreux intervenants ayant exprimé leur intérêt à faire partie de ce groupe. La présidence du comité a été confiée par ses membres au Dr Tom Stavro-

Sholdoff (Rouge Valley Health System) et la coprésidence, à Mme Debbie Watson (Haliburton Highlands Health System).

Lors d'une séance de formation en gestion d'une durée de deux jours à l'intention du groupe de travail sur les services d'urgence, financée par le RLISS du Centre-Est et supervisée par l'équipe des services d'interventions d'urgence de la région de Durham, les membres du groupe ont élaboré leur charte de travail, laquelle intègre les éléments suivants :

La vision du groupe de travail sur les services d'urgence :

« Les meilleurs soins d'urgence, partout! »

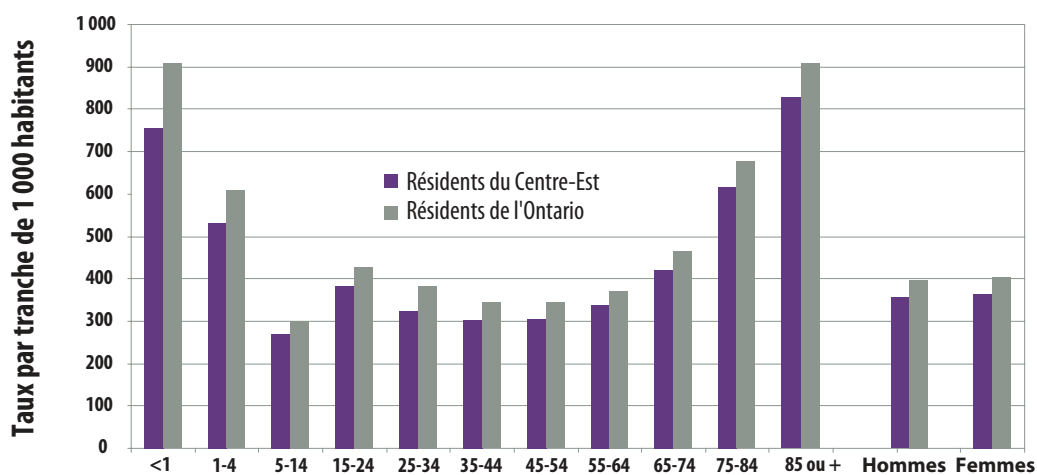
Le problème à résoudre :

L'augmentation des débits d'entrée, de traitement et de sortie des patients et de la pression exercée sur le personnel des services d'urgence du RLISS du C.-E.

Les points à améliorer :

L'amélioration de la qualité des soins et la réduction du débit de patients, des temps d'attente et de la pression exercée sur le personnel des services d'urgence.

Taux de visites au service des urgences par âge et sexe, résidents du Centre Est et de l'Ontario



Sources : Données sur les visites ambulatoires, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Provincial Health Planning Database; prévisions démographiques, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Provincial Health Planning Database, 2004/05.

Visites au service des urgences par hôpital, Centre Est et Ontario

Zone	Hôpital	Visites SU
Durham	Lakeridge Health - Bowmanville	32 406
	Lakeridge Health - Oshawa	70 968
	Lakeridge Health - Port Perry	13 871
	Markham Stouffville - Uxbridge	12 632
	Rouge Valley Health System - Ajax	45 156
Haliburton	Services de santé de Haliburton Highlands - Haliburton	13 722
	Services de santé de Haliburton Highlands - Minden	13 998
Kawartha Lakes	Ross Memorial	44 541
Northumberland	Campbellford Memorial	19 956
	Northumberland Hills	27 445
Peterborough	Centre régional de santé de Peterborough	85 006
Toronto	Rouge Valley Health System - Centenary	46 224
	Hôpital de Scarborough - Grace	36 966
	Hôpital de Scarborough - Soins généraux	54 650
Total pour le Centre-Est		517 541
Ontario		5 036 990

Source : Visites ambulatoires, données du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Provincial Health Planning Database, 2004/05.

Le mandat :

L'évaluation des pratiques et des stratégies internes des hôpitaux et la formulation des stratégies pour l'amélioration de l'efficacité et la réduction des temps d'attente des services d'urgence.

La clientèle :

Les patients.

L'avantage recherché :

- La réduction des temps d'attente pour les soins d'urgence, y compris le temps de déchargement des ambulances
- L'amélioration du débit de patients
- La satisfaction accrue des patients et du personnel
- La qualité accrue des soins

Les avantages non tangibles (liés à la stratégie du groupe de travail sur les services d'urgence) :

L'optimisation de la mobilisation, du soutien, de l'engagement, de la coopération, de l'intégration, de la promotion du travail d'équipe et de concertation parmi les services, les médecins et les membres du personnel de première ligne des services d'urgence des hôpitaux.

Les membres du groupe de travail se sont réunis à plus de 20 occasions pour achever l'élaboration de leur rapport final, de leurs recommandations et de leur plan de mise en œuvre, qui doit être lancée au début de l'été 2008. Tout au long de ce processus, divers membres du groupe de travail ont consulté les partenaires de planification du RLIS, dont les équipes de planification, d'autres groupes de travail et les comités directeurs sur les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, et sur les soins continus pour les aînés.

Temps d'attente le groupe de travail sur la prestation d'un autre niveau de soins;

La qualité de la prestation d'un autre niveau de soins (ANS) préoccupe également les résidents et les hôpitaux locaux. La prestation d'un autre niveau de soins (ANS) intervient lorsqu'à la fin d'un traitement en établissement hospitalier ou d'un traitement de courte durée, un patient doit prolonger son séjour à l'hôpital, en raison de la non-disponibilité ou de l'inaccessibilité des services communautaires dont il a besoin (par exemple, des soins de longue durée, des services de réadaptation ou des soins à domicile). Non seulement un tel patient ne bénéficie pas des bons soins au bon endroit, mais la prolongation de son séjour retarde l'admission d'un autre patient.

Le pourcentage de jours de prestation d'ANS, qui constitue l'indicateur de rendement pour ce secteur d'intervention, demeure insatisfaisant dans le RLISS du Centre-Est, comme d'ailleurs, dans le reste de la province. Pour arriver à contrôler ce problème grandissant, le RLISS du Centre-Est s'est associé aux directions des hôpitaux locaux pour constituer le groupe de travail sur la prestation d'ANS du Centre-Est. Les membres du groupe de travail représentent 16 organismes de soins de santé à domicile, en établissement, de longue durée et de courte à moyenne durée. Les membres du groupe de travail sur la prestation d'ANS (dont des représentants d'hôpitaux de soins généraux et tertiaires,

du Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est, de maisons de soins de longue durée et de services de soutien communautaire) ont été sélectionnés parmi les nombreux intervenants ayant exprimé leur intérêt vis-à-vis de ce secteur prioritaire. Le groupe de travail est présidé par Sheila Neuburger (Centre de santé mentale de Whitby). Sa vice-présidence a été confiée à Glyn Boatswain (Rouge Valley Health System). Pendant l'année 2007-2008, les membres du groupe de travail se sont réunis à plus de 20 occasions. Ils ont également assisté à une séance de formation sur la gestion de projet, d'une durée de deux jours, pendant l'été 2007, durant laquelle ils ont élaboré la charte de leur projet.

Le **principal objet** des recommandations du groupe sur la prestation d'ANS est d'améliorer les résultats pour les patients qui séjournent dans un hôpital de soins de courte durée, mais ont besoin d'un autre niveau de soins. Parmi les améliorations visées, on retrouve :

- l'accès en temps opportun au niveau de soins approprié et la réduction du temps d'attente en milieu hospitalier;
- l'évaluation plus précoce des besoins pour des soins de longue durée et la planification plus précoce, en collaboration avec le patient et sa famille, des mesures à prendre au moment de la sortie; et
- l'amélioration du soutien communautaire visant à permettre aux personnes de demeurer plus longtemps à domicile.

Départ des patients en autre niveau de soins (ANS), journées et durée moyenne du séjour (DMS) par zone de résidence, résidents du Centre Est et de l'Ontario

Région de résidence	ANS		
	Départ	Jour	DMS
Durham	1 548	19 345	12,5
Haliburton	19	275	14,5
Kawartha Lakes	160	1 813	11,3
Northumberland	343	2 679	7,8
Peterborough	177	5 294	29,9
Toronto	1 254	15 602	12,4
Total pour le Centre-Est	3 501	45 008	12,9
Ontario	38 912	565 640	14,5

Source : Données sur les sorties des patients, MSSLD, Provincial Health Planning Database, 2004/05.

La **vision** élaborée par le groupe de travail : le bon service, au bon endroit et au bon moment.

Nous envisageons un système fondé sur l'approche proactive, qui permet aux patients d'obtenir le bon service, au bon moment, au bon endroit et du bon fournisseur.

Le groupe de travail sur la prestation d'ANS a préparé plus de 50 recommandations pour réduire de plus de 50 % les volumes de prestation d'ANS au cours des prochaines années, tout en étant conscient que pour connaître le nombre réel de patients ne recevant pas le bon service au bon moment, il leur faudra également étudier l'état d'autres services de santé que les soins de courte durée. L'achèvement du rapport final et du plan de la mise en oeuvre est prévu pour le début de l'été 2008.

Tout au long du processus d'élaboration de ce rapport et de leurs recommandations, divers membres du groupe de travail ont consulté les partenaires de planification du RLIS, dont les équipes de planification, d'autres groupes de travail et les comités directeurs sur les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, et sur les soins continus pour les aînés.

Soins intensifs

Le RLISS du Centre-Est compte huit hôpitaux des soins intensifs de niveau 3 ou de niveau 2. La prestation des services de soins intensifs est assurée par les quatre grands hôpitaux du RLISS du Centre-Est : 1. l'Hôpital de Scarborough, Rouge Valley Health System, Lakeridge Health et le Centre régional de santé de Peterborough. Parmi les soins intensifs critiques actuellement non disponibles dans le RLISS du Centre-Est, on retrouve la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, la traumatologie complexe et les soins aux brûlés, de même que les soins respiratoires chroniques.

Dans son plan de services de santé intégrés, le RLISS du Centre-Est décrit les mesures continues qu'il compte prendre pour soutenir la stratégie provinciale sur les soins intensifs. Le réseau des soins intensifs du RLISS du Centre-Est a été formé en 2006. Les résultats visés par le RLISS dans ce secteur d'intervention figurent dans l'énoncé de la vision du réseau pour la création d'un système qui « permet aux patients d'obtenir le bon service, au bon moment, au bon endroit » et pour l'intégration des ressources de soins intensifs du RLISS du Centre-Est en un « guichet unique pour l'accès aux soins intensifs ». Le plan de services de santé intégrés définit trois objectifs spécifiques à atteindre pour notre région :

1. mise en oeuvre d'un modèle de gestion améliorée des soins intensifs de niveau 3 (Rouge Valley Health System, Lakeridge Health et le Centre régional de santé de Peterborough);
2. évaluation des ressources humaines en santé;
3. conception d'un système de « disponibilité continue » de lits pour mieux satisfaire aux besoins des résidents du territoire du RLISS en matière de soins intensifs locaux.

Avec l'appui du directeur des soins intensifs du RLISS du Centre-Est, le Dr Howard Clasky (Hôpital de Scarborough), la prestation des soins intensifs offerts dans la région s'est considérablement améliorée. Parmi les réalisations marquantes, on retrouve :

- l'établissement du réseau des soins intensifs du RLISS du Centre-Est; et

- la mise en oeuvre du modèle de gestion améliorée dans toutes les unités des soins intensifs maintenant 3 (RVHS, LHC, PRHC). Pour le RLISS, les fournisseurs de soins de santé et les patients, ces initiatives se révèlent très fructueuses.
- L'unité des soins intensifs de niveau 2 de l'Hôpital de Northumberland Hills utilise désormais un modèle fermé. Il s'agit d'une remarquable réussite, dont nous devons toutefois assurer la durabilité.
- L'hôpital de Rouge Valley, Ajax et Pickering compte maintenant trois lits de soins intensifs du niveau 2 et de soins de courte durée supplémentaires. Le Lakeridge Health à Oshawa dispose de 18 lits de niveau 3. Le nombre total de lits de soins intensifs est passé de 128 à 133.
- La flotte du service de transport provincial ORNGE à Peterborough comptera bientôt une nouvelle ambulance pour le transport des patients des unités des soins intensifs. Ceci facilitera le transfert des patients entre les établissements de soins dans l'est du RLISS. Avant cela, le transport par ambulance ne pouvait être offert au-delà du site du Lakeridge Health à Oshawa.
- L'équipe de soins intensifs d'intervention (ÉSSI) est constituée de fournisseurs de services de santé possédant une expertise de grande valeur des soins généraux à prodiguer en plus des soins d'urgence. Une ÉSSI est actuellement en place à l'Hôpital de Scarborough (soins généraux). Le Ross Memorial Hospital a formé et affecté une infirmière à la direction de sa nouvelle ÉSSI. Le RLISS du Centre-Est tient à féliciter les auteurs de ce projet pour leur contribution à l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients!

Le 20 avril 2007

Le gouvernement de l'Ontario a annoncé un nouvel investissement visant à augmenter le nombre de lits de soins intensifs disponibles .

Le gouvernement de l'Ontario investit 1,5 million de dollars pour améliorer l'accès des patients aux soins intensifs à l'hôpital de Rouge Valley, Ajax et Pickering.

Instrument

Soins de santé primaires;

Les meilleurs soins primaires, partout.

Mobilisation communautaire

Groupe de travail sur les soins primaires Ce groupe constitué de 17 membres a pour mandat d'évaluer le continuum des services de soins primaires à travers le RLISS du Centre-Est.

Activités

Les soins de santé primaire représentent souvent la porte d'entrée du service de santé et ce, pour un grand nombre de personnes. L'amélioration de l'accès aux services de soins primaires passe par celle de leur intégration et de leur coordination, ce qui constitue l'une des composantes essentielles de la création d'un système de santé intégré. Le RLISS reconnaît le caractère essentiel de la qualité des soins primaires pour le développement d'un système de santé efficace et solide, ce qui explique l'importance de la mobilisation des fournisseurs de soins primaires pour l'intégration des soins de santé offerts aux patients.

À l'exception des centres de santé communautaire, la plupart des fournisseurs de soins primaires sont les médecins qui, à ce titre, ne sont pas admissibles au financement ni soumis aux compétences des RLISS. Toutefois, l'atteinte de nos objectifs prioritaires passe par l'élaboration de solutions intégrées et par la formation de partenariats avec les fournisseurs de soins primaires. L'intégration des soins hospitaliers et des soins primaires offerts dans la communauté est l'une des meilleures occasions d'amélioration qui soient.

Le groupe de travail sur les soins primaires (GTSP) est un groupe consultatif permanent sur la mise en oeuvre des objectifs du plan de services de santé intégrés sur les soins primaires. La pratique des soins primaires est très diversifiée, ce qu'illustre la composition du groupe de travail. Ceux-ci représentent notamment les cabinets en milieu rural et en milieu urbain, les hôpitaux, les équipes de santé familiale, les groupes Santé, les centres de santé communautaire, les établissements de soins de longue durée et de santé mentale, les cliniques en pharmacie et la santé publique.

Stimulés par l'énoncé de leur vision, « Les meilleurs soins primaires, partout. », le GTSP a entrepris l'élaboration de sa stratégie pour l'atteinte des objectifs en explorant les diverses initiatives novatrices pouvant contribuer à l'amélioration de la prestation des soins primaires. En 2007-2008, le groupe de travail a élaboré des projets et des initiatives poursuivant les buts ci-dessous : amélioration de l'accès aux soins primaires; mise en oeuvre de systèmes de gestion de cas novateurs pour faciliter les déplacements des patients entre les soins primaires, communautaires et spécialisés; amélioration de l'accès à l'évaluation de la santé pour les résidents sans fournisseur de soins primaires attitré; et regroupement des fournisseurs de soins primaires du RLISS au sein d'un réseau solidement établi, ce qui constitue l'un des principaux objectifs du GTSP. Dans ce but, on a entrepris la formation d'un **réseau des soins primaires** et invité les sept **centres de santé communautaire** du RLISS à participer à des séances de discussions coopératives et stratégiques. Grâce aux nouvelles ententes de responsabilisation passées avec les CSC, le RLISS a pu intensifier ses efforts de mobilisation communautaire pour l'élaboration et la planification de la stratégie, des opérations et de la gouvernance des CSC, conformément aux nouvelles responsabilités qui leur ont été confiées.

Le 7 septembre 2007

L'ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES SERA FACILITÉ DANS LA RÉGION DE KAWARTHA LAKES

Le président du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est, M. Foster Loucks, a annoncé aujourd'hui que l'accès aux soins primaires et communautaires serait amélioré pour les résidents de la région Nord du Centre-Est grâce à la décision du gouvernement de créer un nouveau centre de santé communautaire dans la Ville de Kawartha Lakes.

Réalisations

Le développement des capacités des soins primaires par l'entremise des solutions de cybersanté fait partie des principaux buts de l'initiative prioritaire sur l'**accès opportun aux systèmes d'information sur le départ**. Pendant la première phase du projet, on travaillera à améliorer l'accès à l'information saisie au moment de la sortie de l'hôpital des patients pour les fournisseurs de soins primaires des collectivités de Peterborough et de Scarborough. Après avoir été soumis à une analyse, les flux de travail et les systèmes de cybersanté seront réaménagés pour optimiser le partage des données. Les enseignements tirés de cette phase pilote serviront à améliorer le processus de mise en oeuvre de ce projet dans les autres collectivités du RLISS.

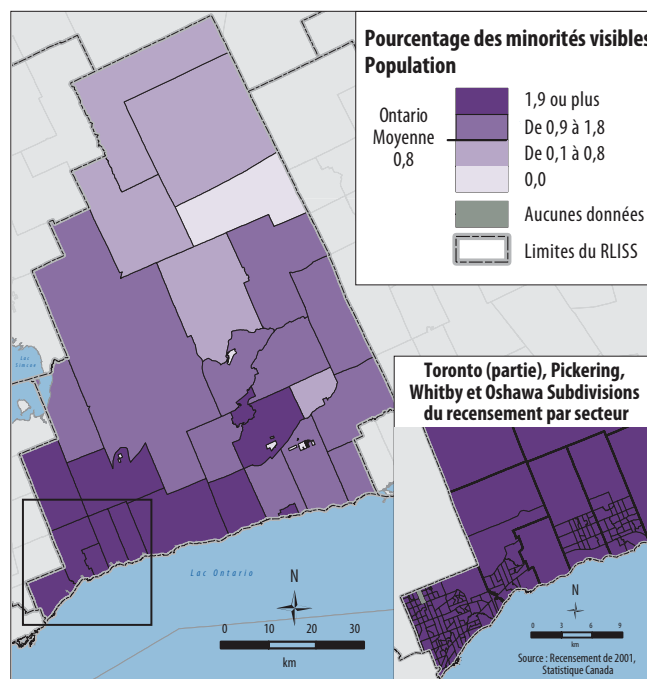
Instrument

Diversité

Les équipes locales des Centres de Scarborough-Agincourt-Rouge et des Falaises de Scarborough (avec l'aide de l'équipe de Durham Ouest) ont lancé **le projet prioritaire sur la culture, la diversité et l'équité**. La mise en oeuvre de ce projet a été rendue possible grâce à une subvention du Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes du RLISS du Centre-Est. Un directeur de projet a été embauché pour former l'équipe affectée au projet et élaborer le plan à partir des orientations directrices qui figurent dans la charte du projet. Les principales réalisations visées sont :

- l'élaboration d'un plan détaillé sur la diversité et la culture pour le RLISS et les fournisseurs de services de santé; et,
- tel que prévu par le PSSI, l'établissement d'une liste publique des services actuellement disponibles pour les personnes non assurées et d'une liste publique des services de soutien culturellement adaptés existants.

Pourcentage des minorités visibles



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Projet d'intelligence de système de santé*

Instrument

Planification des services santé

Mobilisation communautaire

En novembre 2007, plus de 200 fournisseurs et utilisateurs de services de santé du RLISS du C.-E. se sont réunis à l'occasion d'une séance de réflexion visant à orienter **le processus de planification des futurs services cliniques et hospitaliers**. Les chefs de file du système de santé ont présenté de l'information et des recommandations de grande valeur sur le sujet, en plus de contribuer à l'identification des besoins de recherche pour la définition des futurs modèles de gestion de la prestation des soins de courte durée. Les participants ont convenu de former un réseau de soins de

courte durée visant à offrir les meilleurs soins hospitaliers, partout, ce qui signifie que tout résident d'une collectivité locale, où qu'elle soit située, dispose de l'accès à toute la gamme des services hospitaliers offerts à travers le territoire du RLISS, voire même dans toute la province.

Activités

En août 2007, le conseil d'administration du RLISS du C.-E. a approuvé l'intégration de la mise en oeuvre du **projet de planification des futurs services cliniques et hospitaliers** dans son plan annuel pour la prestation des services de 2008-2009. L'élaboration du plan sur les services hospitaliers et cliniques fait partie des priorités et des objectifs définis dans notre plan de services de santé intégrés.

Le cadre de prestation des services cliniques et le plan pour la création d'un réseau intégré de soins de courte durée représentent une importante contribution au développement d'un système de soins hospitaliers efficace et durable pour tous les hôpitaux du RLISS du C.-E., quelle que soit leur taille. Cette première phase du plan sera achevée en 2008. Les services prioritaires sont ceux dont la qualité et l'accès suscitent le plus de préoccupations. On s'attend à ce que le cadre et le plan de prestation des services contribuent à promouvoir la qualité et la sécurité du système de soins de santé, à accélérer l'intégration du système en milieu hospitalier, à soutenir la responsabilisation fiscale de notre système de santé, à garantir des futures ressources suffisantes pour les hôpitaux, à maintenir à qualité au cœur du processus de décision du RLISS et à optimiser le soutien au renouvellement et le sens de l'innovation dans l'ensemble du RLISS.

Au moins cinq types de services cliniques seront considérés dans le cadre de cette initiative d'amélioration clé, soit la chirurgie vasculaire, la chirurgie thoracique, les soins cardiaques (y compris le P.C.I.), la santé maternelle et infantile et les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie (y compris la santé mentale des enfants, des adolescents et de famille). D'autres programmes pourraient être mis en oeuvre selon les résultats de l'étude sur les pratiques cliniques et des autres données collectées tout au long du processus de planification.

Réalisations

Cette initiative revêt une importance considérable pour le renouvellement du système de santé du RLISS du Centre-Est. Par conséquent, une invitation a été lancée aux experts et aux planificateurs de la santé du pays afin de nous doter de la meilleure expertise possible pour la poursuite de nos activités. Plusieurs équipes d'experts reconnus à travers le pays ont déjà répondu à notre demande de propositions. L'étude et l'évaluation des propositions, sous la direction du Centre d'accès aux soins communautaires, ont été confiées à un groupe d'experts représentant les hôpitaux, la communauté médicale et les partenaires communautaires du Centre-Est.

Instrument

Cybersanté

Mobilisation communautaire

Présidé par Lewis Hooper le chef de la direction régionale et responsable de la cybersanté pour le RLISS du Centre-Est, le comité d'organisation de la cybersanté est constitué de dix membres d'organismes de santé des milieux urbains et ruraux du RLISS du Centre-Est pour nous assurer de bien refléter la diversité de nos collectivités. Le comité tient à répondre aux besoins de l'ensemble des collectivités en tenant compte de la diversité des environnements de services et de soins, dont les centres de santé communautaire, les soins de longue durée, les soins hospitaliers, les soins à domicile, les organismes de services de santé mentale et les soins primaires.

Activités

Créé au printemps de 2007, le comité d'organisation de la cybersanté a pour mandat de diriger le processus d'élaboration et de mise en oeuvre du plan stratégique et tactique du RLISS pour permettre à tous les fournisseurs de santé du RLISS d'accéder aux systèmes de cybersanté et au plein potentiel des technologies de l'information et des communications. La vision et les orientations stratégiques de la cybersanté du RLISS du Centre-Est formulées dans ce plan sont harmonisées avec celles du gouvernement et des autres RLISS.

Réalisations

- Élaboration d'une vision stratégique sur la coopération à travers le RLISS, soutenue par la création d'un groupe consultatif sur la gestion de la technologie de l'information et d'un groupe de travail sur la technologie de l'information;
- élaboration d'un plan harmonisé avec les initiatives connexes mises en oeuvre dans le RLISS;
- réalisation d'une étude de faisabilité sur la centralisation des données en collaboration avec deux autres RLISS;
- déploiement du système d'information des laboratoires de l'Ontario (OLIS);
- établissement d'un partenariat avec le projet PACS pour la création du référentiel de données d'imagerie diagnostique des services hospitaliers (HDIRS), qui à permettra à 33 hôpitaux ontariens de partager les données et rapports d'IRM;
- mise en oeuvre de la phase pilote du déploiement d'un système de cybergestion des données d'aiguillage, dans le cadre du projet coopératif sur les transferts des patients de l'Hôpital de Scarborough destiné à tous les hôpitaux du RLISS du Centre-Est;
- mise à niveau de la connectivité globale du RLISS et augmentation de la largeur de bande disponible selon les besoins de chaque secteur;
- mise en oeuvre du Visualiseur des profils pharmaceutiques de l'Ontario, un système d'information électronique qui donne aux fournisseurs de services de santé, dont les services des urgences des hôpitaux, l'accès aux renseignements sur les demandes de règlement de frais de médicaments des bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) à l'Hôpital de Scarborough et dans d'autres hôpitaux du RLISS du Centre-Ouest; et
- mise en oeuvre d'un système automatisé de paiement par voie électronique à l'intention des personnes qui souhaitent effectuer des paiements en ligne.

Instrument

Transformation administrative

La transformation administrative fait partie des instruments clés pour le soutien aux secteurs stratégiques présentés dans le plan de services de santé intégrés du RLISS du Centre-Est. La création de nouveaux services administratifs partagés est un excellent exemple d'initiative contribuant à la transformation administrative.

À l'occasion de sa réunion publique de février 2007, le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a présenté et approuvé la première « notification volontaire de l'intention d'intégrer » en vertu de la *Loi sur l'intégration du système de santé local (LISSL)*.

La soumission de cette notification volontaire fera partie des critères d'admissibilité pour l'adhésion à la **Central Ontario Health Procurement Alliance (COHPA)**, un nouveau service administratif partagé. Le Centre régional de santé de Peterborough, le Ross Memorial Hospital et quatre autres hôpitaux publics situés hors du RLISS du Centre-Est se joindront à cette Alliance.

L'intégration des tâches administratives de plusieurs organismes, par exemple, la gestion des ressources humaines, de la paye et des TI, mène à l'efficacité accrue des processus et à la réduction des coûts. Les organismes, par l'entremise de leurs services administratifs partagés, peuvent économiser grâce à l'achat des fournitures en gros, par exemple. En termes simples, le pouvoir d'achat total d'un regroupement d'organismes est supérieur au pouvoir d'achat total des mêmes organismes individuels. Cela permet au regroupement de profiter des remises de volume accordées par les fournisseurs.

Bien que l'usage de cette pratique dans le secteur soit tout à fait courant depuis plus d'une décennie, le secteur public ne s'y intéresse que depuis peu d'années. Dans le RLISS du Centre-Est, un partenariat de services administratifs partagés a été créé par l'Hôpital de Scarborough, le Rouge Valley Health System et la Lakeridge Health Corporation sous le nom de Plexxus, dont font également partie plusieurs grands hôpitaux universitaires de Toronto.



COMPTE-RENDU DES OPÉRATIONS ET DE LA GOUVERNANCE DU RLISS

En accord avec notre volonté de faire preuve de transparence envers toutes les communautés du RLISS du Centre-Est, des réunions publiques du conseil d'administration ont lieu dans toute la région, et continueront à avoir lieu. Pendant cette période de déclaration, votre RLISS a tenu six réunions publiques (Kawartha Lakes, Scarborough, Minden, Ajax, Oshawa et Pickering) fréquentées par environ 200 résidents et représentants des médias locaux. Le RLISS du Centre-Est a créé quatre comités de direction dont les réunions sont également ouvertes au public. Un poste était à pourvoir au sein du conseil d'administration à la fin de l'exercice 2007-2008.

Pendant la période allant du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2008, le personnel du RLISS du Centre-Est regroupait 20 professionnels engagés. Malgré le départ de quelques-uns des membres fondateurs de son équipe dirigeante, le RLISS a continué de poser des jalons clés pour la concrétisation de sa vision et l'exécution de son mandat. En novembre 2007, l'équipe du RLISS a accueilli son nouveau Chef de la direction, Mme Deborah Hammons.

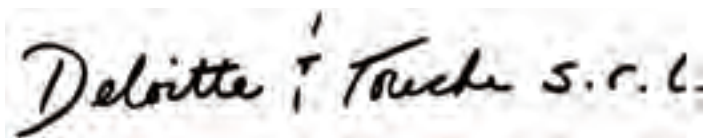
RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

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

Nous avons vérifié l'état de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (le « RLISS ») au 31 mars 2008 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date. 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 2008 ainsi que des résultats de son exploitation, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.



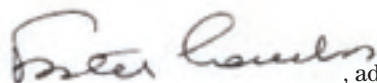
Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 9 mai 2008

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

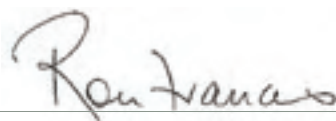
au 31 mars 2008

	2008	2007
	\$	\$
Actifs financiers		
Trésorerie	1 598 513	587 980
Montant à recevoir du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère »)	7 013 110	-
Débiteurs	-	281 000
	8 611 623	868 980
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	742 425	648 723
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé	7 013 110	-
Montant à verser au Ministère (note 3b)	869 115	181 019
Montant à verser au Bureau des services partagés du RLISS (note 4)	1 844	88 832
Apports de capital reportés (note 5)	309 822	442 532
	8 936 316	1 361 106
Engagements (note 6)		
Dette nette	(324 693)	(492 126)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	14 871	49 594
Immobilisations (note 7)	309 822	442 532
	324 693	492 126
Surplus accumulé	-	-

Approuvé par le Conseil



, administrateur



, administrateur

ÉTAT DES ACTIVITÉS FINANCIÈRES

exercice terminé le 31 mars 2008

		2008	2007
	Budget (non vérifié) (note 8)	Réel	Réel
	\$	\$	\$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	1 695 602 200	1 718 681 252	-
Activités du RLISS	3 781 106	3 741 617	3 235 703
Stratégie Vieillir chez soi (note 10a)	-	288 000	-
Chef du service d'urgence (note 10b)	-	43 800	-
Gestion des listes d'attente (note 10c)	-	70 000	-
Planification autochtone (note 10d)	-	20 000	-
Services de cybersanté (note 10e)	-	475 000	281 000
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	-	172 200	155 150
	1 699 383 306	1 723 491 869	3 671 853
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	1 695 602 200	1 718 681 252	-
Frais généraux et administratifs (note 11)	3 781 106	3 453 781	3 329 249
Stratégie Vieillir chez soi (note 10a)	-	122 503	-
Chef du service d'urgence (note 10b)	-	40 043	-
Gestion des listes d'attente (note 10c)	-	70 000	-
Planification autochtone (note 10d)	-	-	-
Services de cybersanté (note 10e)	-	436 194	161 585
	1 699 383 306	1 722 803 773	3 490 834
Surplus de l'exercice avant le financement remboursable au Ministère	-	688,096	181 019
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	(688,096)	(181 019)
Surplus de l'exercice	-	-	-
Surplus accumulé au début	-	-	-
Surplus accumulé à la fin	-	-	-

ÉTAT DE LA VARIATION DE LA DETTE NETTE

exercice terminé le 31 mars 2008

	2008	2007
	\$	\$
Surplus de l'exercice	-	-
Acquisition d'immobilisations	(39 490)	(104 926)
Amortissement des immobilisations	172 200	155 150
Variation des autres actifs non financiers	34 723	(49 594)
Diminution de la dette nette	167 433	630
Dette nette au début	(492 126)	(492 756)
Dette nette à la fin	(324 693)	(492 126)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

exercice terminé le 31 mars 2008

	2008	2007
	\$	\$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans incidence sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	172 200	155 150
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	(172 200)	(155 150)
	-	-
Variation des éléments hors trésorerie liés à l'exploitation		
Augmentation du montant à recevoir du Ministère	(7 013 110)	-
Diminution (augmentation) des débiteurs	281 000	(281 000)
Augmentation des créditeurs et charges à payer	93 702	648 723
Augmentation du montant à verser aux fournisseurs de services de santé	7 013 110	-
Augmentation du montant à verser au Ministère	688 096	150 553
Diminution (augmentation) des charges payées d'avance	34 723	(49 594)
(Diminution) augmentation du montant à verser au Bureau des services partagés du RLISS	(86 988)	88 832
	1 010 533	557 514
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations	(39 490)	(104 926)
Financement		
Augmentation des apports de capital reportés (note 5)	39 490	104 926
Augmentation nette de la trésorerie	1 010 533	557 514
Trésorerie au début	587 980	30 466
Trésorerie à la fin	1 598 513	587 980

NOTES SUR LES ÉTATS FINANCIERS

31 mars 2008

1. Description des activités

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

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

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilité avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Avec prise d'effet le 1^{er} avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice terminé le 31 mars 2008.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS comprend la région de Durham, Lac Kawartha, Haliburton Highlands, la majeure partie du comté de Northumberland ainsi que le comté de Peterborough. Le RLISS englobe également une partie de l'est de la ville de Toronto (soit au sud de Steeles, les secteurs à l'est de Victoria Park et au sud d'Eglinton, et les secteurs à l'est de Warden et au nord d'Eglinton). Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

2. Principales conventions comptables

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

Méthode de comptabilité

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

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

Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

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

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en avise le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

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

Paiements de transfert gouvernementaux

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

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

Apports de capital reportés

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

Immobilisations

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

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

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

Matériel informatique	3 ans
Améliorations locatives	Durée du bail
Mobilier et agencements de bureau	5 ans
Développement Web	3 ans

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est calculé sur un exercice complet.

Utilisation d'estimations

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

3. Financement remboursable au Ministère

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

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

	Produits	Charges	Surplus
	\$	\$	\$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	1 718 681 252	1 718 681 252	-
Activités du RLISS	3 913 817	3 453 781	460 036
Stratégie Vieillir chez soi	288 000	122 503	165 497
Chef du service d'urgence	43 800	40 043	3 757
Gestion des listes d'attente	70 000	70 000	-
Planification autochtone	20 000	-	20 000
Services de cybersanté	475 000	436 194	38 806
	1 723 491 869	1 722 803 773	688 096

b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2008	2007
	\$	\$
Montant à verser au Ministère au début	181 019	-
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	688 096	181 019
Montant à verser au Ministère à la fin	869 115	181 019

4. Opérations entre apparentés

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

5. Apports de capital reportés

	2008	2007
	\$	\$
Solde au début	442 532	492 756
Apports de capital au cours de l'exercice	39 490	104 926
Amortissement pour l'exercice	(172 200)	(155 150)
Solde à la fin	309 822	442 532

6. Engagements

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

	\$
2009	124 736
2010	123 626
2011	72 540
2012 et par la suite	-
	320 902

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les engagements minimaux envers les fournisseurs de services de santé pour les deux prochains exercices en vertu des ententes de responsabilité actuellement en vigueur s'établissent comme suit :

	\$
2009	1 751 928 300
2010	1 802 562 300

7. Immobilisations

	2008	2007
	Coût	Valeur comptable nette
	\$	\$
Mobilier et agencements de bureau	277 831	174 320
Matériel informatique	95 829	25 808
Développement Web	36 100	23 417
Améliorations locatives	362 177	218 987
	771 937	442 532

8. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1^{er} avril 2007. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement approuve des ajustements budgétaires au cours de l'exercice; le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLIS au cours de l'exercice.

Le budget de financement total des fournisseurs de services de santé de 1 718 681 252 \$ se compose des éléments suivants :

	\$
Budget initial	1 695 602 200
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	23 079 052
Budget total	1 718 681 252

Le budget d'exploitation total révisé de 4 202 906 \$ se compose des éléments suivants :

	\$
Budget initial présenté à l'état des activités financières	3 781 106
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice :	
Planification autochtone	20 000
Stratégie Vieillir chez soi	288 000
Chef du service d'urgence	43 800
Gestion des listes d'attente	70 000
Budget total	4 202 906

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLIS peut accorder un financement de 1 718 681 252 \$ aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLIS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2008 :

	\$
Gestion d'hôpitaux	1 013 569 316
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	294 975
Centres de soins de longue durée	333 744 158
Centres d'accès aux soins communautaires	183 460 668
Services de soutien communautaires	25 343 566
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	10 001 649
Centres de soins de santé communautaires	8 786 926
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	48 844 834
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	94 583 494
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux psychiatriques	51 666
	1 718 681 252

Le RLIS n'a autorisé aucun financement à des fournisseurs de services de santé en 2007.

10.

a) Stratégie Vieillir chez soi

Le RLIS a reçu un financement de 288 000 \$ (néant en 2007) relativement à la stratégie Vieillir chez soi. Les charges liées à la stratégie Vieillir chez soi engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2008	2007
	\$	\$
Services-conseils	25 394	-
Salaires et charges sociales	73 445	-
Autres	23 664	-
	122 503	-

b) Chef du service d'urgence

Le RLIS a reçu un financement de 43 800 \$ (néant en 2007) relativement aux fonctions du chef du service d'urgence. Les charges liées aux fonctions du chef du service d'urgence engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 40 043 \$ en honoraires de services-conseils.

c) Gestion des listes d'attente

Le RLIS a reçu un financement de 70 000 \$ (néant en 2007) relativement aux activités de gestion des listes d'attente. Les charges liées aux activités de gestion des listes d'attente engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 70 000 \$ en honoraires de services-conseils.

d) Planification autochtone (Aboriginal Planning)

Le RLIS a reçu un financement de 20 000 \$ (néant en 2007) relativement à un projet de planification autochtone. Aucune charge n'a été engagée au cours de l'exercice relativement au projet de planification autochtone.

e) Services de cybersanté

Le RLIS a reçu un financement de 475 000 \$ (281 000 \$ en 2007) relativement au projet de services de cybersanté. Les charges liées aux services de cybersanté engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2008	2007
	\$	\$
Services-conseils	435 415	161 585
Autres	779	-
	436 194	161 585

11. Frais généraux et administratifs

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente ces mêmes charges par objet :

	2008	2007
	\$	\$
Salaires et charges sociales	2 052 281	1 648 608
Charges locatives	237 354	209 651
Amortissement	172 200	155 150
Services partagés	302 301	298 058
Activités communautaires	85 498	392 105
Services-conseils	263 553	233 731
Fournitures	45 994	88 896
Charges des membres du Conseil	172 166	210 538
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	1 213	6 155
Autres	121 221	86 357
	3 453 781	3 329 249

12. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 19 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice a totalisé 162 424 \$ pour l'exercice 2008 (90 801 \$ en 2007) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières.

13. Garanties

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

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

14. Informations sectorielles

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



MEMBRES DU PERSONNEL

Rangée du fond

Scott Macpherson, James Meloche, Andrew Marsden, John Lohrenz

Rangée du milieu

Lindsay Wyers, Janet Boland, Emily Van de Klippe, Linda Henry,
Ritva Gallant, Brian Laundry, Jeanne Thomas, Karen O'Brien-Monaghan

Rangée de devant

Karen Landriault, Deborah Hammons, Sheila Rogoski, Katie Cronin-Wood

Absent

Kate Reed, Karen Ouellette

POUR NOUS CONTACTER

Téléphone	905-427-5497 1-866-804-5446
Télécopieur	905-427-9659
Adresse	Harwood Plaza 314, avenue Harwood Sud, bureau 204A Ajax (Ontario) L1S 2J1
Courriel	centraleast@lhins.on.ca
Site Web	www.centraleastlhins.on.ca

ISSN 1911-3331



Ontario
Local Health Integration
Network