

Créer de la valeur...

Rapport annuel 2009-2010 | Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est



Conseil d'administration



Georgina Thompson (Présidente)

Nommée le 1^{er} juin 2005
Fin du mandat : 8 juin 2011



Jyoti Kotecha

Nommée le 24 mars 2010
Fin du mandat : 24 février 2013



Thomas Rankin (Vice-président)

Nommé le 17 mai 2006
Fin du mandat : 16 juin 2010



Wynn Turner

Nommée le 1^{er} octobre 2008
Fin du mandat : 31 octobre 2012



Leslie Benecki

Nommée le 8 octobre 2008
Fin du mandat : 10 juillet 2011



Margaret Werkhoven

Nommée le 17 mai 2006
Fin du mandat : 17 juin 2010



John Ferguson

Nommé le 20 juin 2007
Fin du mandat : 19 juin 2011

Membres du Conseil d'administration sortants (2009-2010)

Gaye McGinn (5 janvier 2006 au 5 février 2010)
John Groves (5 janvier 2006 au 7 avril 2010)

Haute direction



Paul Huras

Chef de la direction



Sherry Kennedy

Directrice générale des opérations

48, rue Dundas Ouest, unité 2 | Belleville | Ont. | K8P 1A3
613 967-0167 | 866 831-LHIN (5446) | 613 967-1374 *Télécopieur*
www.SouthEastLHIN.on.ca | SouthEast@LHINS.on.ca

Renseignements : Florence Péretié, poste 203
Florence.Peretie@LHINS.on.ca

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario (2009)
ISSN: 1911-2947

Message de la président du conseil d'administration et du chef de la direction	1
Vue d'ensemble Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est	2
Faits et chiffres	2
Vue d'ensemble de la collectivité	2
Transparence et gestion responsable due système de santé	3
Collaboration entre les conseils d'administration (gouvernance collaborative)	6
Rapport sur le PSSI1: Plan de services de santé intégré – 2007-20108	8
Améliorer l'accès aux soins spécialisés	9
Améliorer l'accès aux service de santé mentale	10
Améliorer l'accès aux services de toxicomanie	11
Améliorer l'accès aux services de réadaptation	12
Améliorer l'accès au transport médical	13
Améliorer l'accès des service de soins de longue durée	14
Faciliter le mouvement des patients entre les organismes de soins de santé et les professionnels	15
Améliorer les communications entre le RLISS du Sud-Est et les communautés autochtones locales16	
Services de santé des communautés autochtones et activités de mobilisation	16
Améliorer l'accès aux services de santé en français	18
Les services de santé dans les collectivités francophones et activités de mobilisation	18
Améliorer l'accès aux soins de santé primaires	19
Aller de l'avant avec le développement et l'utilisation des systèmes électroniques d'information en matière de santé	20
Élaborer un plan régional de ressources humaines en santé	21
Mobilisation communautaire : Rapport sur les activités	22
Travailler ensemble pour de meilleurs résultats : Donner suite aux priorités provinciales dans le Sud-Est	23
Comprendre la relation entre la salle d'urgence et les autres niveaux de soins	22
Stratégie du RLISS du Sud-Est en matière de SU/ANS	24
Rapport sur les indicateurs de rendement	28
Commentaire du RLISS sur les résultats des indicateurs de rendement	29
Délai d'attente pour une chirurgie du cancer	29
Délai d'attente pour une chirurgie de la cataracte	29
Délai d'attente pour le remplacement de la hanche	29
Délai d'attente pour le remplacement du genou	29
Délai d'attente pour un diagnostic / examen par IRM	30
Délai d'attente pour un diagnostic /examen par tomodensitogramme	30
Placement Soins de longue durée (attente moyenne)	30
Autre niveau de soins - % de jours d'ANS	30
Admissions des SU (admissions dans les 8 heures)	31
Respect des cibles - cas graves	31
Respect des cibles - cas bénins	31
Analyse : Rendement opérationnel du RLISS	32
États financiers révisés	33

Acronymes

AAH	Aging At Home
PAC	Plan annuel des activités
ACFO	Association canadienne-française de l'Est de l'Ontario
ECTA	Équipe communautaire de traitement actif
ANS	Autre niveau de soins
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
EBSC	Évaluation des besoins de santé de la communauté
CSC	Centre de santé communautaire
ARCS	Assemblée régionale des citoyens en matière de santé
PEC-	
SCSM	Projet d'évaluation commune des services communautaires de santé mentale
Stratégie	
EASIER+	Eldercare Access Strategy in the Emergency Room – plus
SMU	Services médicaux d'urgence (Services ambulanciers terrestres)
SU	Salle d'urgence/Service d'urgence
HFO	HealthForce Ontario
FSS	Fournisseur de services de santé
CRSS	Commission de restructuration des services de santé
PSSI	Plan des services de santé integer
KGH	Hôpital général de Kingston
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
LISS	Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local
SLD	Soins de longue durée
MSLD	Maison de soins de longue durée
Ministère	À moins d'indication contraire, il s'agit du ministère de la Santé et des Soins de longue durée
ERMR	Entente de responsabilisation entre le Ministère et le RLISS
ERMS	Entente de responsabilisation multisectorielle
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
OMA	Ontario Medical Association
BGP	Bureau de gestion de projet
ReCAP	Regional Capacity Assessment and Projection
SSRO	Services de santé Royal Ottawa
SMILE	Seniors Managing Independent Living Easily
STA	Stratégie de l'Ontario sur les temps d'attente

Figures et tableaux

- Figure 1 : Répartition du financement, en pourcentage, par secteur en 2009-2010 (p. 2)
- Figure 2 : Carte du secteur géographique du RLISS du Sud-Est (p. 3)
- Figure 4: Clients en attente de leur admission dans un établissement de soins de longue durée (p. 14)
- Figure 3: Durée moyenne d'attente pour l'admission dans un établissement de soins de longue durée (p. 14)
- Figure 5: Organismes visés par la désignation (p. 18)
- Figure 6 Répercussions de l'état de santé des personnes âgées et des mesures de soutien à leur intention (p. 24)
- Figure 7: Visites aux urgences par des personnes de 75 ans et plus – RLISS du Sud-Est (p. 25)
- Figure 8: Visites aux urgences en 2009 – RLISS du Sud-Est (p. 25)
- Figure 9: Nombre d'heures d'attente aux services d'urgence : RLISS du Sud-Est / Ontario (p. 26)
- Figure 10 : Taux d'ANS, en pourcentage (prévisions pour 2008 – 2011) (p.26)



Message de la présidente du conseil et du chef de la direction

Au nom du conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est et de toute notre équipe, nous avons le plaisir de présenter notre rapport annuel 2009-2010.

Les mots nous manquent pour exprimer pleinement notre profonde reconnaissance pour tous les employés de notre système de santé local. Cette année, nous avons dû relever de sérieux défis, notamment en ce qui a trait à des cibles de rendement qui auraient semblé hors d'atteinte il y a quelques années à peine.

Nos hôpitaux et le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) ont fait preuve de leadership dans leur effort de collaboration avec le RLISS pour établir la feuille de route des services cliniques. Cette feuille de route, que nous mettrons au point dans l'année qui vient, tracera la voie à suivre en ce qui a trait à la prestation de soins de santé en milieu hospitalier dans notre RLISS, et elle aura comme principes directeurs la qualité, l'accès et la viabilité.

Au cours de l'année dernière, nos organismes de services de soutien communautaire (SSC) ont démontré leur engagement envers la santé et le bien-être de nos résidents et leur capacité de combler les besoins de la collectivité. Nous prouvons au reste de l'Ontario que la manière la plus efficace d'aider les personnes âgées à maintenir leur santé et leur autonomie est de leur dispenser des soins avant qu'elles n'arrivent dans les salles d'urgence. Les organismes de SSC en font la preuve tous les jours auprès de chacun de leurs clients. Notre CASC a joué un rôle capital dans la mise en place de la politique « Chez soi d'abord » qui permet aux patients et aux dispensateurs de soins de se concentrer sur le retour à la maison des personnes, plutôt que sur leur admission dans des maisons de soins de longue durée.

Nous tenons également à remercier le personnel de nos programmes de services communautaires de santé mentale. Au cours de l'année dernière, ces organismes ont réalisé ce que d'autres n'avaient pas réussi à faire pendant une décennie. Ils parviennent à placer des personnes atteintes de maladie mentale chronique, qui vivaient dans des établissements de soins de longue durée, dans des milieux de vie communautaires qui reçoivent le soutien approprié. Au-delà de l'idée qu'il s'agit-là de la solution la plus humaine qui soit, cela sonne le glas de l'époque où les institutions représentaient le cœur du système. Les réalisations mentionnées ici prouvent que le patient occupe désormais le centre de notre système de santé local.

Les résidents du Sud-est de l'Ontario ont obtenu de très bons services de la part de ceux qui composent le système de santé local. Nous avons l'intention de poursuivre sur cette lancée pour innover et inspirer des améliorations dans le système, de tabler sur les éléments constitutifs de nos services améliorés, soit la qualité, l'efficacité et la viabilité, et de promouvoir des interventions rapides et efficaces à tous les points du continuum de soins.

Au nom du Conseil d'administration

Georgina Thompson
Présidente, Conseil d'administration

Paul Huras
Chef de la direction et secrétaire du
Conseil d'administration

Faits et chiffres

Population 442,800 (2006) prévisions 489,600 (2010)

Financement 960,628,457\$ Alloués aux fournisseurs de soins de santé en 2009-2010.

Fournisseurs de soins

- 7 Hôpitaux - 11 emplacements
- 1 Centre d'accès aux soins communautaires (Sud-Est)
- 37 Maisons de soins de longue durée (1 provisoire)

Organismes communautaires

- 37 Organismes de services de soutien communautaire
- 3 Programmes ayant trait aux lésions cérébrales acquises
- 3 Aide à la vie autonome / logement avec services de soutien
- 8 Programmes en toxicomanie
- 4 Centres d'accès aux soins communautaires
- 19 Programmes en santé mentale

Financement par secteur (2009-2010)

Exploitation des hôpitaux	640,350,426\$
Subventions fiscales municipales – hôpitaux	190,725\$
Maisons de soins de longue durée	148,948,421\$
Centre d'accès aux soins communautaires	92,924,681\$
Services de soutien communautaire	19,961,270\$
Lésions cérébrales acquises	3,482,522\$
Aide à la vie autonome – Logement avec services de soutien	1,988,446\$
Centres de santé communautaire	14,921,421\$
Santé mentale communautaire	31,740,708\$
Programme de toxicomanie	6,119,837\$

Financement total alloué 960,628,457\$

Financement par hôpital (2009-2010)

Hôpital général de Brockville	47,143,550\$
Hôpital Hôtel-Dieu	52,436,377\$
Hôpital général de Kingston	270,639,221\$
Hôpital général du comté de Lennox et Addington	18,358,000\$
Hôpital de district de Perth et Smiths Falls	32,627,200\$
Providence Care	86,597,978\$
Quinte Healthcare Corp	132,548,100\$

Financement total 640 350 426\$

Vue d'ensemble de la collectivité

Couvrant un territoire de 19 473 kilomètres carrés, le RLISS du Sud-Est est le quatrième plus grand réseau local d'intégration des services de santé par secteur géographique. Nous desservons environ 3,8 % des Ontariens, répartis à peu près également dans les zones urbaines qui longent l'autoroute 401 ou qui vivent dans de petites collectivités rurales disséminées un peu partout sur le reste de ce territoire.

Le secteur géographique du RLISS comprend les collectivités bordées à l'est par la municipalité de Brighton, à l'ouest par celle de Cardinal, et entre le comté de Prince Edward, au sud, et la région juste au nord du lac St. Peter (voir la figure 2). Les secteurs géographiques des RLISS ont été déterminées en fonction de l'endroit où les résidents reçoivent principalement leurs soins. Dans une proportion de 96 %, les résidents de tout le RLISS du Sud-Est reçoivent leurs soins de fournisseurs locaux de services de santé.

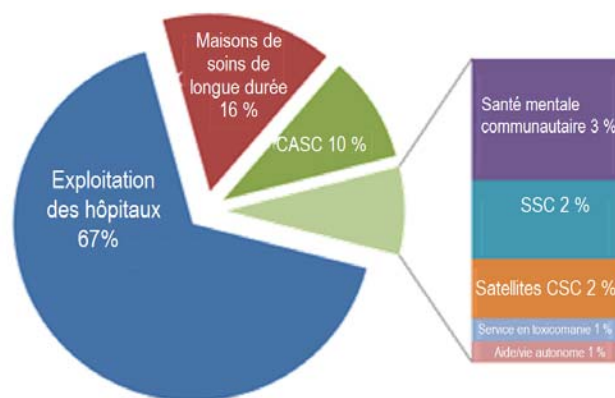


Figure 1 : Répartition du financement, en pourcentage, par secteur en 2009-2010

Transparence et gestion responsable du système de santé

Le principe de transparence se trouve au cœur même de la création des RLISS. La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* définit les pouvoirs décisionnels du conseil d'administration du RLISS concernant le système de santé local, dans le respect des dispositions de la Loi, et sous la direction du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le RLISS est tenu de mener un processus de consultation auprès des collectivités qui le composent, dans le cadre de sa planification stratégique et des cycles d'établissement des priorités. Dans le processus décisionnel du RLISS, il faut constamment tenir compte de l'intérêt de la population.

Tous les trois ans, les RLISS élaborent leur plan des services de santé intégrés (PSSI) – dans lequel on circonscrit les objectifs du système de santé local. Le PSSI fournit le cadre selon lequel le RLISS et les fournisseurs de services de santé peuvent s'assurer que le temps, les efforts et les ressources consacrés aux services s'harmonisent de façon appropriée.

Chaque RLISS dispose d'une entente de responsabilisation conclue avec le ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Cette entente définit les obligations des deux parties, et elle spécifie les secteurs où le ministre souhaite voir des améliorations. Elle comporte des indicateurs du rendement, couplés à des cibles pluriannuelles, et les résultats font l'objet d'une divulgation publique au moyen du présent rapport ou d'autres documents.

À titre d'organisme de la Couronne, le RLISS doit respecter pleinement les directives du gouvernement de l'Ontario en ce qui a trait à

l'allocation du financement, aux dépenses opérationnelles, aux appels d'offres pour des services en sous-traitance, à l'embauche et aux autres politiques concernant les organismes, conseils et commissions de l'Ontario.

Le chef de la direction de chaque RLISS rencontre les hauts fonctionnaires du Ministère tous les trois mois pour les renseigner sur les répercussions des activités du RLISS en soulignant les succès remportés et les choses qu'il est possible d'améliorer davantage.

Le conseil d'administration du RLISS relève en fin de compte du ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Toutes les décisions importantes prises par le RLISS se fondent sur les directives de notre conseil. Notre chef de la direction présente des mises à jour mensuelles sur les activités opérationnelles, des rapports sur les résultats obtenus par rapport aux indicateurs du rendement, et les dernières nouvelles en ce qui a trait aux progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs prioritaires du PSSI.

En se fondant sur ce cadre de responsabilisation, le conseil d'administration du RLISS du Sud-Est a établi quatre objectifs stratégiques :

Bâtir un système véritable de soins intégrés, qui maximise l'utilisation des ressources;

Sensibiliser les gens au mandat du RLISS et au rôle de gestion de son système de santé;

Être une organisation fondée sur les connaissances;

Être une organisation crédible, professionnelle et réceptive.

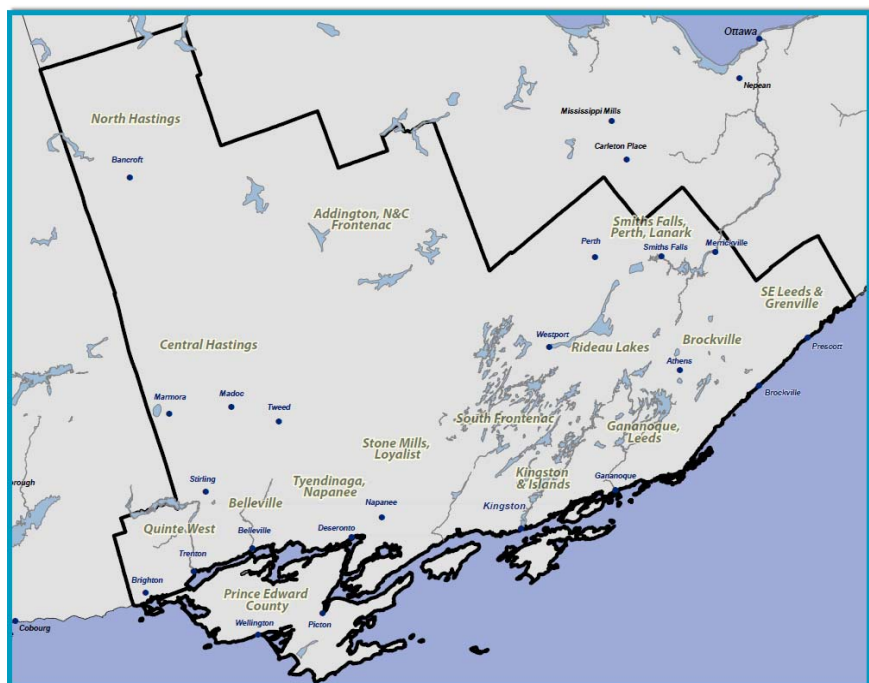


Figure 2 – Carte de la région géographique du RLISS du Sud-Est

Les membres du conseil d'administration du RLISS, les dirigeants et le personnel sont bien imbus de nos obligations de rendre compte et sont tenus d'intégrer ces exigences dans leurs activités de travail.

Aussi importantes et nécessaires que soient ces responsabilités, elles ne concernent pas directement notre responsabilité prioritaire à l'égard des résidents qui vivent dans notre secteur géographique.

Le conseil d'administration et le personnel du RLISS du Sud-Est sont également des résidents de cette collectivité. Nous partageons la vision exprimée par les résidents, soit celle d'un système de santé accessible et viable.

La transparence, c'est bien plus que le simple fait de communiquer des chiffres exacts. Au

sein du RLISS du Sud-Est, cela implique de prendre des décisions qui auront des répercussions positives sur la qualité et la viabilité du système de santé. Cela implique aussi de faire en sorte d'améliorer le fonctionnement du système et de faire ce qu'il faut.

Satisfaire aux normes provinciales

Le RLISS du Sud-Est a travaillé assidûment avec ses fournisseurs de services de santé pour s'assurer que qu'ils respectent les normes provinciales de soins en

comblant les besoins locaux en matière de soins de santé. Nous avons fait preuve d'innovation de sorte que notre engagement auprès de nos collectivités a été important, ce qui nous a permis d'adopter une approche inspirée des remarques des collectivités. Nous avons regardé au-delà des frontières de l'Ontario pour trouver des modèles, des programmes et des mécanismes éprouvés qui permettent de dispenser des services plus efficacement ou qui aident à éviter les motifs qui sont habituellement donnés – quoiqu' évitables – pour justifier le recours au système de santé. Notre objectif est d'améliorer et de mettre au point le système de santé local de sorte qu'il réponde aux besoins de nos résidents aujourd'hui et demain.

Évaluation de la maturité

Au cours de l'exercice 2009-2010, l'équipe des services de vérification pour la santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a évalué le degré de maturité des 14 RLISS

de l'Ontario. Les évaluations visaient à renseigner le Ministère sur la compétence et le potentiel des RLISS après avoir assuré la gestion du système de santé local pendant trois ans.

L'évaluation du RLISS du Sud-Est s'est révélée très positive, ce dernier ayant été mis au rang des organisations qui sont « parvenues à maturité ». C'est-à-dire que le RLISS du Sud-Est a démontré qu'il a recours à des systèmes, des mécanismes et des procédures qui respectent la politique provinciale et sont appliqués de manière juste et équitable, et qu'il comprenait bien son rôle.

Principaux projets de responsabilisation

Dans le cadre de son mandat, le RLISS du Sud-Est a entrepris un certain nombre de projets qui facilitent ses obligations de rendre compte, ses priorités de changement au niveau des systèmes de santé, ou améliorent sa compréhension globale du système de santé local. En 2009-2010, le RLISS a mené plusieurs projets de ce type.

Le projet ReCAP (évaluation de la capacité régionale et prévisions)

Afin de s'assurer que son travail correspond à ses objectifs stratégiques et opérationnels, le RLISS a élaboré des prévisions régionales, axées sur la population, en ce qui a trait à l'utilisation des services de santé par les résidents. Le projet ReCAP a analysé en profondeur les besoins actuels et futurs des résidents et a établi des prévisions à l'égard de ces besoins sur une période de cinq ans. Le projet a également examiné la capacité des fournisseurs de services de santé de combler les besoins prévus de la population au cours de cette période. Les données du projet ReCAP procurent au RLISS les moyens de planifier efficacement ses services

à venir et de s'assurer que ses fournisseurs en font autant, de façon à combler les besoins prévus en matière de services de santé. Cette façon de planifier les systèmes de santé en se fondant sur des données est nouvelle en Ontario, mais elle s'avère indispensable pour la gestion des systèmes de santé locaux.

Feuille de route des services cliniques

En 2009-2010, le RLISS du Sud-Est a mené un processus de concertation auprès des hôpitaux de son secteur et du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC), pour savoir comment on pouvait réaménager les services cliniques afin d'en améliorer l'efficacité et l'accès et réduire le chevauchement des services. Selon les approches conventionnelles liées à l'harmonisation des services cliniques, c'est le RLISS qui déterminerait « qui fait quoi » et qui renseignerait ensuite les fournisseurs sur leur rôle.

Nous savions que nous pouvions faire mieux. Nous avons convié les hôpitaux de notre secteur et le Centre d'accès aux soins communautaires à des discussions, et nous leur avons demandé de travailler avec nous à la création d'un plan régional de services de santé qui convienne aux hôpitaux et au CASC, au RLISS et à nos résidents. Nous désignons ce processus sous le nom de « feuille de route des services cliniques », car nous dresserons collectivement la carte pour nous rendre là où nous souhaitons aller.

Projet de services administratifs communautaires

Dans le cadre de nos ententes de responsabilisation avec les fournisseurs de services de la collectivité, toutes les parties participent à un processus visant à déterminer les services administratifs de base que

l'on pourrait « mettre en commun » et partager. Le projet vise à déterminer combien d'argent on pourrait épargner en mettant en place, par exemple, un seul système de paye ou en ayant recours à un bureau commun pour la tenue des comptes. La phase I de ce projet, qui comportait un inventaire des services administratifs qu'on pouvait mettre en commun, a pris fin en 2009-2010. La phase II, c'est-à-dire l'élaboration des solutions de services administratifs, est en conception.

Services de soutien en commun du Sud-Est de l'Ontario (3SO)

3SO résultent d'un projet de collaboration entre les hôpitaux du RLISS du Sud-Est visant à mettre en place des services administratifs communs pour les services d'achat et d'approvisionnement. Les services 3SO se sont dotés de personnel spécialisé en approvisionnement, qui maximise le pouvoir d'achat de tous les hôpitaux, de sorte que les dirigeants de ces établissements puissent se concentrer sur leurs activités principales, à savoir le soin des patients.

Collaboration entre les conseils d'administration (gouvernance collaborative)

Dès la formation des RLISS à la fin de 2005, le RLISS du Sud-Est a communiqué avec la présidence et les membres des conseils d'administration des ses fournisseurs. Suite à ces premiers contacts informels, le conseil d'administration du RLISS du Sud-Est a nommé une équipe d'élaboration des politiques en matière de gouvernance collaborative (CGDT) en 2007.

Chacun des secteurs de service (services de toxicomanie, centres d'accès au soins communautaires, centres de santé communautaire, services communautaires de soutien, hôpitaux, soins de longue durée et santé mentale) est représenté au sein de la CGDT. On y trouve également des représentants des centres hospitaliers universitaires et des secteurs des soins primaires et de la santé publique. La CGDT a été établie pour conseiller le RLISS sur la manière d'intervenir au niveau de la gouvernance et d'encourager les conseils d'administration à travailler ensemble pour mieux s'aligner sur les objectifs du RLISS.

Depuis 2007, sur recommandation de la CGDT, notre conseil d'administration a tenu une série de séances de travail sur la gouvernance chaque année. Présentées dans l'ensemble de notre secteur géographique, ces séances se sont concentrées sur des aspects jugés susceptibles de mobiliser les membres du conseil d'administration et de contribuer à l'avancement des priorités du RLISS. Contenu des séances :

Rôle du conseil d'administration d'un FSS dans un environnement RLISS

Système de santé du RLISS du Sud-Est

Intégration – définitions, types, but, possibilités

Boîte à outils en matière de gouvernance

Rôle des conseils d'administration des FSS dans les efforts pour contribuer aux priorités de changement du RLISS du Sud-Est

D'autre part, la CGDT a formellement évalué le degré d'efficacité des efforts entrepris par le RLISS pour mobiliser les conseils d'administration de nos fournisseurs et favoriser la collaboration entre ces conseils

d'administration. L'évaluation, qui était essentiellement un sondage mené auprès de nos fournisseurs, s'était révélée très positive. Les séances de travail étaient très bien accueillies et tous les fournisseurs sondés croient que cette approche est susceptible d'accroître et d'améliorer les possibilités de collaboration.

En outre, le président de notre conseil d'administration anime une réunion mensuelle des présidents des CASC et des hôpitaux du RLISS. Dans l'ensemble, notre conseil d'administration démontre l'engagement des conseils d'administration des FSS en tant que facilitateur incontournable en ce qui concerne l'intégration et l'avancement de nos priorités

Préparer l'avenir

Nos fournisseurs ont démontré qu'il était possible de relever le défi d'offrir un système d'excellente qualité, accessible et viable. Au cours des trois dernières années, on a prouvé que le système de santé local avait la capacité et la souplesse d'effectuer les changements nécessaires. En se fondant sur les réalisations de notre PSSII, nous allons améliorer le système de soins de santé local au moyen de plans de réduction du nombre des hospitalisations inutiles et des maladies nosocomiales. Nous allons élaborer et parfaire des approches régionales en matière de soins et nous allons faire de la qualité un des livrables essentiels du système de santé local.

Le conseil d'administration a approuvé le premier plan de services de santé intégré (PSSII) du RLISS du Sud-Est, en octobre 2006. Au moment de préparer ce plan, nous avons effectué des recherches approfondies sur la santé de nos résidents afin de déterminer les services de santé auxquels ils avaient recours. Nous avons parlé aux Ontariens qui vivent dans les collectivités où nous offrons nos services pour connaître leur opinion sur le système de santé local. Nous leur avons demandé ce qu'ils appréciaient des soins de santé dispensés localement et ce qui pourrait être amélioré. Nous leur avons également demandé à quoi devrait ressembler dans l'avenir le système de santé local. Enfin, nous avons consulté nos fournisseurs pour connaître leur point de vue sur les forces des systèmes de santé locaux, les possibilités d'amélioration et, globalement, sur la façon dont, selon eux, le système comblait les besoins des gens.

Cette recherche a permis l'élaboration du PSSII et des 12 *priorités de changement* qui ont orienté les activités du RLISS de 2007-2008 à 2009-2010. Le PSSII est disponible à www.SouthEastLHIN.on.ca.

Nous sommes très fiers des réalisations de nos fournisseurs de services de santé et de nos réalisations collectives au cours des trois dernières années. Ces résultats témoignent du dévouement et de l'engagement de tous les fournisseurs de soins de ce RLISS et de tout le personnel de gestion, d'exploitation et de

soutien qui les appuie. La pléthore de changements dans le domaine de la santé inquiète, car les gens ont du mal à suivre le courant, mais nous croyons que nos résultats démentent cette tendance. Le changement pour le changement ne sert à rien. Toutefois, quand le changement est assorti d'une vision du succès, il est viable. Le changement lié à un objectif clairement exprimé, assorti de mécanismes pour mesurer les progrès accomplis, peut stimuler les gens.

Rien ne stagne dans le domaine des soins de santé. Le rythme des découvertes médicales se maintient depuis plus de 20 ans. De nos jours, les chirurgiens résidents n'apprennent pas les mêmes techniques et méthodes que leurs professeurs ont apprises. Dans le domaine des soins, tout est en constante mutation. Le rôle du RLISS est de s'assurer que les changements se concentrent sur ce qui est important pour les besoins en matière de soins de santé de la population, aujourd'hui et demain. Le PSSII nous a révélé que grosso modo, le système remplissait sa fonction. Notre travail, au moyen du PSSII, ne consistait pas à créer un nouveau système de santé local, mais à « rénover » le système existant.

Notre rapport sur le PSSII comporte des rubriques correspondant à chaque priorité de changement et un résumé des activités clés et des résultats obtenus.

Améliorer l'accès aux soins spécialisés

Selon les participants aux séances de mobilisation communautaire, l'accès aux médecins spécialistes et aux services spécialisés de diagnostic (p. ex. l'imagerie par résonance magnétique [IRM] et la tomographie par ordinateur) laissait à désirer. On imputait en partie cette situation à l'accès inadéquat à un fournisseur de soins primaires.

Le RLISS travaillera auprès des fournisseurs à améliorer le recrutement de médecins spécialistes et sous-spécialistes.

Activités en appui à cette priorité

Gestion des listes d'attente : Le RLISS du Sud-Est a maintenu l'exigence de vérification des listes d'attente des hôpitaux qui fournissent des services financés en vertu de la Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario, pour s'assurer que l'on procède à une nouvelle évaluation de tout patient dont le délai d'attente dépasse 180 jours.

Sensibilisation : Le RLISS a sensibilisé le personnel des hôpitaux de son secteur ainsi que les chirurgiens à l'importance de réduire les temps d'attente. La sensibilisation de ces derniers s'est faite par le truchement des hôpitaux,

Financement ciblé : Le RLISS a réaffecté les subventions en cours d'exercice financier, pour s'assurer que les hôpitaux qui pouvaient effectuer davantage d'interventions chirurgicales en avaient les moyens.

Services de soins orthopédiques de courte

durée : Le RLISS du Sud-Est a financé l'un des premiers services de soins de courte durée, où l'on procède au remplacement complet de la hanche et du genou, en Ontario. L'hôpital Hôtel-Dieu a lancé le programme en décembre 2009, avec 105 interventions.

Aiguillage électronique : Les chirurgiens orthopédistes de Kingston ont proposé de créer un système d'aiguillage électronique pour les médecins de famille, afin de raccourcir l'attente entre l'aiguillage vers un spécialiste et le moment de la consultation, car ce système intégrerait l'éducation et la présélection des patients. On a entrepris l'élaboration du système en 2009-2010 et le processus se poursuivra en 2010-2011.

Résultats

Délais de diagnostic Indicateur : nombre de jours d'attente entre l'aiguillage et la procédure :	2006 400+		2009 130
--	---------------------	---	--------------------

Délais de chirurgie Indicateur : nombre de jours d'attente entre la consultation et la chirurgie :	2006 400+		2009 138
--	---------------------	---	--------------------

Les délais d'attente pour le remplacement total de la hanche ou du genou sont passés de 22 à 9 mois, en moyenne, en 2008.

La durée de l'hospitalisation a été réduite grâce au service de soins de courte durée (passant de six jours à deux jours, en moyenne) depuis le début du programme, sans augmentation des complications.

Pour des résultats plus précis, reportez-vous à la page 25.

Améliorer l'accès aux services de santé mentale

Notre premier PSSI faisait mention de difficultés d'accès aux services de santé mentale dans l'ensemble du continuum de soins. La situation dans les services de soins en cas de crise à l'extérieur de nos grands centres urbains était particulièrement inquiétante. Dans les collectivités plus petites, c'était avant tout dans les services d'urgence que l'on se chargeait des soins en cas de crise, et l'on avait recours au téléphone pour consulter les psychiatres et obtenir le soutien des équipes spécialisées. L'admission des personnes aux prises avec des problèmes aigus de santé mentale s'était révélée particulièrement difficile.

Enfin, on avait souligné la difficulté d'accès aux soins ambulatoires et aux services de soutien communautaire pour les personnes souffrant de maladies mentales chroniques (psychogériatriques; enfants et adolescents; troubles concomitants).

On s'attardera particulièrement à élaborer et à mettre en œuvre divers modèles permettant pour garantir l'accès à des services de santé mentale et de toxicomanie appropriés et opportuns pour les résidents des régions les plus éloignées du RLISS.

Activités en appui à cette priorité

Préparer le terrain pour permettre aux personnes atteintes de maladie mentale qui font de longs séjours en institution de vivre dans la communauté :

Le RLISS soutient le principe selon lequel les patients qui souffrent de troubles mentaux ne devraient être hospitalisés qu'en cas de nécessité, et qu'ils devraient avoir la possibilité de vivre dans leur milieu quand leur état est stable. Providence Care et l'ancien hôpital psychiatrique de Brockville ont tous deux travaillé auprès d'organismes communautaires à préparer la transition des patients entre les établissements où ils font des séjours prolongés et les milieux communautaires.

Troubles aigus de santé mentale : À Brockville, Kingston et Belleville, on revoit les programmes des services aux patients atteints de troubles aigus de santé mentale, dans le cadre de la planification des programmes fonctionnels des hôpitaux respectifs. Dans chaque cas, les

patients sont rapidement transférés vers de nouvelles installations. Les hôpitaux cherchent à s'assurer que la conception des modèles de soins correspond aux meilleures pratiques cliniques actuelles. Les résultats de ces activités permettront d'assurer une utilisation appropriée des lits pour personnes atteintes de maladies mentales aiguës et de mettre en place de solides systèmes de soutien communautaire pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Patients psychogériatriques : Plusieurs de nos hôpitaux ont étudié des moyens de venir en aide aux patients âgés qui demeurent à la maison, ou dans une maison de soins de longue durée, là où les troubles de démence ou d'autres problèmes psychogériatriques posent un problème à la famille. Ce travail se poursuit.

Université Queen's : L'Université Queen's travaille actuellement auprès d'hôpitaux du RLISS au recrutement de psychiatres résidents pour le Sud-Est. En fournissant un environnement propice à la recherche et l'éducation et divers milieux cliniques, la direction de l'université espère augmenter le nombre de spécialistes dans la région.

Résultats

Plus de 70 lits pour personnes atteintes de maladies mentales aiguës ont été ou sont en cours de réaménagement dans le RLISS du Sud-Est, afin de s'assurer que les soins destinés aux personnes atteintes de maladie mentale sont prodigués dans des établissements modernes susceptibles d'offrir les meilleures pratiques cliniques ayant cours actuellement.

Le RLISS appuie le développement de services psychogériatriques communautaires axés sur la réduction des placements en établissement.

Améliorer l'accès aux services de toxicomanie

Il semble qu'il existe de sérieux problèmes d'accès aux services pour les personnes toxicomanes. Celles-ci doivent souvent quitter leur collectivité pour obtenir des soins. À l'extérieur des centres urbains, il n'existe pas de service local de gestion du sevrage ou de la désintoxication. Il est difficile d'obtenir des services de transport, ou alors ils sont très coûteux. La gestion des médicaments comporte certains problèmes en raison de la pénurie de fournisseurs de soins de santé primaires. Les logements supervisés, qui pourraient atténuer nombre de ces problèmes, semblent inadéquats.

On accordera une attention particulière au développement et à la mise en œuvre de modèles visant à garantir l'accès à des services de santé mentale et de toxicomanie appropriés et opportuns pour les résidents des régions les plus éloignées du RLISS.

Activités en appui à cette priorité

Service commun de réception des demandes et d'évaluation : Les fournisseurs de services de consultation en toxicomanie à l'échelle du RLISS travaillent depuis quelque temps dans des groupes géographiquement bien situés en vue d'établir des protocoles communs en matière de réception des demandes et d'évaluation pour les clients qui ont besoin de leurs services ou d'une combinaison de services de santé mentale et de toxicomanie. Cette politique, qui élimine le risque de frapper à la mauvaise porte, permet de s'assurer que les patients ayant besoin de services peuvent être évalués par l'un ou l'autre des divers fournisseurs de services, et que ce processus de réception des demandes et d'évaluation est adéquat pour permettre la prestation de services par un organisme partenaire.

Ce niveau de coordination est particulièrement important pour les clients qui ont à la fois des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, car bien souvent il ne sert à rien de traiter un de ces problèmes sans traiter l'autre.

Logement supervisé pour toxicomane : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a proposé de subventionner 48 lits pour services de toxicomanie dans les logements supervisés au sein du RLISS. Le réseau a préparé un plan pour permettre d'attribuer ces lits par région, mais avec la possibilité de modifier cette répartition en fonction des besoins de la population. En 2009-2010, le RLISS s'attendait à financer des organismes qui s'occuperaient de gérer 32 de ces 48 lits. Malheureusement, le Ministère n'a pas encore accordé les subventions nécessaires.

Résultats

Le lancement de ces projets n'a eu lieu que récemment, mais le RLISS s'attend à ce que l'harmonisation des services de réception des demandes et d'évaluation améliore l'accès aux services pour les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie, ainsi que la qualité des services.

Améliorer l'accès aux services de réadaptation

Le taux d'utilisation des services de réadaptation physique pour les patients hospitalisés est beaucoup plus faible dans le RLISS du Sud-Est que dans d'autres régions de l'Ontario. Cela découle apparemment de problèmes d'accès à ce niveau de soins dans le RLISS.

Ce taux d'utilisation plus faible se conjugue au manque d'accès aux services communautaires de réadaptation physique. Les fournisseurs ont indiqué que la demande de services de réadaptation subventionnés à domicile ou en milieu hospitalier dépasse l'offre, ce qui engendre des listes d'attente.

L'offre en ce qui a trait à ces services semble limitée en raison du manque de financement et de professionnels de la réadaptation au sein du RLISS, particulièrement dans nos collectivités les plus petites. Le manque de fournisseurs est manifeste tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

Le RLISS SE examinera la gravité de la pénurie des services de réadaptation et élaborera des stratégies pour accroître la capacité de ces services.

Activités en appui à cette priorité

Discharge Link : Ce programme procure des services de réadaptation physique à des personnes qui ont récemment subi un accident vasculaire cérébral (AVC). Le lancement du programme Discharge Link a eu lieu en février 2009, et il visait à fournir des services communautaires améliorés de réadaptation pour les personnes ayant survécu à un AVC, à domicile et dans les maisons de soins de longue durée. Depuis son lancement, 145 patients se sont prévalus de ce programme – dont 25 % de nouveaux patients qui venaient tout juste d'obtenir leur congé de l'hôpital après leur AVC. Discharge Link permet aux personnes ayant survécu à un AVC de quitter l'hôpital plus tôt et d'entamer le processus de guérison et de rétablissement à domicile, auprès de leur famille.

Expansion des services de réadaptation : Vu le nombre accru des interventions liées au remplacement d'articulations au sein du RLISS, l'accès aux services de réadaptation physique a été financé à même les subventions supplémentaires allouées aux services de physiothérapie dans la collectivité. En outre, Providence Care continue de fournir des services de réadaptation postopératoires aux patients qui ont subi une intervention plus complexe de remplacement d'une articulation, afin de garantir les meilleurs résultats et une meilleure qualité de vie, en plus de réduire les risques de complications cliniques ou de réadmissions à l'hôpital.

Programmes d'activation physique : Plusieurs de nos hôpitaux ont commencé à offrir des programmes de réadaptation aux personnes âgées qui ont perdu une partie de leur capacité physique pendant leur hospitalisation. Les programmes visent à restaurer la capacité physique de ces personnes pour qu'elles puissent à nouveau mener une vie autonome à la maison, plutôt que d'être admises dans une maison de soins de longue durée. Ces programmes, qui concernent les personnes âgées admises à l'hôpital, visent à réduire toute perte de capacité physique durant la période d'hospitalisation.

Résultats

Le RLISS prévoit une réduction du nombre de patients susceptibles de recevoir un autre niveau de soins, la diminution de l'aiguillage vers des soins de longue durée, et de meilleurs résultats cliniques en ce qui a trait au rétablissement après une arthroplastie ou un AVC.

Améliorer l'accès au transport médical

Les services d'ambulance terrestre à l'échelle du RLISS sont efficaces en cas d'urgence. Toutefois, on rencontre constamment des problèmes quand il s'agit du transport de patients gravement atteints, mais dont l'état est stable, entre établissements.

Le transport non urgent à destination ou en provenance de fournisseurs de soins pose un problème dans toutes les collectivités où l'on n'offre pas de transport public. Là où le transport public n'est pas disponible, les autres solutions sont très coûteuses. Cette situation concerne également le transport entre hôpitaux pour des traitements spécialisés et des services diagnostiques, tant pour les interventions non urgentes mais nécessaires que pour les interventions urgentes.

La plupart des collectivités ne disposent pas de services de transport non urgents dotés de fauteuils roulants ou de civières.

Le RLISS SE mettra au point des plans pour améliorer l'accès au transport à des fins médicales.

Activités en appui à cette priorité

Forum des fournisseurs de services de santé sur le transport : Les fournisseurs de services de santé au sein du RLISS, qui jouent un rôle dans la prestation de services de transport aux résidents, ont tenu deux réunions en 2009-2010 afin de se consulter sur la façon d'améliorer les services de transport. Un groupe de travail constitué de ces fournisseurs, notamment les services d'ambulance terrestre du secteur, travaille actuellement avec le personnel du RLISS à la création d'un cadre du transport qui établira les lignes directrices des améliorations.

Fourgonnettes médicales : Le RLISS du Sud-Est a obtenu sept fourgonnettes pour le transport des

patients, de leur domicile au lieu des consultations médicales, et vice versa. Le RLISS visait l'utilisation accrue des véhicules jusqu'à concurrence de 10 700 voyages simples par année. L'une des fourgonnettes a été mise hors d'usage en 2009-2010 à cause d'un accident. Les six fourgonnettes restantes sont exploitées par nos organismes partenaires, pour s'assurer qu'il en est fait le meilleur usage possible. En ayant recours aux fourgonnettes pour effectuer de longues distances et assurer le transfert d'importants groupes de patients, nous espérons améliorer les services sans surcharger les conducteurs bénévoles qui appuient ces programmes de transport. Le RLISS n'a pas encore atteint le nombre total de voyages supplémentaires prévus au moment de recevoir les fourgonnettes. Toutefois, nous croyons que le fait de ne pas avoir atteint ce but est compensé par les longues distances parcourues dans cette région.

Résultats

Accès accru aux services de transport pris en charge par des bénévoles dans le RLISS. Accès accru à des services de transport disponibles pour les personnes handicapées.

Améliorer la disponibilité des services de soins de longue durée

Il a été conclu que les services d'hébergement dans les maisons de soins de longue durée et les établissements de soins continus complexes ne suffisaient pas – 60 % des patients requérant un autre niveau de soins attendaient une place dans l'un ou l'autre de ces deux types d'établissement. Il a été également fait mention d'un grand nombre de clients en attente de places au sein de la collectivité. Le nombre de personnes en attente d'une place par rapport au nombre de places disponibles est le troisième plus élevé en Ontario, et cet écart continue de croître.

A été également mentionné le nombre insuffisant d'autres solutions de soins de longue durée, notamment les résidences pour retraités et les logements supervisés adaptés, et ce, à l'échelle du RLISS.

Le RLISS du Sud-Est élaborera un plan de révision des places disponibles afin de mieux combler les besoins de la population et d'augmenter la capacité d'une ou plusieurs modalités de soins de longue durée.

Activités en appui à cette priorité

Gestion des listes d'attente : Il a été demandé au Centre d'accès aux soins communautaires d'examiner et de réévaluer l'admissibilité de tous les clients qui attendent d'être admis dans des établissements de soins de longue durée. Plus de 200 clients ont ainsi été retirés de la liste d'attente.

Programme SMILE : Depuis le lancement du programme SMILE, il y a plus de deux ans, 482 autres clients ont été retirés de la liste. Si on élimine les personnes non admissibles, les décès

et d'autres circonstances (établies au moment de l'examen effectué par le CASC), ces réductions sont attribuables au programme SMILE, qui permet de fournir le niveau et la combinaison appropriés de services à domicile, afin de réduire le recours aux soins de longue durée.

Résultats

Au cours de 2009-2010, la durée moyenne de l'attente pour des soins de longue durée est passée de 132 à 71 jours, soit une baisse de 46 %. Le nombre de clients en attente de leur admission pour des soins de longue durée est passé de 1 878 à 1 196, soit une baisse de 36 %. 2009-2010.

Figure 3 : Durée moyenne d'attente pour l'admission dans un établissement de soins de longue durée

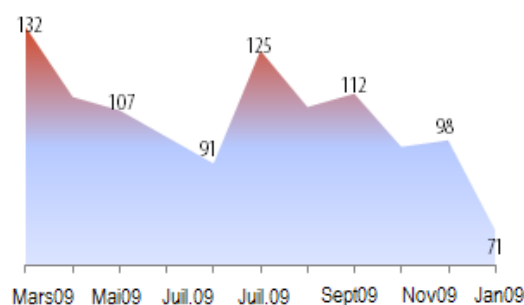
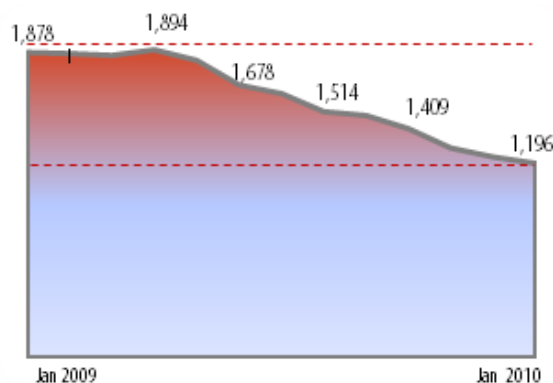


Figure 4 : Clients en attente de leur admission dans un établissement de soins de longue durée



Faciliter le mouvement des patients entre les organismes de soins de santé et les professionnels

L'intégration des services et la prestation des services dans le continuum des soins représentent une priorité pour le grand nombre de personnes souffrant de maladies chroniques au sein du RLSS. Cette approche améliore la qualité des soins en réduisant les perturbations de services, et améliore la qualité de vie et la santé des patients.

Les participants au processus de mobilisation communautaire et de consultation auprès des intervenants ont souligné l'importance d'améliorer le transfert des patients entre les différents fournisseurs de soins.

La normalisation des processus et le partage des renseignements concernant les patients sont considérés comme indispensables pour améliorer l'intégration.

Le RLSS travaillera avec les fournisseurs de soins à cerner et à adopter les meilleurs modèles de pratiques afin d'éliminer les obstacles et d'améliorer la circulation des patients dans le continuum des soins.

Activités en appui à cette priorité

Intégration des systèmes d'information : Deux projets ont été réalisés en 2009-2010, lesquels ont amélioré la transition en douceur des soins entre fournisseurs de services grâce à la technologie de l'information. Les systèmes de technologie de l'information qui relient deux équipes de santé familiale et leurs hôpitaux les plus proches ont permis aux médecins de famille d'obtenir l'accès en temps réel aux dossiers hospitaliers, aux notes cliniques, aux rapports diagnostiques et aux avis de spécialistes. Là où ces systèmes ont été mis en œuvre (Kingston et Belleville), on a constaté une réduction importante du fardeau administratif des médecins de famille (57 % de réduction des rapports sur papier, entre 24 et 72 heures de réduction dans les délais d'exécution des rapports), qui se fondent

maintenant sur des renseignements à jour au lieu de courir après de vieux rapports.

Évaluation normalisée : Les organismes de services de soutien communautaire ont entrepris une formation en vue de l'adoption de l'outil interRAI d'évaluation de la santé communautaire. Le recours à des évaluations communautaires normalisées permettra d'évaluer et de déterminer de façon rigoureuse les services nécessaires, de mieux connaître et de mieux comprendre les clients qui reçoivent des services dans la collectivité et de quantifier l'impact des services dans la vie de ces personnes. Cela permet aussi une compréhension partagée des niveaux de soins et des besoins des patients parmi les fournisseurs de services de santé, ce qui rehausse la qualité du processus décisionnel clinique. Des projets de ce type constituent une étape essentielle en vue de l'élaboration d'un dossier de santé électronique.

Amélioration de la coordination des soins : Le travail accompli dans le cadre de notre stratégie axée sur le vieillissement à la maison a permis d'améliorer le dialogue et la coopération entre les personnes qui planifient les congés de l'hôpital, les coordonnateurs de cas au CASC et les coordonnateurs de cas de soutien aux services communautaires au sein du RLSS. Au cours des trois dernières années, on a observé une hausse de 45 % de l'aiguillage du CASC aux organismes de services de soutien communautaire.

Résultats

Ces exemples laissent présager que des communications améliorées grâce à la technologie ou à une meilleure compréhension des rôles peuvent améliorer la coopération, l'accès aux services et les soins aux patients.

Améliorer les communications entre le RLISS du Sud-Est et les communautés autochtones locales

Des études canadiennes sur les services de santé des Premières nations montrent toutes que l'espérance de vie est plus courte et la santé plus précaire chez les Autochtones que dans l'ensemble de la population canadienne. Le RLISS doit créer et mettre en œuvre un cadre permettant la tenue d'un dialogue continu avec les Premières nations et les communautés des Premières nations hors-réserves, au sein du RLISS.

Services de santé des communautés autochtones et activités de mobilisation

Le RLISS a fait de l'amélioration des communications avec les communautés autochtones de sa région une priorité, en tant que première étape en vue de déterminer leurs besoins en matière de services de santé et la meilleure manière de les combler. Les Autochtones représentent 2,8 % de la population disséminée sur le territoire du RLISS du Sud-Est (à l'exclusion des Mohawks de la baie de Quinte, qui n'ont pas participé au recensement).

Le RLISS du Sud-Est s'est efforcé de bâtir des relations de travail cordiales et coopératives avec les leaders autochtones, afin de créer un climat de confiance entre le réseau et les communautés autochtones, de sorte qu'il puisse combler les besoins en services de santé de cette population.

Activités en appui aux services de santé des communautés autochtones

En 2008-2009, nous avons concentré nos activités sur l'amélioration des relations, afin de sensibiliser les communautés autochtones et de créer des liens de confiance entre le RLISS et ces groupes. Il fallait, pour ce faire, circonscrire les occasions pour le RLISS d'offrir son aide aux communautés autochtones dans leurs efforts pour obtenir un accès approprié aux services de santé.

En novembre 2009, la présidente de notre conseil d'administration et des représentants du personnel ont participé à une séance de sensibilisation culturelle, à l'invitation de la Métis Nation of Ontario (MNO), à Bancroft, où l'on a renseigné le RLISS sur le peuple Métis et sur les difficultés que rencontrent ses membres pour accéder aux services. La MNO effectue une enquête sur la santé de ses membres en 2010-2011; les résultats permettront au RLISS de mieux étayer la façon dont il pourrait offrir son soutien à la communauté.

Services de santé des communautés autochtones

L'encadré ci-dessous énumère les services présentés au RLISS en tant que Services de santé des communautés autochtones. La liste n'est pas exhaustive, car de nouveaux services et programmes voient le jour régulièrement.

Katarokwi Native Friendship Centre (Centre d'amitié autochtone Katarokwi) (Kingston)

- ◇ Programme de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones
- ◇ Life Long Care Program (programme de soins pour la vie)
- ◇ Santé mentale des communautés autochtones
- ◇ Aboriginal Healthy Babies/ Healthy Children Program (programme pour les bébés et les enfants autochtones en santé)
- ◇ Programme prénatal pour les Autochtones
- ◇ Nokomis Early Years Literacy Program (Programme de préparation à la lecture dans la petite enfance)
- ◇ Program for Early Parent Support (PEPS) (Programme de soutien

- aux jeunes parents) ◇ Mother Earth Play Group (groupe récréatif mère nature) ◇ Meals to Make/ Meals to Take, Nutritional Bingo, craft classes (cuisine collective, bingo nutritionnel et cours d'artisanat) ◇ Sueries, festins communautaires, ateliers de sensibilisation des Premières nations, cercle de tambours, cours de fabrication de tambours
Métis Nation of Ontario (nation métisse de l'Ontario)
◇ Transport ◇ Visites – services sociaux et de sécurité, sur place et en établissement ◇ Soutien aux dispensateurs de soins ◇ Services – modalités, coordination, gestion de cas ◇ Services en santé mentale (en association avec Providence Care) ◇ Services de télémédecine (en association avec Keewaytinook Okimakanak Telemedicine (KOTM) et le réseau de télémédecine de l'Ontario) ◇ Sensibilisation au diabète, aux jeux de hasard, Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, Aboriginal Healthy Babies Healthy Children Program (programme pour les bébés et les enfants autochtones en santé)
Mohawks de la baie de Quinte
<i>Services de soutien communautaire</i> ◇ Activités de soutien à la vie quotidienne (transport, programmes alimentaires, entretien ménager, programmes axés sur la sécurité, programmes de jour, soutien familial et personnel) ◇ Soins à domicile et soins communautaires (soins infirmiers) <i>Ressourcement pour le mieux-être des Autochtones</i> ◇ Refuges ◇ Aboriginal Healthy Babies Health Children (programme pour les bébés et les enfants autochtones en santé) <i>Centre de santé communautaire</i> Services de santé axés sur la promotion de la santé et la prévention des maladies ◇ Vaccinations ◇ Information et sensibilisation axées sur la santé ◇ Promotion de la santé, au besoin; aiguillage ◇ Cours périnataux (programme pour les futures mamans, nutrition, allaitement) ◇ Suivi et renseignements relatifs aux maladies transmissibles ◇ Sensibilisation au diabète et dépistage ◇ Programmes « Good Food » et « Good Lunch Box » - axés sur l'alimentation ◇ « Drop in Clinics Tuesdays » (les cliniques sans rendez-vous du mardi) et les cliniques « Elders Lodge » ◇ Services de diététistes ◇ Podologie
Centres de santé communautaire de Kingston et Quinte West
• Postes d'infirmière praticienne (à combler)
Hôpital général de Kingston
L'Hôpital général de Kingston sert de centre d'aiguillage pour les soins tertiaires, pour Weeneebayko Health Ahtuskaywin, situé à la baie James.

Le personnel du RLISS a participé à une séance similaire parrainée par le Katarokwi Native Friendship Centre (KNFC). Le RLISS a pu appuyer le centre en lui fournissant des subventions par le truchement du financement du plan de l'adaptation de l'Ontario - Fonds de transition pour la santé des Autochtones. Le personnel du RLISS a eu des contacts fréquents avec le KNFC durant la mise en œuvre du projet, qui s'est achevée à la fin de l'exercice financier.

La présidente de notre conseil d'administration et le chef de la direction rencontrent régulièrement le chef et le Conseil des Mohawks de la baie de Quinte (MBQ). Ces rencontres constituent l'occasion d'améliorer les relations et d'effectuer un travail de sensibilisation. Des membres du personnel du RLISS ont également rencontré des représentants des MBQ pour mettre au point un plan d'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires. Ces réunions ont permis au RLISS de fournir du financement pour l'embauche d'une infirmière pour les MBQ, au centre de santé communautaire de Napanee. Le RLISS maintient ses efforts pour obtenir du Ministère l'approbation d'un deuxième poste subventionné, au centre de santé communautaire de Quinte West (quand le centre ouvrira ses portes).

Améliorer l'accès aux services de santé en français

Les professionnels de la santé en mesure de dispenser des services en français ne sont pas assez nombreux, ce qui peut constituer un obstacle à l'obtention de services de santé pour les francophones qui vivent dans le RLISS du Sud-Est, nuire à la qualité des soins que reçoivent ces résidents francophones et à leur santé.

Les services de santé dans les collectivités francophones et activités de mobilisation

Dans notre premier PSSI, nous avons relevé que le manque de professionnels de la santé francophones représentait un obstacle important à l'accès aux soins pour les résidents francophones du Sud-Est.

Depuis mai 2009, la ville de Kingston est visée par la *Loi sur les services en français* de la province de l'Ontario. Les organismes touchés par cette loi, financés par la province, doivent mettre au point des plans de prestation des services dans les deux langues officielles du Canada.

Le RLISS du Sud-Est a demandé aux membres de la communauté francophone de se prononcer sur leurs besoins en matière de soins de santé. Nous avons utilisé les renseignements recueillis dans le cadre d'activités de mobilisation communautaire et de réunions périodiques avec des groupes communautaires pour étayer la vision *Atteindre l'excellence* et pour renseigner les fournisseurs de services de santé à la communauté francophone.

Depuis que la ville de Kingston est visée par la *Loi sur les services en français*, le 1^{er} mai 2009, le RLISS a travaillé de concert avec les

fournisseurs et les planificateurs de services de santé de façon à assurer l'élaboration de plans de mise en œuvre efficaces. Le RLISS a concentré la planification visant nos fournisseurs sur le renforcement de la capacité à fournir des services en français au moyen du partage des ressources.

Le RLISS du Sud-Est a pu engager du personnel bilingue pour la prestation des services dans ses bureaux. Deux des postes au RLISS sont désignés bilingues, et trois membres du personnel peuvent dispenser des services en anglais ou en français.

Fournisseurs de services de santé désignés pour dispenser des services en français à Kingston

- ◇ Hôpital général de Kingston
- ◇ Hôpital Hôtel-Dieu
- ◇ Providence Care (y compris le centre Providence de soins de longue durée)
- ◇ Services communautaires en santé mentale de Frontenac
- ◇ Options-for-Change
- ◇ Armée du Salut, Harbour Light
- ◇ Centre d'accès aux soins communautaires
- ◇ Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada
- ◇ Seniors Association Kingston Region
- ◇ Hospice Kingston
- ◇ Mental Health Support Network South Eastern Ontario
- ◇ Institut national canadien pour les aveugles
- ◇ Société canadienne de l'ouïe – Région de Kingston
- ◇ Société Alzheimer de Kingston
- ◇ Sexual Assault Centre Kingston

Figure 5 : Organismes visés par la désignation

Principales activités de mobilisation communautaire

Réunions mensuelles interministérielles avec des membres de la collectivité avant la désignation de Kingston

Réunions animées par le RLISS avec les fournisseurs de services de santé, pour les aider dans le processus de mise en œuvre de leurs plans de services en français

Le personnel du RLISS a participé à l'assemblée générale annuelle de l'Association canadienne-française de l'Ontario

Le personnel bilingue du RLISS était présent à toutes les séances de mobilisation (ENGAGE 2009), y compris la séance tenue spécialement pour les francophones

Le personnel du RLISS a participé à une conférence provinciale francophone dans le but d'examiner les meilleures pratiques pour promouvoir la prestation de services de santé en français.

Améliorer l'accès aux soins de santé primaires

L'accès aux soins de santé primaires a été désigné comme un enjeu prioritaire dans tous les secteurs du RLISS, sauf le comté de Prince Edward. L'accès fait problème en raison du manque de médecins de famille dans cette région géographique.

Nous mettrons l'accent sur l'élaboration de modèles intégrés et multidisciplinaires de soins primaires.

Activités en appui à cette priorité

Accès Soins : Il s'agit d'un service provincial, conçu et élaboré au sein du RLISS du Sud-Est, qui offre aux Ontariens la possibilité de consulter un professionnel des soins primaires sans avoir à faire des démarches auprès de médecins locaux.

Conseil des soins de santé primaires : Il y a deux ans, le RLISS du Sud-Est a mis sur pied le Conseil des soins de santé primaires. Ce conseil se charge de conseiller le RLISS sur la façon la plus efficace de structurer un système de soins primaires. Il regroupe des fournisseurs de soins primaires de tout le RLISS, et il est présidé par le D^r Glenn Brown, directeur du département de médecine familiale de l'Université Queen's.

Centre satellite de santé communautaire : Le centre de santé communautaire de Kingston a ouvert ce satellite dans un lieu temporaire, au centre-ville de Napanee, en 2009-2010. Ce centre satellite de santé communautaire ne dispensait que des services médicaux et de soutien infirmier, compte tenu de la proximité de l'emplacement temporaire. Le conseil d'administration du RLISS a approuvé le site

permanent, au cœur du centre-ville, près du Ministère.

Services de soutien aux soins de santé

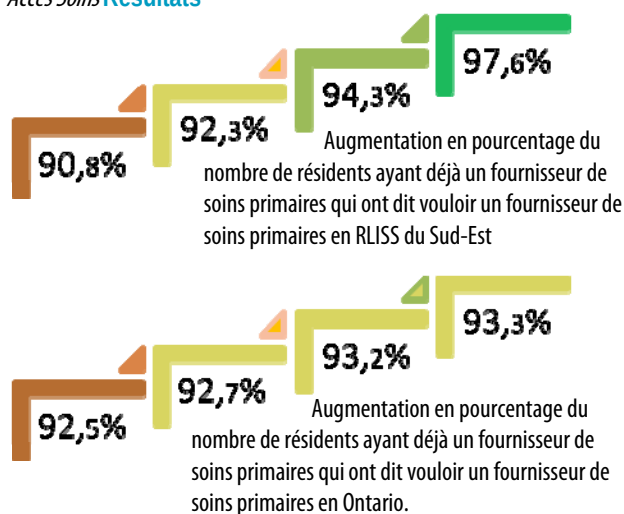
primaires : Le Ministère a consulté le RLISS, qui a fait des recommandations ayant trait à la nouvelle équipe de santé familiale à Northbrook, et à la nouvelle clinique dirigée par une infirmière praticienne, à Belleville.

Résultats

En 2007, environ 80 % des Ontariens qui vivent dans le RLISS du Sud-Est n'avaient pas de fournisseur de soins primaires. En 2009, 96 % des Ontariens dans le secteur du RLISS du Sud-Est, qui voulaient un fournisseur de soins primaires, en avaient trouvé un.



Accès Soins Résultats



Aller de l'avant avec le développement et l'utilisation des systèmes électroniques d'information en matière de santé

Dans un rapport de 2005 préparé par l'Association des hôpitaux de l'Ontario, on avance que les hôpitaux du RLISS du Sud-Est sont relativement moins bien préparés que d'autres fournisseurs de soins en Ontario pour le partage des renseignements sur les patients, ce qui a été confirmé à l'occasion d'un processus consultatif auprès des partenaires. Il semble que d'autres organisations ne soient pas mieux préparées au partage électronique des données sur les patients. La plupart des fournisseurs de services de santé ont indiqué le besoin de recourir aux dossiers électroniques des patients pour transmettre des données à jour à tous les fournisseurs. Sans cet outil, on assistera à des chevauchements, des pratiques non efficaces et possiblement, des erreurs. Aussi, l'utilisation des dossiers de santé électroniques serait particulièrement utile dans la prise en charge des patients qui souffrent de maladies chroniques.

Le RLISS du Sud-Est travaillera avec les fournisseurs à mettre en œuvre une stratégie intégrée pour l'acquisition et le déploiement de technologies électroniques axées sur la santé au sein du réseau.

Activités en appui à cette priorité

Courrier électronique protégé : Le RLISS du Sud-Est s'est associé avec Cybersanté Ontario pour procurer à ses fournisseurs de services de santé une technologie et une infrastructure de messagerie électronique protégées. Le recours au réseau protégé One Network permet aux fournisseurs de services de santé de simplifier le processus d'aiguillage et de rendez-vous. Plus de 267 lieux sont maintenant connectés grâce à One Network. Soixante et un fournisseurs de services de santé ont déployé le système One Mail (messagerie électronique protégée, offerte

par One Network) en ce qui a trait aux services de santé, avec plus de 9 420 utilisateurs inscrits.

Imagerie diagnostique : Les hôpitaux du RLISS du Sud-Est ont opté pour le stockage et l'extraction électroniques d'images diagnostiques (p. ex. les rayons X, les tomodensitogrammes et les examens IRM) au moyen du Service de dépôt d'imagerie diagnostique des hôpitaux. Le stockage et l'extraction électroniques des images diagnostiques sont des étapes obligées pour parvenir au stade du dossier de santé électronique. Au début de l'exercice 2010-2011, tous les hôpitaux du RLISS du Sud-Est pourront échanger des images diagnostiques avec les autres hôpitaux de l'Ontario.

Dépôt de documents cliniques (DDC) : En collaboration avec Cybersanté Ontario et le RLISS de Champlain, le RLISS du Sud-Est met actuellement au point un dépôt de documents électroniques pour les dossiers cliniques. Au départ, le DDC tiendra des rapports d'hôpital traditionnels imprimés tels que les sommaires de congé et les notes de consultation de spécialistes. Les hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires de la collectivité auront accès au dépôt, ce qui permettra aux médecins de famille de trouver et d'extraire la documentation médicale sur leurs patients, peu importe le moment. Une fois que les renseignements hospitaliers auront été téléchargés, le dépôt pourrait également inclure des rapports d'organismes communautaires tels que le CASC.

Résultats

Le RLISS du Sud-Est se convertit à la cybertechnologie et encourage son adoption par les fournisseurs de services de santé, pour en assurer le déploiement efficace.

Élaborer un plan régional de ressources humaines en santé

La pénurie de travailleurs de la santé qualifiés dans de nombreuses disciplines et groupes professionnels constitue l'un des principaux problèmes auxquels est confronté le RLISS du Sud-Est. Jusqu'à tout récemment, on ne disposait pas des systèmes ou des structures appropriés pour appuyer la planification et l'élaboration d'un plan de ressources humaines à l'échelle nationale, provinciale ou locale. La plupart des participants aux séances de consultation auprès des partenaires étaient d'avis que le RLISS devrait assumer un rôle de leadership dans le développement d'un plan global de ressources humaines en santé dans la région.

Le RLISS SE mettra au point un modèle pour le déploiement le plus efficace possible des ressources humaines en santé dans les différentes sous-régions du RLISS.

Activités en appui à cette priorité

Les intervenants du RLISS reconnaissent le soutien et la collaboration aux projets de ProfessionsSantéOntario (PSO), l'organisme provincial chargé du recrutement des ressources humaines en santé.

Répertoire des médecins du RLISS du Sud-Est : Dans le cadre du projet ReCAP, le RLISS et PSO ont dressé le répertoire de tous les médecins qui exercent au sein du RLISS. Cela a permis d'évaluer dans le cadre de ReCAP le potentiel actuel et futur ayant trait aux soins de santé primaires.

Base de données sur les professions de la santé : La Direction générale des politiques des ressources humaines en santé du Ministère est en train de monter une base de données qui procurera des renseignements démographiques, géographiques, éducatifs et professionnels normalisés, rigoureux et comparables, sur tous les titulaires de professions apparentées et

réglementées en Ontario. Cette base de données, qui sera prête dans le courant de 2010, comportera des renseignements provenant de 20 établissements d'enseignement réglementés sur la santé.

Mise en œuvre du « prolongement » des rôles en

santé : Il existe maintenant des adjoints aux médecins qui travaillent au service d'urgence de l'Hôpital général de Brockville, au Quinte Health Care (Service d'urgence du site Trenton Memorial) et au sein des équipes de santé familiale à Gananoque, Kingston et Brighton. Nous avons d'ores et déjà pu constater l'impact très positif du recours aux adjoints aux médecins dans nos services d'urgence. Cette aide supplémentaire a rehaussé le moral du personnel des services, et le fait de compter ces professionnels parmi le personnel a contribué au recrutement de nouveaux médecins dans le secteur.

Initiative visant à augmenter à 70 % le taux des infirmières qui travaillent à temps plein : Le RLISS du Sud-Est a été l'un des trois réseaux qui ont travaillé avec le Ministère à des stratégies visant à accroître jusqu'à 70 % le nombre d'infirmières à temps plein. Une trousse d'outils mise au point dans le but d'augmenter la proportion d'infirmières à plein temps fait maintenant partie des ressources régionales à l'usage de nos fournisseurs de services de santé.

Résultats

Le RLISS continue de bâtir une solide infrastructure de connaissances et de compétences en ce qui a trait aux besoins actuels et futurs en ressources humaines en santé de notre RLISS, dans le contexte d'initiatives provinciales et des rôles élargis de professionnels de la santé.

Le plus gros de nos activités de mobilisation communautaire en 2009-2010 a porté sur le processus visant à étayer le deuxième plan des services de santé intégré du RLISS du Sud-Est, *Atteindre l'excellence*. Cette campagne de mobilisation (ENGAGE 2009), est décrite plus en détail ci-dessous.

En plus des consultations pour étayer le plan *Atteindre l'excellence*, le RLISS a entrepris de mobiliser les résidents, les fournisseurs et les autres partenaires de son secteur, au moyen des mesures suivantes :

Enquête sur la mobilisation de la collectivité ayant trait à l'entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers – Conçue pour s'assurer que notre engagement auprès des résidents est pertinent et utile et qu'il soutient les objectifs stratégiques du RLISS.

Octobre 2009 : Séances de Mobilisation communautaire du Conseil des fournisseurs des services de santé (parrainée par le RLISS).

Août 2009 : Avis public sur les règlements proposés en vertu de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local, concernant la mobilisation communautaire des Autochtones.

Février 2009 : Le RLISS lance sa campagne ENGAGE 2009.

ENGAGE 2009

La campagne de mobilisation communautaire ENGAGE 2009 du RLISS a été l'une des activités de mobilisation communautaire les plus innovatrices et les plus intensives jamais menées en Ontario. Le but était d'établir un dialogue éclairé avec les gens qui ont un intérêt dans le futur du système de santé local. La campagne ENGAGE 2009 a commencé à la fin de janvier, par une réunion à laquelle ont participé plus de 130 de nos fournisseurs de services de santé. Cette réunion avait pour but d'examiner le résultat de ReCAP. Les données de ReCAP ont permis de déterminer les besoins en matière de santé ainsi que les possibilités à

exploiter dans le Sud-Est. Les fournisseurs ont pu utiliser les données de ReCAP pour cerner les possibilités définies dans les priorités de développement du PSSi et plusieurs des plans qui permettront au RLISS d'atteindre ses objectifs.

On a tablé sur le point de vue des fournisseurs pour passer à la deuxième étape de ENGAGE 2009 – la mise sur pied d'un groupe spécial de référence, composé de 36 citoyens ontariens, sélectionnés au hasard dans l'ensemble du secteur géographique du RLISS. De plus, le personnel du RLISS a organisé des journées « portes ouvertes » dans les 15 sous-secteurs de planification du RLISS.

Les résultats de ENGAGE 2009 ont ensuite été comparés aux données quantitatives recueillies dans le cadre du projet ReCAP. Le personnel du RLISS a par la suite été en mesure d'harmoniser les prévisions liées aux besoins avec les priorités des résidents, d'où la création de nos nouvelles priorités de développement.

Nouvelles Priorités de développement

- Mettre au point un système de soins de santé primaires
- Favoriser une culture de soins axés sur le patient
- Accroître la capacité des services de santé mentale et de traitement des dépendances
- Mettre au point la gestion régionale des programmes
- Amélioration de l'accès aux salles d'urgence
- Diminuer l'incidence et la prévalence d'autre niveau de soin (ANS)
- Mettre en oeuvre la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète
- Améliorer l'accès grâce à la cybersanté
- Élargir les services de santé tenant compte des réalités culturelles et linguistiques
- Favoriser l'amélioration du système en amenant les conseils d'administration à travailler d'un commun accord

Travailler ensemble pour de meilleurs résultats

Donner suite aux priorités provinciales dans le Sud-Est

Le RLISS du Sud-Est travaille en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour répondre aux priorités du gouvernement. L'objectif principal fixé pour 2009-2010 était de réduire les temps d'attente dans les salles d'urgence ainsi que le nombre de personnes qui attendent à l'hôpital pour obtenir un autre niveau de soins.

Comprendre la relation entre la salle d'urgence et les autres niveaux de soins

En apparence, la relation entre les volumes du service d'urgence et le fait que les patients obtiennent leur congé de l'hôpital paraît très claire. Si l'hôpital est plein à capacité, l'hospitalisation d'un nouveau patient suppose qu'un autre patient obtient son congé. Quand le RLISS a commencé à étudier ce problème, nous voulions surtout savoir qui étaient les patients qui se présentaient au service d'urgence, ceux qui étaient hospitalisés, et pourquoi ils avaient de la difficulté à retourner chez eux après la fin de leur traitement à l'hôpital.

Le RLISS a utilisé des données démographiques connues, des données cliniques et les renseignements fournis par le personnel dispensateur des soins, pour élaborer le profil du type de patient le plus susceptible de se présenter au service d'urgence, d'être hospitalisé même si son état ne constitue pas directement une menace pour sa vie, et que l'on dirigerait fort probablement vers des services d'hébergement dans une maison de soins de longue durée. Voici le profil type de ce patient :

Cette personne a plus de 75 ans;

Elle vit seule ou constitue le principal dispensateur de soins de son conjoint ou de sa conjointe qui n'est pas autonome;

Son conjoint, un proche ou un dispensateur de soins primaires est décédé récemment;

On a diagnostiqué chez cette personne au moins une maladie chronique (p. ex. l'insuffisance cardiaque congestive, le diabète, etc.);

Son état de santé s'est modifié récemment.

Chacune de ces caractéristiques correspond à un événement unique ou à un ensemble de facteurs qui font qu'une personne âgée n'est plus en mesure de se prendre en charge. Quand cette situation se produit et que survient un événement malheureux – soit qu'elle glisse et tombe ou qu'elle se déshydrate – elle se retrouve au service d'urgence.

La figure 6 illustre deux tendances qui risquent de se manifester quand un changement se produit dans l'état de santé d'une personne âgée. La tendance en bleu indique que cette personne âgée peut recourir au soutien mis en place pour réduire les risques pour sa santé. Selon des études menées au Danemark, il appert que la prestation de services de soutien à domicile peut réduire d'un pourcentage allant jusqu'à 30 % la demande de soins de longue durée.

La tendance en rouge correspond davantage à ce que l'on voit de nos jours, et explique pourquoi les hôpitaux sont surchargés, en raison d'hospitalisations à partir du service d'urgence (SU) et d'un autre niveau de soins (ANS).

- 1 Un événement malheureux se produit dans la vie d'une personne âgée, et on la conduit au service d'urgence d'un hôpital.
- 2 L'examen du patient peut révéler ou non la cause réelle de son problème. Si la cause demeure inconnue, la personne âgée amorcera un cycle de visites répétées au service d'urgence, et présentera des symptômes variés, tous sous-jacents à son incapacité d'exécuter les activités principales de la vie quotidienne.
- 3 Tôt ou tard, l'état de la personne âgée se détériorera au point que son admission à l'hôpital semblera la seule mesure raisonnable dans le contexte. On traitera les symptômes liés au diagnostic établi.
- 4 Pour chaque jour où une personne est confinée au lit, elle peut perdre en moyenne entre 1 et 5 % de sa masse musculaire. Cela ne constitue pas un problème pour la plupart d'entre nous, mais pour une personne âgée qui avait déjà du mal à mener ses activités normalement, six jours à l'hôpital peuvent compter énormément pour ce qui est de sa capacité d'être autonome ou non.
- 5 Quand on évaluera l'état d'une personne âgée avant de lui donner son congé, on se rendra compte qu'elle ne peut pas s'acquitter de ses tâches quotidiennes. Il en découlera que cette personne sera dirigée vers un établissement de soins de longue durée.
- Étant donné qu'il n'y a pas de place disponible dans les établissements de soins de longue durée, la personne âgée devra attendre à l'hôpital jusqu'à ce que l'autre niveau de soins soit disponible.

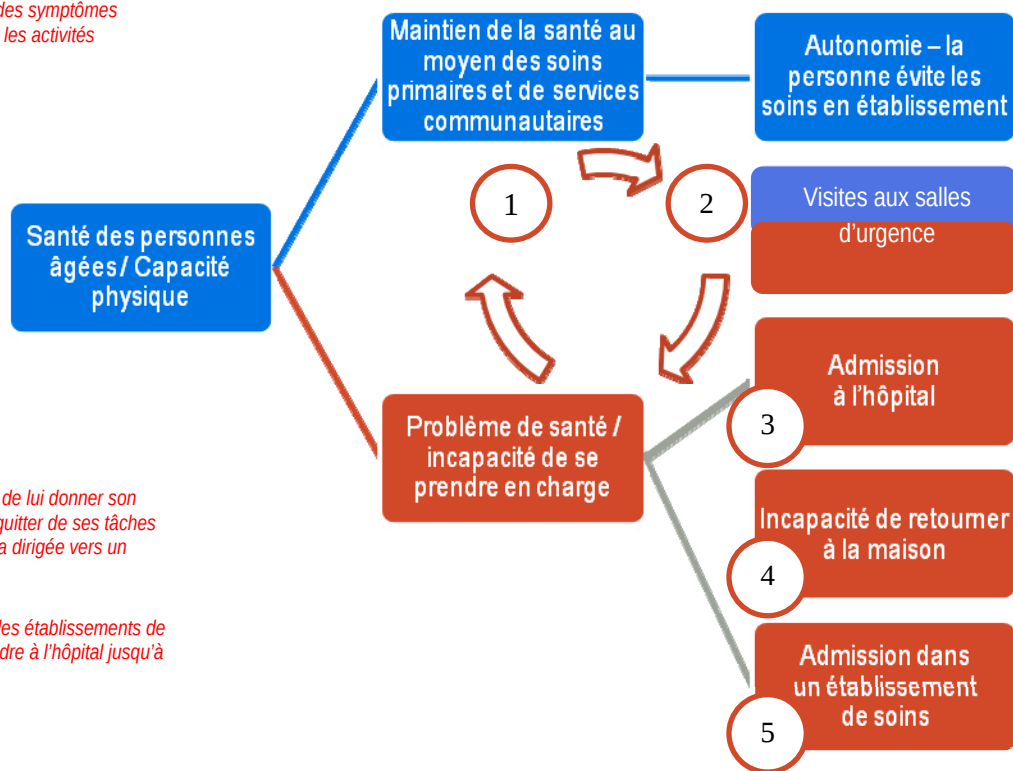


Figure 6 : Répercussions de l'état de santé des personnes âgées et des mesures de soutien à leur intention

Stratégie du RLISS du Sud-Est en matière de SU/ANS

La stratégie en matière de SU/ANS mise en œuvre par le RLISS tient compte de chaque élément qui figure dans le diagramme.

Maintien de la santé au moyen de soins primaires et de services communautaires : Le CASC, les services de soutien communautaire et le programme SMILE. Conjugués, ils peuvent constituer un réseau de soins pour les personnes âgées.

Visites aux salles d'urgence : Le personnel de la salle d'urgence effectue la reconnaissance précoce de l'état des personnes âgées à la santé fragile, et les dirige vers un processus d'évaluation en vue de services de soutien communautaire à domicile.

Admission à l'hôpital : Programmes ciblés pour maintenir ou restaurer la capacité physique du patient pour lui permettre de rentrer chez lui après son congé. D'autres programmes visent à soutenir un changement de culture et à mettre l'accent sur le retour à domicile après avoir obtenu le congé. Les programmes « Chez soi d'abord » et « Enfin chez soi » en font partie.

Redéfinition des processus opérationnels : Améliorations opérationnelles pour augmenter la vitesse de traitement.

Gérer les listes d'attente des hôpitaux de soins de longue durée :

Notre stratégie visait en partie à nous assurer que la liste d'attente pour l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée rendait compte avec exactitude de la demande pour ces places. Le CASC du Sud-Est a étudié la liste d'attente et il a pu retirer les noms d'environ 200 clients.

Au cours des deux derniers exercices financiers, le nombre de clients en attente de soins de longue durée a chuté de 632 personnes. Au-delà de la révision de la liste d'attente, nous attribuons cette baisse de 432 clients au programme SMILE, décrit ci-dessous.

SMILE

Le projet Seniors Managing Independent Living Easily (SMILE) du RLISS du Sud-Est est unique en son genre. L'organisme de coordination du programme SMILE procure des services qui viennent s'ajouter à ceux du CASC et aux services de soutien communautaire. S'il n'existe pas de fournisseur de services local, SMILE paiera toute personne que le client

souhaite engager pour la prestation de ces services.

Temps d'attente dans les services d'urgence

Les temps d'attente aux urgences ont légèrement diminué en 2009-2010. Les délais les plus longs surviennent dans les plus gros hôpitaux du RLISS. L'Hôpital général de Kingston a obtenu de bons résultats, grâce à la mise en œuvre du plan d'amélioration du rendement des urgences et grâce à l'amélioration des processus au moyen du programme de financement axé sur les résultats du Ministère. Le Ministère a récemment ajouté ces deux programmes à Quinte Health Care, et l'hôpital prépare actuellement leur mise en œuvre. La stratégie du RLISS pour réduire les temps d'attente consiste à la fois à diminuer le recours aux urgences et à améliorer le fonctionnement des services d'urgence. Comme on peut le voir, le nombre de visites aux urgences pour l'ensemble de la population ainsi que pour les personnes de 75 ans et plus est à la baisse. La diminution du nombre des patients qui se rendent aux urgences permet aux médecins et aux infirmières de s'occuper des personnes qui en ont le plus besoin. Les patients des urgences continuent d'attendre longtemps avant d'obtenir leur hospitalisation. Comme on peut le constater, ce problème touche l'ensemble de la province.

Figure 7 - Visites aux urgences par des personnes de 75

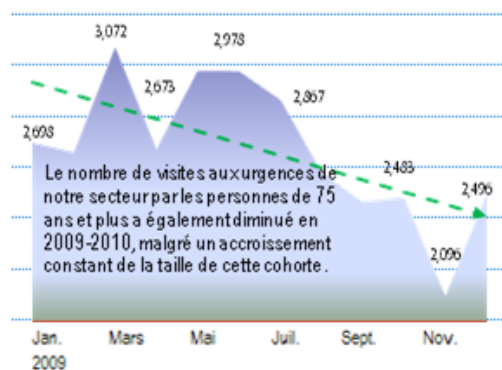
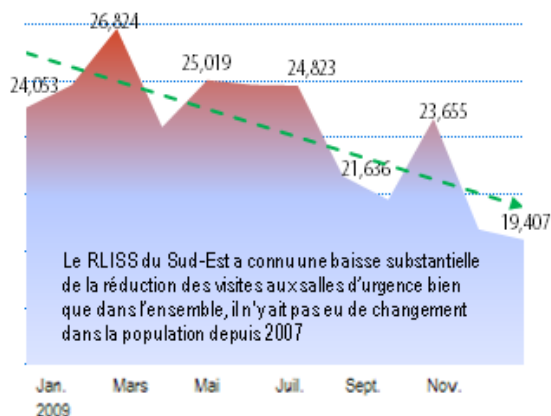


Figure 8 - Visites aux urgences en 2009 - RLISS du Sud-



Autre niveau de soins – Améliorer l'accès aux soins post-hospitaliers

La figure 7 indique le pourcentage de lits d'hôpitaux occupés par des patients qui auraient pu obtenir leur congé si les services appropriés avaient été disponibles dans la collectivité. En travaillant avec les hôpitaux du réseau et le Centre d'accès aux soins communautaires, le RLISS a réussi à améliorer le flux des patients qui quittent l'hôpital, en

réduisant le nombre de personnes en attente d'une place dans un établissement de soins de longue durée, ce qui abaisse le délai moyen d'attente pour ce type de service, et en mettant en œuvre des programmes grâce auxquels les gens peuvent retourner à la maison pour y attendre leur admission dans une maison de soins.

Chez soi d'abord

Le programme « chez soi d'abord » vise à permettre aux personnes âgées de retourner chez elles après un séjour à l'hôpital au lieu d'être désignées comme devant recevoir un autre niveau de soins. Ceci constitue une façon différente d'envisager la prestation des services de santé au sein du système. Il n'y a pas si longtemps, de nombreux patients qui,

aujourd'hui, retournent à la maison après leur traitement, attendaient plutôt à l'hôpital une place dans un établissement de soins de longue durée. Au moment de son lancement au QHC, l'hôpital a connu une baisse importante du nombre de patients que l'on aiguillait vers des maisons de soins de longue durée. En améliorant l'accès et la valeur des services communautaires au moyen du programme « Chez soi d'abord », QHC a également connu une baisse des hospitalisations inutiles. Qui plus est, plus de la moitié des personnes âgées qui sont retournées chez elles grâce à la philosophie du programme « Chez soi d'abord » s'y trouvent toujours. Ce programme a contribué à réduire la demande de lits de soins de longue durée, ce qui permettra aux personnes qui ont réellement besoin de ce niveau de soin d'y avoir accès plus rapidement.

Figure 9 : Nombre d'heures d'attente aux services d'urgence : RLISS du Sud-Est / Ontario

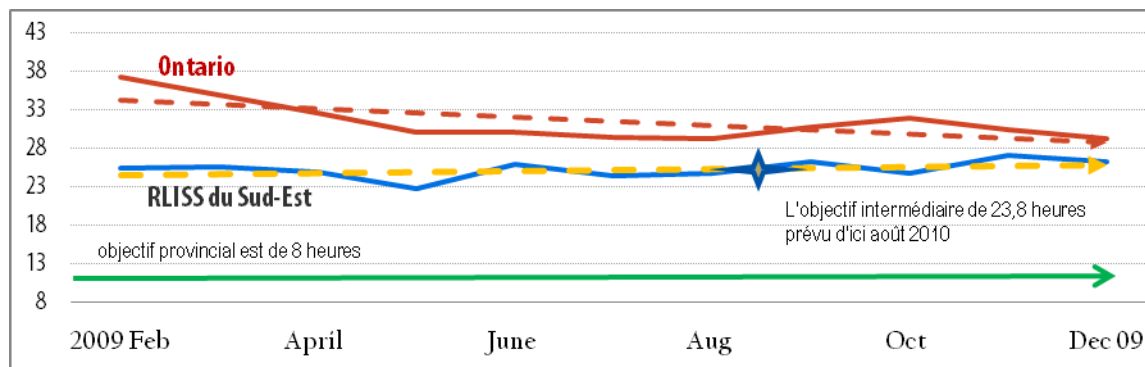
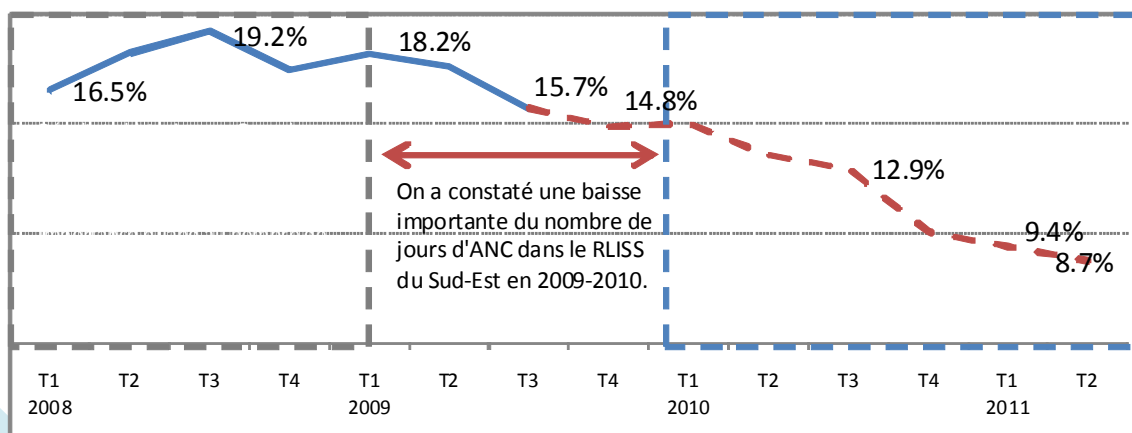


Figure 10 : Taux d'ANS, en pourcentage (prévisions pour 2008 – 2011)



Le programme Discharge Link

En février 2009, on a lancé le programme Discharge Link afin de fournir des services communautaires améliorés de réadaptation aux personnes qui ont survécu à un AVC, à la maison et dans des maisons de soins de longue durée. Les services offerts dans le cadre de ce programme sont décrits à la page 10.

Dans l'ensemble, la stratégie intégrée du RLISS du Sud-Est en matière de SU/ANS vise à atteindre les cibles de l'Ontario pour les temps d'attente et l'accès, tout en comblant les besoins locaux en matière de soins de santé. Nous constatons déjà des résultats positifs, après seulement quelques mois depuis que les projets ont été lancés dans le cadre de cette stratégie, et nous prévoyons des résultats encore meilleurs à mesure que nous avançons.

Rapport sur les indicateurs de rendement

Entente de responsabilisation entre le Ministère et le RLISS

Le RLISS du Sud-Est examine trimestriellement (ou plus souvent si un problème de rendement survient) un certain nombre d'indicateurs de rendement – notamment les indicateurs financiers et opérationnels – avec les fournisseurs de services de santé (FSS) que le réseau finance en partie ou en totalité. Ces indicateurs sont définis dans les ententes de responsabilisation en matière de services hospitaliers entre le RLISS et les FSS.

En plus de ces indicateurs, le RLISS se charge des indicateurs de rendement définis dans l'entente de responsabilisation entre le Ministère et le RLISS (ERMIR). L'ERMIR actuel exige que le RLISS fasse rapport sur les 11 indicateurs de rendement ci-dessous. On énumère dans cette page les indicateurs fournis par le Ministère au RLISS. Les pages suivantes donnent la description et les faits pertinents liés aux résultats des indicateurs pour 2009-2010.

Indicateurs du rendement de l'ERMIR du RLISS du Sud-Est E 2009-2010 – 14 mai 2010

N°	Indicateur de rendement	Type	Cible provinciale	Point de départ RLISS / 2009-2010	T1 2009- 2010	T2 2009- 2010	T3 2009- 2010	T4 2009- 2010	E 2009- 2010	Cible de rendement 2009-2010	Corridor de rendement -		Valeur de rendement utilisée – E 2009-2010	Le RLISS a-t-il atteint la cible – Seuls des V context (OUI/NON)
											Valeur supérieure	Valeur inférieure		
1	90 ^e percentile/attente – Chirurgie du cancer	Accès	84	63	48	62	47	54	51	55	60,50	49,50	51	OUI
2	90 ^e percentile/attente – Chirurgie de la cataracte	Accès	182	117	90	104	95	100	97	117	128,7	105,30	97	OUI
3	90 ^e percentile/attente – Remplacement de la hanche	Accès	182	187	132	160	151	138	146	182	200,20	163,80	138	OUI
4	90 ^e percentile/attente – Remplacement du genou	Accès	182	222	145	174	141	130	148	182	200,20	163,80	130	OUI
5	90 ^e percentile/attente – Diagnostic/examen IRM	Accès	28	116	111	93	74	70	95	90	112,50	67,50	70	OUI
6	90 ^e percentile/attente – Diagnostic / examen tomodensitogramme	Accès	28	48	26	28	23	28	27	31	38,75	23,25	28	OUI
7	Temps moyen d'attente/hebergement – soins de longue durée - tous placements	Intégration	50	142	112	118	151	71	111	120	150,00	90,00	111,00	OUI
8	Pourcentage de jours d'autres niveaux de soins (AMS) – par RLISS de l'institution	Intégration	9,46%	17,37%	18,17%	17,63%	15,78%	17,20%	17,22%	13,00%	14,30%	11,70%	17,22	NON
9	Proportion des patients admis, traités dans les cibles prévues de temps d'attente, soit ≤ 8 heures	Accès	90,00%	55,00%	60,00%	61,44%	58,19%	45,24%	57,40%	57,00%	57,00%	55,00%	57,40%	OUI
10	Proportion des patients gravement atteints non admis (ETG I-III) dans les délais respectifs cibles de ≤ 8 heures pour les ETG I-III) ETG I-II et de ≤ 6 heures pour les ETG III	Accès	90,00%	87,00%	87,70%	87,55%	88,32%	87,34%	87,72%	89,00%	89,00%	88,00%	87,72%	NON
11	Proportion des patients présentant un trouble bénin non admis (ETG IV et V) traités dans les délais cibles de ≤ 4 heures	Accès	90,00%	87,00%	89,29%	89,07%	88,79%	89,07%	89,06%	88,00%	88,00%	88,00%	89,06%	OUI

Notes explicatives

Définitions - cadre temporel/données

- Temps d'attente et indicateurs des temps d'attente au SU :
1.1 Résultats annuels RLISS/E 2009-2010 = Valeur réelle de rendement annuel d'avril 2009 à mars 2010.
- Indicateurs non liés aux temps d'attente
2.1 Indicateur unitaire CS/D : E 2009-2010 Résultats annuels RLISS = Valeur réelle de rendement annuel d'avril 2009 à mars 2010.
- Indicateur d'ANS : T4 % jours d'ANS estimés en fonction des données de T1, T2 et T3 2009-2010. Les résultats annuels RLISS/E 2009-2010 sont aussi estimés en fonction des données de T1-T4 2009-2010.
- Valeur du rendement utilisée - E 2009-2010
3.1. Pour tous les ind. temps d'attente/90^e percentile, Si le point de départ en 2009-2010 est SUPÉRIEUR à la cible provinciale, le rendement du RLISS en fin d'exercice sera évalué p.r. à la valeur réelle du rendement pour le T4 2009-2010.
3.2. Pour tous les ind. temps d'attente/90^e percentile, Si le point de départ du RLISS en 2009-2010 est INFÉRIEUR à la cible provinciale, le rendement du RLISS en fin d'exercice sera évalué p.r. à la valeur réelle de rendement annuel pour l'E 2009-2010.
3.3. Pour les pourcentages de jours d'ANS, et l'attente moyenne / maison SLD, le rendement du RLISS sera évalué par rapport aux résultats des RLISS disponibles au T4 pour l'exercice (c.-à-d. les données de T1, T2 et T3 de 2009-2010).
3.4. Pour les 3 indicateurs d'attente au SU, le rendement en fin d'exercice du RLISS sera évalué en comparaison du rendement du RLISS pour l'ensemble de l'exercice (Valeur réelle de rendement annuel = E 2009-2010).

Évaluation de la cible

OUI = le RLISS a atteint la cible / se situe dans le corridor

NON = le RLISS n'a pas atteint la cible / Ne se situe pas dans le corridor

Données finales
14 mai 2010

Commentaire du RLISS sur les résultats des indicateurs de rendement

Délai d'attente pour une chirurgie du cancer <i>Attente - 90^e ile (jours)</i>	Accès	Objectif cible	RLISS au départ	Exercice financier 2009-2010					Cible 2009-2010	Couloir de rendement	Résultat	Atteint
				T1	T2	T3	T4	FE				
		84	63	48	62	47	54	51	55	60,5 49,5	51	

La réduction des délais d'attente pour certaines chirurgies du cancer est entièrement attribuable au travail assidu et au dévouement de l'équipe de direction, de l'équipe clinique et de l'équipe des soins du Centre de cancérologie du Sud-Est de l'Ontario.

Délai d'attente pour une chirurgie de la cataracte <i>Attente - 90^e ile (jours)</i>	Accès	Objectif cible	RLISS au départ	Exercice financier 2009-2010					Cible 2009-2010	Couloir de rendement	Résultat	Dépassé
				T1	T2	T3	T4	FE				
		182	117	90	104	95	100	97	117	128,7 105,3	97	

Les délais d'attente pour les chirurgies de la cataracte ont connu les réductions les plus importantes dans le RLISS du Sud-Est. En 2007, l'attente entre la consultation pour une chirurgie et l'intervention était de plus de 300 jours. Ces délais sont tombés à 117 jours au début de l'exercice financier 2009-2010. Pour le reste, la réduction a eu lieu en 2009-2010.

Au cours de cet exercice, l'Ontario a instauré une « garantie sur les temps d'attente » pour les chirurgies de la cataracte. Les résidents qui ne pouvaient pas obtenir cette intervention dans leur propre RLISS dans un cadre temporel défini, pouvaient se prévaloir de ce service ailleurs dans la province. Personne dans le secteur du RLISS du Sud-Est n'a eu besoin de recourir à cette garantie.

Délai d'attente pour le remplacement de la hanche <i>Attente - 90^e percentile (jours)</i>	Accès	Objectif cible	RLISS au départ	Exercice financier 2009-2010					Cible 2009-2010	Couloir de rendement	Résultat	Dépassé
				T1	T2	T3	T4	FE				
		182	187	132	160	151	138	146	182	200,2 163,8	138	
Délai d'attente pour le remplacement du genou <i>Attente - 90^e percentile (jours)</i>	Accès	Objectif cible	RLISS au départ	Exercice financier 2009-2010					Cible 2009-2010	Couloir de rendement	Résultat	Dépassé
				T1	T2	T3	T4	FE				
		182	222	145	174	141	130	148	182	200,2 163,8	130	

Le RLISS du Sud-Est a fait des progrès spectaculaires pour ce qui est de la réduction des délais d'attente pour les chirurgies de remplacement total d'une articulation. Durant l'exercice financier actuel, cette situation a principalement résulté de la mise en œuvre d'un service chirurgical pour des soins de courte durée à l'hôpital Hôtel-Dieu de Kingston. Ainsi, en 2009-2010, l'hôpital a pu effectuer 107 interventions supplémentaires. Outre cette capacité liée aux interventions, étant donné que l'Hôtel-Dieu est avant tout un centre de soins ambulatoires, on n'y rencontre pas de pressions aussi fortes que dans d'autres hôpitaux, relativement à l'admission de cas d'urgence ou de nouveaux patients, ou encore de patients en attente d'un autre niveau de soins.

Délai d'attente pour un diagnostic / examen par IRM <i>Attente - 90^e percentile (jours)</i>	Accès	Objectif cible	RLISS au départ	Exercice financier 2009-2010					Cible 2009-2010	Couloir de rendement	Résultat	Atteint
				T1	T2	T3	T4	FE				
		28	116	111	93	74	70	95	90	112,5 ↕ 67,5	70	Atteint

Les délais d'attente concernant les diagnostics au moyen de l'IRM ont été largement réduits grâce à l'acquisition d'un nouvel appareil d'IRM au centre de soins de Quinte Health Care. Les résultats de diagnostic par IRM auraient été supérieurs, mais des problèmes de ressources humaines en santé dans certains emplacements ont nui à l'utilisation optimale du dispositif. Les hôpitaux touchés ont mis au point des stratégies, notamment la formation d'employés supplémentaires et le prolongement des heures d'exploitation, afin de s'assurer que l'on atteigne ou que l'on dépasse les cibles prévues.

Délai d'attente pour un diagnostic / examen par tomographie assistée par ordinateur <i>Attente - 90^e percentile (jours)</i>	Accès	Objectif cible	RLISS au départ	Exercice financier 2009-2010					Cible 2009-2010	Couloir de rendement	Résultat	Atteint
				T1	T2	T3	T4	FE				
		28	48	26	28	23	28	27	31	38,8 ↕ 23,3	28	Atteint

Les cibles relatives aux délais d'attente pour les tomographies assistées par ordinateur concernent maintenant toute la province. Le RLISS prévoit maintenir ou améliorer ces résultats, en raison du lancement d'un nouveau tomographe à l'hôpital de district de Perth et Smiths à l'été 2010.

Placement Soins de longue durée <i>Attente moyenne (jours)</i>	Intégration	Objectif cible	RLISS au départ	Exercice financier 2009-2010					Cible 2009-2010	Couloir de rendement	Résultat	Atteint
				T1	T2	T3	T4	FE				
		50	142	112	118	151	71	111	120	150 ↕ 90	111	Atteint

La réduction du délai pour l'obtention d'une place dans un établissement de soins de longue durée résulte de la révision par le CASC de la liste d'attente, visant à confirmer l'admissibilité des personnes sur cette liste et à s'assurer qu'elles souhaitent toujours y figurer. En outre, le programme SMILE (voir à la page 27) a permis à près de 400 personnes âgées de se raviser ou de se retirer de cette liste d'attente, parce qu'elles peuvent maintenant s'occuper d'elles-mêmes à la maison.

Autre niveau de soins <i>RLISS - % de jours d'ANS par RLISS**</i>	Intégration	Objectif cible	RLISS au départ	Exercice financier 2009-2010					Cible 2009-2010	Couloir de rendement	Résultat	Non atteint
				T1	T2	T3	T4	FE				
		9,4 %	17,4 %	16,6 %	17,5 %	15,7 %	17,2 %	17,2 %	13,0	14,3 % ↕ 11,7 %	17,4 %	Non atteint

Le RLISS du Sud-Est a indiqué que son nombre de jours d'ANS est plus faible que le résultat calculé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le Ministère a examiné les données du quatrième trimestre et les données en fin d'exercice fondées sur la moyenne des résultats trimestriels. Cette façon de procéder pourrait convenir dans des circonstances normales, mais dans le cas présent, le RLISS a appliqué le programme « Chez soi d'abord ». Ce programme mis à l'essai dans un premier hôpital de notre secteur a été couronné de succès, et les données montrent une baisse de 65 % du nombre de patients désignés comme nécessitant un autre niveau de soins. Nous mettons actuellement en œuvre le

programme « Chez soi d'abord » à l'échelle du RLISS, et nous prévoyons des résultats similaires. Par conséquent, le résultat en fin d'exercice calculé par le Ministère ne rend pas compte du rendement actuel ou futur. Le résultat indiqué ici représente l'estimation du RLISS pour la fin de l'exercice, fondé sur les données colligées auprès des hôpitaux du secteur. Veuillez vous reporter à la figure X (page 24) pour connaître les prévisions du RLISS. Les résultats d'ANC découlent du succès de « Chez soi d'abord » et d'autres initiatives de notre stratégie intégrée en matière de SU/ANS.

Admissions des SU Admissions dans les 8 heures <i>Durée de séjour < 8 heures</i>	Accès	Objectif cible	RLISS au départ	Exercice financier 2009-2010					Cible 2009-2010	Couloir de rendement	57 % ↑ 55 %	Résultat	Non atteint
		90 %	55 %	T1	T2	T3	T4	FE	57 %			57,4 %	

Le RLISS du Sud-Est continue de faire des progrès quant à ce point d'accès important du système de soins de santé. Nos résultats en 2009-2010 n'indiquaient pas de gains aussi spectaculaires que dans d'autres secteurs. Cela découle principalement de la complexité de la gestion des lits dans les hôpitaux et du caractère fluctuant des demandes d'hospitalisation provenant des services d'urgence. Avec le temps, notre stratégie intégrée en matière de SU/ANS permettra d'améliorer la situation tandis que des projets tels que SMILE et « Chez soi d'abord » contribueront à réduire la pression sur les services d'urgence et à accélérer le congé des patients hospitalisés. Le RLISS va de l'avant, et il examine quel devrait être le taux moyen d'occupation des hôpitaux, qui permettrait la gestion efficace des transferts à partir des urgences.

Respect des cibles - cas graves <i>< 8 heures (ÉTG I-II), < 6 (ÉTG III)</i>	Accès	Objectif cible	RLISS au départ	Exercice financier 2009-2010					Cible 2009-2010	Couloir de rendement	89 % ↑ 88 %	Résultat	Non atteint
		90 %	87 %	T1	T2	T3	T4	FE	89 %			87,7 %	

Respect des cibles - cas bénins <i>< 4 heures (ÉTG IV)</i>	Accès	Objectif cible	RLISS au départ	Exercice financier 2009-2010					Cible 2009-2010	Couloir de rendement	NA 88 %	Résultat	Atteint
		90 %	87 %	T1	T2	T3	T4	FE	88 %			89,6 %	

*ÉTG = Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence

Le RLISS du Sud-Est a atteint la cible de son couloir de rendement à plus ou moins 0,3 % près, en ce qui a trait aux patients souffrant de troubles graves, et il a dépassé la cible de son couloir de rendement pour ce qui est des cas bénins reçus aux services d'urgence. Il est important de noter que dans le courant de l'année, le rendement du RLISS a en général été inférieur au couloir de rendement (supérieur aux cibles). Grâce aux améliorations continues aux projets d'efficience dans les services d'urgence mis en œuvre de façon permanente à l'hôpital général de Kingston, et récemment appliqué à Quinte Health Care, nous pourrions atteindre nos cibles à mesure que nous avançons.

Allocation de fonds

Total :	5 546 569 \$
Base :	4 711 569 \$
Projet :	835 000 \$

La direction du RLISS du Sud-Est a géré un budget de 5 546 569 \$ au cours de l'exercice financier 2010, qui comprend le budget opérationnel total du RLISS (4 711 569 \$) et le financement spécial de projets connexes (835 000 \$).

Financement de projets connexes

Le RLISS a obtenu des subventions spéciales pour des projets en appui aux priorités du système de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et aux priorités de changement de son plan des services de santé intégré. Voici ces projets :

- Bureau de gestion des projets en matière de cybersanté[†]
- Chef du rendement, salle d'urgence / Stratégie des autres niveaux de soins du RLISS du Sud-Est[†]
- Médecin chef des services d'urgence du RLISS du Sud-Est[†]
- Mobilisation communautaire des Autochtones
- Fonds pour l'adaptation des services de santé des Autochtones
- Stratégie de l'Ontario en matière de diabète

[†] Le financement par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est conditionnel à la sélection d'un chef de projet. Les chefs de projet disposent d'un lieu de travail dans les bureaux du RLISS.

États financiers vérifiés 2009-2010

Deloitte & Touche LLP a mené une vérification externe en avril 2010. Le rapport du vérificateur figure à la section suivante du présent document. Les résultats de la vérification pour l'exercice financier 2009-2010 étaient très positifs. La situation financière du RLISS du Sud-Est était équilibrée en fin d'exercice.

Conformité à la loi – *Loi de 2001 sur les personnes handicapées de l'Ontario*

Conformément aux directives de la Direction générale de l'accessibilité pour l'Ontario, le RLISS du Sud-Est a dispensé des cours au personnel ayant trait aux exigences de la *Loi de 2001 sur les personnes handicapées de l'Ontario*, il a mis au point un plan d'accessibilité pour le RLISS, et il a fait rapport à la Direction générale sur le respect de la Loi. Le RLISS a rempli ses obligations en vertu de la Loi et a veillé à ce que les personnes handicapées de l'Ontario aient accès à ses installations et à ses services, ainsi qu'aux renseignements mis à la disposition du public.

États financiers du

**Réseau local d'intégration
des services de santé du Sud-
Est**

31 mars 2010

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

31 mars 2010

Table des matières

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

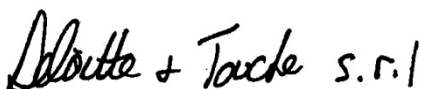
Rapport des vérificateurs

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

Nous avons vérifié l'état de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est (le « RLISS ») au 31 mars 2010 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 Sud-Est au 31 mars 2010 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 30 avril 2010

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

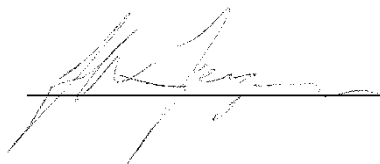
État de la situation financière
au 31 mars 2010

	2010	2009
	\$	\$
Actifs financiers		
Trésorerie	975 076	1 011 618
Débiteurs	-	1 788
Montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS (note 5)	1 895	-
	976 971	1 013 406
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	854 148	1 016 982
Montant à verser au Ministère (note 3)	128 747	5 895
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 5)	-	16 697
Apports de capital reportés (note 6)	289 421	292 545
	1 272 316	1 332 119
Dettes nettes	(295 345)	(318 713)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	5 924	26 168
Immobilisations (note 7)	289 421	292 545
	295 345	318 713
Surplus accumulé	-	-

Approuvé par le conseil



Georgina Thompson, présidente
du conseil d'administration



John Ferguson, administrateur et
président du comité de vérification

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

État des activités financières
pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

		2010	2009
	Budget (non vérifié) (note 8)	Montant réel	Montant réel
	\$	\$	\$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	905 077 193	960 628 457	905 077 193
Activités du RLISS (note 3)	4 619 185	4 667 028	4 384 082
Services de cybersanté (note 4a)	425 000	600 000	425 000
Service des urgences (note 4b)	75 000	75 000	75 000
Initiative autochtone (note 4c)	15 000	15 000	15 000
Fonds de transition pour la santé des Autochtones (note 4d)	-	20 000	24 450
Projet Urgences – ANS (note 4e)	100 000	100 000	33 300
Stratégie sur le diabète de la province d'Ontario (note 4f)	25 000	25 000	-
Projet 70 % d'infirmières à temps plein	-	-	50 000
Amortissement des apports de capital reportés (note 6)	-	47 665	54 605
	910 336 378	966 178 150	910 138 630
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	905 077 193	960 628 457	905 077 193
Frais généraux et administratifs (note 10)	4 619 185	4 657 862	4 438 687
Services de cybersanté (note 4a)	425 000	567 499	425 000
Service des urgences (note 4b)	75 000	57 227	74 330
Initiative autochtone (note 4c)	15 000	15 000	15 000
Fonds de transition pour la santé des Autochtones (note 4d)	-	20 000	24 450
Projet Urgences – ANS (note 4e)	100 000	100 000	33 000
Stratégie sur le diabète de la province d'Ontario (note 4f)	25 000	9 253	-
Projet 70 % d'infirmières à temps plein	-	-	50 000
	910 336 378	966 055 298	910 137 660
Surplus de l'exercice avant le financement remboursable au Ministère	-	122 852	970
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	(122 852)	(970)
Surplus de l'exercice et surplus accumulé à la fin	-	-	-

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

État de la variation de la dette nette
pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

	2010	2009
	\$	\$
Surplus de l'exercice	-	-
Acquisition d'immobilisations	(44 541)	(235 103)
Amortissement des immobilisations	47 665	54 605
Variation des charges payées d'avance	20 244	20 327
Diminution (augmentation) de la dette nette	23 368	(160 171)
Dette nette au début	(318 713)	(158 542)
Dette nette à la fin	(295 345)	(318 713)

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

État des flux de trésorerie
pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

	2010	2009
	\$	\$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	47 665	54 605
Amortissement des apports de capital reportés (note 6)	(47 665)	(54 605)
Variation des éléments hors trésorerie liés à l'exploitation		
Diminution (augmentation) des débiteurs	1 788	(1 750)
Diminution des charges payées d'avance	20 244	20 327
Diminution (augmentation) du montant à verser au Bureau des services partagés des RLIS	(18 592)	14 828
(Diminution) augmentation des créditeurs et charges à payer	(162 834)	331 178
Augmentation (diminution) du montant à verser au Ministère	122 852	(482 989)
	(36 542)	(118 406)
Investissement		
Acquisition d'immobilisations	(44 541)	(235 103)
Financement		
Apports de capital reçus (note 6)	44 541	235 103
Diminution nette de la trésorerie	(36 542)	(118 406)
Trésorerie au début	1 011 618	1 130 024
Trésorerie à la fin	975 076	1 011 618

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

Notes complémentaires

31 mars 2010

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est a été constitué par lettres patentes le 9 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 Sud-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 2010.

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 dessert plus de 482 000 personnes et couvre les régions de Hastings, de Prince Edward, de Lennox et de Addington, les comtés de Frontenac, de Leeds et de Grenville, les villes de Kingston, de Belleville et de Brockville, les municipalités de Smith Falls et de Prescott et une partie des comtés de Lanark et de Northumberland. 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, tels 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 et les pertes de valeur comptable d'actifs.

2. Principales conventions comptables (suite)

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 de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1^{er} avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert au 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 faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

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

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie à titre de produits 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 corporelles. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimative en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimative 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 améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations de façon considérable sont immobilisées, tandis que les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

2. Principales conventions comptables (suite)

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

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises et qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet.

Informations sectorielles

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

Utilisation d'estimations

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

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.

Conformément à la convention comptable visant les apports de capital reportés (note 2), le RLISS a comptabilisé à titre de produits l'amortissement des apports de capital reportés de 47 665 \$ (56 605 \$ en 2009). Cette comptabilisation s'est traduite par une augmentation des produits globaux tirés des activités du RLISS, laquelle est présentée au tableau ci-après. Le financement de base des activités du RLISS pour 2010, après ajustements, s'est établi à 4 711 569 \$, comme l'explique la note 8.

3. Financement remboursable au Ministère (suite)

A. Le montant remboursable au Ministère se compose des éléments suivants :

	2010	2009	
	Produits	Charges	Surplus
	\$	\$	\$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	960 628 457	960 628 457	-
Activités du RLISS	4 714 693	4 657 862	56 831
Services de cybersanté	600 000	567 499	32 501
Projet de service des urgences	75 000	57 227	17 773
Initiative autochtone (Aboriginal initiative)	15 000	15 000	-
Fonds de transition pour la santé des Autochtones	20 000	20 000	-
Projet Urgences □ANS	100 000	100 000	-
Stratégie sur le diabète de la province d'Ontario	25 000	9 253	15 747
	966 178 150	966 055 298	122 852
Stratégie Vieillir chez soi (se rapporte à l'exercice précédent)	-	-	4 925
	966 178 150	966 055 298	122 852
			5 895
			128 747

B. Le montant à verser au Ministère au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2010	2009
	\$	\$
Montant à verser au Ministère au début	5 895	488 884
Montant du financement remboursé au cours de l'exercice visé	-	(488 884)
Montant du financement non récurrent à rembourser au Ministère	66 021	5 895
Montant du financement des activités du RLISS à rembourser au Ministère	56 831	
Montant à verser au Ministère à la fin	128 747	5 895

4. a) **Services de cybersanté**

Au cours de l'exercice 2010, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 600 000 \$. Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir son plan stratégique de services de cybersanté, lequel est défini dans son plan de services de santé intégrés. Les fonds inutilisés, lesquels totalisaient 32 501 \$ à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

\$

Charges	
Salaires et charges sociales	322 040
Services-conseils	12 834
Frais de déplacements	16 236
Frais liés aux réunions	14 006
Autres	202 383
	567 499

b) **Projet de service des urgences**

Au cours de l'exercice 2010, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 75 000 \$. Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir le projet lié au service des urgences en vertu du volet « priorités en matière de changement » du plan d'intégration des services de santé relativement à l'accès aux services médicaux spécialisés. Les fonds inutilisés, lesquels totalisaient 17 773 \$ à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

\$

Charges	
Salaires et charges sociales	52 505
Frais de déplacement	4 682
Frais liés aux réunions	36
Autres	4
	57 227

c) **Initiative autochtone (Aboriginal Initiative)**

Au cours de l'exercice 2010, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 15 000 \$. Ces fonds ont servi à financer la planification et la mobilisation auprès de la communauté autochtone en vertu du volet « priorités en matière de changement » du plan d'intégration des services de santé.

\$

Charges	
Autres	15 000
	15 000

4. (suite)

d) **Initiative du Fonds de transition pour la santé des Autochtones**

Au cours de l'exercice 2010, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 20 000 \$. Ces fonds étaient fournis par le gouvernement fédéral aux provinces et ont servi à financer la mise en œuvre d'un projet approuvé dans le cadre de l'initiative du Fonds de transition pour la santé des Autochtones.

\$

Charges	
Autres	20 000
	20 000

e) **Projet Urgences – ANS**

Au cours de l'exercice 2010, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 100 000 \$. Ces fonds ont servi à financer le projet Urgences – ANS.

\$

Charges	
Salaires et charges sociales	100 000
	100 000

Les charges réelles engagées relativement aux activités liées au projet Urgences – ANS ont dépassé le financement de 100 000 \$ reçu du Ministère, leur total s'élevant à 140 215 \$. Le déficit a été couvert au moyen du budget de base des activités du RLISS comme suit :

\$

Charges	
Salaires et charges sociales	28 670
Frais de déplacement	7 524
Frais liés aux réunions	1 692
Autres	2 329
	40 215

4. (suite)

f) Stratégie sur le diabète de la province d'Ontario

Au cours de l'exercice 2010, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 25 000 \$. Ces fonds ont servi à financer la directive du Ministère sur la Stratégie sur le diabète de la province d'Ontario. Les fonds inutilisés, lesquels totalisaient 15 747 \$ à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

\$

Charges

Autres

9 253

9 253

5. Opérations entre apparentés

Bureau des services partagés des RLISS (« BSPR »)

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

Structure de collaboration entre les RLISS (« CRLISS »)

La CRLISS a été créée au cours de l'exercice 2010 afin de renforcer les liens entre les fournisseurs de services de santé, les associations et les RLISS et de favoriser un alignement entre les différents systèmes. La CRLISS a pour objectif de soutenir les RLISS :

- dans leur démarche visant à obtenir la participation de la communauté des fournisseurs de services de santé afin que ceux-ci soutiennent une intégration efficace et réalisée en collaboration avec les systèmes de soin de santé;
- dans leur rôle de gestionnaire de système;
- quand il y a lieu, dans l'implantation harmonieuse des stratégies et initiatives provinciales;
- dans la détermination et la communication des pratiques exemplaires.
- La CRLISS est un organisme dirigé par les RLISS et est responsable devant ces derniers. Le financement de la CRLISS est assuré par les RLISS, avec une participation du Ministère.

La CRLISS est une division du RLISS de Toronto-Centre et est assujetti à ce titre aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre.

6. Apports de capital reportés

	2010	2009
	\$	\$
Solde au début	292 545	112 047
Apports de capital au cours de l'exercice	44 541	235 103
Amortissement pour l'exercice	(47 665)	(54 605)
Solde à la fin	289 421	292 545

7. Immobilisations

	2010		2009	
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	\$	\$	\$	\$
Matériel de bureau	313 983	54 313	259 670	237 340
Matériel informatique	69 567	63 187	6 380	6 963
Améliorations locatives	116 854	93 483	23 371	46 742
Développement Web	21 500	21 500	-	1 500
	521 904	232 483	289 421	292 545

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 2009. 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 RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement total des fournisseurs de services de santé de 960 628 457 \$ se compose des éléments suivants :

	\$
Budget de financement initial des fournisseurs de services de santé	905 077 193
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	55 551 264
Budget de financement total des fournisseurs de services de santé	960 628 457

Le budget d'exploitation total de 4 711 569 \$ se compose des éléments suivants :

	\$
Budget initial	4 619 185
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice	92 384
Budget total	4 711 569

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement total de 960 628 457 \$ aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit :

	2010	2009
	\$	\$
Gestion d'hôpitaux	640 350 426	605 347 505
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	190 725	188 475
Centres de soins de longue durée	148 948 420	138 338 261
Centres d'accès aux soins communautaires	92 924 681	89 228 091
Services de soutien communautaires	23 443 792	20 035 925
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	1 988 446	1 944 690
Centres de soins de santé communautaires	14 921 422	13 512 469
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	37 860 545	36 481 777
	960 628 457	905 077 193

10. Frais généraux et administratifs

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

	2010	2009
	\$	\$
Éléments liés aux programmes		
Salaires et charges sociales	3 214 628	2 960 329
Consultation et projets relatifs au RLISS	94 381	226 555
	3 309 009	3 186 884
Services partagés	362 714	300 000
Structure de collaboration	12 286	-
Autres (détails ci-dessous)	343 509	241 860
Charges locatives	152 006	163 071
Matériel et fournitures de bureau	143 261	188 053
Indemnités quotidiennes des membres du Conseil	165 752	149 042
Relations publiques	69 180	99 816
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	52 480	55 356
	4 610 197	4 384 082
Amortissement	47 665	54 605
	4 657 862	4 438 687

B. Les autres frais généraux et administratifs inclus au poste « Autres » dans le tableau précédent se composent des éléments suivants :

	2010	2009
	\$	\$
Formation et développement	94 498	57 811
Frais de déplacements	159 673	160 242
Recrutement	16 662	5 330
Assurances	16 319	16 281
Autres frais divers	56 357	2 196
	343 509	241 860

C. Les charges totales liées à la gouvernance s'établissent comme suit et sont incluses aux charges présentées au tableau de la note 10a ci-dessus :

	2010	2009
	\$	\$
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	89 250	82 075
Indemnités quotidiennes de tous les autres membres du Conseil	76 502	66 967
Total des indemnités quotidiennes	165 752	149 042
Autres frais de gouvernance	115 464	135 335
	281 216	284 377

11. 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 22 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 250 426 \$ pour l'exercice 2010 (232 948 \$ en 2009) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières. La dernière évaluation actuarielle du régime de retraite a été achevée le 31 décembre 2009, date à laquelle le régime était entièrement capitalisé.

12. 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*.

13. 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 les deux prochains exercices s'établissent comme suit :

	\$
2010	56 626
2011	130
	56 756

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Au 31 mars 2010, le RLISS avait conclu des ententes de responsabilité avec tous les hôpitaux et organismes communautaires pour les deux prochains exercices. Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement réel du RLISS par le Ministère.

Notes
