

Des soins de qualité entre les mains
de la collectivité. Planifier l'avenir.

Rapport annuel 2010-2011



Ontario

Local Health Integration
Network

Réseau local d'intégration
des services de santé

Table des matières

Réseaux locaux d'intégration des services de santé	2
Vision, mandat, mission et valeurs.....	3
Message de la présidente du Conseil	4
Conseil d'administration du RLISS de HNHB	5
Message de la directrice générale.....	8
Évolution continue du RLISS de HNHB	10
Aperçu du RLISS de HNHB	12
Relations avec nos collectivités	15
Favoriser la collaboration et améliorer la qualité.....	22
Avancement de nos priorités	24
Indicateurs de rendement 2010-2011.....	43
États financiers.....	49
Notes afférentes aux états financiers.....	57

Réseaux locaux d'intégration des services de santé

De bons soins, à l'endroit approprié, au moment voulu

Le lancement en 2005 des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) a marqué une vague de changement concernant les soins de santé en Ontario. En effet, notre système de santé n'est plus géré centralement, mais par 14 RLISS chargés de planifier, d'intégrer et de financer les services de soutien communautaire, les foyers de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, les services de santé mentale et de toxicomanie et les hôpitaux.

Le modèle des RLISS présente de nombreux avantages. La planification des services de santé et le processus décisionnel se font à proximité du domicile, ce qui permet de déterminer et de traiter les besoins locaux. Les RLISS assurent un dialogue continu et valable avec les collectivités desservies et les fournisseurs de services de santé. Ils facilitent aussi la mise en place de solutions souples adaptées aux besoins des collectivités.

Les travaux des RLISS sont basés sur un Plan de services de santé intégrés (PSSI), document qui définit les priorités pour l'amélioration des services de santé. Le PSSI est actualisé tous les trois ans. Le Conseil d'administration et le personnel du RLISS exécutent ce plan en collaboration avec les fournisseurs de services de santé et les membres de la collectivité.

À l'échelle provinciale, la qualité des soins et la responsabilisation ont été au cœur des préoccupations avec le dépôt de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* qui est entrée en vigueur en juin 2010. Cette loi accorde la priorité aux patients de l'Ontario en renforçant le cadre organisationnel du secteur des soins de santé et sa redevabilité à l'égard de la prestation de soins de haute qualité aux patients. La loi a pour but de coordonner la qualité et la valeur de manière à ce que le public ontarien puisse compter sur son système de santé pour des générations à venir.

Vision, mandat, mission et valeurs

RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Vision

Un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et leurs petits-enfants.

Mandat

Planifier, financer et intégrer le système de santé local en vue de fournir des services de santé appropriés, coordonnés, efficaces et efficients à Brant, Burlington, Haldimand, Hamilton, Niagara et Norfolk.

Mission

Assurer l'existence de services intégrés, et l'accès à ces services, afin d'améliorer la santé de la population et la continuité des soins de santé.

Valeurs

Le respect; l'intégrité; la responsabilité

Nous travaillons afin d'être un catalyseur du changement et nous tenons compte des particuliers et de leurs soignants, qui ont besoin de services de santé locaux.

Pour atteindre cet objectif, nous nous engageons à assurer :
la transparence; la collaboration; l'innovation; un véritable dialogue.

Message de la présidente du Conseil, Juanita G. Gledhill

Un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants – voilà la vision directrice du RLISS. En juin 2005, cette vision nous a emmenés, moi-même, mon estimé collègue et vice-président du Conseil Jack Brewer, notre ancienne collègue Kim Stasiak et notre directrice générale fondatrice Pat Mandy de nos collectivités locales au Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant, qui sert aussi la ville de Burlington et la majeure partie du comté de Norfolk.

Durant d'innombrables conversations, j'ai souvent réfléchi à l'acte de foi qui nous a incités en 2005 à envoyer nos demandes en vue de doter le système de santé de l'Ontario d'un processus décisionnel local. Réfléchissant au parcours de six ans qui a donné la vie au modèle des RLISS, j'apprécie encore davantage le fait qu'une collaboration entre les collectivités et les fournisseurs permet de réaliser cette vision du système de santé. Cette vision est possible lorsque l'accent est mis sur le citoyen en tant que personne entière, et non en tant que diagnostic; lorsque la planification du système est fonction des citoyens et des personnes importantes qui les entourent – leurs soignants; lorsque les besoins et souhaits, les données probantes et la faisabilité sont mis en équilibre pour assurer des soins de meilleure qualité dispensés dans des milieux stables, bien équipés, sûrs.



Annnonce de Vieillir chez soi, Hamilton, août 2010

Une transformation n'est jamais facile et il en est de même pour le changement. J'ai eu le privilège de servir en compagnie d'administrateurs dévoués qui étaient prêts à accomplir notre mandat d'intégration et de transformation du système. J'aimerais également rendre hommage aux dévoués membres du public qui s'intéressent et se passionnent tellement pour les services de santé dans leur collectivité qu'ils ont assisté régulièrement aux réunions de notre Conseil pour apprendre et offrir leurs commentaires. Aux personnes et aux groupes qui ont partagé avec nous leurs expériences personnelles et celles de leurs proches, je dis sincèrement merci. Je réfléchis encore à ces récits, particulièrement lorsque nous délibérons et prenons des décisions en vue d'améliorer le système de santé local.

Nous avons amélioré le soutien aux aînés frêles, renforcé l'accès aux services pour enfants, intégré des services pour les relier à l'échelle du système de santé et augmenté les soins communautaires pour qu'à l'avenir les gens évitent de vivre ou de séjourner longtemps dans les hôpitaux parce qu'ils ont accès aux soins et au soutien dont ils ont besoin pour mener une vie autonome dans leur propre domicile.

Je remercie sincèrement notre nouvelle directrice générale Donna Cripps qui s'est jointe à nous cette année, apportant son énergie et sa vision extraordinaire au renouvellement du système de santé qu'elle poursuivra de concert avec notre personnel et avec les nouveaux dirigeants et membres de notre conseil.

Je remercie notre personnel, nos fournisseurs et les nombreux citoyens qui nous ont rencontrés et ont fait ma connaissance durant mon mandat. Enfin, je remercie les membres de notre conseil de leur appui et de leur service exceptionnel. Ce fut pour moi un honneur et un privilège de vous servir ainsi que notre collectivité à titre de présidente du Conseil.



Juanita G. Gledhill

Conseil d'administration du RLISS de HNHB

Juanita G. Gledhill, présidente

Nomination : 1^{er} juin 2005 • Mandat : 3 ans
Renomination : 2 juin 2008 • Mandat : 3 ans

« La création d'un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants est une responsabilité partagée. Lorsque je réfléchis au parcours qui a donné la vie au modèle des RLISS, je suis persuadée que la réalisation de cette vision est tout à fait possible. Nos collectivités tirent déjà les avantages d'un système de soins de santé au sein duquel le RLISS, les professionnels de la santé, les partenaires communautaires et les gens qui vivent et travaillent ici travaillent ensemble à la réalisation de cette vision commune. Nous avons fait d'importants progrès vers la création d'un système de santé dont nous pouvons être fiers – un système sensible aux besoins locaux, qui offre un accès équitable à des soins de qualité, est efficient, viable et optimise les ressources. »

Jack Brewer, vice-président

Nomination : 1^{er} juin 2005 • Mandat : 3 ans
Renomination : 2 juin 2008 • Mandat : 3 ans

« Mon mandat de six ans comme membre du Conseil d'administration du RLISS prend fin en juin. Je fus l'un des membres originaux du Conseil du RLISS et j'ai aimé travailler pour remanier les services de santé de manière à ce qu'ils répondent aux besoins des gens auxquels nous parlons dans la collectivité. La planification et l'exécution des services de santé à la base ont posé un enjeu. Nous avons éliminé une grande partie du recoupement et intégré des services de tous genres pour assurer l'excellence des soins dispensés à nos gens. Des décisions difficiles et parfois controversées ont été prises pour assurer que nos citoyens reçoivent les soins de la plus haute qualité moyennant des coûts qui peuvent être soutenables et assumés par les générations futures. »

« Le RLISS a travaillé fort pour établir et mettre à jour des services de prévention locaux qui diminuent le recours aux services hospitaliers. Nous avons également tenté de renforcer les services offerts aux gens après leur séjour à l'hôpital pour éviter les visites répétées. Les excellentes salles d'urgence des centres d'excellence feront en sorte que des soins de haute qualité seront constamment fournis aux patients à risque élevé gravement malades. Nous avons accordé une grande priorité aux services de soutien pour les personnes âgées pour leur permettre de rester parmi leurs familles et leurs amis dans le confort de leur propre domicile. Nous avons élargi les services offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux et aux milliers d'enfants vivant à l'intérieur de notre RLISS. »

« Le changement prend du temps et est rarement complètement compris, mais il est apprécié lorsque survient une importante expérience personnelle. Le Conseil du RLISS aura beaucoup à faire au cours des prochaines années et j'espère que ma participation aura contribué à faciliter ce parcours. Merci de m'avoir permis de servir. »

Douglas Archibald, membre

Nomination : 9 mai 2007 • Mandat : 2 ans
Renomination : 9 mai 2009 • Mandat : 3 ans

« L'année dernière a été particulièrement satisfaisante si l'on observe le développement des initiatives Vieillir chez soi et leur acceptation généralisée parmi les aînés de notre RLISS qui souhaitent vivre dans leur propre domicile. Ces initiatives ont permis de réaliser les souhaits des aînés en rendant accessibles les nombreux programmes de soutien à domicile financés par notre RLISS et dispensés par les nombreux fournisseurs de services de santé compétents, compatissants et dévoués du RLISS. J'espère sincèrement que la prestation de ces services et programmes et l'attitude « rester chez soi » adoptée par notre communauté d'aînés seront viables à l'avenir. »

Ruby Jacobs, membre

Nomination : 3 mars 2010 • Mandat : 3 ans

« Les RLISS de l'Ontario continuent de fournir un modèle clair et explicite pour la prestation de services de santé de qualité dans les collectivités de Hamilton, Niagara, Haldimand, Brant, Burlington et Norfolk. Les ententes de responsabilisation conclues entre le gouvernement provincial et le RLISS de HNHB et entre ce dernier et les organismes de services de santé ordonnent la mise en œuvre de programmes et services de santé supérieurs et culturellement appropriés dans nos collectivités. Le RLISS de HNHB reste focalisé sur les résultats prévus dans les ententes de responsabilisation qui ont pour but de répondre aux besoins de santé des résidents et des familles locaux. Les données sur les indicateurs peuvent maintenant être analysées et utilisées pour étayer des améliorations à la qualité des services de santé, des collaborations en matière de services de santé et des efficacies sur le plan du temps, des efforts et du matériel menant à des économies de coûts. Bon nombre d'initiatives réussies ont été mises en œuvre en dépit de certains enjeux et j'envisage avec enthousiasme une autre année productive. »

Bob Lawler, membre

Nomination : 29 octobre 2008 • Mandat : 3 ans

« Au cours de la dernière année, il y a eu des pressions constantes sur le système de santé. Le personnel du RLISS a travaillé avec ses partenaires – les fournisseurs – en vue de régler ces pressions en réaffectant des ressources pour rendre le système de santé aussi accessible et transparent que possible pour l'utilisateur. Nos réussites ne se mesurent pas par l'importance des jalons, mais elles sont de nature incrémentielle et contribuent à l'avancement du système de santé. Je crois que le RLISS a apporté des améliorations positives à la prestation des services de santé et continue de le faire. »

Bill McLean, membre

Nomination : 17 mai 2006 • Mandat : 2 ans
Renomination : 17 mai 2008 • Mandat : 3 ans

« Je suis heureux d'avoir eu la possibilité de siéger au Conseil du RLISS au cours des cinq dernières années. Durant cette période, j'ai rencontré une myriade de fournisseurs de services de santé, membres du personnel et bénévoles, qui se vouent à la prestation de soins à leurs collègues citoyens. Ce dévouement m'a convaincu que le processus décisionnel local, relativement aux besoins de la population de notre RLISS, sera un mécanisme très important pour l'amélioration actuelle et future du système de

santé de l'Ontario. Je souhaite également féliciter le personnel du RLISS pour son travail acharné et son dévouement. »

Bill Millar, membre

Nomination : 7 mars 2007 • Mandat : 2 ans
Renomination : 7 mars 2009 • Mandat : 3 ans

« Outre les nombreux programmes qu'il a lancés ou améliorés dans le cadre de ses activités de planification et de financement l'année dernière, le RLISS de HNHB a continué d'établir des réseaux et des relations solides entre ses fournisseurs de services de santé. Ces relations seront importantes pour la mise en œuvre d'un système de santé dont les éléments s'articulent efficacement et rentablement pour fournir des soins de santé meilleurs, plus accessibles et viables à tous nos citoyens. »

Janice Mills, membre

Nomination : 17 mai 2006 • Mandat : 13 mois
Renomination : 17 juin 2007 • Mandat : 3 ans
Fin du mandat : 16 juin 2010

« L'achèvement du Plan des services cliniques fut un accomplissement de taille, mais plus directement, la coopération dont les fournisseurs de services de santé de notre RLISS ont fait preuve pour produire le document démontre que nous pouvons travailler ensemble avec succès. »

Helen Mulligan, membre

Nomination : 17 juin 2010 • Mandat : 3 ans

« Notre famille ayant récemment eu recours au système de santé, je me suis rendu compte des avantages des centres d'excellence. Nous étions reconnaissants d'avoir des professionnels compétents qui avaient sous la main du matériel très récent pour un diagnostic et un traitement rapides. Grâce à la nouvelle technologie et aux nouvelles méthodes de traitement, les séjours à l'hôpital sont plus courts et les temps d'attente s'améliorent. À titre de membre du Conseil, c'est avec plaisir que je rencontre les fournisseurs de services de santé et les membres de la collectivité qui créent des programmes améliorés dans les secteurs reliés à la santé. Cette année, j'envisage avec enthousiasme de partager des idées lors des réunions sur la gouvernance au cours desquelles des décisions axées sur la collectivité sont prises pour améliorer le système de santé. »

Michael Shea, membre

Nomination : 28 octobre 2010 • Mandat : 3 ans

« Le rôle du RLISS est extrêmement important, car les services de santé sont axés sur les besoins des collectivités locales – on reconnaît que les collectivités peuvent avoir besoin de types et de niveaux de service différents. En tant que parent et grand-parent, j'accorde beaucoup d'importance à la vision du RLISS : aider les gens à préserver leur santé, leur fournir de bons soins lorsqu'ils sont malades et assurer la pérennité du système pour les prochaines générations (nos enfants et petits-enfants). Mes collègues au Conseil et le personnel du RLISS sont des personnes extrêmement dévouées et altruistes qui s'intéressent au système de santé et veulent apporter des améliorations. Je suis fier d'être associé à eux et j'envisage l'avenir avec optimisme. »

Message de la directrice générale, Donna Cripps

Le système de santé a toujours été au cœur de mes préoccupations. Il est ma passion. J'ai toujours su que je voulais travailler dans le secteur de la santé dans une capacité quelconque et j'ai eu le privilège d'assumer diverses fonctions en pratique clinique et au niveau de la direction.

Une chose qui me tient à cœur compte tenu de mes diverses expériences est mon engagement ferme à accorder la priorité aux patients. Après tout, le système de santé concerne les gens. Des gens comme vous et moi, nos familles, nos amis et nos voisins. Je suis déterminée à améliorer l'expérience du système de santé pour les gens et c'est cet engagement qui me guide tous les jours dans mes fonctions de directrice générale du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant.

J'ai assumé ce poste le 18 octobre 2010 et je suis immensément fière du travail de ce RLISS, de nos réalisations et de nos orientations futures.

Durant la brève période écoulée depuis mon arrivée au RLISS, j'ai eu le privilège de connaître bon nombre de personnes qui vivent et travaillent dans nos collectivités. En novembre 2010, nous avons organisé une série de « journées d'accueil de la directrice générale » dans la région du RLISS au cours desquelles j'ai eu la chance de rencontrer un grand nombre de fournisseurs de services de santé et de parler individuellement avec eux. Ce fut pour moi l'occasion de nouer de nouvelles relations et de renouer le contact avec des fournisseurs que j'ai connus au fil des ans. Il est très important que les fournisseurs aient la chance de me connaître, de poser des questions et d'exprimer leur opinion sur le renouvellement et l'évolution de notre système de santé local.



Séance d'accueil de la directrice générale, Fort Erie, novembre 2011

En outre, le RLISS a créé d'autres modes de participation pour les gens. Nous avons lancé la politique de délégation, qui permet aux gens de partager leur opinion avec notre conseil. Sur notre site Web, j'ai lancé mon propre blogue où je discute des efforts déployés par le RLISS pour améliorer l'accès aux soins et où les gens sont invités à se joindre à la discussion en affichant leurs commentaires et questions. À une conférence de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, tenue en décembre 2010, j'ai parlé de la participation communautaire et souligné qu'elle est un aspect fondamental et important des travaux des RLISS.

À la fin de novembre, nous avons tenu un forum *Aiming for Better Health* qui a regroupé des fournisseurs de services de santé, des organismes de services sociaux et communautaires et des résidents venus pour créer et donner suite à un plan visant à améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques à Fort Erie. C'est un exemple de ce qui peut être accompli grâce au leadership, à la collaboration et à un vif désir d'apporter des changements positifs.

Le personnel du RLISS et moi-même avons rencontré les représentants des bureaux de circonscription de nos députés provinciaux en février 2011. Ce fut une excellente occasion de leur parler des activités en cours dans notre RLISS et de nous familiariser avec les problèmes inhérents au système de santé que les électeurs leur ont mentionnés.

Au niveau provincial, j'ai l'honneur d'être membre d'un groupe de travail chargé de trouver des façons de s'attaquer aux problèmes dus aux autres niveaux de soins et d'améliorer les temps d'attente et le rendement du système.

Durant ma carrière, j'ai appris une leçon importante – il importe de se demander continuellement comment faire mieux. Le système de santé doit répondre aux besoins uniques et changeants des gens, s'adapter à la conjoncture économique et être à jour de la technologie et des nouvelles connaissances. C'est pourquoi il est essentiel de travailler ensemble avec nos fournisseurs de services de santé, partenaires communautaires, résidents et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour assurer que les gens ont accès aux soins de santé de qualité dont ils ont besoin et qu'ils méritent.

Je reconnais qu'il reste encore du travail à accomplir, mais ce RLISS a pris de nombreuses mesures pour améliorer le système de santé et les expériences des usagers. Je suis persuadée qu'il continuera de le faire alors qu'il évolue en tant qu'organisme et que le monde qui nous entoure se transforme. Notre conseil et notre personnel restent optimistes, dévoués et passionnés pour l'amélioration du système de santé et je suis certaine que nous continuerons à réaliser des progrès dans nos efforts en vue de créer un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants.

Je suis très fière des travaux accomplis par notre RLISS et j'apprécie l'opportunité de travailler de concert avec un conseil et un personnel qui partagent mon engagement à accorder la priorité aux gens et à mettre en valeur la puissance du processus décisionnel local.

J'envisage avec enthousiasme de continuer à fournir aux gens de Hamilton, Niagara, Haldimand, Brant, Burlington et Norfolk des services de santé appropriés, coordonnés, efficaces et efficaces.



Donna Cripps

Évolution continue du RLISS de HNHB

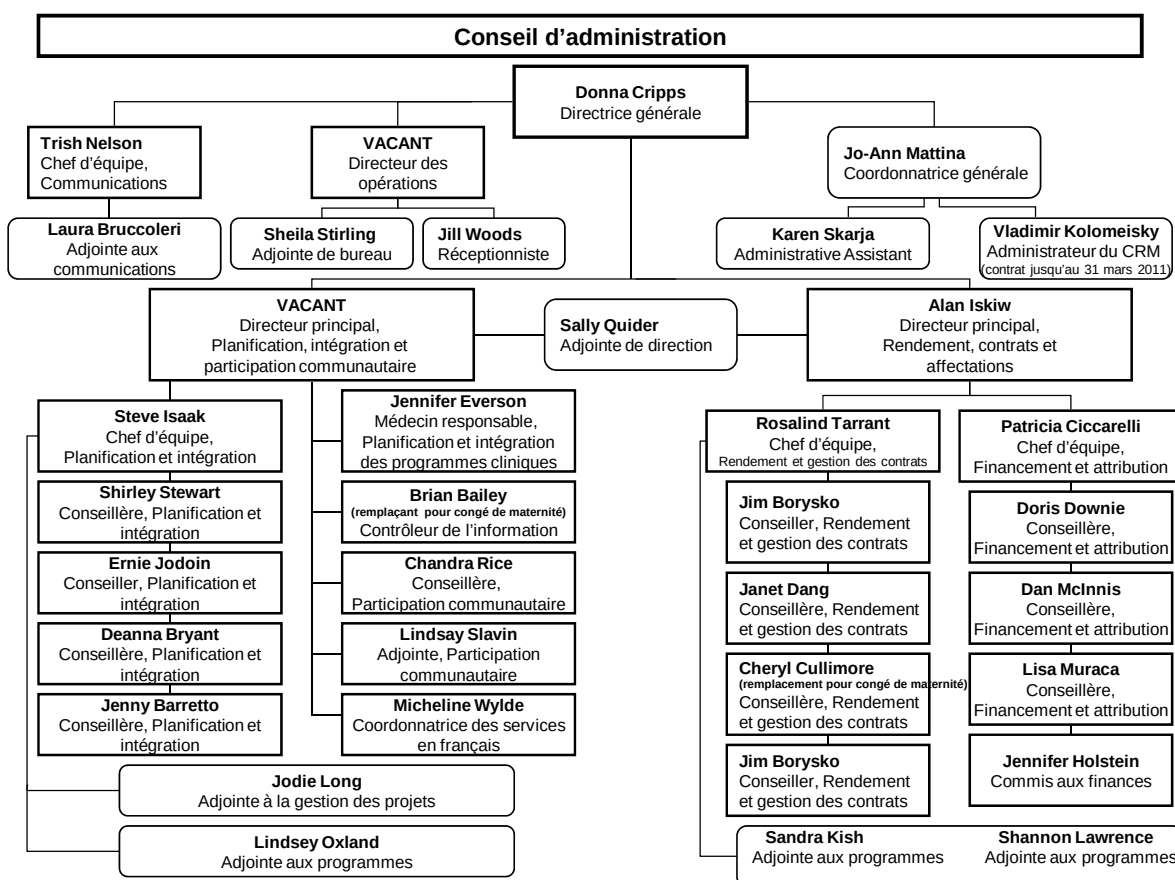
Notre organisme

Personnel

Les membres du personnel du RLISS de HNHB sont engagés et passionnés à l'égard de la réalisation de la vision du RLISS – un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants. C'est cette vision qui les guide tous les jours dans l'exercice des fonctions associées à leurs rôles.

La structure des rôles au sein de l'organisme est fondée sur les fonctions de base du RLISS et maximise les compétences, le savoir et l'expertise du personnel. Ce dernier demeure déterminé à bâtir la capacité et à partager le savoir en renforçant la formation et l'éducation et en participant à des activités locales, provinciales et nationales.

Le personnel tient à respecter les valeurs et principes de l'organisme, notamment le respect, l'intégrité et la responsabilité et, pour atteindre cet objectif, il s'engage à assurer la transparence, la collaboration, l'innovation et un véritable dialogue.



31 mars 2011

Membres du Conseil d'administration

En 2010-2011, il y a eu trois changements au sein du Conseil. Janice Mills a terminé son mandat le 16 juin 2010, après une nomination initiale de 13 mois, et a reçu une renomination de trois ans. Helen Mulligan et Michael Shea se sont joints au Conseil le 17 juin et le 28 octobre 2010 respectivement.

Présentation de Helen Mulligan et Michael Shea



Helen Mulligan, qui habite St. George, en Ontario, est infirmière autorisée à la retraite. Elle a travaillé à l'Hôpital général de Brantford et à l'Hôpital Memorial de Cambridge. Récemment, elle a été présidente du conseil d'administration du Centre de santé communautaire de Grand River et en 2008 et 2009 elle a présidé le Bureau de santé du comté de Brant. Durant cette période, elle a également été membre du comité communautaire de recrutement des médecins de Brant et a présidé le

comité du 125^e anniversaire de l'Hôpital général de Brantford pour 2008-2009. Durant son mandat de six ans à titre de conseillère municipale du comté de Brant, M^{me} Mulligan a été membre du conseil du Bureau de santé du comté de Brant, du foyer pour personnes âgées John Noble, du Conseil régional de santé de Grand River, du Brant County Ambulance Committee et a siégé au comité de gouvernance du conseil. Elle est également membre de la Glenhyrst Art Gallery de Brant, de la Société de généalogie de l'Ontario et du Grand River Probus Club.



Michael Shea, résident d'Ancaster qui est né et a grandi à Hamilton, fait partie du service de police de Hamilton depuis trente-cinq ans; il est actuellement surintendant à la division responsable des services généraux. Il est titulaire d'une maîtrise en administration des affaires de la Richard Ivey School of Business de l'Université Western Ontario. Il siège au conseil d'administration de la société d'aide à l'enfance de Hamilton, dont il est le président sortant, est membre du club Rotary de Hamilton A.M. (Fellow Paul Harris) et travaille bénévolement aux

centres Good Shepherd, au club Rotary de Hamilton et au Community Child Abuse Council.

Relation entre le Conseil et la haute direction

Au 31 mars 2011, l'équipe de la haute direction du RLISS comprenait la directrice générale, le directeur principal, Rendement, contrats et affectations, et la directrice principale, Planification, intégration et participation communautaire.

Les membres de l'équipe de la haute direction assistent aux réunions ordinaires du Conseil et lui présentent mensuellement des rapports oraux et écrits sur les activités de leurs portefeuilles respectifs. L'équipe de la haute direction relève de la directrice générale et guide les activités stratégiques du RLISS.

Le Conseil fournit régulièrement une orientation à la directrice générale par le biais de :

- Réunions ordinaires
- Comités du Conseil
- Directives
- Évaluation du rendement

Aperçu du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Population du RLISS de HNHB

Démographie

Le RLISS de HNHB compte près de 1,4 million d'habitants, soit environ 11 % de la population de l'Ontario. Sa population devrait augmenter de 3,9 % d'ici à 2015 et de 8,5 % d'ici à 2020 (Source : Estimations de la population, LHIN, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, SavoirSANTÉ ONTARIO).

Le groupe des personnes âgées de 45 à 74 ans croît le plus rapidement, mais les changements les plus importants surviendront parmi les groupes de plus de 85 ans (croissance de 33,2 %) et des 65 à 74 ans (croissance de 31,5 %) au cours de la prochaine décennie. Ces changements montrent que la population du RLISS vieillit.

En date de 2010, plus de 225 000 aînés vivaient dans le RLISS de HNHB, ce qui représente le nombre d'aînés le plus élevé des RLISS de l'Ontario (Source : Estimation de la population, LHIN, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, SavoirSANTÉ ONTARIO).



Caractéristiques sociodémographiques

La population du RLISS de HNHB LHI N est diversifiée. En effet, 18 % des résidents de HNHB ont une langue autre que le français et l'anglais comme langue maternelle. Les Francophones, Premières nations et Autochtones vivant en milieu urbain et rural sont des populations reconnues dans le RLISS. Par rapport à la province, le RLISS affiche une proportion moins élevée d'immigrants et de minorités visibles.

Le RLISS de HNHB abrite deux réserves - le Territoire des Six-Nations de la rivière Grand, qui compte la population la plus importante de toutes les communautés des Premières nations du Canada, et les Mississaugas of the New Credit. Le nombre total d'Autochtones inscrits dans le RLISS est d'environ 24 000 (1,7 % de la population totale du RLISS) et la moitié d'entre eux vit dans une réserve. Les Indiens non inscrits, les Métis et les Inuits ne sont pas inclus dans ces estimations de la population. (Source : First Nations Peoples in Ontario: A Demographic Portrait. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé. Direction de l'analytique en matière de santé, janvier 2009).

Le RLISS compte une proportion supérieure de familles monoparentales et une proportion d'adultes ayant fait des études postsecondaires inférieure à la moyenne ontarienne.

	RLISS de HNHB	Ontario	Échelle pour les 14 RLISS
Population totale (2010)*	1 404 009	13 220 437	237 750 - 1 750 587
Population âgée, 65 ans et plus (2010)*	16,1 %	13,9 %	9,9 % - 18,0 %
Population dont la langue maternelle est l'anglais	79,2 %	68,4 %	49,6 % - 90,9 %
Population dont la langue maternelle est le français	2,0 %	4,1 %	0,8 % - 22,9 %
Population d'immigrants	20,3 %	28,3 %	6,3 % - 55,7 %
Population d'immigrants récents (arrivés entre 2001 et 2006)	2,3 %	4,8 %	0,3 % - 9,5 %
Population de minorités visibles	9,1 %	22,8 %	1,4 % - 50,3 %
Population autochtone	1,7 %	2,0 %	0,4 % - 19,0 %
Taux d'activité (15 ans et plus)	65,7 %	67,1 %	60,1 % - 71,5 %
Taux de chômage (15 ans et plus)	6,0 %	6,4 %	5,2 % - 8,4 %
Population à faible revenu (avant impôt) toutes personnes	13,8 %	14,7 %	9,7 % - 24,2 %
Familles monoparentales (avec enfants)	16,2 %	16,0 %	13,8 % - 19,4 %
Population (de 25 à 64 ans) sans certificat ni diplôme	14,6 %	13,6 %	9,0 % - 20,3 %
Population (de 25 à 64 ans) ayant terminé des études postsecondaires	47,5 %	52,7 %	42,0 % - 64,9 %

Source : *Estimations de la population de 2010. Les indicateurs restants s'appuient sur le Recensement du Canada de 2006, Statistique Canada

État de santé

L'état de santé déclaré par l'intéressé révèle des aspects de la santé non décrits dans d'autres mesures. Pareillement aux taux de l'Ontario, plus de 60 % des résidents de HNHB affirment avoir une excellente ou très bonne santé (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007). Cependant, un nombre significativement plus élevé de résidents déclare une limitation de leurs activités due à une affection physique ou mentale ou à un problème de santé.

Maladies et décès

Les résidents du RLISS de HNBH affichent des taux significativement plus élevés d'arthrite/rhumatisme, d'hypertension et d'asthme que l'ensemble de la province. Par ailleurs, les taux de diabète sont légèrement inférieurs à ceux de la province (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009).

Les taux de mortalité reflètent la santé globale de la population. Les taux de mortalité peu élevés reflètent le succès de la prévention, du dépistage et du traitement des maladies et de la réduction des suicides. En 2007, il y a eu 11 594 décès dans le RLISS. Les maladies du cœur, le cancer du poumon et l'accident vasculaire cérébral étaient les trois principales causes de décès.

Les résidents de HNBH affichent des taux supérieurs d'années potentielles de vie perdues (c.-à-d. le nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt prématurément d'une cause quelconque avant l'âge de 75 ans). Les taux de décès, d'années potentielles de vie perdues et d'hospitalisation dans le RLISS sont plus élevés que les taux provinciaux (Source : Décès, Base de données provinciale pour la planification des services de santé)

Pratiques de santé et soins préventifs

Les mauvaises pratiques de santé augmentent le risque de maladie chronique, d'invalidité et de décès. Comparativement à la province, un nombre plus élevé de personnes dans le RLISS de HNBH fument quotidiennement ou occasionnellement, consomment une quantité excessive d'alcool et sont obèses (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009).

Les soins préventifs peuvent contribuer au repérage précoce des maladies, ce qui réduit les maladies et les décès à long terme. Parmi les indicateurs préventifs sélectionnés, aucun ne diffère de façon significative de l'ensemble de l'Ontario. Au cours des trois dernières années, 71,7 % des femmes du RLISS de HNBH ont subi un test de Papanicolaou (dépistage du cancer du col); 73,1 % des femmes ont subi une mammographie au cours des deux dernières années; et 35,2 % des résidents ont reçu un vaccin contre la grippe au cours de la dernière année (Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, 2008 et 2009).

Le point d'accès pour la plupart des soins médicaux est un médecin de premier recours. Les médecins jouent également un rôle clé dans la coordination des soins et la gestion des troubles chroniques. La majorité de la population (82,1 %) de Hamilton Niagara Haldimand Brant a consulté un médecin au moins une fois, en personne ou par téléphone, au cours de la dernière année. Ce pourcentage se rapproche du taux provincial de 82,9 %.

Sommaire

Le RLISS de HNBH occupe un territoire d'environ 6 500 kilomètres carrés qui englobe Brant, Burlington, Haldimand, Hamilton, Niagara et la majeure partie de Norfolk. Il compte environ 1,4 million d'habitants et des petites collectivités rurales et grands centres urbains regroupant une population culturellement et linguistiquement diversifiée.

Comparativement à la province (Ontario), le HNBH compte un pourcentage plus élevé de :

- familles monoparentales
- personnes dont les activités quotidiennes sont limitées
- fumeurs quotidiens ou occasionnels
- personnes obèses
- personnes atteintes d'arthrite/rhumatisme, d'hypertension et d'asthme

Le RLISS de HNBH compte également :

- le nombre le plus élevé d'aînés de tous les RLISS
- un taux plus élevé de décès prématurés et d'hospitalisation
- un pourcentage inférieur d'adultes ayant fait des études postsecondaires

Relations avec nos collectivités

La participation communautaire est une des fonctions de base des RLISS. Cette fonction est énoncée dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* qui a créé les RLISS. Ces derniers ont mis en œuvre les Lignes directrices et trousse sur la participation communautaire en février 2011 dans le but de promouvoir la normalisation et les meilleures pratiques et de renforcer la responsabilisation. Les lignes directrices énoncent les exigences concernant un comité d'examen externe, un plan annuel de participation communautaire et l'inclusion des résultats dans le rapport annuel de chaque RLISS. Ces plans annuels de participation communautaire affichés sur les sites Web des RLISS le 29 avril 2011, fournissent au public des renseignements sur les prochaines activités de participation et leurs objectifs et sur la façon dont la collectivité peut participer. Le public peut également consulter les Lignes directrices et trousse sur la participation communautaire en ligne.

Dans le cadre de ses activités, le RLISS rencontre un vaste éventail de personnes, notamment résidents, professionnels de la santé et personnes qui participent activement au système de santé. Il rencontre également les communautés autochtones, francophones et des Premières nations. Le RLISS de HNHB reconnaît, respecte et comprend les besoins uniques de ses communautés diversifiées.

Participation des Autochtones

Les RLISS s'ont tenus de travailler avec les communautés autochtones pour améliorer leur santé et leur bien-être. Le RLISS de HNHB est chargé de se renseigner sur l'approche des communautés autochtones à l'égard de la santé et du bien-être et de la respecter; il lui incombe également de savoir comment cette approche oriente la détermination des besoins et des solutions en matière de santé. Le respect et l'intégration des pratiques traditionnelles autochtones et des fournisseurs de services de santé non traditionnels sont essentiels à l'élaboration de solutions qui concordent avec l'identité culturelle, la santé holistique et les valeurs communautaires.

Le RLISS a participé à deux projets à l'appui des familles saines et des enfants sains (financés par l'Aboriginal Health Transfer Fund) qui ont pris fin cette année:

- Le projet sur la santé mentale et le bien-être des enfants a repéré les lacunes des services et du soutien offert aux enfants et aux familles autochtones participant à la protection de l'enfance, ou risquant d'y participer, dans la région du RLISS de HNHB. Ce projet portait sur la mise sur pied d'un réseau de soutien en vue de répondre aux besoins des enfants et la coordination des services de santé mentale pédiatriques. Les responsables ont interviewé plus de 100 travailleurs et professionnels de première ligne autochtones et traditionnels ainsi que des parents et soignants autochtones. L'objectif était de se renseigner sur l'expérience des gens qui ont eu recours aux services de santé mentale pour enfants dans le RLISS.
- Le projet de planification du congé de l'hôpital des Autochtones a amélioré la transition d'un niveau de soins à un autre pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves. Un comité de

Résultats de la participation des Autochtones :

- ✓ Fardeau des maladies réduit parmi les Autochtones dialysés
- ✓ Réduction des visites à l'urgence d'Autochtones atteints de troubles mentaux et de toxicomanie et ayant des problèmes d'abus de drogues et d'alcool
- ✓ Participation active des communautés, intervenants et réseaux autochtones à la planification et au processus décisionnel

planification du congé a élaboré un modèle de soins, un répertoire des ressources et des politiques et procédures relatives à la planification du congé pour les responsables de cas du foyer de soins de longue durée de la réserve Six Nations et des soins communautaires. Le comité comprenait des intervenants des hôpitaux de la région, du Centre d'accès aux soins communautaires de HNHB et autres parties intéressées.

Le RLISS, le Centre de santé St-Joseph de Hamilton et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont travaillé en collaboration pour établir une nouvelle unité de dialyse à la réserve Six Nations. La nouvelle *Gil Martin Dialysis Unit* peut dispenser des traitements de dialyse à 12 patients. L'avantage principal de l'unité est la diminution du temps de déplacement pour les patients. Avant l'ouverture de cette unité, les résidents des Six-Nations et des régions avoisinantes devaient se rendre à Hamilton ou ailleurs pour obtenir une dialyse et ce traitement est désormais offert plus près de leur domicile.

Dans le cadre de l'engagement du gouvernement de l'Ontario à améliorer l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a financé de nouveaux logements avec services de soutien et des services de gestion de cas pour les personnes sans abris ayant des problèmes de consommation de drogues. Le RLISS a reçu des fonds à l'appui de 128 logements et de 16 postes de responsable de cas pour trois ans (2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012); il les a affectés en fonction de la distribution de la population et des besoins des clients. Le RLISS a mis en route 16 logements avec services de soutien pour les Autochtones toxicomanes; huit à la réserve Six Nations et huit à Brantford.

Le réseau autochtone des soins palliatifs s'attache à élaborer et à mettre en œuvre un modèle intégré de prestation de soins palliatifs dans les communautés autochtones locales. Dans le cadre de ce processus, le réseau a tenu une séance de planification stratégique le 2 décembre 2010 qui a été financée en partie par le RLISS. Plus de 60 personnes ont participé à cette séance, notamment chercheurs, fournisseurs communautaires, le réseau de soins palliatifs du RLISS de HNHB, les partenaires des hôpitaux locaux et les responsables des soins palliatifs du Centre d'accès aux soins communautaires. La journée de planification stratégique a posé les fondements de la mise sur pied de l'équipe des soins palliatifs.

Après sa première réunion, le réseau de santé autochtone a traversé une période d'ambiguïté concernant son rôle au sein du système et sa collaboration avec le RLISS, mais vers la fin de l'année, il a trouvé une énergie et une direction nouvelles et s'est revitalisé. Les membres se réunissent régulièrement et envisagent avec enthousiasme d'élargir leur rôle dans l'amélioration de la santé des Autochtones dans le RLISS.

Participation des Francophones

La *Loi sur les services en français* de l'Ontario (1986) reconnaît l'apport des Francophones au patrimoine historique, culturel et linguistique de la province. Elle garantit aux Ontariens de langue française le droit de communiquer avec le gouvernement et de recevoir des services en français. À cette fin, les RLISS planifient et soutiennent les services de santé en français et engagent la participation de la communauté francophone au processus; les résidents et intervenants francophones sont le plus à même de connaître leurs communautés. L'objectif consiste à assurer de meilleurs résultats pour les services de santé en français, tout en reconnaissant et en respectant la diversité des communautés francophones.

Le règlement pris en application de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* intitulé Engagement de la collectivité francophone a été adopté en janvier 2010.

Le règlement précise que le réseau local d'intégration des services de santé engage l'entité de planification des services de santé en français afin de conseiller le RLISS sur ce qui suit :

- les façons d'engager sa collectivité francophone;
- les besoins et priorités de sa collectivité francophone en matière de santé, notamment ceux des divers groupes qui la composent;
- les services de santé dont dispose sa collectivité francophone;
- l'identification et la désignation de fournisseurs de services de santé en vue de la prestation de services de santé en français dans le RLISS;
- les stratégies visant à améliorer l'accès aux services de santé en français, leur accessibilité et leur intégration au sein du système de santé local;
- la planification et l'intégration des services de santé en français dans le RLISS.

En décembre 2010, l'*Entité de planification pour les services en français dans les régions Waterloo-Wellington, Hamilton-Niagara* a été nommée l'entité de planification commune pour les RLISS de HNHB et de Waterloo Wellington. Le dialogue avec l'entité a débuté et en mars 2010 une entente de responsabilisation a été signée.

Les coordonnateurs régionaux des services en français du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont été transférés aux RLISS l'année dernière.

Le mandat du coordonnateur des services en français du RLISS de HNHB est le suivant :

- renforcer la sensibilisation aux services en français pour améliorer l'accès à des services de santé de qualité en français;
- veiller à ce que les procédures liées aux services en français soient intégrées dans les travaux du RLISS à titre d'organisme de la Couronne et d'organe de planification;
- dialoguer et assurer la liaison avec les fournisseurs de services de santé pour les aider à planifier et à mettre en œuvre des services en français pour leur clientèle francophone;
- assurer la liaison avec la communauté francophone régulièrement pour cerner les problèmes et la sensibiliser à la planification et à la mise en œuvre des services en français par le RLISS.



Le Centre de santé communautaire Hamilton-Niagara fournit un leadership important pour la participation des Francophones dans le RLISS. Grâce au soutien du RLISS, il a tenu un forum en mars 2010 pour les jeunes Francophones de Hamilton. Le forum avait pour but de leur donner l'occasion d'exprimer leurs préoccupations concernant les questions médicales, sociales et culturelles actuelles, de cerner les lacunes de la prestation des services et de proposer des façons d'améliorer l'accès aux services et programmes en français.

Participation des intervenants

Dans le cadre de la stratégie de participation des intervenants, le Conseil et le personnel du RLISS de HNHB rencontrent les représentants politiques, notamment les députés provinciaux, durant l'année. Les représentants des bureaux de circonscription des députés provinciaux ont été invités à rencontrer la directrice générale et le personnel du RLISS en mars 2010. En outre, le RLISS a rencontré

individuellement la majorité des députés provinciaux de sa région. Ces réunions avaient pour but de tenir les représentants politiques au courant des initiatives et des activités du RLISS et ont servi de forum pour des discussions sur les besoins, les questions et les préoccupations en matière de soins de santé communautaire.

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* oblige le RLISS de HNHB à signer une Entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels avec chaque fournisseur de services de santé qu'il finance. En 2010-2011, il a travaillé en vue de signer sa deuxième entente de responsabilisation avec les fournisseurs de services du secteur communautaire, notamment les organismes de services de soutien communautaire (55), les centres de santé communautaire (7), les organismes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie (36) et le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de HNHB. L'ERS-M de cette année porte sur trois ans (2011-2014), soit une année de plus que la première ERS-M signée pour 2009-2011.

Le personnel du RLISS a organisé deux séances d'orientation face à face à l'intention de ses 99 fournisseurs de services de santé communautaire pour leur présenter un aperçu de la Présentation de planification en matière de responsabilisation communautaire (PPRC) et de l'ERS-M qu'ils doivent remplir. La séance a permis au personnel du RLISS d'aider les fournisseurs à comprendre comment remplir cette importante soumission et a créé un forum de discussion au cours duquel les fournisseurs ont pu poser des questions. Le personnel a subséquemment tenu deux séminaires Web éducatifs additionnels. En plus de fournir une *Foire aux questions* aux fournisseurs de services de santé communautaire, nous avons invité chaque organisme à assister à des rencontres individuelles (au besoin) pour les aider à remplir l'ERS-M.

En 2010, le RLISS a signé sa première Entente de responsabilisation en matière de services avec les 86 foyers de soins de longue durée (FSLD) qu'il finance. Pour respecter les exigences législatives, le RLISS devait avoir signé une nouvelle entente avec chaque foyer au plus tard le 1^{er} avril 2010. Cependant, pour faire concorder la nouvelle entente avec la proclamation de la nouvelle *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, qui est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2010, l'entente précédente que le RLISS a assumée pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a été prolongée jusqu'au 30 juin 2010.

Le RLISS a animé deux séances d'information d'une demi-journée et un séminaire Web pour renseigner les foyers de soins de longue durée sur la nouvelle Entente de responsabilisation en matière de services et leur expliquer les modalités du financement. Il a également tenu des rencontres individuelles avec les RLISS qui en ont fait la demande. L'Entente de responsabilisation en matière de services liés aux foyers de soins de longue durée (ERS-SLD) est une entente de trois ans qui énonce les attentes et les responsabilités du RLISS et des foyers de soins de longue durée au regard du financement octroyé. En date du 1^{er} juillet 2010, le RLISS avait signé des ententes avec ses 86 foyers de soins de longue durée.

Journées d'accueil de la directrice générale

En novembre 2010, le RLISS de HNHB a animé sept journées d'accueil dans ses collectivités pour donner à la directrice générale, Donna Cripps, et aux fournisseurs de services de santé l'occasion de se rencontrer individuellement. M^{me} Cripps s'était jointe au RLISS en octobre 2010. Près de 80 représentants des foyers de soins de longue durée et des services de soutien communautaire y ont assisté.

L'atmosphère informelle et intime a permis aux participants de partager leur point de vue des questions liées au système de santé avec les dirigeants du RLISS. Ce fut également une occasion pour M^{me} Cripps

de créer de nouvelles relations et de renforcer les relations existantes avec les fournisseurs de services de santé locaux et de se renseigner sur la façon dont le RLISS peut favoriser un environnement propice à une collaboration plus étroite entre les fournisseurs.

Aiming for Better Health : Fort Erie

Un forum en deux parties sur la prévention et la gestion des maladies chroniques a eu lieu à Fort Erie les 22 et 30 novembre 2010. À l'aide du cadre Triple Aim, les participants ont cerné les priorités locales et, en tant que groupe, ont élaboré un plan d'action visant à améliorer la santé de leur collectivité. Environ 60 personnes, notamment fournisseurs de services de santé, organismes communautaires et de services sociaux et citoyens ont pris part au forum.



Le cadre Triple Aim élaboré par l'Institute for Healthcare Improvement (IHI), met en équilibre trois objectifs du système de santé : améliorer la santé de la population, améliorer l'expérience des usagers du système de santé et assurer la viabilité financière.

Par suite du forum, les participants ont formé quatre groupes de travail reliés à des stratégies précises pour les deux principaux objectifs identifiés. Les groupes de travail se réunissent régulièrement pour travailler à l'atteinte de ces objectifs.

En préparation au forum, le RLISS a organisé une série d'activités communautaires, y compris :

- 18 entrevues avec 24 personnes qui offrent des services aux résidents de Fort Erie;
- six groupes de discussion avec plus de 60 résidents axés sur la prévention et la gestion des maladies chroniques;
- un examen exhaustif des rapports sur la participation communautaire d'organismes de Fort Erie.

Les participants ont établi deux grands objectifs pour améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques à Fort Erie :

- ✓ Réduire de 20 % le nombre de visites à l'urgence et les hospitalisations des populations vulnérables (par exemple, aînés, personnes à faible revenu ou personnes ayant des troubles mentaux et des problèmes de toxicomanie) d'ici à 2012.
- ✓ Réduire de 2 % le taux d'obésité à Fort Erie d'ici à 2015.

Les commentaires issus de ce travail préparatoire, ainsi que les renseignements et les données sur la population et les services à Fort Erie, ont aidé la collectivité à élaborer son plan. Pour en savoir plus sur le forum, se rendre au canal You Tube du RLISS de HNHB à www.youtube.com/user/hnhblhin. L'initiative Triple Aim axée sur l'amélioration de la prévention et de la gestion des maladies chroniques se poursuivra à Haldimand-Norfolk et au centre-ville de Hamilton.

Mobiliser la collectivité ensemble

Le 27 octobre 2010, le RLISS a tenu une réunion à l'intention des dirigeants et des membres de réseaux locaux. La réunion portait sur leur rôle dans la mobilisation de la collectivité. Elle fournit aux réseaux du RLISS une excellente occasion de se connaître.



Environ 35 personnes ont assisté à la réunion. Elles représentaient un éventail d'organismes, notamment les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, les logements avec services de soutien, les services aux personnes atteintes d'une lésion cérébrale acquise et les services de soutien communautaire. À la suite des discussions, le RLISS a créé et distribué une base de données électronique sur les réseaux du RLISS pour faciliter la collaboration entre eux.

Mobilisation des médecins

La participation, la mobilisation et le soutien des médecins sont essentiels à la mise en œuvre des priorités du RLISS, à savoir soins interprofessionnels, intégration des programmes cliniques et renforcement de la capacité des services communautaires dans nos collectivités et nos hôpitaux. Le RLISS de HNHB réalisé d'importants progrès dans la mobilisation des médecins.

D^{re} Key Jennifer Everson, notre responsable de la planification et de l'intégration clinique, est en grande partie l'auteure de cette réussite. Elle assure la liaison entre le RLISS et la faculté de médecine Michael G. DeGroote pour faciliter l'intégration des activités cliniques, de l'enseignement et de la recherche dans l'ensemble du RLISS.

Il importe que les médecins participent aux initiatives du RLISS pour éperonner et appuyer des changements positifs au système de santé et c'est pourquoi on a créé le réseau des soins primaires. Ce réseau comprend des représentants des hôpitaux, des centres de santé communautaire, des équipes de santé familiale, de l'association des médecins de famille de Hamilton, des soins primaires, des responsables du diabète, de la santé publique, de l'Ontario Medical Association (OMA), de l'Ontario College of Family Physicians (OCFP) et d'Action Cancer Ontario (ACO). Ce comité se penche, entre autres, sur le dépistage du cancer dans le RLISS.

Le travail qui a mené à la création du réseau des soins primaires a étayé la préparation d'un guide de ressources provincial et d'une trousse sur la participation des médecins aux procédures des RLISS. Cette trousse avalise également le rôle de médecin responsable des soins primaires qui ressemble à celui que la D^{re} Everson joue au sein du RLISS.

En outre, le RLISS rencontre chaque mois le groupe des dirigeants médicaux composé des médecins-chefs des hôpitaux et des vice-présidents de services médicaux de la région du RLISS et lui offre un soutien. Ce groupe joue un rôle important dans l'avancement des priorités du RLISS et du ministère.

L'année dernière le groupe des dirigeants médicaux a :

- discuté de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* et de ses répercussions sur le rôle des comités consultatifs médicaux des hôpitaux;
- organisé une séance éducative pour les médecins dirigeants des hôpitaux du RLISS;
- élaboré une formule de demande d'accréditation et de réaccréditation commune pour les hôpitaux;
- commenté le travail des groupes d'intégration des programmes cliniques du RLISS.

Dans le but d'améliorer la sécurité des patients et l'accès aux services, le RLISS a réuni les médecins-chefs des services de radiologie de chacun de ses dix hôpitaux. Le groupe a proposé des façons de travailler ensemble pour normaliser les procédures et améliorer les résultats pour les patients. Les membres du groupe ont également décidé de mettre en œuvre la liste de vérification de l'imagerie

diagnostique interventionnelle dans chacun de leurs hôpitaux; la liste suit le modèle de la liste de vérification chirurgicale de la province.

En mai 2010, D^{re} Jennifer Everson a été nommée responsable de la liaison entre le RLISS et la faculté des sciences de la santé de l'Université McMaster. La faculté dirige activement l'enseignement et la formation des futurs professionnels de la santé dans divers milieux de santé et collectivité du RLISS, de concert avec le collège Mohawk et l'Université Brock. Dans le cadre de ses fonctions de dirigeante, elle assure l'avancement des soins interprofessionnels, du cadre d'exercice optimal, des meilleures pratiques et de l'enseignement médical distributif dans le RLISS.

Favoriser la collaboration et améliorer la qualité

Candidature du RLISS de HNHB au titre d'organisation-chef de file en pratiques exemplaires de la RNAO

Le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant est un de 16 em placements de la province autorisés par la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) à se porter candidat au titre d'organisation-chef de file en pratiques exemplaires (OCFPE). Durant la deuxième année de cette unique candidature de trois ans, 12 organismes ont continué de partager des ressources et ont travaillé en collaboration pour mettre en œuvre des pratiques exemplaires et évaluer les lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires dans le continuum de soins.

Durant la deuxième année, les organismes ont continué de mettre en œuvre des pratiques normalisées selon les lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires suivantes :

- prévention des chutes et des blessures dues aux chutes chez l'adulte âgé;
- évaluation des risques et prévention des plaies de pression.

Les organismes utilisent des outils d'évaluation des risques et un système de présentation de rapports commun qui facilite la surveillance trimestrielle des résultats pour les clients. Ils ont également élaboré ensemble une politique de normalisation et de promotion des pratiques exemplaires pour le transfert des patients entre les organismes participants. La politique sera mise en œuvre à l'échelle du RLISS.

Organismes participants :

- Brant Community Healthcare System
- Hôpital War Memorial de Haldimand
- Hamilton Health Sciences
- Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant
- Centre de santé et de réadaptation Hôtel-Dieu-Shaver
- Hôpital Joseph Brant Memorial
- Système de santé de Niagara
- Bureau de santé de la région de Niagara
- Hôpital général de Norfolk
- Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton
- Hôpital général de Haldimand-Ouest
- Hôpital Memorial de Lincoln Ouest

L'étude intitulée *Implementation of a Falls Prevention Guideline across the HNHB LHIN: A Longitudinal Study of Outcomes* qui a été financée par la RNAO durant la première année se poursuit. Durant la troisième année, on examinera les résultats associés à la mise en œuvre de la ligne directrice sur les chutes et l'on poursuivra la mise en œuvre des pratiques normalisées.

À ce jour, le RLISS de HNHB a respecté toutes les obligations contractuelles de la RNAO liées à sa candidature d'OCFPE et devrait recevoir sa désignation d'OCFPE en mars 2012.

Priorité aux résidents

Les foyers participants accentuent :

- ✓ L'évitement des transferts inutiles à l'urgence
- ✓ La relation soignant-résident
- ✓ La prévention des chutes et des plaies de pression
- ✓ Les soins de continence
- ✓ La sécurité des médicaments et le soutien comportemental
- ✓ Une meilleure documentation des soins

Le RLISS du Centre-Toronto participe à une nouvelle initiative d'amélioration de la qualité nommée Priorité aux résidents. Cette initiative provinciale appuie les foyers de soins de longue durée de l'Ontario en instaurant un environnement qui rehausse la qualité de vie des résidents. Priorité aux résidents facilite aussi un changement complet et durable en renforçant la capacité du secteur à améliorer la qualité.

Une série de séances d'apprentissage et de partage a eu lieu durant l'année. Les représentants des foyers de soins

de longue durée du RLISS y ont assisté pour se renseigner sur l'initiative et partager des ressources et des histoires de réussite.

L'initiative Priorité aux résidents est axée sur le partenariat et appuyée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les RLISS en assurent la mise en œuvre de concert avec des organismes représentant les résidents, les familles et les foyers. Ces groupes participent régulièrement en tant que membres du comité directeur provincial qui dirige la mise en œuvre de l'initiative.

Comité consultatif des professionnels de la santé (CCPS)

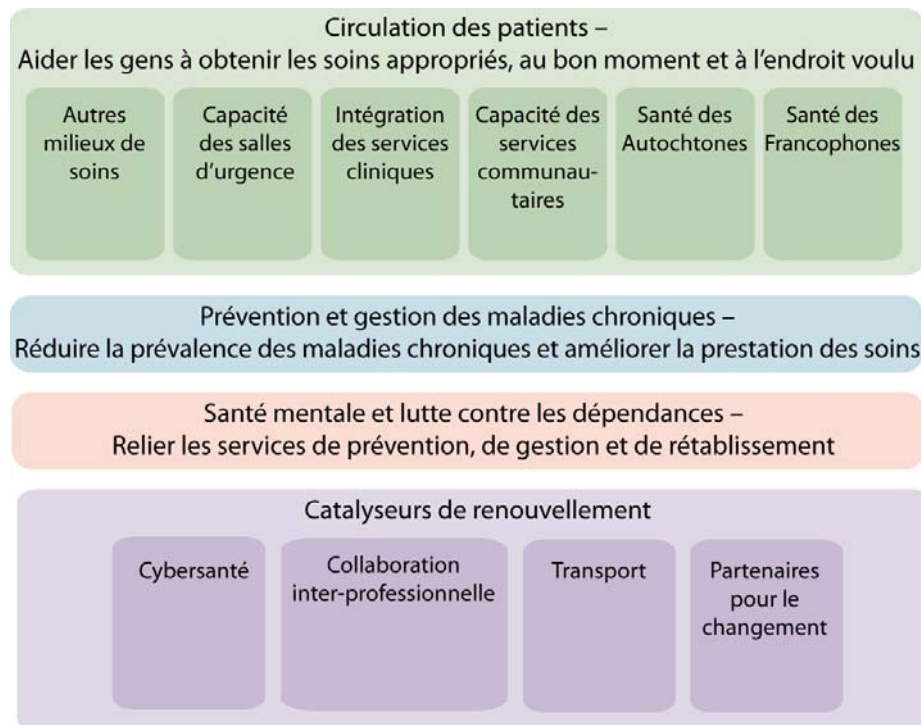
Depuis la réunion inaugurale du Comité consultatif des professionnels de la santé en mars 2008, les membres ont joué un rôle essentiel dans la présentation des questions touchant leurs rôles et professions respectifs.

En 2010, un comité spécial du CCPS a été créé pour étudier les questions liées à la mise en œuvre d'une collaboration interprofessionnelle et de cadres des fonctions dans le RLISS. Après une analyse documentaire et des entretiens avec d'autres professionnels de la santé, le comité a présenté cinq recommandations au CCPS et celui-ci les a acceptées à sa réunion de septembre 2010. Les recommandations ont fait l'objet de discussions avec les dirigeants médicaux des hôpitaux du RLISS et d'autres rencontres avec les résidents et les professionnels de la santé auront lieu pendant que le CCPS élaborera un plan stratégique de mise en œuvre.

Les mandats des membres ont pris fin, conformément aux paramètres du CCPS, et un président et un vice-président nouveaux ont été nommés à la réunion de novembre du comité. Durant l'année, un membre a démissionné et le recrutement pour ce poste et un poste additionnel (optionnel) débutera en avril 2011.

Avancement de nos priorités

La mise en œuvre du Plan de services de santé intégrés (PSSI) 2010-2013 est dans sa deuxième année et le RLISS et ses partenaires font d'énormes progrès sur le plan de l'avancement de ses priorités. Les thèmes du Plan des services cliniques approuvés par le Conseil d'administration du RLISS en novembre 2009 sont enchâssés dans le PSSI qui a été approuvé par le Conseil en décembre 2009.



Aperçu des priorités, page 11, PSSI 2010-2013

Intégration

Un des principaux objectifs de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* est le suivant :
« Prévoir un système de santé intégré afin d'améliorer la santé de la population ontarienne grâce à un meilleur accès à des services de santé de grande qualité, à des soins de santé coordonnés entre les systèmes de santé locaux et à l'échelle de la province et à une gestion efficace et efficiente du système de santé à l'échelon local par le biais de réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). »

La Loi oblige les RLISS et les fournisseurs de services de santé à cerner des possibilités d'intégrer les services, par le truchement d'une coordination et de partenariats ou par le truchement de transferts de services et de fusions.

Durant l'année qui vient de s'écouler, le RLISS a travaillé avec ses fournisseurs de services de santé pour élaborer divers programmes cliniques intégrés à l'échelle du RLISS.

L'intégration des programmes cliniques (IPC) a pour but d'intégrer la prestation de services dans des domaines cliniques sélectionnés afin d'offrir des programmes coordonnés à l'échelle du RLISS pour améliorer

l'efficacité, l'accès et la qualité des soins. La taille et l'emplacement des services sont établis en fonction des besoins de la population. La mise en œuvre réussie de modèles de prestation des services à l'échelle du RLISS est tributaire du leadership, de la responsabilisation partagée, de la connectivité et de la normalisation des définitions, procédures, outils et protocoles en vue d'optimiser les communications et l'accès rapide à des soins de qualité en tenant compte des coûts.

Impact de l'IPC :

- ✓ Qualité, efficacité et accès aux soins améliorés
- ✓ Procédures de soins normalisées
- ✓ Soins rationalisés
- ✓ Expertise dans les centres d'excellence

Durant l'année 2010-2011, six secteurs de programmes ont été sélectionnés à des fins d'intégration : soins complexes, médecine de laboratoire, réadaptation, traitement du cancer, maladies vasculaires et thoraciques. La structure des comités de mise en œuvre et l'aide requise de la part du RLISS varient selon le secteur de programme, mais le RLISS a offert à tous les groupes

des renseignements sur la planification ainsi que des processus, outils et modèles communs afin que l'approche à l'égard de la mise en œuvre soit uniforme pour tous les programmes. Des cadres de programmes intégrés ont été achevés ou le seront sous peu dans chacun de ces secteurs.

Les directeurs généraux, les membres de l'équipe de direction, les médecins et les membres appropriés du groupe de gestion des hôpitaux ont participé à l'élaboration des plans. Le Centre d'accès aux soins communautaires et des intervenants d'autres organismes ont contribué à la planification et à l'élaboration du nouveau modèle aux fins du développement de l'état futur. C'étaient, notamment, les fournisseurs de services de santé et de services de soutien communautaire qui étaient des intervenants pour le nouveau modèle. La planification a pris la forme de sondages, de réunions de planification et de commentaires écrits. Le résultat fut un soutien à l'égard du nouveau modèle et des plans de mise en œuvre précis.

Soins interprofessionnels

Le RLISS de HNHB compte une population vieillissante qui a des besoins de santé croissants et une proportion élevée de résidents atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques comme le cancer, le diabète et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). De nombreux résidents, pour diverses raisons, sont obèses, ce qui engendre aussi des problèmes de santé. La prestation de services aux résidents exige une variété de professionnels de la santé formant des équipes de soins interprofessionnels. Les soins interprofessionnels améliorent l'expérience et les résultats des usagers du système et améliore la satisfaction des fournisseurs. Les travaux sont en cours en vue de renforcer les soins interprofessionnels dans le RLISS.

Durant l'année, le Comité consultatif des professionnels de la santé (CCPS), composé de médecins et de paramédicaux, a commencé à renforcer les soins interprofessionnels dans le RLISS (*voir page 23 pour plus de renseignements*).

Une équipe de soins interprofessionnels a été établie à l'Hôpital Joseph Brant Memorial à Burlington pour effectuer des évaluations exhaustives des aînés. La clinique de l'équipe d'intervention en évaluation gériatrique permet aux médecins, au personnel praticien gériatrique, aux travailleurs sociaux, aux diététistes et aux spécialistes qui travaillent avec les aînés et leurs familles de fournir des soins et des conseils appropriés. Elle permet également de prévenir les évaluations des patients à l'urgence de l'hôpital.

Lors de la mise sur pied de la clinique, on a sollicité les commentaires de divers professionnels de la santé, notamment médecins de soins primaires, et des patients et de leurs familles à Burlington. La clinique de l'équipe d'intervention en évaluation gériatrique reçoit d'excellents commentaires des patients et de leurs familles et des médecins de soins primaires. Une trousse a été préparée et est mise à la disposition des autres hôpitaux du RLISS et de la province pour les aider à mettre sur pied une clinique semblable.

Capacité des services de santé communautaire

Le Plan des services cliniques (PSC) du RLISS a identifié les enjeux des services de santé communautaire : déplacements au sein du système, variation de la disponibilité des services et de l'accès à ces derniers et variations dans le secteur communautaire liées aux outils d'évaluation, aux pratiques d'acheminement, à la planification des soins, au soutien à l'autogestion et aux résultats pour la santé des clients.

Mettre les gens en contact avec les services communautaires appropriés

Le RLISS de HNHB a lancé un outil d'évaluation commune - InterRAI CHA (InterResident Assessment Instrument Community Health Assessment) – dans le secteur des services de soutien communautaire (SSC).

L'outil offre les avantages suivants aux organismes de services de soutien communautaire qui l'utilisent :

- il aide les clients à avoir accès aux services les plus appropriés
- il réduit le recoupement des évaluations
- il étaye les plans de services
- il renforce la pratique de l'évaluation et de la planification des soins
- il étaye le processus décisionnel et la planification à l'aide de données globales normalisées
- il facilite la communication entre les organismes en utilisant un langage commun fondé sur des normes de données reconnues.

La planification a débuté en 2010-2011 et la mise en œuvre doit avoir lieu en trois étapes à compter d'avril 2011 et prendre fin en février 2012. Un groupe consultatif sur l'InterRAI CHA s'est réuni régulièrement et a donné des directives relativement à la mise en œuvre de l'outil.

Cette participation a mené à :

- l'avalisation de l'outil au profit des clients
- une requête à Gestion de l'information sur les soins communautaires (GISC) pour que le RLISS pilote l'outil
- une entente sur les échéanciers de formation et de mise en œuvre
- l'identification des questions clés et de recommandations concernant une démarche individualisée qui répond aux besoins du RLISS
- discussions continues sur les déplacements des patients, les plans de traitement et le cercle des soins.

Mettre les bonnes personnes en contact avec les services d'alimentation

Le RLISS de HNHB a mis en œuvre un outil de dépistage des risques nutritionnels dans tous les programmes d'alimentation qu'il finance. Après une année de rencontres avec le secteur des SSC le

RLISS a été ravi de constater que la mise en œuvre de cet outil axé sur la priorisation des besoins des clients et l'optimisation des ressources était achevée. Désormais, les aînés ayant les besoins nutritionnels les plus grands seront plus aptes à recevoir des services. Les données démontrent, d'après le dépistage accompli, que la majorité des personnes qui reçoivent actuellement des repas sont celles qui présentent des risques nutritionnels élevés.

Meilleur accès au transport

Un meilleur accès au transport est l'une des priorités du Plan de services de santé intégrés (PSSI) 2010-2013 du RLISS. En juillet 2010, un atelier sur le transport a été organisé à l'intention d'un éventail d'intervenants pour commencer à trouver des façons d'améliorer l'accès au transport et d'utiliser les ressources actuelles plus efficacement.

L'atelier a soulevé l'importance prioritaire d'une évaluation commune, d'un point d'accès unique et d'une technologie intégrée pour l'accueil/l'évaluation et l'ordonnancement. Le groupe a déterminé que la prochaine démarche devait être le repérage des programmes offerts dans la collectivité et la détermination des motifs pour lesquels les résidents utilisent les services de transport.

Le RLISS a établi un groupe de travail consultatif sur le transport pour lui conseiller des stratégies d'amélioration dans ce domaine. Le groupe avait pour fonction principale de soumettre un plan d'optimisation des ressources de transport financées par le RLISS afin d'améliorer l'accès. À l'appui de cette activité, le groupe de travail a effectué ce qui suit :

- Il a élaboré un cadre d'admissibilité commun pour promouvoir un accès équitable au transport financé par le RLISS.
- Il a dressé un inventaire des services de transport financés et non financés par le RLISS.
- Il a effectué un recensement de deux semaines sur l'utilisation de tous les services financés par le RLISS comprenant les données démographiques, les besoins et les destinations des clients.
- Il a mené une étude des modèles de coordination des services de transport utilisés dans d'autres collectivités de l'Ontario qui améliorent l'accès aux services pour les résidents.
- Il a repéré des modèles de pratiques exemplaires et lancé une demande d'analyse de cas concernant l'élaboration d'une proposition pour un système de transport coordonné à l'échelle du RLISS.

Une réussite majeure a été la capacité de mobiliser des intervenants clés du secteur du transport qui, au cours d'une série de rencontres, ont dégagé un consensus sur un modèle de coordination fondé sur des preuves et sont en train d'élaborer une analyse de cas qui sera présentée au RLISS. L'élaboration de critères d'admissibilité communs a été un autre jalon clé. En effectuant l'inventaire des ressources et le recensement, le groupe de travail s'est rendu compte des problèmes d'accès (parcours non remplis) et du potentiel de libérer des ressources grâce à la coordination.

Meilleur accès aux services d'aide à la vie autonome

Les recherches ont révélé que la lacune la plus grave du secteur communautaire du RLISS est le manque de logements avec services d'aide à la vie autonome/de soutien pour les aînés. Un accès inadéquat aux services d'aide à la vie autonome pour ce groupe engendre des admissions précoces aux foyers de soins de longue durée et contribue aux taux élevés de visites à l'urgence et au grand nombre de jours passés à l'hôpital en attente d'un autre milieu de soins.

Le RLISS a établi des partenariats et un plan de projet axés sur l'élaboration d'un modèle de démonstration visant à renforcer la capacité des services d'aide à la vie autonome à servir les aînés en mauvaise santé dans leurs propres domiciles et dans des logements avec services de soutien. Ce modèle concorde avec la *Politique des services d'aide à la vie autonome pour les personnes âgées à risque élevé, janvier 2011* actualisée du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le modèle de démonstration commencera en mai 2011.

Des rencontres avec des aînés et des fournisseurs de services ont été organisées pour cerner les besoins des aînés en matière de services d'aide à la vie autonome et les possibilités de partenariats entre fournisseurs de services locaux pour répondre à ces besoins d'une manière efficiente et efficace. Les rencontres avec les fournisseurs de services se sont multipliées vers la fin de l'année et ont eu lieu toutes les deux semaines. Des rencontres avec les aînés ont lieu chaque jour et sont animées par des fournisseurs de services qui partagent les questions en suspens avec le RLISS.

Des réunions de groupes de discussion composés d'aînés ont eu lieu à l'emplacement du modèle de démonstration des services d'aide à la vie autonome. On leur a présenté les nouveaux services qui seront fournis et recueilli leurs commentaires sur les services dont ils ont besoin et la façon pour eux d'y avoir accès.

Le résultat est un partenariat de collaboration solide entre les fournisseurs de services de santé et un vif intérêt de la part des aînés qui reçoivent ces services.

Santé mentale et lutte contre les dépendances

Une personne sur cinq dans le RLISS de HNHBB sera affectée par un trouble mental pendant sa vie; cela représente 280 000 personnes (Source : Santé Canada, Rapport sur les maladies mentales au Canada, 2002). Environ 42 000 personnes, soit 3 % de la population du RLISS, ont une dépendance à l'alcool et aux drogues dans une année donnée (Source : Prevalence of Co-occurring Substance Use and other Mental Disorders in the Canadian Population, Revue canadienne de psychiatrie, décembre 2008). Les principaux problèmes auxquels les personnes atteintes de troubles mentaux et de problèmes de dépendance sont confrontées sont les stigmates sociaux, le manque d'accès aux services et au soutien de base, notamment logement, revenu et inclusion sociale.

Planification

Le RLISS de HNHBB a animé un groupe de discussion composé d'intervenants clés des divers milieux de soins portant sur le rapport du gouvernement provincial intitulé *Respect, Recovery, Resilience: Recommendations for Ontario's Mental Health and Addictions Strategy*, publié en décembre 2010. La réunion a mené à une meilleure compréhension et à la ratification du rapport et à l'identification de secteurs prioritaires que les fournisseurs de services de santé et les usagers considéreront en 2011-2012.

Dans le RLISS de HNHBB :

- Entre 10 et 20 % des résidents auront un problème de consommation de drogue durant leur vie.
- 70 % des gens atteints de troubles mentaux ont été diagnostiqués avant l'âge de 18 ans.
- 98 000 enfants et jeunes n'obtiennent pas le traitement psychiatrique dont ils ont besoin.

Les réseaux locaux de Hamilton, Haldimand Norfolk, Niagara et Burlington, ainsi que le réseau de santé mentale et de lutte contre les dépendances du RLISS, se penchent activement sur les secteurs prioritaires du RLISS. Ce sont, par exemple, un meilleur accès aux psychiatres, la mise en œuvre d'un outil d'évaluation commune et la réduction des visites non prévues répétées aux services des urgences.

Ces réseaux se réunissent chaque mois et les commentaires recueillis lors de ces réunions ont façonné la démarche du RLISS à l'égard de la planification. Chaque région géographique du RLISS a des caractéristiques particulières en ce qui a trait à l'éventail de services, aux besoins en matière de santé mentale et de toxicomanie, à l'accès aux services, à la spécialisation clinique et à la composition rurale/urbaine. Cela signifie qu'une approche uniformisée ne réussira pas et que la participation des fournisseurs et des usagers locaux est essentielle au succès de la planification et de la mise en œuvre.

En outre, le RLISS a travaillé en collaboration avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale pour parrainer des forums sur les pratiques exemplaires.

Identifier des secteurs d'amélioration pour le système de santé

Sur une période d'un an, 30 personnes atteintes de troubles mentaux et/ou de problèmes de toxicomanie ont effectué près de 2 200 visites aux services des urgences des hôpitaux. Une analyse a été exécutée pour comprendre le motif de ces visites et cerner les secteurs propices à des améliorations. Les représentants des hôpitaux du RLISS et des fournisseurs de services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances se sont réunis régulièrement pour parler de la question et ils ont convenu de piloter une démarche uniforme pour régler ce problème.

Par le truchement de cette démarche de collaboration entre les hôpitaux et les fournisseurs communautaires, on repérera des améliorations systémiques et l'on identifiera les problèmes et les lacunes de service. Ces renseignements permettront de déterminer comment le système pourrait mieux répondre aux besoins des gens.

Meilleur accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances

Une grande variété de programmes a été financée pour répondre aux besoins des résidents du RLISS en matière de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, notamment :

- Service d'appel en cas de crise 24 heures sur 24, sept jours par semaine et service d'intervention mobile en cas de crise offrant des services d'approche dispensés par des policiers, du personnel infirmier et des travailleurs sociaux par le truchement de l'équipe d'approche et de soutien en cas de crise (COAST) de la région de Niagara – l'Association canadienne pour la santé mentale de Niagara est l'organisme responsable.
- Meilleur accès aux services gériatriques spécialisés dans Niagara et Haldimand Norfolk par l'entremise du Système de santé de Niagara et le Centre de santé St-Joseph de Hamilton.
- Premier lien pour les personnes atteintes de démences et leurs soignants par l'entremise de la Dementia Alliance.
- Programme de jour pour les personnes atteintes d'une démence à un stade précoce dans le comté de Brant par l'entremise du John Noble Centre Day and Stay Program.
- Programme de réintégration communautaire par l'entremise de la Municipalité régionale de Niagara et du foyer Linhaven Home for the Aged.

Élargissement des logements avec services de soutien et des services de gestion de cas pour les toxicomanes

Le RLISS a reçu des fonds à l'appui de 128 logements et de 16 postes de responsable de cas pour trois ans (de 2009 à 2012). Ces services sont destinés aux personnes ayant des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues, par exemple, les personnes qui utilisent fréquemment les services de gestion du sevrage.

Ce financement permettra de :

- Réduire la fréquence des admissions aux services de gestion du sevrage.
- Fournir des logements plus stables aux personnes ayant des problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues qui sont sans abris ou à risque.
- Réduire les pressions sur les hôpitaux et les services des urgences.

Mettre les gens en contact avec les services appropriés

Le RLISS présentera l'évaluation commune des besoins en Ontario (ECBO) à tous les fournisseurs de services de santé mentale. Cet outil cerner les besoins des gens et les mettra en rapport avec les services actuels. Un groupe consultatif a été établi dans le RLISS pour appuyer la mise en œuvre de l'outil. Des consultations auprès des organismes fournisseurs et des usagers ont mené à l'élaboration d'une démarche qui répond aux besoins particuliers du RLISS de HNHB. L'outil contribuera également à étayer la planification et le processus décisionnel locaux, régionaux et provinciaux et facilitera la communication entre les fournisseurs de services de santé mentale.

Meilleur accès aux psychiatres

Un nouveau financement des paiements à la séance fournit aux gens un meilleur accès aux psychiatres du RLISS. La planification concorde avec les objectifs actuels de la province, à savoir régler la question des patients qui n'ont pas de médecin, soulager les pressions sur les services des urgences et mettre en œuvre la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de la province. La planification a été directement appuyée par les consultations avec les réseaux locaux de santé mentale et de lutte contre les dépendances et le groupe consultatif sur le paiement à la séance du RLISS.

Prévention et gestion des maladies chroniques

Plus d'un million de personnes dans le RLISS de HNHB ont signalé qu'elles avaient au moins une maladie chronique, notamment diabète, arthrite et bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Le nombre de personnes signalant des maladies chroniques augmente constamment à cause du vieillissement de notre population. De nombreux résidents sont atteints de complications associées au diabète. Ainsi, chaque année plus de 200 personnes dans le RLISS subissent une amputation d'un pied ou d'un membre inférieur à cause de ces complications. Plusieurs activités au cours de la dernière année ont contribué à améliorer les soins offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques.

Adoption des pratiques exemplaires

Environ 100 fournisseurs de services de santé, y compris médecins de famille, personnel infirmier praticien et personnel paramédical, ont assisté à la troisième séance annuelle de formation continue en sciences de

la santé intitulée *Raising the Bar in Chronic Disease Prevention and Management*. Cette séance annuelle vise à encourager l'adoption de pratiques exemplaires parmi les fournisseurs de services de santé.

La mise sur pied d'un réseau de soins primaires a aidé le RLISS à cerner les priorités d'action et a facilité la communication avec les autres professionnels de la santé.

Meilleur accès aux services pour diabétiques

Le RLISS a amélioré la coordination et l'accès dans le domaine des services pour diabétiques en contribuant à l'identification et à la mise en œuvre de programmes locaux de formation en matière de diabète et en travaillant avec les fournisseurs de services de santé à l'élargissement des services de podologie pour diabétiques. Il a mis en œuvre des unités de dialyse péritonéale dans trois foyers de soins de longue durée. En plus de travailler avec ses partenaires pour établir un nouveau centre de coordination de l'autogestion, le RLISS a poursuivi son partenariat avec le centre de coordination régional des services aux diabétiques pour élaborer une approche à l'égard du traitement du diabète pour l'ensemble du RLISS. Ces activités ont contribué à l'atteinte des objectifs de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.

Habilitation de la collectivité

Un forum en deux parties sur la prévention et la gestion des maladies chroniques a eu lieu à Fort Erie les 22 et 30 novembre 2010. À l'aide du cadre Triple Aim, environ 50 participants ont cerné les priorités locales dans ce domaine et, en tant que groupe, ont élaboré un plan d'action visant à améliorer la santé de leur collectivité. Le cadre Triple Aim élaboré par l'Institute for Healthcare Improvement (IHI), met en équilibre trois objectifs du système de santé : améliorer la santé de la population, améliorer l'expérience des usagers du système de santé et assurer la viabilité financière.

Les participants ont formé quatre groupes de travail et concentrent leurs efforts sur les priorités cernées :

- Réduire les visites à l'urgence et les séjours à l'hôpital des pensionnaires des foyers de soins de longue durée.
- Améliorer l'accès aux soins pour les personnes ayant au moins une maladie chronique.
- Aider les personnes atteintes de maladies chroniques à prendre soin d'elles-mêmes.
- Réduire le taux d'obésité à Fort Erie.

Les travaux sont en cours à Haldimand-Norfolk, prochaine collectivité où l'approche Triple Aim sera mise en œuvre (voir page 19).

Vieillir chez soi

Vieillir chez soi est une stratégie qui fournit un continuum de services communautaires aux aînés et à leurs soignants afin de leur permettre aux aînés de conserver leur santé et de mener une vie autonome dans leur propre domicile. La stratégie vise également à diminuer le nombre de patients en attente d'autres niveaux de soins (ANS) dans les hôpitaux de l'Ontario. Les patients en attente d'ANS occupent des lits de soins actifs dans les hôpitaux, mais devraient être traités dans un autre milieu, notamment : leur propre domicile, un logement avec services de soutien ou un foyer de soins de longue durée.

Par le truchement de la stratégie Vieillir chez soi, le RLISS de HNHB a reçu plus de 33 millions de dollars pour financer des services de santé destinés aux aînés dans la collectivité, leur permettant ainsi de mener une vie saine et autonome tout en évitant les visites inutiles à l'hôpital. Le programme est dans sa troisième année (2010-2011) et la majorité des programmes financés fonctionnent depuis deux ans.

Cette année, le RLISS a évalué les programmes financés au cours des deux premières années pour s'assurer qu'ils atteignent leurs objectifs et contribuent à améliorer la santé de la population, les résultats pour les patients et la viabilité du système. En octobre 2010, 67 programmes ont soumis leur rapport financier et de rendement du deuxième trimestre.

Durant la troisième année, le RLISS a mis en œuvre six nouveaux programmes qui visent à dispenser aux gens les soins appropriés à l'endroit voulu, à les renvoyer chez eux rapidement et en toute sécurité après un séjour à l'hôpital et à trouver un soutien pour eux dans la collectivité plutôt qu'au service des urgences.

Un des nouveaux programmes financés durant la troisième année est la clinique d'accès rapide. Ce modèle innovateur permet la tenue de consultations traditionnelles en médecine interne générale à l'extérieur du service des urgences dans les 24 heures à 48 heures suivant la visite à l'urgence d'un patient. Les gens ont maintenant accès rapidement aux évaluations en médecine interne offertes selon une approche interprofessionnelle à Hamilton Health Sciences, à l'Hôpital Joseph Brant Memorial et au Centre de santé St-Joseph de Hamilton.

Le CASC utilise la méthode d'affectation des notes des niveaux de priorité (MAPle) pour identifier les clients aptes à nécessiter une admission à un foyer de soins de longue durée (SLD). Les clients appartenant à la catégorie inférieure n'ont aucun problème fonctionnel, cognitif ou environnemental majeur. Leur risque de résultats indésirables n'est pas élevé et il est peu probable qu'ils doivent être admis aux SLD. Les clients appartenant à la catégorie très élevée sont à risque de résultats indésirables, car ils ont des problèmes sur le plan de la cognition, de l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et/ou du comportement.

Le RLISS a mis en œuvre une mesure systémique qui permet de surveiller le pourcentage de résidents admis aux foyers de soins de longue durée et le nombre de résidents recevant des services du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) ayant des notes élevées ou très élevées selon la MAPle. Depuis le 1^{er} avril 2009, la proportion de clients placés dans des foyers de soins de longue durée ayant des notes élevées ou très élevées selon la MAPle ne cesse d'augmenter. Pareillement, le nombre de clients appuyés dans la collectivité ayant des notes élevées ou très élevées selon la MAPle a augmenté.

Résultats :

- diminution du fardeau des soignants
- placement en maison de soins de longue durée repoussé
- diminution de la durée des séjours à l'hôpital
- meilleur accès aux soins primaires et aux services gériatriques spécialisés
- réduction des séjours à l'hôpital et des visites à l'urgence évitables
- santé et état fonctionnel améliorés
- utilisation plus efficace des ressources

Ce changement au sein du système n'est pas attribuable à un seul facteur, mais pourrait refléter l'augmentation des ressources communautaires destinées à permettre aux gens de vivre dans leur propre domicile plus longtemps.

Cybersanté

Le Bureau de gestion des projets (BGP) de cybersanté du RLISS de HNHB joue un rôle important dans l'utilisation de la technologie et de l'innovation pour améliorer l'accès aux soins et la sécurité des patients à l'appui de la stratégie du gouvernement pour le système de santé.

Le bureau provincial de la cybersanté a continué de mettre en œuvre une nouvelle équipe de gestion et de gouvernance. Parallèlement à ces changements de dotation, il a abandonné le modèle centralisé pour une série de carrefours régionaux qui distribuent et partagent les données locales.

Le BGP et d'autres partenaires dans le RLISS ont accompli d'importantes réalisations l'année dernière. Ce groupe d'intervenants passionnés participe à plusieurs projets transformationnels qui apportent des améliorations dans le RLISS de HNHB, notamment :

- ClinicalConnect en tant que dossier médical virtuel
- Integrated Decision Support
- Système de rapport d'événement unique pour le RLISS
- Single Alternate Level of Care Information System (ALCIS)
- Approvisionnement collectif en ordinateurs et en logiciels
- Protocole d'entente entre les fournisseurs qui conviennent de normaliser et de travailler ensemble

ClinicalConnect

Le déploiement de portails cliniques rendant les renseignements requis accessibles aux médecins se poursuit. À l'aide d'un tableau de bord sécurisé articulé sur Internet, les médecins et autres utilisateurs autorisés ont accès aux renseignements sur les patients, notamment rapports de laboratoire, examens par imagerie diagnostique et notes de cas d'un nombre croissant d'hôpitaux et du Centre d'accès aux soins communautaires.

ClinicalConnect est un portail ou tableau de bord sécurisé qui permet aux médecins et aux fournisseurs de services de santé autorisés participant au cercle de soins d'un patient d'avoir accès en temps réel, à n'importe quel moment et à n'importe quel endroit aux dossiers des patients stockés électroniquement. Il s'agit d'un cadre d'intégration qui assure la consultation et le partage de renseignements sur la santé à l'échelle régionale dans le continuum de soins et, notamment, de sources de données provinciales à mesure qu'elles sont disponibles.

Aujourd'hui, ClinicalConnect fournit un dossier médical électronique virtuel aux RLISS de HNHB et de Waterloo Wellington, représentant plus de deux millions de patients. Il relie les données de 27 hôpitaux

situés dans les deux RLISS. Sont également inclus les notes de cancérologie du Juravinski Cancer Centre et les renseignements du Centre d'accès aux soins communautaires de HNHB. L'Hôpital Memorial de Lincoln Ouest, le CASC de Waterloo Wellington, l'Hôpital et le centre de cancérologie Grand River sont visés pour 2011.

Integrated Decision Support (IDS) Warehouse

L'IDS est un puissant système d'aide à la décision clinique qui accélère et améliore l'utilisation et la planification des services de santé. Cet entrepôt de données centralisé renferme des renseignements courants et détaillés sur les patients occupant des lits d'hôpitaux, les visites à l'urgence, les chirurgies d'un jour, les cliniques de soins de médicaux de jour, les données sur les clients et les évaluations du CASC et les données sur les clients et fournisseurs des centres de santé communautaire.

Un identificateur propre à un patient relie les données de toutes les sources et donne aux utilisateurs accès aux données longitudinales du parcours du patient dans le système de santé. En plus des renseignements cliniques sur un patient, il fournit des informations financières et statistiques propres à chaque hôpital qui permettent d'évaluer les tendances pour trois ans. Outre les centres de santé communautaire et le Centre d'accès aux soins communautaire du RLISS de HNHB et l'Hôpital de Cambridge dans le RLISS de Waterloo Wellington, plus de dix sociétés hospitalières représentant environ 23 emplacements contribuent des données. D'autres hôpitaux du RLISS de Waterloo Wellington envisagent d'utiliser L'IDS l'an prochain.

On compte plus de 200 utilisateurs inscrits (principalement des analystes). On envisage d'intégrer les données de l'IDS dans ClinicalConnect, car l'IDS peut fournir des renseignements complémentaires utiles aux médecins traitants et venir en aide aux fournisseurs de services d'urgence.

Projets de cybersanté de l'Ontario

Le RLISS a reçu des fonds de Cybersanté Ontario pour exécuter divers projets. Il pourra ainsi poursuivre son plan stratégique local en synchronisation avec les priorités du gouvernement. Le RLISS participe à de nombreux projets et continue de travailler de concert avec d'autres RLISS du Sud-Ouest de l'Ontario, Cybersanté Ontario et Inforoute santé Canada. Voici quelques projets appuyés grâce à un financement de Cybersanté Ontario et du RLISS de HNHB :

- Cybermédecin a fourni un financement en vue d'intégrer les données des hôpitaux à ClinicalConnect au projet des fournisseurs de première ligne.
- Projet d'appariement des ressources et de renvoi afférent aux ANS qui accroît l'efficacité du processus d'acheminement des patients des soins intensifs aux autres niveaux de soins; d'autres étapes sont en voie de planification.
- Connect Southwestern Ontario (cSWO) – projet axé sur la création d'une grappe de collaboration pour relier le Sud-Ouest de l'Ontario aux activités liées à la cybersanté.
- Partage d'un dépôt d'imagerie diagnostique entre quatre RLISS de la grappe cSWO : Hamilton Niagara Haldimand Brant, Waterloo Wellington, Sud-Ouest et Érié St-Clair.

- GISC – Dépôt de Gestion de l'information sur les soins communautaires pour les données sur la santé mentale et les dépendances.

On a obtenu un financement pour ce travail en grande partie grâce à l'intérêt manifesté par le RLISS pour la collaboration avec d'autres RLISS. En établissant des partenariats et en coordonnant leurs ressources, les RLISS du Sud-Ouest de l'Ontario (Érié St-Clair, Waterloo Wellington, Sud-Ouest et HNHB) s'attachent à créer un système de cybersanté efficient et efficace pour les résidents de leurs collectivités.

Temps d'attente aux services des urgences

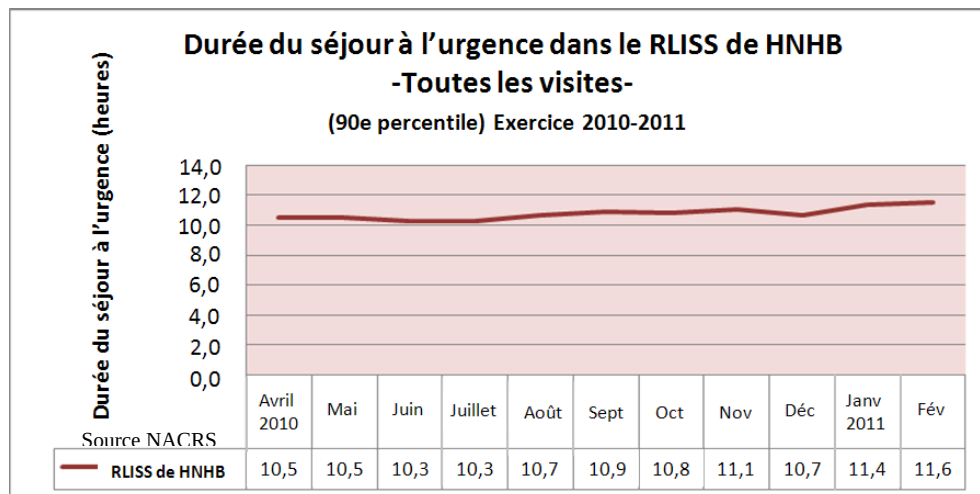
La réduction des temps d'attente à l'urgence est restée une priorité pour le RLISS en 2010-2011. Durant l'année, les hôpitaux du RLISS ont signalé une hausse du nombre de visites à l'urgence et du nombre d'aînés ayant des troubles complexes examinés à l'urgence, ce qui a eu des répercussions sur la durée globale du séjour. Les stratégies visant à réduire les temps d'attente à l'urgence étaient axées sur une réduction de la demande et une amélioration de l'efficacité de l'urgence et des déplacements des patients hospitalisés.

La durée du séjour à l'urgence des patients du RLISS est restée stable jusqu'en décembre 2010, alors que les temps d'attente ont commencé à progresser (voir la figure 1). L'augmentation de la durée du séjour à l'urgence est attribuable au prolongement du temps d'attente pour les personnes attendant un lit pour malade hospitalisé (figure 2).

Les hôpitaux ont identifié les facteurs qui ont des répercussions sur le temps d'attente des patients admis :

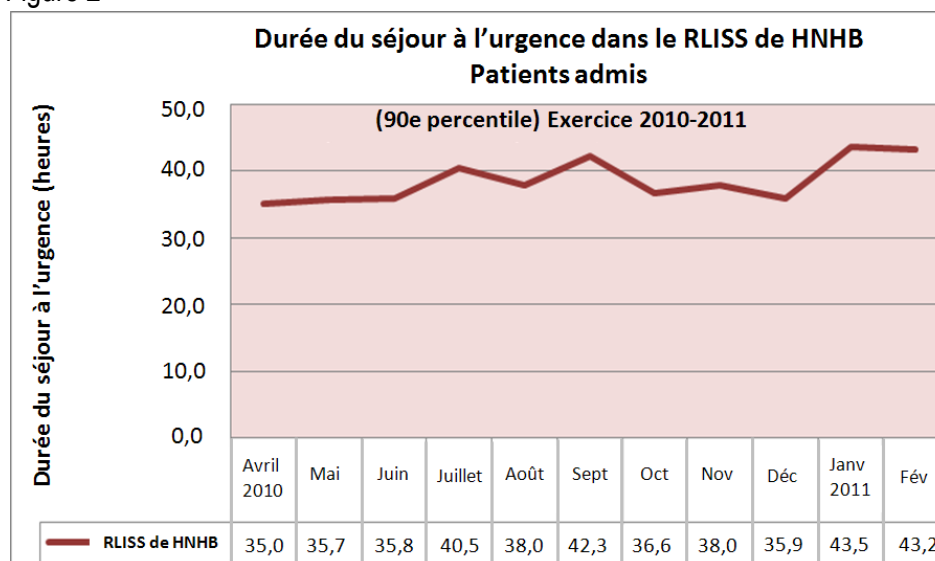
- Hausse du nombre de visites à l'urgence
- Augmentation du nombre d'aînés ayant des troubles plus complexes se présentant à l'urgence
- Nombre plus élevé de personnes devant être isolées
- Disponibilité de lits pour malades hospitalisés
- Nombre de foyers de soins de longue durée restreignant les admissions par suite de flambées, par exemple de grippe.

Figure 1



(Source : SRE Public Reporting and Pay-for-Results Hospital Comparison Report, février 2011)

Figure 2



(Source : SRE Public Reporting and Pay-for-Results Hospital Comparison Report, février 2011)

Principales activités visant à réduire la demande et les temps d'attente à l'urgence

Programme de financement axé sur les résultats

En 2010-2011, le nombre de services des urgences de HNHB participant au Programme de financement axé sur les résultats du ministère de la Santé et des Soins de longue durée est passé de sept à huit, avec l'ajout de l'emplacement de l'Hôpital général du grand Niagara du Système de santé de Niagara. Ce programme vise à diminuer les temps d'attente à l'urgence en mettant en œuvre des démarches visant à accélérer la circulation des patients. Ces démarches incluent l'établissement de *zones d'évaluation rapide* pour les patients non gravement atteints, la mise en œuvre de coordonnateurs de la circulation des patients, l'amélioration des services de soutien à l'urgence, l'ajout d'heures pour le personnel infirmier de triage et les médecins de l'urgence et l'exploitation d'unités accélérées qui fournissent une capacité temporaire aux malades hospitalisés en attente de leur congé.

Hôpitaux du RLISS participants :

- Hamilton Health Sciences
 - o Hamilton General Hospital
 - o Juravinski Hospital and Cancer Centre
 - o McMaster Children's Hospital
- Brant Community Healthcare System
- Système de santé de Niagara
 - o St. Catharines General Hospital
 - o Hôpital général du grand Niagara
- Hôpital Joseph Brant Memorial
- Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton

En date de février 2011 :

- Sept emplacements du RLISS participant au Programme de financement axé sur les résultats ont été incapables d'augmenter la proportion de patients admis traités dans le délai d'attente recommandé. C'est en contraste avec l'an dernier alors que tous les emplacements participants ont signalé des améliorations. Cependant, en date de décembre 2010, le nombre d'heures passées à l'urgence en attendant un lit d'hôpital avait diminué de 8,3 par rapport à avril 2008.

- Six emplacements du RLISS participant au Programme de financement axé sur les résultats ont signalé une hausse de la proportion de patients gravement atteints non admis traités dans le temps d'attente recommandé et six des huit emplacements ont obtenu 90 % ou un meilleur rendement pour cette mesure, atteignant ainsi la cible fixée par le ministère. Les temps d'attente pour les patients non gravement atteints sont restés relativement constants, mais sept des huit emplacements participant au Programme de financement axé sur les résultats ont affiché des améliorations par rapport à leur mesure de référence.

Programme d'amélioration du rendement des services des urgences

En 2010-2011, deux emplacements du RLISS participant au Programme de financement axé sur les résultats ont participé au programme d'amélioration des procédures à l'urgence du ministère. Avec l'ajout de ces emplacements, tous les emplacements du RLISS participant au Programme de financement axé sur les résultats auront achevé le programme d'amélioration des procédures à l'urgence du ministère. Ce programme applique la méthodologie LEAN aux procédures de circulation des patients à l'échelle de l'hôpital en engageant plusieurs départements qui focalisent l'amélioration des temps d'attente à l'urgence. Les stratégies du programme portent sur les procédures de triage à l'urgence, la rationalisation des patients selon le niveau de maladie, l'amélioration des procédures d'analyses de laboratoire et d'imagerie diagnostique et l'amélioration des procédures de congé des patients hospitalisés pour faire place aux patients de l'urgence nouvellement admis.

Accès Soins

Ce programme exploité par le CASC de HNHB met les résidents sans médecin de famille en rapport avec des fournisseurs de soins primaires. Depuis le début du programme en février 2009, le CASC a mis 3 761 personnes en rapport avec un médecin dans le RLISS. En date du 28 février 2011, 116 médecins participaient au programme.

Accès accru aux centres de soins d'urgence mineure

Les personnes ayant des besoins de santé émergents moins impératifs peuvent être traitées aux centres de soins d'urgence mineure plus rapidement qu'à l'urgence. Le sixième centre de soins d'urgence mineure du RLISS a ouvert ses portes en avril 2011 dans le cadre de l'initiative Access to Best Care de Hamilton Health Sciences. En 2010-2011, deux centres de soins d'urgence du RLISS ont signalé un temps d'attente d'environ trois heures pour neuf personnes sur dix, comparativement à un temps d'attente global de onze heures pour le RLISS.

Accès rapide à la médecine interne

En 2010-2011, deux cliniques d'accès rapide à la médecine interne ont ouvert leurs portes à l'emplacement General de Hamilton Health Sciences et au Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton. Ces cliniques financées à même la stratégie Vieillir chez soi accélèrent l'accès aux consultations en médecine interne générale par l'entremise d'une clinique ambulatoire. Le programme réduit les temps d'attente à l'urgence

en donnant accès à des médecins internes dans un délai de 24 à 48 heures, permettant ainsi aux médecins de l'urgence de renvoyer les patients qui peuvent être examinés dans un contexte ambulatoire, leur évitant ainsi d'attendre à l'urgence.

En décembre 2010, les deux programmes ont signalé une diminution de 69 % des temps d'attente à l'urgence pour les patients examinés à la clinique qui nécessitaient une consultation en médecine interne générale, comparativement aux patients examinés à l'urgence pour une consultation en médecine interne. Ce programme accélère également le congé des patients admis à un lit de médecine interne générale. Les médecins renvoient les patients appropriés plus tôt lorsqu'une visite de suivi à la clinique peut avoir lieu dans un délai de 24 à 48 heures.

Élargissement des infirmières praticiennes dans les maisons de soins de longue durée

Ce programme permet aux pensionnaires d'être traités dans les foyers de soins de longue durée, ce qui évite les transferts à l'urgence ou à l'hôpital stressants pour le pensionnaire et sa famille. En date de décembre 2010, 4 154 pensionnaires de foyers de soins de longue durée du RLSS étaient traités par des infirmières praticiennes. On estime d'après le nombre de visites que 1 630 transferts à l'urgence ont été évités. Moins de 1 % des pensionnaires évalués par une infirmière praticienne ont été transférés à l'hôpital durant cette période. L'équipe d'infirmières praticiennes des maisons de soins de longue durée a également offert 134 séances éducatives visant à renforcer les capacités cliniques du secteur des SL D dans le RLSS.

Responsables de cas du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC)

En date de février 2011, la présence de responsables de cas du CASC dans les services des urgences a permis d'éviter 3 711 admissions. En cas de besoin, les responsables de cas du CASC organisent la prestation de soins dans la collectivité plutôt qu'à l'urgence.

Comité directeur des services des urgences

Le Comité directeur des services des urgences (CDSU) du RLSS de HNHB a fourni aux fournisseurs de services de santé et au RLSS des directives concernant la planification et la mise en œuvre de projets visant à améliorer la qualité des services offerts et les temps d'attente à l'urgence dans les collectivités du RLSS.

En 2010-2011 le CDSU :

- A approuvé un financement unique à l'appui :
 - o du projet Community Referral by Emergency Medical Services à Hamilton;
 - o d'un projet pilote axé sur l'évitement de l'urgence du projet Niagara EMS « OMEGA ».
- A surveillé et conseillé les urgences visées par le Programme de financement axé sur les résultats pour les services des urgences.

- S'est joint au comité directeur du projet SMART- AMI, projet axé sur les pratiques exemplaires mis en œuvre à l'échelle du RLISS pour le traitement d'un « infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI) ».
- A commandé un rapport portant sur l'utilisation des directives médicales dans les urgences des hôpitaux du RLISS dans le but de normaliser les pratiques exemplaires de directives médicales à l'échelle du RLISS.
- A collaboré avec le réseau de contrôle des infections du Centre-Sud pour renforcer les pratiques de contrôle des infections dans le RLISS. Le RLISS tiendra un forum sur le contrôle des infections en mai 2011.

Circulation des patients

En 2010-2011, la stratégie de circulation des patients du RLISS de HNHB s'est concentrée sur l'accélération du transfert des patients au milieu de soins le plus approprié à la fin du traitement en soins actifs à l'hôpital. Cette stratégie avait trois principaux objectifs :

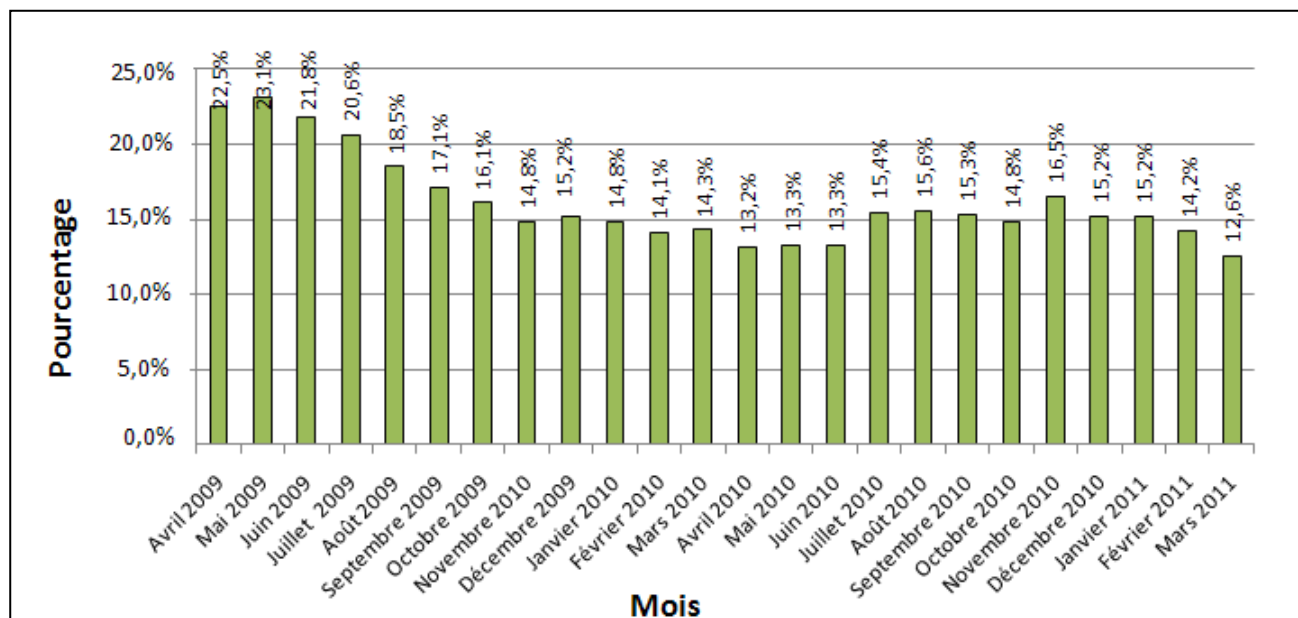
- Améliorer l'accès aux milieux de soins postactifs qui dispensent aux gens le niveau de soins qui optimise leur état de santé et leurs résultats.
- Améliorer l'accès aux services pour malades hospitalisés en accélérant le retour des patients dans la collectivité.
- Renforcer et augmenter les services communautaires pour permettre aux gens de retourner dans leur domicile et d'y vivre en sécurité.

Une des mesures utilisées par le RLISS pour calculer le nombre de jours qu'une personne passe à l'hôpital en attente d'un autre niveau de soins est le taux d'ANS en soins actifs. Un taux faible signifie que les gens passent moins de temps en attente de soins postactifs dans un hôpital de soins actifs. Le type de soins postactifs attendus dépend de leurs besoins de soins immédiats et à long terme et peut être l'un des suivants : soins postactifs de rétablissement/convalescence, soins complexes, services de réadaptation, services de soutien communautaire à domicile, services de santé mentale, services d'aide à domicile ou de logement avec services de soutien et soins de longue durée dans un foyer.

En 2009-2010, le RLISS a affiché une baisse substantielle du taux d'ANS, qui est passé de 22,5 % en avril 2009 à 14,3 % en mars 2010. Cette baisse signifie que les gens attendent moins longtemps pour emménager dans un milieu de soins postactifs. En 2010-2011, le taux d'ANS du RLISS est resté relativement constant à 14 % ou 15 % jusqu'en mars 2011 alors qu'il a diminué à 12,6 %.

La réussite du RLISS l'année dernière s'est traduite par :

- le maintien des gains réalisés quant au taux d'ANS
- la réduction du nombre de gens ayant de longs délais d'attente pour l'obtention de soins de longue durée ou autres types de soins;
- un pourcentage élevé de participants des programmes d'évaluation et de rétablissement du RLISS renvoyés chez eux.

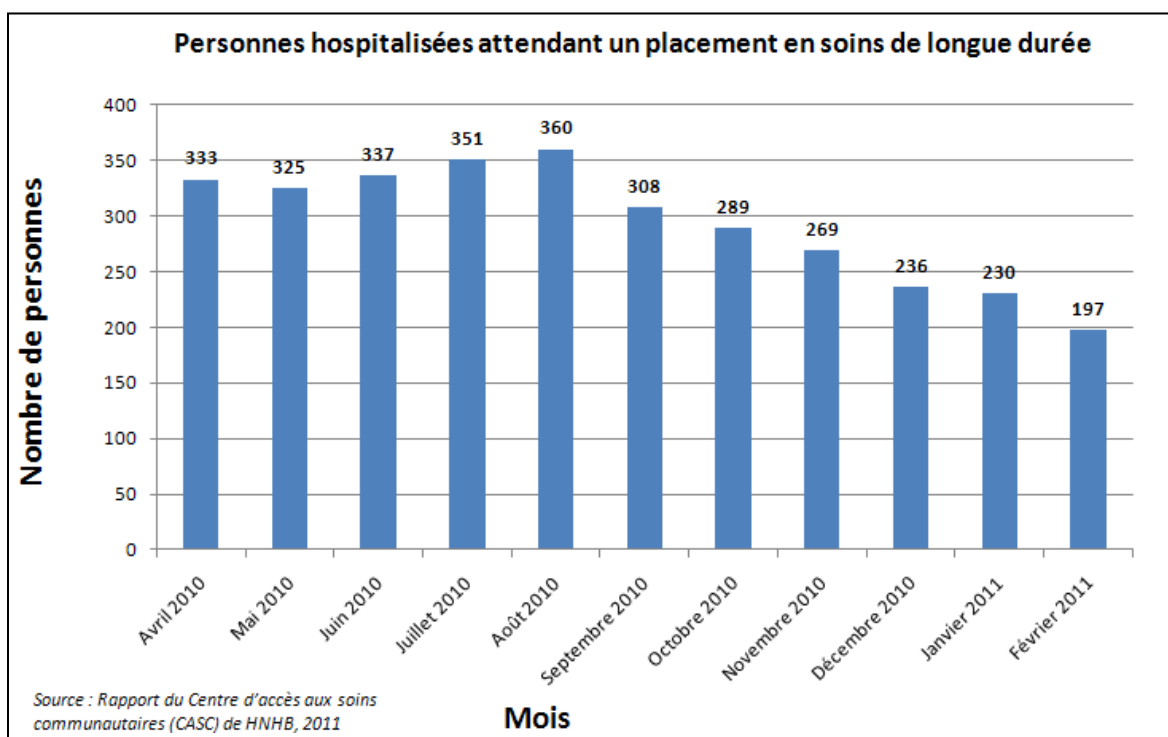


Source : Rapport du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de HNHB, 2011

Le RLISS travaille étroitement avec ses fournisseurs de services de santé, le Comité directeur des autres niveaux de soins du RLISS et le Centre d'accès aux soins communautaires pour cerner des stratégies destinées à accélérer la circulation des patients.

Activités clés visant à accélérer la circulation des patients :

- En 2010-2011, les partenaires du RLISS ont travaillé ensemble pour faciliter le transfert de plus de 500 personnes hospitalisées qui attendaient d'être admises à un foyer de soins de longue durée.



Source : Rapport du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de HNHB, 2011

Définition : Dénombrement le dernier jour du mois des patients (ANS-SLD seulement) qui sont actuellement hospitalisés (lits de soins actifs ou autres lits pour malades hospitalisés) et sont inscrits sur une liste d'attente pour un lit dans un foyer de soins de longue durée.

- Maintien des lits de soins de rétablissement pour malades hospitalisés qui ont augmenté à 118 dans la région du RLSS en 2010-2011. Dans ce milieu, les aînés médicalement stables reçoivent des soins de rétablissement plus lents qui les préparent à retourner chez eux. Ce qui est le plus important, le programme continue d'accorder la priorité aux aînés en leur donnant la possibilité d'optimiser leur capacité fonctionnelle et cognitive afin de pouvoir retourner dans leur propre domicile, milieu le plus propice à la prise de décisions très importantes. Durant les six premiers mois de 2010-2011, les programmes ont signalé que 77 % des personnes admises à ces lits de rétablissement étaient renvoyées chez elles. Cela équivalait à 355 personnes.
- Les hôpitaux et le CASC du RLSS ont continué de collaborer pour offrir aux patients et à leurs familles les capacités nécessaires pour permettre le retour de l'hôpital ou éviter les hospitalisations en fournissant un soutien additionnel à domicile. Le retour rapide au domicile permet d'éviter les complications associées aux séjours prolongés et inutiles à l'hôpital.
- Trois foyers de soins de longue durée du RLSS ont offert des soins spécialisés aux personnes nécessitant une dialyse péritonéale chronique du rein.
- On a continué d'appuyer 17 lits de soins intérimaires de longue durée dans le RLSS.

Responsabilité et rendement

Le RLSS de HNHB affiche un tableau de bord de la performance sur son site Web et le met à jour trimestriellement.

Le tableau de bord présente un instantané du rendement du système de santé à l'aide de mesures de rendement sélectionnées dans quatre domaines :

- Intégration du système
- Accès et résultats pour les clients
- Finances et viabilité
- Santé organisationnelle

Stratégie de réduction des temps d'attente

Les indicateurs de rendement de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLSS de 2010-2011 peuvent être regroupés en deux catégories qui rendent compte de ce qui suit :

- l'accès :
 - o à quatre chirurgies non urgentes et à deux services diagnostiques
 - o aux soins postactifs à l'issue du traitement en soins actifs

- o aux services des urgences
- le nombre de retours à l'hôpital dans un délai précisé pour des troubles médicaux sélectionnés.

En 2010-2011, le RLISS a misé sur la collaboration réussie avec le Centre d'accès aux soins communautaires de HNHB, le comité consultatif sur les temps d'attente (et les groupes de travail du comité), les comités directeurs sur les services des urgences et les autres niveaux de soins, le comité de prévention et de gestion des maladies chroniques et les fournisseurs du RLISS spécialisés en santé mentale et en toxicomanie. Ensemble, ces intervenants ont travaillé pour améliorer l'accès à des services de santé opportuns et de qualité pour les résidents du RLISS.

Rendement – Services chirurgicaux et diagnostiques sélectionnés

Cet exposé présente un bref aperçu des indicateurs de rendement de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS 2010-2011 du RLISS de HNHB (voir tableau en page 43).

En 2010-2011, le RLISS a réduit les temps d'attente pour les pontages coronariens non urgents et les examens diagnostiques par tomodensitométrie par rapport à la valeur de départ. Les temps d'attente ne se sont pas améliorés pour les services suivants : chirurgie du cancer, chirurgie de la cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou et examens par IRM.

Afin d'améliorer les temps d'attente en 2010-2011, le RLISS et ses hôpitaux ont accompli les activités suivantes :

- Des hôpitaux sélectionnés ont participé à un plan provincial d'amélioration des programmes afin d'accroître les efficacités dans le secteur de l'imagerie par résonance magnétique (IRM).
- On a participé à l'initiative provinciale d'IRM pour les cas de priorité 4 visant à réduire les temps d'attente pour les examens par IRM non urgents.
- On a établi un conseil de la qualité en imagerie diagnostique à l'échelle du RLISS.
- On a examiné et lancé des procédures visant à rationaliser les pratiques de déclaration des listes d'attente des chirurgiens.
- On a prolongé les heures en salle d'opération des chirurgiens ayant des temps d'attente plus longs.
- On a achevé quatre réaffectations en cours d'exercice. Cette mesure a permis de redistribuer les volumes de temps d'attente entre les hôpitaux du RLISS pour accommoder la demande en tenant compte de la capacité des hôpitaux.
- On a mis en œuvre des plans d'action propres aux hôpitaux pour réduire les temps d'attente pour des services clés.
- On a élargi le programme régional d'évaluation des articulations Système de santé de Niagara.

Bien que les temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche et du genou ou la chirurgie de la cataracte n'aient pas diminué, le RLISS a travaillé avec les hôpitaux pour traiter plusieurs cas figurant sur les listes d'attente des chirurgiens. Les volumes ont été réaffectés et les hôpitaux ont prolongé les heures en salle d'opération des chirurgiens ayant de longs temps d'attente.

Cette stratégie n'a pas diminué les temps d'attente signalés (soit le temps d'attente jusqu'à ce que le cas soit terminé), mais elle a focalisé les besoins des personnes qui attendaient longtemps pour obtenir ces services.

Les enjeux suivants ont limité la réduction des temps d'attente :

- Temps d'attente plus élevés associés à des services d'oncologie chirurgicale particuliers (demande accrue d'interventions peu invasives)
- Demande accrue de services d'urgence
- Annulations de chirurgies dues aux pressions sur les lits d'hôpital par suite d'une hausse imprévue de la demande ou incapacité à transférer une personne à un milieu de soins postactifs
- Demande accrue de services d'examen par tomographie assistée par ordinateur et IRM.

Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS de HNHB : Indicateurs de rendement 2010-2011

Indicateur de rendement	Valeur de départ du RLISS 2010/2011	Cible de rendement du RLISS 2010/2011	Rendement du RLISS pour le plus récent trimestre de 2010/2011	Résultats pour l'exercice	Cible du RLISS atteinte – OUI/NON
1. Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90 ^e percentile	58 jours	58 jours	65 jours	61 jours	Non
• Le RLISS a excédé ses volumes pour la chirurgie du cancer de 4 %. Hamilton Health Sciences (HHS) et le Centre de santé St-Joseph de Hamilton ont terminé l'année légèrement au-delà de la cible de fin d'exercice. HNHB continue de maximiser les heures de salle d'opération en octroyant les heures de salle d'opération annulées aux chirurgies du cancer. • La demande de chirurgie de la prostate et de la thyroïde a augmenté et les temps d'attente sont affectés. Ces deux types de chirurgie affichent le temps d'attente le plus long dans le RLISS, mais celui-ci est inférieur à celui de la province. La demande de chirurgie de la prostate est particulièrement élevée au Centre de santé St-Joseph de Hamilton à cause de la technique peu invasive qui y est pratiquée. • Le Centre de santé St-Joseph de Hamilton a recruté deux chirurgiens thoraciques en novembre 2010, ce qui a contribué à une réduction des temps d'attente à la fin de l'exercice. • Le recrutement d'oncologues orthopédistes à HHS devrait réduire les temps d'attente en 2011-2012. • La consolidation des chirurgies pour certains cancers devrait accroître les efficacités en 2011-2012. • Un nouveau comité de gestion des temps d'attente pour une chirurgie du cancer créé dans le RLISS surveillera les temps d'attente et adoptera des lignes directrices de meilleures pratiques.					
2. Temps d'attente pour un pontage coronarien – 90 ^e percentile	48 jours	48 jours	43 jours	34 jours	Oui
• Les temps d'attente du RLISS pour un pontage coronarien non urgent sont inférieurs à la cible de 48 jours. • Le RLISS a travaillé étroitement avec les services provinciaux du MSSLD pour accroître son affectation de services de chirurgie cardiaque et a obtenu une affectation accrue pour 2009-2010 et 2010-2011.					

- Les services de chirurgie cardiaque du RLISS sont offerts par un hôpital, HHS, un des onze centres de chirurgie cardiaque de la province. HHS a signalé une augmentation des chirurgies cardiaques au cours des trois dernières années (2 % en 2009-2010) et prévoit atteindre le nombre record de 1 620 cas de chirurgie cardiaque en 2010-2011, une hausse de 3 % par rapport à 2009-2010. - Le RLISS et son groupe de travail des services de cardiologie continuent de surveiller les services de chirurgie cardiaque étroitement.					
3. Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90 ^e percentile	104 jours	104 jours	129 jours	127 jours	Non
- Les hôpitaux du RLISS ont adopté une démarche concertée, examinant les volumes et réaffectant les ressources durant l'année. - Le système de santé de Niagara et l'Hôpital Joseph Brant Memorial (HJBM) ont reçu des volumes additionnels transférés à l'intérieur du RLISS au quatrième trimestre qui seront utilisés pour traiter les cas frappés par de longs temps d'attente. - L'HJBM a ramené les temps d'attente de 176 jours en janvier 2011 à 148 jours en mars 2011. - Le RLISS a réduit les temps d'attente globaux pour la chirurgie de la cataracte au quatrième trimestre, soit de 158 jours en janvier 2011 à 125 jours en mars 2011. - La région de Niagara s'apprête à offrir les interventions ophtalmologiques à l'emplacement Welland à titre de centre d'excellence en août 2011. Un processus d'accueil central est à l'étape de la discussion préliminaire. - Le RLISS anticipe que les rapports de 2011-2012 feront état d'une réduction des temps d'attente grâce à une surveillance étroite des temps d'attente de chaque hôpital et au traitement des cas frappés par de longs temps d'attente à l'aide de réaffectations en cours d'exercice chaque trimestre.					
4. Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche – 90 ^e percentile	177 jours	177 jours	216 jours	201 jours	Non
5. Temps d'attente pour l'arthroplastie du genou – 90 ^e percentile	209 jours	182 jours	231 jours	217 jours	Non
- Il y a eu une utilisation accrue du programme régional d'évaluation des articulations par suite de l'élargissement du programme au Système de santé de Niagara en octobre 2010. - Un examen de la qualité des données et une formation subséquente concernant la soumission des données des bureaux des chirurgiens au Système de santé de Niagara a mené à des corrections des données et à l'identification de cas frappés par de longs temps d'attente. - Le manque de lits a entraîné des annulations d'arthroplasties totales, ce qui pourrait avoir des répercussions sur les temps d'attente. - Les hôpitaux du RLISS ont adopté une démarche concertée axée sur l'examen des volumes et une réaffectation plus fréquente des volumes pour régler les temps d'attente prolongés. Cette démarche pourrait avoir des répercussions sur les temps d'attente du RLISS au premier trimestre de 2010-2011. - Les hôpitaux du RLISS continuent de travailler avec les cabinets des chirurgiens orthopédistes pour améliorer la qualité des données sur les temps d'attente. - Le RLISS continue de rencontrer chaque mois les hôpitaux qui signalent des temps d'attente plus longs. - Le RLISS surveillera étroitement les affectations au titre de la Stratégie de réduction des temps d'attente pour 2011-2012 et réglera les temps d'attente prolongés à l'aide de réaffectations en cours d'exercice entre les hôpitaux.					

6. Temps d'attente pour un examen diagnostique par IRM - 90 ^e percentile	100 jours	95 jours	117 jours	119 jours	Non
- Le Centre de santé St-Joseph de Hamilton a achevé le programme provincial d'amélioration des procédures d'IRM en mai 2011. La mise en œuvre d'initiatives d'amélioration des procédures vise à améliorer les mesures du rendement/des procédures, à diminuer les temps d'attente, à améliorer l'accès et à accroître la capacité. - L'HMJB a prolongé les heures d'opération durant l'année pour répondre à la demande accrue et accommoder les volumes d'examens diagnostiques par IRM additionnels qui ont été financés. - L'HMJB participera au projet d'amélioration des procédures d'IRM parrainé par le MSSLD qui examinera le protocole et les procédures de rendez-vous pour un examen par IRM et par tomodensitométrie pour assurer l'utilisation optimale des ressources et l'efficacité de l'ordonnancement. - La mise sur pied d'un conseil de la qualité de l'imagerie diagnostique fournira un forum et un processus pour l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et de tactiques coordonnées visant à améliorer l'accès, les temps d'attente et la qualité quant à la prestation de services diagnostiques dans le RLISS. - Cinq hôpitaux de HNHB ont participé à un projet d'examens par IRM pour réduire l'accumulation d'examens par IRM de niveau 4 (non urgents). En date du 31 mars 2011, quatre hôpitaux ont signalé une diminution moyenne de 57 jours des temps d'attente. Un hôpital a cependant signalé une hausse des temps d'attente attribuable à une demande accrue. - Un nouvel appareil d'IRM a été approuvé pour HHS en 2011-2012 et celui-ci prolongera les heures d'ouverture jusqu'à l'entrée en activité du nouvel appareil. - En 2010-2011 les temps d'attente pour un examen par IRM ont augmenté à HHS à cause d'un ralentissement prévu associé au déménagement de l'équipement et des services dans un nouveau service d'imagerie en août. Après le déménagement on a dû orienter le personnel dans le nouvel environnement et lui fournir une formation axée sur le nouvel appareil. - Le Brant Community Healthcare System (BCHS) a été en mesure de réduire considérablement les temps d'attente pour un examen par IRM grâce à une hausse des heures financées pour l'exercice 2010-2011.					
7. Temps d'attente pour un examen diagnostique par tomodensitométrie – 90 ^e percentile	49 jours	43 jours	46 jours	43 jours	Oui
- Le RLISS a atteint sa cible pour les examens diagnostiques par tomodensitométrie en 2010-2011. - Un centre de rendez-vous/d'appel centralisé a été mis en œuvre dans la région du Grand Hamilton. - L'HMJB a prolongé les heures d'ouverture à six heures par jour du lundi au vendredi (de 7 h à 23 h) pour réduire les temps d'attente. - Le Système de santé de Niagara continue d'égaliser le travail à ses trois centres d'examens par tomodensitométrie pour que les temps d'attente soient les moins élevés possible. - Le BCHS a maintenu les temps d'attente pour les examens par tomodensitométrie malgré les interruptions de service durant la mise à jour de l'appareil et le projet de construction. À l'issue des travaux de construction, de l'installation du nouveau système et de l'augmentation des heures au titre des temps d'attente, il est probable que les temps d'attente pour un examen par tomodensitométrie diminueront au premier trimestre de 2011-2012.					

8. Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS) – par RLISS ou établissement***	20,97 %	11,00 %	17,82 %	17,88 %	Non
- Le RLISS de HNHB a constaté que le pourcentage de journées consacrées aux ANS s'est amélioré par rapport à la valeur de départ (20,97 %) et s'est établi récemment à 17,88 %. L'amélioration de 20,97 % au taux de 14,9 % signalé en juillet 2010 est attribuable à un accent constant sur la philosophie Chez soi avant tout et aux programmes de soins analeptiques comme le programme d'évaluation et de rétablissement dans le cadre duquel 81 % des patients admis sont renvoyés chez eux. - Le taux d'ANS a atteint un sommet en septembre 2010, soit 21,7 %, par suite d'une stratégie axée sur le placement de plus de 300 personnes frappées par de longs temps d'attente pour un placement en soins de longue durée; certaines attendaient depuis plus de 1 500 jours. Cette stratégie a empêché le RLISS d'atteindre la cible de 11 % pour les ANS, mais a facilité le transfert au milieu de soins approprié de toutes les personnes sauf dix identifiées dans l'enquête d'Action Cancer Ontario de juillet 2010 sur les séjours prolongés. - En 2011-2012, le RLISS et le comité directeur sur les ANS entendent travailler à plusieurs stratégies pour réduire le taux d'ANS. Ce sont : la philosophie Chez soi avant tout, la maximisation des programmes de soins analeptiques, l'achèvement d'examen de cas intensifs pour les patients en attente d'ANS pour plus de 30 jours et le repérage précoce des aînés frêles dans la collectivité, à l'urgence et au moment de l'admission à l'hôpital pour assurer un accès rapide aux services communautaires qui rendent les gens plus aptes à vivre dans leur propre domicile. - Le taux d'ANS du RLISS surveillé à l'interne s'élevait à 12,6 % le 31 mars 2011.					
9. Durée du séjour à l'urgence pour les patients admis – 90 ^e percentile	35,5	28,3	42,12	38,92	Non
- La durée du séjour à l'urgence pour les patients admis a été l'indicateur lié à l'urgence le plus difficile à améliorer. La durée du séjour à l'urgence reflète la circulation des patients hospitalisés. - Entre janvier et mars 2011, les hôpitaux (et la province) ont constaté une montée en flèche de la durée du séjour à l'urgence global et de la durée du séjour à l'urgence des patients admis (particulièrement en janvier). Après cette hausse d'environ sept heures, on n'est pas revenu aux niveaux qui ont précédé le mois de janvier (35,9 en décembre contre 43,5 en janvier). - Les problèmes liés à la circulation des patients dans les hôpitaux qui ont contribué à une hausse de la durée du séjour pour les patients admis durant l'exercice 2010-2011 sont les suivants : le manque de lits de soins actifs, le nombre élevé de patients admis à l'urgence, les protocoles de contrôle des infections, l'augmentation des cas graves et des cas plus complexes présentant des comorbidités, l'augmentation du nombre de cas de grippe, le nombre accru de flambées dans les foyers de soins de longue durée de la collectivité et l'accès réduit aux services durant les fêtes de fin d'année. - Le RLISS rencontre chaque mois les hôpitaux qui affichent des temps d'attente à l'urgence plus longs pour discuter de stratégies visant à améliorer le rendement. - Au cours du prochain exercice, le RLISS aura augmenté la capacité en lits de soins actifs temporaires grâce à l'ajout de 24 lits de court séjour dans trois emplacements.					
10. Durée du séjour à l'urgence des patients	8,1	7,5	7,77	7,87	Non

non admis ayant des troubles complexes (I-III sur l'ETG) – 90 ^e percentile					
- Bien que le RLISS ait amélioré son rendement par rapport à sa valeur de départ pour cet indicateur, il a terminé l'année en affichant une variance négative de 0,37 heure par rapport à sa cible qui représente une variance de 5 %. - Il y a une tendance à la hausse des volumes de patients gravement atteints depuis deux ans. Entre janvier et mars 2011, les services des urgences du RLISS ont traité 2 000 cas gravement atteints de plus, ce qui représente une augmentation de 3 % par rapport à la période de trois mois précédente, le troisième trimestre de 2010-2011. - En dépit de la tendance à la hausse des volumes, la durée du séjour à l'urgence globale du RLISS s'est améliorée pour ce groupe. - L'Hôpital West Lincoln Memorial (HWLM), qui affiche la durée du séjour à l'urgence la plus longue pour ce groupe, a conclu des ententes de planification avec un hôpital partenaire pour améliorer l'accès aux ressources d'imagerie diagnostique. En 2011-2012, l'hôpital a également mis en œuvre un système de surveillance électronique de surveillance des lits.					
11. Durée du séjour à l'urgence des patients non admis ayant des troubles mineurs non compliqués (IV-V sur l'ETG) – 90 ^e percentile	5,1	4,5	4,95	4,82	Non
- À la fin de l'exercice, cet indicateur s'éloignait de 0,32 heure de la cible, ce qui représente une variance négative de 7 %. Le RLISS affiche un écart de 0,5 heure du rendement de la province à la fin de l'exercice. - À l'échelle du RLISS, la durée du séjour à l'urgence pour ce groupe varie entre 2,0 et 6,9 heures pour la période allant de janvier à mars 2011. - Les groupes de patients non admis sont affectés par les patients admis à l'urgence qui attendent un lit, car il y a un nombre fixe de civières à l'urgence. - Les hôpitaux du RLISS ont mis en œuvre des aires d'évaluation rapide, des directives médicales, des aires de consultation et de traitement médical et du personnel infirmier praticien pour améliorer la circulation des patients non admis non gravement atteints.					
12. Visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des troubles mentaux**	17,1 %	15,4 %	15,98 %	16,95 %	Non
- Le RLISS n'a pas atteint la cible de fin d'exercice pour cet indicateur, mais il a affiché une amélioration globale grâce à une tendance à la baisse continue qui le rapproche de la cible. - Le RLISS a effectué une vérification des dossiers des utilisateurs fréquents de l'urgence ayant des troubles de santé mentale et de toxicomanie. Cet examen a mené à l'adoption d'une démarche axée sur un examen intensif de la gestion de cas dans le RLISS. - Des thèmes, recommandations et nouvelles démarches étayeront notre planification future relativement à cet indicateur. - Le modèle d'équipe d'approche et de soutien en cas de crise (COAST) financé dans la région de					

Niagara aura un impact positif sur cet indicateur. - Les principaux investissements du RLISS visant à réduire les visites à l'urgence non planifiées répétées des personnes atteintes de troubles mentaux sont les suivants : l'élargissement des services gériatriques spéciaux dans la région de Niagara et Haldimand Norfolk, l'intervention en cas de crise et les paiements à la séance pour renforcer l'accès aux psychiatres dans les régions insuffisamment desservies de notre RLISS (Haldimand Norfolk, Brant, Niagara et Burlington). - L'ECBO (Évaluation commune des besoins en Ontario) sera mise en œuvre dans le secteur de la santé mentale pour faciliter la prestation des services appropriés au bon moment.					
13. Visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des problèmes dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues**	19 %	17,1 %	20,34 %	21,43 %	Non
- Il y a une proportion élevée de personnes atteintes de troubles concomitants (abus d'alcool et d'autres drogues et troubles de santé mentale). Les fournisseurs de services de santé ont signalé que ce groupe est difficile à servir. - Le RLISS n'a pas atteint sa cible de fin d'exercice pour cet indicateur, affichant une hausse par rapport à la cible. - Les principaux investissements du RLISS visant à réduire les visites à l'urgence non planifiées répétées de ce groupe sont les suivants : des services d'intervention en cas de crise et des lits/logements de transition pour les personnes atteintes de troubles mentaux/d'abus d'alcool et d'autres drogues, les sans-abris et les alcooliques chroniques (en association avec la ville de Hamilton et le Shelter Health Network) et le modèle d'équipe d'approche et de soutien en cas de crise financé à Niagara.					
14. Réadmission dans un délai de 30 jours pour des groupements de maladies analogues sélectionnées**	15,1 %	14 %	15,03 %	15,10 %	Non
- Le RLISS n'a pas atteint la cible de fin d'exercice pour cet indicateur, mais a affiché une tendance à la baisse au dernier trimestre. - Le RLISS a demandé à son comité consultatif sur la prévention et la gestion des maladies chroniques de lui conseiller une stratégie ciblée pour diminuer les réadmissions pour ces groupes de maladies analogues sélectionnées. - Le RLISS travaille avec des intervenants clés pour examiner les motifs des réadmissions associées aux sept groupes de maladies analogues sélectionnées. - Le RLISS est en communication avec Qualité des services de santé Ontario pour préparer l'adoption des prochaines recommandations du comité consultatif provincial sur les hospitalisations évitables.					

États financiers du

**Réseau local d'intégration des
services de santé de Hamilton
Niagara Haldimand Brant**

31 mars 2011

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

31 mars 2011

Table des matières

Rapport de l'auditeur indépendant	1-2
État de la situation financière	3
État des activités financières.....	4
État de la variation de la dette nette.....	5
État des flux de trésorerie	6
Notes complémentaires	7-15

Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2011 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

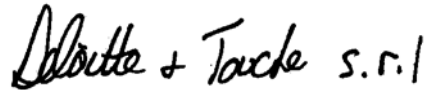
Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant au 31 mars 2011, ainsi que des résultats de ses activités financières, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.



Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 31 mai 2011

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État de la situation financière
au 31 mars 2011

	2011	2010
	\$	\$
Actifs financiers		
Trésorerie	1 869 146	546 544
Débiteurs – Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère »)	-	35 000
Montant à recevoir au titre de la TVH	49 796	-
Débiteurs – Autres	-	6 634
Montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé (note 9)	11 338 713	1 374 800
Montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	-	4 968
	13 257 655	1 967 946
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	1 077 030	555 276
Montant à verser au Ministère (note 3b)	851 197	54 863
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé par le Ministère (note 9)	11 338 713	1 374 800
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	4 089	-
Apports de capital reportés (note 5)	311 967	481 618
	13 582 996	2 466 557
Engagements (note 6)		
Dette nette	(325 341)	(498 611)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	13 374	16 993
Immobilisations (note 7)	311 967	481 618
Surplus accumulé	-	-

Approuvé par le Conseil



Juanita G. Gledhill, Présidente du Conseil d'administration



Jack Brewer, Vice-président du Conseil d'administration

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État des activités financières
pour l'exercice clos le 31 mars 2011

		2011	2010
	Budget (non audité) (note 8)	Montant réel	Montant réel
	\$	\$	\$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 440 495 590	2 600 261 574	2 493 218 669
Activités du RLISS	5 105 872	5 174 872	5 096 546
Services de cybersanté (note 10a)	600 000	600 000	600 000
Services de cybersanté – Programme pilote à l'intention des médecins (note 10a)	-	200 000	-
Priorité aux résidents (note 10b)	-	498 500	209 750
Chef de la performance du projet Urgences – ANS (note 10c)	-	100 000	100 000
Services de santé en français (note 10d)	-	74 670	78 000
Entité de planification des services de santé en français (note 10d)	-	152 924	-
Chef de service des urgences du RLISS (note 10e)	-	75 000	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS (note 10f)	-	75 000	-
Planification autochtone (note 10g)	37 500	37 500	37 500
Gestion personnelle du diabète	-	-	35 000
Stratégie sur le diabète	-	-	25 000
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	-	185 756	229 600
	2 446 238 962	2 607 435 796	2 499 705 065
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 440 495 590	2 600 261 574	2 493 218 669
Frais généraux et administratifs (note 11)	5 105 872	4 863 116	5 319 297
Services de cybersanté (note 10a)	600 000	600 000	600 000
Services de cybersanté – Programme pilote à l'intention des médecins (note 10a)	-	200 000	-
Priorité aux résidents (note 10b)	-	162 855	161 736
Chef de la performance du projet Urgences – ANS (note 10c)	-	100 000	100 000
Services de santé en français (note 10d)	-	60 516	78 000
Entité de planification des services de santé en français (note 10d)	-	152 924	-
Chef de service des urgences du RLISS (note 10e)	-	74 364	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS (note 10f)	-	72 167	-
Planification autochtone (note 10g)	37 500	37 083	37 500
Gestion personnelle du diabète	-	-	35 000
Stratégie sur le diabète	-	-	25 000
	2 446 238 962	2 606 584 599	2 499 650 202
Surplus de l'exercice avant le financement remboursable au Ministère	-	851 197	54 863
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	(851 197)	(54 863)
Surplus de l'exercice	-	-	-
Surplus accumulé au début	-	-	-
Surplus accumulé à la fin	-	-	-

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État de la variation de la dette nette
pour l'exercice clos le 31 mars 2011

		2011	2010
	Budget (non audité) (note 8)	Montant réel	Montant réel
	\$	\$	\$
Surplus de l'exercice	-	-	-
Variation des autres actifs non financiers	-	3 619	2 520
Acquisition d'immobilisations	-	(16 105)	(9 327)
Amortissement des immobilisations	-	185 756	229 600
Diminution de la dette nette	-	173 270	222 793
Dette nette au début	-	(498 611)	(721 404)
Dette nette à la fin	-	(325 341)	(498 611)

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État des flux de trésorerie
pour l'exercice clos le 31 mars 2011

	2011	2010
	\$	\$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Ajouter : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	185 756	229 600
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	(185 756)	(229 600)
	-	-
Variation des éléments hors trésorerie liés à l'exploitation		
Diminution (augmentation) des débiteurs – Autres	6 634	(6 490)
Diminution des débiteurs – Ministère	35 000	188 200
Augmentation du montant à recevoir au titre de la TVH	(49 796)	-
(Augmentation) diminution du montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé	(9 963 913)	3 184 349
Augmentation (diminution) des créditeurs et charges à payer	521 754	(407 645)
Augmentation du montant à verser au Ministère	796 334	54 863
Augmentation (diminution) du montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé	9 963 913	(3 184 349)
Augmentation (diminution) du montant à verser au Bureau des services partagés des RLIS	9 057	(21 201)
Diminution des charges payées d'avance	3 619	2 520
	1 322 602	(189 753)
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations	(16 105)	(9 327)
Financement		
Apports de capital reçus (note 5)	16 105	9 327
Variation nette de la trésorerie	1 322 602	(189 753)
Trésorerie au début	546 544	736 297
Trésorerie à la fin	1 869 146	546 544

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2011

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « Loi »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant (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 clos le 31 mars 2011.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS comprend les comtés d'Hamilton, de Niagara, d'Haldimand, de Brant, la majeure partie du comté de Norfolk et la ville de Burlington. Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

2. Principales conventions comptables

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

Méthode de comptabilité

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

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

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2011

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 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 et en avise le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

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

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les 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 sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Immobilisations

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

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

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2011

2. Principales conventions comptables (suite)

Immobilisations (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 informatique	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)
Matériel, mobilier et agencements de bureau	5 ans (méthode linéaire)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet. Les coûts liés au développement de l'infrastructure et au développement Web sont inclus au titre du matériel informatique aux fins de la comptabilité et de la présentation d'information.

Informations sectorielles

Le RLSS 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 RLSS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

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

	Produits	Charges	Surplus de 2011	Surplus de 2010
	\$	\$	\$	\$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	2 600 261 574	2 600 261 574	-	-
Activités du RLSS	5 174 872	4 677 360	497 512	6 849
Services de cybersanté	600 000	600 000	-	-
Services de cybersanté - Programme pilote à l'intention des médecins	200 000	200 000	-	-
Priorité aux résidents	498 500	162 855	335 645	48 014
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	100 000	100 000	-	-
Entité de planification des services de santé en français	152 924	152 924	-	-
Chef de service des urgences du RLSS	75 000	74 364	636	-
Chef des soins aux malades en phase critique du RLSS	75 000	72 167	2 833	-
Services de santé en français	74 670	60 516	14 154	-
Planification autochtone	37 500	37 083	417	-
	2 607 250 040	2 606 398 843	851 197	54 863

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2011

3. Financement remboursable au Ministère (suite)

b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars 2011 se compose des éléments suivants :

	2011	2010
	\$	\$
Montant à verser au Ministère au début	54 863	-
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	851 197	54 863
Montant remboursé au Ministère au cours de l'exercice	(54 863)	-
Montant à verser au Ministère à la fin	851 197	54 863

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») et la structure de collaboration entre les RLISS (la « CRLISS ») sont des divisions du RLISS de Toronto-Centre et sont assujetties aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR et la CRLISS sont responsables, au nom des RLISS, 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.

5. Apports de capital reportés

	2011	2010
	\$	\$
Solde au début	481 618	701 891
Apports de capital au cours de l'exercice	16 105	9 327
Amortissement pour l'exercice	(185 756)	(229 600)
Solde à la fin	311 967	481 618

6. Engagements

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

	\$
2012	160 875
2013	157 275
2014	163 313
2015	172 786
2016	172 786
Par la suite	245 716

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement du RLISS par le Ministère.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2011

7. Immobilisations

			2011	2010
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	\$	\$	\$	\$
Matériel, mobilier et agencements de bureau	471 438	390 825	80 613	121 226
Matériel informatique	129 581	128 303	1 278	15 828
Améliorations locatives	572 444	342 368	230 076	344 564
	1 173 463	861 496	311 967	481 618

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 2010. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLIS au cours de l'exercice.

Le budget de financement final des fournisseurs de services de santé de 2 600 261 574 \$ est calculé comme suit :

	\$
Budget initial	2 440 495 590
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	159 765 984
Budget final	2 600 261 574

Le budget des frais généraux et administratifs final de 6 995 966 \$ est calculé comme suit :

	\$
Budget initial	
Activités du RLIS	5 105 872
Services de cybersanté	600 000
Planification autochtone	37 500
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice :	
Augmentation de stabilisation	76 500
Priorité aux résidents	498 500
Services de cybersanté - Programme pilote à l'intention des médecins	200 000
Entité de planification des services de santé en français	152 924
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	100 000
Chef de service des urgences du RLIS	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLIS	75 000
Coordonnateur des services de santé en français	74 670
Budget final	6 995 966

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2011

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement total de 2 600 261 574 \$ (2 493 218 669 \$ en 2010) 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 pour 2011 :

	2011	2010
	\$	\$
Gestion d'hôpitaux	1 781 194 426	1 718 425 416
Apports de capitaux – Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé	5 119 191	5 417 098
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	458 100	462 075
Centres de soins de longue durée	411 353 925	396 752 189
Centres d'accès aux soins communautaires	248 141 094	228 780 891
Services de soutien communautaires	41 210 576	39 376 097
Lésion cérébrale acquise	6 429 869	6 086 497
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	24 178 932	24 345 509
Centres de soins de santé communautaires	20 909 757	16 255 575
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	61 265 704	57 317 322
	2 600 261 574	2 493 218 669

Le RLISS reçoit du Ministère un montant qu'il verse à son tour aux fournisseurs de services de santé. Au 31 mars 2011, le RLISS devait verser un montant de 11 338 713 \$ aux fournisseurs de services de santé. Ce montant a été comptabilisé à titre de produits et de charges dans les activités financières du RLISS et est présenté dans le tableau précédent.

10. a) Services de cybersanté

Au cours de l'exercice 2011, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement totalisant 800 000 \$ (600 000 \$ en 2010). Une tranche de 600 000 \$ de ce montant a servi à financer des initiatives visant à soutenir le bureau de gestion de projet relativement à la mise à jour du plan stratégique de services de cybersanté pour 2011. Une tranche de 200 000 \$ a été affectée au projet de Programme pilote à l'intention des médecins.

b) Priorité aux résidents

Au cours de l'exercice 2011, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu, au nom de tous les RLISS, un financement totalisant 498 500 \$ (209 750 \$ en 2010) à l'égard de toutes les initiatives Priorité aux résidents de la province. Sur ce total, une tranche de 30 991 \$ a été affectée à l'initiative Priorité aux résidents du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant. Comme l'exigeait le Ministère, ces fonds ont servi à soutenir la formation de personnel en vue d'améliorer la prestation de services au sein des centres de soins de longue durée et à réduire la pression sur les services d'urgence. L'initiative Priorité aux résidents soutient les centres de soins de longue durée d'Ontario afin que ceux-ci puissent offrir aux résidents un environnement permettant d'améliorer leur qualité de vie, et elle favorise des changements en profondeur et durables en renforçant la capacité d'amélioration de la qualité du secteur des soins de longue durée.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2011

10. (suite)

c) *Chef de la performance du projet Urgences – ANS*

Au cours de l'exercice 2011, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement totalisant 100 000 \$ (100 000 \$ en 2010). Ces fonds ont servi à financer les activités du coordonnateur du projet Urgences – ANS.

d) *Services de santé en français*

Au cours de l'exercice 2011, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement totalisant 227 594 \$ (78 000 \$ 2010). Une tranche de 74 670 \$ de ce montant a servi à soutenir le rôle de coordonnateur des services de santé en français, et un montant de 152 924 \$ a été alloué initialement pour l'entité de planification des services de santé en français.

e) *Chef de service des urgences du RLISS*

Au cours de l'exercice 2011, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement totalisant 75 000 \$ (75 000 \$ en 2010). Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir les activités du chef de service des urgences du RLISS.

f) *Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS*

Au cours de l'exercice 2011, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement totalisant 75 000 \$ (néant en 2010). Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir les activités du chef des soins aux malades en phase critique du RLISS.

g) *Planification autochtone*

Au cours de l'exercice 2011, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement totalisant 37 500 \$ (37 500 \$ en 2010). Ces fonds ont servi à financer des activités de planification autochtone.

	2011	2010
	\$	\$
Frais de déplacement	487	101
Salaires et charges sociales	32 349	-
Services-conseils	-	500
Frais liés aux réunions	4 247	36 812
Fournitures, autres	-	87
	37 083	37 500

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2011

11. Frais généraux et administratifs

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

	2011	2010
	\$	\$
Salaires et charges sociales	3 384 397	3 248 887
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	60 725	55 650
Indemnités quotidiennes des administrateurs	62 550	73 150
Charges du Conseil	24 383	57 095
Frais de déplacement	46 389	48 246
Services-conseils	47 968	481 998
Consultations publiques et communications	51 717	122 186
Fournitures, matériel, entretien et autres	248 715	318 105
Frais d'hébergement	341 021	309 380
Amortissement	185 756	229 600
Services partagés	409 495	375 000
Frais généraux et administratifs	4 863 116	5 319 297
Financement des services de cybersanté	600 000	600 000
Services de cybersanté - Programme pilote à l'intention des médecins	200 000	-
Priorité aux résidents	162 855	161 736
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	100 000	100 000
Services de santé en français	60 516	78 000
Entité de planification des services de santé en français	152 924	-
Financement des activités du chef de service des urgences du RLISS	74 364	75 000
Financement des activités du chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	72 167	-
Planification autochtone	37 083	37 500
Stratégie sur le diabète – gestion personnelle	-	35 000
Stratégie sur le diabète	-	25 000
	6 323 025	6 431 533
Rapprochement avec le budget approuvé par le Ministère :		
Frais généraux, administratifs et liés aux projets	6 323 025	6 431 533
Moins : amortissement	(185 756)	(229 600)
Ajouter : montant à verser au Ministère	851 197	54 863
Ajouter : acquisition d'immobilisations corporelles	16 105	9 327
	7 004 571	6 266 123

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2011

12. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte de 30 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 245 987 \$ pour l'exercice 2011 (210 063 \$ en 2010) 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 2010, date à laquelle le régime était entièrement capitalisé.

13. Garanties

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

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

Membres du Conseil

(à partir du 31 mars 2011)

Juanita G. Gledhill
Présidente

Jack Brewer
Vice-président

Douglas Archibald
Membre

Ruby Jacobs
Membre

Bob Lawler
Membre

William (Bill) McLean
Membre

William (Bill) Millar
Membre

Janice Mills
Membre
(Mandat terminé le 16 juin 2010)

Helen Mulligan
Membre

Michael Shea
Membre

Membres de la haute direction

Donna Cripps
Directrice générale

Alan Iskiw
Directeur principal,
Rendement, contrats et affectations

Au nom du Conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant, il nous fait plaisir de soumettre ce rapport annuel pour la période terminée le 31 mars 2011.



Juanita G. Gledhill
Présidente du Conseil d'administration



Jack Brewer
Vice-président du Conseil d'administration

Coordonnées du RLISS

Téléphone :

905.945.4930
1.866.363.5446

Télécopieur :

905.945.1992

Courriel :

hamiltonniagarahaldimandbrant@lhins.on.ca

Adresse :

224, rue Main Est
Grimsby, ON L3M 1P8

Site Web :

www.hnhblhin.on.ca



www.youtube.com/user/hnhblhin



@HNHB_LHINgage

ISSN 1911-2939
139 Juin/11 © 2011 Imprimeur de la Reine pour l'Ontario



Ontario

Local Health Integration
Network

Réseau local d'intégration
des services de santé