

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ
du Sud-Ouest

**En quête d'une
meilleure santé**

RLISS du *Sud-Ouest* -
Rapport annuel 2005-2006

Présentation des Réseaux locaux d’intégration des services de santé

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

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

Pourquoi ont-ils été créés?

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

Quel sera le rôle des RLISS?

Les RLISS reposent sur le principe que les soins communautaires sont mieux planifiés, coordonnés et financés lorsqu’ils sont intégrés à la collectivité, car la population locale est mieux à même de déterminer la nature de ses besoins et de ses priorités en matière de services de santé. Les RLISS détermineront les priorités en matière de services de santé

requis au sein de leurs collectivités et travailleront avec les fournisseurs de services de santé locaux ainsi qu’avec les membres de la collectivité à l’élaboration d’un plan de services de santé intégrés pour leur région. Ils seront par la suite chargés de financer et de s’assurer de la responsabilité des fournisseurs de services de santé locaux.

Bien que les RLISS n’assurent aucun service direct, le gouvernement leur donne le mandat de planifier, d’intégrer et de financer les services de soins de santé. Les RLISS seront responsables de près des deux tiers du budget des soins de santé en Ontario, soit presque 21 milliards de dollars. Ils ont reçu le mandat spécifique d’engager un dialogue avec la population et les fournisseurs de leur collectivité relativement à leurs besoins et à leurs priorités. À mesure que les rôles des RLISS évolueront au cours des prochaines années, les avantages immédiats qui en découleront se présenteront sous forme de possibilités encore inégalées pour ce qui est de l’implication de la collectivité dans la planification des soins de santé. Dans les années à venir, nous nous attendons à ce que l’accès des patients aux soins de santé se soit amélioré.

Les avantages des RLISS

Des choix en matière de soins de santé effectués par la collectivité, pour la collectivité
Dans le cadre des RLISS, les personnes qui sont les mieux à même de savoir ce qui se passe au niveau local seront chargées d’identifier les priorités locales en matière de soins de santé communautaires.

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

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

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

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



De gauche à droite : Shelagh Bantock, Carol Young-Ritchie

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

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

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

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

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

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

Planification et engagement communautaire :

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

réunions communautaires, de groupes de concertation et de comités consultatifs.

Financement et responsabilité :

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

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

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

Intégration :

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

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



Photo en couverture
De gauche à droite :
Ally M^cMann,
Carol Ann M^cMann,
Mikayla M^cMann,
D^r Diotallevi

De gauche à droite :
Ally M^cMann,
Carol Ann M^cMann,
D^r Diotallevi

Table des matières

9	Aperçu du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest
11	Message du président du conseil d'administration
13	Message du directeur général
15	Notre équipe de direction
16	Profil du RLISS - Population - État de santé, pratiques de santé et soins préventifs
22	Mise en valeur des réussites locales
26	Visages du système de santé dans le RLISS du Sud-Ouest
28	Bilan de l'année – Objectifs et réalisations
29	Démarrage opérationnel
30	Gouvernance
32	Plan de services de santé intégrés
34	Participation communautaire
36	État de la situation financière
37	Résultats d'exploitation et solde du fonds
38	Membres du personnel

De gauche à droite : Theresa Rice, Nancy Schaff, Ann Kistner, Janine Hamilton, Leslie Groot



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

Falaises de calcaire, chutes éblouissantes, vastes plages de sable blanc, villes de campagne accueillantes, champs fertiles, industries prospères, édifices impressionnants, charmants quartiers victoriens et parcs ombragés. Un des centres universitaires des sciences de la santé les plus importants du Canada ainsi qu'un collège et une université renommés. Près d'un million de femmes, d'hommes et d'enfants représentant une variété de cultures, d'ethnies, d'espoirs et de rêves. Dynamisme et activité. C'est la région du RLISS du Sud-Ouest qui s'étend de Tobermory au nord à Long Point au sud et dont la superficie atteint près de 22 000 kilomètres carrés.

La caractéristique la plus frappante du RLISS du Sud-Ouest est sans doute sa combinaison de collectivités rurales et urbaines. En fait, 30 % de la population réside dans des collectivités de moins de 1 000 habitants, soit le double de la moyenne provinciale. Des villes comme London, St. Thomas, Stratford, Woodstock et Owen Sound aux petites villes comme Ailsa Craig, Teaswater, Port Rowan, Cape Crocker et Pine River, en passant par les régions rurales éloignées, la région est caractérisée par des besoins et des enjeux variés en matière de santé.

Comparativement à la moyenne provinciale, le RLISS du Sud-Ouest compte une plus forte proportion de personnes âgées et une proportion plus faible d'immigrants, de minorités visibles et de personnes à faible revenu. Les communautés des Premières nations sont nombreuses et représentent 1,2 % de la population. Enfin, un peu plus de 1 % de la population est francophone.

En ce qui concerne l'état de santé, l'espérance de vie et la proportion de gens indiquant que leur état de santé général est « excellent » ou « très bon », le profil de notre région ressemble à celui de l'Ontario. Par contre, notre région affiche un plus grand nombre de personnes obèses, un taux plus élevé de certaines maladies chroniques et des taux d'hospitalisation plus importants. Les habitants du Sud-Ouest ont généralement recours aux soins préventifs et le taux de vaccination contre la grippe est plus élevé que la moyenne provinciale. Ces enjeux et des facteurs socio économiques et environnementaux façonnent les priorités et les initiatives du RLISS du Sud Ouest.

Le système de santé du Sud-Ouest est très solide et doté de professionnels qualifiés et dévoués dans les secteurs des soins primaires, actifs, communautaires et de longue durée. Le RLISS nous permettra d'avoir recours à la collaboration, aux partenariats et à l'intégration pour le rendre encore meilleur pour les patients, les clients et les familles que nous desservons.

Message de Norm Gamble, *président du conseil d'administration du RLISS du Sud-Ouest*

Voici le premier rapport annuel du Réseau local d'intégration des services de santé. Pendant l'année qui vient de s'écouler, nous avons eu le privilège de participer à un processus fascinant : le démarrage d'un nouvel organisme qui transformera le système de santé dans notre région. C'est une lourde charge mais nous apprécions la possibilité d'avoir un effet concret sur nos collectivités.

Nous ne sommes pas seuls, évidemment. L'Ontario compte 14 RLISS et tous traversent présentement la phase initiale de mise en œuvre. Ce fut une expérience remarquable.

Nous sommes ravis des progrès réalisés cette année. Je suis l'un des trois membres fondateurs nommés au conseil en juin 2005. Trois membres se sont joints à nous en janvier et trois autres au printemps. Nous formons une équipe solide composée de membres expérimentés et engagés et nous envisageons avec enthousiasme de travailler ensemble au cours des années à venir. Nous sommes également heureux de travailler avec notre équipe de cadres, Tony Woolgar, Kelly Gillis et leur personnel – professionnels de la santé chevronnés qui souscrivent à l'objectif de la transformation des services.

Nous avons été fort occupés. Le conseil s'est réuni quatorze fois durant 2005-2006 pour traiter des questions clés et a assisté à un atelier de planification stratégique de deux jours en mars. Nous avons formulé les procédures et pratiques du conseil et élaboré des règlements administratifs axés sur une structure de gouvernance solide. Nous avons également assisté à diverses séances d'orientation et de formation et rencontré des intervenants partout dans le Sud-Ouest. La détermination des personnes que nous avons rencontrées et leur désir de collaborer pour améliorer notre système de santé nous ont vivement impressionnés.

Durant 2006-2007, nous finaliserons notre plan de services de santé intégrés pour les trois prochaines années et entameront la mise en œuvre de nos grandes priorités, faisant fond sur les forces actuelles de notre région. Le RLISS du Sud-Ouest a beaucoup de potentiel. Je suis persuadé que nos travaux affecteront la vie de chaque résident du Sud-Ouest et concrétiseront notre vision, à savoir « 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. »

Ce RLISS vous appartient et nous voulons entendre votre voix. N'hésitez pas à communiquer avec moi ou avec les autres membres du conseil si vous avez des questions, des idées ou des commentaires.



Norm Gamble, *président du conseil d'administration*



Message de Tony Woolgar, directeur général du RLISS du Sud-Ouest

Comment le RLISS affectera-t-il la prestation des services de santé dans le Sud-Ouest? Cette question m’a souvent été posée ces derniers mois pendant la phase de démarrage de notre nouveau RLISS. Les personnes que j’ai rencontrées voulaient savoir pourquoi les réseaux locaux d’intégration des services de santé ont été créés et ce qu’ils signifieront pour les gens de notre région.

Le nom fournit lui-même la réponse. Le terme « local » fait référence à notre engagement à l’égard de la planification et de la mise en œuvre d’un système de santé qui répond aux besoins de nos collectivités diversifiées. Le terme « santé » signifie que nous allons au-delà du traitement et de la gestion des maladies et mettons l’accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et la gestion des maladies chroniques. Le terme « intégration » veut dire que la collaboration entre les fournisseurs de services permettra au patient de se déplacer facilement dans le continuum des soins, sans tomber entre les mailles du filet. Enfin, le terme « réseau » fait référence à la principale force du système de santé du Sud-Ouest, à savoir une aptitude à la concertation axée sur l’atteinte d’objectifs communs qui se traduit par les partenariats, la collaboration et la coopération que j’ai observés durant notre phase de démarrage.

Au cours de 2005-2006, nous avons réalisé d’importants progrès sur ces quatre plans. Ainsi, mes collègues et moi avons parcouru la région pour rencontrer des fournisseurs de services de santé et des usagers et prendre connaissance de leurs idées et préoccupations. Nous avons lancé des activités axées sur l’intégration et les réseaux, appuyé les activités en cours et entendons élaborer de nouvelles démarches à l’égard de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Nous avons collaboré avec les équipes Santé familiale et les centres de santé communautaire pour renforcer les services de soins primaires. Nous avons entamé l’élaboration de notre plan de services de santé intégrés, fondé sur les caractéristiques uniques de notre région, les besoins de santé de nos collectivités et les priorités en matière d’amélioration soulevées par nos fournisseurs de services de santé.

Nous avons également établi notre structure de gouvernance, sous la direction d’un excellent conseil d’administration, embauché des employés talentueux et dévoués et mis en œuvre les politiques et procédures opérationnelles requises. Une stratégie de communication ciblée a appuyé la première phase de notre processus de participation communautaire.

L’année 2006-2007 sera une année clé pour notre établissement. La prochaine étape du processus de participation communautaire mènera à la formulation de notre premier plan de services de santé intégrés. Une fois celui-ci approuvé, nous élaborerons des plans d’intégration détaillés, misant sur les forces actuelles et les possibilités futures.

Nous mobiliserons nos collectivités locales et collaborerons avec nos partenaires en santé afin d’offrir des services locaux plus efficaces aux populations de toutes les régions de notre RLISS. Je remercie les membres du conseil et le personnel de leur dévouement et de leur engagement extraordinaire. Je suis également reconnaissant aux nombreux organismes, groupes et particuliers qui ont pris le temps cette année de partager leur point de vue avec moi. Nous avons l’occasion unique de doter le Sud-Ouest d’un système de santé plus solide et viable et c’est un privilège de participer à cet excitant projet.



Tony Woolgar, directeur général du RLISS du Sud-Ouest



Notre équipe de direction

Conseil d’administration et directeur général du RLISS du Sud-Ouest

Dernière rangée (de gauche à droite) : Murray Bryant, Robert Habkirk, Kerry Blagrove, Tony Woolgar (directeur général), John Van Bastelaar, Barrie Evans

Première rangée (de gauche à droite) : Norm Gamble (président du conseil), Janet McEwen, Ferne Woolcott, Anne Lake



Norm Gamble, président, *Meaford*

Norm Gamble a grandi dans le Sud-Ouest de l’Ontario où il a récemment pris sa retraite après une carrière de 32 ans dans l’administration municipale. Après avoir suivi une formation de professionnel en loisir, il a occupé divers postes au sein de la Corporation de la ville de Cambridge et assumé la direction générale de l’administration de la Corporation du comté de Grey pendant 15 ans. À l’échelon provincial, il a été président de la Society of Directors of Municipal Recreation of Ontario, président de l’Ontario Municipal Administrators Association et vice-président de l’Association des municipalités de l’Ontario qui l’a inscrit à son tableau d’honneur. Il a reçu de nombreuses nominations du gouvernement provincial. Membre actif de sa collectivité, M. Gamble a siégé à de nombreux conseils et comités.

Janet McEwen, vice-présidente, *London*

Depuis 1993, Janet McEwen siège au conseil d’administration de la Women’s Christian Association de London, dont elle a été présidente de 2002 à 2004, et de la St. Leonard’s Society of London, dont elle a également été présidente de 1997 à 2002. En 1999, elle a assumé la présidence du Comité de réaménagement des services Dearness (foyer pour personnes âgées). À l’échelon communautaire, M^{me} McEwen est membre du conseil d’administration de St. Joseph Health Care à London et membre d’un comité consultatif de l’Armée du Salut.

Kerry Blagrove, membre, *Listowel*

Le Dr Kerry Blagrove est partenaire et copropriétaire de la clinique vétérinaire de Listowel. Il a été président de l’Ontario Association of Bovine Practitioners et président fondateur du Huron Perth Hospitals Partnership. Il était membre et président du conseil de l’Hôpital mémorial de Listowel jusqu’à sa nomination au conseil du RLISS.

Murray Bryant, membre, *London*

Murray Bryant est professeur à la Ivey Business School de l’Université Western Ontario et son domaine de recherche est la gestion des soins de santé. Il a occupé des postes de directeur académique à la Ivey Business School et à l’école de gestion Rotman. Professeur renommé, il a obtenu le prix de l’enseignement de l’Ontario Faculty

Association en 1996. M. Bryant est entraîneur de l’équipe de rugby masculine les Western Mustangs et membre du comité consultatif en marketing de la Compagnie d’opéra canadienne.

Barrie Evans, membre, *London*

Barrie Evans est psychologue clinicien auprès des enfants et des familles depuis plus de 30 ans. Il est actuellement co-chercheur d’une étude portant sur les expériences vécues par les familles qui sollicitent des services de santé mentale, ainsi que sur les répercussions d’un délai dans le traitement. Il a été membre du conseil d’administration et président du comité d’intervention de Santé mentale pour enfants Ontario et il est administrateur d’une association de conservation. M. Evans est aussi professeur clinicien adjoint de psychologie et professeur adjoint de psychiatrie à l’Université Western Ontario. Il est directeur général de Madame Vanier Children’s Services à London.

Robert Habkirk, membre, *Aylmer*

Avant de prendre sa retraite, Robert Habkirk travaillait comme analyste de la qualité et coordonnateur du service d’entretien d’usine pour Ford du Canada. Il a été maire de la ville de Aylmer de 1994 à 2003, et dans le cadre de ses fonctions, il a aussi siégé à plusieurs conseils d’administration et comités, notamment en qualité de président de la planification du système de santé de Elgin, de membre du Conseil régional de santé de Thames Valley et de membre du comité d’examen du processus de planification des opérations de l’hôpital. Il a présidé la Aylmer Community Foundation, le comité pour la restauration de l’ancien hôtel de ville et le Aylmer Performing Arts Council.

Anne Lake, membre, *Fullarton*

Avant de prendre sa retraite, M^{me} Lake a travaillé dans cinq hôpitaux, tant au Canada qu’en Angleterre, dans les secteurs des techniques de laboratoire médical (immunopathologie) et du prélèvement d’organe (technicienne, relations avec les médias et éducation du public). Elle a également travaillé dans le domaine de l’éducation (collecte de fonds et liaison avec la collectivité). Elle a siégé au conseil de l’Hôpital général de Stratford et de la Huron Perth Healthcare Alliance, du Huron Perth Hospitals Partnership et du Conseil régional de santé de Perth et a été membre du Perth Early

Years Steering Committee. Elle siégeait au conseil d’administration de la Ritz Lutheran Villa (maison de retraite) avant sa nomination au RLISS.

John Van Bastelaar, membre, *Port Elgin*

John Van Bastelaar a travaillé pour Ontario Hydro pendant près de 30 ans en tant qu’agent des ressources humaines, superviseur de la formation, technicien à la formation sécuritaire et technicien chimiste. Il a aussi travaillé pour Bruce Power pendant deux ans comme spécialiste de l’entretien et de la communication. Il a maintenant pris sa retraite et travaille bénévolement pour la direction régionale de la santé de Grey Bruce. M. Van Bastelaar a été maire de Port Elgin pendant cinq ans, maire suppléant pour la ville fusionnée de Saugeen Shores pendant un an et membre du conseil de la ville de Port Elgin pendant quatre ans.

Ferne Woolcott, membre, *Bright*

Ferne Woolcott est directrice d’école primaire à la retraite. Elle a travaillé pour le Thames Valley District School Board et le Oxford County Board of Education. Elle a été membre du conseil d’administration du Centre d’accès aux soins communautaires d’Oxford en tant que vice-présidente et membre du comité de gouvernance. M^{me} Woolcott a aussi été très engagée dans Centraide d’Oxford en qualité de secrétaire du conseil d’administration et présidente des comités de développement et des ressources humaines du conseil.

Tony Woolgar, directeur général du RLISS du Sud-Ouest

Tony Woolgar a été gestionnaire des soins de santé au Royaume Uni pendant plus de 30 ans et pendant ce temps il a également été directeur général de centres universitaires des sciences de la santé et d’hôpitaux communautaires. M. Woolgar possède une longue expérience de la mise en œuvre de réseaux intégrés de services de santé dans les collectivités locales et a contribué pendant de nombreuses années à l’élaboration de politiques nationales au Royaume-Uni. Il a également participé à des projets de consultation sur le programme de réforme de la santé du gouvernement ontarien avant d’assumer ses fonctions de directeur général du RLISS du Sud-Ouest.

Profil du RLISS

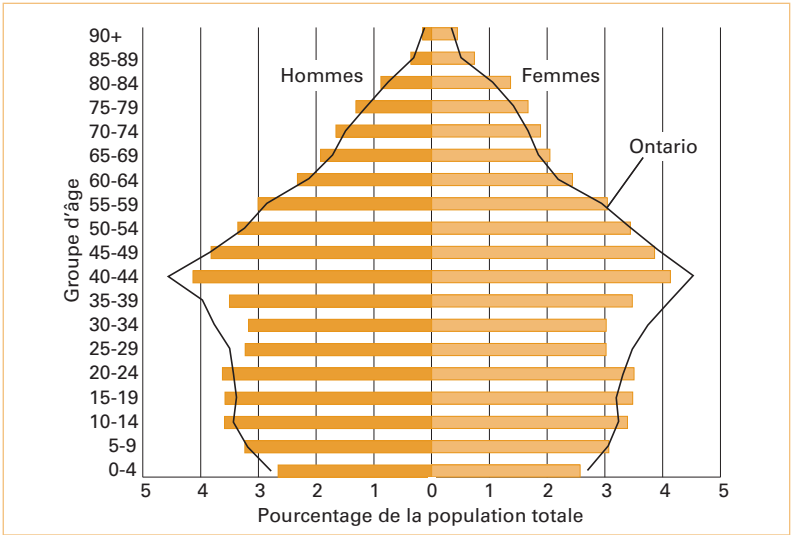
Population

Le RLISS du Sud-Ouest compte 924 200 habitants, ce qui représente 7,4 % de la population de l’Ontario.

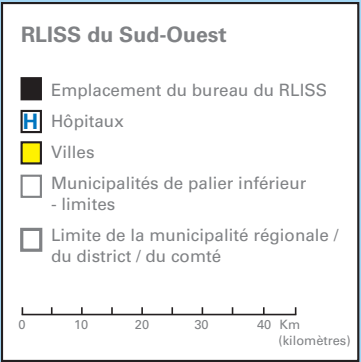
Par rapport à la province :

- De 1994 à 2004, la population a augmenté moins rapidement, de 0,6 % par an en moyenne.
- Le Sud-Ouest compte une plus forte proportion de personnes âgées qui sont concentrées particulièrement dans le nord de la région. Leur nombre augmentera au cours des dix prochaines années suite au vieillissement de la génération du baby-boom.
- Le RLISS compte un nombre beaucoup moins élevé d’immigrants et de minorités visibles.
- Le rapport de dépendance (rapport de la population des enfants et des personnes âgées à la population active) est plus élevé.
- La proportion de personnes vivant en milieu rural est beaucoup plus forte (plus de 30 %). Dans la partie nord du Sud-Ouest, cette proportion atteint plus de la moitié.
- La proportion de personnes n’ayant pas terminé leurs études secondaires est plus forte.
- La proportion de propriétaires est plus forte.
- La proportion de personnes à faible revenu est moins forte.
- Le taux de chômage est faible dans le nord et le centre de la région, mais semblable dans le sud.
- La proportion d’Autochtones est légèrement inférieure.

Répartition de la population par âge et par sexe, RLISS du Sud-Ouest et Ontario



Source des données : Estimations de la population de 2004, Statistique Canada



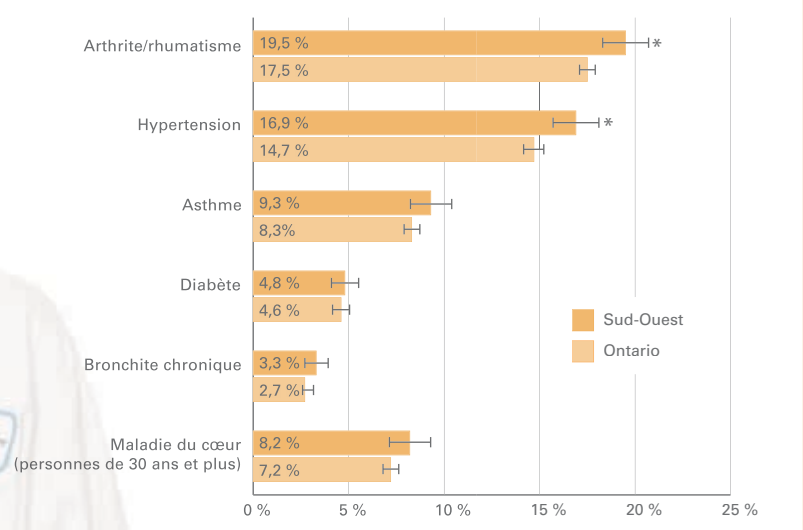
De gauche à droite :
Hugh John Cook,
Dr Sonny Cejic



De gauche à droite :
Khadija Sheikh, Kaaren Barker

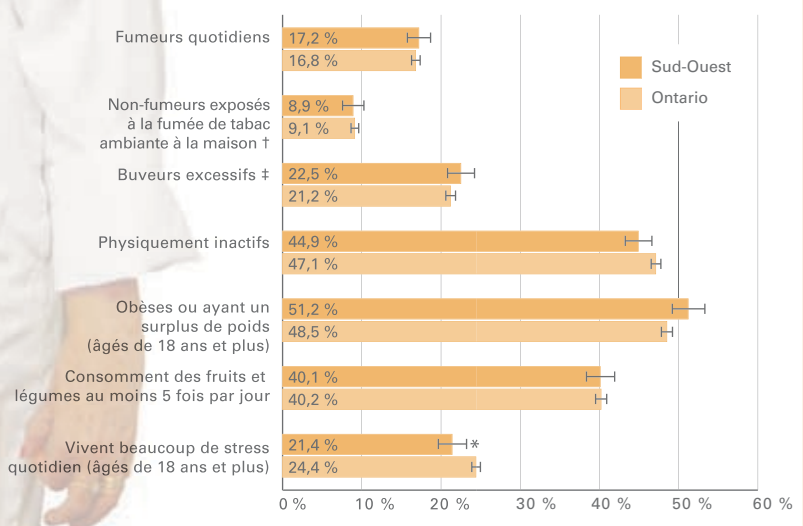


Prévalence de conditions chroniques sélectionnées, population
âgée de 12 ans et plus



* Diffère de façon significative de la moyenne provinciale selon un intervalle de confiance de 95 %.
Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Questions de santé et de bien-être, population age âgée de
12 ans et plus



† Fumée de tabac ambiante (fumée secondaire)
‡ en pourcentage des buveurs actuels
* Diffère de façon significative de la moyenne provinciale selon un intervalle de confiance de 95 %.
Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

État de santé, pratiques de santé et soins préventifs

Par rapport à la province :

- L’espérance de vie est légèrement plus faible.
- L’état de santé déclaré par l’intéressé est similaire.
- La prévalence de la limitation des activités est légèrement plus forte.
- Le taux d’obésité (17,7 %) est sensiblement plus élevé.
- La proportion de fumeurs quotidiens est légèrement plus forte.
- Les naissances prématurées sont légèrement plus nombreuses.
- Le taux de mortalité normalisé selon l’âge est plus élevé.
- La prévalence d’arthrite, d’hypertension, d’asthme, de bronchite chronique et de maladie cardiaque est plus forte.
- Les causes de décès sont semblables.
- Les taux d’hospitalisation sont plus élevés. Les écarts les plus importants touchent les troubles mentaux et comportementaux, les maladies de l’appareil digestif, les troubles musculo-squelettiques, les lésions et les empoisonnements et les conséquences de causes extérieures.
- Les taux de soins préventifs sont similaires, mais le taux de vaccination contre la grippe est légèrement supérieur.

Caractéristiques socio-démographiques

	SUD-OUEST	ONTARIO	Étendue du RLIS
Population totale (2004)†	924 100	12 392 700	242 500 - 1 542 900
Population âgée, 65 ans et plus (2004)†	14,4 %	12,8 %	9,4 - 15,7 %
Population dont la langue maternelle est l’anglais	86,2 %	71,9 %	55,7 - 92,2 %
Population dont la langue maternelle est le français	1,2 %	4,7 %	1,2 - 25,1 %
Population d’immigrants	14,5 %	26,8 %	6,4 - 45,7 %
Population d’immigrants récents (arrivés entre 1996 et 2001)	1,6 %	4,8 %	0,3 - 9,7 %
Population de minorités visibles	5,2 %	19,1 %	1,3 - 38,8 %
Population autochtone	1,2 %	1,7 %	0,3 - 13,9 %
Taux d’activité (15 ans et plus)	67,5 %	67,3 %	60,0 - 72,0 %
Taux de chômage (15 ans et plus)	5,8 %	6,1 %	5,0 - 9,8 %
Population à faible revenu	12,0 %	14,4 %	10,0 - 22,3 %
Familles (avec enfants) monoparentales	22,3 %	23,4 %	19,4 - 30,0 %
Population (20 ans et plus) dont le niveau de scolarité est inférieur à la 9e année	8,8 %	8,7 %	6,3 - 12,0 %
Population (20 ans et plus) sans diplôme d’études secondaires	28,5 %	25,7 %	19,2 - 33,4 %
Population (20 ans et plus) ayant terminé des études postsecondaires	45,3 %	48,7 %	42,4 - 55,8 %

Source des données : † Estimations de la population de 2004. Les indicateurs restants s’appuient sur le Recensement du Canada de 2001.

Recours à des soins préventifs

	SUD-OUEST	ONTARIO	Étendue du RLIS
A subi une mammographie au cours des 2 dernières années (femmes entre 50 et 69 ans)	67,4 % (±5,0)	70,6 % (±1,9)	65,8 - 77,2 %
A subi un test de Papanicolaou au cours des 3 dernières années (femmes de 18 ans et plus)	68,1 % (±2,2)	69,2 % (±1,0)	65,4 - 75,5 %
A reçu un vaccin contre la grippe au cours de la dernière année (12 ans et plus)	38,4 %* (±1,9)	34,2 % (±0,7)	30,3 - 39,0 %
A consulté un médecin au cours de la dernière année (12 ans et plus)	79,5 % (±1,5)	81,4 % (±0,6)	76,4 - 83,7 %

* Diffère de façon significative de la moyenne provinciale selon un intervalle de confiance de 95 %.
Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

État de santé

	SUD-OUEST	ONTARIO	Étendue du RLISS
Espérance de vie des femmes à la naissance (années), 2001†	81,7 (±0,4)	82,1 (±0,1)	79,5 - 82,2
Espérance de vie des hommes à la naissance (années), 2001†	76,7* (±0,4)	77,5 (±0,1)	74,7 - 80,6
Bébés présentant un poids insuffisant à la naissance (1999 à 2001)‡	5,5 %	5,6 %	3,7 - 6.2 %
Taux de mortalité infantile par 1 000 naissances vivantes (1999 à 2001)†‡	5,9 (±1,0)	5,4 (±0,2)	3,9 - 6,1
Population affirmant avoir une excellente ou une très bonne santé, 2003 (12 ans et plus)#	57,6 % (±1,9)	57,4 % (±0,7)	51,0 - 61,5 %
Population dont l’activité est limitée, 2003 (12 ans et plus)#	25,7 % (±1,6)	24,6 % (±0,6)	19,3 - 30,0 %

* Sensiblement différent de la moyenne provinciale établie en fonction d’intervalles de confiance de 95 %.

Sources des données : † Registres de l’état civil de l’Ontario, base de données sur la mortalité, ‡ registres de l’état civil de l’Ontario, base de données sur les naissances vivantes.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Mortalité, années potentielles de vie perdues et taux d’hospitalisation par chapitre de la CIM-10

	Taux de mortalité normalisé selon l’âge pour 100 000 habitants (moyenne 2000-2001)†		Taux d’années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants (moyenne 2000-2001)†		Taux d’hospitalisation normalisé selon l’âge pour 100 000 habitants (2003-2004)‡	
Cause (chapitre de la CIM-10)	SUD-OUEST	ONTARIO	SUD-OUEST	ONTARIO	SUD-OUEST	ONTARIO
TOUTES CAUSES CONFONDUES	634,4	602,6	5,341	4 864	8 536,3	7 746,7
I. Maladies infectieuses	9,1	9,3	113,3	122,3	122,4	119,9
II. Tumeurs	185,0	181,4	1 694,7	1 590,3	566,8	549,6
III. Maladies du sang	2,3	2,1	10,1	18,4	76,7	76,2
IV. Troubles endocriniens et nutritionnels	28,6	26,1	213,6	171,0	194,9	173,7
V. Troubles mentaux et du comportement	14,5	15,0	36,2	59,2	666,3	502,7
VI. Maladies du système nerveux	26,9	24,8	138,6	142,9	130,6	111,6
VII. Maladies des yeux	0	-	0	-	26,7	20,1
VIII. Maladies des oreilles	0	-	0	1,1	25,5	20,7
IX. Maladies de l’appareil circulatoire	221,9	209,1	961,7	852,9	957,8	1 007,5
X. Maladies de l’appareil respiratoire	49,7	45,4	153,0	150,5	671,2	624,6
XI. Maladies de l’appareil digestif	25,9	22,6	236,6	191,1	877,0	761,2
XII. Maladies de la peau	1,2	1,0	2,0	3,9	74,4	65,9
XIII. Maladies musculo-squelettiques	4,0	3,8	19,6	24,8	420,7	356,0
XIV. Maladies génito-urinaires	11,5	11,1	40,6	38,2	468,0	421,0
XV. Troubles liés à la maternité	-	0,1	5,6	4,6	1 383,4	1 367,8
XVI. Troubles périnataux	4,3	4,2	257,4	266,5	51,2	71,7
XVII. Anomalies congénitales	5,6	3,1	294,0	158,0	49,2	47,9
XVIII. Symptômes non classés ailleurs	7,2	10,8	167,2	234,0	481,4	457,9
XIX. Lésions et empoisonnements	s/o	s/o	s/o	s/o	745,7	578,6
XX. Causes externes de mortalité	38,7	32,6	997,1	834,3	s/o	s/o
XXI. Facteurs influant sur le recours aux services	s/o	s/o	s/o	s/o	546,2	408,6

- Données supprimées en raison des petits nombres

Sources des données : † Registres de l’état civil de l’Ontario, base de données sur la mortalité, ‡ base de données sur les malades hospitalisés de l’Ontario



De gauche à droite : Steve Worsfold, Sandy D’Avirro, Lisa Worsfold



Mise en valeur des réussites locales

Une approche plus intégrée à l'égard des services de santé n'est pas une idée nouvelle. Les professionnels de la santé et les fournisseurs de services de notre région ont toujours reconnu l'importance de travailler ensemble pour améliorer les services. Partant, nous avons déjà une longueur d'avance dans plusieurs domaines. Voici quelques exemples de projets précurseurs du RLISS et de mise en valeur des réussites.

Améliorer l'accès et les soins dans le secteur du remplacement articulaire

Le remplacement articulaire, un des traitements les plus réussis, soulage la douleur chronique et redonne à des milliers de gens leur mobilité. C'est une des cibles de la Stratégie de réduction des temps d'attente du gouvernement, destinée à assurer à la population ontarienne un accès rapide aux services de santé. Les organismes du Sud-Ouest concernés par la stratégie ont commencé à réduire les temps d'attente et à apporter des améliorations au système. Pour miser sur ces réussites, le RLISS du Sud-Ouest a créé un comité directeur de l'accès, de la qualité et de l'utilisation de l'arthroplastie de la hanche et du genou. Ce comité formulera des démarches, des recommandations et des plans qui amélioreront la coordination des services, l'accès aux services et définiront clairement les responsabilités respectives des organismes. « Nous sommes un groupe

De gauche à droite : Linda Draper, D^r Ken Pritchard, Melissa Thomson, Shirley Evans

efficace et nous faisons des progrès réels », déclare la présidente Kathy Scanlon. « C'est excitant de voir ce que nous pouvons accomplir en travaillant ensemble. »

Intégrer les services de soins intensifs

Éléments essentiels du continuum des soins, les unités de soins intensifs fournissent un filet de sécurité aux patients qui subissent une intervention ou sont atteints d'une maladie ou d'une lésion grave. Les unités de soins intensifs du Sud-Ouest collaborent depuis nombre d'années. Le D^r Michael Sharpe, intensiviste au London Health Sciences Centre et professeur d'anesthésie et de médecine pré-opérative à l'Université Western Ontario, a été nommé chef des soins intensifs du RLISS du Sud-Ouest et travaillera avec ses collègues régionaux et provinciaux pour planifier l'utilisation optimale des ressources en soins intensifs dans la région.

Utiliser la cybersanté pour améliorer les services

Le RLISS du Sud-Ouest est déjà un chef de file de la cybersanté. Services par vidéo, imagerie numérique et dossiers-patients électroniques communs et autres projets sont en cours. Tony Woolgar, directeur général du RLISS et Diane Beattie, vice-présidente, information sur la santé intégrée auprès du London Health Sciences Centre et de St. Joseph's Health Care London co-président un comité directeur qui tente de réaliser la vision suivante : « Favoriser de meilleurs renseignements, de meilleurs soins, une meilleure santé et moins de voyage pour tous. » Le comité finalise présentement un plan stratégique quinquennal et un plan tactique biennal.

Soutenir la croissance des équipes Santé familiale et des CSC

Le Sud-Ouest compte 15 équipes Santé familiale et deux centres de santé communautaire, notamment les nouvelles équipes Santé familiale situées à London-Middlesex, dans les régions de Bluewater et de Brockton, à la péninsule Bruce et à Wingham. Trois nouveaux CSC annoncés pour Woodstock, St. Thomas et Markdale sont en voie d'établissement. Dawn Maziak, consultante du RLISS, aide les équipes Santé familiale et les CSC à se mettre en route, contribuant à la planification et à la mise en œuvre des procédures et assurant la liaison avec le ministère. « C'est une occasion extraordinaire », dit-elle en parlant du renouvellement éventuel des soins primaires dans le RLISS. « Tellement de choses sont possibles lorsque tout le monde se donne la main pour améliorer les services dans la collectivité. »

Mettre l'information sur les services de santé à portée de la main

Comment les résidents du RLISS se renseignent-ils sur les services communautaires et de santé dans leurs collectivités et à l'échelle de la région? En se rendant à www.thehealthline.ca, un site Web innovateur qui offre des renseignements sur plus de 2 000 organismes et reçoit près d'un million de visites par an. Lancé à London et à Middlesex il y a cinq ans, le site englobe maintenant tout le RLISS du Sud-Ouest, s'associant aux CASC et aux autres organismes de santé locaux pour recueillir l'information.

Rapprocher les hôpitaux et les soins communautaires

Ces trois dernières années, les hôpitaux d’enseignement de London et le CASC de London-Middlesex ont travaillé plus étroitement que jamais et leurs efforts ont abouti à d’intéressantes initiatives, dont la prestation de soins actifs à domicile, un soutien à la dialyse péritonéale à domicile et un traitement à domicile amélioré pour les patients ayant subi un remplacement d’articulation. Les trois partenaires ont maintenant formalisé leur relation en concluant une entente de responsabilité partagée qui entrera en vigueur en avril 2006. L’entente engage les partenaires à collaborer continuellement en vue de dispenser aux patients des services coordonnés, appropriés et opportuns.

Célébrer l’innovation

En avril 2006, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée animera la première célébration de l’innovation dans le cadre de l’exposition sur la santé. On s’attend à ce que 2 000 personnes assistent à l’exposition qui comprendra ateliers, présentations et remises de prix. Nous sommes fiers de mentionner que 44 soumissions du RLISS ont été acceptées par le comité d’évaluation de l’exposition. Elles mettront en valeur la créativité, la collaboration et l’engagement à l’égard de l’amélioration dans notre région.

Soumissions du RLISS par thème :

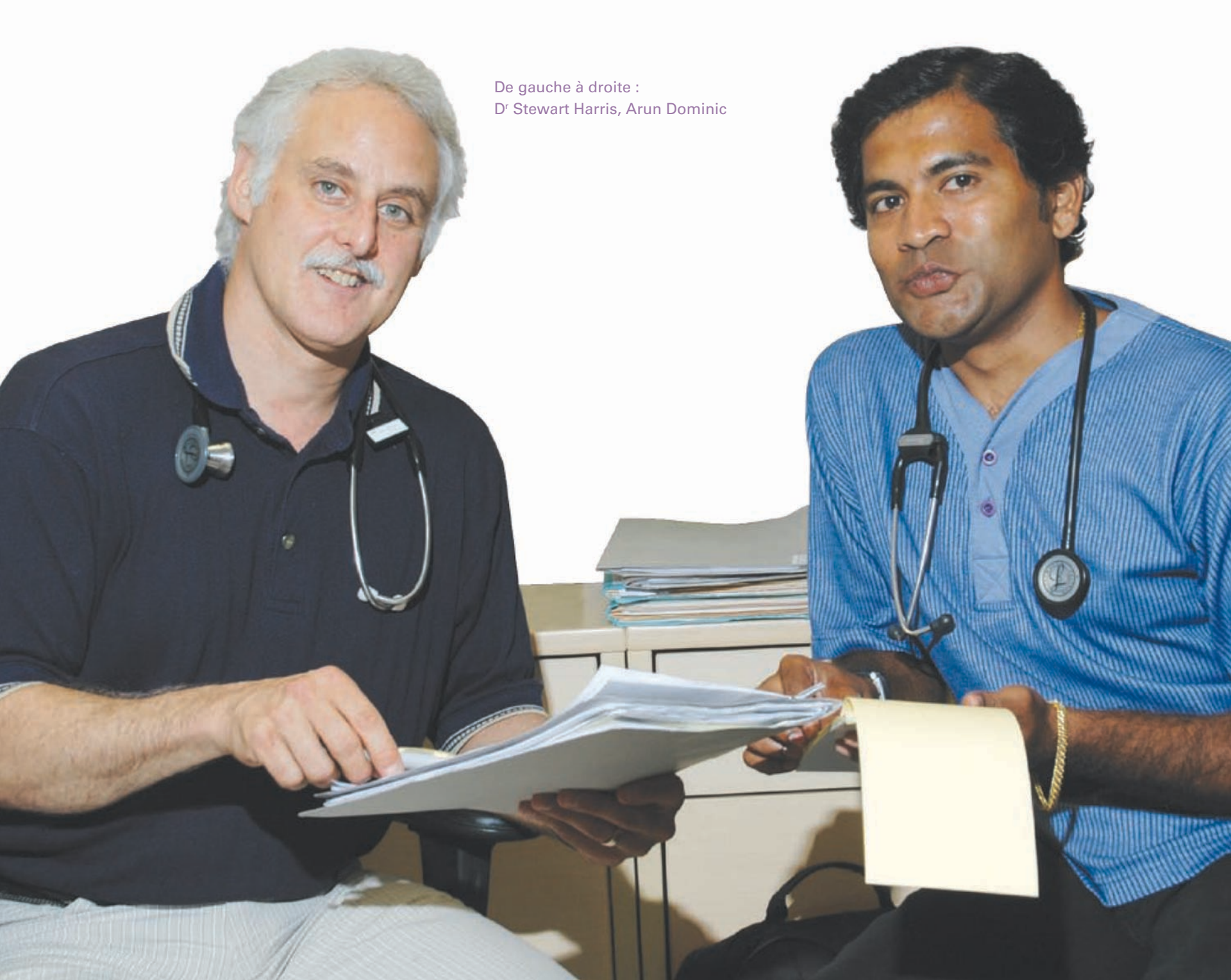
- Satisfaction des besoins de la collectivité par des services intégrés (15)
- Amélioration de la sécurité du patient et de la qualité (6)
- Efficacité accrue grâce au remaniement des procédés (9)
- Innovations en gestion de l’information sur la santé (7)
- Innovations en ressources humaines en santé (7)

Améliorer les services de cancérologie

Le London Regional Cancer Program et ses partenaires régionaux reconnaissent depuis longtemps l’importance des démarches concertées en cancérologie. Misan sur ce fondement, un groupe d’hôpitaux, de médecins, de CASC, de bureaux de santé publique et autres organismes de santé de la région se sont regroupés pour former la South West Regional Cancer Services Alliance (RCSA). Le groupe a signé en février 2006 une entente de responsabilité énonçant les rôles et responsabilités respectifs des membres à l’égard d’améliorations systémiques. Le RLISS continue d’appuyer le développement de l’alliance.

Franchir les frontières organisationnelles

La Grey Bruce Integrated Health Coalition réunit des hôpitaux, le CASC, le bureau de santé publique, les services communautaires et les services de santé mentale d’une vaste région rurale située dans la partie nord du RLISS. La coalition a entamé plusieurs projets et prévoit lancer l’année prochaine plusieurs initiatives transorganisationnelles, notamment : le dépistage et l’intervention précoces au chapitre des démences; la gestion améliorée de l’insuffisance cardiaque globale et du diabète; une stratégie sur les soins au terme de la vie; l’établissement d’un réseau d’information; et la planification, le recrutement et la formation des effectifs.



De gauche à droite :
Dr Stewart Harris, Arun Dominic

Visages du système de santé du RLISS du Sud-Ouest

Les fournisseurs de services de santé de notre région constituent notre ressource la plus précieuse, l'assise de nos réussites futures. Professionnels et travailleurs de la santé compétents et déterminés, ils partagent un seul but : appuyer les patients pour obtenir les meilleurs résultats possibles. Voici quelques-unes des milliers de personnes qui œuvrent dans le RLISS du Sud-Ouest et dont le profil est extrait de www.thehealthline.ca. Elles reflètent la qualité, le dévouement et l'ouverture au changement des professionnels de la santé de notre région.

Sandy Stockman, Jim Catton et Caroline Tykoliz agissent en qualité de groupe de gestion interorganismes pour Mental Health Grey Bruce, un partenariat innovateur axé sur la prestation intégrée des services de santé mentale. Le partenariat regroupe un hôpital et deux organismes communautaires pour la création de cinq équipes de santé mentale interorganismes et la mise en œuvre d'un modèle de service uniforme dans une vaste région rurale. « Il s'agit d'un modèle de prestation des services innovateur conforme au programme de renouvellement du ministère », déclare M^{me} Stockman.

À titre de coordonnatrice des programmes de jour du comté d'Elgin, **Dawn Burridge** dirige des programmes à Aylmer,



De gauche à droite :
Sandy Stockman,
Jim Catton,
Caroline Tykoliz

Dutton et St. Thomas pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, les personnes âgées frêles et les jeunes adultes handicapés. Le programme de jour pour les personnes atteintes d'Alzheimer prévoit des activités sociales, un programme de bains et une infirmière sur place; il a pour objet de donner du répit aux soignants. M^{me} Burridge affirme : « Notre fonction principale est de permettre au soignant de faire son épicerie, se reposer, se ressaisir et reprendre des forces. » Le programme aide également les patients et les familles à faire la transition aux soins de longue durée.

Mary Anne Simpson, directrice des maladies pouvant être prévenues par un vaccin au Bureau de santé de Middlesex-London, croit que « mieux vaut prévenir que guérir ». En plus d'organiser le programme de vaccin anti-grippal universel pour London, elle travaille auprès des jeunes familles pour les inciter à obtenir les vaccins classiques pour leurs enfants. « Nous devons les aider à comprendre que l'absence de maladies est attribuable au rôle préventif des vaccins », précise M^{me} Simpson.

Le **D^r Joaquin Madrenas** est un chercheur renommé qui sait rendre ses recherches accessibles à tous. Selon lui, les scientifiques doivent partager les nouvelles connaissances avec le public. « Il nous incombe, dit-il, de présenter les dernières découvertes au public pour qu'il puisse en tenir compte dans ses décisions en matière de santé et, au bout du compte, prendre des décisions plus judicieuses et mener une vie meilleure. »

Catherine Hardman est directrice de Choices for Change, Stratford, un organisme sans but lucratif spécialisé dans

l'évaluation et le consulting communautaire pour les personnes atteintes de toxicomanies. M^{me} Hardman et son personnel travaillent également avec les collectivités locales pour prévenir la consommation de drogues illicites, particulièrement la méthamphétamine. « Le système fonctionne et nous faisons un excellent travail, dit-elle, mais cela ne suffit pas. » Choices for Change a été chargé d'élaborer des services novateurs de gestion du sevrage pour le RLISS.

Si le cancer est un voyage, **Jan MacKinnon** et **Nancy Thornton** ont aidé un grand nombre de patients à l'accomplir. Coordonnatrices de l'oncothérapie au CASC d'Oxford, elles aident les patients à naviguer dans le système et les acheminent vers les services communautaires. Elles rencontrent chaque client individuellement, effectuent une évaluation, offrent des renseignements et répondent aux questions. « Tout diagnostic de cancer est dévastateur », dit M^{me} MacKinnon. « C'est merveilleux d'être une ressource et un soutien pour ces gens. »

Rosemary Kohr est infirmière praticienne spécialisée en soins cliniques au programme de soins médicaux du London Health Sciences Centre. Experte en traitement des blessures, M^{me} Kohr a créé, de concert avec une collègue, un site Web éducatif sur le sujet à l'intention des infirmières. Elle est enthousiasmée par le partage du savoir à l'échelle régionale et internationale rendu possible par la technologie. « La technologie est fabuleuse », dit-elle. « Elle permet aux populations d'Afrique ou d'Asie de consulter l'information et de communiquer avec nous. »

Réseau local d'intégration des services de santé :

Bilan de l'année

Objectifs et sommaire des réalisations pour 2005-2006

1. Établir les politiques de gouvernance, les pratiques et les relations du RLISS

- Nous avons achevé le processus de nomination communautaire des membres du conseil
- Nous avons nommé les six premiers membres du conseil et tenu 24 réunions entre septembre 2005 et mars 2006
- Nous avons signé un protocole d'entente avec le ministre
- Nous avons élaboré les règlements administratifs
- Nous avons établi les procédures et pratiques applicables aux réunions
- Nous avons organisé une séance de planification stratégique et élaboré un plan de travail
- Nous avons participé à des séances provinciales de formation
- Nous avons remis des guides d'orientation et de ressources à tous les membres

2. Mettre en œuvre les fonctions du RLISS

- Le RLISS a organisé des séances d'accueil à Owen Sound, Seaforth et London en août 2005
- Les membres du conseil et le directeur général ont assisté ou présenté des exposés à diverses réunions de réseaux et d'associations
- Les membres du conseil ont rencontré les députés locaux et les conseils de comté
- Les membres du conseil et le directeur général ont rencontré les représentants des Premières nations et du réseau des services en français du Sud-Ouest

- Le directeur général siège au Council of Academic Hospitals of Ontario, au Clinical Care Advisory Committee, au Provincial Scorecard Expert Panel, au Comité mixte des politiques et de la planification et à l'Ontario Hospital Association
- L'élaboration du plan de communication du RLISS du Sud-Ouest est terminée
- Nous avons entamé la planification de notre stratégie de cybersanté
- L'élaboration du cadre de participation communautaire est achevée
- Nous avons commencé de planifier notre premier plan de services de santé intégrés et avons rédigé un document provisoire qui servira de base à un dialogue communautaire exhaustif
- Le processus de gestion du rendement est en voie d'élaboration

3. Établir les opérations d'exploitation du RLISS

- Nous avons embauché la directrice principale de la planification, de l'intégration et de la participation communautaire, la directrice de bureau et l'adjointe administrative du directeur général
- Nous avons établi un processus administratif commun pour les services de paye, les finances et les ressources humaines.
- Nous avons élaboré des procédures et politiques administratives
 - Formulation de pratiques et procédures en matière de vie privée
 - Préparation du rapport financier de fin d'exercice
 - Élaboration d'un processus de présentation de rapports périodiques pour le conseil

Démarrage opérationnel

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

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

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

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

Un guide des opérations d'exploitation énonçant les politi-

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

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

Des ententes de responsabilisation ont été élaborées et conclues entre chaque RLISS et le ministère pour les exercices 2005-2006 et 2006-2007. Ces ententes définissent les principales activités sous la responsabilité des RLISS. Ces derniers ont reçu des modèles et des lignes directrices pour la présentation de rapports trimestriels au ministère. En ce qui concerne le RLISS du Sud Ouest, le rapport financier de fin d'exercice 2005 2006 a été préparé, les états financiers mensuels et le budget annuel ont été présentés au conseil d'administration.

Gouvernance

Les RLISS ont été établis pour que le système de santé local reflète les besoins des collectivités locales. Or, le conseil d’administration contribue à assurer que le RLISS du Sud-Ouest interagisse avec les collectivités de sa région et est attentif à leurs besoins. Ces dirigeants communautaires chevronnés, informés et bien branchés servent de voie de communication bidirectionnelle dans le RLISS, avec les autres RLISS et entre le RLISS et la province. Le conseil, par l’entremise de son président, est redevable au ministre de l’utilisation des fonds publics par le RLISS et des résultats en ce qui concerne les buts, les objectifs et le rendement du système de santé local.

Établissement du conseil

Nos trois membres fondateurs ont été nommés en juin 2005 et trois autres membres ont été nommés en janvier 2006.

Grâce aux efforts d’un comité des nominations indépendant composé du président et de la vice-présidente du conseil et de trois membres de la collectivité, le RLISS a identifié des candidats répondant aux exigences d’admissibilité énoncées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Trois réunions publiques tenues à London, Wingham et Owen Sound ont permis d’obtenir la réaction de la collectivité. Plus de 50 personnes ont présenté leur candidature aux trois postes vacants et six candidats ont été interviewés. Quatre noms ont été soumis au ministre. Les trois derniers membres ont été nommés au printemps 2006.

Nous sommes ravis de compter sur le leadership de personnes aussi extraordinaires et engagées à ce moment critique de la mise en route du RLISS et du renouvellement du système de santé de l’Ontario.

Comités du conseil

Au cours de l’année à venir, le conseil établira les comités qui dirigeront les secteurs de responsabilité clés.

Établissement d’un modèle de gouvernance

Le conseil a travaillé fort pour définir un modèle de gouvernance qui appuie la vision stratégique du RLISS et lui permet de s’acquitter des responsabilités énoncées dans le protocole d’entente. Le conseil s’est réuni 14 fois durant la phase de démarrage. Il a signé un protocole d’entente en janvier 2006. Enfin, il a élaboré les règlements administratifs et établi les procédures applicables aux réunions.

Accord de rendement

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée continue d’énoncer les principes, objectifs et obligations s’appliquant aux RLISS pour s’assurer que les Ontariennes et Ontariens ont accès à une gamme uniforme de services de santé de qualité.

La relation entre le ministère et le RLISS est décrite dans le protocole d’entente et un accord de rendement annuel. En août 2005, le RLISS a conclu un accord de rendement intérimaire avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, selon lequel il s’engageait à atteindre certains objectifs au plus tard le 31 mars 2006. Ces objectifs visaient, notamment, l’établissement du conseil et des pratiques de celui-ci, la formulation d’une stratégie de participation communautaire, le choix d’une approche pour la création du plan de services de santé intégrés et la mise en place des opérations d’exploitation du RLISS.

À la fin de l’exercice terminé le 31 mars 2006, le RLISS

avait respecté tous ses engagements en vertu de cette entente.

Directives concernant les conflits d’intérêts

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a remis aux RLISS des directives concernant les conflits d’intérêts.

Évaluation du rendement du directeur général

Le conseil d’administration a établi un processus qui permettra de mesurer et d’évaluer le rendement du directeur général. Ce travail s’est inspiré en partie du protocole d’entente et des objectifs énoncés dans l’accord de rendement.

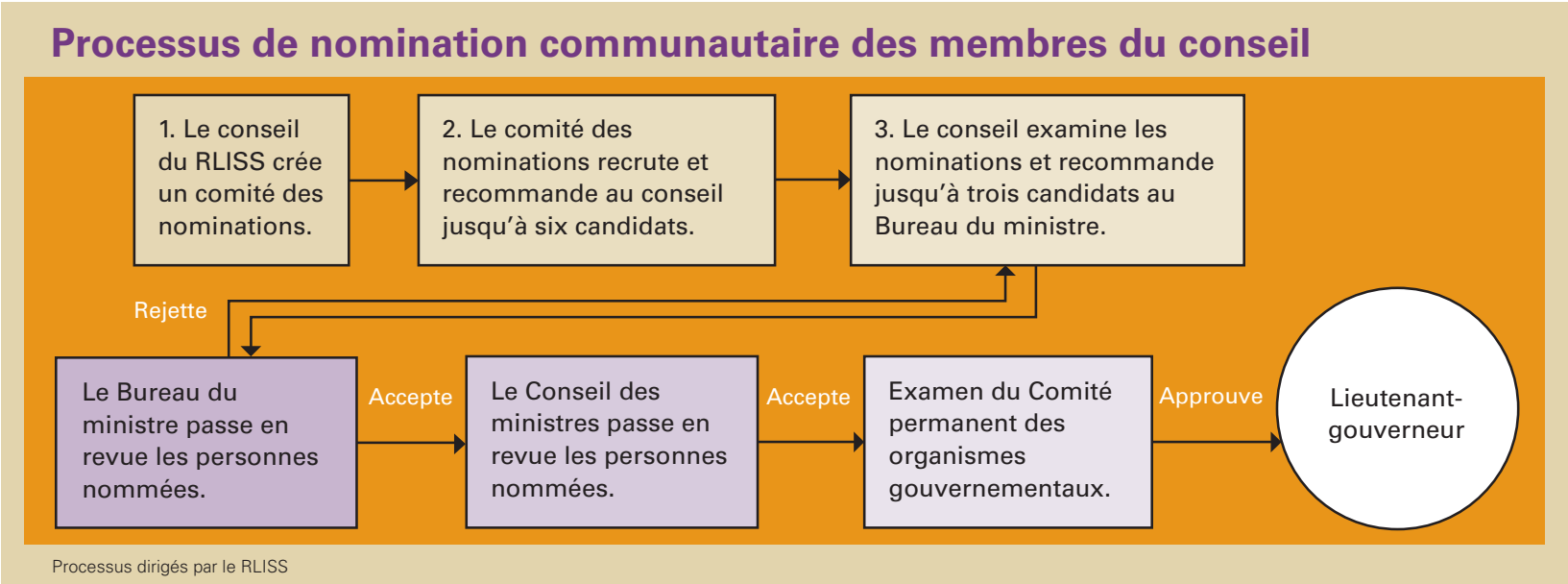
Orientation et perfectionnement du conseil

Un programme d’orientation et de formation exhaustif est essentiel car il permet au conseil de s’acquitter efficacement du mandat du RLISS. Un programme d’orientation provincial à l’intention des nouveaux membres des

conseils a été élaboré en collaboration avec l’Équipe des résultats dans le domaine de la santé. Les trois premiers membres du conseil ont assisté à des séances de formation. En outre, des guides d’orientation et de ressources ont été remis à tous les membres en février 2006.

Un atelier de planification stratégique organisé en mars 2006 a porté sur les rôles et responsabilités des membres, les principes de fonctionnement, la relation entre le conseil et les principaux intervenants et les objectifs stratégiques pour les 18 prochains mois. L’atelier a mené à la formulation d’un plan de travail qui orientera les activités de participation communautaire et l’élaboration du plan de services de santé intégrés.

Le programme de perfectionnement et de formation se poursuivra. Chaque réunion du conseil comportera un volet formation et une séance d’orientation provinciale aura lieu à l’automne.



Plan de services de santé intégrés

Quelqu’un a dit un jour, « Lorsqu’on ne sait pas où on va, il faut faire attention. On risque de ne pas y arriver ».

Le RLISS a entamé un processus visant à déterminer son cheminement pour les trois prochaines années et les étapes qu’il devra parcourir pour y arriver. Le premier plan de services de santé intégrés constituera la carte routière, la stratégie générale énonçant les priorités et les plans d’action pour la période allant d’avril 2007 à mars 2010. Il se conformera aux orientations provinciales, à savoir réduire les temps d’attente, améliorer l’accès aux professionnels de la santé, préconiser la promotion de la santé et la prévention des maladies, utiliser la technologie pour renforcer les soins de santé et accroître la redevabilité. Il abordera également les problèmes et priorités locaux et proposera des solutions créatives formulées dans le Sud-Ouest. Au bout du compte, les plans des 14 RLISS appuieront l’élaboration du plan stratégique décennal de l’Ontario en matière de santé qui doit être publié au printemps 2007.

Le plan de services de santé intégrés du RLISS comprendra un profil démographique et un portrait de l’état de santé de la population et identifiera les organismes de santé locaux de notre région. Les priorités et les plans d’action cernés reflèteront les idées soulevées par les particuliers, les organismes, les groupes et les réseaux de notre région.

Le RLISS n’a pas l’intention de réinventer la roue. Le plan s’appuiera sur ses acquis et ses assises solides en matière de planification et de partenariat. Par exemple, l’atelier communautaire tenu en novembre 2004 a réuni plus de 300 fournisseurs de services et représentants communautaires. Ils ont envisagé 47 possibilités d’intégration et cerné dix secteurs d’amélioration unanimement considérés comme étant importants et réalisables. De plus, le conseil et les

membres du personnel ont appris à mieux connaître les possibilités et les enjeux auxquels notre système de santé est confronté grâce aux activités de participation communautaire de 2005-2006.

Le RLISS mettra sur pied un groupe consultatif stratégique composé de fournisseurs de services locaux et d’usagers de secteurs et d’emplacements divers qui nous aidera à formuler un plan provisoire avant la fin de juin 2006. Ce plan provisoire servira de fondement à un dialogue communautaire exhaustif qui mènera à la préparation de notre plan final à remettre au ministre de la Santé et des Soins de longue durée à la fin d’octobre 2007.

Le personnel et le conseil du RLISS sont reconnaissants à toutes les personnes qui ont contribué à la formulation du plan jusqu’à présent. Grâce à leur sagesse et à leur vision nous saurons exactement où nous allons et comment y arriver.

Dix principales possibilités d’intégration dans le RLISS du Sud-Ouest (d’après le forum de novembre 2004)

1. Cybersanté – un patient, un dossier
2. Financement axé sur les besoins
3. Cybersanté dans les soins de longue durée et les services communautaires
4. Réseaux ruraux
5. Ressources humaines
6. Soins primaires
7. Santé mentale et toxicomanies
8. Services de soutien communautaire
9. Services ruraux équivalents aux services urbains
10. Transport rural amélioré



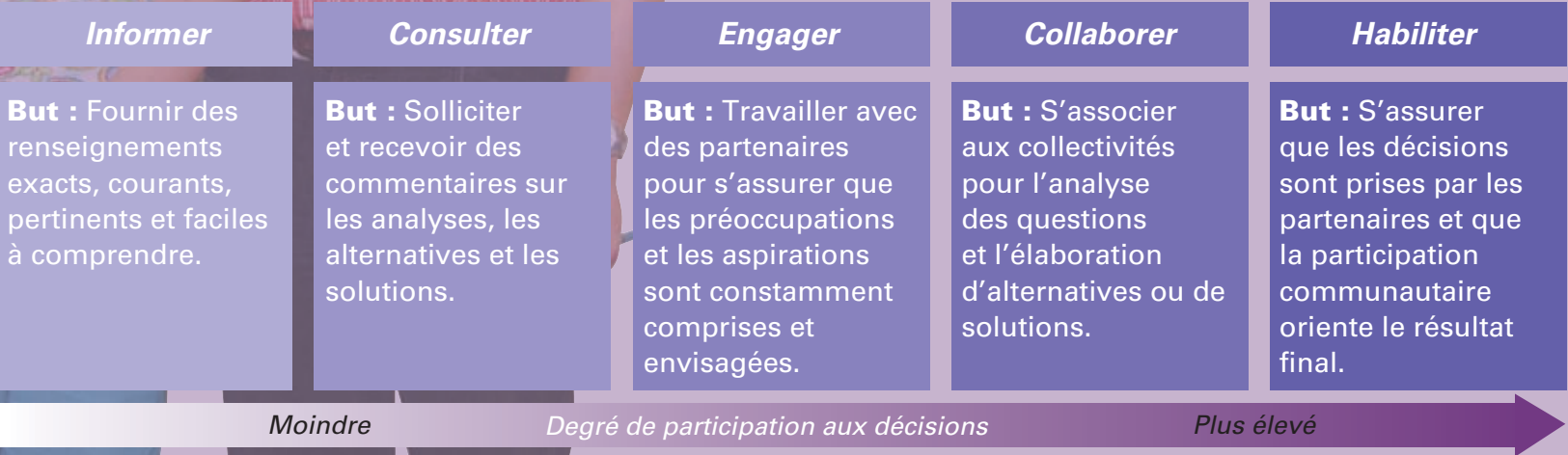
De gauche à droite :
Hugh John Cook,
Joan Mitchell

De gauche à droite :
Lisa Vanderkuylen,
D^r Sean Blaine

Participation communautaire

« Une perspective façonnée au centre-ville de Toronto ne peut être appliquée correctement dans toutes les régions de l’Ontario », déclare George Smitherman, ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l’Ontario. « Le principe de base des RLISS est le suivant : l’utilisation optimale des ressources disponibles pour améliorer les services de santé exige un processus décisionnel des plus efficaces fondé sur les priorités établies par les gens de la collectivité. »

Le terme « local » est le cœur du concept des RLISS. Le RLISS du Sud-Ouest est déterminé à engager les collectivités qu’il dessert et à être sensible à leurs besoins. C’est pourquoi notre processus de participation communautaire est si important. En faisant les choses comme il faut dès le départ, nous assurerons que les collectivités continueront de façonner l’avenir du système de santé dans notre région.



Adapté du IAP2 Public Participation Spectrum (2000); Amstein, S. (1969).
A ladder of citizen participation. Journal of the American Institute of Planners, 35, 216-224.
Vancouver Coastal Health Authority Community Engagement Framework

Durant 2005-2006, le RLISS a formulé une approche à l’égard de la participation communautaire axée sur :

- la mise en valeur des réseaux et partenariats existants
- la division de la région en trois zones de planification (nord, centre et sud)
- le recours à un éventail complet de techniques de participation, allant des vastes forums ouverts aux tables rondes focalisées sur des questions particulières.

Durant l’année qui vient de s’écouler, la participation communautaire a pris la forme de réunions formelles et informelles avec des organismes communautaires et de fournisseurs, notamment :

- réunions avec les fournisseurs de services de santé de la région du RLISS
- six forums publics
- réunions avec des réseaux (notamment le réseau d’évaluation gériatrique du Sud-Ouest de l’Ontario) qui ont été invités à nous présenter un aperçu des projets d’intégration et des meilleures pratiques en cours
- rencontre avec les chefs des Premières nations pour déterminer le meilleur mode de participation des communautés autochtones et organiser un dialogue continu et d’autres rencontres avec les fournisseurs de soins autochtones et les membres de la communauté
- réunion avec les représentants du réseau de services en français du Sud-Ouest et discussion sur la participation éventuelle de la communauté francophone locale.

Une variété d’idées intéressantes et de perspectives nouvelles ont été soulevées lors de cette phase initiale du processus de participation communautaire. En voici quelques unes :

- l’élaboration d’une stratégie intégrée sur les soins primaires
- le renforcement des liens entre les médecins de famille et les soins communautaires
- le resserrement des liens entre les collectivités rurales et les centres urbains
- l’amélioration des services de transport des patients dans les régions rurales
- l’amélioration des programmes de soins intégrés axés sur le patient
- le renforcement de la prévention primaire et secondaire des maladies chroniques
- un soutien en vue d’aider les gens à vivre chez eux en toute sécurité
- l’accroissement des services de réadaptation dans l’ensemble du continuum
- un soutien à la navigation dans un système de santé de plus en plus complexe
- la coordination des services dispensés aux personnes atteintes de troubles mentaux et de toxicomanies ainsi qu’aux aînés et aux adultes ayant des besoins complexes
- la formulation d’un plan de ressources humaines en santé pour l’ensemble du RLISS.

Le RLISS entend réunir les fournisseurs du Sud-Ouest en mai pour parler des travaux accomplis jusqu’à date et les associer à l’élaboration de son premier plan de services de santé intégrés. Plusieurs réunions avec des usagers et fournisseurs auront lieu durant l’été et à l’automne dans les collectivités de la région. Les commentaires recueillis grâce à notre processus de participation exhaustif seront intégrés à la version finale du plan. L’avenir de notre RLISS est vraiment entre les mains des gens que nous desservons.

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

Bilan

31 mars 2006

Actif			
Encaisse	28 880	\$	
Charges payées d'avance	393	\$	
Immobilisations (note 3)	1		
	<u>29 274</u>	\$	
Passif et actifs nets			
Créditeurs et charges à payer (note 4)	-	\$	
Actifs nets	<u>29 274</u>		
	<u>29 274</u>	\$	

Rémunération annuelle des membres du conseil d'administration du RLISS du Sud-Ouest

Rémunération annuelle totale	51 076 \$
------------------------------	-----------

Approuvé par le conseil

Norm Hamilton

Norm Gamble, *président du conseil d'administration*

A. Twigg

Tony Woolgar, *directeur général, RLSS du Sud-Ouest*

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

État des résultats et de l'évolution des actifs nets

Exercice allant du 9 juillet 2005, date de constitution, au 31 mars 2006

Produits

Financement fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée	5 650	\$
Remboursement des salaires par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée	242 789	
	248 439	

Charges (note 5)

Salaires et avantages sociaux	214 431
Fournitures de bureau	1 627
Frais d'affranchissement et de messagerie	364
Restauration	484
Matériel informatique	943
Stationnement	596
Autres	720
	<u>219 165</u>

Excédent des produits sur les charges

Actifs nets au début	-
Actifs nets à la fin	29 274 \$

Membres du personnel

Tony Woolgar
Directeur général, RLISS du Sud-Ouest

Kelly Gillis
Directrice principale de la planification, de l’intégration et de la participation communautaire

Dianne Marshall
Adjointe administrative du directeur général

Jodi Martin
Directrice de bureau

Dawn Maziak
Consultante en soins primaires

Debbie Deichert
Soutien administratif

Louisa Oates
Soutien administratif

De gauche à droite :
Mikayla M°Mann,
Dr Diotallevi

Remerciements

Nous remercions les personnes qui ont autorisé la publication de leurs photographies dans ce rapport annuel.



Pour nous joindre

Téléphone :

(519) 672-0445

1 866 294-5446

Télécopieur (519) 672-6562

Adresse :

201, avenue Queens, bureau 700

London (Ontario) N6A 1J1

southwest@lhins.on.ca

Site Web :

www.southwestlhins.ca

www.health.gov.on.ca/lhins/lhins.html