

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE LA SANTÉ
De Waterloo Wellington

RAPPORT ANNUEL

R L I S S W W
2 0 0 6 | 2 0 0 7



RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE LA SANTÉ (RLISSWW) *De Waterloo Wellington*

INTRODUCTION

La Loi sur l'intégration du système de santé adoptée en mars 2006 vise à fournir un système de santé intégré qui améliore la santé des Ontariennes et Ontariens en facilitant l'accès à des services de soins de santé de haute qualité, de même qu'à des services de soins de santé coordonnés, tout en gérant efficacement le système de santé à l'échelle locale par le biais de réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS).

Les RLISS sont tenus de planifier, d'intégrer et de financer les fournisseurs de soins de santé (hôpitaux, établissements de soins de santé de longue durée, services 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 zones géographiques spécifiques.

Le RLISS de Waterloo Wellington

Le RLISSWW figure parmi un des 14 réseaux d'intégration des soins de la santé (RLISS) de la province, chacun ayant des frontières géographiques spécifiques. Le RLISSWW compte près de 690 000 personnes et comprend cinq zones géographiques spécifiques de planification.

Guelph urbain – y compris la ville de Guelph, les Cantons de Guelph/Eramosa et le Canton de Puslinch
Waterloo urbain et la région rurale de Waterloo – y compris la ville de Waterloo, la ville de Kitchener, Les villes de Cambridge, Ayr, Roseville et Branchton
La région rurale de Waterloo – y compris les Cantons de Woolwich, Wellesley, Wilmot et de North Dumfries
La région rurale de South Grey et de North Wellington – y compris la Ville de Minto, le Canton de Mt. Forest-Arthur-West Luther-Arthur
La région rurale de Wellington – y compris les Cantons de Mapleton, de Wellington Centre et la ville de Erin



Le RLISS de la région de Waterloo Wellington comprend à la fois un mélange de zones rurales et urbaines. La région connaît une croissance rapide et plusieurs familles s'y installent. Une grande partie de la population est âgée. De plus, les résidents peuvent bénéficier d'une vaste gamme de services de santé qui sont disponibles au sein de la communauté et peuvent accéder à encore plus de services à seulement quelques minutes de route. Waterloo Wellington est une région prospère et elle affiche une plus grande proportion de gens qui affirment que leur santé est excellente ou très bonne comparativement au reste de la province.

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE LA SANTÉ (RLISSWW) *De Waterloo Wellington*

TABLE DES MATIÈRES

À propos de notre RLISS	1
Rapport de la présidente du Conseil d'administration et de la PDG	3
Conseil de direction	4
Gouvernance	5
Notre personnel au RLISSWW	8
Atteindre nos buts en matière de rendement	9
S'engager et s'impliquer dans la collectivité	11
Rendement de notre système de santé local	15
États financiers	17

« L'année qui vient de s'achever fut remarquable grâce à l'intérêt, à la participation et au soutien des gens et des fournisseurs de services de la santé à l'égard de notre travail d'amélioration du système de soins de santé communautaire ».

Sandra Hanmer, P.D.G. du RLISSWW



À PROPOS DE NOTRE RLISSWW

MANDAT

Les services de soins de santé en Ontario sont fragmentés, c'est-à-dire que plusieurs fournisseurs de soins de santé travaillent, planifient et livrent des soins de façon isolée. Les patients et leurs proches doivent donc se frayer un chemin à travers un système de santé complexe alors qu'ils se déplacent d'un fournisseur de soins de santé à un autre.

Les réseaux locaux d'intégration de la santé ont été créés afin de changer tout cela, et ce, par le biais d'une Loi qui changera la façon dont le système de soins de santé sera géré.

Le RLISSWW n'offre pas directement de services. Le gouvernement a donné au RLISSWW le mandat de planifier, de coordonner, d'intégrer et de financer des services de santé à l'échelle locale et de créer un système qui sera durable.

Le RLISSWW a été tout particulièrement mandaté pour engager des gens et des fournisseurs au sein de notre communauté afin de connaître leurs besoins et priorités – une occasion sans pareil pour la communauté de donner ses commentaires en matière de planification des soins de la santé. Le but est de nous assurer que le système reflète notre communauté; ce que nous avons, ce dont nous avons besoin, ce qui fonctionne pour nous et ce qui ne fonctionne pas. Ensemble, nous développerons un système de santé qui répondra aux besoins et aux priorités de la communauté, un système qui ne coûtera pas plus qu'il en faut, qui sera réaliste et surtout réalisable.



VISION

Un système de santé qui aidera à maintenir les Ontariennes et Ontariens en bonne santé, qui leur apportera de bons soins lorsqu'ils seront malades et qui sera là pour leurs enfants et leurs petits enfants.

MISSION

Inspirer les gens afin qu'ils améliorent leur qualité de vie maintenant et pour l'avenir par le biais de liens de collaboration et par l'intégration de services de soins de la santé.

VALEURS

Communautaires – démontrées par le respect, l'engagement et le point de mire sur les gens

D'intégrité – démontrées par des processus de prises de décision saines et par l'honnêteté

Novatrices – démontrées par la créativité, et du fait qu'elles sont axées vers l'avenir et le changement

De Responsabilisation – démontrées par un suivi continu, par des résultats fondés sur des preuves et de la transparence

« Je trouve que l'engagement des gens de la région à l'égard des valeurs du RLISSWW me donne de l'énergie et me rend confiant, je suis certain que nous verrons une amélioration continue en ce qui aura trait à des soins de santé qui seront axées sur les gens de la région ». Bill Blackie, Directeur du Conseil d'administration du RLISSWW

PROTOCOLE D'ENTENTE

La relation entre le RLISSWW et le ministère de la Santé et des soins de longue durée est décrite dans un protocole d'entente (PE), le but de ce protocole est de clarifier la relation entre le ministère et le RLISSWW. Le ministère et le RLISSWW sont assujettis à des lois, à des politiques, à des lignes directrices et à des directives qui sont identifiées dans la cédule A du PE et auxquelles ils doivent se conformer.

ENTENTE DE RESPONSABILISATION

En plus du protocole d'entente, le RLISSWW est assujéti à une entente de responsabilisation. Ce document fait état des buts de rendement et des objectifs, des normes de rendement, des cibles et mesures et d'un plan de dépenses pour les argents que le RLISSWW reçoit.

Au cours de l'exercice d'avril 2006 à mars 2007, le RLISSWW et le ministère ont signé un protocole d'entente et une entente de responsabilisation pour se préparer en vue de la date du 1er avril, date à laquelle le RLISSWW assumera l'entière responsabilité en matière de planification, de coordination, d'intégration et du financement des services de santé.

TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Aussi pour se préparer en vue du 1er avril 2007, les bureaux régionaux du ministère de la Santé et des soins de longue durée cesseront de fonctionner le 31 mars 2007.



Les membres du personnel des bureaux régionaux ont travaillé de près avec le RLISSWW pendant plus d'un an afin de transférer des connaissances essentielles et en vue de s'assurer que le RLISSWW sera bien nanti pour assumer son nouveau rôle. Nous remercions toutes les personnes des bureaux régionaux pour leur précieux travail.

Les membres du personnel des bureaux régionaux ont conçu, développé et ont enregistré des données sur une plate-forme afin de pouvoir offrir des renseignements sur chaque organisme fournisseur de soins de santé situé dans notre région, incluant des ententes de services, des lettres de financement et les correspondances pertinentes. Ces documents fournissent des renseignements sur la situation actuelle, de même qu'un historique des deux dernières années pour fins de référence et de prise de décision.

RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PDG



Kathy Durst, *Présidente*



Sandra Hanmer, *PDG*

Le RLISSWW a connu une année record et a marqué l'histoire des soins de la santé.

Nous avons commencé l'année avec très peu d'employés et de membres du conseil d'administration. Au cours de l'année, nous sommes passés à neuf membres au Conseil et à 21 employés. Ensemble, ces personnes ont partagé leurs compétences, énergies et éducation afin que le bon système de santé local que nous avons en place devienne un excellent système. Nous reconnaissons tous ces gens pour les efforts impressionnants qu'ils ont déployés et les remercions au nom de la communauté.

Les activités de consultation ou « d'engagement communautaire » que nous avons commencées au cours de notre première année (2005-2006) se sont poursuivies en 2006-2007 alors que nous travaillions à identifier les priorités que nos résidents avaient à l'égard de leur système de la santé. La voix de la communauté fut unanime et très claire. Nous voulons un système de santé qui soit accessible, abordable, efficace et qui favorise des styles de vie sains, un système qui réponde à nos besoins actuels tout en étant un investissement pour l'avenir. Nous voulons « vivre et bien vivre à Waterloo Wellington ! »

Les renseignements que nous avons recueillis et analysés ont mené à la création du Plan de services de santé intégrés. Ce Plan souligne les directions que nous devons prendre afin d'obtenir le système de santé que nous voulons.

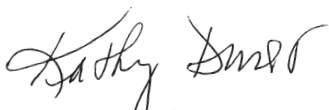
L'engagement communautaire et le développement du Plan de services de santé intégrés furent deux importantes réalisations du RLISSWW l'année dernière. Nous avons aussi fixé d'autres buts de rendement tels que remplir les objectifs de gouvernance, voir au rendement du système de santé local – et plus particulièrement aux temps d'attente et établir des processus de financement et d'allocation. Nous avons le plaisir de rapporter que tous nos objectifs ont été atteints pour l'exercice 2006-2007. Vous trouverez de plus amples détails à ce sujet dans le présent Rapport annuel.

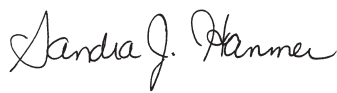
L'Atelier de gouvernance de collaboration fut un des points saillants de l'année. Cette initiative a permis de réunir des présidents de conseils d'administration d'organismes fournisseurs de services de santé dans de nouvelles discussions ouvertes. Les participants ont relevé le défi en passant d'une « pensée institutionnelle » à « une pensée systémique ». Nous anticipons avec joie la tenue de notre deuxième atelier prévue pour mai 2007 au fur et à mesure que les discussions progresseront.

Nous continuons d'inviter les gens à participer au RLISSWW par le biais d'activités d'engagement communautaire ou par la mise en place de comités sur des sujets spécifiques. Au cours du dernier exercice nous avons eu l'occasion d'inviter des gens à se joindre à nos divers groupes de planification et d'intérêt, à notre Conseil communautaire, à notre comité de direction des temps d'attente ainsi qu'à nos cinq groupes de travail sur les temps d'attente.

Nous anticipons avec joie le moment où nous pourrions assumer l'entière responsabilité la de planification, coordination, de l'intégration et du financement de nos services de santé locaux. Nous serons responsables d'un budget de 787 438 400 \$, lequel couvrira des services fournis par des hôpitaux, par des établissements de soins de longue durée, des Centres d'accès aux soins, des organismes de services de soutien communautaire, des organes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie et des centres de santé communautaires. Nous apprécions et remercions les membres du personnel des bureaux régionaux pour leur transfert d'information sans accroc et une transition sans faille.

Grâce à l'implication de notre communauté, l'année dernière a marqué la direction à prendre pour nos activités d'avenir. Nous anticipons avec impatience le moment où l'on pourra partager d'autres réalisations en matière de services de santé.


Kathy Durst, *présidente*


Sandra Hanmer, *PDG*

LE CONSEIL DE DIRECTION



Kathy Durst,
nommée présidente
en juin 2005
pour un mandat de
3 ans.



Bill Blackie,
nommé directeur
en janvier 2005
pour un mandat de
13 mois. Il fut
renommé pour un
mandat additionnel de
3 ans.



Mary D'Alton,
nommée directrice
en mai 2006 pour
un mandat d'un an.
Elle fut renommée
pour un autre mandat de
3 ans. Mme D'Alton est
présidente du Comité
de gouvernance.



Paul Truex,
nommé directeur
et fut désigné à titre
de vice-président
en juin 2005 pour
un mandat de 3 ans.



Bruce Schieck,
nommé directeur
en janvier 2006
pour un mandat de
2 ans.



Glenna Heggie,
nommée directrice
en mai 2006 pour
un mandat de 2 ans.



Paul Holyoke,
nommé directeur
et désigné au titre
de secrétaire en
juin 2005 pour un
mandat de 3 ans.



Ken Whyte,
nommé directeur
en mai 2006 pour
un mandat d'un an.
M. Whyte fut renommé
pour un mandat
additionnel de 3 ans.



Don Ross,
nommé directeur
en juin 2006 pour
un mandat de 2 ans.
M. Ross est le président
du Comité des finances
et de vérification.



© Imprimeurs de la Reine pour l'Ontario

GOVERNANCE

Le RLISSWW, un organisme à but non lucratif, est dirigé par un conseil formé de neuf directeurs qui ont été choisis par le lieutenant-gouverneur en conseil et qui ont été nommés par l'intermédiaire d'un décret en conseil. Le Conseil, lequel est lié par des ententes avec le Ministère de la santé et des soins de longue durée, est responsable de gérer et de contrôler les activités du RLISSWW et est un point d'interaction clé avec le ministère.

Le Conseil d'administration se fonde sur les compétences de ses membres tout en attirant des personnes ayant une expertise et des expériences de travail variées. Le RLISSWW a adopté un modèle de gouvernance qui favorise une pensée générative et de collaboration. Dans le cadre de son modèle de pensée générative, le Conseil apporte différentes perspectives individuelles et communautaires et fournit un milieu où les nouvelles idées et de nouvelles solutions sont générées. Les membres du Conseil sont tenus de se préparer, de participer et de travailler de façon diligente en groupe, de négocier de façon transparente avec des problèmes complexes et parfois controversés et de constamment engager la communauté dans un dialogue continu.

Le deuxième principe de notre modèle de gouvernance consiste en une approche de collaboration avec les organes de direction des organisations de services de la santé. Cette approche est basée sur une compréhension commune des problèmes de soins de santé, sur une communication ouverte et sur les mandats d'économe distincts du Conseil du RLISSWW et des conseils d'administration des fournisseurs de services de la santé. Il assure le plein engagement par tous dans le développement d'un plan de services de santé intégrés et apporte de nouvelles relations de gouvernance et de partenariats.

Les réunions de RLISSWW sont ouvertes au public et ont lieu dans divers endroits à travers la région de Waterloo Wellington. Notre site Internet : www.wwlhin.on.ca décrit l'horaire et les dates des réunions, les endroits choisis, de même que l'ordre du jour et les procès verbaux des réunions de Conseil.

Au cours de l'exercice financier 2006-2007, le Conseil de direction a mis en place deux comités permanents : le Comité de gouvernance et le Comité des finances et de vérification.

Le Comité de gouvernance, présidé par Mme Mary D'Alton, est chargé d'établir, de contrôler et d'évaluer le développement du Conseil d'administration et de ses procédés et de voir au recrutement des nouveaux membres du Conseil d'administration et des nouveaux membres des Conseils d'administration de Comités.

Le Comité de gouvernance a créé un sous-comité communautaire de nomination responsable de voir au processus de nomination. Il peut recommander jusqu'à six membres pouvant siéger au sein du Conseil. De plus, ces jours-ci le Comité de gouvernance a développé un manuel de gouvernance, des politiques et procédures. Ces dernières font présentement l'objet d'une révision par le Conseil d'administration.

Le Comité de gouvernance a aussi choisi et révisé un outil d'évaluation de Conseil, qui fut développé de paire avec la L. Rotman School of Management de l'Université de Toronto, et qui a été accepté à l'unanimité par les 14 RLISS. Le comité aura la responsabilité d'implanter l'outil, d'en évaluer les résultats et de développer des plans d'action en vue de répondre aux problèmes identifiés.

Le Comité des finances et de vérification, présidé par M. Don Ross, tenait sa première assemblée en septembre 2006. Ce comité est chargé de voir à la saine gestion de la corporation du RLISS et de s'assurer que des contrôles de responsabilisation appropriés inhérents aux finances et au domaine de gestion du risque sont en place. Les résultats de l'audit 2006-2007 et du budget opérationnel de 2007-2008 ont été révisés par ce comité avant d'être soumis au Conseil de direction.

Un des faits saillants de l'année dernière fut l'Atelier de Gouvernance de collaboration, dirigé par Mme Kathy Durst, présidente du Conseil d'administration du RLISSWW et auquel tous les membres du RLISSWW ont

participé. L'atelier réunissait des présidents des conseils d'administration d'organisations de fournisseurs de services de la santé dans un premier dialogue à l'échelle du système sur la collaboration. Grâce aux résultats positifs et aux informations qui ont été partagées lors de cet atelier, on prévoit la tenue d'un second atelier en mai 2007.

Le Conseil de direction reconnaît l'importance d'une orientation détaillée et d'un développement professionnel continu pour ses membres. À ce titre, un programme d'orientation formel a été développé et mis en place, celui-ci inclut un manuel d'orientation, la participation à un programme provincial d'orientation pour les directeurs de Conseil et une série de réunions avec la présidente et la PDG visant à réviser des enjeux spécifiques au RLISSWW. Nous étudions présentement l'idée de mettre des mentors en place pour les nouveaux membres du Conseil d'administration.



GOUVERNANCE suite

On encourage les membres du Conseil à participer et à saisir toutes les occasions de formation, et ce, tant à l'interne qu'à l'externe. Notez que l'information contenue dans les cours et celle transmise lors des conférences est toujours mise à la disposition des membres du Conseil d'administration. Et, une fois que les membres ont pris part à ces occasions de formation, l'information recueillie est partagée avec les autres membres du Conseil.

En octobre 2006, le Conseil de direction du RLISSWW approuvait une politique de conflit d'intérêt. Le but de cette Politique de conflit d'intérêt visait à maintenir et à rehausser la confiance du public envers le RLISSWW. Elle a pour but d'encourager des normes de conduite qui établiront l'intégrité, l'objectivité et l'impartialité en ce qui a trait aux affaires et aux processus de prises de décisions des

Réseaux locaux d'intégration des services de santé.

Elle permet au ministère, au RLISS et à ses directeurs, de reconnaître, de gérer ou d'éviter des situations de conflit d'intérêt et de s'assurer que toutes les situations perçues ou potentielles sont résolues dans le meilleur intérêt du public.

Tous les membres du Conseil ont rencontré le Commissaire de conflit d'intérêt. À ce titre, on remettait l'énoncé suivant au RLISSWW :

« Tous les membres du Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington ont rencontré un commissaire de conflit d'intérêt en 2006/2007 et ont rempli leurs déclarations. Les Commissaires de conflit d'intérêt leur ont apporté conseil conformément à la Politique de conflit d'intérêt en vigueur ».

« Nous avons un conseil d'administration qui désire ardemment comprendre les besoins de notre communauté. Les membres de notre Conseil veulent être mis au défi, vivre pleinement notre mission et s'occuper d'enjeux difficiles. J'apprécie énormément leurs contributions ».

Kathy Durst, présidente du Conseil d'administration du RLISSWW



NOTRE PERSONNEL RLISSWW

Pour la majeure partie de l'exercice financier 2006-2007 nous avons fonctionné avec seulement cinq membres du personnel à temps plein et deux membres du personnel à temps partiel. À la fin de l'année, notre personnel est passé à 21 membres. Nous sommes très fiers du personnel dévoué et hautement qualifié qui travaille pour le RLISSWW et pour notre communauté.

L'équipe exécutive du bureau du RLISSWW comprend :

Sandra Hanmer, chef de la direction
Sue Southwell, assistante exécutive
Kate Borthwick, assistante administrative
Owen C. D'Souza, contrôleur
Staci Bartlett, directrice du soutien aux entreprises
Annette Holman, réceptionniste

Notre équipe de planification, d'intégration et d'engagement communautaire comprend :

Donnamarie Dunk, directrice senior
Shelagh Balfoort, assistante administrative
Maria van Dyk, consultante senior en intégration
Blair Philippi, consultant en intégration
Kim Hodgson, consultante senior en engagement communautaire
Gillian Woolner, consultant en engagement communautaire
Stephanie Cerutti, consultante en planification
Sonal Garach, assistant de programme

Notre équipe de rendement, contrats et allocations comprend :

Bruce Lauckner, directeur senior
Kristy Kerr, assistante administrative
Stewart Sutley, consultant senior en financement et allocations
Joanne Hader, consultante senior en rendement et en gestion de contrats
Rebecca Webb, consultante en rendement et en gestion de contrats
Tim Lewis, consultant en financement et allocations
Alanna Gillis, assistante de programme





ATTEINDRE NOS BUTS EN MATIÈRE DE RENDEMENT

Buts de rendement

Le RLISSWW signait une entente de responsabilisation avec le Ministère de la Santé et des soins de longue durée (MOHLTC) qui formulait un accord commun entre le MOHLTC et le RLISSWW en ce qui a trait aux obligations de rendement pour l'exercice.

Les obligations de rendement du RLISSWW pour l'exercice financier 2006-007 tombent sous cinq catégories : L'engagement de la collectivité, Le Plan de services de santé intégrés, la gouvernance d'entreprise, le rendement du système de santé local et le financement et les allocations.

Au 31 mars 2007, le RLISSWW avait atteint ses obligations de rendement telles que décrites dans l'entente de responsabilisation de 2006-2007.

L'engagement de la collectivité

Une composante essentielle pour le RLISSWW consistait au développement d'une stratégie et d'un plan d'engagement de la collectivité qui guiderait ses activités continues. Au cours de l'année dernière, nous avons entrepris de nombreuses activités d'engagement de la collectivité (Elles sont décrites en de plus amples détails en page 11.) Notre stratégie d'engagement de la collectivité nous aide à atteindre nos buts et nous assure que chaque personne qui désire se prononcer sur notre système de santé local aura l'occasion d'être entendue.

Afin de nous assurer que nous sommes sur la bonne voie, le RLISSWW a collaboré à une évaluation, qui fut conduite à l'externe, sur l'efficacité de nos activités d'engagement de la collectivité avec les autres 13 RLISS. À ce sujet, on soumettait un rapport au ministère en janvier dernier. Celui-ci a rencontré toutes les exigences quant au rapport de l'efficacité de notre stratégie.

Le Plan de services de santé intégrés

Un de nos buts de rendement pour l'exercice 2006-2007 visait le développement d'un Plan de services de santé intégrés qui serait basé sur une

analyse de l'environnement de notre région locale, sur l'identification et l'analyse des priorités et des enjeux locaux et qui décrirait notre état de préparation à intervenir dans les secteurs prioritaires.

En décembre 2006, nous développons et présentons le Plan de services de santé intégrés (IHSP) au public et au ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario. Vous trouverez de plus amples renseignements sur ce Plan à la page 12 du présent rapport annuel.

Gouvernance d'entreprise

Les exigences de rendement inhérentes à la gouvernance d'entreprise sont comprises dans l'entente de responsabilisation.

Le Conseil d'administration du RLISSWW, présidé par Mme Kathy Durst, a le plaisir de rapporter qu'il a atteint tous les buts qui étaient fixés dans l'entente de responsabilisation, y compris : le développement et la mise en place d'un modèle de gouvernance; la collaboration avec d'autres RLISS en vue de créer et d'adopter un outil d'évaluation et d'efficacité du Conseil; la mise en place d'un programme d'orientation et de développement professionnel ; ainsi que la mise en œuvre de la Phase I et II de la Politique agréée en matière de conflits d'intérêts du ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario (MOHTLC). Pour de plus amples renseignements sur les activités du conseil d'administration, veuillez consulter la page 5.

Rendement du système de santé local

Le RLISSWW travaille de près avec les fournisseurs de services de la santé de notre commu-nauté et déclare que des progrès ont été enregistrés sur une base trimestrielle dans les secteurs d'intervention privilégiés du MOHTLC, tel que prévu. Ces rapports font état des mesures qui avaient été convenues de prendre et qui doivent être prises par le RLISSWW et par les fournisseurs de services de la santé afin d'améliorer le rendement du système.

Ces secteurs d'intervention privilégiés comprennent : Les temps d'attente – et en particulier ceux liés aux chirurgies oncologiques, aux soins cardiaques, aux remplacements de hanches et de genoux et au IRM/ tomodensitogramme; aux soins de longue durée, à la qualité des soins; autre niveau de soins; au taux de réadmission pour les infarctus aigus du myocarde; à la vitesse de traitement des chirurgies; et au développement de la capacité des soins intensifs. Vous trouvez de plus amples renseignements sur le rendement du système de santé local à la page 15.

Allocation de fonds

Nous avons fait preuve d'une gestion financière prudente en équilibrant notre budget d'exploitation 2006-2007 (Veuillez consulter nos États financiers à la page 17). Nous avons aussi participé avec le MOHLTC au développement d'un Plan de service annuel pour 2007-2008, de nouveaux modèles d'allocation et de financement et d'un plan axé sur les résultats pour 2007-2008 pour nos budgets d'exploitation. Et, tel que demandé, nous avons fourni tous les rapports annuels

« J'ai été impressionné par le travail de collaboration qui est déjà en cours parmi les fournisseurs de soins de la santé de notre région ». Paul Truex, vice-président du conseil d'administration du RLISSWW



S'ENGAGER ET S'IMPLIQUER DANS LA COLLECTIVITÉ



L'engagement de la collectivité

Le RLISSWW s'est engagé à entendre ce que la communauté avait à dire au sujet des soins de santé.

Au cours de l'année dernier, nous avons investi beaucoup de temps à écouter les résidents et les fournisseurs de services de santé et à partager leurs préoccupations et idées en vue d'améliorer le système de santé. Cet «engagement communautaire» fait partie de l'approche systémique du RLISSWW, il a pour but de nous assurer que la voix de chacun sera entendue et qu'elle continuera d'être entendue à travers toutes nos activités.

Les activités d'engagement de la collectivité ont commencé par le développement d'un cadre de travail d'engagement communautaire qui englobait trois approches stratégiques ; une stratégie de communication qui comprenait l'échange d'informations entrantes et sortantes; une stratégie de prises de décision impliquant le développement de groupes d'intérêt communautaires; et une stratégie d'entretien qui impliquait à la fois la rétroaction et un volet « meilleures pratiques ».

Nous avons cherché à connaître la perspective de la communauté sur quatre secteurs clés –

l'accessibilité, la facilité d'utilisation, la qualité des soins et l'implication dans les prises de décisions liées aux soins de santé. On demandait aussi aux répondants d'identifier des changements pratiques qui, selon eux, pourraient améliorer le système de santé.

Nous avons rencontré des centaines de personnes et organisations à l'occasion de séances de discussion ouverte. Nous avons tenu des groupes de discussion, avons visité des sites, recueilli de l'information par le biais de sondages, avons rencontré des groupes d'intérêts spéciaux et avons invité la communauté à des réunions de discussion ouverte du conseil ainsi qu'à l'occasion de notre premier anniversaire porte ouverte. De plus, nous avons conduit une vaste analyse de données des plus pertinentes, y compris les changements démographiques, les progrès scientifiques, les changements économiques, l'état de l'industrie des soins, les stratégies politiques et les innovations technologiques.

Les analyses des renseignements qui ont été recueillis à partir de nos activités de cueillette de données et de nos consultations communautaires ont révélé un certain nombre de thèmes communs sur comment les services de la santé sont perçus et vécus par les résidents de la région du RLISSWW.

Des problèmes ayant trait à l'accessibilité furent identifiés par tous les groupes de population, au même titre, que ceux liés à une meilleure compréhension et à une meilleure coordination du système.

Ces résultats furent discutés lors du symposium « Champions du changement » et auquel 250 personnes ont pu participer en septembre dernier. De plus, six forums de validation ont eu lieu à travers toute notre zone géographique en octobre. Et, les résultats qui allaient former la base du Plan de services de santé intégrés furent confirmés.

Le Plan de services de santé intégrés (IHSP)

Selon l'information recueillie dans notre communauté sur les besoins de soins de santé et une analyse approfondie des données, nous avons élaboré un Plan de service de santé intégrés (IHSP) pour 2007-2010, un plan stratégique triennal pour les services et la livraison des soins de santé pour la région du RLISS de Waterloo Wellington.

Le Plan (IHSP) reflète les besoins identifiés par le biais de consultations avec la communauté. Il détermine les régions et actions spécifiques tout en se guidant sur les principes directeurs et la vision provinciale et en s'articule autour de la collaboration, de la coordination et de l'intégration.

Ce Plan (IHSP) sera révisé chaque année au fur et à mesure que nous continuerons de recueillir les commentaires des gens et des organisations afin de nous assurer qu'il demeure pertinent et qu'il continue de refléter les besoins de notre communauté

Le Plan de services de santé intégrés identifiait quatre priorités à suivre afin que notre système de santé local reflète les observations, priorités et idées de la communauté à l'égard de notre système de santé.

Ces priorités sont un système de santé qui :

Améliore l'accès aux services et qui réduit les temps d'attente, y compris :

- L'accès à des services appropriés
- La livraison de services au moment opportun
- La disponibilité de services appropriés

Fait la promotion de styles de vies sains et qui prévient les maladies, y compris :

- La promotion de choix de styles de vie sains
- Un accès facile à des soins préventifs et à des services coordonnés
- Une augmentation de la capacité de programmes qui améliorent la santé des gens

Est efficace et abordable, y compris :

- La mise en place des meilleures pratiques pour les procédés opérationnels et la pratique clinique
- La convivialité du système
- La coordination et l'intégration des programmes et services

Répond à nos besoins maintenant et dans l'avenir, y compris :

- L'amélioration de la gestion de rendement du système et des modèles de financement
- Une augmentation des ressources humaines en santé
- La mise en oeuvre d'une base d'information et technologique
- L'établissement de partenariats et d'alliances

Le Plan (IHSP) fut publié en décembre 2006. Pour visualiser le Plan, veuillez visiter notre site Internet au www.lhin.on.ca ou communiquer avec le bureau pour en obtenir une brochure.

Une stratégie fut mise en place afin de nous assurer de la meilleure diffusion possible de ce Plan. Celle-ci comprenait : la distribution du document complet aux fournisseurs de services de santé; une version abrégée du IHSP sous forme de brochure pour le public et pour les autres professionnels de la santé; une publication sur notre site Internet; une distribution

S'ENGAGER ET S'IMPLIQUER DANS LA COLLECTIVITÉ (suite)

électronique à un vaste réseau de parties intéressées; des articles dans nos bulletins de nouvelles; des présentations à des groupes sectoriels; une distribution aux réunions du conseil et des livrets de renseignements généraux. Nos activités de communication et d'appui du Plan de services de santé intégrés sont continues.

Le développement et la publication du Plan de services de santé intégrés étaient ancrés dans notre stratégie d'engagement de la collectivité qui définissait cinq niveaux d'engagement : Informer et instruire, impliquer, habiliter, conseiller et collaborer. La plupart des activités reliées au développement du Plan de services de santé intégrés étaient associées aux deux premiers niveaux du cadre.

Reconnaissant le besoin de continuer à impliquer nos communautés, nous avons développé un cadre en vue d'implanter un Plan de services de santé intégrés qui inclurait les trois derniers niveaux d'engagement : Habilitier, conseiller et collaborer. Les stratégies d'implantation comprennent le développement d'un Conseil Communautaire et de tables rondes des Intérêts de la collectivité.

Conseil Communautaire

Le Conseil communautaire, présidé par M. Paul Holyoke est formé de 15 personnes ayant de vastes contacts avec la communauté ainsi que des connaissances approfondies des communautés de la région du RLSSWW. De plus, le Conseil contribuera un niveau élevé d'idées et de commentaires au RLSSWW au sujet des besoins et des enjeux à l'intérieur du système de la santé.

Intérêts de la collectivité

Les groupes de planification des Intérêts de la collectivité représentent plusieurs perspectives et antécédents et se concentreront sur les priorités du Plan de services de santé intégrés et travailleront à améliorer la façon dont les services du système sont coordonnés et intégrés ainsi que sur l'efficacité des soins disponibles. Par le biais des groupes d'Intérêts de la collectivité, nous cernerons les problèmes de santé de la région du RLSSWW et les adresserons maintenant et dans l'avenir.

Le travail des groupes d'Intérêts de la collectivité doit être très ciblé et spécifique comme



dans les tâches adressées par le Conseil de santé des autochtones par exemple.

De 16 000 à 20 000 autochtones résident dans le secteur du RLISSWW. Plusieurs de ces autochtones reçoivent des soins de santé des fournisseurs de soins de santé grand public mais un nombre indéterminé pourrait recevoir des soins de santé à l'extérieur de ce secteur.

Le Conseil de santé des autochtones a été formé pour adresser les problèmes spécifiques auxquels font face les autochtones qui demeurent à l'intérieur du RLISSWW. Ce conseil déterminera la meilleure façon de combler les besoins de santé de cette population spécifique en prenant compte des interactions complexes, des facteurs culturels, sociaux et économiques.

Un autre exemple de notre approche ciblée est le développement du Conseil des ressources humaines dans le domaine de la santé. Pendant nos séances de collecte de renseignements, le public et les fournisseurs de soins de santé ont tous deux identifié les besoins de ressources humaines dans le domaine de la santé.

Le RLISSWW a tenu un remue-méninges des ressources humaines dans le domaine de la santé pour joindre des fournisseurs de soins de santé locaux, des représentants des industries et de l'éducation ainsi que des experts en ressources humaines dans le domaine de la santé dans le but de développer une vision et une stratégie pour adresser les besoins de la région en terme de ressources humaines en santé. Les recommandations des membres du Conseil des ressources humaines dans le domaine de la santé ont été effectuées et le conseil a tenu sa première réunion.

D'autres groupes de planification d'Intérêts de la collectivité ont été lancés et ils apporteront la même approche ciblée et de haut niveau aux secteurs suivants :

- Prévention et gestion des maladies chroniques • Cybersanté
- Services d'urgence • Temps d'attente
- Soins intensifs • Services aux aînés
- Styles de vie sains / prévention des maladies et promotion de la santé
- Soins primaires
- Santé mentale et toxicomanie
- Navigation dans le système
- Santé rurale • Langue française

Les membres des tables rondes d'Intérêts de la collectivité continuent d'être acceptés. Un exemplaire des mandats de référence et d'expression des intérêts pour chaque groupe d'Intérêts de la collectivité est disponible sur notre site Internet au www.wwlhin.on.ca.

Des groupes d'Intérêts de la collectivité supplémentaires seront établis prochainement. Ceux-ci comprennent :

- Logement avec services de soutien
- Soins de réhabilitation
- Soins de répit
- Soins palliatifs et en fin de vie
- Enfants et jeunes
- Populations vulnérables • Aînés
- Multiculturalisme

Le Plan de services de santé intégrés démontre notre engagement à développer des solutions locales à des problèmes locaux par le biais de l'implication de notre communauté locale.

« J'aime parler aux gens de notre mission et voir leur enthousiasme à propos du potentiel incroyable que nous avons en créant un système de santé local qui fonctionne selon les besoins uniques de notre communauté ».

Ken Whyte, directeur du Conseil d'administration du RLISSWW



RENDEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL



Secteurs de rendement

Nous avons établi, avec l'aide de fournisseurs de soins de santé et certains experts, sept secteurs de rendement du système de santé local : Les temps d'attente, le temps de placement aux soins prolongés, la perception de la qualité des soins, le pourcentage des journées d'accès des patients à un autre niveau de soins, le taux de réadmission pour les infarctus aigus du myocarde, les améliorations de la vitesse de traitement en chirurgie, et le développement de la capacité des soins intensifs.

Temps d'attente

Nous avons créé un comité directeur sur les temps d'attente puis des groupes de travail sur les temps d'attente pour adresser cinq secteurs prioritaires : La chirurgie oncologique, les soins cardiaques, la chirurgie des cataractes, la reconstruction d'articulations (hanche et genou), et la résonance magnétique/tomodensitométrie. Le comité directeur et les groupes de travail sont composés d'individus de provenance variée à l'intérieur du secteur de la santé.

Le comité directeur et les groupes de travail se sont rencontrés au cours de la dernière année et ont débuté le travail dans leur secteur cible, examinant la capacité, la qualité et l'efficacité.

Par des efforts conjoints du comité directeur, des groupes de travail et de plusieurs professionnels de la santé de première ligne, les temps d'attente dans la région de Waterloo Wellington ont diminué de façon significative dans la plupart des secteurs. La région continue également de faire mieux que les cibles globales de la province dans la plupart des secteurs.

Les temps d'attentes en chirurgie sont définis comme le temps entre la commande de chirurgie et le moment où elle est effectuée. Les temps d'attente en résonance magnétique et en tomodensitométrie sont définis comme le temps compris entre le moment où l'imagerie diagnostique est commandée et le moment où elle est complétée.

Procédure	Cibles provinciales globales en journées (90 ^{ème} percentile)	Temps d'attente RLISSWW Avril-mai 2006 en jours	Temps d'attente RLISSWW Fév.-mars 2007 en jours	Variance au cours de l'année %
Chirurgie oncologique	84	62	66	6,45
Angiographie	-	37	26	-29,73
Angioplastie	-	20	6	-70,00
Pontage	182	46	29	-36,96
Cataractes	182	250	131	-47,60
Arthroplastie de la hanche	182	393	251	-36,13
Arthroplastie du genou	182	493	283	-42,60
Résonance magnétique	28	71	212	198,59
Tomodensitométrie	28	28	40	42,86

Placement pour soins prolongés

Le RLISSWW, à 23 jours d'attente pour un placement dans un établissement de soins prolongés en provenance d'un établissement de soins aigus, obtient un meilleur rendement que la moyenne provinciale qui se situe à 34 jours avant le placement. Par contre, le temps d'attente en provenance d'un établissement communautaire est de 243 jours et dépasse la moyenne provinciale qui est de 71 jours.

Le RLISSWW prend action afin d'adresser les temps de placement en provenance de la communauté. Premièrement, on a accordé des fonds pour 288 nouveaux lits de soins de longue durée en 2006-2007. Deuxièmement, le RLISSWW a créé une table de planification d'Intérêts de la collectivité afin d'adresser les problèmes reliés à l'accès des aînés à des services y compris le temps d'attente pour le placement en établissement de soins de longue durée.

Perception de la qualité des soins

Un sondage sur l'accès aux soins primaires indique qu'au cours du troisième trimestre de 2006-2007, 58 % de la population du RLISSWW cotait la qualité des soins de santé fournis en Ontario comme équivalente ou meilleure dans les cinq dernières années.

Autre niveau de soins (ANS)

Au cours de l'année 2006-07, le Bureau régional du Centre-Ouest du MSSLD a travaillé de près avec nos hôpitaux et le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) sur des problèmes reliés aux journées d'accès des patients à un autre niveau de soins (ANS) (pour les patients qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers aigus mais qui ont besoin de soins de longue durée ou de soins communautaires). Deux des facteurs affectant l'ANS dans notre région sont le nombre limité de lits appropriés dans les établissements de soins prolongés et la faible capacité des services de soutien communautaire. On continuera à cibler l'ANS en travaillant

conjointement avec les hôpitaux, le CASC, les services de soutien communautaire et les Intérêts de la collectivité qui examinent les problèmes des aînés.

Infarctus aigus du myocarde

Tout au long de l'année 2006-07, le taux d'infarctus aigus du myocarde du RLISSWW est demeuré l'un des plus bas de la province à 3,3 parmi les RLISS et sous la moyenne provinciale de 4,48. Même si les taux demeurent bas, le groupe de travail sur les soins cardiaques continuera de chercher des améliorations possibles pour garder ce taux stable ou même le réduire encore.

Améliorations de la durée du cycle chirurgical

Au cours de la phase 1 du Programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux, les hôpitaux du RLISSWW ont implanté le projet conjoint de repère en salle d'opération. Les indicateurs de rendements clés seront recueillis en 2007 et les hôpitaux travailleront avec des consultants en matière de chirurgie pour cerner les secteurs à améliorer.

Développement de la capacité des soins intensifs

Les responsables des soins intensifs des hôpitaux du RLISSWW ont travaillé à l'augmentation de la capacité des soins intensifs. En 2006-07, le RLISSWW a progressé dans l'amélioration de la prestation de soins intensifs y compris : L'implantation de deux lits supplémentaires à l'unité de soins intensifs pour répondre à la hausse de la demande; le financement pour une nouvelle technologie de ventilation mécanique pour les patients que l'on ne peut traiter sans danger avec des respirateurs conventionnels; et un projet pilote de système de renseignements des soins intensifs qui fournit des renseignements en temps réel sur l'utilisation de la capacité de l'unité des soins intensifs, la gravité des cas et les lits disponibles.

31 mars 2007



Rapport des vérificateurs

Aux membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Nous avons vérifié le bilan du Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington (le « RLISS ») au 31 mars 2007 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction du RLISS. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en nous fondant sur notre vérification.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À notre avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington au 31 mars 2007 ainsi que des résultats de son exploitation, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

A handwritten signature in black ink that reads "Deloitte Touche S.C.L.".

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés

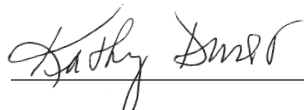
Toronto (Ontario)
Le 4 mai 2007

BILAN

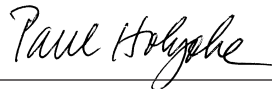
31 mars 2007

	2007 (notes 3 et 14)	2006
ACTIFS FINANCIERS		
Encaisse	596 543 \$	26 178 \$
	596 543	26 178
PASSIF		
Créditeurs et charges à payer (note 4)	502 198	—
Montant à verser au ministère de la Santé et des Soins de longue durée	21 460	26 178
Montant à verser au Bureau des services partagés du RLISS (note 5)	72 885	—
Apports de capital reportés (note 6)	418 535	480 855
	1 015 078	507 033
DETTE NETTE	(418 535)	(480 855)
ACTIFS NON FINANCIERS		
Immobilisations (note 7)	418 535	480 855
SURPLUS ACCUMULÉ	— \$	— \$

APPROUVÉ PAR LE CONSEIL



Kathy Durst, présidente



Paul Holyoke, secrétaire

ÉTAT DES ACTIVITÉS FINANCIÈRES

Exercice terminé le 31 mars 2007

	2007		2006
	Budget (non vérifié) (note 8)	Réel	Réel (notes 3 et 14)
PRODUITS			
Financement fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée	3 026 713 \$	2 949 722 \$	233 597 \$
Financement des services de cybersanté (note 11)	181 000	181 000	—
Amortissement des apports de capital reportés (note 6)	—	132 725	120 214
	3 207 713	3 263 447	353 811
CHARGES			
Frais généraux et administratifs (note 9)	3 026 713	3 075 867	327 633
Services de cybersanté (note 11)	181 000	166 120	—
	3 207 713	3 241 987	327 633
SURPLUS DE L'EXERCICE AVANT FINANCEMENT REMBOURSABLE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE	—	21 460	26 178
FINANCEMENT REMBOURSABLE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE	—	(21 460)	(26 178)
SURPLUS DE L'EXERCICE	—	—	—
SURPLUS ACCUMULÉ AU DÉBUT	—	—	—
SURPLUS ACCUMULÉ À LA FIN	— \$	— \$	— \$

ÉTAT DE LA VARIATION DE LA DETTE NETTE

Exercice terminé le 31 mars 2007

	2007	2006
	Réel	Réel (notes 3 et 14)
SURPLUS DE L'EXERCICE	\$—	
ACQUISITION D'IMMOBILISATIONS CORPORELLES	(70 405)	(601 069)
AMORTISSEMENT DES IMMOBILISATIONS CORPORELLES	132 725	120 214
DIMINUTION (AUGMENTATION) DE LA DETTE NETTE	62 320	(480 855)
DETTE NETTE AU DÉBUT	(480 855)	—
DETTE NETTE À LA FIN	(418 535) \$	(480 855) \$

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

Exercice terminé le 31 mars 2007

	2007	2006
		(notes 3 et 14)
RENTRÉES (SORTIES) DE FONDS LIÉES AUX ACTIVITÉS SUIVANTES, MONTANT NET :		
EXPLOITATION		
Surplus de l'exercice	— \$	— \$
Plus : éléments sans incidence sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	132 725	120 214
Amortissement des apports de capital reportés (note 6)	(132 725)	(120 214)
	—	—
UTILISATIONS		
Diminution du montant à verser au ministère de la Santé et des Soins de longue durée	(4 718)	—
	(4 718)	—
SOURCES		
Augmentation des créiteurs et des charges à payer	502 198	—
Augmentation du montant à verser au ministère de la Santé et des Soins de longue durée	—	26 178
Augmentation du montant à verser au Bureau des services partagés du RLISS	72 885	—
	575 083	26 178
	570 365	26 178
OPÉRATIONS D'INVESTISSEMENT		
Acquisition d'immobilisations corporelles	(70 405)	(601 069)
OPÉRATIONS DE FINANCEMENT		
Augmentation des apports de capital reportés (note 6)	70 405	601 069
AUGMENTATION NETTE DE LA TRÉSORERIE	570 365	26 178
TRÉSORERIE AU DÉBUT	26 178	—
TRÉSORERIE À LA FIN	596 543 \$	26 178 \$

NOTES COMPLÉMENTAIRES

31 mars 2007

1. DESCRIPTION DES ACTIVITÉS

Constitution et statut

Le Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington 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 (le « RLISS ») de Waterloo Wellington 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 à la fois dans la Loi et dans le protocole d'entente entre le RLISS et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère »).

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilité pour l'exercice 2007 avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée décrivant les responsabilités du RLISS et les normes de rendement devant être atteintes et maintenues afin d'obtenir du financement de la province.

À compter du 1er avril 2007, les paiements de financement versés aux prestataires seront imputés aux états financiers du RLISS. Ces paiements de transfert seront comptabilisés à titre de produits et de charges dans les états financiers du RLISS à partir de l'exercice se terminant le 31 mars 2008.

Activités du RLISS

Le RLISS a pour objectifs 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 soins de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les dispenser de façon plus coordonnée. Le RLISS comprend la totalité du comté de Wellington, la région de Waterloo et la ville de Guelph, en plus d'englober aussi une partie du comté de Grey, que les RLISS du Sud-Ouest et de Simcoe Nord Muskoka se partagent également.

2. PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, tels qu'ils sont interprétés 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. La comptabilité d'exercice consiste à constater les produits 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 corporelles et la perte de valeur d'actifs.

Financement fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le RLISS est financé uniquement par la province d'Ontario, selon les arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère.

Paiements de transfert gouvernementaux

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

Apports reportés

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 spécifiques. 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 de la Santé et des Soins de longue durée.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

31 mars 2007

2. PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations corporelles 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. L'amortissement de ces produits est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations connexes comptabilisées.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations corporelles. Les apports sous forme d'immobilisations corporelles sont comptabilisés à leur juste valeur estimée en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations corporelles est estimée selon le coût des actifs connexes, ou selon 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 corporelles, 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 corporelles de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

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

Matériel informatique, mobilier et agencements	3 ans, amortissement linéaire
Améliorations locatives	Durée du bail, amortissement linéaire
Matériel de bureau	5 ans, amortissement linéaire
Développement Web	3 ans, amortissement linéaire

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

Utilisation d'estimations

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

3. ADOPTION DES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA COMPTABILITÉ DANS LE SECTEUR PUBLIC

Selon les directives du Ministère, avec prise d'effet en 2007, le RLIS a adopté les principes comptables généralement reconnus, en appliquant les normes comptables gouvernementales publiées par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public de l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Les chiffres correspondants compris dans les présents états financiers ont été retraités afin qu'ils soient établis conformément aux normes comptables adoptées pour l'exercice en cours.

À la suite de cette modification, le RLIS a obtenu au cours de l'exercice la juste valeur de marché des apports reçus sous forme d'immobilisations corporelles au cours de l'exercice précédent et il a choisi d'appliquer cette méthode d'évaluation plus pertinente à ses états financiers. Cette modification a été appliquée sur une base rétroactive, et les résultats de l'exercice précédent ont été retraités, ce qui a entraîné une augmentation de 480 855 \$ des apports de capital reportés, de la dette nette et des immobilisations dans le bilan. Dans l'état des activités financières, l'amortissement des apports de capital reportés a augmenté de 120 214 \$, tout comme les frais généraux et administratifs. Dans l'état de la variation de la dette nette, l'acquisition d'immobilisations corporelles a augmenté de 601 069 \$, l'amortissement des immobilisations corporelles a augmenté de 120 214 \$, et la dette nette à la fin a augmenté de 480 855 \$.

4. CRÉDITEURS ET CHARGES À PAYER DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Le Ministère a inclus des crédateurs et des charges à payer totalisant 195 456 \$ dans ses livres comptables au nom du RLIS en date du 31 mars 2006. Ces charges sont comprises dans les montants présentés à la note 9 relativement à l'exercice précédent.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

31 mars 2007

5. OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

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

6. APPORTS DE CAPITAL REPORTÉS

	2007	2006
Solde au début	480 855 \$	— \$
Apports de capital au cours de l'exercice	70 405	601 069
Amortissement pour l'exercice	(132 725)	(120 214)
Solde à la fin	418 535 \$	480 855 \$

7. IMMOBILISATIONS

	2007			2006
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Matériel mobilier et agencements de bureau	89 476 \$	31 789 \$	57 687 \$	55 577 \$
Matériel informatique	14 079	4 646	9 433	—
Développement Web	17 000	—	17 000	—
Améliorations locatives	550 920	216 505	334 415	425 278
	671 475 \$	252 940 \$	418 535 \$	480 855 \$

8. CHIFFRES DU BUDGET

Le budget d'exploitation total de 3 026 713 \$ a été approuvé par le Ministère; ces chiffres n'ont pas été vérifiés et ils ont été présentés pour que les présents états financiers soient conformes aux principes de communication d'information du CCSP. Le financement des services de cybersanté a été reçu comme le décrit la note 11.

9. FRAIS GÉNÉRAUX ET ADMINISTRATIFS

Certaines charges d'exploitation ne figurant pas dans l'état des activités financières pour l'exercice terminé le 31 mars 2006 ont été approuvées et payées par le Ministère au nom du RLISS. Ces montants n'ont pas été inclus dans les activités financières du RLISS, mais ils sont présentés ci-dessous à titre indicatif. Ces charges s'établissent comme suit :

Salaires et charges sociales	94 358 \$
Charges locatives	1 231 217
Services communs	42 126
Technologies de l'information	95 733
Autres charges	211 124
	1 674 558 \$

L'ensemble de l'information financière relative au premier trimestre de 2007 a été traité par le Ministère au nom du RLISS. Contrairement à ce qui prévalait pour l'exercice 2006, ces montants sont classés à titre de charges directes du RLISS et sont inclus à titre d'activités financières du RLISS dans l'état des activités financières.

À la suite de la clôture de l'exercice 2006, des charges additionnelles de l'exercice précédent, qui totalisaient 31 869 \$ et qui n'avaient pas encore été comptabilisées, ont été signalées puis passées en charges au cours de l'exercice considéré en raison d'une divergence à l'égard de la séparation des exercices par le Ministère. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2007, ces montants ont été inclus à l'état des activités financières du RLISS.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

31 mars 2007

9. FRAIS GÉNÉRAUX ET ADMINISTRATIFS (suite)

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

	2007	2006
Salaires et charges sociales	1 359 281 \$	203 181 \$
Charges locatives	235 554	—
Amortissement	132 725	120 214
Services partagés	290 190	—
Relations publiques	110 506	—
Services-conseils	377 540	—
Fournitures	156 294	2 547
Dépenses des membres du conseil	166 299	—
Frais de poste de messagerie et de télécommunications	54 529	1 070
Autres	192 949	621
	3 075 867 \$	327 633 \$

10. CONVENTIONS DE PRESTATIONS DE RETRAITE

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 21 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui indique le montant des avantages de retraite devant être reçus 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 et au coût des services passés a totalisé 91 807 \$ pour l'exercice 2007 (20 420 \$ en 2006) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières.

11. SERVICES DE CYBERSANTÉ

Au cours de l'exercice 2007, le RLISS de Waterloo Wellington a reçu du Ministère un financement totalisant 181 000 \$. Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir son plan stratégique de services de cybersanté, lequel est défini dans son plan de services de santé intégrés.

12. GARANTIES

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

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

13. ENGAGEMENTS

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

2008	209 656 \$
2009	212 061
2010	212 061
2011	203 841
2012 et par la suite	203 007
	1 040 626 \$

14. CHIFFRES CORRESPONDANTS DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Les chiffres présentés pour l'exercice précédent couvrent la période allant de la date de constitution, soit le 2 juin 2005, au 31 mars 2006. Les chiffres correspondants de l'exercice précédent ont été reclassés afin que leur présentation soit conforme à celle de l'exercice considéré. Au cours de l'exercice 2007, le RLISS a reçu du Ministère des instructions figurant dans son protocole d'entente l'enjoignant de suivre les méthodes de comptabilité du CCSP. La présentation des états financiers a, par conséquent, été modifiée afin d'être conforme à celle du CCSP.

VIVRE ET BIEN VIVRE A WATERLOO WELLINGTON

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DE WATERLOO WELLINGTON

55 rue Wyndham Nord, Suite 212
Guelph, ON N1H 7T8

T. 519 822 6208 F. 519 822 5807 Téléphone sans Frais 1 866 306 5446

Courriel - nom de famille.prénom@lhins.on.ca

www.wvlhin.on.ca

Please contact the office for a copy of this Annual Report in English or visit the web site.

Payé par le Gouvernement de l'Ontario

 Ontario

ISSN 1911-4303