

Hamilton Niagara Haldimand Brant **LHIN**
RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Plan de services annuel 2008-2009



Ontario

Local Health Integration
Network
Réseau local d'intégration
des services de santé

Table des matières

SECTION A

Lettre d'accompagnement de la présidente du Conseil

SECTION B

Introduction

SECTION C

Analyse du contexte : Possibilités et risques

SECTION D

Plans détaillés de mise en œuvre des priorités du PSSI pour le système de santé local

SECTION E

Résumé financier – Système de santé local par secteur

Annexe A
Annexe B1 – B12
Annexe F

SECTION F

Planification des activités du RLISS

Annexe D
Annexe E

SECTION G (retirée à la demande du ministère)

SECTION H

Plan de communications

August 30, 2007

Mr. Hugh MacLeod, Assistant Deputy Minister
Health System Accountability and Performance Division
Ministry of Health and Long Term Care
80 Grosvenor Street, 10th Floor, Hepburn Block
Toronto, ON M7A 1R3

Dear Mr. MacLeod:

**Re: Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network -
Draft Annual Service Plan, 2008/09**

On behalf of the Board of Directors for the Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network, we are pleased to provide you with a copy of our Draft 2008/09 Annual Service Plan (ASP). Consistent with the requirements of Section 18(4) of the Local Health System Integration Act, our ASP summarizes our planned activities to discharge the LHIN mandate to achieve transformation and to maintain accountability to the stakeholders of our community. On August 28, 2007, the Board of Directors approved in principle the attached Draft Annual Service Plan pending further discussion with the ministry in the fall.

Through a number of information gathering processes, for example: key informant interviews, open houses, meetings with key stakeholders, environmental scanning, we have heard our community members express their concerns, opinions and desires for their local health system. These messages helped structure the content and direction for Integrated Health Service Plan (IHSP) released in November 2006. Our ASP identifies strategic investments and opportunities over the next three years to realize the deliverables identified in the IHSP, and the requirements of the Ministry LHIN Accountability Agreement.

We have grouped our ASP initiatives into five key themes:

1. Facilitate persons' return to home and support of the frail elderly
2. Improve access to services and reduce wait times for key services
3. Proactive management to keep people well, engaged in their health care and at home
4. Facilitate processes to support organizational financial health
5. Supporting LHIN operations

Our Board, with the support and assistance of our LHIN staff and health service providers, is committed to implementing our mission for local healthcare:

"To ensure availability of and access to linked services in order to improve the health of the population and the continuity of health care."

Sincerely,



Juanita G. Gledhill
Chair, Board of Directors

Copy of letter to:
Carrie Hayward
Director, LHIN Liaison Branch
80 Grosvenor Street, 5th Floor, Hepburn Block
Toronto, ON M7A 1R3

Copy of letter and ASP to:
Kathryn McCulloch
Manager, West Unit
LHIN Liaison Branch
80 Grosvenor Street 5th Floor, Hepburn Block
Toronto, ON M7A 1R3

SECTION B : INTRODUCTION

Les RLISS ont pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local afin d'assurer des services de santé appropriés, coordonnés, efficaces et efficaces dans chaque région desservie. Le Plan de services annuel (PSA) des RLISS fait partie des trois principaux documents de communication d'informations (avec les rapports trimestriels et le rapport annuel) prévus dans l'entente à cet égard entre les RLISS et le ministère. Les méthodes et le contenu de ces rapports sont définis par :

- La Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local
- Le Protocole d'entente entre le ministère et les RLISS
- L'Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS (ERM)
- Les programmes du gouvernement, et
- Le calendrier et les exigences de communication d'informations établis par le gouvernement pour l'exercice en cours.

Le Plan de services annuel (PSA) du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB) reflète la compréhension du contexte actuel par le RLISS, son engagement vis à vis d'une responsabilité partagée afin d'améliorer le système de santé, et la prise en compte des exigences nécessaires pour obtenir des résultats durables. Le PSA décrit le rôle des responsables des collectivités et des organisations dans le cadre de la planification et de la mise en oeuvre des stratégies prioritaires ainsi que l'ensemble des facteurs de risques et de réussite liés aux objectifs visés.

Le RLISS joue de nombreux rôles auprès de ses partenaires communautaires. Il est à la fois catalyseur, activateur, animateur, planificateur, médiateur, connecteur, directeur et responsable, et adopte en tout temps une approche basée sur la collaboration afin de créer un système de santé efficace et efficient. Dans son premier PSA, le RLISS avait défini un plan de gestion des risques qui s'applique encore à la présente soumission et aux objectifs des trois prochaines années. Ces objectifs comprennent :

- Faciliter le retour des gens chez eux et aider les aînés frêles;
- Améliorer l'accès aux services et réduire les temps d'attente pour les services clés;
- Adopter une gestion proactive pour aider les gens à rester en bonne santé, à prendre en main leur santé et à continuer à vivre chez eux; et
- Promouvoir les méthodes qui appuient la santé financière des organisations.

Enfin, le RLISS de HNHB a soigneusement planifié sa capacité organisationnelle afin de promouvoir l'amélioration du système de santé. Son plan d'activités afin d'assurer la pérennité du système reflète les résultats visés.

Les RLISS commencent à comprendre et à définir des options et des mesures de soutien concernant les stratégies de réaffectation de fonds. À mesure que les cycles de planification, de coordination, de performance et de financement du RLISS de HNHB progresseront, ses futurs PSA décriront les possibilités de réaffectation et les économies connexes.

SECTION C : ANALYSE DU CONTEXTE

INTRODUCTION

Cette section présente les principales possibilités pour améliorer le système de santé dans le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB) et appuyer l'objectif du gouvernement visant à créer un système de soins de santé accessible, durable et de qualité. Elle résume :

- Les principaux générateurs de coût dans le RLISS
- Les possibilités qui sont ressorties d'une analyse récente du contexte (2007) et les orientations stratégiques du Conseil d'administration du RLISS
- Les difficultés et les tendances ayant des répercussions sur les engagements prévus par l'Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS (ERMR), et la Phase 1 du Plan de services de santé intégrés du RLISS.
- Les activités qui appuient directement les programmes du gouvernement visant à :
 - o Améliorer l'accès aux soins de santé
 - o Réduire les temps d'attente
 - o Promouvoir la santé et prévenir les maladies, et
 - o Améliorer l'accès à des soins et à des services de soutien appropriés pour les aînés

A. PRINCIPAUX GÉNÉRATEURS DE COÛT DANS LE RLISS DE HNHB

- L'augmentation de la proportion de la population du RLISS ayant plus de 65 ans et souffrant d'une affection chronique.
- Les mauvaises habitudes de santé parmi les jeunes contribuent à l'obésité et à l'apparition de problèmes de santé à un jeune âge. En 2005, 18 % de la population du RLISS de HNHB âgée de 12 à 17 ans présentait un surpoids ou était obèseⁱ. Ce taux est identique au taux provincial. 18,5 % de la population du RLISS de HNHB âgée de 18 ans et plus présente un surpoids ou est obèseⁱⁱ, un taux nettement supérieur au taux provincial de 15 %.
- L'accès à des niveaux de soins appropriés. Les patients se trouvent souvent dans un niveau de soins inapproprié, ce qui contribue aux taux élevés d'utilisation des autres niveaux de soins (ANS). En décembre 2007, les journées d'utilisation des ANS représentaient 19 % des journées de soins actifs dans les hôpitaux du RLISS de HNHB, par rapport à une moyenne de 14 % dans les hôpitaux de l'Ontarioⁱⁱⁱ.
- Le nombre de régions du RLISS sous-desservies en ce qui concerne les soins primaires. La réduction des activités des nouveaux médecins et des médecins déjà en exercice (p. ex. continuum des soins de maternité, garde dans les hôpitaux) et le champ d'exercice limité des membres des professions paramédicales diminuent l'accès aux services de soins primaires. Il en résulte une utilisation accrue des services d'urgence.
- Les progrès technologiques qui élargissent les options de traitement et augmentent les coûts pour le système de santé.
- Les coûts des soins, des médicaments (p. ex. médicaments contre le cancer) et de la technologie sont plus élevés que les rajustements pour inflation versés aux fournisseurs.
- Le manque de services de soutien dans les collectivités et à domicile entraîne une augmentation de la demande de soins de longue durée.
- L'accès limité aux transports et l'augmentation du coût des transports ont des répercussions sur l'accès aux services de santé et sur le choix du lieu de résidence des gens.

- Le bassin limité de ressources humaines en santé pourrait entraîner une augmentation des coûts pour le système, due au versement de rémunérations supérieures à la moyenne (concurrence ou établissement de sociétés privées. Par exemple, les cas d'urgence pourraient être pris en charge par une société privée plutôt que par des médecins salariés).
- Le vieillissement des bénévoles dans les organismes/services communautaires et l'évolution de la démographie des bénévoles représentent un risque pour les services.

B. PRÉOCCUPATIONS RÉGIONALES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET BESOINS COMMUNAUTAIRES

B1 Caractéristiques de la population

1. En raison du grand nombre d'aînés et du pourcentage élevé de la population âgée de 65 ans et plus dans la région du RLISS de HNHB, les fournisseurs de services de santé de HNHB devront offrir des services adaptés aux besoins des aînés.
 - En 2006, les aînés représentaient 16 % de la population totale du RLISS de HNHB (soit environ 210 000 personnes de 65 ans et plus), comparativement à une moyenne provinciale de 14 %^{iv}.
2. Face au grand nombre d'aînés qui vivent seuls, les fournisseurs de services de santé de HNHB devront accroître et améliorer les services qui aident les aînés à conserver leur autonomie dans la collectivité.
 - Selon le recensement de 2006, 28 % des résidents de 65 ans et plus (54 000 personnes) du RLISS de HNHB vivent seuls, comparativement à 26 % pour tout l'Ontario^v.
3. Un grand nombre de résidents de la région étant nés à l'étranger, les fournisseurs devront offrir des services adaptés à la culture et aux besoins des nouveaux immigrants.
 - Hamilton se classe au troisième rang national en ce qui concerne les régions urbaines comptant une proportion élevée de résidents nés à l'étranger. Niagara accueille un grand nombre de réfugiés, et Niagara, Haldimand et Norfolk^{vi} emploient des travailleurs migrants saisonniers.
 - Selon le recensement de 2006, 11 % de la population immigrante installée dans la région du RLISS de HNHB était composée de « récents immigrants » (c'est-à-dire de personnes ayant immigré entre 2001 et 2006), par rapport à un taux provincial de 17 %^{vii}.
4. En raison a) du manque de solides informations sur la taille et l'état de santé de la population autochtone du RLISS de HNHB et b) des antécédents médiocres en matière de santé et des obstacles liés à l'accès aux services de santé pour les Autochtones du Canada, le RLISS de HNHB doit déterminer plus précisément les besoins de cette population et s'assurer que les services de santé sont adaptés à leurs besoins.
5. Face à la prévalence des modes de vie malsains, il faut améliorer et accroître les activités de promotion de la santé dans le RLISS et faire équipe avec les fournisseurs de soins primaires.

Activités en cours dans le RLISS de HNHB

La mise en œuvre de la stratégie triennale Vieillir chez soi est en cours. Les financements accordés pour la première année ont comblé les écarts concernant les services communautaires de soutien et permis d'entreprendre des initiatives interministérielles, intergénérationnelles et appuyées par des pairs, afin de favoriser le vieillissement en bonne santé. Les activités actuelles de planification comprennent des plans d'orientation pour : les services spécialisés à l'intention des aînés frêles, les services de soutien à domicile, et la prévention des chutes. Le RLISS planifie aussi des réunions dans les secteurs du transport, de l'accès à l'alimentation, de l'information et de l'aiguillage des clients, afin d'améliorer le système de santé. En outre, dans le cadre de la stratégie VCS, le RLISS établit des liens entre les initiatives favorisant le vieillissement en bonne santé chez soi/la vie autonome, la prévention et la gestion des maladies chroniques (PGMC), l'amélioration de la santé des autochtones et l'accès aux services en français.

Le RLISS a organisé une conférence exploratoire avec des dirigeants autochtones. Celle-ci a abouti à l'établissement d'une entente historique entre les communautés locales Métis, des Premières Nations et Autochtones afin d'élaborer une vision commune des soins de santé. Le RLISS de HNHB partage son expérience de leadership à cet égard avec d'autres RLISS qui souhaitent améliorer le dialogue, les relations avec les Premières Nations, ainsi que l'interprétation d'informations et de données.

Le RLISS met en place et évalue plusieurs stratégies – définies par le Comité directeur du RLISS de HNHB sur l'accès à d'autres niveaux de soins (ANS) – qui visent à améliorer le déplacement des patients. Pour ce faire, on doit s'assurer que les gens qui sont hospitalisés ou qui vivent dans la collectivité ont accès à un niveau de soins approprié, au bon endroit et en temps voulu. Les stratégies actuelles (qui ont reçu un financement en vertu des priorités urgentes et de l'initiative VCS) comprennent : la réadaptation lente, un conseiller en ANS, un groupe de travail sur la désignation ANS, le projet pilote « Home to Stay » et le projet pilote d'équipe de soins de transition.

Le RLISS travaille en étroite collaboration avec les collectivités pour créer quatre nouveaux centres de santé communautaires (CSC) dans tout le RLISS. Conformément à leur mandat, les nouveaux CSC élargiront l'accès aux services de soins primaires et cibleront les résidents qui risquent d'être en mauvaise santé, particulièrement ceux qui n'ont pas de médecin de famille. Ils établiront aussi des programmes d'éducation, de soutien et d'intervention visant à promouvoir un mode de vie sain.



Ontario

Local Health Integration
Network

Réseau local d'intégration
des services de santé

B2 État de santé de la population

6. Le taux élevé de tabagisme, l'alimentation malsaine et le manque d'activité physique de la population du RLISS contribuent aux taux élevés d'affections chroniques. En 2005, 23 % des résidents du RLISS de HNHB indiquaient qu'ils étaient fumeurs, soit un taux nettement supérieur au taux de 20 %^{viii} pour l'ensemble de l'Ontario. 50% des résidents du RLISS déclaraient avoir une « alimentation malsaine », comparativement à un taux de 53 %^{ix} pour tout l'Ontario. Et 45 % des résidents du RLISS de HNHB indiquaient ne pas être physiquement actifs, un taux comparable au taux pour l'ensemble de l'Ontario^x.
7. En 2001, l'espérance de vie à la naissance^{xi} des résidents du RLISS de HNHB était de 76,8 ans pour les hommes et de 81,5 ans pour les femmes, des chiffres nettement inférieurs à l'espérance de vie pour l'ensemble des résidents de l'Ontario (77,5 et 82,1 ans respectivement). En 2001, le taux de mortalité normalisé selon l'âge, toutes causes confondues^{xii}, était de 629,8/100 000 personnes dans le RLISS de HNHB, soit un taux plus élevé que le taux provincial (602,6/100 000). Cette espérance de vie inférieure et ce taux de mortalité supérieur indiquent qu'il est nécessaire d'améliorer et de d'accroître les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, et d'appuyer les activités de prévention et de gestion des maladies chroniques menées par les fournisseurs de soins primaires.
8. Les taux élevés de mortalité dans les collectivités du RLISS de HNHB sont principalement dus aux taux élevés de tumeurs et de maladies du système circulatoire, qui constituent les deux principales causes de mortalité et de morbidité^{xiii}. Les cancers sont la principale cause du raccourcissement de la vie des résidents de HNHB, suivis par les maladies du système circulatoire et les causes externes (p. ex. blessures). Ces données indiquent qu'il faut améliorer, dans l'ensemble du système, les initiatives de prévention, de diagnostic et de traitement des cancers et des maladies du système circulatoire.
9. En 2001, le taux de mortalité infantile^{xiv} dans la région du RLISS de HNHB – soit 5,8 pour 1000 naissances vivantes – était plus élevé que le taux pour l'Ontario situé à 5,4 pour 1000. Le taux relativement élevé de mortalité infantile indique qu'il faut considérablement améliorer les soins prénataux ainsi que les soins à la mère et au nouveau-né.
10. Les observations concernant la sécurité et l'efficacité des services hospitaliers ayant un faible volume de naissances suggèrent qu'il faut étudier comment obtenir des résultats sécuritaires et de qualité, tout en assurant une répartition optimale des soins prénataux ainsi que des soins à la mère et au nouveau-né^{xv}.
11. Un enfant ou un jeune sur cinq souffre d'un problème important de santé mentale, et un sur cinq vivra avec une maladie chronique ou un handicap.

Activités en cours dans le RLISS de HNHB

Le RLISS détermine l'éventail, la capacité et la répartition des services à la mère et au nouveau-né afin d'obtenir de bons résultats à l'égard de la santé des mères et des nouveau-nés. En collaboration avec divers partenaires, le RLISS a organisé une réunion pour définir des options de prestations de services (p. ex. de nouveaux modèles de soins) qui faciliteront les services à la mère et au nouveau-né dans les communautés rurales. Le RLISS envisage d'établir un partenariat avec le Bureau des stratégies de la santé du MSSLD pour confirmer les critères locaux de désignation des unités néonatales de soins de niveau I, II et III dans le RLISS. Le RLISS évalue les sites actuels et les ressources connexes nécessaires pour assurer ces services aujourd'hui et demain.

Le RLISS a confirmé la nomination de deux médecins qui seront chargés de définir et de promouvoir des initiatives de collaboration intersectorielle dans le cadre de la Prévention et de la gestion des maladies chroniques (PGMC). Des responsables des services de santé de tout le RLISS ont convenu de mettre l'accent sur le diabète en 2008-2009. Les plans pour 2008-2009 comprennent l'élaboration d'un plan d'action pour améliorer la prévention et la gestion du diabète, la formation d'un Comité directeur de la PGMC qui établira un plan d'orientation pour 2008-2009, et l'organisation d'une activité de formation médicale continue pour les fournisseurs de soins de santé à l'automne 2008.

Le RLISS participe au Groupe de travail du RLISS sur l'oncologie chirurgicale, qui est chargé de passer en revue les services de chirurgies du cancer et les résultats. Le RLISS continue de suivre les stratégies concernant les temps d'attente afin d'améliorer la prévention du cancer, les diagnostics et les résultats des traitements.

B3 Capacité du système de santé

12. Les hôpitaux du RLISS de HNHB ont de plus en plus de difficulté en matière de dotation de personnel médical dans les services d'urgence, en raison : du nombre insuffisant de médecins de famille qui assurent des services de garde en cas d'urgence; des possibilités de revenus dans d'autres secteurs pour les médecins de famille; des différences de rémunération supplémentaire pour les gardes dans les services d'urgence au sein du RLISS et dans la province; et des pressions dans les services d'urgence dues au manque de personnel non médecin et à l'augmentation des temps d'attente d'admission des patients à l'hôpital^{xvi}.
 - Les petits et grands hôpitaux du RLISS rapportent un manque important d'employés médecins, une tendance qui va se poursuivre au cours des prochains mois. Il s'agit d'une nouvelle situation car, auparavant, tous les postes dans de nombreux hôpitaux du RLISS étaient comblés.
13. Les hôpitaux du RLISS de HNHB ont 378 lits pour les patients souffrant d'une maladie mentale^{xvii}, y compris pour les soins de longue durée. Le RLISS a 11 % de toute la population de l'Ontario et 8,3 % de tous les lits d'hôpitaux pour soins de santé mentale en Ontario. L'insuffisance des soins de santé mentale dans les hôpitaux indique qu'il faut améliorer l'accès aux services de santé mentale.
14. Le ratio des aînés qui vivent dans des logements avec services de soutien et reçoivent de l'aide 24/7 par rapport au nombre total d'aînés dans le RLISS est inférieur au ratio pour l'Ontario (2006/7). Le grand nombre d'aînés et l'insuffisance des logements avec services de soutien indiquent qu'il faut accroître l'accès aux services de soutien dans les logements financés par le MSSLD.
15. Le RLISS compte 74 médecins de famille/100 000 personnes (2005), soit un taux inférieur au taux ontarien de 85/100 000^{xviii}. Les collectivités désignées comme sous-desservies en ce qui concerne le nombre de médecins de famille comprennent toutes les municipalités de la région de Niagara, ainsi que les municipalités de Burlington, Brantford, Brant, Haldimand et Norfolk. Selon les critères du Programme pour les régions sous-desservies, il y avait, en mai 2008, 137 postes vacants de médecins de famille dans la région du RLISS de HNHB, soit le nombre le plus élevé de postes vacants parmi les 14 RLISS de l'Ontario^{xix}. Le faible nombre de médecins de famille par rapport à la population indique qu'il faut poursuivre les efforts entrepris pour améliorer l'accès aux médecins de premier recours et aux soins primaires.
16. En raison du vieillissement de la population et de la main-d'œuvre, des efforts devront être entrepris pour avoir, à l'avenir, un bassin suffisant de professionnels de la santé et une répartition adéquate de ces professionnels.
17. Face à l'absence d'un continuum de soins incluant les soins palliatifs, des patients en fin de vie, qui pourraient recevoir des soins palliatifs dans la collectivité, sont soignés dans des hôpitaux de soins actifs^{xx}.
18. L'hôpital McMaster Children's Hospital sert une population de 600 000 enfants dans le RLISS de HNHB. Dans plus de 50 % des cas, il n'y a pas de lits disponibles en cas de besoin et ce pourcentage grimpe à 65 % en cas de besoin de soins néonataux intensifs. Il existe des lacunes persistantes dans les services suivants : trouble de l'alimentation, rééducation pédiatrique, services de soins ambulatoires pour les enfants et les jeunes, et services d'oncologie pour les adolescents et les jeunes adultes.

Activités en cours dans le RLISS de HNHB

Des plans sont en cours pour créer un Comité directeur de l'accès aux services d'urgence (CDASU) à l'échelle du RLISS. Ce comité se penchera sur le problème des ressources et des temps d'attente dans les services d'urgence.

En outre, un projet de nomination d'un coordinateur des services d'urgence a été lancé. Celui-ci veillera à la progression rapide des initiatives du CDASU, assurera la liaison avec le coordinateur ANS et le Comité directeur sur l'accès à d'autres niveaux de soins, et appuiera le travail du responsable des services d'urgence.

Le RLISS poursuit le travail du Comité des médecins-chefs des services d'urgence – qui est présidé par le responsable des services d'urgence du RLISS – pour trouver des solutions aux pressions auxquelles font face les services d'urgence.

Le RLISS a entrepris une approche pour améliorer, à l'échelle du RLISS, les services de santé mentale et de toxicomanie dans les secteurs prioritaires. Les initiatives s'appuieront sur des méthodes de planification stratégique utilisées à Niagara et dans le comté de Brant. Le RLISS facilitera les discussions entre St. Joseph's Health Care à Hamilton et l'Hôpital général de Norfolk (HGN) afin d'améliorer l'accès aux services de santé mentale pour la population aiguillée vers l'HGN. Les initiatives ayant bénéficié de financements pour les priorités urgentes comprennent a) un programme de bien-être pour les personnes risquant d'avoir des problèmes de santé physique à Hamilton, et b) un programme de logement de transition à Brantford. Les financements en vertu de la stratégie Vieillir chez soi appuient notamment a) un programme de soutien par des pairs à Hamilton qui met en relation des jeunes et des aînés ayant des problèmes de santé mentale (les jeunes aident les personnes plus âgées dans leurs activités quotidiennes) et b) l'expansion de programmes de jour et de répit pour les aînés atteints de démence.

Les services de soutien à domicile représentent l'une des principales initiatives de planification du RLISS en partenariat avec des intervenants de tout le RLISS. Cette initiative s'appuie sur des modèles et des pratiques adoptés au Canada et à l'étranger. Les Fonds pour les priorités urgentes et le financement pour l'Année 1 de la stratégie VCS ont appuyé les programmes de soutien à domicile/de logement avec assistance.

Le RLISS invitera le Réseau des soins palliatifs à travailler avec l'Hôpital général de Norfolk pour examiner la possibilité de créer un service communautaire de soins palliatifs à Norfolk.

Le RLISS appuie l'intégration d'approches et de pratiques pluridisciplinaires pour améliorer le système. Un Comité consultatif des professionnels de la santé, formé de 15 membres, a tenu sa deuxième réunion en mai 2008. Le Comité, qui se réunira tous les trimestres, fournira des conseils au RLISS sur les modèles de soins, les champs d'exercice et l'utilisation d'une terminologie commune.



Le RLISS a entrepris un processus de réaffectation de fonds entre les fournisseurs de services. Ce processus tient compte des pressions dans le RLISS et des priorités du Plan de services de santé intégrés. Il permet au RLISS d'optimiser l'utilisation des fonds disponibles.

Le McMaster Children's Hospital, en partenariat avec les RLISS de HNHB et de WW, examine actuellement l'éventail de ses services ainsi que les exigences en matière de continuum afin d'assurer des soins et des services de soutien continus aux enfants et aux jeunes. En outre, l'hôpital définit un modèle d'Accès à de meilleurs soins qui vise à consolider les soins de santé notamment pour les enfants et les jeunes à Hamilton et dans le RLISS.

B4 Utilisation du système de santé

19. Les hôpitaux du RLISS de HNHB rapportent des temps d'attente de plus en plus longs dans les services d'urgence, en partie dus à l'augmentation des taux d'utilisation des autres niveaux de soins (ANS).

- Les données communiquées par les hôpitaux au cours des six derniers mois reflètent les pressions causées par l'utilisation des ANS et indiquent une augmentation des temps d'attente d'admission à l'hôpital pour les patients qui se trouvent dans les salles d'urgence. Durant les deux dernières semaines d'avril, les patients arrivés aux urgences ont attendu en moyenne entre 10 et 24 heures ou plus avant d'être admis à l'hôpital.
- Le taux élevé d'utilisation des services d'urgence indique qu'il faut améliorer l'accès aux soins primaires pour les personnes de moins de 55 ans et l'efficacité de ces soins. Dans le Sud de l'Ontario, le RLISS de HNHB a le deuxième taux le plus élevé de visites dans les services d'urgence pour des raisons non urgentes^{xxi}.

20. Bien qu'il varie selon les régions du RLISS, le taux élevé d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires indique qu'il faut examiner les pratiques d'admission, particulièrement dans les régions où l'accès à un médecin de famille est difficile.

- En 2006/07, dans le RLISS de HNHB, le taux de sorties de l'hôpital pour des conditions propices aux soins ambulatoires était de 373,82/100 000 personnes, soit un taux nettement supérieur à la moyenne ontarienne de 325,52/100 000 et le 5^e taux le plus élevé de la province^{xxii}.
- En 2006/07, le taux de sorties de l'hôpital pour des conditions propices aux soins ambulatoires, par division de recensement basée sur le lieu de résidence des patients dans le RLISS de HNHB, variait entre 275 et 513/100 000. À noter que dans quatre régions sur cinq, le taux de sorties de l'hôpital était supérieur à la moyenne provinciale.

21. L'utilisation élevée des services de soins orthopédiques actifs et des services de traumatologie, et les coûts élevés liés aux blessures, indiquent la nécessité de mettre l'accent sur des initiatives de promotion de la sécurité et de prévention des accidents^{xxiii}.
22. Les chutes représentent la principale cause de blessures chez les adultes âgés, et elles sont à l'origine de 59 % des visites dans les services d'urgence pour cause de blessures. 80 % des hospitalisations pour blessures sont liées à une chute^{xxiv}.
23. En 2005, les taux d'hospitalisation pour blessures, standardisés selon l'âge, parmi les résidents du RLISS de HNHB étaient de 506/100 000, soit un taux sensiblement supérieur au taux provincial de 450/100 000^{xxv}.
24. Le faible taux d'utilisation des programmes de réadaptation chez les patients hospitalisés indique la nécessité d'améliorer l'accès à ces programmes pour les résidents de HNHB.
 - En 2004/05, le taux de séances de réadaptation des patients hospitalisés parmi les résidents du RLISS de HNHB était de 1,2/1 000 personnes, soit un taux nettement inférieur au taux ontarien (2,0/1 000)^{xxvi}.
25. La variation importante concernant l'utilisation des lits de soins continus complexes (SCC) en milieu hospitalier indique la nécessité d'assurer un accès équitable aux lits de SCC dans toutes les collectivités du RLISS^{xxvii}.
 - Le RLISS de HNHB comptait le plus grand volume d'admissions de résidents dans des lits SCC en milieu hospitalier (2004/5) parmi la population des 14 RLISS (3 274 admissions de patients nécessitant des SCC, soit 16,4 % du total des admissions pour SCC dans les hôpitaux ontariens). Les taux d'admissions pour SCC variaient considérablement.
26. La variation importante du nombre de lits de soins de longue durée (SLD) dans les foyers indique la nécessité d'assurer un accès équitable à ces lits dans toutes les collectivités de HNHB.
 - Le nombre de lits de SLD varie entre 88,1 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus à Haldimand/Norfolk, et 108,6 lits à Hamilton.

Activités en cours dans le RLISS de HNHB

Le Comité directeur sur l'accès aux services d'urgence s'attaquera aux problèmes liés à l'utilisation inappropriée des services d'urgence.

Le RLISS met à l'essai une stratégie visant à alléger les pressions créées par l'augmentation des taux d'utilisation des autres niveaux de soins. Il s'agit d'un accès rotatif régulier au protocole pilote de crise 1A qui vise à équilibrer les besoins des collectivités et des hôpitaux.

Le RLISS évaluera, par subdivision de recensement et par hôpital, les tendances en matière d'hospitalisation pour les conditions propices aux soins ambulatoires. Les conclusions seront partagées avec des comités hospitaliers mixtes, y compris avec les médecins-chefs des services d'urgence et les comités des vice-présidents des services cliniques, afin de déterminer s'il est nécessaire de poursuivre les études menant à des solutions.

Le RLISS définit et met en place des stratégies basées sur la collaboration afin de réduire les taux de blessures dans le RLISS :

- Un cadre de travail pour la prévention des chutes à l'échelle du RLISS est en cours d'élaboration. Il appuiera les investissements en vertu de la stratégie Vieillir chez soi, les initiatives prioritaires et les exigences de partenariats en vue d'atteindre les objectifs visés.
- Un Groupe de travail du RLISS sur la santé au travail/les soins primaires consulte les centres de santé communautaires, les équipes Santé familiale et les spécialistes de la médecine du travail pour créer des outils de détection précoce des facteurs de risque au travail et pour étudier des systèmes de gestion et de réadaptation efficaces des travailleurs blessés.

Le RLISS s'est engagé à appuyer le financement de 15 lits de réadaptation temporaires dans la région de Niagara pour 2008/09 et 2009/10.

Le RLISS travaille avec des fournisseurs pour déterminer comment réduire les taux de réadmissions pour myocardiopathie en mettant l'accès sur des soins basés sur les meilleures pratiques et en améliorant l'accès aux soins cardiaques avancés pour tous les résidents du RLISS.

Le RLISS a organisé une réunion entre l'Hôpital général de Norfolk, le Centre de santé communautaire de Brant et le centre Hotel Dieu Shaver Health and Rehabilitation afin d'élaborer un plan portant sur les lits de réadaptation dans le RLISS.

Le RLISS a entrepris une étude qui recommandera un modèle de prestations de soins (à l'échelle du RLISS) dans les CSC. Ce modèle s'inscrira dans le cadre d'un système de soins intégré et durable pour les aînés.

Le RLISS établit des liens entre les conclusions du Comité directeur sur l'accès à d'autres niveaux de soins, les activités de planification (en vertu de la stratégie Vieillir chez soi) favorisant la vie autonome et d'autres ressources connexes, afin d'assurer, parmi les améliorations visées, un accès équitable aux lits situés dans les foyers de soins de longue durée.

SECTION C. DIFFICULTÉS ET TENDANCES

C1 Impact potentiel concernant les engagements de l'Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS (ERMIR)

Difficultés et risques :

Temps d'attente

- La qualité des données sur les temps d'attente et, par conséquent, la situation présentée à cet égard demeurent un problème. En 2007/08 un hôpital du RLISS a réussi à réduire considérablement les temps d'attente pour les services d'arthroplastie totale (hanche et genou). Pour ce faire, il a passé en revue les listes d'attente et a formé ses employés de bureau à l'utilisation du Système d'information sur les temps d'attente. Ces initiatives demandent des efforts, car les bureaux des chirurgiens ne sont pas gérés par l'administration de l'hôpital. Des chirurgiens ont accepté l'aide proposée et l'hôpital en question a pris en charge certaines activités de suivi qui facilitent le maintien de listes précises pour les bureaux des chirurgiens. La réussite de ce projet pilote a été reconnue au niveau provincial et a débouché sur un financement unique destiné aux activités de gestion des listes d'attente. Le RLISS a utilisé ces fonds pour mettre en place, dans un autre hôpital, le modèle d'amélioration de la gestion des listes d'attente décrit ci-dessus. Des ressources seront requises pour continuer à améliorer la qualité des données sur les temps d'attente.
- Imagerie par résonance magnétique (IRM) – À la fin de 2007/08, les temps d'attente pour une IRM étaient supérieurs à la référence provinciale de 28 jours pour la priorité IV et à la cible de 95 jours visée par le RLISS. La capacité des services d'IRM dans le RLISS a été augmentée en 2007/08 grâce à l'ajout d'un nouveau scanner IRM, et un autre appareil sera acheté en 2008/09. En dépit des efforts pour accroître le nombre de scanners dans le RLISS, la demande croissante de services d'IRM continue de rendre difficile la réduction des temps d'attente. Face à deux principaux défis, nous devons étudier les possibilités suivantes : l'existence de demandes inappropriées d'IRM (IRM non requise ou recommandée); la demande dans plusieurs sites d'une IRM pour un même patient; et la description de l'état de santé du patient comme plus grave qu'en réalité pour accroître le niveau de priorité de l'IRM.
- Tomographie par ordinateur (TO) – Les temps d'attente pour les TO continuent de s'améliorer régulièrement depuis avril 2006. Toutefois, ils restent supérieurs à la référence provinciale concernant la priorité IV. Les temps d'attente pour les IRM et les TO ont été réduits depuis que du personnel formé a été autorisé à injecter en soirée une substance de contraste et que des infirmières ont été ajoutées aux équipes des services de visualisation diagnostique.
- Arthroplastie totale (AT) – Bien que le RLISS de HNHB ait fait des progrès considérables en matière de réduction des temps d'attente pour les AT depuis avril 2005, les temps d'attente actuels restent supérieurs à la référence provinciale pour la priorité IV concernant les arthroplasties de la hanche et du genou. La réduction des temps d'attente en 2007/08 a été largement due à la réussite des activités de gestion des listes d'attente dans un hôpital. Des résultats semblables sont prévus pour 2008/09 lorsque le même projet sera mis en place dans un autre hôpital du RLISS. En outre, l'accès à l'AT à Hamilton a été amélioré grâce à l'ouverture d'un Centre d'évaluation AT en avril 2007. Actuellement, 17 médecins aiguillent des patients vers ce centre et ce nombre devrait augmenter à mesure que cette initiative sera mieux connue dans la collectivité et acceptée par les médecins. Malgré l'amélioration des listes d'attente et les efforts entrepris en 2007/08 à cet égard, la plupart des hôpitaux assurant des

services d'AT dans le RLISS n'ont pas été en mesure de traiter les volumes prévus en vertu de la stratégie sur les temps d'attente. Cette sous-performance est due en grande partie à l'augmentation des pressions dans les autres niveaux de soins (ANS) qui conduisent à l'annulation de chirurgies AT. Le RLISS appuie activement les stratégies qui s'attaquent au problème lié aux ANS, et évaluera l'impact de ces efforts sur les services d'AT à la fin de 2008/09.

- Chirurgie de la cataracte – Les temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte sont inférieurs à la référence provinciale de 180 jours pour la priorité IV. Les progrès continuent comme prévu au Regional Eye Surgery et au Eye Medicine Centre à Stoney Creek qui fonctionne à pleine capacité depuis janvier 2008. L'ouverture de ce centre – résultat d'une collaboration entre trois hôpitaux du RLISS de HNHB – contribuera grandement à continuer à réduire les temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte.
- Chirurgie d'un cancer – Les données concernant les chirurgies du cancer dans le RLISS de HNHB sont dans les limites de la référence provinciale. Toutefois, les temps d'attente d'une chirurgie pour certains cancers sont supérieurs à la référence en raison de la forte demande ou d'un manque de chirurgiens dans certaines spécialités. Ce manque, parfois à court terme, peut survenir si des chirurgiens sont malades ou en congé de maternité. Ces situations causent occasionnellement une augmentation temporaire des temps d'attente.
- Pontage coronarien – Dans le RLISS de HNHB, les temps d'attente pour un pontage coronarien sont nettement inférieurs aux références provinciales depuis la mise en place de l'initiative sur les temps d'attente. Toutes les chirurgies ont lieu à l'Hôpital général de Hamilton qui fait partie de la Hamilton Health Sciences Corporation. Périodiquement, les temps d'attente augmentent brièvement s'il y a davantage de cas urgents et de chirurgies complexes qui exigent l'utilisation pendant plus longtemps de salles d'opération et de lits de soins intensifs.

Indicateurs de l'ERMR ne concernant pas la Stratégie de réduction des temps d'attente

- Temps d'attente moyens pour les placements dans des foyers de soins de longue durée (SLD) – Avec 64 jours d'attente, le RLISS de HNHB occupait en 2006/07 le troisième rang provincial en ce qui concerne les temps d'attente les plus longs et ce, bien que le nombre de lits de SLD soit conforme à la politique du MSSLD et supérieur au nombre de lits dans les RLISS avoisinants. Le RLISS et le Comité directeur sur l'accès à d'autres niveaux de soins à HNHB s'efforcent de mettre en place des stratégies favorisant le retour des aînés frères chez eux après un séjour à l'hôpital, et des stratégies qui conduiront à de meilleures pratiques de planification des sorties de l'hôpital. Des initiatives sont aussi entreprises pour sensibiliser les fournisseurs et les collectivités au choix de style de vie et aux services de soutien communautaires pour cette population. Chaque trimestre, le Comité directeur sur l'accès aux autres niveaux de soins à HNHB présente au RLISS un rapport sur les progrès en vue d'améliorer l'utilisation de la capacité des SLD.
- Taux d'utilisation des autres niveaux de soins (ANS) – Depuis deux ans environ, le taux d'utilisation des ANS dans le RLISS de HNHB est le plus élevé ou l'un des plus élevés de la province. 60 % des personnes nécessitant un autre niveau de soins ont besoin de SLD; ce taux reflète en partie l'utilisation des lits de SLD et les pratiques de planification des sorties de l'hôpital. Mais il reflète aussi l'utilisation des soins continus complexes, des lits de réadaptation et de santé mentale par des personnes qui ne requièrent pas ce niveau de service, et la capacité d'assurer des services à des personnes ayant d'importants problèmes de comportement. Plusieurs stratégies sont entreprises notamment : l'accès régulier rotatif au

protocole pilote de crise 1A qui équilibre les besoins des collectivités et des hôpitaux; trois projets pilotes de réadaptation lente qui permettent à des personnes nécessitant un autre niveau de soins de recevoir des SLD dans la collectivité; l'amélioration de la planification des sorties de l'hôpital; la remise en activité de lits SLD inoccupés; et l'éducation des fournisseurs et du public au sujet des choix de styles de vie pour les personnes qui vieillissent. Les taux élevés d'utilisation des ANS demeurent un défi pour les services chirurgicaux et d'urgence des hôpitaux et constituent un obstacle à l'atteinte des cibles visées et à la réduction des temps d'attente. Chaque trimestre, le Comité directeur sur l'accès à d'autres niveaux de soins à HNHB présente au RLISS un rapport sur les temps d'attente, les progrès des stratégies et les taux d'utilisation des ANS.

- Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) – Le RLISS de HNHB a le 5^e taux le plus élevé (2006/07) de la province en ce qui concerne les hospitalisations pour des CPSA. Le RLISS analysera de manière plus détaillée les données relatives aux CPSA et fera part de ses conclusions aux principaux comités, afin d'accroître les stratégies d'évaluation et de mise en œuvre visant à réduire ce facteur potentiel de pression sur les lits. Le Comité directeur sur l'accès aux services d'urgence présentera au RLISS un rapport trimestriel sur ses progrès en matière d'évaluation, de stratégies et de tendances concernant les CPSA.
- Taux de visites dans les services d'urgence, qui pourraient être traitées ailleurs – Dans le RLISS de HNHB, le taux de visites dans les services d'urgence, qui pourraient être traitées ailleurs, se situe légèrement au-dessus de la moyenne provinciale. Au niveau des régions du RLISS, ces taux sont élevés uniquement dans les régions qui sont desservies par de petits hôpitaux et ont un manque important de médecins de famille. Bien que l'on puisse s'attendre à une certaine amélioration de ce taux grâce à de meilleures pratiques dans les services d'urgence, le recrutement de médecins de famille sera un facteur essentiel pour atteindre cet objectif. Le Comité directeur sur l'accès aux services d'urgence présentera au RLISS un rapport trimestriel sur l'évaluation des données concernant les fournisseurs, les stratégies d'amélioration de l'utilisation des services d'urgence et les tendances à l'égard de cet indicateur.

Difficultés générales

- L'existence suffisante de ressources humaines en santé continuera d'être un obstacle dans le RLISS de HNHB. Des pressions ont été signalées dans les secteurs suivants :
 - Techniciens en IRM. Le RLISS a de la difficulté à recruter et à garder des techniciens en IRM en raison du bassin de main-d'œuvre limité, de la modification des études et de la concurrence entre les centres.
 - Infirmières, particulièrement dans certains lieux et secteurs. Le secteur des soins de longue durée, en particulier, fait face à un problème de concurrence avec les hôpitaux et avec les CASC qui paient plus cher le personnel infirmier autorisé. Les programmes du ministère favorisant l'embauche devraient commencer à résoudre cette difficulté.
 - Anesthésistes. Certains hôpitaux du RLISS indiquent que des contraintes limitent leur capacité de chirurgie. Le ministère a lancé un programme concernant les aides anesthésistes qui permet d'accroître le volume d'interventions des anesthésistes. L'adoption de ce programme dans les hôpitaux du RLISS est en cours de considération.
 - Fournisseurs de soins primaires. L'accès à un médecin de famille demeure un problème majeur dans tout le RLISS. Cette situation a des répercussions sur la

continuité et, potentiellement, sur la qualité des soins pour les personnes qui n'ont pas de médecin de famille. Par ailleurs, des effets se font sentir au niveau de la dotation en personnel dans les services d'urgence situés en dehors des centres hospitaliers universitaires, où les médecins de famille font souvent partie des équipes des services d'urgence. L'ouverture de nouveaux centres de santé communautaires dans le RLISS réglera certaines difficultés d'accès au niveau communautaire.

- Les hôpitaux du RLISS qui ont réussi à équilibrer leur budget en 2008/09 auront de la difficulté à maintenir cet équilibre en cas de pressions opérationnelles inattendues (p. ex. infections, augmentation de la demande des services due à une réduction des services ailleurs, coûts liés au règlement de contrats).
- Les risques potentiels pour les hôpitaux qui n'ont pas encore signé d'entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERSH) sont inconnus, mais pourraient avoir un impact sur l'accès aux services et sur les temps d'attente.

Besoins en personnel dans le RLISS de HNHB

Le personnel du RLISS de HNHB a de la difficulté à répondre aux exigences de l'Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS :

- Le nombre de fournisseurs de services de santé (+ de 250) est élevé par rapport aux autres RLISS et le personnel n'est pas proportionnel à la charge de travail.
- Le personnel est insuffisant pour appuyer le grand nombre de possibilités de collaborations en vue de l'intégration de services.
- La charge de travail a augmenté considérablement en 2008 depuis que le RLISS est responsable des ententes de services avec des organismes autres que les hôpitaux.

C2 Impact potentiel de la phase 1 du Plan de services de santé intégrés (PSSI)

Impact du PSSI sur les facteurs générateurs de coût, les conditions/difficultés locales, les questions d'offre et de demande, les préoccupations régionales en matière de santé, et les activités à HNHB (au 31 mai 2008) :

Enfants et jeunes – Les besoins en matière de santé de ce groupe sont étudiés dans le plan d'orientation « Accès à de meilleurs soins » actuellement défini par le Hamilton Health Sciences. Un des objectifs est d'évaluer le rôle du Children's Hospital afin d'améliorer les soins et d'appuyer les enfants et les jeunes, ainsi que leur famille, dans le RLISS de HNHB.

L'accès aux **services de santé mentale et de toxicomanie** est facilité grâce à des initiatives de planification stratégique dans plusieurs collectivités du RLISS. Il est aussi appuyé par le gouvernement qui a mis l'accent sur l'amélioration de la santé mentale et des logements avec services de soutien dans le budget annoncé en mars 2008.

Les pressions à l'Hôpital général de Norfolk (HGN) ont conduit à 2 initiatives en vertu des priorités du PSSI : a) des mesures pour consolider **les soins en fin de vie** offerts dans la collectivité afin de libérer jusqu'à 4 lits de l'HGN actuellement utilisés pour des soins palliatifs; et b) l'appui de discussions entre l'HGN et St. Joseph's Health Care à Hamilton afin de renforcer l'accès aux soins de **santé mentale** et l'appui aux résidents de cette région.

La stratégie Vieillir chez soi accélère des initiatives qui favorisent la santé et l'indépendance des **aînés frêles** vivant dans la collectivité.

Des intervenants du RLISS planifient une stratégie visant à examiner les préoccupations régionales concernant l'offre, la distribution et l'utilisation adéquates des services de réadaptation et des soins continus complexes, afin d'assurer la **continuité des soins et d'établir des plans concernant les soins**.

Dans son budget de mars 2008, le gouvernement a annoncé de nouvelles priorités provinciales qui ont été intégrées dans la mise à jour du PSSI de HNHB en juin 2008.

L'intégration de la technologie de communication (cybersanté) entre les fournisseurs du RLISS progresse lentement, ce qui nuit à l'accès en temps opportun à des renseignements sur les patients durant leur déplacement dans le continuum de services de soins et de soutien.

SECTION D : PLANS DÉTAILLÉS DE MISE EN ŒUVRE DES PRIORITÉS ET DES ENGAGEMENTS DU PSSI POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL

RAPPORT PROVISOIRE SUR LA PHASE 1 DU PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS (PSSI) À HNHB - AVRIL 2008 (en attendant la mise à jour du PSSI en juin 2008)

Promotion de la santé au travail et Prévention

Un Groupe de travail du RLISS sur la santé au travail/les soins primaires a passé en revue les meilleures pratiques dans ce domaine. Il a aussi établi des liens avec des centres de santé communautaires, des équipes Santé familiale et des spécialistes de la santé au travail de tout le RLISS, afin de créer des outils de dépistage précoce des facteurs de risques en milieu de travail et d'étudier des systèmes efficaces de gestion et de réadaptation des travailleurs blessés.

Les enfants et les jeunes : offrir plus près du domicile des services basés sur les meilleures pratiques

Échange de connaissances sur la santé des enfants

Le nouvel institut McMaster Child Health Research Institute (MCHRI) définit actuellement une proposition en vue de disséminer des connaissances et les résultats de recherches auprès des fournisseurs de services de santé de première ligne. La proposition fera prochainement l'objet d'une consultation.

e-CHN (Electronic Child Health Network) – Réseau électronique d'informations sur la santé des enfants

Hamilton Health Sciences transmet toutes les données cliniques sur les patients de moins de 19 ans au système de données eCHN, afin que ces données soient disponibles dans tous les sites membres du réseau e-CHN en Ontario. La prochaine étape visera à accroître l'utilisation des dossiers cliniques eCHN dans les organismes locaux des RLISS, et à identifier les hôpitaux communautaires qui souhaitent transmettre leurs données cliniques à eCHN.

Réseau de réadaptation pour les enfants et les jeunes

Le réseau regroupe quatre centres de traitement pour les enfants, les services de soutien scolaire du CASC de HNHB et des représentants du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. Le réseau a examiné le programme novateur de transition scolaire en vigueur à Niagara et les préoccupations communes à l'égard de la coordination des services entre les deux ministères. Il compte étudier des données partagées sur les modèles de prestation des services dans toute la région. Des discussions préliminaires ont eu lieu sur la préparation d'un Plan de réadaptation des enfants qui suivrait le modèle du plan « Acute Child Health Plan ».

Capacité des collectivités : évaluation et traitement des jeunes ayant des problèmes de santé mentale

Une unité de santé mentale pour les patients hospitalisés est en cours de mise en place au McMaster Children's Hospital. Une grande partie des efforts de développement de la capacité des collectivités a été axée sur l'Équipe d'extension des services de santé mentale au site Chedoke. Le recrutement de professionnels de la santé mentale (particulièrement de psychiatres pour enfants) demeure difficile.

Amélioration de l'accès aux soins et aux services de soutien pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie

On définit actuellement un cadre de travail sur les mesures prioritaires afin de créer un plan d'amélioration de la santé qui s'appuiera sur les conclusions d'une séance de consultation organisée à l'échelle du RLISS en 2007 et sur les initiatives de planification stratégique entreprises par des intervenants de Niagara et du comté de Brant.

Aider les gens à vivre de manière autonome dans la collectivité

La stratégie Vieillir chez soi accélère la planification coordonnée et les financements nécessaires pour combler les écarts en matière de soins; améliore les services de soutien à domicile, les transports intégrés et les mesures de prévention des chutes; et examine les possibilités pour accroître les services existants d'accès à l'alimentation, d'information et d'aiguillage.

Assurer aux aînés des soins et un soutien appropriés, en temps voulu

Le réseau GAIN (Geriatric Assessment and Integration Network) définit un plan d'orientation en vue d'assurer des services spécialisés aux aînés frêles, et de fournir des informations pour appuyer les options de financement des initiatives de la stratégie Vieillir chez soi.

Assurer les meilleurs soins et services de soutien possibles aux personnes en fin de vie

Le réseau HPCN (Hospice and Palliative Care Network) du RLISS de HNHB a lancé à l'échelle du RLISS un plan concernant les soins en fin de vie. Il a été invité à travailler avec l'Hôpital général de Norfolk (HGN) pour déterminer comment consolider les options portant sur les soins en fin de vie offertes dans les collectivités. L'objectif est de promouvoir les choix et de réduire la dépendance à l'égard des services en milieu hospitalier.

Cybersanté

Le RLISS de HNHB a révisé sa stratégie sur la cybersanté afin de mettre l'accent sur les secteurs suivants :

- Gestion des maladies chroniques, en particulier du diabète
- Mise en place de la stratégie provinciale Vieillir chez soi
- Intégration des services entre les hôpitaux, les CASC et les médecins

Grâce au processus de réaffectation de fonds, le RLISS de HNHB a attribué des financements uniques pour appuyer en 2008/09 les initiatives de cybersanté suivantes :

- Stratégie intégrée d'aide à la décision
- Interface commune pour les CASC
- Courriel pour appuyer les collectivités
- Mise à jour du portail pour les équipes Santé familiale

Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN
Annual Service Plan 2008 – 2009

SECTION E: ATTACHMENT A

Table 1: LHIN Financial Summary (\$000s - excluding inter-LHIN transfers and e-Health)		2006/07 Restated Interim Actuals [A]			2007/08 Allocation [B]			2008/09 Funding Target [C]			2008/09 Planned Expenses			2008/09 Variance			2009/10 Funding Target [D]			2009/10 Planned Expenses			2009/10 Variance			2010/11 Funding Target (flat-lined from 2009/10) [E]			2010/11 Planned Expenses			2010/11 Variance		
		GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total
1	LHIN Operations (GRE) ¹			3,930.7			4,474.7			4,949.0			0.0			0.0			4,949.0			5,262.9			313.9			4,949.0			5,512.4			563.4
2	Operations of Hospitals - Total	1,489,706.1		1,489,706.1	1,599,087.0		1,599,087.0	1,626,518.9		1,626,518.9	1,626,518.9	0.0	1,626,518.9	0.0	0.0	0.0	1,641,405.8		1,641,405.8	1,641,405.8	0.0	1,641,405.8	0.0	0.0	0.0	1,641,405.8		1,641,405.8	1,641,405.8	0.0	1,641,405.8	0.0	0.0	0.0
3	Grants to Compensate for Municipal Taxation - Public Hospitals		470.9	470.9		462.1	462.1		462.1	462.1	0.0	462.1	462.1	0.0	0.0	0.0		462.1	462.1	0.0	462.1	462.1	0.0	0.0	0.0		462.1	462.1	0.0	462.1	462.1	0.0	0.0	0.0
4	Long-Term Care Homes		328,897.9	328,897.9		356,860.1	356,860.1		366,177.5	366,177.5	0.0	366,177.5	366,177.5	0.0	0.0	0.0		366,177.5	366,177.5	0.0	366,177.5	366,177.5	0.0	0.0	0.0		366,177.5	366,177.5	0.0	366,177.5	366,177.5	0.0	0.0	0.0
5	Community Care Access Centres		208,213.4	208,213.4		203,404.5	203,404.5		209,942.1	209,942.1	0.0	209,942.1	209,942.1	0.0	0.0	0.0		218,339.8	218,339.8	0.0	218,339.8	218,339.8	0.0	0.0	0.0		229,256.8	229,256.8	0.0	229,256.8	229,256.8	0.0	0.0	0.0
6	Community Support Services ²		29,844.1	29,844.1		35,241.1	35,241.1		48,970.8	48,970.8	0.0	48,970.8	48,970.8	0.0	0.0	0.0		60,843.3	60,843.3	0.0	60,843.3	60,843.3	0.0	0.0	0.0		76,209.8	76,209.8	0.0	76,209.8	76,209.8	0.0	0.0	0.0
7	Assisted Living Services in Supportive Housing		20,774.9	20,774.9		22,102.0	22,102.0		21,396.2	21,396.2	0.0	21,396.2	21,396.2	0.0	0.0	0.0		21,877.6	21,877.6	0.0	21,877.6	21,877.6	0.0	0.0	0.0		22,369.9	22,369.9	0.0	22,369.9	22,369.9	0.0	0.0	0.0
8	Community Health Centres		7,490.9	7,490.9		9,060.7	9,060.7		8,881.5	8,881.5	0.0	8,881.5	8,881.5	0.0	0.0	0.0		8,881.5	8,881.5	0.0	8,881.5	8,881.5	0.0	0.0	0.0		8,881.5	8,881.5	0.0	8,881.5	8,881.5	0.0	0.0	0.0
9	Community Mental Health		40,926.9	40,926.9		43,745.0	43,745.0		44,358.3	44,358.3	0.0	44,358.3	44,358.3	0.0	0.0	0.0		45,356.3	45,356.3	0.0	45,356.3	45,356.3	0.0	0.0	0.0		46,376.8	46,376.8	0.0	46,376.8	46,376.8	0.0	0.0	0.0
10	Addictions Programs		11,903.0	11,903.0		12,087.7	12,087.7		12,156.1	12,156.1	0.0	12,156.1	12,156.1	0.0	0.0	0.0		12,429.7	12,429.7	0.0	12,429.7	12,429.7	0.0	0.0	0.0		12,709.3	12,709.3	0.0	12,709.3	12,709.3	0.0	0.0	0.0
11	Specialty Psychiatric Hospitals - Total		682.2	682.2		0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
12	Grants to Compensate for Municipal Taxation - Psychiatric Hospitals		0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total LHIN Budget		1,489,706.1	649,204.3	2,142,841.0	1,599,087.0	682,963.2	2,286,524.9	1,626,518.9	712,344.6	2,343,812.5	1,626,518.9	712,344.6	2,343,812.5	0.0	0.0	0.0	1,641,405.8	734,367.8	2,380,722.6	1,641,405.8	734,367.8	2,381,036.5	0.0	0.0	313.9	1,641,405.8	762,443.7	2,408,798.5	1,641,405.8	762,443.7	2,409,361.9	0.0	0.0	563.4

¹ GRE = Government Reporting Entity
¹ Includes amounts for Wait List Management, Aging At Home, Emergency Department Lead and Aboriginal Plannin
² Includes amount for initiatives that have not yet been allocated to various sector

**Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN
Annual Service Plan 2008 – 2009**

SECTION E: ATTACHMENT B1

Table 2a: Proposed Program Changes (Operations of Hospitals)

Proposed Change	Financial Impact (\$000's)									Short Description	Tangible Results Expected
	2008/09			2009/10			2010/11				
	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total		
Pre-Approved Funding Targets	1,626,518.9	0.0	1,626,518.9	1,641,405.8	0.0	1,641,405.8	1,641,405.8	0.0	1,641,405.8		
Program Change 1			0.0			0.0			0.0		
Program Change 2			0.0			0.0			0.0		
Program Change 3			0.0			0.0			0.0		
Program Change 4			0.0			0.0			0.0		
Program Change 5			0.0			0.0			0.0		
Sub-Total Program Changes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Efficiency Gains (Pending Policy)											
Efficiency Reinvestment (Pending Policy)											
Total Planned Expense	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		

**Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN
Annual Service Plan 2008 – 2009**

SECTION E: ATTACHMENT B2

Table 2b: Proposed Program Changes (Municipal Taxation Grants - Public Hospitals)

Proposed Change	Financial Impact (\$000's)									Short Description	Tangible Results Expected
	2008/09			2009/10			2010/11				
	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total		
Pre-Approved Funding Targets	0.0	462.1	462.1	0.0	462.1	462.1	0.0	462.1	462.1		
Program Change 1			0.0			0.0			0.0		
Program Change 2			0.0			0.0			0.0		
Program Change 3			0.0			0.0			0.0		
Program Change 4			0.0			0.0			0.0		
Program Change 5			0.0			0.0			0.0		
Sub-Total Program Changes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Efficiency Gains (Pending Policy)											
Efficiency Reinvestment (Pending Policy)											
Total Planned Expense	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		

**Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN
Annual Service Plan 2008 – 2009**

SECTION E: ATTACHMENT B3

Table 2c: Proposed Program Changes (Long-Term Care Homes)

Proposed Change	Financial Impact (\$000's)									Short Description	Tangible Results Expected
	2008/09			2009/10			2010/11				
	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total		
Pre-Approved Funding Targets	0.0	366,177.5	366,177.5	0.0	366,177.5	366,177.5	0.0	366,177.5	366,177.5		
Program Change 1			0.0			0.0			0.0		
Program Change 2			0.0			0.0			0.0		
Program Change 3			0.0			0.0			0.0		
Program Change 4			0.0			0.0			0.0		
Program Change 5			0.0			0.0			0.0		
Sub-Total Program Changes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Efficiency Gains (Pending Policy)											
Efficiency Reinvestment (Pending Policy)											
Total Planned Expense	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		

**Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN
Annual Service Plan 2008 – 2009**

SECTION E: ATTACHMENT B4

Table 2d: Proposed Program Changes (Community Care Access Centres)

Table 2d: Proposed Program Changes (Community Care Access Centres)											
Proposed Change	Financial Impact (\$000's)									Short Description	Tangible Results Expected
	2008/09			2009/10			2010/11				
	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total		
Pre-Approved Funding Targets	0.0	209,942.1	209,942.1	0.0	218,339.8	218,339.8	0.0	229,256.8	229,256.8		
Program Change 1			0.0			0.0			0.0		
Program Change 2			0.0			0.0			0.0		
Program Change 3			0.0			0.0			0.0		
Program Change 4			0.0			0.0			0.0		
Program Change 5			0.0			0.0			0.0		
Sub-Total Program Changes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Efficiency Gains (Pending Policy)											
Efficiency Reinvestment (Pending Policy)											
Total Planned Expense	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		

**Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN
Annual Service Plan 2008 – 2009**

SECTION E: ATTACHMENT B5

Table 2e: Proposed Program Changes (Community Support Services)

Proposed Change	Financial Impact (\$000's)									Short Description	Tangible Results Expected
	2008/09			2009/10			2010/11				
	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total		
Pre-Approved Funding Targets	0.0	48,970.8	48,970.8	0.0	60,843.3	60,843.3	0.0	76,209.8	76,209.8		
Program Change 1			0.0			0.0			0.0		
Program Change 2			0.0			0.0			0.0		
Program Change 3			0.0			0.0			0.0		
Program Change 4			0.0			0.0			0.0		
Program Change 5			0.0			0.0			0.0		
Sub-Total Program Changes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Efficiency Gains (Pending Policy)											
Efficiency Reinvestment (Pending Policy)											
Total Planned Expense	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		

**Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN
Annual Service Plan 2008 – 2009**

SECTION E: ATTACHMENT B6

Table 2f: Proposed Program Changes (Assisted Living Services in Supportive Housing)

Proposed Change	Financial Impact (\$000's)									Short Description	Tangible Results Expected
	2008/09			2009/10			2010/11				
	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total		
Pre-Approved Funding Targets	0.0	21,396.2	21,396.2	0.0	21,877.6	21,877.6	0.0	22,369.9	22,369.9		
Program Change 1			0.0			0.0			0.0		
Program Change 2			0.0			0.0			0.0		
Program Change 3			0.0			0.0			0.0		
Program Change 4			0.0			0.0			0.0		
Program Change 5			0.0			0.0			0.0		
Sub-Total Program Changes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Efficiency Gains (Pending Policy)											
Efficiency Reinvestment (Pending Policy)											
Total Planned Expense	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		

**Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN
Annual Service Plan 2008 – 2009**

SECTION E: ATTACHMENT B7

Table 2g: Proposed Program Changes (Community Health Centres)

Table 2g: Proposed Program Changes (Community Health Centres)											
Proposed Change	Financial Impact (\$000's)									Short Description	Tangible Results Expected
	2008/09			2009/10			2010/11				
	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total		
Pre-Approved Funding Targets	0.0	8,881.5	8,881.5	0.0	8,881.5	8,881.5	0.0	8,881.5	8,881.5		
Program Change 1			0.0			0.0			0.0		
Program Change 2			0.0			0.0			0.0		
Program Change 3			0.0			0.0			0.0		
Program Change 4			0.0			0.0			0.0		
Program Change 5			0.0			0.0			0.0		
Sub-Total Program Changes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Efficiency Gains (Pending Policy)											
Efficiency Reinvestment (Pending Policy)											
Total Planned Expense	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		

**Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN
Annual Service Plan 2008 – 2009**

SECTION E: ATTACHMENT B8

Table 2h: Proposed Program Changes (Community Mental Health)

Table 2h: Proposed Program Changes (Community Mental Health)											
Proposed Change	Financial Impact (\$000's)									Short Description	Tangible Results Expected
	2008/09			2009/10			2010/11				
	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total		
Pre-Approved Funding Targets	0.0	44,358.3	44,358.3	0.0	45,356.3	45,356.3	0.0	46,376.8	46,376.8		
Program Change 1			0.0			0.0			0.0		
Program Change 2			0.0			0.0			0.0		
Program Change 3			0.0			0.0			0.0		
Program Change 4			0.0			0.0			0.0		
Program Change 5			0.0			0.0			0.0		
Sub-Total Program Changes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Efficiency Gains (Pending Policy)											
Efficiency Reinvestment (Pending Policy)											
Total Planned Expense	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		

**Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN
Annual Service Plan 2008 – 2009**

SECTION E: ATTACHMENT B9

Table 2i: Proposed Program Changes (Addictions Program)

Table 2i: Proposed Program Changes (Addictions Program)											
Proposed Change	Financial Impact (\$000's)									Short Description	Tangible Results Expected
	2008/09			2009/10			2010/11				
	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total		
Pre-Approved Funding Targets	0.0	12,156.1	12,156.1	0.0	12,429.7	12,429.7	0.0	12,709.3	12,709.3		
Program Change 1			0.0			0.0			0.0		
Program Change 2			0.0			0.0			0.0		
Program Change 3			0.0			0.0			0.0		
Program Change 4			0.0			0.0			0.0		
Program Change 5			0.0			0.0			0.0		
Sub-Total Program Changes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Efficiency Gains (Pending Policy)											
Efficiency Reinvestment (Pending Policy)											
Total Planned Expense	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		

**Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN
Annual Service Plan 2008 – 2009**

SECTION E: ATTACHMENT B10

Table 2j: Proposed Program Changes (Specialty Psychiatric Hospitals)

Table 2j: Proposed Program Changes (Specialty Psychiatric Hospitals)											
Proposed Change	Financial Impact (\$000's)									Short Description	Tangible Results Expected
	2008/09			2009/10			2010/11				
	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total		
Pre-Approved Funding Targets	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Program Change 1			0.0			0.0			0.0		
Program Change 2			0.0			0.0			0.0		
Program Change 3			0.0			0.0			0.0		
Program Change 4			0.0			0.0			0.0		
Program Change 5			0.0			0.0			0.0		
Sub-Total Program Changes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Efficiency Gains (Pending Policy)											
Efficiency Reinvestment (Pending Policy)											
Total Planned Expense	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		

**Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN
Annual Service Plan 2008 – 2009**

SECTION E: ATTACHMENT B11

Table 2k: Proposed Program Changes (Municipal Taxation Grants - Specialty Psychiatric Hospitals)

Proposed Change	Financial Impact (\$000's)									Short Description	Tangible Results Expected
	2008/09			2009/10			2010/11				
	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total	GRE	Non-GRE	Total		
Pre-Approved Funding Targets	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Program Change 1			0.0			0.0			0.0		
Program Change 2			0.0			0.0			0.0		
Program Change 3			0.0			0.0			0.0		
Program Change 4			0.0			0.0			0.0		
Program Change 5			0.0			0.0			0.0		
Sub-Total Program Changes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Efficiency Gains (Pending Policy)											
Efficiency Reinvestment (Pending Policy)											
Total Planned Expense	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		

Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN **Annual Service Plan 2008 – 2009**

SECTION E: ATTACHMENT B12

Table 2I: eHealth Financial Summary (\$000s)					
eHealth (000s)	2006/07 Actuals [A]	2007/08 Allocation [B]	2008/09 Planned Expenses [C]	2009/10 Planned Expenses [D]	2010/11 Planned Expenses [E]
LHIN Operations*	0.0	275.0	120.0	TBD	TBD
Operations of Hospitals - Total	0.0	0.0			
Grants to Compensate for Municipal Taxation - Public Hospitals	0.0	0.0			
Long-Term Care Homes	0.0	0.0			
Community Care Access Centres	0.0	0.0			
Community Support Services	0.0	0.0			
Assisted Living Services in Supportive Housing	0.0	0.0			
Community Health Centres	0.0	0.0			
Community Mental Health	0.0	0.0			
Addictions Programs	0.0	0.0			
Specialty Psychiatric Hospitals - Total	0.0	0.0			
Grants to Compensate for Municipal Taxation - Psychiatric Hospitals	0.0	0.0			
Total LHIN Budget	0.0	275.0	120.0	0.0	0.0

* One-Time Funding Only will not be part of LHIN operations but transferred to HSPs (sector breakdown unknown at this time)

** Capital funding requirement \$20 million in each of the three years

Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN
Annual Service Plan 2008 – 2009

SECTION E: ATTACHMENT F

Table 5a: 2008-09 Inter-LHIN Transfers (\$000s)																														
	Erie St. Clair		South West		Waterloo Wellington		Hamilton Niagara Haldimand Brant		Central West		Mississauga Halton		Toronto Central		Central		Central East		South East		Champlain		North Simcoe Muskoka		North East		North West		Total	
	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE
LHIN Operations																													0.0	0.0
Operations of Hospitals - Total																													0.0	0.0
Grants to Compensate for Municipal Taxation - Public Hospitals																													0.0	0.0
Long-Term Care Homes																													0.0	0.0
Community Care Access Centres																													0.0	0.0
Community Support Services																													0.0	0.0
Assisted Living Services in Supportive Housing																													0.0	0.0
Community Health Centres																													0.0	0.0
Community Mental Health																													0.0	0.0
Addictions Programs																													0.0	0.0
Specialty Psychiatric Hospitals - Total																													0.0	0.0
Grants to Compensate for Municipal Taxation - Psychiatric Hospitals																													0.0	0.0
Total to be Transferred	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Table 5a: 2009-10 Inter-LHIN Transfers (\$000s)																														
	Erie St. Clair		South West		Waterloo Wellington		Hamilton Niagara Haldimand Brant		Central West		Mississauga Halton		Toronto Central		Central		Central East		South East		Champlain		North Simcoe Muskoka		North East		North West		Total	
	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE
LHIN Operations																													0.0	0.0
Operations of Hospitals - Total																													0.0	0.0
Grants to Compensate for Municipal Taxation - Public Hospitals																													0.0	0.0
Long-Term Care Homes																													0.0	0.0
Community Care Access Centres																													0.0	0.0
Community Support Services																													0.0	0.0
Assisted Living Services in Supportive Housing																													0.0	0.0
Community Health Centres																													0.0	0.0
Community Mental Health																													0.0	0.0
Addictions Programs																													0.0	0.0
Specialty Psychiatric Hospitals - Total																													0.0	0.0
Grants to Compensate for Municipal Taxation - Psychiatric Hospitals																													0.0	0.0
Total to be Transferred	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Table 5a: 2010-11 Inter-LHIN Transfers (\$000s)																														
	Erie St. Clair		South West		Waterloo Wellington		Hamilton Niagara Haldimand Brant		Central West		Mississauga Halton		Toronto Central		Central		Central East		South East		Champlain		North Simcoe Muskoka		North East		North West		Total	
	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE	GRE	Non-GRE
LHIN Operations																													0.0	0.0
Operations of Hospitals - Total																													0.0	0.0
Grants to Compensate for Municipal Taxation - Public Hospitals																													0.0	0.0
Long-Term Care Homes																													0.0	0.0
Community Care Access Centres																													0.0	0.0
Community Support Services																													0.0	0.0
Assisted Living Services in Supportive Housing																													0.0	0.0
Community Health Centres																													0.0	0.0
Community Mental Health																													0.0	0.0
Addictions Programs																													0.0	0.0
Specialty Psychiatric Hospitals - Total																													0.0	0.0
Grants to Compensate for Municipal Taxation - Psychiatric Hospitals																													0.0	0.0
Total to be Transferred	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN
Annual Service Plan 2008 – 2009

SECTION F: ATTACHMENT D

Table 5: LHIN Operations Spending Plan					
LHIN Operations Sub-Category (\$)	2006/07 Actuals	2007/08 Allocation	2008/09 Planned Expenses	2009/10 Planned Expenses	2010/11 Planned Expenses
Salaries and Wages	1,229,230	2,402,966	2,810,142	2,978,751	3,157,476
Employee Benefits					
HOOPP	68,532	191,145	227,622	241,279	255,756
Other Benefits	124,019	409,596	382,734	405,698	430,040
Total Employee Benefits	192,551	600,741	610,356	646,977	685,796
Transportation and Communication					
Staff Travel	56,415	56,250	61,000	62,220	63,464
Governance Travel	23,571	18,750	22,000	22,440	22,889
Communications		19,676	60,000	61,200	62,424
Other			7,000	7,140	7,283
Total Transportation and Communication	79,986	94,676	150,000	153,000	156,060
Services					
Accommodation	267,850	145,344	199,441	282,269	287,915
Advertising				-	-
Banking	673		-	-	-
Community Engagement	305,944	-	-	-	-
Consulting Fees	718,191		188,000	191,760	195,595
Equipment Rentals				-	-
Governance Per Diems	148,926	125,000	195,494	199,404	203,392
Insurance		16,038	15,967	16,286	16,612
LSSO Shared Costs	290,201	300,000	300,000	306,000	312,120
Other Meeting Expenses			127,000	129,540	132,131
Other Governance Costs				-	-
Printing & Translation				-	-
Staff Development				-	-
Total Services	1,731,785	586,382	1,025,902	1,125,260	1,147,765
Supplies and Equipment					
IT Equipment				-	-
Office Supplies & Purchased Equipment	425,068	343,655	315,100	321,402	327,830
Total Supplies and Equipment	425,068	343,655	315,100	321,402	327,830
Capital Assets Purchased	145,561			-	-
LHIN Operations: Total Planned Expense	3,804,181	4,028,420	4,911,500	5,225,390	5,474,926
Annual Funding Target			4,911,500	4,911,500	4,911,500
Variance			-	- 313,890	- 563,426

Hamilton Niagara Haldimand Brant LHIN

Annual Service Plan 2008 – 2009

SECTION F: ATTACHMENT E

Table 6: LHIN Staffing Plan					
	2006/07 Actuals as of March 31	2007/08 Forecast	2008/09 Plan	2009/10 Plan	2010/11 Plan
Position Title					
CEO	1	1	1	1	1
Senior Director	2	2	2	2	2
Senior Consultant	3	4	4	4	4
Business Support Manager	1	1	1	1	1
Corporate Coordinator	1	1	1	1	1
Executive Assistant	1	1	1	1	1
Administrative Assistant	1	1	1	1	1
Program Assistant	2	2	2	2	2
Receptionist	1	1	1	1	1
Office Assistant		1	1	1	1
Decision Support Consultant	1	1	1	1	1
Funding & Allocation Consultant	2	2	3	3	3
Controller/F & A Consultant		1	1	1	1
Community Engagement Consultant	2	2	2	2	2
Performance & Integration Consultant	1	1	1	1	1
Performance & Contract Mgmt Consultant		2	2	2	2
Planning & Integration Consultant		2	3	3	3
Planner	1	3	1	1	1
CE/Planning Support			1	1	1
Number of FTE	20	29	30	30	30

SECTION H: COMMUNICATION PLAN

The Communication Plan describes the methods the LHIN will use to release the post-budget, Ministry approved Annual Service Plan (ASP) including its funding and allocation details. Guidelines will be provided by the Ministry for LHIN communication staff to consider regarding press releases, funding announcements, etc., related to the ASP.

Objective:

To demonstrate the HNHB LHIN's responsiveness to community needs.

To communicate the HNHB LHIN's transformation activities and initiatives to stakeholders and the broader community.

Audiences:

There are primary and secondary audiences to be considered.

Primary Audience: Broader health sector including health services providers (HSPs) and hospitals; media outlets

Secondary Audience: Communities of Hamilton, Niagara, Haldimand, Brant, Norfolk and Burlington including elected officials (MPPs, Mayors and Regional Chairs)

Messaging:

The Annual Service Plan will assist the public in understanding how the HNHB LHIN is planning to address the needs of its community.

The Annual Service Plan is based on numerous discussions the HNHB LHIN has had with members of the public, health service providers, and stakeholders.

Strategy:

Highlight the focus of the Annual Service Plan and any special considerations required in meeting the identified needs of the LHIN as well as health service providers and community stakeholders.

Tactics:

Many province-wide tactics will need to be coordinated between all LHINs and the MOHLTC to ensure same day release across LHINs (release date to be confirmed).

As per MOHLTC direction to date: No direction or information has been provided.

"Day of" Morning:

The HNHB LHIN will notify its health service providers and community stakeholder groups via email distribution. The email will notify them of the Annual Service Plan release and provide a link to the document on the HNHB LHIN website.

“Day of” Afternoon:

The HNHB LHIN will post the Annual Service Plan to the website.

The HNHB LHIN will issue a media release. The media release template will be provided by MOHLTC's LHIN Communications Team.

Followup:

- HNHB LHIN hosted community meetings with health service providers and community stakeholder groups
- Article in LHINSight (HNHB LHIN newsletter)
- Matte article provided to health service providers and hospitals for inclusion in their newsletters
- Editorial Board meetings to discuss
- Fact Sheet development
- Inservice session with HNHB LHIN staff

Timetable

To be confirmed based on timing from MOHLTC

End Notes

- ⁱ L'indice de masse corporelle (IMC) chez les jeunes est différent de celui des adultes, car les jeunes sont encore en période de croissance. Un jeune dont l'IMC est d'au moins 25 est considéré comme ayant un surpoids. L'obésité est indiquée par un IMC de 30.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005.
- ⁱⁱ L'indice de masse corporelle (IMC) est une méthode de classement du poids corporel selon le risque pour la santé. Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimé en mètres. Les adultes (18 ans et plus) ayant un IMC situé entre 25-29 sont considérés comme ayant un surpoids et ceux dont l'IMC est de 30 au plus sont considérés comme obèses. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005.
- ⁱⁱⁱ T3, 2007 Rapport sur les jours et les taux d'utilisation des ANS, rapports du Système d'informations sur les temps d'attente dans le RLISS de HNHB.
- ^{iv} Chiffres de population, Recensement de 2006, Statistique Canada.
- ^v Recensement de 2006, Statistique Canada.
- ^{vi} Source : Organisme pour les services d'intégration et d'adaptation (OSIA), Hamilton.
- ^{vii} Recensement de 2006, Statistique Canada.
- ^{viii} Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'elles fumaient actuellement (tous les jours ou à l'occasion).
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005.
- ^{ix} Personnes de 12 ans et plus qui consomment des fruits et des légumes tout au plus 5 fois par jour. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005.
- ^x Personnes de 12 ans et plus qui déclarent être physiquement inactives pendant leurs loisirs. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005.
- ^{xi} L'espérance de vie est le nombre d'années que devrait en principe vivre une personne, à compter de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance), selon les statistiques de mortalité sur une période d'observation retenue. Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Division de la démographie (estimations de la population).

- xii Taux de mortalité normalisé selon l'âge, toutes causes confondues, pour 100 000 personnes. Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Division de la démographie (estimations de la population).
- xiii Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil. Base de données sur les décès, Division de la démographie (estimations de la population); Profil de la santé de la population : RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant, Projet d'analyse des données sur le système de santé, 2005.
- xiv Nombre et taux de décès chez les enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil. Bases de données sur les naissances et les décès.
- xv Rapport final du Comité directeur sur les services à la mère et au nouveau-né, RLISS de HNHB, septembre 2007.
- xvi Rapports des hôpitaux du RLISS de HNHB soumis au RLISS.
- xvii Source : Nombre moyen de lits dotés en personnel et en activité en décembre 2007, Dénombrement quotidien.
- xviii Le nombre de médecins inclut tous les médecins généralistes et les médecins de famille en activité au 31 décembre 2004. Les données incluent les médecins exerçant des activités cliniques et non cliniques et excluent les résidents et les médecins qui ne détiennent pas de licence pour exercer des activités cliniques et qui ont demandé que les informations à leur sujet ne soient pas publiées dans le Canadian Medical Directory. Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données médicales Scott's.
- xix Les collectivités de la province peuvent être désignées comme sous-desservies en ce qui concerne le nombre de médecins généralistes/médecins de famille si celui-ci est nettement insuffisant. La désignation de collectivités sous-desservies est basée sur un processus d'auto-évaluation permanent, en vertu duquel les collectivités indiquent au ministère qu'elles ont besoin d'aide pour recruter et garder des médecins. Le sigle PRS (programme pour les régions sous-desservies) désigne les collectivités sous-desservies qui répondent à des critères précis à cet égard. Les critères pris en compte comprennent : les données sur les professionnels de la santé (nombre en activité dans la collectivité), les ratios de population et médecin/population, les efforts antérieurs de recrutement, la demande locale de services, les besoins et ressources supplémentaires en services de santé, le soutien local des professionnels de la santé, etc. Les professionnels de la santé qui s'installent dans des régions sous-desservies peuvent bénéficier de mesures incitatives financières et d'une aide dans le cadre de leurs activités. Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
- xx HNHB LHIN Hospice and Palliative Care Network
- xxi Source : Utilisation des soins ambulatoires basés dans les hôpitaux pour les RLISS de l'Ontario, Projet d'analyse des données sur le système de santé, mars 2007.
- xxii Source : Projet d'analyse des données sur le système de santé.
- xxiii Source : Projet d'analyse des données sur le système de santé.
- xxiv Source : Projet d'analyse des données sur le système de santé.
- xxv Source : Projet d'analyse des données sur le système de santé.
- xxvi Source : Base de données sur la planification de la santé de la population.
- xxvii Source : Base de données sur la planification de la santé de la population.