



Bâtir un meilleur système de santé

Explorer de nouvelles frontières, assurer un avenir prometteur

RLISS *du Centre* – Rapport annuel 2005-2006

Présentation des Réseaux locaux d'intégration des services de santé

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

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

Pourquoi ont-ils été créés?

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

Quel sera le rôle des RLISS?

Les RLISS gèreront les services de santé qui sont dispensés dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, les services de soutien communautaire, les centres d'accès aux soins communautaires, et les organismes communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.

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

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

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

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

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

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



Planification et engagement communautaire :

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

Financement et responsabilité :

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

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

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

Intégration :

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

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

Table des matières

| | |
|----|--|
| 8 | Aperçu du RLISS du Centre |
| 10 | Message du président du conseil d'administration et du directeur général |
| 14 | Notre équipe de direction |
| 16 | Présentation de notre RLISS |
| 20 | Mise en valeur des réussites locales |
| 24 | Principales réalisations |
| 26 | Bilan de l'année |
| 28 | Gouvernance |
| 30 | Plan de services de santé intégrés |
| 32 | Participation communautaire |
| 34 | États financiers |
| 38 | Membres du personnel |



Aperçu du RLISS du Centre

Le RLISS du Centre est le plus densément peuplé des 14 RLISS, il englobe 12,5 % de la population de l'Ontario. Plus de 1,5 million de personnes vivent à l'intérieur des limites de notre RLISS. Le taux de croissance de notre population est deux fois plus élevé que le taux moyen annuel de la province.

Le RLISS du Centre affiche la proportion la plus élevée d'immigrants récents et de minorités visibles et la proportion de personnes à faible revenu y est plus élevée que la moyenne. Notre diversité présente des possibilités et des enjeux pour les services de santé et la prestation de ceux-ci. Ainsi, le RLISS du Centre sera appelé à tenir compte des besoins linguistiques et ethno-culturels de certains résidents.

Les principaux indicateurs de santé du RLISS du Centre sont très favorables, en général, et les taux d'hospitalisation sont bien inférieurs à la moyenne de l'Ontario. Comparativement au taux provincial, notre RLISS affiche une prévalence moins élevée d'arthrite/de rhumatisme, d'obésité et une proportion moins élevée de fumeurs quotidiens et de buveurs excessifs.



Central Local Health Integration Network (8)
Réseau local d'intégration des services de santé du Centre (8)
Legend / Légende

| | | |
|--|---|--|
| Cities / Towns | ■ | Villes |
| Communities | ● | Communautés |
| Lower Tier Municipal boundary | □ | limites de municipalité de palier inférieur |
| Regional Municipality / District / County boundary | □ | limites de municipalité régionale / district / comté |
| Major roads | — | Routes principales |
| Minor roads | — | Routes secondaires |

0 3.5 7 14 KM

Ontario

Published August 2005 Publiée août 2005
 ©2005, Queen's Printer for Ontario ©2005, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario

Ken Morrison
*Président du conseil
d'administration*



Hy Eliasoph
Directeur général



Message du président du conseil d'administration et du directeur général

Bâtir un meilleur système de santé

Des nouvelles frontières, un avenir prometteur

Cette année a été consacrée à l'exploration de nouvelles frontières. Elle a marqué la mise en route des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé et le début du renouvellement des services de santé en Ontario.

L'année a été caractérisée par des changements à tous les niveaux. Les RLISS sont devenus les chefs de file de la planification et de l'intégration des services de santé visant à répondre aux besoins des collectivités locales. Les conseils d'administration des RLISS ont assumé leur rôle de directeurs de l'intégration locale. Les directeurs généraux nouvellement recrutés ont réuni les équipes de direction qui se concentrent sur l'évolution du système de santé. Au palier gouvernemental, les responsables du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui étaient auparavant des gestionnaires, sont devenus les intendants du système de santé.

Au RLISS du Centre, nous sommes déterminés à bâtir un avenir prometteur pour nos collectivités et pour accomplir cette tâche nous collaborerons avec tous nos partenaires, y compris le ministère, nos fournisseurs de services de santé et les autres RLISS. Nous sommes fiers de ce que nous avons accompli durant notre première année d'activité.

Nous avons formulé et mis en œuvre une stratégie de participation des intervenants, une étape clé de la création d'un système de santé vraiment intégré. Reconnaissant que la participation communautaire est essentielle à la réussite de l'intégration des services, nous avons initialement rencontré plus de 25 groupes actifs dans diverses collectivités de notre région. Pour favoriser une participation continue, nous avons créé cinq groupes d'intervenants régionaux qui faciliteront la prise de contact avec les collectivités que nous sommes chargés de servir.

Cette année, nous avons été témoins d'une collaboration sans précédent entre nos nombreux fournisseurs de services de santé, notamment les hôpitaux, les maisons de soins de longue durée, les organismes de services communautaires et les organismes de santé mentale et de toxicomanie. Le RLISS du Centre a participé à des dialogues avec une centaine de fournisseurs de services afin de repérer des possibilités de collaboration.

Les travaux du RLISS du Centre ont porté principalement sur la planification de services intégrés au niveau local. Ces travaux s'inscrivent dans une initiative de planification globale mise en œuvre par tous les RLISS de la province. Notre RLISS formule un plan de services de santé intégrés qui servira de carte routière pour l'avenir. Divers groupes représentant des fournisseurs et des usagers des services de santé ont été formés pour traiter des priorités clés en matière de planification. Santé mentale et toxicomanies, services gériatriques spécialisés et services pour personnes âgées, gestion des maladies chroniques, services neurologiques, temps d'attente, services hospitaliers et services de cancérologie : voilà les secteurs prioritaires cernés par les collectivités de notre RLISS.

Plusieurs groupes consultatifs composés de fournisseurs de services de santé ont également été mis sur pied pour contribuer à la formulation de notre plan de services de santé intégrés. Ils se penchent sur des domaines stratégiques tels que la gestion/technologie de l'information et la cybersanté, les ressources humaines et le soutien au processus décisionnel. Ils joueront un rôle primordial : ils nous donneront des conseils et des directives et veilleront à ce que nous respections nos engagements à l'égard de nos domaines de planification prioritaires. Notre objectif ultime est de dispenser des services de santé accessibles, coordonnés, efficaces et efficients.

Notre RLISS s'est attaché à rejoindre les médecins, particulièrement les médecins de premier recours, pour les engager dans nos efforts de planification. Nous établissons des conseils de gouvernance pour nos fournisseurs de services de santé afin de favoriser la collaboration entre les présidents des conseils d'administration.

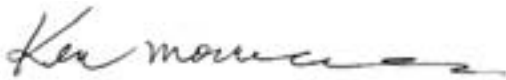
Nous savons que l'édification et la transformation du système de santé exigeront une collaboration à de nombreux niveaux, notamment entre les RLISS et avec le ministère. Nous devons également rester au fait des besoins des fournisseurs de services locaux et communiquer continuellement avec eux.

Le RLISS du Centre est ravi de participer activement à la réalisation d'un meilleur système de santé pour ses résidents et l'ensemble de la population ontarienne. Notre conseil d'administration et nos cadres ont pris l'initiative d'engager les fournisseurs et les usagers des services locaux dans ce processus vital.

Nos travaux ont à peine commencé. De nombreux enjeux nous attendent. Cependant, nous sommes persuadés que les fournisseurs de services de santé de notre RLISS sont déterminés à travailler avec nous pour bâtir un meilleur avenir. Nous partageons la passion du public pour la création et le maintien d'un système de santé dynamique dont la pérennité est assurée pour nos enfants et nous-mêmes. Nous avons accompli les importantes premières étapes de notre entreprise.

Nous sommes fiers de compter au sein de notre conseil une représentation de presque toutes les régions du RLISS du Centre. Collectivement, les membres du conseil possèdent un éventail d'antécédents dans les domaines de la santé et du service communautaire et partagent un engagement à l'égard de l'amélioration des services de santé. Nous sommes également en excellente position pour assurer un leadership au niveau de la gouvernance. En effet, notre équipe de cadres possède une vaste connaissance pratique du RLISS du Centre, du système de santé en général et des normes de planification et de rendement nécessaires à l'atteinte de nos objectifs.

Le partenariat avec nos collectivités et intervenants nous permettra d'améliorer les services de santé pour les résidents du RLISS du Centre et l'ensemble de la population ontarienne. Nous bâtissons certes un avenir prometteur.



Ken Morrison
Président du conseil d'administration, RLISS du Centre



Hy Eliasoph
Directeur général, RLISS du Centre

Notre équipe de direction



Ken Morrison (Newmarket)
Président du conseil d'administration
*(Durée du mandat : du 1^{er} juin 2005
au 31 mai 2008)*

Ken Morrison est président de R.V. Anderson Associates Limited, un cabinet d'experts-conseils qui offre des services professionnels dans le domaine du génie, de l'exploitation et de la gestion. M. Morrison a une longue et productive association avec l'Hôpital général de North York. Il fait partie du conseil d'administration de la Fondation de la Couronne de l'Hôpital depuis 1991, il a été président du comité des dons par anticipation, puis trésorier et président du comité des finances. En 1994, il s'est joint au conseil d'administration de cet hôpital dont il a été vice-président de 1996 à 2000, avant d'être élu président en 2000 pour un mandat de cinq ans.



Arthur W. Walker, FCA (Bradford)
Vice-président du conseil d'administration
*(Durée du mandat : du 1^{er} juin 2005
au 31 mai 2008)*

Arthur Walker a une vaste expérience de la gouvernance dans le domaine de la santé. Jusqu'à récemment, il siégeait au conseil d'administration du Southlake Regional Health Centre et du Southlake Retirement Village. M. Walker a également été directeur de l'Hôpital général de North York de 1973 à 1994 et président de cet hôpital de 1982 à 1988. Il a une longue expérience à titre de président et de cadre dirigeant de nombreuses sociétés publiques et privées. À l'heure actuelle, il est président du conseil d'administration de Calyx Transportation Group Inc., président-directeur général de Creditz Inc., directeur de Creation Technologies Inc. et directeur général d'America Inc.



Sandy Keshen (Richmond Hill)
Secrétaire du conseil d'administration
*(Durée du mandat : du 1^{er} juin 2005
au 31 mai 2008)*

Sandy Keshen est présidente-directrice générale de Reena, une organisation de services sociaux qui aide les personnes ayant une incapacité mentale et leurs familles à s'intégrer parfaitement dans la communauté. M^{me} Keshen est coprésidente de l'Ontario Partnership on Aging and Developmental Disabilities. Elle a été présidente du Metro Agencies Representative Council et de l'Ontario Association on Developmental Disabilities. M^{me} Keshen a également siégé au conseil d'administration de l'Hôpital psychiatrique de Whitby et été membre du Vaughan Hospital Task Force.



Colin J. Benjamin (North York)
*(Durée du mandat : du 5 janvier 2006
au 4 février 2008)*

Colin Benjamin est actuellement vice-président de CareWatch Toronto, organisme bénévole voué à l'excellence des soins communautaires de longue durée. Avant de prendre sa retraite, il a été vice-président adjoint de l'administration de la recherche pour le Réseau universitaire de santé. Il a obtenu une maîtrise en administration des services de santé de la University of Kings College/Canadian School of Management. Il est membre du Collège canadien des directeurs de services de santé et de la Society of Research Administrators. Il est lauréat d'un WHO Fellowship de l'Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC, du prix du rédacteur en chef du Journal of Histotechnology et du prix d'excellence parrainé par Surgipath Canada.



Anne Marie Dalimonte (Vaughan)

*(Durée du mandat : du 5 janvier 2006
au 4 février 2008)*

Depuis 1994, Anne Marie Dalimonte a été vice-présidente d'une chaîne d'aliments au détail pendant 17 ans. Au cours des onze dernières années, elle a été directrice générale d'un centre de services de garde sans but lucrative desservant plus de 500 familles. M^{me} Dalimonte a siégé à plusieurs organismes communautaires; elle a été, notamment, présidente d'une association parents-maîtres, vice-présidente d'un club de patinage artistique et membre du groupe de contribuables de sa localité. Diplômée en commerce, elle a fait partie du groupe des 25 représentants canadiens qui ont assisté au Congrès d'étude du Commonwealth du duc d'Édimbourg, en 1992.



D^{re} Monique Moreau (Everett)

*(Durée du mandat : du 5 janvier 2006
au 4 février 2007)*

Monique Moreau exerce la médecine familiale à Alliston depuis 1997. Elle est aussi coroner, examinatrice pour le Collège des médecins de famille du Canada et experte pour le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Elle a auparavant enseigné la médecine familiale à l'Université de Toronto. La D^{re} Moreau a notamment fait partie du conseil d'administration du Stevenson Memorial Hospital de 2003 à 2006 et elle siège aux conseils de St. Michaels' Halfway Homes à Toronto et de la Résidence communautaire Lynne Ferguson Inc. au Nouveau-Brunswick.



Hy Eliasoph (Thornhill)
Directeur général

Hy Eliasoph était tout récemment directeur de la division nationale des services de santé du cabinet Deloitte Inc., travaillant dans toutes les régions du pays avec des hôpitaux, des autorités sanitaires régionales, des ministères de la Santé, des centres d'accès aux soins communautaires, des associations provinciales et nationales et des organismes du secteur privé.

Avant cela, il était directeur des stratégies de santé pour le compte de l'Ontario Hospital Association (OHA) et directeur général du Comité mixte des politiques et de la planification de l'Ontario. Il a également occupé divers postes au Foothills Medical Centre, à Calgary.

M. Eliasoph est titulaire d'une maîtrise en planification de l'Université de l'Alberta. Membre à temps partiel du corps enseignant du département d'administration sanitaire de l'Université de Toronto, il est membre actif du Collège canadien des directeurs de services de santé.

Rémunération annuelle du conseil d'administration

La rémunération totale des membres du conseil d'administration s'est élevée à 30 630 \$ pour l'exercice 2005-2006.

Trois autres membres ont été nommés à l'issue du processus de mise en nomination des représentants communautaires et attendent leur confirmation par décret.

Présentation de notre RLISS

Notre population

Le RLISS du Centre est le plus densément peuplé des RLISS de l'Ontario. Plus de 1,5 million de personnes vivent dans nos collectivités. Notre population réside principalement dans les quartiers du nord de Toronto, les collectivités suburbaines situées au nord de la ville communément appelées région « 905 » et le corridor de l'autoroute 400. Entre 1994 et 2004, notre population a augmenté en moyenne de 3,1 % par an. Ce taux est beaucoup plus élevé que la croissance annuelle de 1,5 % enregistrée en Ontario durant la même période.

Le RLISS du Centre abrite un grand nombre de communautés très diversifiées. Il affiche la proportion la plus élevée d'immigrants récents et de personnes qui se sont installées ici il y a de nombreuses années. Certaines de nos collectivités abritent une importante proportion de minorités visibles. Les immigrants récents représentent 10 % de la population du RLISS du Centre, soit le double de la moyenne provinciale.

Les nouveaux-venus sont regroupés dans certaines municipalités, en particulier Toronto, Richmond Hill, Markham et Vaughan. Y vivent également le plus grand nombre de personnes dont la langue maternelle est ni le français ni l'anglais et la

proportion la plus élevée de minorités visibles, ce qui contribue à la diversité, à la complexité et au dynamisme de notre région.

Densité de population



Par rapport à la moyenne provinciale, notre RLISS affiche une proportion légèrement moins élevée de personnes âgées et d'enfants. Les personnes de 65 ans et plus représentent 13 % de la population de l'Ontario et 11 % de celle du RLISS du Centre. En fait, toutes les collectivités du RLISS du Centre comptent une proportion inférieure à celle de la province, sauf Tecumseth et Toronto. Bradford West Gwillimbury et Essa comptent la proportion la moins élevée de personnes âgées. En général, les régions densément peuplées abritent la majorité des aînés et des enfants (personnes âgées de moins de 20 ans).

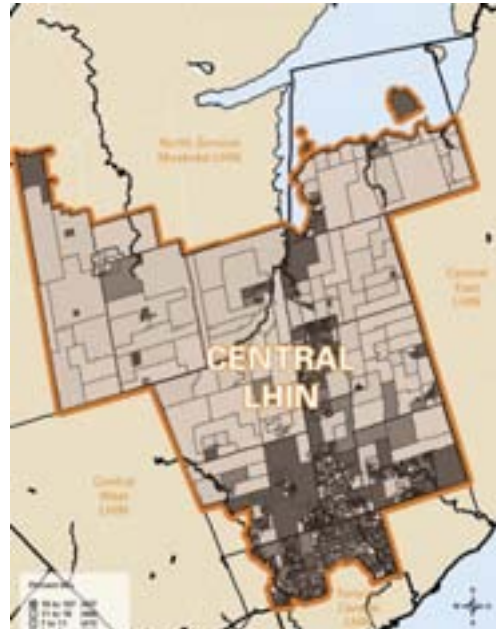
Il importe également de noter que le RLISS du Centre compte un nombre important de personnes à faible revenu. La proportion y est légèrement plus élevée que la moyenne provinciale. Bon nombre des habitants à faible revenu

habitent dans les collectivités du nord de Toronto et dans certaines régions rurales éloignées. Or, le niveau de revenu peut être un facteur déterminant de l'état de santé et des résultats pour la santé.

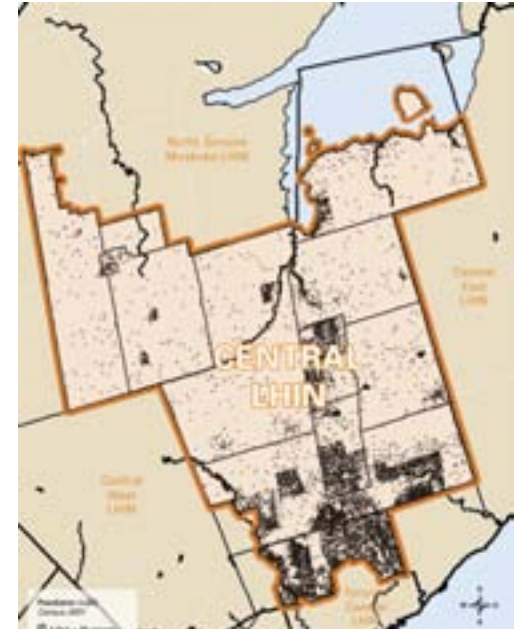
Population
(65 ans et plus)



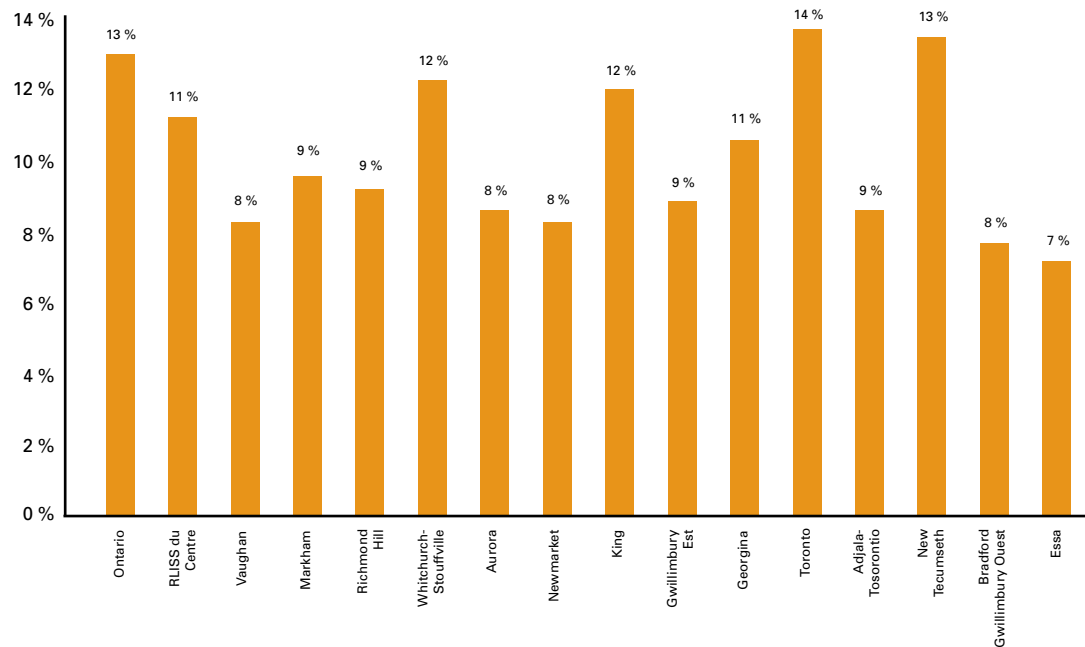
Population
(65 ans et plus)



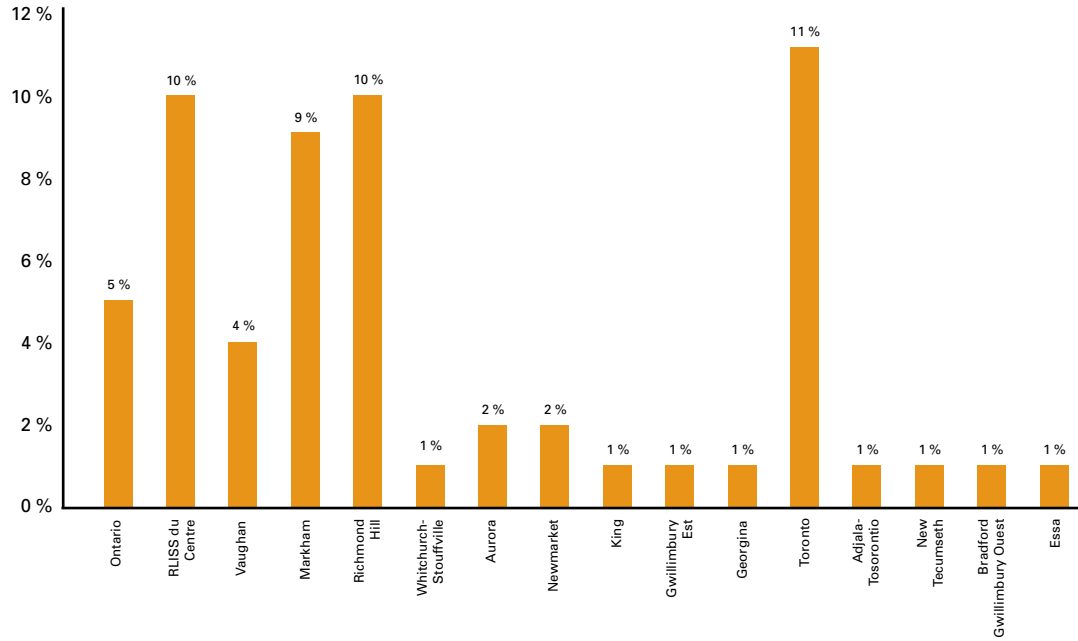
Densité de population
(moins de 20 ans)



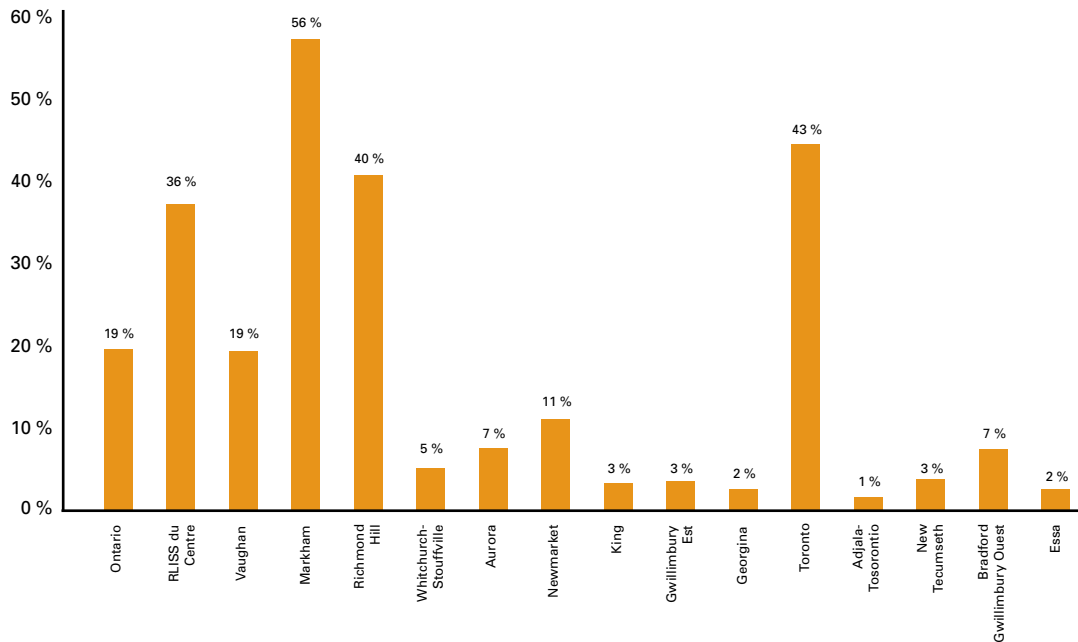
Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus



Proportion d'immigrants récents (arrivés entre 1996 et 2001)



Proportion de minorités visibles



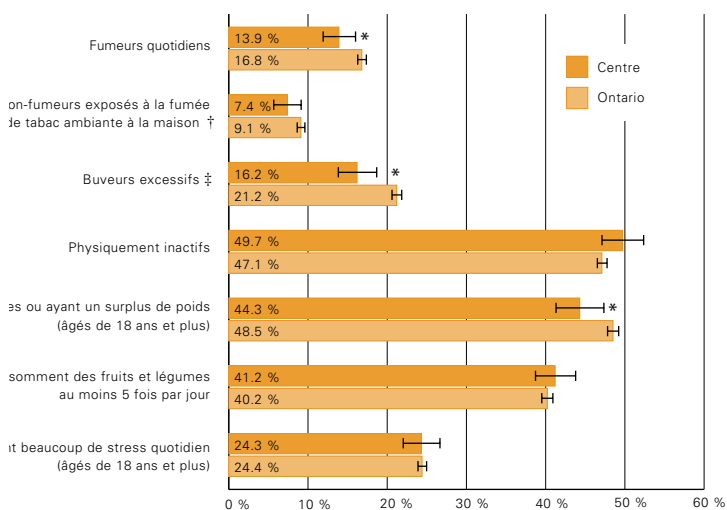
État de santé

Les résidents de nos collectivités affichent un grand nombre de caractéristiques qui reflètent un état de santé favorable. Dans notre RLISS, la prévalence de certaines maladies chroniques, telles l'arthrite et le rhumatisme, est inférieure à la moyenne provinciale. Il en est de même pour les taux d'hospitalisation, ce qui semble indiquer que notre population est plus saine. Cinquante-neuf pour cent des résidents du RLISS affirment que leur état de santé général est excellent ou très bon. Cette proportion se rapproche de la moyenne provinciale. Il est intéressant de noter que seulement 19 % des gens – la proportion la plus faible en Ontario – déclarent être limités dans leurs activités par suite d'un trouble physique ou mental prolongé.

Pratiques de santé et soins préventifs

En général, les résidents de nos collectivités ont des pratiques de santé saines. En effet, ils sont moins portés à fumer tous les jours et à s'adonner à une consommation massive d'alcool. La proportion de personnes qui ont un surplus de poids ou sont obèses est inférieure à la moyenne provinciale. C'est sans doute pourquoi l'incidence de certaines maladies chroniques et le taux d'hospitalisation sont inférieurs à la moyenne. Le pourcentage de résidents qui ont recours aux soins préventifs, notamment au vaccin contre la grippe, se rapproche de la moyenne provinciale.

Pratiques de santé, population âgée de 12 ans et plus



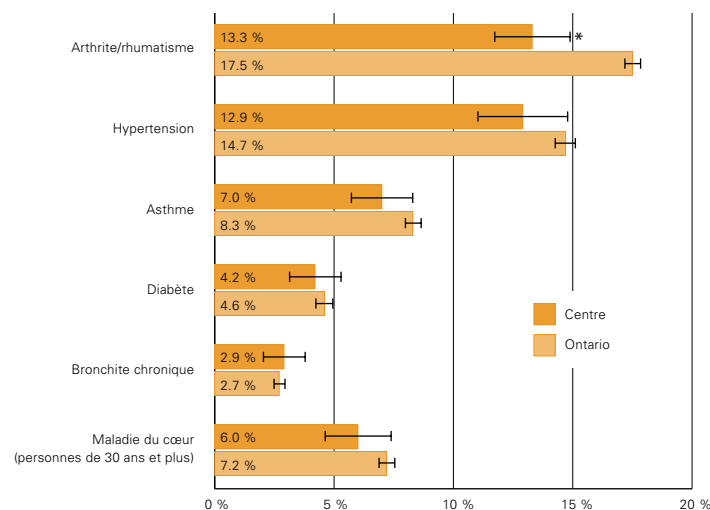
† Fumée de tabac ambiante (fumée secondaire)

‡ en pourcentage des buveurs actuels

* Diffère de façon significative de la moyenne provinciale selon un intervalle de confiance de 95 %.

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003


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



* Diffère de façon significative de la moyenne provinciale selon un intervalle de confiance de 95 %

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Mise en valeur des réussites locales

A photograph of a man and a young boy riding a carousel horse. The man, on the left, is wearing a blue ribbed sweater and is smiling warmly at the camera. The boy, on the right, is wearing a blue and white checkered shirt and is looking towards the camera with a neutral expression. They are both holding onto the golden pole of the carousel horse. The carousel horse is brown and white, with a decorative saddle. The background is plain white.

Les fournisseurs de services de santé du RLISS du Centre prennent déjà l'initiative d'élaborer des approches innovatrices pour améliorer la qualité et la viabilité des services. Ils participent à de nombreux projets destinés à renforcer la prestation des services et les soins aux patients. Voici un échantillon de projets intéressants.

| Organisme | Projet |
|---|--|
| Répondre aux besoins de la collectivité à l'aide de services intégrés | |
| Partenariat entre l'Hôpital central de York et la Marche des dix sous de l'Ontario | Soutien aux personnes ayant subi une lésion cérébrale acquise |
| Across Boundaries: An Ethnoracial Mental Health Centre | Modèle holistique de soins de santé mentale dans un cadre d'antiracisme |
| ACSM- Région de York | Accès rationalisé à la gestion de cas en santé mentale dans la région de York |
| Hôpital régional Humber River | Programme de soins primaires intégrés |
| Hôpital régional Humber River | Programme de sensibilisation à l'hypertension |
| Hôpital régional Humber River | Foires sur la santé de l'enfant |
| Programme de santé mentale de l'Hôpital régional Humber River | Partenariat axé sur le soutien communautaire entre l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), Reconnect Mental Health Services (Reconnect) et l'Hôpital régional Humber River |
| Programme de santé mentale pour enfants et adolescents de l'Hôpital régional Humber River | Association axée sur un soutien transitionnel entre le programme de santé mentale pour enfants et adolescents de l'Hôpital régional Humber River et le Centre Griffin |
| Saint Elizabeth Health Care | Programme de télémonitorage cardio-vasculaire « Home Early » |
| Améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients | |
| Aphasia Institute | Soutien à la conversation pour les adultes atteints d'aphasie - Améliorer l'accès fonctionnel aux services de santé |
| Hôpital régional Humber River | « Hug & Hold » - Participation et engagement des parents en salle d'opération durant l'anesthésie pré-opérative de leur enfant axés sur la prestation d'un soutien affectif et physique à ce dernier |
| Hôpital régional Humber River | Hémodialyse nocturne à domicile |
| Hôpital régional Humber River, emplacement Church | The Use of Sodium Citrate 4% Instead of Heparin 10000 U/mL as a Locking Agent for Central Venous Hemodialysis Catheters - A Retrospective Analysis |
| Ministère de la Santé et des Soins de longue durée | Partenaires pour la prévention – Ministère de la Santé et des Soins de longue durée et Police provinciale de l'Ontario |
| Yee Hong Centre for Geriatric Care | The ABCs of BPGs: A Workbook to Facilitate Nursing Staff's Understanding of Best Practice Guidelines |
| York Support Services Network | L'utilisateur en tant qu'évaluateur dans les sondages sur la satisfaction de l'utilisateur |
| Augmenter l'efficacité en remaniant les processus | |
| COTA Health en collaboration avec Campana Systems Inc. | Amélioration de l'efficacité et de l'exactitude des procédures administratives grâce au recours à une application articulée sur le Web |
| Centre de santé de Newmarket | Carte diététique des pensionnaires |
| Hôpital général de North York | Initiative sur les déplacements des patients du programme de chirurgie |
| Centre régional de santé Southlake | Projet régional sur l'intervention coronarienne percutanée visant à normaliser les soins prodigués avant et après une intervention coronarienne percutanée dans la région |
| Hôpital central de York | Renforcement du continuum des soins pour les patients qui subissent une arthroplastie |
| Innovations en matière de ressources humaines | |
| Bayview Community Services Inc. | Back to the Future: Organizational Design That Improves Staff Retention and Effectiveness, The Basics We Cannot Afford to Forget |
| Programme de santé mentale pour enfants et adolescents de l'Hôpital régional Humber River | Méthode d'action participative axée sur la sensibilisation communautaire aux services de santé mentale pour enfants et adolescents |

« Un programme de soins primaires intégrés »

L'établissement de liens plus étroits entre les médecins de famille et les hôpitaux est un pas important vers la création d'un système de santé vraiment intégré. L'Hôpital régional Humber River, en association avec des médecins de famille, a élaboré un programme novateur axé sur la prestation de soins intégrés aux patients. Il a lancé le premier modèle de programme de soins primaires intégrés en Ontario dans le but d'intégrer efficacement la médecine familiale dans le milieu hospitalier.

L'hôpital et les médecins de famille ont élaboré une stratégie de communication perfectionnée et ils ont mis en œuvre un processus d'assurance de la qualité et des règlements régissant l'exercice de la médecine familiale.

Le programme a dégagé des résultats tangibles en améliorant la communication entre l'hôpital et les médecins de famille. À l'heure actuelle, 70 % des médecins de famille peuvent utiliser un ordinateur éloigné par le truchement de Medical Information Technology Inc. (MEDITECH) pour obtenir les résultats des patients à l'hôpital. Le nombre de médecins de famille ayant des droits hospitaliers à l'Hôpital régional Humber River a progressé de 20 %. Les réunions d'affaires mensuelles ont lieu dans la collectivité et entre 30 et 40 médecins y assistent.

L'hôpital se penche maintenant sur l'élaboration d'un modèle commun pour la médecine familiale et la néphrologie (le traitement de la fonction rénale et des maladies du rein) et pour le département de psychiatrie.

« Initiative sur les déplacements des patients du programme de chirurgie »

La gestion des déplacements des patients peut être la clé d'un usage plus efficace des ressources précieuses des hôpitaux. Gardant cela à l'esprit, l'Hôpital général de North York a élaboré une initiative visant à améliorer les déplacements des patients dans le service de chirurgie. Il s'est engagé à minimiser les obstacles qui entravent les déplacements des patients entre l'admission et le congé.

En réduisant le temps des transferts, les annulations et en accélérant les transferts de patients hors des soins intensifs, l'hôpital a considérablement amélioré la gestion des ressources chirurgicales.

Entre avril 2005 et mars 2006, le temps de maintien en attente des salles d'opération a diminué de près de la moitié. Le nombre de chirurgies annulées chaque mois a également baissé de moitié. La capacité perdue dans l'unité

Entre avril 2005 et mars 2006, le temps de maintien en attente des salles d'opération a diminué de près de la moitié.

de soins post-anesthésiques a diminué de 100 à 85 heures par mois et la durée des transferts au sein de l'unité a chuté de 40 minutes à moins de 15 minutes.

L'amélioration des mouvements des patients est un processus continu qui exige un engagement de la part de l'établissement, selon Nancy McNairn, directrice du programme des services chirurgicaux de l'Hôpital général de North York. « Le nombre d'arthroplasties a doublé depuis deux ou trois ans et le nombre de lits n'a pas augmenté », a précisé M^{me} McNairn.

Un grand nombre de personnes bénéficieront du succès de l'initiative sur les mouvements des patients opérés. L'initiative maximise l'utilisation des ressources essentielles de l'hôpital et accroît l'efficacité. Elle peut également améliorer l'accès aux soins et augmenter la satisfaction des patients.

« Soutien à la conversation pour les adultes atteints d'aphasie »

Les patients atteints de lésions cérébrales peuvent se retrouver isolés et frustrés lorsqu'ils sont soudainement incapables de communiquer et de s'exprimer. L'aphasie est une perturbation de la capacité de comprendre ou de s'exprimer oralement et elle peut survenir à la suite d'un traumatisme crânien grave.

L'Aphasia Institute, situé à Toronto, a élaboré un système innovateur qui utilise du matériel verbal et non verbal pour faciliter la communication pour les patients ayant une lésion cérébrale qui entrave la communication verbale. L'institut, qui a plus de 25 ans d'existence, dispense ses services et ses programmes directement, offre des programmes de formation et effectue des recherches.

Le système de l'Aphasia Institute contribue à renforcer les droits des patients vulnérables en leur permettant d'avoir plus facilement accès aux services de santé et en les aidant à participer à leurs propres soins. Un patient plus apte à communiquer peut établir et rétablir des relations sociales plus facilement.

Le Dr Mark Bayley, directeur médical du programme de réadaptation neurologique de l'Institut de réadaptation de Toronto a loué les travaux de l'organisme. « L'Aphasia Institute nous permet de mieux comprendre le processus de rétablissement des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral », a dit le Dr Bayley, qui est également professeur adjoint à l'Université de Toronto. « À titre de chercheur dans le domaine de l'accident vasculaire cérébral, j'ai récemment souligné que les services et la recherche en réadaptation ne prêtent pas suffisamment attention à la réinsertion dans la collectivité », a déclaré le Dr Bayley.

Dans une perspective clinique, le système de l'Aphasia Institute peut contribuer à réduire les erreurs de diagnostic et de traitement. Lorsque le patient est capable de communiquer avec le personnel médical, on peut recueillir les renseignements cliniques importants sans avoir recours à un système coûteux et de haute technologie.

Durant l'année qui vient de s'écouler, l'Aphasia Institute a desservi environ 150 clients qui habitent dans la région du RLSS. Il a également formé 100 bénévoles de la collectivité qui viennent en aide aux personnes qui ont de la difficulté à communiquer.



Principales réalisations

La direction du RLISS du Centre a reconnu que la planification d'un système de santé local doit être axée sur les besoins et les habiletés des usagers et des fournisseurs de services de la région.

En 2005-2006, notre RLISS a collaboré de près avec ces deux groupes pour s'assurer que notre plan de services de santé intégrés reflète vraiment le système le plus approprié à sa population de 1,5 million d'habitants.

La communication avec notre collectivité et nos intervenants a été un objectif clé. À l'appui de cet objectif, nous avons organisé des dialogues avec environ 100 fournisseurs de services de santé. Les maillages créés avec les dirigeants de ces organismes ont généré un éventail de questions et de priorités à traiter. Nous avons également rétabli le comité directeur initial du RLISS du Centre et validé la pertinence et l'importance des priorités initiales cernées par ce groupe.

Pour maintenir les voies de communication, nous avons invité les fournisseurs de services de santé à nous faire parvenir leurs données et documents pertinents, y compris leurs plans stratégiques, pour étayer notre processus de planification et continuer de faire fond sur les efforts déployés.

Une initiative importante est la création de cinq groupes régionaux d'intervenants constitués de dirigeants des collectivités. Ces groupes nous aideront à identifier des personnes qui connaissent le système de santé local auxquelles nous pourrions nous adresser pour obtenir des commentaires.

Reconnaissant le rôle central des usagers dans le façonnement de notre nouveau système de santé, nous avons tenu 28 séances pour les intervenants qui ont réuni plus de 400 participants intéressés à présenter leur réaction à l'égard des réussites et des échecs au niveau local.

Pour engager nos collectivités, nous avons également mis sur pied de nombreux groupes de planification composés d'usagers et de fournisseurs de services qui analyseront des priorités précises du RLISS. Ces priorités clés sont les suivantes : la santé mentale et les toxicomanies, les personnes âgées et les services gériatriques, les maladies chroniques, les services neurologiques, la gestion coordonnée des listes d'attente et les services de cancérologie. En traitant ces priorités stratégiques, notre RLISS a constaté la présence de préoccupations ou de thèmes communs. Les préoccupations communes nous orientent vers les éléments nécessaires à la création d'un système de santé intégré, à savoir l'accès, la coordination, l'efficacité et l'efficience.

Nous avons établi ou sommes en voie d'établir des groupes consultatifs qui examineront chacun de ces éléments et proposeront le meilleur moyen de les incorporer de notre plan de services de santé intégrés pour chaque secteur prioritaire.

Enfin, nous reconnaissons qu'un système de santé renouvelé exigera l'adoption de nouveaux modes d'intégration des services axés sur la continuité des soins. Nous avons donc établi trois groupes consultatifs composés d'un échantillon représentatif des fournisseurs de services qui chercheront des solutions concertées dans les domaines suivants : gestion de l'information, technologie de l'information et cybersanté, ressources humaines en santé et soutien au processus décisionnel.



Réseau local d'intégration des services du Centre : Bilan de l'année

Objectifs et réalisations

Nous sommes fiers que le RLISS du Centre ait atteint tous les objectifs de rendement énoncés dans le protocole d'entente de 2005-2006 avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Figurent parmi les principales réalisations, l'orientation et le soutien offerts aux six membres du conseil actuels et la recommandation des trois derniers membres. Mentionnons également l'installation du bureau de notre RLISS et la sélection des cadres supérieurs et du personnel de soutien.

La participation des fournisseurs de services et de la collectivité était un aspect important de notre mandat. À cet égard, nous avons formulé et partiellement mis en œuvre les phases I et II de la stratégie de participation des intervenants. Cette stratégie fait fond sur les commentaires exhaustifs de la collectivité. Cette approche consultative a également éperonné la formulation d'une carte routière exhaustive et bien documentée pour la création de notre premier plan de services de santé intégrés.

Au niveau de la gestion, nous avons établi des politiques et procédures spécifiques à l'exploitation du RLISS du Centre. À l'échelle provinciale, notre RLISS a apporté une importante contribution à la Stratégie de cybersanté du ministère et pris l'initiative de mettre en œuvre la Stratégie de réduction des temps d'attente de la province.



Démarrage opérationnel

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

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

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

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

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

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

Des ententes de responsabilisation ont été élaborées et conclues entre chaque RLISS et le ministère pour les exercices 2005-2006 et 2006-2007. Ces ententes définissent les principales activités sous la responsabilité des RLISS. Ces derniers ont reçu des modèles et des lignes directrices pour la présentation de rapports trimestriels au ministère.

Gouvernance

Établissement et structure du conseil

Le conseil d'administration dirige les activités du RLISS de manière à s'acquitter de son mandat et de ses responsabilités. Ces derniers sont énoncés dans ses lettres patentes, règlements, plans d'affaires et plans stratégiques approuvés, ainsi que dans les directives pertinentes du gouvernement et du ministère, les lignes directrices, les politiques et procédures décrites dans le protocole d'entente. Il incombe au conseil de respecter l'accord de rendement conclu avec le ministre et les responsabilités qui sont établies et communiquées par le ministre.

Le conseil, par l'entremise de son président, est redevable au ministre de l'utilisation des fonds publics par le RLISS et des résultats en ce qui concerne les buts, les objectifs et le rendement du système de santé local.

Le ministère a remis aux RLISS des directives exhaustives pour l'établissement du conseil d'administration. Le président du conseil du RLISS du Centre s'est conformé à ces directives, notamment au *Governance Manual for Board Directors*, ce qui a permis de combler les postes de vice-président du conseil, de secrétaire du conseil et les trois postes de membre. En outre, le processus de nomination des trois derniers membres est terminé.

Le conseil s'est réuni chaque mois depuis juillet 2005 pour s'acquitter de ses tâches et se familiariser avec le fonctionnement du RLISS. Il a également travaillé fort pour élaborer une vision stratégique pour le RLISS et il analysera le document provisoire décrivant cette vision de concert avec les fournisseurs de services de santé, les usagers et les résidents de sa région.

Établissement des comités

En vertu du règlement qui régit le conseil d'administration du RLISS, le conseil a établi en 2005 un comité de direction intérimaire qui s'est réuni jusqu'à la fin de l'exercice. En outre, un comité temporaire des nominations a été créé pour identifier les trois derniers membres du conseil. Une motion adoptée en mars 2006 a mené à la création d'un comité de vérification qui a entamé l'établissement du cadre de référence.

Activités d'orientation

Le RLISS a préparé une trousse d'orientation exhaustive à l'intention du conseil. Celle-ci a été remise aux membres du conseil le 15 février 2006. Chacun des six administrateurs a également reçu le manuel de gouvernance et les documents d'information produits par le ministère. Les membres du conseil ont assisté à plusieurs séances de formation. En outre, les six administrateurs originaux ont participé à une séance de visualisation approfondie et de planification stratégique.

Recrutement dans la collectivité

Conformément au document *Instructions for Recruiting Community-based Board Members*, le conseil d'administration a créé un comité des nominations en septembre 2005. Il a ensuite suivi un processus exhaustif de mise en nomination pour choisir les trois représentants de la collectivité qui siègeraient au conseil. Trois séances d'information publique ont eu lieu et le comité des nominations a examiné près de 80 demandes. Quatorze personnes ont été interviewées et les candidats ont été recommandés au ministre.

Accord de rendement

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée continue d'établir les priorités en vue d'améliorer les services de santé dispensés à la population ontarienne. Il énonce également les principes, objectifs et obligations s'appliquant aux RLISS pour s'assurer que les Ontariennes et Ontariens ont accès à une gamme uniforme de services de santé.

La relation entre le gouvernement et le RLISS (notamment en ce qui concerne le côté opérationnel, les finances, les vérifications et l'établissement des rapports) est décrite dans un protocole d'entente et un accord de rendement annuel entre le RLISS et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le RLISS du Centre et le ministère ont signé l'accord de rendement de 2005-2006 et le RLISS s'est acquitté des obligations énoncées dans cet accord.

Directives concernant les conflits d'intérêts

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

Évaluation du rendement du directeur général

Le conseil d'administration a établi un processus et un cadre relatifs aux buts et aux objectifs qui serviront de fondement à l'évaluation du directeur général. Ce travail s'est inspiré en partie du protocole d'entente et de l'accord de rendement conclu avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Priorités d'intégration

Nous avons cerné quelques domaines prioritaires sur lesquels s'articulera notre premier plan de services de santé intégrés. Les soins aux personnes âgées et les services gériatriques, la santé mentale et les toxicomanies et la gestion des maladies chroniques sont les trois grandes priorités qui ont été dégagées lors des consultations avec les fournisseurs de services et les usagers.

Nous avons structuré nos activités de participation pour continuer d'évaluer les réactions à l'égard de nos réussites, de nos échecs et de nos stratégies d'amélioration pour ces domaines prioritaires. Le processus exhaustif qui a mené à l'identification des priorités du RLISS est décrit en détail plus loin.

Plan de services de santé intégrés

Maintenir la santé des Ontariennes et Ontariens, réduire les listes d'attente et assurer un meilleur accès au personnel médical et infirmier : voilà les trois objectifs de la stratégie du gouvernement de l'Ontario pour la santé.

Pour faciliter l'atteinte de ces objectifs, le RLISS remettra en octobre 2006 son premier plan de services de santé intégrés au ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Ce plan énoncera nos priorités et stratégies pour les trois prochaines années, d'avril 2007 à mars 2010.

Notre plan de services de santé intégrés comprendra un profil des collectivités diversifiées et de la population du RLISS, une description des services qui y sont présentement dispensés ainsi qu'un aperçu des priorités du gouvernement ontarien en matière de santé. Il analysera également les activités organisées dans le secteur de la planification et de la participation communautaire. Enfin, il déterminera les secteurs prioritaires de changement et énoncera un plan d'action de trois ans.

Pour faciliter l'élaboration de notre plan de services de santé intégrés, nous avons mis en place un processus qui nous aidera à mieux comprendre l'état actuel des services de santé dans notre région.

Nous parlons aux fournisseurs de services de santé et aux usagers. Nous voulons savoir ce qu'ils pensent des enjeux, des meilleures pratiques et des perspectives d'amélioration des services de santé dans le RLISS du Centre. Ces dialogues nous aideront à dresser une liste exhaustive des services actuels répartis selon le type, le mode et la fréquence de prestation.

Le RLISS du Centre compte plus de 130 organismes fournisseurs de services de santé subventionnés par le gouvernement. À des fins de planification sanitaire, nous examinons les centres

d'accès aux soins communautaires, les centres de santé communautaire, les services de soutien communautaire, les hôpitaux, les maisons de soins de longue durée et les services de santé mentale et de toxicomanie.

Les intervenants du RLISS participent à l'élaboration du plan de services de santé intégrés. Plus de 300 usagers et fournisseurs de services de santé siègent aux comités consultatifs sur la planification des priorités. Plus de 50 personnes s'occupent de projets axés sur l'élaboration du plan. Elles facilitent le processus de participation communautaire et l'établissement des besoins en information.

Les services des médecins ne sont pas visés par les activités de planification des RLISS. Toutefois, les médecins sont une composante vitale de notre système de santé local. Le RLISS travaille donc avec des groupes de médecins afin d'établir un dialogue continu. Des médecins siègent également à nos comités consultatifs sur la planification.



Notre premier plan de services de santé intégrés traitera des domaines prioritaires suivants :

Services aux personnes âgées/services gériatriques spécialisés

Nous examinons le continuum des services de soutien communautaire et travaillons avec les usagers et les fournisseurs pour renforcer la prestation des services gériatriques spécialisés.

Santé mentale et toxicomanies

Nous élaborons un cadre de prestation des services de santé mentale et de toxicomanie dans notre RLISS.

Gestion des maladies chroniques

Nous formulons un cadre de gestion et de prévention des maladies chroniques.

Services neurologiques

Usagers et fournisseurs de services travaillent ensemble pour combler les lacunes du système.

Services de cancérologie

En collaboration avec Action Cancer Ontario, nous appuyons une initiative des RLISS visant à coordonner les services et à renforcer la capacité des services de cancérologie. Nous tenons à ce que le nouveau centre régional de cancérologie desserve les résidents de notre RLISS et d'ailleurs.

Temps d'attente

Nous réunissons des fournisseurs clés en vue de renforcer la capacité et de réduire les temps d'attente pour les interventions suivantes : arthroplastie de la hanche et du genou, chirurgie de la cataracte, examen par IRM, services de cancérologie et services cardiaques.

Services hospitaliers

Nous travaillons de concert avec tous les hôpitaux du RLISS en vue de cerner les priorités qui seront incluses dans le plan de services de santé intégrés.

Pour chacun des domaines prioritaires, nous superposerons dans le plan de services de santé intégrés une série de thèmes interreliés. Nous nous concentrerons sur l'accès aux services et aux traitements pour les personnes qui en ont besoin. Nous encouragerons la coordination entre les fournisseurs pour assurer l'accès continu aux services aux gens qui en requièrent plus d'un. Notre objectif est le suivant : veiller à ce que les services de santé offerts dans notre RLISS soient efficaces, compte tenu de la qualité et des résultats. Notre RLISS s'engage également à dispenser les services de manière efficace au niveau des coûts.

Nous avons également mis sur pied (ou sommes sur le point de le faire) des groupes consultatifs composés d'intervenants locaux qui examineront différents moyens de renforcer l'intégration de nos services de santé, notamment, la technologie

de l'information, la gestion de l'information et la cybersanté, les ressources humaines, le soutien au processus décisionnel, ainsi que la médecine familiale et les soins primaires.

Le plan de services de santé intégrés est un plan triennal renouvelable et chaque année nous évaluerons nos progrès, actualiserons notre plan et entamerons un nouveau cycle d'identification et de mise en œuvre des priorités. En consultation avec les usagers et les fournisseurs de services, nous ajouterons d'autres priorités dans les plans successifs. Les réactions des usagers et des fournisseurs de services qui ont participé à nos consultations nous ont persuadés que l'ensemble initial de priorités ouvre la voie à l'amélioration de la qualité des services offerts à la population de notre RLISS.

Participation communautaire

Plan, stratégies, activités de participation communautaire

En août et septembre 2005, les membres du conseil d'administration et le directeur général ont tenu 30 séances d'accueil pour les fournisseurs de services locaux et trois séances d'information publique. Ces rencontres ont permis de présenter les cadres de direction du RLISS aux collectivités et d'engager un dialogue exhaustif et valable avec les intervenants. En outre, des séances d'accueil, des exposés présentés à la direction et au personnel des organismes de services et des rencontres avec des groupes communautaires et des groupes d'utilisateurs ont permis au RLISS de rencontrer plus de 650 personnes entre août 2005 et le 31 mars 2006.

En janvier 2006, une stratégie de participation des intervenants provisoire a été distribuée pour rétroaction à plus de 200 intervenants. En plus d'énoncer des buts, des objectifs et des principes, elle proposait des démarches visant à assurer la participation continue de nombreux intervenants. Plus de 30 intervenants ont présenté des observations sur la pertinence de la stratégie provisoire en février 2006. Leurs commentaires ont été intégrés dans une stratégie finale qui a été distribuée à tous les intervenants.

Un des principaux volets de la stratégie concernait la création de cinq groupes d'intervenants régionaux représentant les cinq grandes régions géographiques du RLISS. Ces groupes ont contribué au repérage des groupes d'intérêts du secteur de la santé dans nos collectivités. Une fois ces groupes identifiés, en mars 2006, nous avons rencontré plus de 400 résidents dans le cadre de 28 séances tenues dans plusieurs collectivités de part et d'autre du RLISS. Nous avons posé aux participants quelques questions clés. Qu'est-ce qui fonctionne bien dans le système de santé? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas bien? Quelles sont vos priorités?



Les consultations avec les intervenants ont dégagé des thèmes clés. L'accessibilité et la souplesse des services sont des thèmes qui recourent plusieurs problèmes et enjeux soulevés. Les intervenants ont réclamé un meilleur accès aux médecins, aux diagnostics, aux soutiens à la prévention et au rétablissement tels que les services de réadaptation et les programmes d'éducation sur le diabète, de prévention des chutes et de mieux-être. Ils ont mentionné les consultations après les heures de travail et un service téléphonique de consultation médicale ouvert 24 heures sur 24, tel Télésanté Ontario, comme étant des options utiles pour améliorer l'accès aux services.

Les intervenants souhaitent que la prestation des services soit attentive à la population et, notamment, à ses besoins linguistiques et ethno-culturels. Ils veulent également pouvoir se déplacer facilement dans le continuum des services et savoir quels services sont dispensés et où les obtenir.

Certains ont réclamé un système plus compassionnel, particulièrement pour les personnes âgées, et des services adaptés aux jeunes. Les intervenants ont également mentionné que les frais et les distances de voyage peuvent entraver l'accès aux services.

La réaction de nos collectivités et de nos intervenants s'avérera inestimable et nous aidera vraiment à mieux intégrer notre système de santé.

Participation communautaire – Autochtones et Premières nations

En mars 2006, nous avons établi des maillages avec l'Aboriginal Resource Council de la région de York afin de trouver des moyens d'engager la communauté autochtone. Nous avons convenu d'organiser des séances au printemps 2006 au moment de la phase III de la stratégie de participation des intervenants du RLISS.



Rapport des vérificateurs

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

Nous avons vérifié le bilan du Réseau local d'intégration des services de santé de Centre (le RLISS) au 31 mars 2006 et l'état des résultats et de l'évolution de l'actif net de l'exercice pour la période allant de la date de sa constitution en personne morale, le 2 juin 2005, jusqu'au 31 mars 2006. 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 Centre au 31 mars 2006, ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice commençant à la date de constitution en personne morale, le 2 juin 2005 et se terminant le 31 mars 2006 selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

Deloitte & Touche s.r.l.

Comptables agréés

Toronto (Ontario)
Le 5 juin 2006

Membre de
Deloitte Touche Tohmatsu

État de la situation financière

Au 31 mars 2006

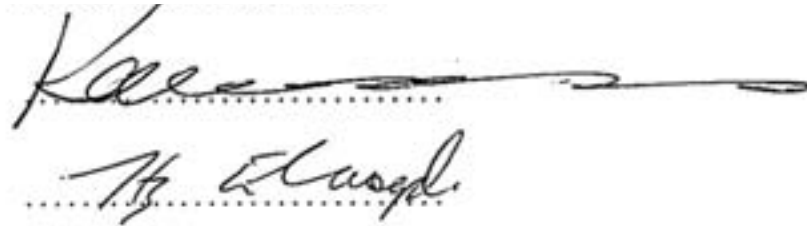
Actif

| | |
|--------------------------|------------------|
| Liquidités | 33 376 \$ |
| Immobilisations (note 3) | 1 |
| | <u>33 377 \$</u> |

Passif et actif net

| | |
|--|------------------|
| Comptes fournisseurs et charges à payer (note 4) | – \$ |
| Actif net | 33 377 |
| | <u>33 377 \$</u> |

Approuvé par le conseil d'administration



Résultats d'exploitation et changements à l'actif net

Période allant du 2 juin 2005, date de constitution, au 31 mars 2006

Recettes

| | |
|---|----------------|
| Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) | 7 770 \$ |
| Remboursement de la paye par le MSSLD | 221 405 |
| | <u>229 175</u> |

Dépenses (note 5)

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| Salaires et avantages sociaux | 192 496 \$ |
| Matériel de bureau | 298 |
| Services de traiteur | 2 520 |
| Autre | 484 |
| | <u>195 798 \$</u> |

| | |
|---------------------------------------|------------------|
| Excédent de recettes sur les dépenses | 33 377 \$ |
| Actif net, début de l'exercice | – |
| Actif net, fin de l'exercice | <u>33 377 \$</u> |

Notes afférentes aux états financiers

1. Description des activités

Formation et statut

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre a été constitué en personne morale par des lettres patentes émises le 2 juin 2005, sans capital-actions. Le projet de loi 36 ayant reçu la sanction royale le 28 mars 2006, il a été prorogé aux termes de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local (la Loi) sous la dénomination de Réseau local d'intégration des services de santé du Centre (le RLISS) et ses lettres patentes ont été révoquées. En tant que mandataire de la Couronne, le RLISS est exonéré d'impôt.

Le RLISS est un mandataire de la Couronne et il ne peut exercer ses pouvoirs qu'à ce titre. La Loi et un Protocole d'entente entre le RLISS et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le ministère) définissent la portée de ses activités. Le financement du RLISS par le ministère au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2006 a été effectué selon les modalités énoncées dans un accord de rendement.

Activités du RLISS

Le RLISS a été créé pour planifier, financer et intégrer les services de santé locaux au sein d'une région géographique bien précise. Il permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région géographique de travailler ensemble pour cerner les priorités locales, planifier les services de santé et coordonner la prestation de ces derniers. Les limites du RLISS du Centre englobent une section nord de la ville de Toronto, la majorité de la région de York et une partie du comté de Simcoe.

Exercice

Ces états financiers représentent les activités du RLISS du 2 juin 2005, date de constitution, au 31 mars 2006.

2. Principales conventions comptables

Présentation des états financiers

Les états financiers ont été préparés conformément aux conventions comptables pour les organismes sans but lucratif publiées par l'Institut canadien des comptables agréés et la comptabilisation des contributions restreintes suit la méthode du report.

Comptabilisation des recettes

Le financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée est constaté dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées. Les fonds affectés à des fins particulières non dépensés sont comptabilisés à titre de produit constaté d'avance.

Utilisation des estimations

La préparation des états financiers conformément aux principes comptables canadiens généralement reconnus oblige la direction à faire des estimations et des hypothèses qui influent sur les montants d'actif et de passif déclarés, la divulgation des éléments de passif et d'actif éventuels à la date des états financiers et les montants de revenus et de dépenses déclarés durant la période de référence. Les résultats réels peuvent être différents des estimations figurant dans les présents états financiers.

3. Immobilisations

Le bureau du RLISS conserve un registre des éléments d'actif achetés en son nom par le MSSLD. Ces éléments d'actif incluent :

- Propriétés à bail (arrangées par la Société immobilière de l'Ontario)
- Meubles et équipement
- Logiciels et ordinateurs

Ces éléments d'actif ont été inscrits selon une valeur nominale de 1 \$, les paiements de ces éléments d'actif ayant été inclus dans les dépenses du MSSLD.

4. Comptes fournisseurs et charges à payer

Le MSSLD a enregistré des comptes fournisseurs et charges à payer totalisant 198 166 \$ dans ses livres au nom du RLISS, en date du 31 mars 2006. Ces dépenses sont incluses dans les montants déclarés à la note 5.

5. Dépenses

Toutes les dépenses d'exploitation autres que celles déclarées dans les résultats d'exploitation ont été approuvées et assumées par le MSSLD au nom du RLISS. Ces dépenses pour la période terminée le 31 mars 2006 sont les suivantes :

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Salaires et avantages sociaux | 139 938 \$ |
| Installations/locaux | 1 128 209 |
| Services communs | 42 126 |
| Technologie de l'information | 100 609 |
| Autres dépenses | 388 803 |
| | <hr/> |
| | 1 799 685 \$ |

6. Garanties

- (i) Les RLISS sont assujettis aux dispositions de la *Loi sur l'administration financière*. Par conséquent, dans le cours normal de leurs activités, ils ne peuvent conclure des ententes prévoyant des indemnités en faveur de tiers, si ce n'est conformément à la *Loi sur l'administration financière* et à la directive sur l'indemnisation y afférente.
- (ii) Une indemnité a été versée directement au directeur général par le RLISS. Entre le 28 mars 2006 et le 31 mars 2006, les membres du conseil d'administration, les dirigeants et les employés du RLISS ont bénéficié de la protection de l'article 35 de la Loi.

7. Évolution de la situation financière

L'évolution de la situation financière n'est pas fournie puisque l'information qu'elle contiendrait est facilement déterminable à l'aide des états joints.

Membres du personnel

Ken Morrison,
Président du conseil d'administration
ken.morrison@lhins.on.ca
905 948-1872, poste 208

Hy Eliasoph,
Directeur général
hy.eliasoph@lhins.on.ca
905 948-1872, poste 210

Paul Barker,
*Directeur principal du rendement,
des contrats et des affectations*
paul.barker@lhins.on.ca
905 948-1872, poste 216

Lynne Lawrie,
*Directrice principale de la planification,
de l'intégration et de la participation communautaire*
lynne.lawrie@lhins.on.ca
905 948-1872, poste 215

Anna Themelis,
Adjointe administrative du directeur général
anna.themelis@lhins.on.ca
905 948-1872, poste 203

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ
du Centre

Pour nous rejoindre

Téléphone :

905 948-1872

Sans frais :

1 866 392-5446

Télécopieur :

905 948-8011

Adresse :

140 Allstate Parkway, bureau 210
Markham, ON L3R 5Y8

Adresse de courriel :

central@lhins.on.ca

Site Web :

<http://www.lhins.on.ca>
www.health.gov.on.ca/lhins/lhins.html