Waterloo Wellington **LHIN**

Annual Business Plan

2009/10 to 2011/12
April, 2009

Ontario
Local Health Integration Network

RLISS de Waterloo Wellington

PLAN D'AFFAIRE ANNUEL

2009/10 à 2011/12
Avril 2009

Table des matières

SOMMAIRE EXÉCUTIF

I. INTRODUCTION 1

II. AU SUJET DU RLISS DE WATERLOO WELLINGTON 3

III. ENQUÊTE ENVIRONNEMENTALE DES OPPORTUNITÉS/RISQUES POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL 7

IV. PLAN DU RLISSWW VISANT LE SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL POUR 2009/10 – 2011/12 13

V. SOMMAIRE FINANCIER 26

VI. ACTIVITÉS D'EXPLOITATION DU RLISS 36

VII. PLAN DE COMMUNICATION 40

ANNEXES I

ANNEXE 1 : PROFIL DE LA SANTÉ DE LA POPULATION II

ANNEXE 2 : TAUX DE MORTALITÉ, D'ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES ET D'HOSPITALISATION SELON LE CHAPITRE 10 ICM V

ANNEXE 3 : DÉTAILS DE L'ENQUÊTE ENVIRONNEMENTALE VII

ANNEXE 4 : ALIGNEMENT DES STRATÉGIES PAR SECTEURS D'INTÉRÊT POUR 2009/10 - 2010/12 XVIII

ANNEXE 5 : ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE XX

Sommaire exécutif

Le Réseau Local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington (RLISSWW) centre ses activités sur les priorités de notre communauté en matière de santé. Dans un sens plus large, ses priorités sont d'améliorer l'accessibilité aux services de santé, améliorer la santé de la population, rehausser l'efficacité du système et en renforcer les capacités afin que nous puissions atteindre un système de santé durable. Ces priorités ont été cernées et découlent de longues consultations avec notre communauté et nos fournisseurs de service. En fait, ces priorités représentent pour nous de grandes occasions d'innover, d'intégrer et d'imaginer.

L'an passé, le RLISSWW produisait son premier Plan d'affaire annuel (anciennement appelé le Plan de services annuel). Il est maintenant possible de visualiser ce plan dans toute son intégralité sur le site Internet au : www.wwlhin.on.ca ou en communiquant avec le bureau.

Le RLISSWW, qui bâtit à partir des réalisations faites à ce jour et qui reconnait qu'il y a encore beaucoup de travail à faire, sera en mesure d'orienter ses activités pour 2009/10 à 20011/12 grâce à ce Plan d'affaire annuel (PAA). Ce document aidera le public à mieux comprendre les progrès qui ont été réalisés à ce jour et sur comment nous comptons répondre aux besoins de notre communauté au cours des trois prochaines années.

Nous travaillons de concert avec nos fournisseurs de services et partenaires afin d'améliorer l'accès aux services de santé en centrant notre attention spécifiquement sur comment améliorer l'accès aux services de soins de santé primaires, aux services s'adressant aux populations identifiées et vulnérables. Ensemble, nous canaliserons nos efforts sur l'amélioration de l'efficacité des services des urgences, de la coordination et de l'accès aux services de santé mentale, sur les temps d'attente en soins de courte durée et sur le placement pour des soins de longue durée.

Nous travaillerons avec nos partenaires à améliorer la santé de la population en éduquant davantage à l'égard de « pratiques saines » et en mettant des programmes qui rehaussent la santé des gens à la disposition de tous.

Au cours des trois prochaines années, notre point de mire en ce qui a trait à améliorer l'efficacité du système s'articulera autour de deux secteurs : faciliter la « navigation » dans le système et l'usage que l'on en fait et accroître notre capacité collective à identifier et à appliquer des méthodes et des outils bien recherchés en matière de planification du système de santé et de livraison des services.

Comment allons-nous nous y prendre pour atteindre un système de santé durable ? Nous continuerons de favoriser l'utilisation de la technologie afin de nous assurer que les gens ont l'information dont ils ont besoin pour prendre les meilleures décisions possibles au sujet de leurs propres soins et pour que les soignants aient l'information requise pour dispenser les meilleurs soins. Nous appuierons les efforts qui miseront sur différentes façons de maintenir une main d'œuvre stable. Nous créerons un système de santé plus transparent et plus redevable en étant plus diligent et en fixant des résultats spécifiques à atteindre pour nos fournisseurs de services de santé et en effectuant le rapport de ces résultats.

Il faut l'admettre, ce plan est ambitieux mais c'est aussi un plan qui a été pensé dans les moindres détails, qui a été évalué pour sa pertinence à l'égard de notre quatre priorités, un plan qui pourra être géré à partir et à l'intérieur des ressources financières disponibles, et qui avant tout, pourra transformer notre système de santé de façon positive.

Bien que le PAA soit un guide de grande valeur pour nos activités futures, notre succès collectif pour ce qui est d'atteindre ces buts ne sera possible qu'avec la participation de nos fournisseurs de services de santé et l'appui de notre collectivité, et ce, au fur et à mesure que nous avancerons. Nous vous invitons, aujourd'hui et comme toujours, à nous faire parvenir vos commentaires, idées et questions.

I. Introduction

Notre Plan d'affaire annuel (PAA) reflète comment le Réseau Local d'Intégration des services de la santé de Waterloo Wellington (RLISSWW) entend livrer ses produits selon la promesse de transformation du système de santé telle qu'est est formulée et décrite dans le Plan de services de santé intégrés (PSSI). Le PAA détaillé démontre les bases de nos quatre priorités pour les services de santé au sein du RLISSWW et décrit nos stratégies tactiques pour les trois prochaines années

Les priorités du système de santé local ont été déterminées selon les intrants détaillés de notre communauté et en ligne avec notre mission qui est : « d'inspirer les gens à améliorer leur qualité de vie maintenant et pour l'avenir par le biais de liens de collaboration et par l'intégration du système de santé ». À ce titre, vous trouverez notre point de mire et priorités pour les trois prochaines années ci-après.

Améliorer l'accessibilité aux services de santé

Au cours de l'année dernière, nous avons fait du progrès en ce qui a trait à améliorer l'accès aux services de santé. Les temps d'attente pour plusieurs chirurgies prioritaires et procédures de soins intensifs ont diminué de façon significative et de plus amples investissements ont été faits afin de rehausser les services communautaires. Mais, il reste encore beaucoup à faire et au cours des trois prochaines années, nous comptons centrer nos efforts sur :

- Améliorer l'accès aux services de soins de santé primaires
- Rehausser l'efficacité et réduire les temps d'attente dans les services des urgences
- Améliorer la coordination des services de santé mentale et l'accès à ces services
- Améliorer l'accès aux services de santé des populations spécifiques et vulnérables
- Réduire les temps d'attente pour les services de soins intensifs
- Réduire les temps d'attente pour les soins de longue durée

Améliorer la santé de la population

Notre travail d'amélioration de la santé de la population au sein du RLISSWW se poursuit. De plus, Il y a eu une plus grande emphase sur la prévention et la promotion à travers l'ensemble de notre système de santé. Il nous faut adresser les problèmes avant qu'ils ne deviennent trop complexes et trop coûteux, et ce, tant du point de vue de la santé du patient que du point de vue financier du système. Des partenaires, tels que Santé publique, continuent de promouvoir des choix de styles de vie sains et des approches préventives.

Au cours des trois prochaines années, notre point de mire visant à améliorer la santé de notre population sera centré sur :

- Améliorer la disponibilité des programmes qui rehaussent la santé d'une personne
- Rehausser la sensibilité et accroître la participation de la communauté à l'égard de pratiques préventives et de comportements préventifs

Rehausser l'efficacité du système

Nous continuons d'entendre les gens exprimer, pour la plupart, leur satisfaction a l'égard de la qualité des soins qu'ils reçoivent de leurs fournisseurs de services de santé et de leurs soignants. Toutefois, on note une frustration continue quant au manque de coordination du système et par rapport au fait que le système n'est pas convivial. Au cours des trois prochaines années, notre pointe de mire visant à rehausser l'efficacité du système sera centré sur :

- Faciliter davantage l'utilisation du système de santé et
- Renforcer nos capacités à identifier et à appliquer des outils et des méthodes bien recherchés en matière de planification du système de santé et de livraison des services

Renforcer les capacités de la communauté pour atteindre un système de santé durable

Au fur et à mesure que nous avançons dans notre périple d'amélioration de l'accès au système, de rehaussement de l'efficacité du système et d'amélioration de la santé de la population, nous devons garder à l'esprit qu'il nous faut développer des solutions durables. La clé de notre succès résidera dans le renforcement des capacités de la communauté. Au cours des trois prochaines années, notre point de mire visant le renforcement des capacités de la communauté sera centré sur :

- Utiliser la technologie à bon escient afin de s'assurer que les gens ont la bonne information, au bon endroit et au bon moment
- Maintenir une main d'œuvre de santé stable
- Créer un système de santé plus transparent et plus redevable

II. Au sujet du RLISS de Waterloo Wellington

Le Réseau Local d'Intégration des Services de Santé de Waterloo Wellington (RLISSWW) est une société d'État régie par la *Loi sur l'intégration des systèmes de santé local de 2006*. Ce Réseau est gouverné par un Conseil d'administration dont les membres ont été nommés. En bref, nous sommes un des 14 RLISS à travers la province responsables de bâtir des services de santé intégrés dans notre communauté visant à rendre la vie plus facile aux gens afin qu'ils puissent profiter des meilleurs soins possibles dans un milieu approprié lorsqu'ils en ont besoin.

Tout le travail que nous avons entrepris, y compris l'élaboration de ce Plan d'affaire annuel, s'effectue selon nos missions et nos valeurs.

La Mission du RLISSWW

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

Les valeurs du RLISSWW

De responsabilisation – Démontrées par un suivi continu et des résultats fondés sur des preuves et de la transparence

D'intégrité - Démontrées par des prises de décisions saines et par l'honnêteté

Novatrices – Démontrées par la créativité et par le fait qu'elles sont axées sur l'avenir et le changement

Communautaires – Démontrées par le respect, l'engagement et le fait que nous misons sur les gens

Le RLISSWW est responsable de la planification du système de santé ainsi que de la coordination, de l'intégration et du financement des services à l'intérieur de nos frontières depuis le 1er avril 2007. Ces services comprennent, des services de soutien communautaire, des services de soins de santé primaires, des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, la connexion aux soins et la coordination des soins, des soins à domiciles tels que le soutien et l'aide familiale, des soins de longue durée et des services de soins intensifs à court terme. Ces services sont livrés par le biais de :

- 4 centres de santé communautaires (avec six satellites)
- 8 corporations hospitalières, avec dix sites hospitaliers
- 35 établissements de soins de santé de longue durée
- 1 Société d'Accès aux Soins de santé Communautaires
- 31 programmes de services de soutien communautaire (dispensés par 29 fournisseurs discrets)
- 22 programmes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie (dispensés par 15 fournisseurs discrets)

Les données de recensement de Statistique Canada nous fournissent des informations démographiques et sur la population des plus précises sur le RLISSWW. Selon les plus récentes données de recensement disponibles, la population du RLISSWW en 2006 se chiffrait à 686 320 ou 5,6 pourcent de la population totale de l'Ontario. Notre population vieillit à un taux projeté de 16 pourcent et on s'attend à ce qu'elle atteigne 797 600 d'ici l'an 2015. Ce taux de vieillissement dépasse celui de la province, lequel on estime augmentera de près de 13 pourcent entre 2006 et 2015.

Du point de vue de la planification de la santé, le RLISSWW possède cinq sous secteurs RLISS soit : Le Waterloo urbain et la partie rurale du sud de Waterloo, le Waterloo rural, le Guelph urbain, le Wellington rural et la partie rurale du Nord de Wellington et South Grey. Le fait de comparer les secteurs nous permet de cerner des caractéristiques et des besoins distincts. À ce titre, la distribution de la population et la proportion de la population âgée de 65 ans et plus vous seront démontrées aux figures 1 et 2 dans les pages qui suivent.

Dans le RLISSWW, la population autochtone représente un pourcent de la population tandis que les populations d'immigrants, de Mennonite et de francophones représentent respectivement 20 pourcent, 3,4 pourcent et 1,3 pourcent de la population.

Ce qui suit vous donnera certains renseignements clés au sujet de la santé de la population, du taux de mortalité et d'hospitalisation pour le RLISSWW et l'Ontario. De plus amples détails au à propos de ces tendances sont décrites à l'*Annexe 1 : Profil de la santé de la population et à l'Annexe 2 : Taux de mortalité, d'années potentielles de vie perdues et d'hospitalisation.*

Les tendances liées à la santé en général

Selon des données de l'Enquête sur la santé communautaire canadienne de 2007, notre population s'engage moins dans des activités comportementales saines qu'en 2003. Ces dernières comprennent l'activité physique et la consommation de fruits et de légumes. Le résultat se traduit par une hausse de 4,1 % de notre pourcentage de personnes souffrant d'embonpoint ou d'obésité. Le pourcentage de personnes qui souffrent de diabète, d'asthme et de haute pression a lui aussi augmenté de 1,4 %, de 0,8 % et de 2,6 % respectivement. Par contre, le pourcentage de personnes qui boivent 5 verres ou plus à n'importe quelle occasion a diminué. Le pourcentage de non-fumeurs exposés à la fumée de tabac ambiante a légèrement diminué, mais à 8,3 % il demeure beaucoup plus haut que la moyenne provinciale, qui est de 5,7 %.

On observe une tendance similaire dans certains comportements préventifs. De 2005 à 2007, le pourcentage de résidants qui ont reçu des vaccins antigrippaux et le pourcentage de résidants qui avaient contacté leur médecin de famille au cours de l'année dernière ont aussi diminué tant dans le RLISSWW qu'en Ontario. Cependant, on note une hausse du pourcentage de personnes qui ont subi une mammographie, un test de dépistage du cancer du col de l'utérus et un test de dépistage de sang occulte contre le cancer colorectal entre 2007 et 2008.

Bien que ces tendances démontrent que notre population devrait être moins en santé qu'elle l'était il y a deux ou quatre ans, selon l'Enquête sur la santé communautaire canadienne de 2007, le pourcentage de résidants du RLISSWW qui qualifiaient leur santé générale de très bonne ou excellente a augmenté entre 2005 et 2007 Une pareille incohérence apparaît dans le secteur de la santé mentale. Bien qu'on note une réduction du pourcentage de personnes

signalant un niveau de stress élevé, on observe aussi une diminution du pourcentage de personnes qui jugeaient leur santé mentale générale comme étant de très bonne à excellente.

Mortalité, années potentielles de vie perdue et hospitalisation

Selon des données de 2004, soit les plus récentes données disponibles du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le taux de mortalité standardisé selon l’âge (TMSA) pour le RLISSWW était de 539,6 décès par 100 000 résidants. Ceci est plus faible que la moyenne provinciale et représente le sixième taux le plus bas parmi tous les RLISS. Les trois premières causes de décès en ordre sont le cancer, les maladies de l’appareil circulatoire et les maladies respiratoires.

Nous nous comparons de façon similaire lorsque nous examinons de plus près les années potentielles de vie perdues (APVP). Les résidants du RLISSWW ont perdu 4 290,1 années par 100 000 résidants, ce qui est moins que la moyenne provinciale. Ils affichent le quatrième taux le plus bas parmi tous les RLISS. Les trois premières causes d’APVP sont : le cancer, les blessures et les maladies circulatoires.

Nous sommes en mesure, en examinant ces tendances d’incidence de maladies chroniques, de dresser le portrait des besoins et de l’utilisation des ressources dans notre RLISS. Notez que les quatre maladies chroniques qui occupaient les premiers rangs dans notre RLISS en 2007 étaient l’hypertension artérielle, l’arthrite, l’asthme et le diabète. Celles-ci demeurent relativement inchangées depuis 2005.

Des données sur l’utilisation des services de 2005/06 ont été analysées afin de déterminer comment les résidants aux prises avec ces maladies chroniques utilisaient notre système de santé. Ces données révèlent que trois de ces quatre maladies chroniques contribuent sans contredit aux plus grands taux de visites chez le médecin généraliste, soit l’hypertension, l’arthrite, le diabète et les maladies cardiaques. Trois des premières causes de visites chez le médecin généraliste se retrouvaient aussi aux services des urgences : soit l’arthrite, les maladies cardiaques, l’asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive. Finalement, seulement une de ces quatre maladies chroniques (l’arthrite) contribue aux plus hauts taux d’hospitalisations, les trois autres étant : les maladies cardiaques, le cancer et la bronchopneumopathie chronique obstructive.

Figure 1

Distribution de la population dans le RLISSWW, 2006
(Pourcentage de la population totale du RLISSWW)

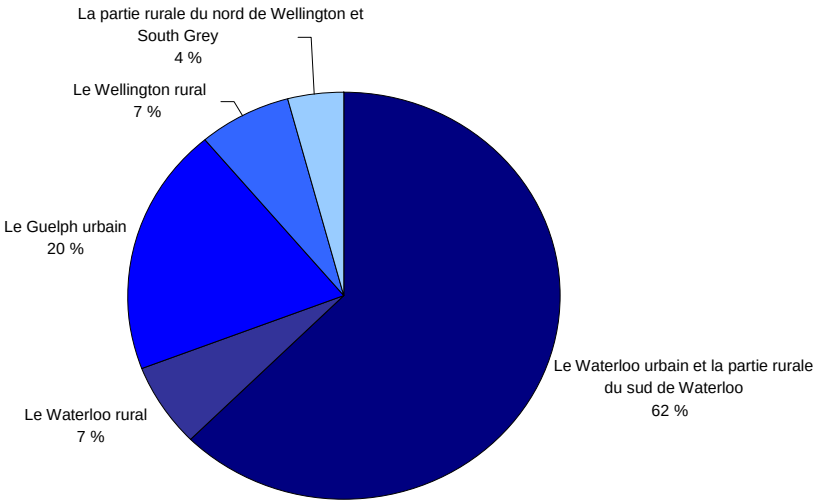
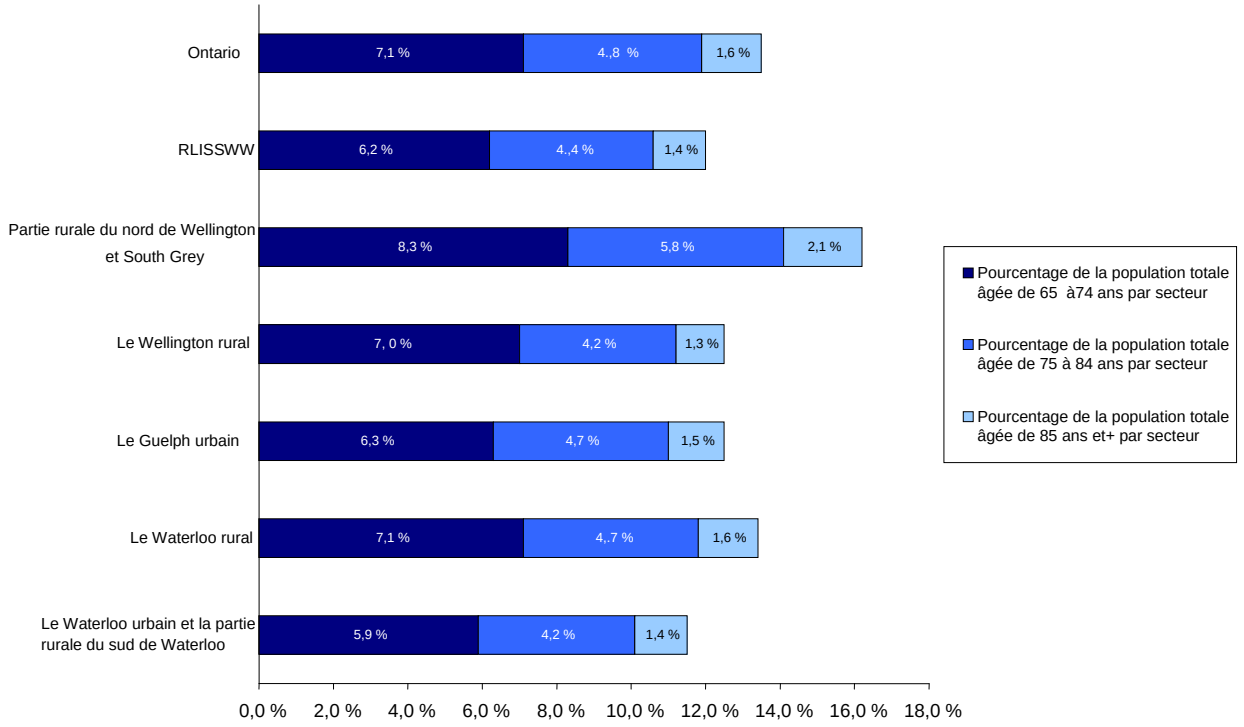


Figure 2

Pourcentage de la population âgée de 65 à 74 ans, de 75 à 84 ans et de 85 ans et + dans le RLISSWW.



III. Enquête environnementale des opportunités/risques pour le système de santé local

En confirmant nos plans pour les trois prochaines années, nous avons conduit une enquête environnementale de l'état de notre santé actuel et de l'état du système de santé dans le RLISSWW. Ce faisant, nous avons pu nous apercevoir des risques et des opportunités que comporte notre travail visant à adresser nos priorités.

L'enquête environnementale vérifie le travail de cueillette de renseignements qui avait été fait auprès de notre communauté et entrepris par le RLISSWW à travers l'intégration, le rendement, la planification et le travail de soutien pour fins de prises de décisions. Elle prend en considération les enjeux et tendances qui pourraient influencer les engagements établis dans les Ententes de responsabilisation entre le ministère et les RLISS (ERMR), de même que les priorités identifiées dans le PSSI.

Elle tient compte des politiques gouvernementales et des priorités et de toute nouvelle législation ou de législation en attente. Cette approche rassemble à la fois des données quantitatives et des informations qualitatives servant à fournir une approche contextualisée plus solide lorsqu'il s'agira d'identifier les besoins des résidants du RLISSWW et les risques qui y sont associés si on ne s'investit pas à répondre à ces besoins.

Notre enquête environnementale a confirmé plusieurs forces du RLISSWW, y compris le fait que nous avons :

- Une région géographique relativement compacte et un petit nombre de fournisseurs qui fournissent les services. Ceci nous donne l'occasion de coordonner et de former des partenariats plus facilement que les RLISS qui sont plus dispersés et qui ont un plus grand nombre de fournisseurs.
- Démontré la capacité d'accomplir des choses lorsque nous nous penchons sur à un problème à résoudre ou lorsque nous y mettons toute notre attention. Un bon exemple est la baisse significative de nos principaux temps d'attente au cours des deux dernières années, lesquels permettent un accès plus rapide aux services dont nos résidants ont besoin.
- Une grande capacité d'adoption de nouveaux modèles de livraison de soins de santé basés en milieu communautaire tels que les Équipes de santé de la famille et les Centres de santé communautaires.
- Une richesse de savoir dans laquelle nous pouvons puiser, et ce, par l'entremise de nos établissements scolaires postsecondaires et industries, et plus particulièrement celle du secteur de la haute technologie.
- Un nombre accru de partenariats à l'intérieur des secteurs et entre les secteurs qui visent à développer de nouvelles solutions novatrices tout en vivant selon leurs moyens.

L'enquête environnementale nous a aussi permis de cerner les progrès qui avaient été faits èa ce jour à l'égard de chacune des priorités de notre PSSI, de même que les opportunités et lacunes (risques) qui demeurent. Vous trouverez de plus amples détails à ce sujet à l'*Annexe 3 : Détails de l'enquête environnementale.* Quelques faits marquants sont décrits ci-après :

Les progrès d'amélioration en matière d'accessibilité aux services de santé

Au cours de l'année dernière nous avons fait du progrès en matière d'accès aux services de santé. Les temps d'attente pour plusieurs chirurgies prioritaires ainsi que pour des procédures de soins intensifs ont baissé de façon significative, les services des urgences se sont améliorés et de plus amples investissements ont été faits afin de rehausser les services communautaires. Nous disposons maintenant de neuf Équipes de santé de la famille dans le RLISSWW. Cependant, il reste encore de grandes lacunes.

- Plusieurs de nos résidants n'ont toujours pas accès à un fournisseur de soins de santé primaires régulier, ce qui, en revanche, donne lieu à un nombre élevé de visites non urgentes aux services des urgences dans les hôpitaux du RLISSWW.
- Dans l'ensemble, notre système de santé est encore fragmenté et en raison de cela certains patients ne sont pas en mesure de naviguer à travers les différents secteurs qui pourraient répondre à leurs besoins de soins de santé. Ce problème est d'autant plus grand pour les populations vulnérables, telles que pour des personnes pour qui la langue maternelle n'est pas l'anglais et pour les aînés qui peuvent avoir besoin d'assistance pour naviguer à travers le système.
- L'accès aux services communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie et la coordination de ces dits services nécessitent encore une amélioration.

En plus de palier aux lacunes mentionnées ci-haut, nous avons eu l'opportunité de :

- Revoir ou et comment les services des urgences, les soins intensifs, les soins complexes continus et les soins de santé mentale pourraient être mieux dispensés afin d'en améliorer l'accès et la coordination.
- Développer de nouveaux modèles de soins durables dans les divers secteurs de temps d'attente, y compris en orthopédie, en soins des yeux et IRM/tomodensitométrie; non seulement de tels modèles pourraient améliorer les soins mais ils pourraient limiter les risques de pénuries de main d'œuvre et de ressources financières en santé.
- Améliorer l'accès aux soins de longue durée et en réduire les temps d'attente et de développer des solutions de rechange basées en milieu communautaire pour ceux qui se retrouveraient autrement en soins de longue durée.

Progresser vers une amélioration de la santé de la population

Le travail d'amélioration de la santé de la population se poursuit au sein du RLISSWW. On observe une plus grande emphase sur la prévention et la promotion à travers l'ensemble de notre système de santé. Il est également primordial pour nous d'essayer d'adresser les problèmes avant qu'ils ne deviennent trop complexes et coûteux tant du point de vue du patient que du point de vue financier du système. Des partenaires, tels que Santé publique, continuent de promouvoir des choix de vie sains et des approches préventives. En plus de ce travail continu, des opportunités se sont présentées pour :

- Nos partenaires en santé publique à sensibiliser davantage la communauté et à susciter davantage la participation de celle-ci à adopter des pratiques préventives.
- Nos partenaires en santé publique, en éducation et dans d'autres secteurs d'investir dans des programmes de prévention qui font la promotion de l'activité physique et de la nutrition.

- Le RLISSWW de faciliter de façon proactive la création de modèles de soins qui aideront les résidants à gérer leurs maladies chroniques et à prendre des mesures préventives, réduisant ainsi les pressions sur le système de santé.
- Le RLISSWW de développer des stratégies ciblées pour des populations spécifiques, comme par exemple : pour les populations rurales, les sans abris, les immigrants, les pauvres et les adolescents, pour ne nommer que ceux-là.

Progresser à rehausser l'efficacité du système

Nous continuons d'entendre les gens exprimer, pour la plupart, leur satisfaction a l'égard de la qualité des soins qu'ils reçoivent de leurs fournisseurs de services de santé et de leurs soignants. Toutefois, on note une frustration continue quant au manque de coordination du système et par rapport au fait que le système n'est pas convivial. Les patients et les clients demeurent frustrés parce qu'ils doivent répéter leur information lorsqu'ils se déplacent d'un fournisseur de soins à un autre et qu'ils essaient de naviguer à travers le système. L'information, les évaluations et les tests de diagnostique continuent de se répéter, quelque fois sans raison apparente. Les gens continuent de demeurer à l'hôpital pendant qu'ils attendent d'accéder à des services appropriés au sein de la communauté.

Des opportunités se sont présentées en ce qui a trait à :

- Examiner et accroître la provision de soins appropriés comme des soins en hospice, des soins de convalescence, du logement supervisé et des programme de jour afin de diminuer le nombre de jours d'autre niveau de soins (ANS) et d'améliorer les résultats de santé.
- Améliorer le flux de patients et de clients entre les fournisseurs par le biais de la technologie, réduisant ainsi le besoin de répéter l'information et les tests.
- Améliorer la compréhension des gens afin qu'ils sachent à qui ils peuvent s'en remettre pour trouver de l'aide.
- Améliorer les points de transition à l'intérieur du système afin d'aider les gens à se déplacer facilement d'une partie du système à une autre.
- Continuer de mettre en place des meilleures pratiques tant dans les domaines de la planification et de la recherche que dans les secteurs cliniques.

Progresser à renforcer les capacités de la communauté afin d'atteindre un système de santé durable

Au fur et à mesure que nous avançons dans notre périple visant à améliorer l'accès, à rehausser l'efficacité du système et à améliorer la santé de la population, nous devons garder avant tout à l'esprit et comme priorité que nous nous devons développer des solutions durables. La clé de notre succès sera de renforcer les capacités de la communauté afin d'atteindre un système de santé durable.

Nous avons fait des progrès dans ce domaine en améliorant les partenariats existants, en forgeant de nouveaux partenariats en travaillant à atteindre des effectifs de santé stables, en gérant un système de santé plus transparent et plus redevable, en mesurant et en rapportant les réalisations faites à la grandeur du système et en se servant de la technologie à bon escient afin de s'assurer que les gens on la bonne information, au bon endroit et au bon moment. Des opportunités se sont présentées, en ce qui a trait à :

- Continuer de susciter de nouveaux partenariats qui aideront à générer de nouvelles idées et solutions.
- Améliorer le partage, la qualité et la disponibilité de l'information entre les fournisseurs en utilisant des moyens électroniques.
- Développer de nouvelles façons d'attirer les professionnels de la santé et à élaborer des modèles de rechange pour dispenser les soins afin de maximiser l'usage de nos ressources.

Les facteurs affectant la demande et les coûts des services de santé locaux

Dans le cadre de notre enquête environnementale, nous avons examiné les principaux facteurs qui ont eu un impact ou qui continueront d'avoir un impact sur la demande et les coûts des services de santé locaux. Nous savons que les caractéristiques sociodémographiques telles que la croissance et le vieillissement de la population, de même que l'inflation et les coûts de main d'oeuvre auront un impact certain.

Les facteurs démographiques

La croissance de la population et les besoins pour des services appropriés, particulièrement pour la population de personnes âgées auront pour effet d'accroître la demande pour des programmes et des services de santé spécifiques dans Waterloo Wellington. On estime que la croissance de la population viendra accroître la demande pour des services de santé à un taux d'environ 1,8 % par année.

Les maladies chroniques demeurent un défi pour le RLISSWW en raison d'une population vieillissante, d'une plus grande incidence d'asthme, de diabète et d'obésité, du plus faible taux de dépistage de cancer du sein, des taux élevés de mortalité et d'hospitalisation associées au cancer et aux maladies de l'appareil respiratoire. On s'attend à ce que la plus grande prévalence de maladies chroniques chez la population vieillissante vienne accroître la demande pour des programmes et services appropriés à un taux de 0,8 % par année.

On prévoit que la combinaison de la croissance de la population et la hausse de services associés aux besoins d'une population vieillissante population viennent augmenter les coûts de soins de santé de 2,6 % par année.

L'inflation et les coûts de la main d'œuvre

L'inflation et les coûts de main d'œuvre sont les principaux inducteurs de coûts qui affectent les coûts de provision des programmes et services de santé. Les coûts unitaires de la main d'œuvre ont, par le passé, augmenté à un taux plus rapide que l'inflation de base. Le Canada affiche actuellement une hausse des coûts de la main d'œuvre de 4,0 %. Le budget ontarien prévoit une augmentation de 4,9 % des coûts de main d'œuvre au cours de l'exercice financier de 2009/10.

La combinaison de l'inflation de base et des inducteurs de coût de la main d'œuvre, de même que les enjeux de disponibilité de main d'oeuvre liés aux travailleurs des services de santé, nous laisse croire que les pressions inflationnistes dépasseront celles de l'économie en générale. Le RLISSWW prévoit une augmentation des coûts de 5,0 % en ce qui a trait à la prestation de ses services actuels. Ceci coïncide avec l'augmentation de 5,0 % des coûts de services de santé prévues du budget ontarien.

L'impact des inducteurs de coûts

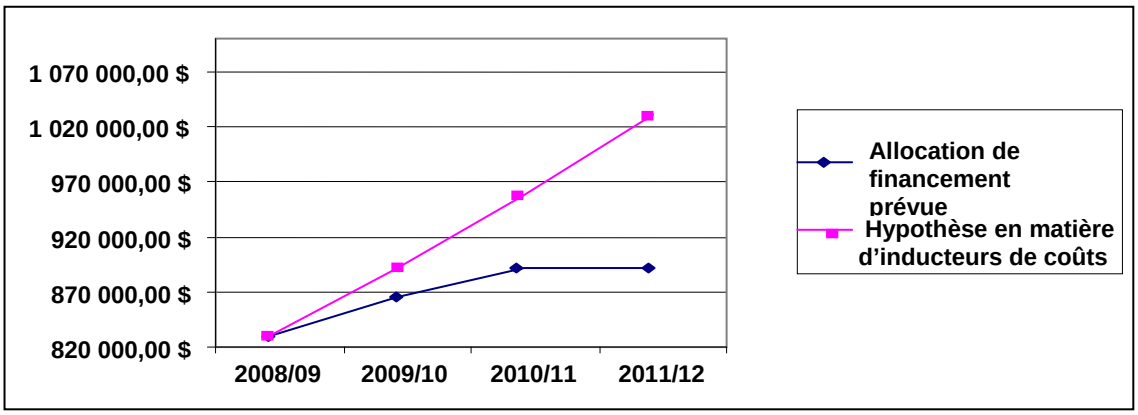
On estime que les effets combinés d'une demande accrue pour les services et l'augmentation des coûts de prestation des services se chiffreront à 7,4 % en 2008/09, à 8,8 % en 2009/10 et à 7,4 % en 2010/11. Ces chiffres représentent les montants sur lesquels le financement de base du RLISSWW devra changer si le financement devait dépendre uniquement de l'augmentation des coûts et de la demande sans que des améliorations à l'égard de l'efficacité et de l'intégration des services ne soient effectuées.

Toutefois, nous savons que l'allocation au RLISSWW est actuellement moins élevée que les montants associés aux inducteurs de coûts et on estime qu'elle continuera de l'être. En raison de ces faits et des récents problèmes économiques, il est clair que nous devons accélérer la transformation du système.

Le diagramme ci-après illustre la différence entre les dépenses prévues selon les inducteurs de coûts et l'allocation de financement prévue, telle qu'elle est décrite dans la section du sommaire

financier de ce PAA. L'allocation prévue reflète les décisions stratégiques prises par le RLISSWW visant à faire avancer ses objectifs et à améliorer le système de santé pour les résidants de Waterloo Wellington. Cette allocation pourra se comparer au futur portrait d'investissement de santé si le statut quo est maintenu.

Même si nous comptons recevoir du financement additionnel, ce financement servira de plus en plus à cibler les priorités stratégiques et à transformer le système. Nous devrons donc contrôler nos dépenses et continuer de chercher de nouvelles façons ou des façons innovatrices de fournir les services au fur et à mesure que le système se transformera.



D'autres facteurs clé affectant la provision des services de santé

La conjoncture des affaires, la disponibilité des ressources humaines et des supports technologiques ont tous un impact sur la provision des services de santé.

La conjoncture des affaires

Bien que les résidants du RLISSWW aient récemment vécu une situation économique relativement meilleure que l'ensemble de l'Ontario, la récession économique testera sans aucun doute la prospérité locale et les niveaux de vie. Ces pressions économiques pourront aussi affecter comment, et jusqu'à quel point, les services de soins de santé pourront être financés.

Ces tendances nous démontrent la nécessité de nous assurer de la disponibilité de divers types de services et programmes de santé pertinents, d'un mélange adéquat de ressources humaines en santé pour livrer ces services et de supports technologiques qui permettront aux fournisseurs de livrer ces services de manière efficace et constante.

Les ressources humaines en santé

L'Ontario et le RLISSWW se préparent tous les deux contre la grande la vague de retraite attendue de médecins et d'infirmières qui aura lieu dans un avenir rapproché. Le RLISSWW ne peut pas prendre pour acquis la disponibilité des ressources humaines en santé même si la région s'est vue décerner de nouvelles écoles de médecine et de pharmacie. En fait, ces investissements exigent au RLISSWW de jouer un rôle plus concerté afin de s'assurer que les

ressources humaines en santé, bien qu'elles soient limitées et peut être amoindries, soient utilisées plus efficacement et à bon escient.

Supports technologiques

Bien que les soutiens technologiques jouent un rôle encore plus grand au sein des soins de la santé et qu'ils consomment une plus grande partie des ressources, les initiatives de cybersanté n'ont pas suffisamment été implantées de façon intégrée en Ontario ni dans la région du RLISSWW pour que l'on puisse bénéficier pleinement de tous leurs potentiels. Le défi ici réside dans le fait que plusieurs des plus grands fournisseurs dans la région utilisent des systèmes patrimoniaux qui ne communiquent pas entre eux. À ce titre, la base qui servirait à faire des comparaisons significatives, qui à son tour, permettrait des gains efficaces et efficient est très limitée.

Les facteurs mentionnés ci-haut devraient forcer nos fournisseurs de service à se pencher promptement sur la manière dont les services sont actuellement dispensés et les inciter à devenir encore plus innovateurs en ce qui a trait à atteindre un système de santé durable.

Les besoins et les opportunités (risques) identifiés par le biais de notre enquête environnementale façonneront les plans contenus dans la prochaine section.

IV. Le Plan du RLISSWW visant le système de santé local pour 2009/10 – 2011/12

Le RLISSWW s'est engagé à faire avancer les quatre priorités établies dans le PSSI. L'enquête environnementale nous rappelle la rémanence des problèmes du système. Elle pointe aussi les opportunités que nous pouvons saisir pour faire de nouveaux investissements tout en sauvegardant et en rehaussant la valeur des investissements qui ont été faits jusqu'à maintenant dans la région locale.

Conscients de notre responsabilité de gérer les services de santé d'un point de vue intégré et en ligne avec les priorités du gouvernement, nous avons priorisé et placer par séquence les initiatives, qui nous croyons, adresseront au mieux les lacunes et les opportunités (risques) identifiées dans l'enquête environnementale. En priorisant et en plaçant les initiatives par séquence nous gardons toujours nos éléments conducteurs stratégiques à l'esprit :

1. la transformation du système
2. améliorer la santé et le mieux-être; en créant des lieux de travail sains
3. le rendement et l'amélioration du système
4. renforcer les capacités de la communauté
5. du leadership stratégique

Les risques liés à la mise en place de notre Plan et stratégies d'atténuation

Le point de mire du RLISSWW pour les trois prochaines années s'articulera autour des secteurs décrits ci-dessous. Au fur et à mesure que nous mettrons notre attention sur la mise en place du Plan, le RLISSWW et nos fournisseurs prendront les mesures nécessaires pour agir de façon constante afin de se parer contre l'éventualité de trois grands risques :

1. La récession économique actuelle, laquelle aura un impact sur les allocations dans le système de santé.
2. La pénurie grandissante de professionnels et de personnel compétents, qui continuera de présenter des défis additionnels au fur et à mesure que nous implanterons des solutions qui requerront un tel personnel.
3. Les enjeux associés à la transformation d'un système et lorsque l'on entreprend plusieurs projets de transformation à la fois.

Le RLISSWW tient aussi compte du fait que plusieurs des fournisseurs de service sont aux prises avec des ressources financières et humaines limitées. La récente entente de l'Association médicale de l'Ontario (AMO) ainsi que d'autres facteurs affectant les coûts de livraison des services de santé poseront eux aussi des problèmes additionnels qu'il nous faudra prendre en considération.

En dépit de ces défis, les gens de Waterloo Wellington s'attendent à ce que les priorités du PSSI avancent. La nécessité de procéder à une transformation était déjà claire mais, avec la récession économique, au lieu de ralentir la transformation nous sommes d'avis qu'il faudrait l'accélérer. Cette accélération amènera de nouveaux besoins : trouver du leadership et des champions au sein de notre communauté et parmi nos fournisseurs de service, cliniciens et soignants. Le RLISSWW continue d'appuyer ceux qui favorisent les activités de transformation et qui mettent les besoins des gens de Waterloo Wellington en premier. Et, tel que demandé, nous raffinerons nos plans et nous prendrons des approches alternatives pour adresser les impacts additionnels découlant de la récession économique.

Nous continuerons de chercher des solutions de rechange visant à adresser les risques liés à notre stratégie et ceux que posent les pénuries de ressources humaines en santé. Plusieurs de ces solutions seront développées par le biais de la Stratégie de ressources humaines en santé et par le travail dirigé par notre Conseil des ressources humaines en santé.

Conscient que chaque système ne peut répondre à tout en même temps, chaque année nous prioriserons davantage les initiatives et les placerons selon un ordre défini. De plus, lorsqu'il sera possible de le faire, chacune de nos stratégies (telle que la stratégie Services des urgences /ANS) ciblera plusieurs secteurs d'intérêt afin de maximiser l'usage des ressources financières et humaines au sein de notre système. Un plan détaillé est illustré à l'*Annexe 4.*

Le plan qui suit décrit nos points de mire et initiatives pour chacun des secteurs prioritaires du PSSI pour la période 2009/10 – 2011/12.

PRIORITÉ 1 PSSI Améliorer l'accessibilité aux services de santé

L'enquête environnementale identifie les principales opportunités visant à promouvoir l'accès à des services appropriés, à améliorer la ponctualité de la livraison des services et à assurer la disponibilité de services appropriés. Au cours des trois prochaines années, notre pointe de mire en matière d'amélioration de l'accès aux services de santé sera centré sur continuer :

- D'améliorer l'accès aux services de soins de santé primaires
- D'améliorer l'efficacité des services des urgences et en réduire les temps d'attente
- D'améliorer la coordination des services de santé mentale et l'accès à ceux-ci

- D'améliorer l'accès aux services de santé pour les populations spécifiques et vulnérables
- De réduire les temps d'attente pour les services des soins intensifs
- De réduire les temps d'attente pour les soins de longue durée

1. Nous continuerons d'améliorer l'accès aux services de soins de santé primaires en :

- Instaurant des ententes de responsabilisation de services avec les Centres de santé communautaires (CSC) qui fixent des attentes claires à l'égard des rôles qu'ils jouent lorsqu'il s'agit de contribuer à atteindre des résultats spécifiques pour le système.
- Favorisant des approches novatrices à l'égard de l'utilisation du financement existant et lorsqu'il s'agira d'adresser les pénuries de ressources humaines en santé.
- Poursuivant le transfert des obligations de rendre compte des Équipes de santé de la famille du Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD) vers les RLISS.
- Continuant de collaborer à la planification du système de santé local et en suscitant une plus grande intégration de tous les joueurs compétents à la table, y compris les fournisseurs de services de santé que le RLISSWW ne finance pas, telles que les Équipes de santé de la famille et les municipalités.

Notre communauté saura que cet objectif aura été atteint lorsque :

- Tous les CSC auront signé et auront rendu publique leurs ententes de responsabilisation et leurs mesures pertinentes de succès.
- Dès leur première année les services CSC, qui n'étaient pas disponibles ultérieurement en raison du manque de professionnels de services de santé spécifiques ou de personnel, seront fournis par le biais de solutions de rechange (exemple : des infirmières praticiennes pourraient, à l'intérieur de leurs champs de pratique, répondre aux besoins de services de santé primaires de clients dans des régions ou le recrutement de médecins demeure un problème).
- Les quatre CSC au sein du RLISSWW continueront de rapporter une grande satisfaction des clients à l'égard de leurs services de soins de santé primaires.
- Les résidants du RLISSWW, particulièrement ceux qui favorisent les Équipes de santé de la famille (ESF) ou qui sont à l'intérieur des secteurs des CSC, ne se rendent plus aux services des urgences pour accéder aux soins primaires après les heures régulières d'ouverture (D'ici la fin de la troisième année du plan).
- Le nombre de résidants « orphelins » ou « sans attache » qui chercheront un fournisseur de santé primaire aura diminué à l'intérieur des trois années du plan.
- Le nombre de résidants « orphelins » ou « sans attache » pourront de plus en plus accéder à des services pertinents dans la communauté, tels qu'aux soins primaires.
- Les gens rapporteront qu'ils sentent qu'ils reçoivent des soins de manière organisée et qu'ils ne se font pas transférer d'une personne à une autre à l'intérieur du système.

2. *Nous continuerons d'améliorer l'efficacité et de réduire les temps d'attente dans les services des urgences en :*

- Se concentrant sur l'efficacité des services des urgences (SU) par le biais d'Initiatives de temps d'attente (SU), en accroissant la disponibilité des soins primaires, en adressant les enjeux d'ANS, en réduisant l'attente aux soins de longue durée et en améliorant le flux de patients à l'intérieur des hôpitaux.
- Mesurant le succès des initiatives « payées selon le rendement » dans les hôpitaux financés par le RLISSWW et en faisant part de nos succès et apprentissages aux autres hôpitaux du RLISSWW.
- Interprétant et en comprenant les données sur l'usage des services des urgences et en ciblant des solutions vers des secteurs qui demandent amélioration.

Notre communauté saura que cet objectif aura été atteint lorsque :

- Les hôpitaux du RLISSWW rapporteront que les clients sont très satisfaits de leurs services/ou qu'ils indiqueront clairement leurs stratégies visant à améliorer l'expérience dans les services des urgences.
- Les résidants qui auront accédé aux services des urgences rapporteront que le traitement reçu aux services des urgences se sera déroulé dans un délai raisonnable et qu'ils exprimeront une grande satisfaction à l'égard du service fourni.
- Les patients reçoivent un traitement aux services des urgences à l'intérieur de la cible de rendement établie par l'Initiative des temps d'attente « payés pour les résultats » des services des urgences.
- Les patients qui quittent les services des urgences sans avoir été vus accèdent à des soins appropriés ailleurs, en temps opportun.
- Les patients qui ne requièrent pas de soins des services des urgences, y compris ceux présentant des problèmes de santé mentale qui peuvent être gérés dans la communauté, sont dirigés vers le milieu le plus approprié pour y recevoir des soins.

3. *Nous continuons d'améliorer la coordination des services de santé mentale et l'accès à ces services en :*

- Soumettant des recommandations pour la révision des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie présentement en cours et conduite par les fournisseurs de services de santé du RLISSWW. Cette révision tiendra compte des 50 lits en soins de santé mentale de plus longue durée qui déménageront de London au site Freeport de l'Hôpital Grand River, augmentant ainsi la complexité des services de santé mentale qui seront offerts. Sur ce, le RLISSWW a demandé un changement de politique du gouvernement afin de faciliter ce désinvestissement.

Notre communauté saura que cet objectif sera atteint lorsque :

- Les fournisseurs communautaires de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie dans le RLISSWW auront signé et rendu publique leurs ententes de responsabilisation et leurs mesures pertinentes de succès.

- Les résidants du RLISSWW accéderont à des services de santé mentale dans un milieu approprié.
- L'information sur les temps d'attente pour les services de santé mentale communautaire sera disponible et mise à la disposition du publique afin que les consommateurs puissent faire des choix informés pour trouver du traitement.
- Les clients/consommateurs verront une gamme de services de santé mentale tant pour les patients à l'interne, en résidence qu'en milieu communautaire visant à les aider et qui seront tous reliés entre eux au sein du RLISSWW.

4. Nous continuons d'améliorer l'accès aux services de santé pour les populations spécifiques et vulnérables en :

- Soumettant des recommandations pour la Revue d'Optimisation Clinique des services de soins intensifs. Le RLISSWW et ses partenaires du système entreprennent actuellement une revue d'optimisation clinique des services de soins intensifs afin d'améliorer l'accès et la qualité des services, de même que la sécurité du patient tout en développant en même temps des modèles qui sont durables selon nos moyens.
- Améliorant l'accès à des niveaux de soins appropriés dans la communauté en continuant d'adopter une stratégie multifonctions pour répondre aux besoins. Ceci comprend la mise en place de solutions ciblées « Vieillir chez soi », de lits de transition additionnels dans les établissements de soins de longue durée (tables de lit), des programmes de transition de lits, cibler à nouveau les budgets existants et les ressources pour mieux adresser les enjeux ANS, améliorer les processus de placement de soins de longue durée, rehausser les services des travailleurs de soutien à la personne par le biais de la Société d'Accès aux Soins de santé communautaires de Waterloo Wellington, et finalement en investissant pour répondre aux besoins des populations multiculturelles ainsi qu'à d'autres initiatives de niveau du système.

Notre communauté saura que cet objectif sera atteint lorsque :

- De nouveaux immigrants et populations vulnérables à l'intérieur du RLISSWW auront un meilleur accès à des services appropriés pour leurs besoins spécifiques.
- Les gens auront accès à des soins plus près de chez eux pour des services spécifiques.
- De nouvelles pratiques de gestion et modèles de service seront implantés, lesquels contribueront à améliorer les standards de soins pour des populations spécifiques et vulnérables.
- Les aînés seront en mesure de demeurer dans leur propre foyer plus longtemps grâce à des programmes et du soutien additionnel.

5. Nous continuerons de réduire les temps d'attente pour les services de soins intensifs en :

- Développant et en implantant des modèles de soins durables dans les secteurs de temps d'attente spécifiques par l'entremise de l'introduction d'un accueil commun et d'un processus d'aiguillage centralisé pour les chirurgies de hanches et de genoux, par le développement d'un nouveau modèle complet de soins des yeux et des approches coordonnées pour les examens d'IRM et de tomodensitométrie.

- Continuant de faciliter la collaboration entre nos IRM existants et d'orienter les personnes référées au prochain IRM disponible.
- Augmentant la capacité, en appuyant l'ajout d'un IRM à l'hôpital Mémorial de Cambridge d'ici les deux prochaines années.

Notre communauté saura que cet objectif sera atteint lorsque :

- Les praticiens de soins diront à leurs patients, lorsqu'ils seront référés en chirurgie pour des tests de diagnostique, qu'ils sont confiants que le temps qu'ils auront à attendre sera d'une durée cliniquement appropriée à leur condition**.**
- Les résidants du RLISSWW verront un flux approprié de patients circuler à travers le système de santé grâce l'indicateur de rendement du Pourcentage de jours ANS de l'ERMR, permettant ainsi d'atteindre le rendement ciblé mutuellement par le RLISSWW et le MSSLD.
- Les résidants sauront qu'ils ont accès à des examens IRM à l'intérieur de la cible de rendement établie mutuellement par le RLISSWW et le MSSLD, et à l'intérieur d'une période cliniquement pertinente.
- Le RLISSWW disposera d'un processus d'accueil commun et d'un processus d'aiguillage centralisé pour les chirurgies des hanches et des genoux, qui mèneront à un accès équitable : ceux qui attendent le plus longtemps recevront les soins en premier sans égard de l'endroit ou le praticien ou le chirurgien réfère.

6. *Nous continuerons d'améliorer l'accès et de réduire les temps d'attente pour les soins de longue durée en :*

- Déplaçant des lits de longue durée vers les secteurs ayant les plus grands besoins, lorsque possible.
- En appuyant comme mesures de transition les tables de lit et les lits de transition.
- En évaluant l'impact de 288 lits de soins de longue durée qui ouvriront à Guelph en 2009/10, y compris étudier la possibilité de cibler ces lits pour des populations spécifiques.
- Soumettant un plan de redéveloppement des établissements de soins de longue durée visant à répondre aux plus anciens établissements de la région ou ceux qui prennent de l'âge. Il se peut aussi que l'on doive fermer certains lits pendant que les établissements font l'objet de rénovations, ce qui pourrait affecter les temps d'attente pour le placement de soins de longue durée.

Notre communauté saura que cet objectif sera atteint lorsque :

- Les 288 nouveaux lits de soins de longue durée seront ouverts à Guelph, cet amalgame de soins comprendrait des unités spécialisées pour les populations spécifiques (ex. : des patients atteints de lésion cérébrale acquise (LCA) ou des patients atteints de démence).
- Des solutions de rechanges aux soins de longue durée seront en place et qu'elles seront utilisées dans le RLISSWW, y compris du soutien pour vivre de façon autonome à domicile, en plus de services de soutien dans les foyers de personnes âgées désignés.

- Le temps d'attente pour du placement en soins de longue durée aura diminué, et ce, jusqu'à qu'il ait atteint la cible de rendement mutuellement établie par le RLISSWW et le MSSLD.

PRIORITÉ PSSI 2 Améliorer la santé de la population

L'enquête environnementale cernait les principales opportunités de promouvoir des choix de vie sains, de faciliter des soins et services de prévention coordonnés et de renforcer la capacité des programmes qui rehaussent la santé d'une personne. Au cours des trois prochaines années, notre attention en ce qui a trait à améliorer la santé des populations continuera d'être centrée sur :

- Augmenter la disponibilité des programmes qui rehaussent la santé d'une personne.
- Sensibiliser davantage la communauté aux pratiques et comportements préventifs et susciter davantage sa participation dans de telles pratiques.

1. *Nous continuerons d'augmenter la disponibilité de programmes qui rehaussent la santé d'une personne en :*

- Travaillant avec nos fournisseurs de services de santé à développer une Stratégie de gestion des maladies chroniques en bâtissant davantage à partir du travail qui a été fait sur le projet *HealtheConnections* (Connexions cybersanté) en gestion du diabète.
- En implantant des solutions par le biais de notre projet de cybersanté *HealtheConnections*, lequel amène des occasions de partenariats avec le MSSLD, Inforoute Canada, des fournisseurs de services de santé, des académies et avec l'industrie. Ce projet permettra l'implantation de solutions qui pourront apporter des informations aux personnes souffrant de maladies chroniques tout en permettant un partage plus efficace de leur information de santé avec leur équipe de soutien clinique.

Notre communauté saura que cet objectif sera atteint lorsque :

- Les gens pourront surveiller leur santé (maladies chroniques) grâce au soutien de professionnels tant dans les milieux communautaires qu'à l'extérieur du milieu hospitalier.
- Les personnes aux prises avec des maladies chroniques (ex.: diabète) pourront accéder à de l'information à jour sur leur santé et comprendre ce que cela veut dire.
- Les fournisseurs de soins de santé primaires recevront de l'information sur les résultats des tests dans un délai respectable et pourront signaler des problèmes potentiels le plus tôt possible afin que les clients puissent les gérer avant qu'ils ne deviennent plus sérieux.
- Les patients pourront voir un médecin, autre que leur propre médecin de famille, qui aura déjà de l'information au sujet de leur état de santé afin qu'ils n'aient pas à répéter cette information.

2. *Nous continuerons de sensibiliser davantage la communauté à des pratiques et comportements préventifs et la participation de celle-ci en :*

- Appuyant des programmes de services de santé qui comprennent des pratiques préventives.
- En fournissant des programmes et services près de la maison par le biais d'interventions médico-sociales ou en améliorant l'accès par le biais de services de transport.
- Communiquant continuellement des renseignements ou les opportunités à la communauté en vue de favoriser des pratiques et des comportements préventifs, et ce, par l'entremise de notre site Internet et l'engagement de la collectivité.

Notre communauté saura que cet objectif sera atteint lorsque :

- Ils auront la preuve que les gens prennent une plus grande part de responsabilité vis à vis leur santé, qu'ils auront la preuve que les gens savent ce qu'ils doivent savoir pour demeurer en santé et la preuve que les gens prennent les mesures nécessaires pour rester en santé.
- Les gens pourront accéder à de l'information et à des ressources qui favorisent la santé et le mieux-être et qui préviennent la maladie au sein de la communauté.

PRIORITÉ PSSI 3 Rehausser l'efficacité su système

L'enquête environnementale identifie des opportunités clé visant à rehausser la convivialité du système, améliorer la coordination et l'intégration des programmes et services et d'assurer les meilleurs pratiques dans le cadre des processus opérationnels et de la pratique clinique. Au cours des trois prochaines années, notre attention visant à rehausser l'efficacité du système continuera de porter sur :

- Améliorer la convivialité du système
- Renforcer notre capacité à identifier et à appliquer des méthodes et outils bien recherchés en matière de planification du système de santé et de livraison des services.

1. *Nous continuerons de rehausser la convivialité du système du système de santé en :*

- Développant et en implantant une stratégie Services des urgences/Autres niveaux de soins/Soins de longue durée (SU/ANS/SLD) afin d'améliorer le flux de patients à travers le système.
- Révisant le processus de placement et d'évaluation pour des soins de longue durée.
- Mettant plus de lits de soins de longue durée disponibles et en s'assurant que les besoins actuels des services de soins de longue durée sont rencontrés.
- S'assurant du redéveloppement des anciens établissements de soins de longue durée afin de répondre aux standards actuels et, du même coup, que cela n'a pas un impact négatif sur la disponibilité ni sur les services dispensés dans les établissements de soins de longue durée.
- Évaluant les points de transition dans le système, y compris la révision du processus de congé de l'hôpital et la coordination de l'accueil des services.
- S'assurant que du soutien est disponible pour aider les gens à naviguer à travers le système de santé.

Notre communauté saura que cet objectif est atteint lorsque :

- Les résidants sauront où aller pour obtenir le service dont ils ont besoin.
- Les familles auront l'information dont elles ont besoin pour être confiantes que les êtres qui leur sont chers se retrouvent dans le milieu le plus approprié possible, qu'ils reçoivent le service le plus pertinent pour leurs besoins de soins de santé.
- Les résidants rapporteront des niveaux accrus de satisfaction pour les soins qu'ils reçoivent.
- Les gens qui se déplacent à travers le système ne tomberont pas dans les craques du système en raison du manque de coordination des programmes et services.
- Les patients et les familles travailleront de près avec les gestionnaires de cas afin de gérer au mieux leur santé.
- Des patients gravement malades qui auront besoin d'être admis aux services des urgences (SU) à l'hôpital, seront admis à l'intérieur des temps d'attente ciblés.

- Les attentes pour les soins de longue durée de la communauté et les soins intensifs répondront aux cibles établies en collaboration avec l'ERMR.

2. *Nous continuerons de renforcer notre capacité à identifier et à appliquer des outils et des méthodes bien recherchés pour la planification du système de santé et la livraison des services en :*

- Étant impliqué dans la planification du système de santé au niveau provincial et en appliquant ces apprentissages au RLISSWW.
- Commanditant des événements d'engagement de la collectivité qui démontreront les meilleures pratiques en matière de livraison de services et qui démontreront un certain succès dans la planification du système de santé.
- Fournissant l'opportunité à nos fournisseurs de services de demeurer engagés dans des initiatives de planification.
- Maximisant les opportunités pour les fournisseurs du système de santé locaux d'implanter des initiatives de meilleurs pratiques, telles que les méthodologies collaboratives d'amélioration LEAN et FLO.

Notre communauté saura que cet objectif aura été atteint lorsque :

- Les résidants verront que les décisions prises à l'égard de la gestion du système de santé dans le RLISSWW seront basées sur de la recherche et suivies de meilleures pratiques, y compris :
    a. Des décisions opérationnelles telles que l'implantation d'un accueil centralisé en matière d'évaluation des chirurgies des hanches et des genoux (et possiblement d'autres chirurgies).
    b. Des décisions stratégiques, telles que celles qui sont prises à l'égard de l'allocation de financement ciblé au secteur communautaire afin de garder les aînés dans leurs propres foyers.

PRIORITÉ PSSI 4 Renforcer notre capacité d'atteindre un système de santé durable

L'enquête environnementale identifie des opportunités clé visant à bâtir des partenariats et des alliances en vue de renforcer la capacité de la communauté, de mesurer et rapporter les réalisations à la grandeur du système, d'utiliser la technologie afin de s'assurer que les gens ont la bonne information, au bon endroit et au bon moment, de travailler vers une main d'oeuvre de santé stable et d'appuyer un système de santé transparent et redevable. Au cours des trois prochaines années, notre point de mire visant à renforcer la capacité de la communauté et à atteindre un système de santé durable sera de continuer à :

- Utiliser la technologie à bon escient afin de s'assurer que les gens ont la bonne information, au bon endroit et au bon moment.
- Maintenir une main d'œuvre en santé stable
- Créer un système de santé plus transparent et plus redevable

1. Nous continuerons d'utiliser la technologie afin de nous assurer que les gens ont la bonne information, au bon endroit et au bon moment en :

- Continuant de travailler avec nos fournisseurs de services de santé afin d'implanter la Stratégie de cybersanté du RLISSWW. Nous déterminerons explicitement comment, au fur et à mesure que nous implanterons de nouveaux modèles de soins, nous pourrons utiliser au mieux l'information et la technologie afin de pouvoir donner la bonne information, à la bonne personne au bon moment.
- Continuant d'implanter des solutions visant de nouveaux modèles de soins par le biais de programmes comme notre projet *HealtheConnections,* lequel consiste en un partenariat de collaboration entre nos fournisseurs de services de santé, les Équipes de santé de la familles, l'académie, l'industrie, Inforoute Santé Canada et le bureau de cybersanté provincial.
- Mettant des exigences en place par le biais d'ententes de responsabilisation qui demandent aux fournisseurs de services de santé de faire le rapport d'enjeux spécifiques de manière précise, y compris le rapport du rendement.

Notre communauté saura que cet objectif aura été atteint lorsque :

- Les résidants du RLISSWW qui ont des préoccupations au sujet de leurs maladies chroniques auront de l'information détaillée en temps opportun pour les aider à prendre des décisions qui leur permettront de mieux gérer leurs soins.
- Les résidants du RLISSWW qui ont des préoccupations au sujet de leurs maladies chroniques n'auront plus à répéter l'information à leur sujet ou à propos de leur santé à différents soignants, sans égard ou ils se trouvent dans le RLISSWW.
- Les soignants auront l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions.

2. Nous continuerons de maintenir une main d'œuvre de santé stable en :

- Continuant d'appuyer le travail et les stratégies de notre Conseil de ressources humaines en santé, y compris les plans visant à adresser le recrutement, le maintient des effectifs, les opportunités de soins entre professionnels et l'introduction de nouveaux modèles de soins et de livraison de services en vue de s'assurer que nos fournisseurs ont les bonnes ressources pour livrer les priorités identifiées par les gens de Waterloo Wellington.

Notre communauté saura que cet objectif aura été atteint lorsque :

- Les régions du RLISSWW qui présentent les plus grands problèmes de recrutement de médecins auront été ciblées afin de s'assurer que les résidants de ces régions continuent d'avoir un accès équitable aux services de santé.
- Des services, qui auraient été ultérieurement non disponibles en raison du manque de professionnels spécifiques de services de santé ou de membres du personnel, seront disponibles et mis à la disposition de tous par le biais de solutions de rechange, au besoin.

3. Nous continuerons de créer un système de santé plus transparent et plus redevable en :

- Continuant de se fixer des obligations et des attentes spécifiques en matière de rendement et de s'engager à les respecter par l'entremise de l'entente de responsabilisation avec le ministère (ERMR).
- Entrant dans de nouvelles ententes de responsabilisation directement avec les établissements de soins de longue durée et en se fixant des obligations et des attentes spécifiques en matière de rendement en ligne avec notre ERMR et le Plan de services de santé intégrés.
- Continuant de surveiller le rendement, les risques mitigés et en instaurant une culture de responsabilisation.
- S'assurant de reporter publiquement les rendements des fournisseurs de services de santé comme élément clé de notre cadre de travail sur le rendement.

Notre communauté saura que cet objectif aura été atteint lorsque :

- Ils verront que le RLISSWW et ses fournisseurs de service de santé auront atteint les objectifs clé fixés dans ce Plan d'affaire annuel.

LES MOYENS POUR RÉALISER NOTRE PLAN

Le PSSI identifie les ressources humaines en santé comme un moyen clé pour implanter notre stratégie. L'enquête environnementale démontre aussi les problèmes que pose notre système lorsqu'il s'agit d'accéder à certains types de services en raison de la pénurie de ressources humaines en santé. Elle illustre aussi toutes les opportunités qui s'offrent à nous, opportunités qui sont adressées à l'intérieur de ce plan. En plus de continuer à recruter de nouvelles ressources, nous travaillerons avec nos partenaires postsecondaires, les communautés et Main d'œuvre Ontario afin de trouver de nouvelles façons d'attirer des ressources et de les maintenir en place. Nous continuerons aussi d'implanter de nouveaux modèles de soins afin d'offrir les services dont les gens de Waterloo Wellington ont besoin par le biais de solutions de rechange.

Le PSSI identifie aussi la cybersanté comme un moyen clé. Grâce à l'enquête environnementale, nous continuons d'observer des opportunités de donner de l'information au public et aux fournisseurs de santé en temps opportun. Nous voyons aussi des opportunités d'améliorer la qualité de l'information et d'éviter aux patients et aux clients d'avoir à répéter l'information ou à subir des tests répétitifs. La promesse de cyber soins est importante; mais une mise en place réussie dépend aussi de l'appui des administrateurs, du bon vouloir des cliniciens et de la volonté de partager de l'information pour le bénéfice du client et du patient.

PRIORITIÉS EN MATIÈRE D'INVESTISSEMENT

Comme c'est le cas pour tous les RLISS, on s'attend à ce que nous puissions implanter nos plans selon les subventions fournies par le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Ceci dit, il se pourrait que de plus amples investissements soient requis lorsque de nouvelles priorités ou des changements de politiques surviendront au sein de notre système. Le RLISSWW est d'avis que ces nouvelles opportunités d'investissement doivent définir et représenter clairement les grandes lacunes du système de santé local. Le RLISSWW considérera de telles opportunités comme de l'avancement et il en fera part au ministère qu'à l'exception car, nous sommes conscients de la situation économique actuelle et des limites claires qu'elle impose sur de nouvelles ressources financières.

Dans le cadre de ses efforts de planification, le RLISSWW a priorisé l'investissement dans son nouveau programme cardiovasculaire (Vasculaire en général, cardiovasculaire et vasculaire thoracique), dans un nouvel hôpital psychiatrique de jour et dans le cadre plus étendu d'un Programme de soins intégrés complexes continus. Toutes les initiatives sont de grandes priorités aux yeux du RLISSWW et visent à pallier à d'importantes lacunes clairement définies au sein du système de santé local.

La raison derrière notre investissement dans le programme vasculaire a été formulée lors d'une décision d'intégration prise par le RLISSWW en juin 2008. L'intégration que nous contemplions dans cette décision viserait à créer un programme général de services vasculaires qui amélioreraient l'accès à des soins électifs tout en assurant l'accès aux services vasculaires d'urgence à la grandeur du RLISSWW. L'intégration favoriserait un développement global, la coordination et la mise en place de services vasculaires dans le RLISSWW, y compris les composantes vasculaires en général, cardiovasculaires et vasculaires thoraciques.

La création d'un nouvel hôpital de jour pourrait offrir un nouveau modèle de livraison de services de soins pour adulte dans le RLISSWW. Ce programme complet serait conçu pour répondre aux besoins des personnes à risque de crises psychiatriques. Il comprendrait divers

services aux patients, allant de lits de niveau 1 pour les patients hospitalisés à l'interne en soins de courte durée au transfert de personnes par le biais du programme de transfert de patients hospitalisés à l'interne vers les milieux communautaires.

Le Programme de soins complexes continus est un programme spécialisé de soins qui offre des programmes spécialisés pour des patients ayant des problèmes de santé complexes et qui requièrent un séjour à l'hôpital, les soins réguliers d'un médecin sur place, de même que l'évaluation et la gestion de soins actifs par un personnel spécialisé. Le programme intégré plus étendu fournirait des soins à ceux qui en ont besoin, et ce, dans un milieu approprié.

V. Sommaire financier

A. Aperçu de l'allocation au RLISSWW

Le RLISSWW investit pour faire avancer les priorités locales et en vue de réaliser l'ensemble de ses buts stratégiques. Le RLISSWW a reçu approximativement 831 M $ en financement pour la provision de services de santé locaux en 2008/09.

L'Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS fait état de l'allocation des fonds au RLISSWW pour l'année en cours, de même que des cibles d'allocation pour les années à venir. L'allocation du RLISSWW au 31 mars 2009 est présentée dans le tableau 1 ci-dessous. Les allocations actuelles comparées pour 2007/08 et les projections pour les années futures y figurent aussi.

Tableau 1 : Allocation de financement pluriannuelle du RLISSWW

	Allocation finale de financement 2007/08 (1)	**Allocation finale de financement 2008/09 (2)**	**Financement ciblé 2009/10 (2)**	**Financement ciblé 2010/11 (2)**	**Financement ciblé 2011/12 (3)**
Hôpitaux	495 524,666$	513 549,141$	508 518,310$	508 518,310$	508 518,310$
Subvention aux hôpitaux aux fins de taxes municipales	159,225$	159,225$	159,225$	159,225$	159,225$
Établissements de soins de longue durée	124 127,504$	133 531,737$	137 450,988$	141 303,056$	141 303,056$
Société d'Accès aux Soins de santé Communautaires	82 525,235$	87 491,554$	92 467,383$	98 959,252$	98 959,252$
Services de soutien communautaire	11 693,400$	13 467,648$	13 251,318$	13 549,473$	13 549,473$
Services de vie assistée en logement supervisé	5 219,100$	5 875,770$	6 109,590$	6 247,055$	6 247,055$
Centres de santé communautaire	13 071,551$	14 434,472$	14 231,274$	14 231,274$	14 231,274$
Santé mentale communautaire	24 253,991$	25 868,454$	26 816,083$	27 395,320$	27 395,320$
Hôpitaux spécialisés en psychiatrie	27 820,502$	29 553,211$	29 358,522$	29 358,522$	29 358,522$
Programmes contre les dépendances	5 730,110$	7 482,111$	7 713,602$	7 887,159$	7 887,159$
Initiatives	- $	- $	- $	- $	- $
Total des paiements de transfert des FSS	**790,125,284$**	**831,413,322$**	**836,076,295$**	**847,608,646$**	**847,608,646$**

(1) ERMR en date du 31 mars 2008
(2) ERMR en date du 31 mars 2009
(3) Réalignés et comparés aux années précédentes, comme demandé par le MSSLD

B. Stratégie ciblée en matière d'investissement

Chaque année lorsque le RLISSWW développe ses plans, il demande à ses fournisseurs de services de santé de cibler leurs investissements dans des activités qui répondent au mieux aux priorités identifiées par les gens de Waterloo Wellington et telles qu'elles sont formulées dans le Plan de services de santé intégrés (PSSI). On s'attend à ce que nos fournisseurs de services de santé déterminent et réajustent leurs services et investissements afin de répondre au mieux à ces priorités.

À son tour, le RLISSWW pourra prendre des décisions de financement et d'allocation qui pourront modifier la répartition initiale du financement. Ces décisions de financement sont toujours prises selon les priorités et les buts tactiques formulés par le RLISSWW. Bien que la

répartition de financement puisse changer, le montant total de financement reçu n'aura pas à changer en raison de ce processus.

De temps à autre, le gouvernement provincial annonce des fonds additionnels, habituellement pour appuyer des priorités locales spécifiques. Lorsque c'est le cas, on s'attend à ce que le RLISSWW et ses fournisseurs évaluent et incorporent au mieux ces fonds additionnels à la lumière des investissements qui ont déjà été faits et du rendement atteint par le biais de ces investissements. Des exemples récents de ce type d'investissement incluent les fonds reçus pour implanter la Stratégie de temps d'attente, le Plan d'action des services des urgences, Vieillir chez soi et l'Initiative des travailleurs de soins personnels dans les foyers de soins de longue durée.

Compte tenu du fait que le financement additionnel est normalement relativement peu élevé et ciblé, de grands efforts sont déployés pour évaluer les résultats de tous nouveaux investissements afin de s'assurer qu'ils font avancer au mieux les priorités du PSSI du RLISSWW. De plus, le RLISSWW prend les mesures nécessaires pour aligner ces investissements afin de répondre au mieux aux priorités qu'il s'est fixé dans le cadre de son allocation de financement.

Le financement pour les années futures

La récession économique actuelle jette une ombre au tableau de financement et d'allocation pour les années à venir. Les cibles identifiées au tableau 1 ci-dessus servent à des fins de planification et dépendent chaque année des confirmations du budget provincial. En plus de notre base de financement existante, d'autres stratégies ont eu pour effet d'amener des fonds additionnels au RLISSWW. Certains de ces fonds ont eu lieu une seule fois tandis que d'autres sont des ajustements de base. Dans tous les cas, tout le financement additionnel sera ciblé vers des priorités et des objectifs spécifiques. Des exemples d'investissements potentiels clé sont décrits ci-après.

Fonds liés à la Stratégie des temps d'attente

Ce fonds est offert par le biais de la Stratégie des temps d'attente du MSSLD. Le financement vise à augmenter le nombre de chirurgies, de procédures et d'examens dans les Secteurs Prioritaires de Temps D'attente et à réduire les temps d'attente et un afflux trop important de personnes qui attendent pour le service. Et, puisque le financement n'a lieu qu'une seule fois, il n'est pas compris dans l'ERMR jusqu'à ce qu'il soit annoncé au cours d'une année donnée. En 2008/09, le RLISSWW a reçu 8 668 000 $ de financement à une seule reprise pour les temps d'attente. De ces fonds, 7 236 100 $ ont été utilisés par les fournisseurs de services. Les fonds non dépensés qui se sont accumulés en raison du volume indiciaire non utilisé ont été retournés au MSSLD. Le RLISSWW a émis l'hypothèse qu'au moins ce niveau de financement continuerait d'être offert. Cette hypothèse est appuyée par un changement dans les ressources qui est perçu par le RLISSWW comme si le bureau des temps d'attente avait cerné de nouvelles priorités. Ce niveau de financement demeure constant tandis que les priorités changent.

Financement	Secteur	2009/10	2010/11	2011/12
Temps d'attente	Hôpital	7 236,100 $	7 236,100 $	7 236,100 $

Rapatriement en santé mentale

Conformément à l'initiative de désinvestissement Tier 2, le RLISSWW négocie le rapatriement de 50 lits de soins de longue durée en santé mentale qui sont présentement situés dans le sud ouest du RLISS. Cette initiative fait partie du plan stratégique de santé mentale du RLISSWW. Par ailleurs, la configuration du service, de même que les coûts de la prestation des services n'ont pas encore été déterminés. Il est probable que l'allocation finale implique d'autres secteurs, tels que les hôpitaux spécialisés en psychiatrique et en santé mentale communautaire.

Lits de soins de longue durée

Le MSSLD a annoncé que 288 lits de soins de longue durée seraient fournis dans le RLISSWW. On s'attend à ce que les premiers 92 lits deviennent opérationnels en 2009/10. Une fois que cette capacité aura été atteinte, le financement de base augmentera selon le taux stipulé dans l'ERMR. Actuellement, l'ERMR affiche un taux de financement de 37 534 $ par lit pour 2009/10 et un taux de financement de 38 586 $ par lit pour 2010/11.

Financement	Secteur	2009/10	2010/11	2011/12
288 Lits de soins de longue durée	Soins de longue durée	1 801,600 $	11 112,800 $	11 112,800 $

Augmentation des fonds pour le Centre de santé communautaire

Le MSSLD a augmenté de 2,25 % par année les fonds prévus pour d'autres secteurs communautaires. Tout indique que le financement pour les salaires du Centre de santé communautaire augmentera au même taux. De plus, nous avons toutes les raisons de croire que l'ensemble du secteur recevra le même traitement que les autres fournisseurs communautaires au cours des prochaines années.

Financement	Secteur	2009/10	2010/11	2011/12
Financement CSC	CSC	320 200 $	647 600 $	647 600 $

Programmes prioritaires provinciaux

Le MSSLD a fourni du financement à une seule reprise pour d'autres programmes un peu comme il l'a fait pour le financement des temps d'attente. Ce financement se chiffrait à 5 130,905 $ pour 2008/09. Nous avons toutes les raisons de croire que ce financement se poursuivra au cours des prochaines années afin de maintenir le rendement des priorités provinciales.

Financement	Secteur	2009/10	2010/11	2011/12
Priorités provinciales	Hôpital	5 130,905 $	5 130,905 $	5 130,905 $

NOTE : Les projections concernant les Programmes prioritaires provinciaux ne comprennent pas les projections de croissance ni l'essor prévu de ces programmes.

Fonds d'initiative

Le RLISSWW reçoit du financement discrétionnaire du MSSLD qui est désigné dans l'ERMR comme un financement d'initiative. Cet amalgame de financement comprend trois différents types de fonds: le Plan d'Action des Services des Urgences, les Priorités Urgentes et Vieillir chez soi. Chaque type d'initiatives possède des caractéristiques bien définies et chaque initiative doit se conformer au processus d'allocation du RLISSWW. Ce processus d'allocation est conçu pour suppléer aux objectifs stratégiques du RLISSWW tout en satisfaisant, du même coup, aux critères requis de financement.

Fonds pour le Plan d'action des services des urgences

Les fonds pour le Plan d'action des services des urgences dispose de 174,400 $ de financement annuel non-alloué pour chacune des années 2009/10 à 2010/11. Ces fonds doivent être dépensés au sein de la communauté sur des projets qui améliorent l'accès aux urgences et, prioritairement, par le biais de détournement de fonds.

Fonds pour les priorités urgentes

Ce fonds doit être utilisé pour les projets hautement prioritaires qui répondent aux objectifs provinciaux ainsi qu'à ceux du RLISSWW. Un pourcentage spécifique du fonds doit être utilisé pour financer des projets qui visent les enjeux d'ANS ou des SU. Selon l'ERMR, les fonds de priorités urgentes disposent de 671,511 $ de financement annuel non-alloué pour 2009/10 et de 978,761 $ pour 2010/11. L'allocation pour le financement des priorités urgentes n'a pas encore été décidée pour les prochaines années parce que le RLISSW a exprimé le désir de maintenir ce financement comme une ressource flexible visant à pallier aux priorités urgentes telles que les ANS, les temps d'attente pour les soins de longue durée et les pressions sur les SU. Ce financement est donc alloué tout au long de l'année et au fur et à mesure que les opportunités se présentent pour faire avancer les objectifs stratégiques du RLISSWW.

Fonds Vieillir chez soi

Ce fonds est désigné pour cibler des solutions qui permettent aux aînés de demeurer dans leurs foyers le plus longtemps possible. Le fonds Vieillir chez soi a 3 437,113 $ de financement qui n'a pas encore été assigné à un programme spécifique pour 2010/11. Le RLISSWW s'est engagé à effectuer une planification exhaustive et un processus de révision qui guideront les décisions d'allocation visant à répondre aux critères de financement et aux objectifs stratégiques du RLISSWW.

Pour les fins de ce plan et d'analyse, on présume que les fonds seront alloués de manière constante selon l'allocation actuelle de cette année. On présume que tous les fonds d'initiatives seront encore au même taux en 2011/12, tandis que les fonds des Priorités urgentes et les fonds Vieillir chez soi formeront les fonds de base pour le RLISSWW du MSSLD.

C. Allocation prospective de financement

Le tableau 2 présente un aperçu du pro format de l'allocation de financement du RLISSWW et des cibles de planification basé sur les ajouts potentiels de revenus et les fonds de réallocation potentiels décrits ci-haut.

Tableau 2 : Financement pluriannuel projeté du RLISSWW

Secteur	Allocation finale de financement 2007/08 (1)	Allocation finale de financement 2008/09 (2)	Financement ciblé 2009/10 (2)	Financement ciblé 2010/11 (2)	Financement ciblé 2011/12 (2)
Hôpitaux	495524,666$	513 549,141$	522 211,354$	523 532,138$	523 532,138$
Subventions des hôpitaux pour fins de taxes municipales	159,225$	159,225$	159,225$	159,225$	159,225$
Établissements de soins de longue durée	124 127,504$	133 531,737$	139 559,838$	152 415,856$	152 415,856$
Société d'Accès aux Soins de santé Communautaires	82 525,235$	87 491,554$	94 704,747$	101 852,339$	101 852,339$
Services de soutien communautaires	11 693,400$	13 467,648$	16 602,345$	18 020,921$	18 020,921$
Services de vie assistée dans du logement supervisé	5 219,100$	5 875,770$	6 236,390$	6 408,655$	6 408,655$
Centres de santé communautaires	13 071,551$	14 434,472$	14 551,474$	14 878,874$	14 878,874$
Santé mentale communautaire	24 253,991$	25 868,454$	26 816,083$	27 395,320$	27 395,320$
Hôpitaux spécialisés en psychiatrie	27 820,502$	29 553,211$	29 908,522$	29 908,522$	29 908,522$
Programmes de dépendance	5 730,110$	7 482,111$	8 524,602$	8 698,159$	8 698,159$
Initiatives	- $	- $	3 915,756$	10 199,077$	10 199,077$
Total des transferts de paiement FSS	**790 125,284$**	**831 413,322$**	**863 190,336$**	**893 469,086$**	**893 469,086$**

(1) ERMR en date du 31 mars 2008
(2) ERMR en date du 31 mars 2009
(3) Réalignés et comparés à l'année dernière, comme demandé par le MSSLD

Note 1: Ce tableau n'inclut pas un estimé des coûts associés au rapatriement de lits en santé mentale, en raison de la nature indéterminée de la configuration du service.

Bien que le tableau 2 présente un alignement prospectif de financement par secteur, il sera important de se rappeler que le RLISSWW établi ses décisions de financement selon le contexte de ses objectifs stratégiques et de ses initiatives de financement. Le secteur d'activité

n’est pas considéré dans le processus; les allocations sectorielles sont attribuées suivant le processus de prises de décisions de financement.

D. Allocation des budgets

Chaque année, le RLISSWW entreprend l'approbation des budgets soumis par ses fournisseurs. Cela implique la réception d'un plan de service, et d'un budget, soumis par le biais d'un système électronique. Ces plans et les budgets qui y sont associés sont révisés dans le contexte des demandes du système et on place l'emphase sur l'intégration et la mise en œuvre de modèles de service innovateurs. Les budgets de tous les fournisseurs sont approuvés par le conseil du RLISSWW de façon globale. Cette approche permet au RLISSWW de s'assurer que ses objectifs stratégiques sont inclus dans le financement de base de ses fournisseurs actuels et qu'ils sont couverts par le financement de base des fournisseurs de soins existants. Il offre une opportunité de réaligner les services et le financement de base.

E. Objectifs tactiques du RLISSWW

Tel que présenté à la section précédente, le RLISSWW a des objectifs tactiques spécifiques provenant des priorités stratégiques. Ce sont les projets qui seront entrepris par les fournisseurs de services du RLISSWW et financés par le RLISSWW afin d'aller de l'avant avec les priorités locales. Ces décisions sont guidées par le cadre de prise de décision utilisé par le RLISSWW. Le processus d'approbation du budget, le financement spécifique des initiatives et les réallocations en cours d'année sont tous intégrés dans le cadre de prise de décision qui a été établi pour s'aligner avec les priorités stratégiques formulées dans le RLISSWW.

Le RLISSWW travaille à l'ajout d'un coût unitaire de service, d'un retour sur l'investissement et d'autres outils de prise de décision dans le cadre de son processus d'analyse des investissements.

F. Politiques financières clé

Politique d'allocation

Le RLISSWW surveille continuellement le financement disponible pour les allocations. On discute les idées d'allocation dans le contexte du cadre de prise de décision puis on prend des décisions. L'allocation est continuellement liée au financement disponible afin de contrôler le risque d'un sur-engagement de fonds aux allocations. Aucune allocation n'est effectuée sans la confirmation écrite du MSSLD concernant la disponibilité du financement.

Politique de liquidité

Le RLISSWW surveille continuellement les entrées et sorties de liquidité vers ses fournisseurs et les compare à l'allocation. Aucun débours n'est effectué sans que l'allocation ait été confirmée et que les débours précédents aient été pris en compte. Ceci dans le but de contrôler le risque de débours de fonds qui n'auraient pas été alloués.

Politique de gestion du risque

Le RLISSWW a adopté un cadre de gestion du risque basé sur les directives de la gestion du risque en Ontario. L'objectif principal de la gestion du risque est d'informer des décisions d'allocation et de fournir un contexte et un guide aux preneurs de décisions. Le RLISSWW utilise une approche de cueillette de renseignements exhaustive avec des voies de communications entre le RLISSWW et ses fournisseurs de services de santé. Le risque est

rapporté à la fois au conseil du RLISSWW et au MSSLD sur une base trimestrielle, et discuté à l'interne par le personnel sur une base mensuelle.

G. Résumé

La croissance actuelle des dépenses dans les services de santé en lien avec le revenu de la province est insoutenable. Des actions sont requises pour changer le modèle de soins dispensés et pour rendre le système plus efficace. Ceci requiert des investissements intellectuels, financiers ainsi que des investissements de gestion pour ramener le système à un modèle plus durable. Le RLISSWW, par le biais de la présentation de son Plan de services annuel, a donné la vision et la direction nécessaire pour détailler nos responsabilités de gestion et a présenté les outils financiers que nous utiliserons pour prendre la meilleure voie pour les actions à entreprendre.

VI. Activités d'exploitation du RLISS

Le RLISSWW a la responsabilité, avec les collectivités et les fournisseurs de services de santé, de redonner forme à la livraison de services de santé dans la région Waterloo Wellington. Pour réaliser les priorités établies dans le Plan de services de santé intégrés et exécuter les actions décrites précédemment dans le présent document, nous devons utiliser des approches et des outils novateurs et nous avons besoin de la meilleure répartition possible de personnel talentueux, expérimenté, engagé et passionné. L'augmentation de notre allocation pour l'exploitation de base qui débutait en 2008/09 a amélioré notre souplesse financière et notre capacité à bâtir et à renforcer notre capacité pour réaliser nos responsabilités de l'entente de responsabilisation du ministère et du RLISS (ERMR) sur la période de trois ans couverte par le Plan de services annuel.

Cela exige que le RLISSWW soit fort, qu'il soit capable d'influencer les collectivités et les fournisseurs afin de développer des solutions et obtenir des résultats sans précédents. Cela exige aussi des investissements dans un nombre requis de membres du personnel et dans des compétences adéquates pour aider à organiser des activités d'engagement communautaire, d'intégration et de rendement. Cela demande également un investissement pour de nouveaux outils et pour des techniques novatrices. En janvier 2009, le RLISSWW effectuait une réorganisation en l'orientant vers l'équipe en vue d'atteindre le rendement voulu et la conception de systèmes soutenue par une expertise clinique, de communication et par la gestion des situations problématiques. De même, nous avons aussi introduit un cadre de gestion de projet visant à soutenir les efforts variés nécessaires à la transformation des systèmes de santé.

Au cours de la période 2009/10 à 2011/12, le RLISSWW augmentera sa capacité à l'égard de l'analyse des données des systèmes de santé, dans l'établissement des tendances et les prévisions. Nous entreprenons, avec nos fournisseurs de services de santé, des révisions plus sophistiquées et plus spécifiques d'un point de vue de systèmes locaux, c'est-à-dire, la révision des services de soins continus complexes (SCC), la révision de l'optimisation clinique des services de soins intensifs, la révision des services de soins de santé mentale et de toxicomanie et la révision des services de pharmacie. Toutes ces révisions se font dans le but de se concentrer sur la transformation de notre système et d'accélérer la réalisation des priorités locales et demande des ressources additionnelles et expérimentées.

En plus d'examiner les tendances du point de vue de l'allocation financière traditionnelle et de l'enveloppe budgétaire, les systèmes actuels de données subissent une transition allant d'une vision individuelle des programmes et services à une perspective d'ensemble centrée sur les clients et les systèmes. Par exemple, tous les RLISS travaillent actuellement avec le MSSLD et les fournisseurs de soins de santé au développement de nouveaux indicateurs qui seront incorporés dans leurs ententes de responsabilisation. La surveillance, l'analyse et déterminer comment exercer une influence sur le système par le biais de ces nouveaux renseignements exigera des outils additionnels.

Le budget opérationnel du RLISSWW offre maintenant des opportunités de développer des outils analytiques sophistiqués que l'on pourra utiliser sur les bases de données actuelles et planifiées des systèmes du Ministère. Par exemple, si nous ne pouvons analyser et interpréter les données individuelles de service ou cliniques (le rendement interne d'un hôpital), nous avons besoin de développer des outils pour évaluer adéquatement la relation entre les services des autres secteurs (par exemple : services de soutien communautaire, et santé mentale et toxicomanie). Il s'agit d'un défi pour le RLISSWW. Nous pouvons travailler au niveau local en

partenariat avec nos fournisseurs de services de santé et les autres ressources du RLISS par le biais de revues et d'activités connexes. Nous devons encore demander au MSSLD de fournir des systèmes d'analyse des mesures de rendement plus larges et qui seraient encore plus à propos. Par exemple, l'Outil de Méthodologie d'Allocation de base en Santé offre d'excellents renseignements sur le système mais est toujours basé sur des données de 2007/08. Avoir une capacité à jour sera essentiel au fur et à mesure qu'un système intégré sera créé.

Le RLISSWW débutera plusieurs activités variées liées à l'accès aux services, au renforcement de la capacité, à l'amélioration de la santé de notre population et à l'efficacité du système. Ceci comprendra lier les allocations financières à la planification, à l'engagement de la collectivité, aux activités d'intégration et de gestion du rendement.

L'impact sur le rendement du système de santé

Compte tenu de la récession économique actuelle, nous avons doté notre nouvelle structure organisationnelle de façon stratégique et avec prudence et nous avons augmenté de 1,5 ETP pour 2010/2011. Nous nous efforcerons, grâce à ce plan, pouvoir relever les défis et atteindre les objectifs suivants dans les délais impartis :

- Renégocier des ententes de responsabilité de services avec les fournisseurs basés en milieu communautaire et les hôpitaux.
- Négocier pour la première fois des ententes de responsabilité de services avec les 35 établissements de soins de longue durée pour 2009/2010.
- Identifier et aller de l'avant avec la planification, l'intégration et les opportunités de gestion de rendement.
- Développer et améliorer la cible de saisie de données financières, de service et cliniques et les orienter vers des systèmes de santé locaux.
- Développer nos habiletés de recherche et rehausser les nouveaux indicateurs de rendement et ceux existants.
- Rehausser notre capacité générale à cerner les tendances en matière de services de soins de santé pour aider à planifier les années à venir de façon proactive.
- Continuer à collaborer avec les fournisseurs de services de santé et d'autres ressources communautaires, et par le fait même, donner un effet de levier financier aux ressources actuelles existantes dans la région de Waterloo Wellington.
- Initier de nouveaux partenariats et alliances lorsque les opportunités se présentent tant è l'échelle locale qu'à l'échelle provinciale, qu'entre les RLISS.

Dépenses prévues

Le tableau 3 ci-dessous présente les dépenses actuelles pour 2007/08, comparativement aux dépenses planifiées pour 2008/09 et pour la période couvrant ce Plan d'affaire annuel, soit de 2009/10 à 2011/12.

L'ERMR révisée, en date du 15 mai 2009, indique que les cibles pour le financement annuel du RLISSWW de 2009/10 à 2011/12 n'avaient pas encore été confirmées, sauf pour l'initiative de

financement décrite au Tableau 2. Le plan des opérations, présenté dans le formulaire 1D ci-dessous (Tableau 2 ci-dessous) tient compte :

- Des augmentations d’allocations qui viseront à répondre à une augmentation de 2 % des salaires.
- Des avantages fixés à 20 % des salaires
- Une augmentation des coûts de 2 % pour toutes les autres dépenses pour chacune des trios années de 2009/10 à 2011/2012.

Les hypothèses maintiennent statu quo l’allocation du MSSLD de 2008/09 pour le terme du Plan d’affaire annuel 2009/10 à 2011/2012 en regard de la récession économique et des contraintes de dépenses qui exigeraient de plus amples clarifications ou en regard de nouvelles contraintes. La seule exception aux hypothèses émises ci-haut est une pression qui existe présentement en ce qui concerne l’espace que le RLISSWW loue actuellement.

Tableau 3 : Plan des dépenses opérationnelles du RLISSWW

Les opérations du RLISS ($)	actuelles 2007/08	projetées 2008/09	dépenses prévues 2009/10	dépenses prévues 2010/11	dépenses prévues 2011/12
Financement opérationnel	**3 483 394**	**4 269 038**	**TBD**	**TBD**	**TBD**
Salaires et avantages sociaux	1 725 473	2 270 115	2 315 517	2 461 827	2 511 064
Avantages sociaux des employés					
HOOPP	162 949	220 663	219 974	233 874	238 551
Autres avantages	183 700	265 470	243 129	258 492	263 662
Total Avantages sociaux des employés	***346 649***	***486 133***	***463 103***	***492 365***	***502 213***
Transport et Communication					
Frais de voyage du personnel	34 831	53 400	54 468	55 557	56 669
Frais de voyage de gouvernance	15 380	17 800	18 156	18 519	18 890
Communications	55 396	60 300	61 506	62 736	63 991
Total Transport et Communication	***105 607***	***131 500***	***134 130***	***136 813***	***139 549***
Services					
Hébergement	240 437	231 800	236 436	241 165	245 988
Publicité	23 011	39 970	40 769	41 585	42 416
Activités banquaires	1 311	-	-	-	-
Honoraires de consultation	282 267	309 850	316 047	322 368	328 815
Location d'équipement	12 602	8 520	8 690	8 864	9 041
Gouvernance par diems	106 200	129 600	132 192	134 836	137 533
Assurance - Opérations seulement	15 756	16 100	16 422	16 750	17 085
Coûts partagés LSSO	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000
Autres dépenses de réunions	44 245	48 700	49 674	50 667	51 681
Autres coûts de gouvernance	48 082	53 850	54 927	56 026	57 146
imprimerie et traduction	24 941	56 200	57 324	58 470	59 640
Formation continue du personnel	33 743	49 500	50 490	51 500	52 530
Autres services		-			
Total Services	***1 132 595***	***1 244 090***	***1 262 972***	***1 282 231***	***1 301 876***
Fournitures et équipement					
Équipement TI		-			
Fournitures de bureau et achat d'équipement	120 548	72 200	73 644	75 117	76 619
Total Fournitures et équipement	***120 548***	***72 200***	***73 644***	***75 117***	***76 619***
Dépenses de capital	38 369	65 000	20 000	200 000	50 000
Opérations RLISS : Total des dépenses prévues	**3 469 240**	**4 269 038**	**4 269 366**	**4 648 354**	**4 581 321**
Cible de financement annuel		4 269 038	4 269 366	4 648 354	4 581 321
Surplus opérationnel (Déficit)	14 154	0	-	-	-
Amortissement des biens en capital	146 279	258 023	130 951	165 063	71 588
Initiatives de financement					
Cybersanté	275 000	275 000	600 000	TBD	TBD
A@H	181 000				
Engagement de la communauté autochtone	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
LEAD Services des urgences / ANS		33 300	TBD	TBD	TBD
Lead services des urgences	37 500	37 500			
Gestion de la liste d'attente	70 000				
Opérations RLISS -Total des dépenses prévues	**4 051 894**	**4 619 838**	**4 874 366**	**4 653 354**	**4 586 321**

Le tableau ci-dessous présente le plan de dotation en personnel du RLISSWW, lequel démontre le complément actuel pour 2007/08 comparativement aux dépenses prévues pour 2008/09 et pour la période de ce Plan d'affaire annuel.

Tableau 4 : Plan de dotation du RLISSWW

Actuel pour 2007/08, projeté pour 2008/09 et planifié de 2009/10 à 2011/12					
	2007/08 Actuel en date du 31 mars	Projeté pour 2008/09	Plan 2009/10	Plan 2010/11	Plan 2011/12
Nombre d'ETP					
Titre du poste :					
PDG	1	1	1	1	1
Directeur ou directrice senior	2	2	2	2	2
Gérant(e) senior	2	3	3	3	3
Gérant(e)	4	6	6	6	6
Contrôleur	1	1	1	1	1
Chef de programme	2	2	2	2	2
Analyste senior	3	3	3	3	3
Analyste		1	1	2	2
Assistant(e) exécutif ou exécutive	1	1	1	1	1
Assistant(e) administrative	3	4	4	4	4
Assistant(e) de programme	2	2	2	2.5	2.5
Réceptionniste	1	1	1	1	1
Webmestre		,5	,5	0,5	0,5
TOTAL	**22**	**27,5**	**27,5**	**29**	**29**

En plus des informations présentées ci-dessus, vous trouverez à l'*Annexe 5* l'état de la situation financière du RLISSWW. Cet état de la situation financière est exigé par le MSSLD.

VII. Plan de communication

Depuis sa mise en place en 2005, le RLISSWW a implanté un certain nombre de stratégies de communication visant à développer des liens solides avec les intervenants, y compris avec les fournisseurs de la santé, des partenaires communautaires, les chefs des gouvernements (municipaux, provinciaux et fédéraux), les maisons de presse, les consommateurs et les résidants. Le RLISSWW se voue à travailler de manière ouverte, transparente et responsable au fur et à mesure qu'il dirige la transformation de notre système de santé local.

Le Plan d'affaire annuel contient plusieurs éléments de communication en soi mais ne requiert pas de plan de communication stratégique séparé ou distinct.

Le RLISSWW mettra ce Plan d'affaire annuel à la disposition du public, des intervenants et des fournisseurs de services de la santé par le biais de diverses méthodes, y compris des copies imprimées ou des copies électroniques affichées sur le site internet du RLISSWW, et par l'entremise de mises à jour régulières dans les lettres ou bulletins d'information.

À part du PAA, mais en incluant des éléments de ce dernier, le RLISSWW a développé un plan corporatif annuel de communication qui appuiera la mission, la vision et les valeurs, de même que le plan d'affaire du RLISSWW en :

- Affirmant le rôle du RLISSWW en celui de gestionnaire de la transformation du système de santé et ceci dans le meilleur intérêt de la communauté et de manière transparente.
- Sensibilisant les gens au sujet des directions stratégiques et des initiatives clé de l'organisation, y compris les responsabilités financières.
- Sensibilisant davantage les intervenants externes au sujet des enjeux de santé actuels et des enjeux de santé émergeants.
- Définissant et en maximisant les opportunités de s'engager dans des activités communautaires.
- En rehaussant la compréhension du public à propos du RLISSWW tout en entretenant des relations positives avec les intervenants communautaires.
- Offrant des opportunités ou occasions d'appuyer les fournisseurs de services de santé dans leurs efforts de développement de communication.

Le Plan corporatif de communication du RLISSWW pour 2009/10 souligne :

- Les objectifs stratégiques
- Les intervenants internes et externes
- Le Calendrier des Stratégies, y compris les activités de relations avec les médias et le gouvernement
- Le mécanisme de rapport et de mesure

ANNEXES

Annexe 1 : Profil de la santé de la population

Indicateur	2001	2006 RLISSWW	% de changement	2001	2006 en Ontario	% de changement
Population totale	**626 365**	**686 320**	**9,6**	**11 285 550**	**12 160 285**	**7,8**
Population d'aînés, âgée de 65 ans et +	**68 535 (10,9 %)**	**82 690 (12,0 %)**	**20,7**	**1 383 710 (12,3%)**	**1 649 185 (13,6 %)**	**19,2**
	2005	2007	% de changement	2005	2007	% de changement
Estime que sa propre santé est bonne ou excellente	**61,9**	**62,6**	↑ **1,1**	**60,8**	**65,4**	↑ **7,6**
Estime que sa propre santé mentale est bonne ou excellente	**75,1**	**72,4**	↓ **3,6**	**72,8**	**74,6**	↑ **2,5**
Exposé à la fumée de tabac ambiante à la maison	**6,3**	**8,3**	↓ **31,7**	**7,3**	**5,7**	↑ **21,9**
A contacté un médecin au cours de la dernière année	**78,4**	**76,8**	↓ **2,0**	**81,5**	**70,9**	↓ **13,0**
A reçu un vaccin antigrippal au cours de la dernière année	**38**	**33,1**	↓ **12,9**	**41,1**	**29,4**	↓ **28,5**
Obèse ou faisait de l'embonpoint	**49,2**	**53,3**	↓ **8,3**	**48,8**	**49,6**	↓ **1,6**
Personnes ayant une consommation d'alcool élevée	**20,6**	**23,5**	↓ **14,1**	**22,1**	**21,7**	↑ **1,8**
Physiquement inactif	**45,6**	**47,2**	↓ **3,5**	**46,0**	**49,0**	↓ **6,5**
Consomme des fruits/légumes au moins 5 fois et + par jour	**47,1**	**43,5**	↓ **7,6**	**46,2**	**39,9**	↓ **13,6**
A beaucoup de stress dans sa vie	**22,8**	**21,7**	↑ **4,8**	**23,1**	**17,5**	↑ **24,2**
Fumeurs quotidien ou occasionnel	**19,3**	**20,0**	↓ **3,6**	**20,8**	**18,7**	↑ **10,1**
Incidence des problèmes de santé chroniques sélectionnés (12+)						
Arthrite/ rhumatisme	**15,3**	**15,5**	↓ **1,3**	**17,2**	**16,4**	↑ **4,7**

Haute pression sanguine	**13,9**	**16,3**	**17,2** ↓	**15,4**	**16,4**	**6,5** ↓
Asthme	**8,8**	**8,6**	**2,3** ↓	**8,0**	**8,2**	**2,5** ↓
diabètes	**4,5**	**5,4**	**20** ↓	**4,8**	**6,1**	**27,1** ↓
Maladies cardiaques	**4,6**	**3,6**	**21,7** ↑	**4,8**	**5,0**	**4,2** ↓
	2007	2008	Ontario	Min	Max	Ciblé
A passé un test de dépistage mammographie au cours des 2 dernières années (âge 50-69)	**58,4**	**61,8**	**62,8**	**55,5**	**67,9**	**70**
A passé un test de dépistage du cancer du col de l'utérus et un test de Papanicolaou au cours des 3 dernières années (âge 18 à 69 ans)	**nd**	**71,9**	**70,5**	**66,8**	**75,1**	**85**
A passé un test de dépistage de sang occulte visant contre le cancer colorectal au cours des 2 dernières années	**15,1**	**22,7**	**19,9**	**14,9**	**23,1**	**40**

Source des données : CCHS 2005 et 2007
^Tous les chiffres, sauf ceux de la population totale et de la population d'aînés, sont exprimés en pourcentage.
Les flèches vertes représentent une amélioration du rendement au fil des ans.
Les flèches rouges représentent une baisse du rendement au fil des ans.

Indicateur	RLISSWW			Ontario		
	2001	2006	% de changement	2001	2006	% de changement
Espérance de vie chez la femme à la naissance	82,0	Aucune mise à jour		82,1	Aucune mise à jour	
Espérance de vie chez l'homme à la naissance	77,8	Aucune mise à jour		77,5	Aucune mise à jour	
Population dont l'anglais est la langue maternelle	80,1	78,2	2,4 % ↓	71,9	69,8	2,9 % ↓
Population dont le français est la langue maternelle	1,5	1,5	0 %	4,7	4,4	6,4 % ↓
Population composée d'immigrants	19,8	20,6	4,0 % ↑	26,8	28,3	5,6 % ↑
Population formée de nouveaux immigrants (arrivés entre 1996 et 2001)	2,9	3,2	10,3% ↑	4,8	4,8	0 %
Population formée de minorités visibles	9,3	11,7	25,8 % ↑	19,1	22,8	19,4 % ↑
Population d'origine autochtone	0,7	1,0	42,9% ↑	1,7	2,0	17,6% ↑
Taux de participation de la main d'œuvre (âge 15+)	71,8	71,5	0,4% ↓	67,3	67,1	0,3% ↓
Taux de chômage (âge 15+)	5,1	5,2	2,0 % ↑	6,1	6,4	4,9 % ↑
Population à faibles revenus	10,2	9,7	4,9 % ↓	14,4	14,7	2,1 % ↑
Familles (avec enfants) dirigée par un seul parent	20,6	21,8	5,8 % ↑	23,4	24,5	4,7 % ↑
Population (âge 20+) ayant moins que des études de 9ième année	8,7	Aucune mise à jour		8,7	Aucune mise à jour	
Population (âge 20+) sans diplôme d'études secondaires	26,6	Aucune mise à jour		25,7	Aucune mise à jour	
Population (âge 20+) ayant terminé des études postsecondaires	47	55,2 (âge 25+)	17,4 % ↑	48,7	56,8 (âge 25+)	16,6 % ↑

Sources des données : Recensement 2001 et Recensement 2006
^Tous les chiffres, sauf ceux de la population totale et de la population d'aînés, sont exprimés en pourcentage.
**** Interprétez avec prudence en raison du degré élevé de variabilité d'échantillonnage***
Le vert ombragé : est un indicateur qui a fait des progrès au fil des ans
Le rouge ombragé : est un indicateur qui ne démontre aucun progrès au fil des ans

Annexe 2 : Taux de mortalité, d'années potentielles de vie perdues et d'hospitalisation selon le Chapitre 10 CIM

	Taux de mortalité standardisé selon l'âge par 100 000				Années potentielles de vie perdues (APVP) par 100 000				Taux d'hospitalisation standardisé selon l'âge par 100 000			
	RLISSWW		Ontario		RLISSWW		Ontario		RLISSWW		Ontario	
Causes (Chapitre 10 CIM)	2000/01	2003/04	2000/01	2003/04	2000/01	2003/04	2000/01	2003/04	2005/06	2006/07	2005/06	2006/07
I. Maladies infectieuses	**6,2**	**7,9**	**9,3**	**9,0**	**81,3**	**80**	**122,3**	**103**	**160,1**	**153,8**	**144,2**	**135,9**
II. Tumeurs	**178,5**	**175,7**	**181,4**	**175**	**1530,9**	**1541**	**1590,3**	**1560**	**513,6**	**482,8**	**635,7**	**604,2**
III. Maladies du sang	**1,9**	**2**	**2,1**	**2**	**20**	**20**	**18,4**	**17**	**70,7**	**64,3**	**82,1**	**81,9**
IV. Troubles endocriniens / nutritionnels	**26,2**	**24**	**26,1**	**27,2**	**161**	**152**	**171,0**	**182**	**170,9**	**166,5**	**195**	**197,3**
V. Troubles mentaux et de comportement	**14,1**	**11,2**	**15**	**14,2**	**42,9**	**43**	**59,2**	**58**	**394**	**137,4**	**459,9**	**115,2**
VI. Troubles du système nerveux	**29,2**	**27,5**	**24,8**	**23,8**	**173,6**	**146**	**142,9**	**138**	**107,1**	**111,4**	**123,1**	**117,4**
VII. Maladies de l'oeil	**0**	**0**	**--**	**--**	**0**	**0**	**--**	**0**	**19,4**	**22,1**	**18,6**	**18,9**
VIII. Maladies de l'oreille	**--**	**--**	**--**	**--**	**0**	**3**	**1.1**	**0**	**21,4**	**20,9**	**21,4**	**21,4**
IX. Maladies du système circulatoire	**217,0**	**183,6**	**209,1**	**184,3**	**793**	**700**	**852,9**	**811**	**847,6**	**766**	**1095,6**	**1044,1**
X. Maladies de l'appareil respiratoire	**42,9**	**42,3**	**45,4**	**44,1**	**110,9**	**135**	**150,5**	**145**	**586,3**	**553,8**	**603,3**	**593,9**
XI. Maladies du système digestif	**19,2**	**21,1**	**22,6**	**22,5**	**137,5**	**182**	**191,1**	**189**	**766,7**	**735,1**	**867,5**	**857,7**

	Taux de mortalité standardisé selon l'âge par 100 000				Années potentielles de vie perdues (APVP) par 100 000				Taux d'hospitalisation standardisé selon l'âge par 100 000			
	RLISSWW		Ontario		RLISSWW		Ontario		RLISSWW		Ontario	
Causes (Chapitre 10 CIM)	2000/01	2003/04	2000/01	2003/04	2000/01	2003/04	2000/01	2003/04	2005/06	2006/07	2005/06	2006/07
XII. Maladies de la peau	**--**	**--**	**1**	**1**	**--**	**2**	**3,9**	**3**	**62,5**	**57,8**	**75,1**	**72,8**
XIII. Maladies musculo-squelettiques	**4,8**	**3,5**	**3,8**	**3,7**	**31,5**	**16**	**24,8**	**26**	**373,8**	**353,4**	**460,6**	**468,4**
XIV. Maladies génito-urinaires	**9,6**	**9,7**	**11,1**	**11,8**	**41,1**	**23**	**38,2**	**38**	**416,2**	**385,7**	**475,8**	**453,6**
XV. Problèmes de santé de maternité	**--**	**--**	**0,1**	**0,1**	**3,6**	**4**	**4,6**	**6**	**1410,7**	**1404**	**1151,7**	**1152,8**
XVI. Problèmes de santé périnataux	**3,9**	**3,4**	**4,2**	**4,7**	**259,3**	**214**	**266,5**	**276**	**93,3**	**96,7**	**75,4**	**75,9**
XVII. Anomalies congénitales	**2,7**	**2,7**	**3,1**	**3,2**	**145,2**	**108**	**158**	**153**	**47,9**	**48,3**	**48,3**	**47,1**
XVIII. Symptômes classifiés nulle part ailleurs	**9**	**7,6**	**10,8**	**9,4**	**170,5**	**181**	**234**	**195**	**390,6**	**342,4**	**489,5**	**460,8**
XIX. Blessures et empoisonnement	**S/O^**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**591,4**	**569,1**	**617,1**	**615,9**
XX. Autres causes externes de mortalité	**27,8**	**31,8**	**32,6**	**33,9**	**740,5**	**772**	**834,3**	**828**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**
XXI. Facteurs influençant l'usage des services	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**S/O**	**396**	**387,2**	**435,2**	**441,4**
Toutes les causes	*593,7*	*554*	*602,6*	*569,9*	*4443*	*4323*	*4864*	*4729*	*7440,2*	*6858,7**	*8075,1*	*7576,6**

Source des données : Population Health Planning database, Inpatient Discharges and Vital Stats tables. (Données de panification sanitaire de la population, Taux de congé des malades hospitalisés et tableaux des statistiques vitales). (traduction libre)
S/O: Sans objet
-- Données supprimées en raison du trop petit nombre.
^ Il n'y a pas de décès attribués à ce chapitre 10-CIM parce que les décès liés aux blessures et empoisonnement sont codés selon des causes extérieures de décès.
**** Le taux d'hospitalisation toutes causes confondues pour le RLISSWW et l'Ontario en 2005-2006 n'est pas complet en raison du manque de données complètes de malades hospitalisés en santé mentale en 2006. Ceci est attribuable à la transition de données de santé mentale du DAD vers une nouvelle base de données en santé mentale, OMHRS.***

Annexe 3 : Résultats détaillés de l'enquête environnementale

Dans le cadre de la planification pour les trois prochaines années, nous avons effectué une enquête environnementale de l'état actuel de la santé et du système de santé dans le RLISSWW. Cet exercice a révélé les risques et les possibilités qui influencent les efforts consacrés au traitement de nos priorités.

L'enquête environnementale permet de vérifier les renseignements obtenus auprès de la communauté par le biais du travail d'intégration, du rendement, de la planification et du soutien aux décisions dans le RLISSWW. Elle étudie les questions et tendances qui peuvent influencer les engagements énoncés dans l'Entente de responsabilisation entre le Ministère et le RLISS (ERMR) et des priorités identifiées dans le PSSI.

Elle tient compte des politiques et des priorités gouvernementales ainsi que toute loi ou tout règlement nouveau ou en cours d'adoption. Cette approche réunit tant les données quantitatives que les renseignements qualitatifs afin d'identifier les besoins des résidants du RLISSWW selon une méthode plus robuste tenant compte du contexte et de déterminer les risques que comporterait un refus d'investir or combler ces besoins.

Les renseignements visant l'intégration proviennent de plusieurs sources, y compris :

- Les tribunes de planification tenues dans tout le RLISSWW ;
- L'examen des plans de fonctionnement soumis par les fournisseurs de services de santé ;
- Des discussions régulières et fréquentes, officielles ou non, avec les fournisseurs de services de santé et la communauté, y compris la participation du personnel du RLISSWW aux événements communautaires et la liaison avec les fournisseurs de services de santé.

Les renseignements visant le rendement proviennent surtout de la surveillance quotidienne des indicateurs de l'ERMR, qui mesurent le succès en ce qui concerne le respect des priorités du PSSI. Ces indicateurs comprennent ce qui suit :

- Le pourcentage de jours consacrés aux autres niveaux de soins (ANS) ;
- Temps moyen d'attente pour le placement en établissement de soins de longue durée (SLD) ;
- Temps d'attente pour les services prioritaires
    - Chirurgie pour cancer
    - Pontage cardiaque
    - Chirurgie pour cataracte
    - Remplacement de la hanche
    - Remplacement du genou
    - Diagnostic de l'examen IRM
    - Diagnostic de tomodensitométrie

Les renseignements visant la planification et le soutien aux décisions proviennent des sources suivantes :

- Les tribunes de planification tenues dans tout le RLISSWW;
- L'examen des plans de fonctionnement soumis par les fournisseurs de services de santé ;
- Données actuelles sur la santé des résidants, les ressources humaines de la santé, les SLT, la santé mentale et la toxicomanie dans le RLISSWW;
- L'examen des services de soins continus complexes (SCC) dans le RLISSWW;
- Les priorités récemment publiées par le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée terme et centrées sur le temps d'attente dans les urgences et la santé familiale;
- L'analyse et l'examen de divers rapports publiés par des organismes tel l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et l'Institut de recherche de services en santé (IRSS), lesquels fournissent des rapports spécifiques aux RLISS.

Améliorer l'accès aux services de santé

Le RLISSWW vise à améliorer l'accès aux services de santé en favorisant l'accès aux services appropriés, en améliorant la rapidité de la prestation des services et en assurant la disponibilité des services appropriés. Les résultats clé qui suivent influencent nos actions en rapport avec cette priorité.

Résultats clé

- Sur la foi des données de l'inventaire de l'accès aux soins primaires de 2007, 94 pour cent des résidants du RLISSWW âgés de 18 ans ou plus ont un médecin de famille. Ce chiffre est légèrement plus élevé que la moyenne provinciale de 91 pour cent. La proportion de résidants ayant un médecin est semblable chez les hommes et chez les femmes. Les résidants les plus susceptibles d'avoir un médecin de famille sont ceux qui sont âgés de 65 ans ou plus et ceux qui souffrent d'une maladie chronique. Ceux qui sont le moins susceptibles d'avoir un médecin de famille sont les immigrants qui sont au Canada depuis moins de 10 ans (81 pour cent seulement ont un médecin).
- Selon la population du RLISSWW, nous devrions avoir environ 500 médecins en pratique générale. Les données provenant du *Ontario Physician Human Resources Data Centre* indiquent qu'à partir de 2007, le RLISSWW dépasse cette cible puisqu'il compte 517 médecins en pratique générale. Toutefois, ces médecins ne sont pas nécessairement répartis dans le RLISSWW en fonction de la demande.
- En 2006-2007, 10 pour cent des visites dans toutes les urgences des hôpitaux du RLISSWW étaient faites par des patients qui n'avaient pas de médecin de famille[i]. Et, près de 8 pour cent des visites non urgentes étaient faites par des patients sans médecin de famille.
- Bien que les équipes de santé familiale (ESF) fournissent plus de soins de santé intégrés aux résidants, leur capacité de servir des patients dits orphelins ou sans médecin est limitée parce la plupart des médecins servant dans les ESF appartiennent à

des modèles de prestation de soins primaires déjà en place, par exemple les réseaux de santé familiale, et soignent déjà un grand nombre de patients.

- Les ESF participent actuellement à nos exercices de planification, mais contrairement aux CSS, les ESF ne relèvent pas directement du RLISSWW. Par conséquent, leurs efforts sont obligatoirement limités par les conditions des contrats conclus avec le Ministère. Ces contrats s'accompagnent d'une série d'attentes différentes et favorisent donc des résultats de fonctionnement et de rendement qui ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux du RLISSWW.
- Les CSS ont des bassins très précisément définis, ce qui les obligent à traiter des questions d'accès aux soins primaires locaux pour des populations spécifiques. Cela pose des défis particuliers aux régions qui n'ont pas de CSS, par exemple la région rurale de South Grey et North Wellington et la région rurale de Wellington. Toutefois, chacune de ces sous-régions de planification du RLISS a deux ESF.
- L'apport des divers événements d'engagement communautaire, y compris les tribunes de planification et les *Champions of Change Symposiums*, signale la fragmentation des résultats du système de santé chez les patients incapables de naviguer d'un secteur à un autre pour l'obtention des soins. Ce problème devient encore plus aigu pour les populations vulnérables, notamment les immigrants dont la langue première n'est pas l'anglais et qui n'ont pas l'aide de leur famille ou d'autres personnes pour naviguer dans le système.
- Les activités d'engagement communautaire menées par le RLISSWW ont révélé le besoin d'un meilleur accès aux services communautaires de santé mentale et de toxicomanie, y compris l'évaluation, le traitement et le soutien (par exemple la gestion du stress, les aptitudes à la vie quotidienne, la psychothérapie, le counseling, le logement, l'emploi et le soutien du revenu).
- Bien que le RLISSWW finance plusieurs organisations communautaires qui fournissent des services de santé mentale et de toxicomanie, le temps d'attente moyen dans le RLISSWW pour le placement dans les programmes de traitement d'alcoolisme et de toxicomanie augmente et excède la moyenne provinciale[ii].
- Le RLISSWW a entrepris un certain nombre d'activités de planification, notamment l'examen des services de soins continus complexes (SCC), l'examen clinique d'optimisation des services intensifs de courte durée, l'examen des services de santé mentale et de toxicomanie et l'examen des services pharmaceutiques. On prévoit que ces initiatives se traduiront par une planification améliorée et l'identification des possibilités d'intégration. En outre, le RLISSWW s'emploie au re-déploiement de ses lits de SLD et à la répartition des lits de niveau II en soins de longue durée en santé mentale dans le sud-ouest du RLISS.
- Le temps d'attente pour le placement en SLD a progressivement augmenté au cours des quatre derniers trimestres. Les gestionnaires de cas de la Société d'accès aux Soins de santé communautaires (SASCWW) ont signalé que le tiers de personnes sur la liste des SLD ne requièrent pas ce niveau de soins, mais ont besoin de plus de soutien à domicile. Bien des patients autonomes sont admis dans les foyers de SDL s'ils ne peuvent s'arranger avec 10 heures d'aide à domicile par semaine. D'autres options de soins de longue durée, par exemple des installations et services d'aide à l'autonomie pourraient combler les besoins de ces personnes. Des études récentes montrent que 85 pour cent des personnes âgées de plus de 65 ans veulent continuer de vivre à domicile en vieillissant[iii]. La SASC de Waterloo Wellington fournit plus de services à

ceux qui sont en attente d'une place dans les SDL afin de réduire la pression sur les lits pour les soins intensifs de courte durée.

- Le pourcentage de jours d'ANS dans les hôpitaux de soins intensifs a augmenté entre 2006 et 2009. En ce moment, environ 55 pour cent des patients d'ANS patients attendent le placement dans des institutions de soins de longue durée. La disponibilité limitée des soins palliatifs, d'aide à domicile et d'autres services a aussi contribué au problème des ANS.
- À l'exception du temps d'attente pour l'examen IRM, les cibles provinciales ont été atteintes pour les temps d'attente dans tous les services prioritaires du RLISSWW. Les temps d'attente pour le cancer demeurent stables et atteignent les objectifs, et dans tous les autres services, les temps d'attente ont été les plus courts depuis la mise en place de la Stratégie sur les temps d'attente. Ces résultats indiquent que, exception faite de l'examen IRM, l'accumulation de personnes en attente de procédure a été réglée pour ces services prioritaires. Toutefois, certains nouveaux modèles de prestation des services et certaines nouvelles approches, par exemple l'accueil et l'aiguillage en commun, n'ont pas encore été mis en œuvre. La recherche indique que sans la mise en œuvre de telles initiatives, les temps d'attente augmenteront de nouveau lorsque le financement sur plusieurs exercices ne sera plus disponible. Il convient maintenant de centrer l'attention sur le maintien de ces excellents résultats en fournissant des modèles de prestation des soins qui font un usage optimal des ressources du système et sont suffisamment robustes pour supporter des changements dans ces ressources.
- L'accès aux services d'IRM dans le RLISSWW demeure à risque. Le rendement s'est substantiellement amélioré par suite de la capacité ajoutée au système par le nouvel équipement d'IRM à l'Hôpital général de Guelph. Les patients sur la liste d'attente ont été re-dirigés selon les besoins afin d'utiliser au maximum les deux machines, ce qui a effectivement permis de réduire le temps d'attente dans tout le RLISSWW. Toutefois, on prévoit que la tendance à l'amélioration rapide atteindra un plateau dans les trimestres à venir si la capacité du système n'est pas augmentée; une amélioration substantielle sera nécessaire si l'on veut atteindre le seuil escompté de 28 jours. Il y a aussi une demande accrue d'IRM dans le RLISSWW en raison du rapatriement des résidants qui recevaient ces services à l'extérieur du RLISSWW et, de l'expansion des services IRM visant à inclure les IRM du sein et du cœur.

Les besoins et les possibilités dans le système

- Avancer dans l'examen des services planifiés de santé mentale et de toxicomanie en centrant l'attention sur la réduction du double emploi, l'amélioration de la navigation dans le système de santé, l'amélioration de la satisfaction du patient et du fournisseur de soins, ainsi que l'augmentation de la capacité et de l'efficacité du système par la réduction de la fréquence des admissions coûteuses à l'hospitalisation.
- Poursuivre l'examen de l'optimisation clinique des services de soins intensifs de courte durée et l'examen des services pharmaceutiques déjà entrepris et mettre en œuvre les recommandations qui en résulteront.
- Mettre en œuvre les recommandations résultant de l'examen des services de soins complexes continus (SCC).
- Poursuivre le rapatriement des lits de santé mentale de niveau II et le redéveloppement des lits de SLD.

- Poursuivre la stratégie concertée visant à fournir les niveaux de soins appropriés en examinant les investissements pour les rediriger vers les solutions communautaires appropriées.
- Poursuivre la mise en œuvre de modèles de soins nouveaux et durables dans le domaine des soins intensifs prioritaires, y compris l'introduction de l'accueil et l'aiguillage centralisés pour les remplacements de hanche ou de genou, le développement potentiel d'un nouveau modèle de soin des yeux dans le RLISSWW et des approches coordonnées pour les examens IRM/tomodensitométrie.
- Augmenter la capacité d'IRM pour diminuer le temps d'attente.
- Cibler les activités de recrutement de médecins dans les régions où l'on constate un manque de médecins en pratique générale ou en médecine familiale.
- Établir une source unique d'information sur les services, axée sur la clientèle et multimédias (publication, Internet ou téléphone).
- Établir des programmes satellites ruraux en utilisant l'infrastructure en place, les fournisseurs de services de santé et des partenariats innovateurs.

Améliorer la santé de la population

Le RLISSWW vise à améliorer la santé de la population en favorisant des choix de vie sains, en facilitant des soins et services de prévention coordonnés, et en augmentant la capacité des programmes qui mettent en valeur la santé individuelle. Les résultats clé suivants influencent notre action en rapport avec cette priorité.

Résultats clé

- Les taux d'hypertension, d'asthme et de diabète chez les personnes âgées de 12 ans ou plus a régulièrement augmenté de 2003 à 2007. Trente-cinq pour cent des résidants du RLISSWW avaient au moins une des affections chroniques suivantes : cancer, diabète, maladie cardiaque, hypertension, accident vasculaire cérébral, asthme, MPOC ou arthrite. Juste un peu moins des résidants âgés de 65 ans ou plus avaient deux de ces affections chroniques ou davantage[iv].
- Les affections telles que le cancer, les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux entraînent un taux élevé de mortalité. Elles s'accompagnent également d'un taux élevé d'hospitalisation ainsi que de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et de diabète. Par ailleurs, l'hypertension, l'arthrite, le diabète et les maladies cardiaques entraînent un taux élevé de consultations du médecin de famille.
- Selon les données du RLISSWW, il existe un rapport négatif certain entre la prévalence de la maladie chronique et le revenu.
- En 2007, juste un peu moins de la moitié de la population du RLISSWW âgée de 12 ans ou plus était physiquement inactive et plus de 50 pour cent des personnes âgées de 18 ans ou plus étaient soit pré-obèses soit obèses.
- Puisque la prévalence des maladies chroniques s'accroît avec l'âge, le vieillissement de la population dans le RLISSWW se traduira par un fardeau plus lourd de maladies chroniques dans le futur.
- Les services et de programmes de gestion et de prévention des maladies chroniques sont largement dispersés et fortement fragmentés dans la région du RLISSWW. Les gens atteints de maladies chroniques reçoivent des soins de diverses sources, notamment les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et dans la communauté, mais les soins provenant de ces sources ne sont pas nécessairement coordonnés.
- Le RLISSWW met présentement au point une stratégie de gestion des maladies chroniques, qui sera d'abord centrée sur la gestion du diabète dans le cadre du projet *HealtheConnections* et de la stratégie plus vaste du Ministère de la Santé et des Soins de longue Durée sur le diabète.
- Le nombre de consultations dans les services d'urgence du RLISSWW pour des problèmes de santé mentale a augmenté de 10 pour cent entre 2005-2005 et 2006-2007 dans le RLISSWW (passant de 7764 à 8545).
- Les activités d'engagement communautaire indiquent aussi que le soutien communautaire aux clients en santé mentale recevant leur congé de l'hôpital est inadéquat et mal coordonné. Dans ce soutien communautaire, les résidants souffrant de maladie mentale ont un taux élevé de rechute, ce qui peut exiger leur réadmission à l'hôpital ou d'autres soins de forte intensité.

- Un rapport de *l'Ontario Student Drug Strategy*[v] publié en 2005 notait que 16 pour cent des élèves de 7e à 12e année en Ontario pourraient avoir un problème de toxicomanie. Ce rapport signalait aussi que 6 pour cent des élèves évalués dans cette étude ont fait état de consommation dangereuse d'alcool et beaucoup de détresse psychologique.
- Quant au rendement, le nombre de consultations en urgence qui pourraient être gérées ailleurs a régulièrement diminué pendant le dernier exercice et se trouve présentement dans le corridor de rendement.
- Le rendement visant le taux d'hospitalisation pour des affections sensibles aux soins ambulatoires se maintient bien et tend vers l'amélioration du taux de base établi comme cible pour 2008-2009. L'amélioration continue de cette mesure reflète un système de soins primaires et communautaires mieux intégré et la réduction des taux d'hospitalisation a aussi l'effet bénéfique de réduire la pression sur les taux d'ANS.

Les besoins et les possibilités dans le système

- Le RLISSWW a l'occasion d'être proactif et de faciliter la création de modèles efficaces de soins pour aider les résidants à gérer les maladies chroniques et à prendre des mesures préventives, réduisant ainsi une pression évitable sur le système de santé.
- Les stratégies de prévention et de gestion des maladies chroniques devraient inclure des solutions ciblées sur les résidants à faible revenu et à risque. Les CSS pourraient avoir un rôle à jouer dans ces initiatives ciblées.
- Développer les équipes de santé mentale afin d'étendre les services dans les écoles secondaires et ailleurs pour amener les adolescents à dialoguer sur la maladie mentale.
- Développer des stratégies ciblées sur des populations spécifiques, par exemple, les populations rurales, les itinérants, les Mennonites, les immigrants et les populations à faible revenu.
- Établir des services centralisés ou aider les hôpitaux ruraux à gérer les patients en santé mentale qui attendent l'accès à l'hospitalisation de niveau 1.

Favoriser l'efficacité du système

Le RLISSWW vise à favoriser l'efficacité en améliorant la convivialité du système, en améliorant la coordination et l'intégration des services et des programmes et en assurant les meilleures pratiques pour ce qui concerne les processus opérationnels et la pratique clinique. Les résultats clé suivant influencent nos actions en rapport avec cette priorité.

Résultats clé

- En ce moment, les renseignements personnels sur la santé des patients sont emmagasinés à plusieurs reprises dans de multiples fournisseurs. Par conséquent, lorsqu'un patient passe d'un fournisseur de services à un autre, l'information, les évaluations et les tests diagnostiques sont souvent reproduits, ce qui entraîne un double emploi coûteux et inutile. Malgré cette fragmentation, des solutions électroniques sont mises en œuvre dans plusieurs cas dans le RLISSWW afin de régler ce problème. Cela comprend l'accès des fournisseurs de service au Système d'information sur les temps d'attente, l'accès des résidants au Réseau de télémédecine d'Ontario, l'accès des médecins des urgences aux profils pharmaceutiques en ligne et au portail *Grand River Hospital's My Care Source*, qui permet aux patients cancéreux de gérer leur affection.

- Le RLISSWW entreprend présentement un certain nombre d'initiatives de planification, dont l'examen des services de soins continus complexes (SCC), l'examen d'optimisation clinique des services de soins intensifs de courte durée et l'examen des services pharmaceutiques. On s'attend à ce que ces initiatives mènent à une meilleure planification et à l'identification des possibilités d'intégration.
- Le pourcentage de jours d'ANS dans les hôpitaux de soins intensifs a augmenté entre 2006 et 2009. En ce moment, environ 55 pour cent des patients d'ANS patients attendent le placement dans des institutions de soins de longue durée. La disponibilité limitée des soins palliatifs, d'aide à domicile et d'autres services a aussi contribué au problème des ANS.
- Comme on l'a signalé ci-dessus sous la rubrique *Améliorer l'accès*, le temps d'attente pour le placement en SLD a augmenté et le nombre des patients inscrits sur la liste d'attente ne requièrent pas ce niveau de soin. Des options supplémentaires aux soins de longue durée, par exemple des installations et services d'aide à l'autonomie ont le potentiel d'aider ces personnes.
- Le rendement visant les réadmissions pour infarctus aigu du myocarde se maintient bien. Dans le RLISSWW, le groupe de travail sur le temps d'attente des patients atteints de maladie cardiaque assure le suivi et les rapports concernant cette mesure.
- L'apport des divers événements d'engagement communautaire, y compris les tribunes de planification et les *Champions of Change Symposiums*, signale des inefficacités dans le système de santé pour diverses raisons. Par exemple, les intervenants à ces événements ont signalé que les modèles de financement en place entraînent une fragmentation entre les secteurs faisant en sorte que les patients sont incapables de naviguer d'un secteur à un autre pour l'obtention des soins. Aussi, le manque de programmes de soins primaires ciblés sur les populations vulnérables entraîne un usage accru des services de soins intensifs plus coûteux, notamment les urgences.

Les besoins et les possibilités dans le système

- Poursuivre l'examen de l'optimisation clinique des services de soins intensifs de courte durée et l'examen des services pharmaceutiques déjà entrepris et mettre en œuvre les recommandations qui en résulteront.
- Examiner et augmenter la fourniture de soins alternatifs appropriés, comme les hospices, les soins de convalescence, les programmes de jour et d'aide à domicile, afin de diminuer le nombre de jours d'ANS et de favoriser les résultats de la santé.
- Évaluer les formules de financement et les budgets des FSS afin de pouvoir récompenser l'innovation et l'intégration.
- Encourager l'application cohérente à l'échelle du RLISSWW de la politique de planification des congés.
- Placer des équipes dans les installations de soins de longue durée pour régler des événements épisodiques aigus et ainsi prévenir le retour aux soins intensifs de courte durée.
- Cibler les programmes préventifs pour les populations vulnérables afin de diminuer le coût élevé du recours aux services de soins intensifs de courte durée.

Renforcer la capacité communautaire pour obtenir un système de santé durable

Le RLISSWW renforce la capacité communautaire en vue d'obtenir un système de santé durable en établissant des partenariats et alliances, en mesurant les accomplissements à l'échelle du système et en faisant rapport sur ceux-ci, en utilisant la technologie pour assurer que la population possède la bonne information au bon moment et au bon endroit; il s'emploie aussi à établir une main-d'œuvre stable dans les soins de la santé et à favoriser un système de santé transparent et responsable. Les résultats clé suivants influencent nos actions en rapport avec cette priorité.

Résultats clé

- Il n'existe présentement aucun indicateur de l'EMER directement reliés à ce domaine.
- Bien que les résidants et les fournisseurs de services de santé dans le RLISSWW voient les mérites et les promesses de l'électronique dans le domaine de la santé, le système de gestion de l'information est fragmenté parce que la plupart des solutions électroniques sont en ce moment axés sur des secteurs spécifiques, mis au point pour une seule organisation et ciblés seulement sur les besoins ponctuels des patients ou des clients. Souvent, ces solutions ne tiennent pas compte de l'information qui a pu être recueillie par d'autres fournisseurs ou dont d'autres fournisseurs pourraient avoir besoin. Qui plus est, le transfert électronique de l'information entre les fournisseurs est gêné par des normes inégales et par les anciens systèmes incompatibles.
- La qualité et la disponibilité des données varient selon les secteurs. Les données dans le secteur hospitalier sont très robustes et généralement de bonne qualité, et il existe certaines données de placement en SLD et sur l'utilisation des services de santé mentale et de toxicomanie. Toutefois, il y a de graves lacunes dans les données pour ce qui concerne les secteurs des CSS, des SASCWW et du soutien communautaire. Cela entraîne un profil incomplet du système et ralentit la prise de décision.
- Les divers examens en cours et prévus dans le RLISSWW (services SCC, optimisation clinique des services de soins intensifs de courte durée, services de santé mentale et de toxicomanie, services pharmaceutiques) sont conçus pour répondre aux besoins des résidants du RLISSWW. Ainsi, on prévoit que des possibilités d'intégrer les services et d'améliorer leur efficacité seront identifiées par le biais de ces examens.
- Dans le RLISSWW, les besoins immédiats en termes de recrutement ont été identifiés dans plusieurs domaines, notamment en médecine familiale et en pratique générale, en neurologie, en ophtalmologie, en pathologie, en anesthésiologie et en chirurgie pédiatrique.

Besoins et possibilités du système

- Dans son premier rapport publié en avril 2006, le Conseil ontarien de la qualité des services de santé déclarait que la mise en œuvre d'une stratégie électronique efficace en matière de santé contribuera à la création d'un système de santé à grand rendement[vi]. Bien des initiatives de changement ont signalé que le manque d'accès à l'information en temps opportun freine le succès. Il y a une importante possibilité d'assurer que les gens aient accès en temps opportun à l'information sur leur santé, aux pratiques de prévention et à la disponibilité des services. De façon semblable, les fournisseurs ont la possibilité d'obtenir une meilleure information sur leurs patients et de fournir à leur tour des soins de meilleure qualité. L'information en temps opportun

permet aussi de développer des modèles nouveaux et innovateurs pour la prestation des services.

- Une stratégie de recrutement et de rétention coordonnée à l'échelle du RLISSWW est requise; elle doit impliquer partenariats et intervenants, notamment les universités locales, la main d'œuvre ontarienne en santé, les fournisseurs de services de santé et le Ministère ode la santé et des soins de longue durée de l'Ontario.
- À mesure que le RLISSWW entreprendra la transformation du système et la prestation de services selon des modes nouveaux et plus adéquats, de nouvelles pressions s'ajouteront aux ressources humaines en santé. Par exemple, il y aura un besoin croissant de fournisseurs de services communautaires, y compris ceux qui peuvent assurer des soins à domicile mieux appropriés aux personnes âgées.
- L'occasion se présente de créer un système plus responsable au niveau du rendement, d'améliorer la transparence par le biais d'un système de reconnaissance et de récompense du rendement supérieur et de favoriser les rapports destinés au public.

Notes en fin d'ouvrage

---

[i] Population Health Planning Database (PHPDB), *Population Estimates Table*. (Base de données en planification sanitaire de la population. Tableau de prévisions démographiques). (Traduction libre) Information prélevée en juin 2008.

[ii] Drug and Alcohol Registry of Treatment (DART) Database (Base de données du traitement du Registre sur l'alcool et les drogues (DART), Information prélevée le 2 juin 2008 de www.connexontario.ca

[iii] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Vieillir chez soi* : *Aider aux aînés à vivre en toute sécurité dans leurs foyers avec dignité et indépendance* (Toronto, juillet 2007).

[iv] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée*,* Projet d'analyse des données sur le système de santé*, Maladies chroniques dans le RLISS de Waterloo Wellington* (Toronto, octobre 2007).

[v] Edward M. Adlaf, et Angela Paglia-Boak, *Drug Use Among Ontario Students 1977-2005* (Toronto: Centre pour les dépendances et la santé mentale, sans date)

[vi] Government de l' Ontario, Ontario Health Quality Council *First Yearly Report* (Toronto: Conseil de la qualité de l'Ontario Ontario, 2006). Tiré de l'URL: www.ohqc.ca.

Annexe 4 : Alignement des Stratégies par secteurs d'intérêt pour 2009/10 - 2010/12

	STRATÉGIE											MOYENS				
	SERVICES DES URGENCES (SU)/ANS				SOINS PRIMAIRES		DÉPENDANCES ET SANTÉ MENTALE		OPTIMISATION CLINIQUE			RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ		CYBERSANTÉ		
CIBLE POUR 2009/10 - 2010/12	Projets d'amélioration des processus	SDU P4R	Vieillir chez soi	Redéveloppement & capacité LTC	Stratégie de gestion des maladies chroniques	Prévention et Promotion	Revue des services dépendances et de santé mentale	Implantation de lits en soins de plus longue durée en santé mentale	Soins intensifs	Soins complexes continus	Santé rurale	Modelage des données	Design des services	Connexions cybersanté	Accès aux soins/temps d'attente	Rendement & responsabilisation
AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE SANTÉ																
1. Continuer d'améliorer l'accès aux services primaires					X				X		X	X	X	X		X
2. Continuer d'améliorer l'accès aux services des urgences	X	X	X									X	X	X	X	X
3. Continuer d'améliorer l'accès et la coordination des services de santé mentale							X	X	X		X	X	X	X		X
4. Continuer d'améliorer l'accès aux services de santé pour les populations spécifiques et vulnérables			X	X					X	X	X	X	X	X		X
5. Continuer de réduire les temps d'attente pour les soins intensifs	X											X	X	X	X	X
6. Continuer d'améliorer l'accès aux soins de longue durée	X		X	X								X	X			X
AMÉLIORER LA SANTÉ DE LA POPULATION																
1. Continuer d'accroître la disponibilité de programmes qui rehaussent la santé d'une personne			X		X	X			X				X	X		X
2. Continuer de sensibiliser et de faire participer la communauté aux pratiques et comportements préventifs			X		X	X			X				X	X		X

	STRATÉGIE											MOYENS				
	SERVICES DES URGENCES (SDU)/ANS				SOINS PRIMAIRES		DÉPENDANCES ET SANTÉ MENTALE		OPTIMISATION CLINIQUE			RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ		CYBERSANTÉ		
PRIORITÉ DU PSSI CIBLE POUR 2009/10 - 2010/12	Projets d'amélioration des processus	SDU P4R	Vieillir chez Soi	Redé-veloppement et capacité LTC	Stratégie de gestion des maladies chroniques	Prévention et Promotion	Revue des services de santé mentale et dépendances	Implantation de lits de soins de plus longue durée en santé mentale	Soins intensifs	Soins complexes continus	Santé rurale	Modelage des données	Design des services	Connexions cybersanté	Accès aux soins et aux temps d'attente	Rendement et responsabilisation
REHAUSSER L'EFFICACITÉ DU SYSTÈME																
1. Continuer à faciliter l'utilisation du système santé	X	X	X	X					X					X		X
2. Continuer à renforcer nos capacités à identifier et à appliquer des méthodes et outils bien recherchés quant à l livraison et la planification du système de santé	X											X	X	X		X
RENFORCER LES CAPACITÉS AFIN D'ATTEINDRE UN SYSTÈME DE SANTÉ DURABLE																
1. Continuer à se servir de la technologie afin de s'assurer que les gens ont la bonne information, au bon endroit et au bon moment	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X		X		X
2. Continuer de maintenir une main d'œuvre de santé stable												X		X		X
3. Continuer de créer un système de santé plus transparent et redevable														X		X

Annexe 5 : État de la situation financière

Bilan au :	E ACTUELLE (12 mois) 31 mars 2008	G PRÉVUE (12 mois au) 31 mars 2009	I PRÉVUE (12 mois au) 31 mars 2010
ACTIFS FINANCIERS:			
1. Trésorerie	769,204	990,000	840,000
2. Comptes à recevoir du MSSLD:			
Hôpitaux publiques	3,572,372	-	-
RLISS			
Autres entités gouvernementales de rapport (autres EGR)			
Non-EGR (Montants à recevoir de tierces parties)			
Sous-total	*3,572,372*	-	-
3. Immobilisations corporelles			
i. Coûts d'immobilisation du capital :			
a. Solde initial	671,475	709,844	774,844
b. Entrées d'immobilisation en cours d'année	38,369	65,000	20,000
c. Cessions en cours d'année			
d. Solde final	709,844	774,844	794,844
ii. Amortissement cumulé :			
a. Solde initial	252,940	399,219	657,242
b. moins : l'amortissement sur les actifs disposés	-		
c. Amortissement en cours d'année	146,279	258,023	130,951
d. Solde final	399,219	657,242	788,193
VALEUR COMPTABLE NETTE (i moins ii)	*310,625*	117,602	6,651
4. Tous les autres actifs :			
TOTAL DE L'ACTIF	***4,652,201***	***1,107,602***	***846,651***

PASSIFS :

5. Salaires courus, salaires et avantages sociaux	39,445	90,000	100,000
6. Comptes payables et frais à payer aux :			
MSSLD	3,634,237	-	-
Hôpitaux publiques			
RLISS			
Autres entités gouvernementales de rapport (Autres ERG)	4,598		
Non-EGR (ex. : des fournisseurs à des tierces parties)	663,296	900,000	740,000
Sous-total	*4,302,131*	***900,000***	***740,000***
7. Apports en capital reportés de la province (c'est-à-dire MSSLD et autres ERG)			
a. Solde initial	418,535	310,625	117,602
b. Apports en capital reçus en cours d'année/ou à recevoir	38,369	65,000	20,000
c. Amortissement pour l'année	146,279	258,023	130,951
d. Solde final	*310,625*	*117,602*	*6,651*
8. Contributions reportées de la province (c'est-à-dire MSSLD et autres ERG)			
a. Solde initial	-	-	-
b. Contributions reçues en cours d'année/ou à recevoir	-	-	-
c. Reconnu comme revenu pour l'année	-	-	-
d. Solde final	-	-	-
9. Tous les autres passifs			
TOTAL DES PASSIFS	***4,652,201***	***1,107,602***	***846,651***
ACTIFS NETS/ (PASSIFS)	-	-	-