ENTENTE DE RESPONSABILISATION
1ER AVRIL 2007 – 31 MARS 2010

ENTRE :

Sa Majesté la Reine du chef de l'Ontario, représentée par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée (ci-après appelé « MSSLD »)

- et -

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (ci-après appelé « RLISS »)

Article 1 – But de l'Entente

1.1 La présente Entente est conclue en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (ci-après appelée « la Loi ») et encadre la collaboration entre le MSSLD et le RLISS en vue de mettre en œuvre la solution élaborée en Ontario pour améliorer la santé de la population de la province en permettant à celle-ci d'avoir accès à des services de santé de haute qualité, en coordonnant la prestation des soins au sein des systèmes de santé locaux, et en assurant la gestion efficace et rentable de ces derniers.

1.2 L'Entente énonce les obligations de rendement respectives du MSSLD et du RLISS convenues entre les parties pour la période allant du 1er avril 2007 au 31 mars 2010, laquelle englobe les exercices financiers 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010. Elle constitue une entente de responsabilisation au sens de l'article 18 de la Loi. L'Entente régit les obligations financières et de rendement des parties qui seront fixées pour chaque exercice financier pendant la période allant du 1er avril 2007 au 31 mars 2010.

Article 2 - Définitions

Dans le texte de l'Entente, les termes suivants ont la signification précisée ci-après :

« annexe » signifie l'une des annexes de l'Entente et « annexes » signifie deux ou plusieurs d'entre elles, y compris les suivantes :

1. Dispositions générales;
2. Engagement de la collectivité, planification et intégration;
3. Gestion du système de santé local;
4. Mesures de soutien de la gestion de l'information;
5. Gestion financière;
6. Protocoles relatifs aux processus financiers;
7. Protocoles de contrôle du système de santé local;
8. Obligations intégrées de production de rapports;
9. Affectation des fonds;
10. Rendement du système de santé local;
11. Cybersanté;

« collectivité » s'entend au sens du paragraphe 16(2) de la Loi;

« Entente » signifie la présente entente, y compris ses annexes, et tout acte modificatif;

« fournisseur de services de santé » s'entend au sens du paragraphe 2(1) de la Loi;

« plan de services annuel » signifie le plan d'affectation du financement reçu du MSSLD par le RLISS et incorporé dans l'Entente en vertu de l'alinéa 18(2) d) de la Loi;

« protocole d'entente » signifie le protocole d'entente en vigueur entre le MSSLD et le RLISS à un moment donné;

« PSSI » signifie un plan de services de santé intégrés et « plan de services de santé intégrés » s'entend au sens du paragraphe 2(1) de la Loi.

Section 3 – Responsabilités des parties

3.1 Le MSSLD remplit les obligations de rendement et fournit les livrables reliés au rendement précisés dans les annexes, conformément aux dispositions de l'Entente.

3.2 Le RLISS remplit les obligations de rendement et fournit les livrables reliés au rendement précisés dans les annexes, conformément aux dispositions de l'Entente. Les livrables sont incorporés dans les rapports trimestriels des RLISS au MSSLD prévus dans les annexes.

3.3 Les parties collaborent et coopèrent en vue :

(a) de faciliter la réalisation des objectifs de l'Entente;
(b) de mettre au point des obligations claires et réalisables en matière de rendement et d'identifier les risques d'inexécution;
(c) d'établir clairement les modalités de communication et les responsabilités respectives;
(d) de régler les problèmes de manière diligente, prévoyante et opportune.

3.4 Le RLISS a la responsabilité de gérer son rendement et le rendement du système de santé local, conformément à l'Entente et en vertu de l'autorité qui lui est conférée par la Loi. Le MSSLD a la responsabilité de collaborer avec le RLISS pour parvenir à ces fins. Le MSSLD et le RLISS reconnaissent que certains problèmes au sein du système de santé local peuvent exiger qu'ils collaborent en vue de trouver des solutions et de prendre des décisions et des mesures.

Article 4 – Amélioration du rendement

4.1 Les parties s'engagent à adopter et à suivre une méthode prévoyante et attentive d'amélioration du rendement basée sur les principes suivants :

(a) engagement envers l'amélioration continue du rendement;
(b) prédilection pour la résolution des problèmes;
(c) vigilance quant au risque relatif d'inexécution.

4.2 Chacune des parties s'oblige à informer l'autre dans les meilleurs délais de tout élément susceptible d'entraver notablement sa capacité à remplir ses obligations en vertu de l'Entente (pareil élément étant ci-après appelé « facteur susceptible d'entraver le rendement »), en précisant notamment toute mesure corrective qu'elle prend ou envisage de prendre afin de remédier au problème de rendement, et en sollicitant le cas échéant une rencontre en vue d'évoquer le facteur susceptible d'entraver le rendement. La partie recevant un tel avis écrit en accuse réception dans un délai de cinq jours ouvrables suivant la date de celui-ci. Si la partie donnant l'avis demande à rencontrer l'autre, les parties convoquent une rencontre dans un délai d'un mois civil suivant la date de l'avis pour évoquer le facteur susceptible d'entraver le rendement.

4.3 Pendant la rencontre, et conformément aux principes énoncés dans le paragraphe 4.1, les parties :

(i) évoquent les causes du facteur susceptible d'entraver le rendement;

(ii) évoquent l'impact du facteur susceptible d'entraver le rendement et déterminent s'il entraîne un risque « faible », « modéré » ou « élevé » d'inexécution des obligations prévues par l'Entente;

(iii) arrêtent les dispositions à prendre dans la mesure du possible, dans le cadre du processus d'amélioration du rendement décrit plus loin, en vue d'atténuer l'impact du facteur susceptible d'entraver le rendement;

(iv) passent en revue les attentes en matière de rendement à l'égard de la partie affectée et les modifient au besoin.

4.4 En plus d'autres recours, le processus d'amélioration du rendement peut comporter :

(i) dans le cas des facteurs susceptibles d'entraver le rendement qui présentent un risque faible, des mesures prises par le RLISS et notamment :

- la production de rapports de rendement réguliers au MSSLD;
- la convocation de rencontres trimestrielles entre le RLISS et le MSSLD sur l'amélioration du rendement;
- la commande d'examens par des tiers ou des experts, sous la direction du RLISS;
- l'élaboration par le RLISS d'un plan d'amélioration du rendement aux fins de discussion avec le MSSLD.

(ii) dans le cas des facteurs susceptibles d'entraver le rendement qui présentent un risque modéré, des mesures prises par le RLISS et le MSSLD et notamment :

- un contrôle accru du rendement par le RLISS et le MSSLD;
- un soutien plus intensif d'autres réseaux locaux d'intégration des services de santé en vue d'aider le RLISS à atteindre ses objectifs de rendement;
- la commande d'examens par des tiers ou des experts, sous la direction conjointe du MSSLD et du RLISS;
- la prestation d'une aide au RLISS, par le MSSLD, d'autres RLISS ou des experts pour développer la capacité du RLISS;
- l'élaboration conjointe d'un plan d'amélioration du rendement du RLISS.

(iii) dans le cas des facteurs susceptibles d'entraver le rendement qui présentent un

risque élevé, des mesures prises par le RLISS et le MSSLD ou le MSSLD seul et notamment :

- un suivi intensif par le MSSLD;
- la commande d'examens par des tiers ou des experts, sous la direction du MSSLD;
- la mise en œuvre d'un plan d'amélioration du rendement sous la direction du MSSLD;
- la modification de la structure de régie du RLISS.

Article 5 – Généralités

5.1 Chaque annexe précise clairement l'exercice financier auquel elle s'applique. Les annexes font l'objet de négociations, ainsi que de modifications le cas échéant, et des annexes sont éventuellement ajoutées pour les exercices financiers 2008-2009 et 2009-2010 conformément au calendrier énoncé dans les annexes.

5.2 Toute modification à l'Entente est exécutoire uniquement si elle est consignée par écrit et signée par le mandataire de chacune des parties.

5.3 Le RLISS s'interdit de céder toute obligation ou tout droit ou intérêt en vertu de l'Entente sans le consentement écrit du MSSLD.

5.4 Chaque partie communique avec l'autre par l'intermédiaire des personnes suivantes au sujet des questions reliées à l'Entente :

MSSLD

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé
Édifice Hepburn, 10e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 1R3

Responsable
Sous-ministre adjoint, Responsabilisation et performance du système de santé
Téléc. : 416 212-1859
Tél. : 416 212-1134

Copie à :

Directeur, Direction de la liaison avec les RLISS
Édifice Hepburn, 5e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 1R3
Téléc. : 416-326-0018
Tél. : 416-314-1864

RLISS

RLISS du Centre-Est
Harwood Plaza
314, avenue Harwood Sud, Bureau 204A
Ajax, ON L1S 2J1

Responsable : président du conseil d'administration

Téléc. : 905-427-9659
Tél. : 905-427-5497

Copie à :

RLISS du Centre-Est
Harwood Plaza
314, avenue Harwood Sud, Bureau 204A
Ajax, ON L1S 2J1

Responsable : chef de la direction

Téléc. : 905-427-9659
Tél. : 905-427-5497

Conclu pour entrée en vigueur ce 1er avril 2007 par :

Sa Majesté la Reine du chef de l'Ontario, représentée par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée

Voir la version anglaise ci-jointe pour la signature originale

_____

L'hon. George Smitherman
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

Par :

Voir la version anglaise ci-jointe pour la signature originale

_____

M. Foster Loucks
Président du conseil d'administration

ANNEXE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

PARTIE A. BUT DE L'ANNEXE 1

- Énoncer des dispositions d'application générale à toutes les annexes.

PARTIE B. INTERPRÉTATION ET APPLICATION

1. Le but principal de toutes les annexes de l'Entente est de favoriser :

   (a) le transfert en continu, du MSSLD au RLISS, de l'autorité relative au système de santé local :

      (i) afin de permettre au MSSLD d'assurer la gouvernance du système de soins de santé;

      (ii) afin de permettre au RLISS de prendre la responsabilité du financement, de la planification et de l'intégration des services pour son système de santé local;

   (b) le transfert des responsabilités du MSSLD au RLISS de manière à assurer la stabilité et la continuité des services pendant la période de transition;

   (c) l'élaboration d'obligations de rendement claires et réalisables;

   et toutes les annexes s'interprètent conformément à ce but principal.

2. En l'absence d'une autre définition dans une annexe, les termes s'entendent au sens des articles 1 à 5 de l'Entente.

3. Les termes suivants prennent la signification suivante dans toutes les annexes :

   « **but principal** » s'entend au sens du paragraphe 1 ci-dessus;

   « **entente cédée au RLISS** » signifie une entente conclue à l'origine entre le MSSLD et un fournisseur de services de santé, ou une partie d'une telle entente, à l'égard de laquelle le MSSLD a cédé au RLISS ses droits et obligations, en vertu du paragraphe 19(3) de la Loi;

   « **entente de responsabilisation en matière de services** » s'entend de l'entente de responsabilisation en matière de services que le RLISS doit conclure avec un fournisseur de services de santé en vertu du paragraphe 20(1) de la Loi;

   « **exercice financier** » s'entend de la période allant du 1er avril au 31 mars;

   « **fin d'exercice** » s'entend de la fin d'un exercice financier;

« **rapport de synthèse** » s'entend d'un rapport exposant les revenus et dépenses du RLISS relatifs au fonctionnement du RLISS et aux transferts aux fournisseurs de services de santé, ainsi que les comptes de bilan reliés au fonctionnement du RLISS;

« **rapport périodique** » s'entend d'un rapport comportant un état des revenus du RLISS, des dépenses réelles relatives au fonctionnement du RLISS et aux transferts jusqu'à la date du rapport, et des dépenses prévisionnelles relatives au fonctionnement du RLISS et aux transferts, ainsi que l'explication des écarts entre les dépenses prévisionnelles et les revenus, et enfin un exposé des risques financiers et de ceux liés au rendement.

4. Si la date de remise d'un document tombe un samedi ou un dimanche ou un jour férié reconnu par le MSSLD, le document doit être remis le jour ouvrable suivant.

5. Chaque annexe, sauf indication contraire dans le texte de celle-ci, s'applique aux exercices financiers 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010. Dans certains cas, il peut être précisé dans une annexe que certaines obligations de rendement prévues dans celle-ci s'appliquent à un seul exercice financier.

PARTIE C. PHASE II POUR 2007-2008

6. Les parties entreprennent des négociations entre avril 2007 et la fin de mai 2007 en vue d'arrêter des dispositions pour développer et compléter les annexes dans les domaines suivants :

   (a) Annexe 5 *Gestion financière liée aux immobilisations* :

      (i) Éléments du cadre de gestion financière reliés à la planification axée sur les résultats, à la prudence en manière budgétaire et à l'affectation des fonds excédentaires;

      (ii) Immobilisations;

   (b) Annexe 7 *Protocoles de contrôle du système de santé local*;

   (c) Annexe 9 *Affectation des fonds* :

      (i) Mise à jour de l'affectation des fonds au RLISS pour 2007-2008 dans le tableau 2 de l'annexe;

      (ii) Mise à jour des cibles de financement du RLISS pour 2008-2009 et 2009-2010 dans le tableau 2 de l'annexe;

      (iii) Le montant des enveloppes de financement spécifiquement affectées dans le tableau 4 de l'annexe;

   (d) Annexe 10 *Rendement du système de santé local* : repères de rendement, niveaux de base, cibles du RLISS et corridors de rendement pour les indicateurs

de rendement énoncés dans les tableaux A, B et C de l'annexe.

6.1 Les parties continueront de collaborer, en temps opportun, à l'arrêt de dispositions relatives aux éléments du cadre de gestion financière reliés à la planification axée sur les résultats, à la prudence en manière budgétaire et aux paramètres d'affectation des fonds excédentaires.

PARTIE D. REVUE ET MISE À JOUR ANNUELLES

7. Les annexes qui suivent sont revues et mises à jour, dans la mesure où cela est nécessaire afin de mieux refléter le but principal, chaque année dans un délai de 120 jours suivant l'annonce du budget du gouvernement de l'Ontario :

Annexe 3 *Gestion du système de santé local*;

Annexe 9 *Affectation des fonds*;

Annexe 10 *Rendement du système de santé local*.

8. Les deux parties collaborent en vue de réaliser, au plus tard au printemps 2008, une évaluation de la mesure dans laquelle elles ont obtenu les résultats recherchés dans la transition et le transfert d'autorité prévus par l'Entente.

9. En procédant aux examens, aux négociations et aux mises à jour prévus par l'Entente, les parties se fondent sur des principes reflétant :

(a) la mutualité;

(b) la souplesse;

(c) l'ouverture;

(d) la transparence;

(e) le caractère réalisable des objectifs;

(f) l'alignement stratégique;

(g) le caractère évolutif du processus.

ANNEXE 2 : ENGAGEMENT DE LA COLLECTIVITÉ, PLANIFICATION ET INTÉGRATION

PARTIE A.	BUT DE L'ANNEXE 2

- Établir les obligations de rendement du MSSLD en matière d'engagement de la collectivité, de planification et d'intégration, conformément au but principal.

PARTIE B.	OBLIGATIONS DE RENDEMENT EN MATIÈRE D'ENGAGEMENT DE LA COLLECTIVITÉ

1. **Le RLISS** :

   (a) procède régulièrement à l'examen de sa stratégie et de son plan d'engagement de la collectivité en vue de guider l'accomplissement de ses fonctions en cours;

   (b) expose dans le rapport annuel ses activités en matière d'engagement de la collectivité et notamment :

      (i) les résultats obtenus grâce à la stratégie d'engagement communautaire du RLISS, évalués à l'aide d'un outil d'évaluation commun;

      (ii) la collaboration du RLISS avec les entités de planification énoncées dans la Loi.

PARTIE C.	OBLIGATIONS DE RENDEMENT EN MATIÈRE DE PLANIFICATION

2. **Les deux parties** :

   (a) élaborent et mettent à jour au besoin un guide de planification du système de santé intégré (ci-après appelé « guide ») à l'appui de l'élaboration du plan stratégique provincial et du plan de services de santé intégrés (ci-après appelé « PSSI »);

   (b) collaborent à l'avancement des priorités du PSSI:

      (i) dans les domaines de compétence provinciale, comme les soins de santé primaires, les ressources humaines dans le domaine de la santé et la gestion des maladies chroniques;

      (ii) dans les domaines relevant du mandat du RLISS où l'aide du MSSLD peut s'avérer nécessaire à la mise en œuvre du PSSI.

3. **Le MSSLD** :

(a) met au point un processus d'examen des fonctions des organismes de planification du système de santé autres que les RLISS;

(b) publie le plan stratégique provincial.

4. **Le RLISS** :

(a) met à jour, s'il y a lieu, le PSSI pour la période de 2007-2008 à 2009-2010 dans un délai de six mois suivant la parution du plan stratégique provincial, et transmet le PSSI mis à jour au ministère et le rend public;

(b) élabore et transmet au MSSLD et rend public, à l'automne 2009, un nouveau PSSI triennal pour les exercices 2010-2011 à 2012-2013;

(c) met à jour et élabore son PSSI, tel que prévu aux paragraphes 4(a) et (b), conformément au guide;

(c.1) fait la preuve des progrès réalisés dans la mise en œuvre des priorités de son PSSI;

(d) fournit au MSSLD :

(i) des conseils sur les fonctions des organismes de planification du système de santé autres que les RLISS;

(ii) des informations sur toutes modifications importantes qu'il se propose d'apporter à son PSSI;

(e) tient compte du PSSI dans le plan de services annuel qu'il est tenu d'élaborer aux termes de l'Annexe 5.

(f) rend compte dans son rapport annuel des progrès réalisés dans la mise en œuvre de son PSSI.

PARTIE D. OBLIGATIONS DE RENDEMENT EN MATIÈRE D'INTÉGRATION

5. **Le RLISS** :

(a) consulte le MSSLD pendant l'exercice 2007-2008 avant de rendre une décision de procéder ou de surseoir à une intégration en vertu des articles 26 ou 27 de la Loi;

(b) expose ses activités en matière d'intégration dans son rapport annuel.

ANNEXE 3 : GESTION DU SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL

PARTIE A. BUT DE L'ANNEXE 3

- Établir, conformément au but principal, la portée du pouvoir décisionnel et des responsabilités du RLISS dans la gestion du système de santé local qui relève de celui-ci, en vertu de la Loi, ainsi que le rôle de soutien que le MSSLD joue auprès du RLISS, pendant la durée de l'Entente.

PARTIE B. OBLIGATIONS GÉNÉRALES EN MATIÈRE DE RENDEMENT

1. **Le MSSLD** :

   (a) fournit au RLISS, et élabore au besoin, les normes provinciales (par exemple les normes et politiques en matière de fonctionnement ou de services ou les normes relatives à l'admissibilité aux programmes) qui s'appliquent aux fournisseurs de services de santé, et fournit au RLISS les manuels pertinents relatifs aux programmes;

   (b) cède au RLISS des ententes à compter d'avril 2007 et en fixe s'il y a lieu la date d'expiration;

   (c) à la demande du RLISS, dispense à celui-ci des conseils et lui assure un soutien en matière de gestion des contrats, par l'intermédiaire de la Direction de la liaison avec les RLISS du MSSLD;

   (d) assure à son gré la gestion et le financement des Programmes gérés par le MSSLD figurant dans la Partie D *Programmes gérés par le MSSLD*;

   (e) demande s'il y a lieu les avis du RLISS sur les Programmes gérés par le MSSLD;

   (f) informe le RLISS de toute modification importante des Programmes gérés par le MSSLD qui affecte le système de santé local relevant du RLISS.

2. **Le RLISS** :

   (a) prend des décisions sur :

      (i) les services de santé qui sont dispensés par les fournisseurs de services de santé au sein du système de santé local ou pour celui-ci, et les lieux dans lesquels les services de santé sont dispensés;

      (ii) les fournisseurs de services de santé qui reçoivent un financement pour la prestation desdits services, ainsi que le montant de ce financement;

      (iii) les exigences en matière de volume de services et de rendement auxquelles les fournisseurs de services doivent se conformer;

(b) informe les fournisseurs de services de santé de leur obligation de se conformer aux ententes cédées par le MSSLD au RLISS et aux ententes de responsabilisation en matière de services conclues avec le RLISS;

(c) informe les fournisseurs de services de santé de leur obligation de fournir les services financés par le RLISS conformément à la loi applicable et aux politiques, normes et manuels de fonctionnement provinciaux;

(d) remplit les obligations du MSSLD en vertu des ententes cédées au RLISS;

(e) pour l'exercice 2007-2008, informe le MSSLD de toute proposition de modification des ententes cédées au RLISS, y compris la révision du volume ou des niveaux de services, du financement des services ou de la liste des fournisseurs de services, ainsi que de toute proposition de résiliation des ententes cédées, et entame des pourparlers avec le MSSLD à ce sujet;

(f) afin de réduire les risques potentiels reliés aux questions financières et de rendement en vertu de l'Entente, entretient avec les fournisseurs de services de santé les contacts réguliers qui s'imposent;

(g) élabore un plan en vue de négocier de nouvelles ententes de responsabilisation en matière de services comme le prévoit la Loi et conformément aux exigences de celle-ci;

(h) nonobstant le paragraphe 2(g), négocie en 2007-2008 avec chaque hôpital une entente de responsabilisation en matière de services qui entre en vigueur le 1er avril 2008.

3. **Les deux parties** :

(a) procèdent annuellement à l'examen de la présente annexe et s'il y a lieu à sa mise à jour;

(b) collaborent en vue d'élaborer des modèles d'ententes de responsabilisation en matière de services pour les ententes qui seront conclues avec les fournisseurs de services de santé financés par le RLISS.

PARTIE C. PARAMÈTRES DE RENDEMENT SECTORIELS SPÉCIFIQUES

Application de la Partie C

4. Les paramètres énoncés dans la Partie C de la présente annexe s'appliquent aux obligations du RLISS en vertu du paragraphe 2 et sont revus et mis à jour annuellement conformément au paragraphe 7 de l'Annexe 1 afin de mieux refléter le but principal tout au long de la durée de l'Entente.

Définition – enveloppes de financement spécifiquement affectées

5. Dans la Partie C, le terme « enveloppe de financement spécifiquement affectée », s'appliquant à un service, signifie la somme en dollars que le RLISS doit utiliser pour financer la prestation du service, étant entendu que :

   (a) le RLISS a la faculté de fournir un financement supplémentaire pour le service s'il le juge à propos;

   (b) l'enveloppe de financement spécifiquement affectée qui n'est pas utilisée pour financer le service prévu est soit réaffectée par le RLISS avec l'accord préalable du MSSLD, soit restituée au MSSLD.

Programmes hospitaliers financés à partir des budgets de base

6. Dans les paragraphes 7 et 8, les programmes hospitaliers financés à partir des budgets de base sont :

   (a) les programmes de base pour patients hospitalisés et ambulatoires et de chirurgie ambulatoire, les programmes hospitaliers de traitement des traumatismes crâniens, les programmes d'implants cochléaires, les programmes régionaux de gériatrie, le programme de traitement des fissures labiales et palatines et des anomalies craniofaciales et dentaires;

   (b) les services prioritaires stables et notamment le cathétérisme cardiaque, la chirurgie cardiaque et le traitement des néphropathies chroniques;

   (c) les services spécialisés en milieu hospitalier et notamment la traumatologie, les centres de traitement des victimes d'agression sexuelle et de violence familiale, le Programme provincial de services régionaux de génétique, les services de consultations externes pour personnes porteuses du VIH et hémophiles, les centres régionaux et de district pour victimes d'accidents vasculaires cérébraux, les services de réadaptation cardiaque, les services de traitement à la Visudyne et les services de stimulateurs cardiaques permanents.

7. **Le MSSLD** :

   (a) communique au RLISS, le cas échéant, les modèles de prestation de services au plan provincial ou régional s'appliquant aux programmes hospitaliers financés à partir des budgets de base qui doivent être maintenus au sein du système de santé local ou à l'égard de celui-ci;

   (b) communique au RLISS, le cas échéant, les fonctions désignées de coordination de services s'appliquant aux programmes hospitaliers financés à partir des budgets de base au sein du système de santé local en date du 1er avril 2007 et qui doivent être maintenues;

   (c) fixe les volumes de services de stimulateurs cardiaques permanents s'appliquant à des hôpitaux spécifiques jusqu'au 1er avril 2011 et informe le RLISS de l'identité des hôpitaux visés et des volumes fixés pour ceux-ci.

8. **Le RLISS** :

(a) maintient en vigueur les modèles de prestation de services au plan provincial ou régional qui lui sont notifiés en vertu du paragraphe 7(a), sous réserve de toute entente avec le MSSLD portant modification desdits modèles;

(b) maintient en vigueur les fonctions de coordination de services qui lui sont notifiées en vertu du paragraphe 7(b);

(c) en cas de notification du RLISS en vertu du paragraphe 7(c) relativement aux services de stimulateurs cardiaques permanents, informe les hôpitaux visés de leur obligation de fournir les volumes notifiés;

(d) consulte le MSSLD au sujet de toute proposition de modification des services spécialisés en milieu hospitalier.

Soins actifs – ressources provinciales

9. Dans le paragraphe 10, « Ressources provinciales » s'entend des greffes de moelle osseuse, de la cardiologie d'intervention chez les adultes atteints de cardiopathies congénitales, des extractions de sondes cardiaques au laser, des services de thromboendartérectomie pulmonaire, et de la réparation des anévrismes de l'aorte thoraco-abdominale.

10. **Le RLISS** :

(a) maintient le financement des hôpitaux fournissant des ressources provinciales aux niveaux minimums établis dans l'*Entente sur la responsabilisation des hôpitaux* de chaque établissement pour 2007-2008;

(b) informe les hôpitaux fournissant des ressources provinciales de leur obligation :

(i) de maintenir le volume ou les niveaux d'activité ainsi que la portée de la prestation de leurs services au moins aux niveaux fixés dans l'*Entente sur la responsabilisation des hôpitaux* de chaque établissement pour 2007-2008;

(ii) s'ils envisagent de diminuer ou de supprimer des ressources provinciales, de proposer un plan au RLISS pour approbation, auquel cas le RLISS, de concert avec le MSSLD, entreprend de réaffecter à un autre hôpital le financement concerné.

Soins actifs – stratégies provinciales

11. Dans les paragraphes 12 et 13, « stratégies provinciales » s'entend des services émergents encore en phase pilote ou de développement : la réparation endovasculaire des anévrismes de l'aorte, les études sur l'ablation par électrophysiologie, l'intervention coronarienne percutanée (angioplastie), les défibrillateurs cardiaques internes, l'hémodialyse nocturne quotidienne à domicile, l'initiative provinciale de dialyse péritonéale, le programme de dépistage des maladies chez les nouveau-nés, les dons d'organes par donneurs vivants et les services de greffe d'organes.

12. **Le MSSLD** :

(a) fixe les politiques stratégiques et de fonctionnement des programmes, y compris les méthodologies de financement, les cadres de responsabilisation, les indicateurs de rendement, les volumes de services et les modèles de prestation de services pour les stratégies provinciales;

(b) collabore avec un ou plusieurs RLISS afin de désigner les hôpitaux qui assurent la prestation des stratégies provinciales.

13. **Le RLISS** :

(a) inclut s'il y a lieu les méthodologies de financement, les cadres de responsabilisation, les indicateurs de rendement, les volumes de services et les modèles de prestation de services pertinents dans les ententes de responsabilisation en matière de services conclues avec les hôpitaux recevant un financement au titre de la prestation des stratégies provinciales;

(b) dispense des avis au MSSLD au sujet des stratégies provinciales.

Soins actifs – programmes de cancérologie

14. **Le RLISS** collabore avec le MSSLD, les hôpitaux, Action Cancer Ontario et le Paediatric Oncology Group of Ontario pour soutenir la prestation des services dans le cadre des programmes de cancérologie au sein du système de santé local ou pour celui-ci.

Soins actifs – Stratégie de réduction des temps d'attente

15. **Le MSSLD** :

(a) fixe les spécifications en vertu de la Stratégie de réduction des temps d'attente, y compris les services, les fournisseurs, les volumes, les niveaux de financement, les enveloppes de financement spécifiquement affectées et toutes autres conditions s'inscrivant dans la Stratégie de réduction des temps d'attente, et consulte le RLISS dans le cadre de l'élaboration desdites spécifications;

(b) pour l'exercice 2008-2009, procède à l'examen de la Stratégie de réduction des temps d'attente en vue d'en fixer les orientations futures.

16. **Le RLISS** inclut les spécifications applicables dans les ententes de responsabilisation en matière de services conclues avec les fournisseurs recevant un financement pour la prestation de services visés par la Stratégie de réduction des temps d'attente.

Soins actifs – Stratégie des soins aux malades en phase critique

16.1. **Le MSSLD** :

(a) détermine le cahier des charges, y compris les services, les fournisseurs, les volumes, les niveaux de financement, les enveloppes de financement spécifiquement affectées ainsi que toute autre condition, de la Stratégie des soins aux malades en phase critique, et consultera le RLISS en vue de la

préparation de ce cahier des charges;

(b) pour 2008-2009, examinera la Stratégie des soins aux malades en phase critique pour en déterminer les futures orientations.

16.2. Le **RLISS** intégrera les éléments applicables du cahier des charges dans les ententes de responsabilisation en matière de services avec les fournisseurs payés pour offrir les services énumérés dans la Stratégie des soins aux malades en phase critique.

16.3. **Les deux parties** choisiront un chef des soins aux malades en phase critique dans la zone géographique du RLISS, conformément à leur entente relative à ce poste, à l'appui de la Stratégie des soins aux malades en phase critique du MSSLD et détermineront les exigences imposées à ce cadre en matière de reddition de comptes au RLISS et au MSSLD.

Foyers de soins de longue durée – lits en suspens

17. Dans les paragraphes 18 et 19, le terme « mise de lits en suspens » s'entend du retrait du service, avec l'approbation du MSSLD, de lits autorisés ou faisant l'objet d'un permis en vertu de la loi applicable.

18. **Le MSSLD** approuve les demandes de mise de lits en suspens sur la recommandation du RLISS.

19. **Le RLISS** :

(a) reçoit les demandes de mise de lits en suspens émanant d'exploitants de foyers de soins de longue durée;

(b) évalue l'impact des demandes de mise de lits en suspens et formule des recommandations à l'adresse du MSSLD;

(c) détermine s'il y a lieu de remettre en service des lits mis en suspens au sein du système de santé local et collabore avec chaque exploitant de foyer de soins de longue durée et le MSSLD en vue de remettre les lits concernés en service.

Foyers de soins de longue durée – courts séjours (services de relève)

20. **Le MSSLD** établit le seuil d'occupation des lits de court séjour.

21. **Le RLISS** :

(a) s'informe de l'utilisation des lits de court séjour relevant de chaque exploitant de foyer de soins de longue durée au sein du système de santé local ou pour celui-ci;

(b) prend les mesures indiquées en vue d'améliorer l'utilisation de ces lits.

Foyers de soins de longue durée – soins de convalescence

22. **Le MSSLD** désigne les exploitants de foyers de soins de longue durée qui fournissent

des lits de soins de convalescence, fixe le nombre de ces lits, détermine l'enveloppe de financement spécifiquement affectée à ceux-ci, et établit toutes autres conditions auxquelles le financement est assujetti.

23. **Le RLISS** affecte l'enveloppe de financement spécifiquement affectée à la prestation de lits de soins de convalescence et inclut dans les ententes avec les exploitants relatives aux lits de soins de convalescence, les conditions établies par le MSSLD aux termes du paragraphe 22.

Foyers de soins de longue durée – financement total quotidien

24**.** **Le MSSLD** établit le taux de financement quotidien et les enveloppes pour le financement quotidien des foyers de soins de longue durée.

25. **Le RLISS** verse aux exploitants de foyers de soins de longue durée le financement au taux quotidien pour chaque lit approuvé ou faisant l'objet d'un permis, à l'exception d'un lit visé par une mise en suspens ou d'un lit de soins de convalescence, exploité conformément à la loi applicable et à l'entente de services, et informe notamment les exploitants de foyers de soins de longue durée de leur obligation d'affecter le financement conformément aux enveloppes pour le financement quotidien.

Foyers de soins de longue durée – financement des coûts de construction

26. **Le MSSLD** :

(a) fixe le taux quotidien de financement des coûts de construction, désigne les exploitants de foyers de soins de longue durée qui reçoivent le financement des coûts de construction et établit le cas échéant les conditions auxquelles le financement est assujetti;

(b) reçoit les demandes de financement des coûts de construction émanant des exploitants de foyers de soins de longue durée.

27. **Le RLISS** :

(a) verse le financement des coûts de construction au taux quotidien aux exploitants de foyers de soins de longue durée pour chaque lit faisant l'objet d'une approbation ou d'un permis et exploité conformément à la loi applicable et à l'entente d'aménagement ou à l'entente de services;

(b) formule des recommandations à l'adresse du MSSLD relativement aux nouvelles demandes de financement des coûts de construction.

Foyers de soins de longue durée – lits visés par le Projet provisoire d'augmentation du nombre de lits et lits de transition

28. **Le MSSLD** fixe le nombre de lits visés par le Projet provisoire d'augmentation du nombre de lits et le nombre de lits de transition, l'enveloppe de financement spécifiquement affectée à ces catégories de lits, et les autres conditions auxquelles le financement est assujetti.

29. **Le RLISS** utilise l'enveloppe de financement spécifiquement affectée à ces catégories de lits pour financer les lits visés par le Projet provisoire d'augmentation du nombre de lits et les lits de transition et inclut le cas échéant les conditions relatives au financement dans les ententes conclues avec les exploitants de foyers de soins de longue durée.

Centres de santé communautaire (CSC)

30. **Le MSSLD** :

(a) établit l'enveloppe de financement spécifiquement affectée à la prestation de services aux personnes non assurées par les CSC;

(b) pour l'exercice 2007-2008, approuve les groupes commanditaires, conclut une entente relative aux services spécifiques aux CSC, et fixe le montant du financement initial affecté aux nouveaux CSC;

(c) pour l'exercice 2007-2008, collabore avec les RLISS en vue d'élaborer le cadre de politiques régissant l'affectation aux RLISS d'ententes avec les nouveaux CSC.

31. **Le RLISS** :

(a) affecte l'enveloppe de financement spécifiquement affectée aux services dispensés aux personnes non assurées par les CSC qui lui sont notifiés;

(b) collabore avec le MSSLD et les groupes commanditaires en vue de mettre sur pied de nouveaux CSC.

Services communautaires de santé mentale

32. Les paramètres énoncés dans les paragraphes 33 et 34 visent à assurer que certains intérêts de la province sont pris en compte et que le MSSLD tient ses engagements aux termes de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé et ses engagements interministériels, notamment en matière d'initiatives reliées à la justice criminelle et aux soins psychiatriques médico-légaux. Les services communautaires de santé mentale sont répartis entre les catégories ci-dessous aux fins des paragraphes 33 et 34 :

(a) services d'urgence, y compris : services d'intervention d'urgence, lits de court séjour d'urgence en établissement (lits de refuge), services mobiles d'intervention d'urgence, services d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles;

(b) services de coordination et de gestion des cas, y compris : gestion intensive des cas, coordination des cas, équipes de traitement communautaire dynamique, services de déjudiciarisation et services de soutien aux tribunaux, services d'intervention;

(c) logement avec services de soutien et services de soutien visant à permettre aux personnes atteintes de maladies mentales graves de vivre en autonomie;

(d) services de réadaptation fonctionnelle, y compris : réadaptation professionnelle,

réadaptation sociale et programme de soutien par les pairs (p. ex., initiatives à l'intention des consommateurs et ex-consommateurs);

(e) services de traitement, y compris : services prévus aux annexes 1 à 5 de la *Loi sur la santé mentale* (désignant les catégories d'établissements psychiatriques), lits de soins actifs, programmes de traitement en milieu communautaire, programmes d'intervention durant les premiers stades de la psychose, services psychiatriques à la séance, programmes d'ordonnances de traitement en milieu communautaire, programmes relatifs aux troubles de l'alimentation, services de traitement psychiatrique médico-légal.

33. **Le MSSLD** :

(a) désigne les fournisseurs de services de santé et établit l'enveloppe de financement spécifiquement affectée pour chacune des catégories de programmes ci-dessous, et en informe le RLISS :

(i) programmes et services d'intervention d'urgence financés en vertu de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé;

(ii) programmes d'intervention d'urgence et lits de court séjour d'urgence en établissement (lits de refuge) à l'intention des personnes atteintes de maladies mentales graves ayant été en contact avec le système de justice criminelle;

(iii) gestion intensive des cas et équipes de traitement communautaire dynamique financées en vertu de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé;

(iv) gestion intensive des cas et services de déjudiciarisation et de soutien à l'intention des personnes atteintes de maladies mentales graves ayant été en contact avec le système de justice criminelle;

(v) logement avec services de soutien et services de soutien à l'intention des personnes atteintes de maladies mentales graves ayant été en contact avec le système de justice criminelle;

(vi) programmes d'intervention durant les premiers stades de la psychose financés en vertu de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé;

(vii) initiatives de gestion des cas médico-légaux;

(viii) services à la séance fournis en milieu hospitalier;

(b) établit une enveloppe de financement spécifiquement affectée pour les catégories de programmes ci-dessous et en informe le RLISS :

(i) services à la séance fournis par des organismes en milieu communautaire;

(ii) services relatifs aux troubles de l'alimentation;

(iii) initiatives à l'intention des consommateurs et ex-consommateurs;

(c) fixe le cas échéant le nombre et le type de lits de services psychiatriques médico-légaux et désigne les hôpitaux fournissant des services psychiatriques médico-légaux, et en informe le RLISS;

(d) informe le RLISS du financement en vertu de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé et des paramètres connexes, ainsi que des autres stratégies et intérêts de la province dans le domaine des services communautaires de santé mentale.

34. **Le RLISS** :

(a) finance la prestation, par les fournisseurs de services de santé, d'une combinaison de services dans chacune des catégories de services communautaires de santé mentale décrites au paragraphe 32 au sein du système de santé local ou pour celui-ci;

(b) informe chaque fournisseur de services de santé concerné de son obligation de fournir un service décrit dans le paragraphe 33(a), sauf s'il en a été convenu autrement avec le MSSLD;

(c) affecte les enveloppes de financement spécifiquement affectées qui lui sont notifiées par le MSSLD aux services précisés dans les paragraphes 33(a) et (b);

(d) maintient le nombre d'équipes de traitement communautaire dynamique au sein du système de santé local ou pour celui-ci au niveau de 2006-2007 ou l'augmente;

(e) dans le cadre du logement avec services de soutien et des services de soutien financés par le RLISS, maintient un rapport d'un responsable de cas pour 10 clients au maximum, ou d'un responsable de cas pour huit clients au maximum s'agissant de personnes atteintes de maladies mentales graves ayant été en contact avec le système de justice criminelle;

(f) assure le financement des initiatives à l'intention des consommateurs et ex-consommateurs au moins au niveau de 2006-2007 et veille à maintenir la viabilité de ces services au sein du système de santé local;

(g) collabore avec le MSSLD et le Eating Disorder Network dans l'affectation d'un nouveau financement éventuel;

(h) informe les hôpitaux désignés à cet effet par le MSSLD de leur obligation de fournir des services en vertu des annexes 1 à 5 de la *Loi sur la santé mentale* au moins au même niveau qu'en 2006-2007, et de consulter le MSSLD quant à toute modification importante de la prestation des services ou des niveaux de services;

(i) informe les hôpitaux désignés de leur obligation de fournir le nombre et le type de lits de services psychiatriques médico-légaux fixés par le MSSLD et de

consulter le MSSLD quant à toute modification importante de la prestation des services ou des niveaux de services.

35. **Les deux parties** procèdent annuellement à l'examen des paramètres exposés dans les paragraphes 33 et 34 conformément aux dispositions de l'Annexe 1 *Dispositions générales*.

Toxicomanies

36. **Le MSSLD** :

(a) établit l'enveloppe de financement spécifiquement affectée aux services de traitement des joueurs compulsifs;

(b) établit l'enveloppe de financement spécifiquement affectée aux programmes à l'intention des femmes enceintes ayant des problèmes de toxicomanie financés dans le cadre de l'Initiative fédérale de développement de la petite enfance.

37. **Le RLISS** :

(a) finance la prestation, par les fournisseurs de services de santé, (i) de services de gestion du sevrage et (ii) de services de counseling, de traitement et de soutien;

(b) affecte les enveloppes de financement spécifiquement affectées qui lui sont notifiées en vertu du paragraphe 36 aux services précisés dans le paragraphe 36;

(c) fournit un financement qui est au moins égal aux niveaux de 2006-2007 pour les services de prise en charge des patients traités à la méthadone dans le système de santé local ou pour celui-ci.

Centres d'accès aux soins communautaires (CASC)

38. **Le MSSLD** :

(a) fixe l'enveloppe de financement spécifiquement affectée aux enfants et aux jeunes inscrits dans des écoles privées ou bénéficiant de programmes d'enseignement à domicile au titre des services de santé professionnels, des services de soutien personnel et du matériel médical ou personnel connexe;

(b) pour l'exercice 2007-2008, fixe les volumes de services et l'enveloppe de financement spécifiquement affectée relativement aux patients faisant l'objet d'un remplacement des soins actifs en milieu hospitalier (Programme de soins actifs à domicile) ou visés par la Stratégie d'amélioration des soins en fin de vie financée en vertu de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé.

39. **Le RLISS** :

(a) affecte les enveloppes de financement spécifiquement affectées qui lui sont notifiées en vertu du paragraphe 38 aux services précisés dans le paragraphe 38;

(b) informe les CASC de leur obligation de parvenir aux volumes de services fixés par le MSSLD pour les patients visés par le Programme de soins actifs à domicile ou la Stratégie d'amélioration des soins en fin de vie.

PARTIE D. PROGRAMMES GÉRÉS PAR LE MSSLD

40. **Les programmes gérés par le MSSLD** sont des programmes ou des organisations que le MSSLD définit de temps à autre, par exemple :

Ressources humaines dans le domaine de la santé
Santé publique
Laboratoires
Sages-femmes
Foyers de SLD – Fonds pour les déductions en compensation des taxes municipales
Foyers de SLD – Programme de réduction de tarifs
Foyers de SLD – Aide financière pour les cas exceptionnels
Foyers de SLD – Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux et frais de laboratoire
Professionnels de la santé financés par l'Assurance-santé
Ambulances
Immobilisations
Prévention des maladies chroniques
Foyers de SLD – Programme de financement axé sur le taux d'occupation
Foyers de SLD – Programme d'équité salariale
Fonds de transition des établissements de soins de longue durée pour les salaires élevés
Foyers de SLD – Conformité des installations
Programme des foyers de soins spéciaux
Services d'information du public
Logement avec services de soutien : portefeuille spécialisé (hypothèque)
Logement avec services de soutien (fonction de supplément au loyer)
Traumatismes crâniens – Programme spécialisé
Programmes offerts en vertu de la *Loi sur les services d'aides familiales et d'infirmières visiteuse*s

Action Cancer Ontario (ACO)
Réseau Trillium pour le don de vie
Paediatric Oncology Group of Ontario (POGO)
Banque d'yeux
Eating Disorder Network
Programmes de subventions pour les fournitures d'incontinents – Société du timbre de Pâques
Réseau ontarien de soins cardiaques (ROSC)
Télésanté Ontario
Société canadienne du sang
Children's Health Network
Systèmes intelligents pour la santé
Centres pour les aînés
Comité consultatif interministériel de l'Ontario
Centre for Independent Living in Toronto (programme de financement direct seulement)

ANNEXE 4 : MESURES DE SOUTIEN DE LA GESTION DE L'INFORMATION

PARTIE A. BUT DE L'ANNEXE 4

- Établir, conformément au but principal, les obligations du MSSLD et du RLISS en matière de rendement reliées à la collecte, au stockage et à l'utilisation des données et de l'information aux fins de la gestion du système de santé pendant la durée de l'Entente.

PARTIE B. OBLIGATIONS EN MATIÈRE DE RENDEMENT

1. **Le MSSLD**,

en qualité de responsable de la gouvernance du système de santé,

(a) élabore des normes relatives aux données, des définitions de la qualité en matière de données, et un échéancier de production de rapports pour le système de santé provincial, en collaboration avec les RLISS et d'autres intervenants, et les communique au RLISS;

(b) met au point un dépôt de données et d'information conçu pour contribuer à répondre aux besoins du système de santé, et permet au RLISS d'y avoir accès;

afin d'appuyer le RLISS,

(c) met un centre de soutien à guichet unique, disposant de capacités d'analyse des données de santé, à la disposition du RLISS afin de répondre aux demandes ordinaires de celui-ci en matière de données et d'information, à l'exception des données relatives aux transactions financières, ainsi que des demandes spécialisées ou très particulières dont la priorité sera établie dans le cadre de discussions entre le MSSLD et le RLISS;

(d) reçoit au nom du RLISS les données et l'information transmises par les fournisseurs de services de santé, et lui donne accès à celles-ci en temps utile;

(e) procède systématiquement à des vérifications des données et de l'information transmises par les fournisseurs de services de santé afin d'en vérifier la conformité et la transmission en temps utile, et notamment :

(i) communique au nom du RLISS avec les fournisseurs de services de santé dont les rapports sont tardifs, lacunaires ou contiennent des données contradictoires;

(ii) détermine si les fournisseurs de services de santé transmettent les données en temps utile, et mesure la qualité de celles-ci;

(iii) informe le RLISS de tout problème relié au retard ou à la qualité des données transmises par les fournisseurs de services de santé.

2. **Le RLISS** :

(a) informe les fournisseurs de services de santé de leur obligation de transmettre des données et de l'information, conformément au paragraphe 1(a), au MSSLD, à l'ICIS ou à tout autre tiers, aux termes des ententes cédées au RLISS, des ententes de responsabilisation en matière de services ou de la Loi;

(b) collabore avec les fournisseurs de services de santé, au besoin et selon les rapports fournis par le MSSLD en vertu du paragraphe 1(e), en vue d'améliorer la qualité des données et la rapidité de leur transmission.

3. **Les deux parties** :

(a) mettent au point un mécanisme au niveau provincial, par exemple un comité consultatif sur la gestion de l'information, afin de définir et d'évoquer les lacunes en matière de données et d'information, les exigences en matière de gestion de l'information et les besoins au plan du soutien des décisions, de traiter des questions reliées aux normes, à la qualité des données et à tout autre thème pertinent relatif à la gestion des informations, et de formuler des recommandations à l'adresse du MSSLD;

(b) collaborent en vue :

(i) de coordonner les communications avec les fournisseurs de services de santé relatives aux questions de gestion de l'information, y compris les normes en matière de données, les définitions de la qualité des données et les délais de transmission des données établis par le MSSLD en vertu du paragraphe 1(a);

(ii) d'éviter tout dédoublement des sources et dépôts de données et d'information.

ANNEXE 5 : GESTION FINANCIÈRE

PARTIE A. BUTS DE L'ANNEXE 5

- Favoriser une saine gestion financière en vue de créer un système durable, qui améliore le rendement du système de santé local et qui favorise la réalisation des cibles provinciales.

- Établir les éléments suivants d'une solide gestion financière :

  (a) cibles de financement pluriannuelles;
  (b) exigences en matière de budget annuel équilibré;
  (c) plafond de dépenses pluriannuel;
  (d) paramètres de réaffectation en cours et en fin d'exercice;
  (e) planification axée sur les résultats;
  (f) prudence financière;
  (g) paramètres de traitement des fonds excédentaires.

PARTIE B. OBLIGATIONS EN MATIÈRE DE RENDEMENT

Définitions

1. Dans la présente annexe, les termes suivants ont la signification précisée ci-après :

« budget annuel équilibré » s'entend d'un état de choses dans lequel, pendant un exercice financier donné, les revenus totaux d'une entité sont supérieurs ou égaux aux dépenses totales de l'entité, la notion de budget annuel équilibré étant assujettie, dans le cas d'un RLISS, aux règles du CCSP et aux interprétations éventuelles en vertu du paragraphe 13;

« budget de fonctionnement » s'entend du budget de fonctionnement du RLISS en tant qu'entité;

« budget de paiements de transfert » s'entend du budget du financement des fournisseurs de services de santé par le RLISS.

Cibles de financement pluriannuelles

2. **Le MSSLD** :

   (a) communique au RLISS des cibles de financement pluriannuelles pour son budget de fonctionnement et son budget de paiements de transfert pour les trois exercices visés par l'Entente, ces cibles étant établies dans l'Annexe 9 *Affectation des fonds* et revues annuellement;

   (b) pour l'exercice 2007-2008, communique au RLISS les paramètres de mise en œuvre des cibles de financement pluriannuelles pour les fournisseurs de

services de santé, autres que les hôpitaux publics, tel que prévu au paragraphe 3(d).

3. **Le RLISS** :

(a) élabore un plan de services annuel, conforme aux cibles de financement pluriannuelles établies dans l'Annexe 9 *Affectation des fonds*, lequel (i) expose un plan d'affectation triennal pour son budget de fonctionnement et son budget de paiements de transfert, et (ii) reflète son plan de services de santé intégrés;

(b) considère les cibles de financement pluriannuelles communiquées pour les deux dernières années de la période de trois ans visée par l'Entente comme des cibles aux fins de planification seulement, sujettes à rajustement par le MSSLD;

(c) communique ses cibles de financement pluriannuelles à chaque hôpital public dans le système de santé local afin que celui-ci les prenne en compte dans son entente de responsabilisation en matière de services;

(d) pour l'exercice 2007-2008, prépare un plan de mise en œuvre des cibles de financement pluriannuelles pour les fournisseurs de services de santé, autres que les hôpitaux publics, dans le cadre de la négociation des ententes de responsabilisation en matière de services avec ceux-ci, sous réserve des paramètres éventuellement établis par le MSSLD en vertu du paragraphe 2(b).

Exigences en matière de budget annuel équilibré

4. **Le MSSLD**, pour l'exercice 2007-2008, désigne le cas échéant les fournisseurs de services de santé, autres que les hôpitaux publics et les Centres d'accès aux soins communautaires, pour lesquels le RLISS doit inclure des dispositions relatives au budget annuel équilibré, soit dans les ententes cédées au RLISS, s'il y a lieu, soit dans les ententes de responsabilisation en matière de services.

5. **Le RLISS** :

(a) établit un plan afin de parvenir à un budget annuel équilibré dans son budget de fonctionnement et son budget de paiements de transfert dans chaque plan de services annuel pour chaque exercice financier visé par celui-ci, et parvient effectivement à un budget annuel équilibré;

(b) communique au MSSLD, conformément à l'Annexe 8 *Obligations intégrées de production de rapports*, les prévisions relatives à son budget annuel équilibré;

(c) conformément au paragraphe 4, inclut une clause relative au budget annuel intégré dans les ententes avec les hôpitaux publics, les CASC et les autres fournisseurs de services de santé et veille à son application aux termes des ententes et de la loi applicable.

6. **Les deux parties** :

(a) collaborent pour élaborer conjointement des politiques et des plans en vue d'introduire les dispositions relatives au budget annuel équilibré prévues au

paragraphe 4;

(b) collaborent afin de déterminer conjointement le degré de flexibilité budgétaire dont ils disposent et de gérer les risques et pressions survenant en cours d'année, afin d'assurer que les exigences en matière de budget annuel équilibré sont satisfaites.

Plafond de dépenses pluriannuel

7. **Le RLISS** planifie et gère les dépenses prévues dans son budget de fonctionnement et son budget de paiements de transfert, dans le cadre des cibles de financement pluriannuelles établies dans l'Annexe 9 *Affectation des fonds*.

Réaffectations en cours et en fin d'exercice

8. **Le MSSLD** :

(a) communique des paramètres ou lignes directrices pour la réaffectation de fonds par le RLISS, en cours et en fin d'exercice, entre les fournisseurs de services de santé;

(b) fournit au RLISS une documentation facilitant le transfert des connaissances relativement à la gestion des dépenses et des risques et pressions en cours et en fin d'exercice;

(c) surveille les décisions de réaffectation du RLISS et la gestion des dépenses par le RLISS et élabore au besoin des lignes directrices et paramètres supplémentaires en vue d'assurer une solide gestion financière;

(d) collabore avec le RLISS en vue d'établir une prévision de la position du RLISS en fin d'exercice dans le rapport du troisième trimestre du RLISS, afin de répondre à l'exigence du ministère des Finances de disposer d'une prévision finale de la position financière du MSSLD.

9. **Le RLISS** :

(a) réaffecte le financement en cours d'exercice entre les secteurs de son système de santé local et au sein de ceux-ci, sous réserve des considérations suivantes :

(i) les décisions en matière de réaffectation sont conformes aux objectifs et plans d'action du RLISS figurant dans le plan de services de santé intégrés et le plan de services annuel, ainsi qu'aux obligations en matière de rendement figurant dans l'Entente;

(ii) les décisions en matière de réaffectation seront prises en fonction de l'impact qu'elles auront sur le plan financier et du rendement;

(iii) les décisions en matière de réaffectation respectent les enveloppes de financement spécifiquement affectées à des programmes ou services, tel que prévu dans l'Annexe 9 *Affectation des fonds* et l'Annexe 3 *Gestion du système de santé local*;

(iv) aucune réaffectation du budget de paiements de transfert au budget de fonctionnement du RLISS n'est permise;

(vi) tout paramètre supplémentaire établi par le MSSLD après discussions avec le RLISS;

(b) produit des rapports trimestriels sur les réaffectations prévisionnelles et réelles en cours d'exercice, conformément à l'Annexe 8 *Obligations intégrées de production de rapports*;

(c) dans son rapport ordinaire du troisième trimestre, fournit une prévision de la position du RLISS en fin d'exercice, y compris toute réaffectation en cours d'exercice prévue pour le quatrième trimestre, le cas échéant;

(d) procède seulement aux réaffectations exposées dans le rapport ordinaire du troisième trimestre ou approuvées par le MSSLD.

Cadre de gestion des risques

10. **Le MSSLD** élabore des outils et politiques de gestion des risques à l'intention du RLISS, conformément au cadre de gestion des risques de 2001 et à la politique de gestion des risques de 2002 de la fonction publique de l'Ontario, et les fournit au RLISS au plus tard le 30 avril 2007.

11. **Le RLISS** :

(a) utilise les outils et politiques de gestion des risques du RLISS afin de repérer et de gérer les risques;

(b) expose les risques qu'il a identifiés, ainsi que les stratégies qu'il a adoptées pour prendre ceux-ci en charge, dans son plan de services annuel et ses rapports trimestriels ordinaires, conformément à l'Annexe 8 *Obligations intégrées de production de rapports*.

12. **Les deux parties** collaborent à la mise en œuvre des outils et politiques de gestion des risques du RLISS.

Normes comptables

13. **Le MSSLD** produit des interprétations et modifications des normes du Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (CCSP), conformément aux avis du Bureau du contrôleur provincial, tout particulièrement à l'égard de l'exigence en matière de budget annuel équilibré.

14. **Le RLISS** établit les rapports et états financiers relatifs à son budget de fonctionnement et son budget de paiements de transfert, y compris son plan de services annuel, conformément aux normes du Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (CCSP), sous réserve des modifications et interprétations éventuellement produites de temps à autre par le MSSLD.

15. **Les deux parties** élaborent un plan comptable pour les RLISS inter-exploitable par tous les RLISS et le MSSLD.

Attentes en matière de rendement et mesure du rendement

16. **Les deux parties** collaborent dans l'élaboration des indicateurs de rendement reliés aux obligations exposées dans la présente annexe.

[**Note de rédaction** : Les questions suivantes reliées à la présente annexe seront établies d'ici le 30 juin 2007 :

(a) les immobilisations;

(b) les éléments du cadre de gestion financière reliés à la planification axée sur les résultats, à la prudence financière et aux paramètres de traitement des fonds excédentaires.]

Immobilisations – Dispositions générales

17. Le **MSSLD** prendra en considération les recommandations du RLISS à l'égard des besoins en immobilisations du système de santé local.

18. Le **RLISS** remettra ses recommandations au MSSLD à l'égard des besoins en immobilisations du système de santé local.

19. **Les deux parties** collaboreront en vue de :

(a) réaliser le plan d'immobilisations en conformité avec le Plan stratégique provincial et le guide mentionné à l'Annexe 2 *Engagement de la collectivité, planification et intégration*;

(b) coordonner l'approbation de la reconfiguration ou de l'expansion des services, par les fournisseurs de services de santé pouvant nécessiter des projets d'immobilisations.

Initiatives en matière d'immobilisations

20. Au paragraphe 21, l'expression « initiatives en matière d'immobilisations » s'entend de toute initiative d'un fournisseur de services de santé prévoyant la construction, le remplacement ou la rénovation d'une installation ou d'un emplacement qui n'est pas un projet d'immobilisations à fonds propres ou ne fait pas partie du FRISS, au sens des paragraphes 22 et 24.

21. **Les deux parties** collaboreront en vue de permettre au RLISS de donner des conseils au sujet de la conformité de l'initiative en matière d'immobilisations d'un fournisseur de services de santé avec les besoins du système de santé local pendant le processus d'examen et d'approbation de cette initiative, y compris la proposition préalable, l'analyse de rentabilisation ou les étapes du programme fonctionnel.

Projets d'immobilisations à fonds propres

22. Au paragraphe 23, l'expression « projet d'immobilisations à fonds propres » s'entend d'un projet d'immobilisations financé par un hôpital public sans mise de fonds du gouvernement de l'Ontario, y compris le MSSLD et le RLISS.

23. **Les deux parties** collaboreront en vue de :

(a) permettre au RLISS de donner des conseils au sujet de la conformité du projet d'immobilisations à fonds propres d'un hôpital public avec les besoins du système de santé local pendant le processus d'examen et d'approbation, y compris la proposition préalable, l'analyse de rentabilisation ou les étapes du programme fonctionnel;

(b) transférer le processus d'examen et d'approbation des projets d'immobilisations à fonds propres du MSSLD au RLISS, s'il y a lieu, sous réserve des critères d'admissibilité établis par le MSSLD à l'égard de ces projets.

Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé (FRISS)

24. Aux paragraphes 25 à 27, le terme « FRISS » s'entend du Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé mis sur pied pour accorder des subventions d'immobilisations habituellement inférieures à un (1) million de dollars pour le remplacement ou la rénovation d'un hôpital public.

25. Le **MSSLD** :

(a) fournira au RLISS les lignes directrices du FRISS au plus tard le 30 juin 2007, y compris les lignes directrices concernant l'admissibilité, l'approbation et le financement des projets du FRISS, et mettra à jour les lignes directrices au plus tard le 30 juin de chaque exercice, s'il y a lieu;

(b) déterminera le montant de l'enveloppe de financement spécifiquement affectée au FRISS à chaque exercice;

(c) pour l'exercice 2007-2008, déterminera, en consultation avec le RLISS, la répartition de l'enveloppe de financement spécifiquement affectée au FRISS entre les hôpitaux publics du système de santé local, y compris toutes les conditions de ce financement, et fournira ce financement aux hôpitaux publics corrélativement à l'approbation d'un projet du FRISS par le RLISS;

(d) pour les exercices postérieurs à celui de 2007-2008, déterminera, en consultation avec le RLISS, l'enveloppe de financement spécifiquement affectée au FRISS pour le RLISS et fournira ce financement au RLISS.

26. Le **RLISS** :

(a) à partir de l'automne 2007, approuvera les projets admissibles au FRISS du système de santé local en conformité avec les lignes directrices du MSSLD

mentionnées au paragraphe 25(a) et, pour l'exercice 2007-2008, informera le MSSLD des projets approuvés;

(b) pour les exercices postérieurs à celui de 2007-2008, conseillera le MSSLD au sujet du montant à accorder à l'enveloppe de financement spécifiquement affectée au FRISS pour le RLISS;

(c) pour les exercices postérieurs à celui de 2007-2008, utilisera l'enveloppe de financement spécifiquement affectée au FRISS pour accorder des fonds aux hôpitaux publics en conformité avec les lignes directrices du FRISS et intégrera toutes les conditions du financement aux ententes de responsabilisation en matière de services conclues avec les hôpitaux publics.

27. **Les deux parties** collaboreront en vue de permettre au RLISS de commencer à approuver les projets du FRISS à partir de l'automne 2007.

Plan de fonctionnement postérieur à la construction (PFPC)

28. Aux paragraphes 29 et 30, l'expression « financement du PFPC » s'entend du financement accordé au titre du plan de fonctionnement postérieur à la construction fourni à un hôpital public du système de santé local pour l'expansion des services et d'autres coûts survenant corrélativement à l'achèvement d'un projet de construction approuvé.

29. Le **MSSLD** :

(a) fournira au RLISS au plus tard le 30 juin 2007 les lignes directrices relatives à l'admissibilité, à l'approbation et au financement de projets financés en vertu du PFCP et mettra à jour les lignes directrices au plus tard le 30 juin de chaque exercice, s'il y a lieu;

(b) consultera le RLISS à propos de l'affectation des fonds du PFCP à un hôpital public du système de santé local;

(c) déterminera le montant de l'enveloppe de financement spécifiquement affectée au PFCP d'un hôpital public du système de santé local pour chaque exercice, y compris toutes les conditions de ce financement, et le fournira au RLISS.

30. Le **RLISS** :

(a) informera le MSSLD de l'affectation des fonds du PFCP à un hôpital public du système de santé local pour chaque exercice et des conditions de ce financement;

(b) affectera l'enveloppe de financement spécifiquement affectée au PFCP dont il a été informé en vertu du paragraphe 29(c) en conformité avec les lignes directrices applicables et intégrera toutes les conditions du financement aux ententes de responsabilisation en matière de services conclus avec les hôpitaux publics.

Définition

31. Aux paragraphes 25, 26, 29 et 30, l'expression « enveloppe de financement spécifiquement affectée » a la même signification que l'expression « enveloppe de financement spécifiquement affectée » utilisée au paragraphe 5 de la Partie C de l'Annexe 3 *Gestion du système de santé local*.

ANNEXE 6 : PROTOCOLES RELATIFS AUX PROCESSUS FINANCIERS

PARTIE A. BUT DE L'ANNEXE 6

- Faciliter une saine gestion financière du système de santé local grâce au fonctionnement efficace des processus financiers et à la coopération entre le MSSLD et le RLISS.

PARTIE B. OBLIGATIONS EN MATIÈRE DE RENDEMENT

1. **Le MSSLD** :

   (a) établit au nom du RLISS, pour l'exercice 2007-2008, (i) un échéancier des versements aux fournisseurs de services de santé et (ii) les dates auxquelles le RLISS doit, au plus tard, demander que les versements soient effectués;

   (b) procède au versement initial pour l'exercice 2007-2008 à chaque fournisseur de services de santé financé par le RLISS;

   (c) procède aux versements ultérieurs aux fournisseurs de services de santé selon les indications du RLISS;

   (d) assiste le RLISS en répondant aux demandes des fournisseurs de services de santé relatives au traitement des versements;

   (e) au plus tard le 30 avril 2007, crée une base de données permettant au RLISS :

      (i) d'avoir accès à l'information relative à l'affectation des fonds aux fournisseurs de services de santé qui relèvent du RLISS, y compris les détails des versements à chaque fournisseur de services de santé;

      (ii) de donner au MSSLD des indications relatives aux versements devant être effectués aux fournisseurs de services de santé;

      (iii) de documenter les indications à l'adresse du MSSLD relatives aux versements à effectuer;

   (f) transmet au RLISS trimestriellement les données cumulatives depuis le début de l'exercice ou les données de fin d'exercice, selon le cas, concernant les dépenses et les sommes recouvrables et payables reliées à ses paiements de transfert, conformément à l'échéancier établi dans l'Annexe 8 *Obligations intégrées de production de rapports*;

   (g) reçoit au nom du RLISS les rapports financiers des fournisseurs de services de santé et permet au RLISS d'avoir accès à l'information financière;

   (f) procède systématiquement à des vérifications de l'information financière transmise par les fournisseurs de services de santé afin d'en vérifier la qualité et

la transmission en temps opportun, et notamment :

(i) communique au nom du RLISS avec les fournisseurs de services de santé dont les rapports sont tardifs, lacunaires ou contiennent des données contradictoires;

(ii) détermine si les fournisseurs de services de santé transmettent les données en temps utile, et mesure la qualité de celles-ci;

(iii) informe le RLISS de tout problème relié au retard ou à la qualité des données transmises par les fournisseurs de services de santé;

(i) selon les indications du RLISS, établit la conciliation en fin d'exercice des dépenses des fournisseurs de services de santé, et procède au règlement des obligations financières avec les fournisseurs de services de santé;

(j) reçoit les prévisions de dépenses contenues dans les rapports trimestriels et de fin d'exercice des RLISS et met en place des mesures de contrôle afin d'éviter le dépassement des crédits totaux affectés aux budgets de fonctionnement et de paiements de transfert des RLISS;

(k) fournit au RLISS en temps utile, et met à jour au besoin, des manuels de traitement des transactions financières.

2. **Le RLISS** :

(a) désigne les membres de son personnel autorisés à approuver les versements aux fournisseurs de services de santé et transmet leurs noms au MSSLD ainsi que la date d'entrée en vigueur et d'expiration de leur autorisation et le montant maximum qu'ils sont autorisés à approuver;

(b) informe le MSSLD de toute modification à l'information évoquée dans le paragraphe 2(a);

(c) conserve la documentation à l'appui de toute instruction de paiement;

(d) demande que les paiements aux fournisseurs de services de santé soient effectués ou ajustés dans les délais établis par le MSSLD en vertu du paragraphe 1(a);

(e) surveille l'information financière relative aux fournisseurs de services de santé et donne au MSSLD des indications relatives aux réaffectations et réajustements éventuels en cours d'exercice, conformément à l'Annexe 5 *Gestion financière*;

(f) examine les règlements avec les fournisseurs de services de santé à partir des états financiers de fin d'exercice vérifiés et des rapports de conciliation annuels des fournisseurs de santé, y compris en procédant à la comparaison entre les dépenses réelles et le budget approuvé, et fournit au MSSLD des indications relatives à ces règlements;

(g) informe les fournisseurs de services de santé de leur obligation de fournir au

MSSLD de l'information financière les concernant, y compris des états financiers et des rapports financiers vérifiés, en vertu des ententes cédées au RLISS, des ententes de responsabilisation en matière de services, ou de la Loi;

(h) fournit des prévisions relatives aux dépenses dans les rapports trimestriels et de fin d'exercice conformément à l'Annexe 8 *Obligations intégrées de production de rapports*.

ANNEXE 7 : PROTOCOLES DE CONTRÔLE DU SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL

PARTIE A. BUT DE L'ANNEXE 7

- Énoncer les rôles et les responsabilités du RLISS et du ministère en matière de conformité, d'inspection et de mise en application au sein du système de santé local du RLISS.

PARTIE B. OBLIGATIONS EN MATIÈRE DE RENDEMENT

1. Le **MSSLD** :

(a) conserve les pouvoirs que la loi lui confère en matière de conformité, d'inspection et de mise en application;

(b) sous réserve du paragraphe 1(c), consultera le RLISS lorsqu'il envisagera les activités suivantes :

(i) nommer un enquêteur ou un superviseur affecté à un fournisseur de services de santé en vertu d'une loi;

(ii) ordonner à un fournisseur de services de santé de suspendre ou de cesser une activité ou prendre en charge les activités d'un fournisseur de services de santé ou y mettre fin en vertu d'une loi;

(iii) proposer de révoquer ou révoquer l'approbation ou le permis d'un fournisseur de services de santé en vertu d'une loi;

(iv) résilier l'entente de supplément au loyer ou l'entente d'exploitation d'un immeuble conclue avec un fournisseur de services de santé offrant des logements avec services de soutien et recevant du financement du RLISS pour ces services;

(c) peut, dans des circonstances exceptionnelles, prendre toute mesure énumérée aux sous-paragraphes 1(b)(i) à (iv) sans consulter le RLISS si le MSSLD juge qu'il y va de l'intérêt public ou qu'il est nécessaire d'exercer son pouvoir légal et que les circonstances ne lui laissent pas le temps de consulter le RLISS. Dans les deux cas, le MSSLD informera le RLISS des mesures qu'il a prises aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire;

(d) sous réserve des paragraphes 1(b) et (c), exercera ses pouvoirs légaux à sa discrétion et conformément à la loi à l'égard de la délivrance de permis, de l'approbation, de l'inspection et de l'application de la loi sur les foyers de soins de longue durée et il demeure entendu que le ministère soumettra, s'il y a lieu, les exploitants de foyers de soins de longue durée à une inspection de conformité aux lois régissant les fonds en fiducie des pensionnaires, les paiements des pensionnaires aux exploitants de foyers de soins de longue durée et tout

programme géré du MSSLD en vertu de la Partie D de l'Annexe 3 *Gestion du système de santé local*;

(e) informera le RLISS aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire de tout défaut de conformité (à la loi ou autrement) d'un exploitant de foyer de soins de longue durée qui pourrait soulever des problèmes financiers ou autres touchant le système de santé local;

(f) permettra au RLISS d'avoir accès aux données relatives aux foyers de soins de longue durée, y compris les renseignements sur l'état de conformité des exploitants de foyers de soins de longue durée, l'utilisation des lits de court séjour et le taux d'occupation des pensionnaires.

2. Le **RLISS** :

(a) dans le cadre de la gestion des fournisseurs de services de santé de son système de santé local comme le décrit l'Annexe 3 *Gestion du système de santé local*, exercera ses pouvoirs légaux et contractuels au besoin ou tel que l'exige la loi, notamment en menant ou en autorisant des vérifications et des examens des fournisseurs de services de santé, autres que les inspections des foyers de soins de longue durée menés par le MSSLD. Il demeure entendu que le RLISS mènera, au besoin ou tel que l'exige la loi, des vérifications ou des examens d'ordre financier des exploitants de foyers de soins de longue durée, autres que ceux visant les programmes gérés du MSSLD en vertu de la Partie D de l'Annexe 3 *Gestion du système de santé local*;

(b) informera le MSSLD aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire :

(i) de tout défaut de conformité d'un fournisseur de services de santé à une entente cédée, une entente de responsabilisation en matière de services ou une loi, y compris aux normes d'un programme;

(ii) des résultats de toute vérification ou de tout examen d'un fournisseur de services de santé mené ou autorisé par le RLISS;

qui pourraient constituer des motifs pour le MSSLD de prendre l'une des mesures décrites aux sous-paragraphes 1 (b)(i) à (iv) à l'encontre du fournisseur de services de santé;

(c) en plus du paragraphe 2 (b), informera le MSSLD :

(i) aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire des problèmes financiers d'un exploitant de foyers de soins de longue durée pouvant entraîner de sa part un défaut de conformité aux normes de soins aux pensionnaires ou aux droits des pensionnaires en vertu de la loi régissant les foyers de soins de longue durée;

(ii) immédiatement de tout problème critique ou urgent concernant un présumé défaut de conformité à la loi régissant les foyers de soins de longue durée.

3. **Les deux parties** :

(a) collaboreront à l'évaluation et à l'atténuation proactives des risques pour le système de santé local découlant ou pouvant découler des activités du MSSLD décrites aux sous-paragraphes 1(b)(i) à (iv);

(b) en 2007-2008, élaboreront conjointement des lignes directrices à l'intention du RLISS sur la conduite des vérifications, des inspections et des examens de fournisseurs de services de santé, autres que les inspections effectuées en vertu de la loi régissant les foyers de soins de longue durée, pour assurer, le cas échéant, l'uniformité de la gestion du système de santé local par l'ensemble des RLISS;

(c) en 2007-2008, élaboreront conjointement des protocoles de consultation et d'échange de renseignements entre les RLISS et le MSSLD à propos des problèmes décrits aux paragraphes 1 et 2 de la présente annexe.

ANNEXE 8 : OBLIGATIONS INTÉGRÉES DE PRODUCTION DE RAPPORTS

PARTIE A. BUT DE L'ANNEXE 8

- Résumer en une annexe toutes les obligations du MSSLD et du RLISS en matière de production de rapports en vertu de l'Entente et de ses annexes.

PARTIE B. OBLIGATIONS EN MATIÈRE DE RENDEMENT

Obligations générales

1. Les obligations de chacune des parties en matière de production de rapports sont résumées dans le tableau en annexe intitulé *Tableau intégré des rapports à produire et calendrier budgétaire*.

2. **Le MSSLD** :

   (a) au plus tard le 30 juin de chaque exercice financier, fournit au RLISS, aux fins de planification et de production de rapports, l'affectation approuvée pour l'exercice en cours et les cibles de financement pluriannuelles pour les trois exercices suivants;

   (b) fournit au RLISS la formation, les instructions, la documentation, les modèles, les formulaires et les lignes directrices nécessaires pour aider le RLISS à produire les rapports prévus dans la présente annexe.

3. **Les deux parties** :

   (a) collaborent en vue d'assurer que l'information est transmise en temps utile pour répondre à leurs exigences mutuelles en matière de production de rapports;

   (b) répondent sans délai aux demandes d'information et d'accès à leurs registres respectifs, y compris les registres financiers, afin de permettre l'accomplissement de leurs obligations mutuelles aux termes de l'Entente, et notamment en matière de production de rapports;

   (c) évaluent conjointement chaque année les processus de production de rapports et recommandent des améliorations à ceux-ci et au contenu des rapports, dans l'esprit du but principal, aux fins de mise en œuvre ultérieure.

Solde d'ouverture consolidé (2007-2008 seulement)

4. **Le MSSLD** fournit un formulaire de rapport de solde d'ouverture consolidé au plus tard le 30 avril 2007.

5. **Le RLISS** transmet au MSSLD son solde d'ouverture consolidé, au plus tard le 31 mai 2007, sur le formulaire fourni par le MSSLD.

Rapports trimestriels ordinaires et de consolidation

6. **Le MSSLD** :

(a) fournit au RLISS, au plus tard le 15 avril 2007, des prévisions préliminaires annuelles de flux de trésorerie avec calendrier budgétaire, par secteur, pour 2007-2008, et au plus tard le 31 juillet 2007, des prévisions finales annuelles de flux de trésorerie avec calendrier budgétaire, par secteur, pour le même exercice;

(b) fournit au RLISS, au plus tard le 30 avril de chaque exercice financier, les formulaires de rapport trimestriel ordinaire et de consolidation;

(c) fournit au RLISS, pendant chaque exercice financier, le 8 juin environ, le 7 septembre environ et le 7 décembre environ, un rapport confirmant le cumul des dépenses et des sommes recouvrables et payables reliées aux paiements de transfert du RLISS;

(d) transmet au RLISS les données relatives aux indicateurs de rendement, conformément à l'Annexe 10 *Rendement du système de santé local*;

(e) collabore avec le RLISS afin d'inclure une prévision de la position financière de celui-ci en fin d'exercice dans son rapport ordinaire du troisième trimestre.

7. **Le RLISS** :

(a) transmet au MSSLD des rapports trimestriels ordinaires et de consolidation, sur les formulaires fournis par le MSSLD, au plus tard aux dates suivantes :

TRIMESTRE	ÉCHÉANCE
Rapport du premier trimestre (T1)	30 juin
Rapport du deuxième trimestre (T2)	30 septembre
Rapport du troisième trimestre (T3)	31 décembre

(b) inclut dans chaque rapport trimestriel ordinaire transmis conformément au paragraphe 7(a) :

(i) une prévision de la position financière du RLISS en fin d'exercice, compte tenu des réaffectations prévues et réelles en cours d'exercice;

(ii) une description des risques repérés et des stratégies correctives adoptées pour les réduire;

(iii) si un écart est constaté, et jusqu'à ce que celui-ci soit éliminé, les stratégies de réduction des risques et les plans d'amélioration du

rendement relatifs aux indicateurs de rendement des tableaux A à D de l'Annexe 10 *Rendement du système de santé local*;

(c) si un écart est constaté, et jusqu'à ce que celui-ci soit éliminé, transmet un rapport du quatrième trimestre, au plus tard le 31 mars de chaque exercice financier, portant sur les stratégies correctives et les plans d'amélioration du rendement pour les indicateurs de rendement des tableaux A à D de l'Annexe 10 *Rendement du système de santé local*.

Rapports de fin d'exercice

8. **Le MSSLD** :

(a) fournit au RLISS, au plus tard le 15 février de chaque exercice financier, les formulaires et exigences se rapportant au contenu non financier du rapport annuel;

(b) fournit au RLISS, au plus tard le 31 mars de chaque exercice financier, le formulaire de contenu financier du rapport annuel et le formulaire de rapport de consolidation de fin d'exercice pour l'exercice en cours;

(c) à partir de 2008, fournit au RLISS, au plus tard le 15 avril de chaque année, un rapport intermédiaire confirmant les montants réels des dépenses et des sommes recouvrables et payables reliées à ses paiements de transfert au 31 mars de l'exercice financier précédent;

(d) à partir de 2008, fournit au RLISS, au plus tard le 30 avril de chaque année, les renseignements suivants relatifs aux paiements de transfert du RLISS pour l'exercice financier précédent, afin de permettre au RLISS de préparer ses rapports de fin d'exercice :

(i) rapport sur les dépenses finales en fin d'exercice, par secteur et par fournisseur de services de santé;

(ii) rapport sur les actifs d'exploitation (sommes recouvrables);

(iii) rapport sur les éléments de passif (sommes payables), basé sur la liste des éléments de passif figurant dans les registres du MSSLD et les discussions de conciliation entre le MSSLD et le RLISS;

(e) fournit au RLISS des données sur les indicateurs de rendement, tel qu'indiqué à l'Annexe 10 *Rendement du système de santé local*.

9. **Le RLISS** :

(a) transmet au MSSLD, au plus tard le 31 mai de chaque exercice financier visé par l'Entente, le rapport de consolidation de fin d'exercice, y compris les états financiers vérifiés, sur les formulaires fournis par le MSSLD;

(b) transmet au MSSLD, au plus tard le 30 juin de chaque année, un rapport annuel

relatif à l'exercice financier précédent, conforme aux exigences du MSSLD, et comportant notamment :

(i) une évaluation des résultats obtenus par la stratégie d'engagement de la collectivité mise en œuvre par le RLISS, réalisée à l'aide de l'outil d'évaluation commun évoqué dans l'Annexe 2 *Engagement de la collectivité, planification et intégration*;

(ii) un rapport sur la collaboration entre le RLISS et certaines entités de planification conformément à la Loi;

(iii) un rapport sur les activités du RLISS en matière d'intégration;

(iv) un rapport sur le rendement du système de santé local à l'égard de tous les indicateurs de rendement, conformément à l'Annexe 10 *Rendement du système de santé local*.

Plan de services annuel et rapport pluriannuel de consolidation

10. **Le MSSLD** fournit au RLISS, au plus tard le 31 mai de chaque exercice financier, les formulaires et exigences en matière d'information pour le plan de services annuel et le rapport pluriannuel de consolidation.

11. **Le RLISS** :

(a) transmet au MSSLD, au plus tard le 31 août de chaque exercice financier, un projet de plan de services annuel sur le formulaire fourni par le MSSLD, comportant notamment l'information précisée au paragraphe 10 ainsi que la description des risques repérés et les stratégies correctives;

(b) transmet au MSSLD, au plus tard le 30 septembre de chaque exercice financier, un rapport pluriannuel de consolidation sur le formulaire fourni par le MSSLD, conforme au projet de plan de services annuel et comportant l'information précisée au paragraphe 10.

12. **Les deux parties** mettent au point un plan de services annuel dans un délai de 120 jours suivant l'annonce d'un budget par le gouvernement de l'Ontario, dans le cadre de l'examen annuel décrit dans l'Annexe 1 *Dispositions générales*.

ANNEXE 8 : TABLEAU INTÉGRÉ DES RAPPORTS À PRODUIRE ET CALENDRIER BUDGÉTAIRE

Date	Rapport à produire	Auteur	Destinataire	Renvoi à l'annexe (*)
2007- 2008				
AVRIL				
15 avril 2007	Prévisions préliminaires annuelles de flux de trésorerie avec calendrier budgétaire, par secteur, pour 2007-2008	MSSLD	RLISS	6 (a)
30 avril 2007	Formulaire de solde d'ouverture consolidé	MSSLD	RLISS	4
30 avril 2007	Formulaire de rapport trimestriel ordinaire et de consolidation	MSSLD	RLISS	6 (b)
MAI				
15 mai 2007	Données sur le rendement pour le T3 2006-2007	MSSLD	RLISS	Annexe 10 : tableaux A à C
31 mai 2007	Solde d'ouverture consolidé sur le formulaire fourni par le MSSLD	RLISS	MSSLD	5
31 mai 2007	Formulaires de plan de services annuel et rapport pluriannuel de consolidation et exigences en matière d'information	MSSLD	RLISS	10
JUIN				
8 juin 2007 environ (la date peut varier légèrement selon la disponibilité des données dans le SIGIF)	Rapport confirmant le cumul des dépenses et des sommes recouvrables et payables reliées aux paiements de transfert du RLISS	MSSLD	RLISS	6 (c)
30 juin 2007	Rapport annuel pour l'exercice 2006-2007	RLISS	MSSLD	9 (b)
30 juin 2007	Affectation approuvée pour l'exercice en cours et cibles de financement pour les trois exercices suivants	MSSLD	RLISS	2 (a)
30 juin 2007	Rapport sur le T1, sur les formulaires fournis par le MSSLD	RLISS	MSSLD	7 (a)
JUILLET				
31 juillet 2007	Prévisions finales annuelles de flux de trésorerie avec calendrier budgétaire, par secteur, pour 2007-2008	MSSLD	RLISS	6 (a)
AOÛT				
15 août 2007	Données sur le rendement pour le T4 de 2006-2007 (exercice précédent)	MSSLD	RLISS	Annexe 10 : tableaux A à C
31 août 2007	Projet de plan de services annuel, sur le formulaire fourni par le MSSLD	RLISS	MSSLD	11 (a)

SEPTEMBRE				
7 septembre 2007 environ (la date peut varier légèrement selon la disponibilité des données dans le SIGIF)	Rapport confirmant le cumul des dépenses et des sommes recouvrables et payables reliées aux paiements de transfert du RLISS	MSSLD	RLISS	6 (c)
30 septembre 2007	Rapport sur le T1, sur les formulaires fournis par le MSSLD	RLISS	MSSLD	7 (a)
30 septembre 2007	Rapport pluriannuel de consolidation, sur le formulaire fourni par le MSSLD	RLISS	MSSLD	11 (b)
NOVEMBRE				
15 novembre 2007	Données de rendement (temps d'attente et SLD) pour le T1 de 2007-2008	MSSLD	RLISS	Annexe 10 : tableaux A à C
DÉCEMBRE				
7 décembre 2007 environ (la date peut varier légèrement selon la disponibilité des données dans le SIGIF)	Rapport confirmant le cumul des dépenses et des sommes recouvrables et payables reliées aux paiements de transfert du RLISS	MSSLD	RLISS	6 (c)
31 décembre 2007	Rapport sur le T3, y compris prévision finale pour la fin d'exercice, sur les formulaires fournis par le MSSLD	RLISS	MSSLD	7 (a) et (c)
FÉVRIER				
15 février 2008	Données sur le rendement des T1 et T2 de 2007-2008	MSSLD	RLISS	Annexe 10 : tableaux A à D
15 février 2008	Exigences relatives au rapport annuel (contenu non financier)	MSSLD	RLISS	8 (a)
MARS				
31 mars 2008	Formulaires de rapport annuel (contenu financier) et de rapport de consolidation de fin d'exercice	MSSLD	RLISS	8 (b)
31 mars 2008	Rapport du T4 sur les écarts de rendement, s'il y a lieu	RLISS	MSSLD	7 (c)

ANNEXE 9 : AFFECTATION DES FONDS

PARTIE A. BUT DE L'ANNEXE 9

- Établir le total du financement affecté au RLISS pour l'exercice 2007-2008 et les cibles de financement pour les exercices 2008-2009 et 2009-2010.

- Établir un plan d'affectation des fonds par le RLISS pour chaque exercice visé par l'Entente.

PARTIE B. OBLIGATIONS EN MATIÈRE DE RENDEMENT

1. **Le MSSLD** :

   (a) au plus tard le 30 juin 2007, communique au RLISS le montant de son affectation financière pour 2007-2008 et les cibles de financement révisées pour 2008-2009 et 2009-2010, et au plus tard le 30 juin de chaque année par la suite, communique au RLISS le montant de son affectation financière pour l'exercice et les cibles de financement, dans les tableaux de l'Entente : tableau 1 - cibles de financement pour tous les RLISS; tableau 2 - cibles de financement pour le RLISS; tableau 3 - enveloppes de financement spécifiquement affectées pour tous les RLISS;

   (b) au plus tard le 30 juin 2007, le MSSLD fournit au RLISS une liste d'enveloppes de financement spécifiquement affectées pour 2007-2008 dans le tableau 4 de l'Entente - enveloppes de financement spécifiquement affectées pour le RLISS, et procède à son examen conformément à l'Annexe 3 *Gestion du système de santé local*;

   (c) entame des discussions avec le RLISS sur les cibles de financement, et révise celles-ci au besoin, dans le cadre du processus de production du plan de services annuel.

2. **Le RLISS** affecte les fonds :

   (a) pour l'exercice 2007-2008, conformément à la Loi, à l'Entente, y compris les tableaux 2 et 4 de l'Entente, et aux ententes cédées au RLISS;

   (b) pour les exercices postérieurs à 2007-2008, conformément à la Loi, à son plan de services annuel approuvé par le MSSLD et à l'Entente.

Tableau 1 : **État de l'affectation des fonds aux RLISS en 2007-2008 et cibles de financement pluriannuel**

	Fonds affectés 2007-2008 (en milliers) (1)	Cibles de financement 2008-2009 (en milliers) (1)	Cibles de financement 2009-2010 (en milliers) (1)
Budget total des RLISS	**19 377 046,7**	**19 621 706,1**	**19 806 651,4**
Total des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (FSS)	19 323 870,3	19 621 706,1	19 806 651,4
Fonctionnement des RLISS (2)	53 176,4	À déterminer	À déterminer
Cybersanté (3)	À déterminer	À déterminer	À déterminer
Total des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (FSS) par secteur :			
Fonctionnement des hôpitaux(4)(a) : régulier	13 086 525,4	13 437 827,9	13 437 827,9
Fonctionnement des hôpitaux(4)(b) : ponctuel	280 433,8	29 623,7	16 000,0
Subventions versées en compensation des taxes municipales – hôpitaux publics	3 690,6	3 690,6	3 690,6
Foyers de soins de longue durée	2 537 782,9	2 635 914,0	2 722 593,0
Centres d'accès aux soins communautaires	1 618 877,6	1 675 999,6	1 743 039,5
Services communautaires de soutien(5)	280 082,0	284 469,5	290 158,8
Aide à la vie autonome dans des logements avec services de soutien	148 706,3	150 937,0	153 200,8
Centres de santé communautaire	189 662,7	189 662,7	189 662,7
Services communautaires de santé mentale	550 946,9	561 508,7	572 281,9
Programme de lutte contre la toxicomanie	119 073,0	121 272,1	123 515,1
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	507 972,0	530 683,3	554 564,1
Subventions versées en compensation des taxes municipales - hôpitaux psychiatriques	117,0	117,0	117,0

Remarques :

1) *L'affectation du financement de 2007-2008 et les cibles de financement de 2008-2009 et 2009-2010 ont été mises à jour le 8 juin 2007 à partir du Plan pluriannuel axé sur les résultats, qui a été approuvé, et du Budget des dépenses 2007-2008. La mise à jour est fondée sur les rajustements effectués au sein des programmes des RLISS et entre eux (crédit 1411) et de ceux du ministère (crédit 1412), qui correspondent aux décisions touchant les programmes et les services qui continueront de relever du ministère ou qui seront transférés aux RLISS. Ils comprennent les rajustements réguliers et ponctuels pour 2007-2008, ainsi que les rajustements réguliers uniquement pour 2008-2009 et 2009-2010 (sauf pour le fonctionnement des hôpitaux, qui inclut certaines ententes de financement ponctuel). Le rajustement est inclus dans le total approuvé des crédits affectés au Ministère. Des détails supplémentaires et des rajustements officiels de ces programmes seront compris dans le Plan axé sur les résultats de 2008-2009 sous réserve de l'approbation du Conseil des ministres.*

   L'affectation des fonds pour 2007-2008 comprend le financement supplémentaire (régulier et ponctuel seulement). Si des fonds supplémentaires sont accordés pendant l'exercice 2007-2008, le tableau et l'annexe pourraient être modifiés ou des

lettres de mise à jour de l'affectation des fonds pourraient être annexées à l'entente pour tenir compte de l'affectation au RLISS. Tout financement supplémentaire serait inclus dans le total approuvé des crédits affectés au ministère.

Les cibles de financement de 2008-2009 et 2009-2010 sont établies à des fins de planification et ne concernent que le financement régulier (sauf celles du fonctionnement des hôpitaux, qui comprennent certaines ententes de financement ponctuel). Elles sont assujetties à l'approbation annuelle du Plan axé sur les résultats, du Budget des dépenses et du Budget provincial.

2) *Les cibles de financement du fonctionnement des RLISS pour 2008-2009 et 2009-2010 sont à déterminer, car elles font l'objet d'un examen supplémentaire.*

3) *L'affectation des fonds pour 2007-2008 et les cibles de financement pour 2008-2009 et 2009-2010 sont toujours à déterminer dans le cas de la cybersanté.*

4) *Fonctionnement des hôpitaux :*
   a) *L'affectation des fonds réguliers et les cibles de financement incluent les hôpitaux publics et privés.*
   b) *L'affectation de fonds ponctuels peut inclure n'importe quel financement au titre du PFPC comme le décrit le Tableau 3 – Financement spécifiquement affecté, ainsi que d'autres initiatives ponctuelles.*

5) *Les services communautaires de soutien (SCS) incluent certains volets des programmes portant sur les traumatismes crâniens (transférés aux RLISS).*

Tableau 2 : **État de l'affectation des fonds au RLISS du Centre-Est en 2007-2008 et cibles de financement pluriannuel**

	Fonds affectés 2007-2008 (en milliers) (1)	Cibles de financement 2008-2009 (en milliers) (1)	Cibles de financement 2009-2010 (en milliers) (1)
Budget total du RLISS	**1 699 383,3**	**1 730 295,1**	**1 753 983,7**
Total des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (FSS)	1 695 602,2	1 730 295,1	1 753 983,7
Fonctionnement du RLISS (2)	3 781,1	À déterminer	À déterminer
Cybersanté (3)	À déterminer	À déterminer	À déterminer
Total des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (FSS) par secteur :			
Fonctionnement des hôpitaux (4)(a) : régulier	984 724,2	1 009 694,5	1 009 694,5
Fonctionnement des hôpitaux (4)(b) : ponctuel	15 578,2	À déterminer	À déterminer
Subventions versées en compensation des taxes municipales - hôpitaux publics	295,0	295,0	295,0
Foyers de soins de longue durée	327 590,3	340 652,2	350 818,4
Centres d'accès aux soins communautaires	181 221,6	187 921,4	195 438,2
Services communautaires de soutien (5)	25 024,1	25 524,6	26 035,1
Aide à la vie autonome dans des logements avec services de soutien	9 710,7	9 856,4	10 004,2
Centres de santé communautaire	8 597,8	8 597,8	8 597,8
Services communautaires de santé mentale	41 073,6	41 844,6	42 631,1
Programme de lutte contre la toxicomanie	7 569,4	7 709,5	7 852,4
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	94 193,3	98 175,1	102 593,0
Subventions versées en compensation des taxes municipales - hôpitaux psychiatriques	24,0	24,0	24,0

Remarques :

1) *L'affectation du financement de 2007-2008 et les cibles de financement de 2008-2009 et 2009-2010 ont été mises à jour le 8 juin 2007 à partir du Plan pluriannuel axé sur les résultats, qui a été approuvé, et du Budget des dépenses 2007-2008. La mise à jour est fondée sur les rajustements effectués au sein des programmes des RLISS et entre eux (crédit 1411) et de ceux du ministère (crédit 1412), qui correspondent aux décisions touchant les programmes et les services qui continueront de relever du ministère ou qui seront transférés aux RLISS. Ils comprennent les rajustements réguliers et ponctuels pour 2007-2008, ainsi que les rajustements réguliers uniquement pour 2008-2009 et 2009-2010 (sauf pour le fonctionnement des hôpitaux, qui inclut certaines ententes de financement ponctuel). Le rajustement est inclus dans le total approuvé des crédits affectés au Ministère. Des détails supplémentaires et des rajustements officiels de ces programmes seront compris dans le Plan axé sur les résultats de 2008-2009 sous réserve de l'approbation du Conseil des ministres.*

L'affectation des fonds pour 2007-2008 comprend le financement supplémentaire (régulier et ponctuel seulement). Si des fonds supplémentaires sont accordés pendant l'exercice 2007-2008, le tableau et l'annexe pourraient être modifiés ou des lettres de mise à jour de l'affectation des fonds pourraient être annexées à l'entente pour tenir compte de l'affectation au RLISS. Tout financement supplémentaire serait inclus dans le total approuvé des crédits affectés au ministère.

Les cibles de financement de 2008-2009 et 2009-2010 sont établies à des fins de planification et ne concernent que le financement régulier (sauf celles du fonctionnement des hôpitaux, qui comprennent certaines ententes de financement ponctuel). Elles sont assujetties à l'approbation annuelle du Plan axé sur les résultats, du Budget des dépenses et du Budget provincial.

2) *Les cibles de financement du fonctionnement des RLISS pour 2008-2009 et 2009-2010 sont à déterminer, car elles font l'objet d'un examen supplémentaire.*

3) *L'affectation des fonds pour 2007-2008 et les cibles de financement pour 2008-2009 et 2009-2010 sont toujours à déterminer dans le cas de la cybersanté.*

4) *Fonctionnement des hôpitaux :*
    a) *L'affectation des fonds réguliers et les cibles de financement incluent les hôpitaux publics et privés.*
    b) *L'affectation de fonds ponctuels peut inclure n'importe quel financement au titre du PFPC comme le décrit le Tableau 3 – Financement spécifiquement affecté, ainsi que d'autres initiatives ponctuelles.*

5) *Les services communautaires de soutien (SCS) incluent certains volets des programmes portant sur les traumatismes crâniens (transférés aux RLISS).*

Tableau 3 : **État du financement total spécifiquement affecté des RLISS pour 2007-2008**

	Enveloppes de financement spécifiquement affectées 2007-2008 [(1)]
Hôpitaux	
Soins intensifs	80 622 600
Stratégie de réduction des temps d'attente [(2)]	240 656 153
Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé	À déterminer
Plan de fonctionnement postérieur à la construction [(3)]	230 274 772
Cybersanté	À déterminer
Foyers de soins de longue durée	
Lits pour convalescents [(4) (5)]	15 691 254
Lits provisoires et de transition [(4)]	17 119 583
Centres de santé communautaire	
Services aux personnes non assurées	2 504 197
Services communautaires de santé mentale	
Programmes et services d'intervention en situation de crise (financé par le biais de l'Accord sur la santé et des améliorations aux services)	43 817 593
Lits à court terme en cas d'intervention en situation de crise (lits sûrs)	11 297 893
Équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD)	31 490 000
Gestion de cas intensive (financé par le biais de l'Accord sur la santé et des améliorations aux services)	29 672 466
Déjudiciarisation/soutien judiciaire	4 606 000
Programme d'appui au logement avec services de soutien	10 374 000
Programmes d'intervention précoce dans le traitement de la psychose (financé par le biais de l'Accord sur la santé)	22 202 188
Initiatives de gestion des cas médico-légaux	1 870 000
Services de consultation dans les hôpitaux (salaires des médecins des services de psychiatrie externe)	12 356 805
Services de consultation fournis par les organismes communautaires	10 470 610
Services de traitement des troubles de l'alimentation	15 460 113
Initiative d'élaboration de programmes pour les consommateurs et les ex-consommateurs	14 692 140
Dépendances	
Services de traitement du jeu problématique	10 108 400
Programmes pour les femmes enceintes ayant des dépendances (financé par l'Initiative fédérale du développement de la petite enfance)	3 200 000
Services de gestion des cas de traitement à la méthadone	740 680
Centres d'accès aux soins communautaires	
Services de santé professionnels pour les enfants dans les écoles privées et les foyers-écoles	3 400 002
Services de soutien personnel et appareils médicaux ou personnels pour les enfants et les jeunes	3 768 438
Patients des hôpitaux de soins actifs après remplacement d'une articulation	262 600 985
Stratégie d'amélioration des soins en fin de vie (financé par le biais de l'Accord sur la santé)	82 457 202

(1) Montants en dollars réels
(2) D'après les ententes signées par les hôpitaux
(3) Exclut le financement des installations et l'amortissement
(4) Montant estimatif s'appuyant sur les taux d'occupation et les revenus des pensionnaires au 20 avril 2007
(5) Le calcul du financement des lits pour convalescents s'appuie sur la proportion de la subvention quotidienne revenant au RLISS.

Tableau 4 : Financement spécifiquement affecté au RLISS du Centre-Est par secteur

	Enveloppes de financement spécifiquement affectées 2007-2008 [1]
Hôpitaux	
Soins intensifs	5 037 300
Stratégie de réduction des temps d'attente [2]	14 580 074
Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé	À déterminer
Plan de fonctionnement postérieur à la construction [3]	24 412 100
Cybersanté	À déterminer
Foyers de soins de longue durée	
Lits pour convalescents [4] [5]	3 598 912
Lits provisoires et de transition [4]	1 092 056
Centres de santé communautaire	
Services aux personnes non assurées	193 000
Services communautaires de santé mentale	
Programmes et services d'intervention en situation de crise (financé par le biais de l'Accord sur la santé et des améliorations aux services)	4 179 800
Lits à court terme en cas d'intervention en situation de crise (lits sûrs)	633 400
Équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD)	3 852 000
Gestion de cas intensive (financé par le biais de l'Accord sur la santé et des améliorations aux services)	2 655 000
Déjudiciarisation/soutien judiciaire	420 000
Programme d'appui au logement avec services de soutien	420 000
Programmes d'intervention précoce dans le traitement de la psychose (financé par le biais de l'Accord sur la santé)	2 712 000
Initiatives de gestion des cas médico-légaux	2 416 960
Services de consultation dans les hôpitaux (salaires des médecins des services de psychiatrie externe)	1 966 609
Services de consultation fournis par les organismes communautaires	525 210
Services de traitement des troubles de l'alimentation	652 662
Initiative d'élaboration de programmes pour les consommateurs et les ex-consommateurs	2 102 443
Dépendances	
Services de traitement du jeu problématique	565 100
Programmes pour les femmes enceintes ayant des dépendances (financé par l'Initiative fédérale du développement de la petite enfance)	290 051
Services de gestion des cas de traitement à la méthadone	85 260
Centres d'accès aux soins communautaires	
Services de santé professionnels pour les enfants dans les écoles privées et les foyers-écoles	188 276
Services de soutien personnel et appareils médicaux ou personnels pour les enfants et les jeunes	194 958
Patients des hôpitaux de soins actifs après remplacement d'une articulation	32 284 752
Stratégie d'amélioration des soins en fin de vie (financé par le biais de l'Accord sur la santé)	9 245 391

(1) Montants en dollars réels

(2) D'après les ententes signées par les hôpitaux

(3) Exclut le financement des installations et l'amortissement
(4) Montant estimatif s'appuyant sur les taux d'occupation et les revenus des pensionnaires au 20 avril 2007
(5) Le calcul du financement des lits pour convalescents s'appuie sur la proportion de la subvention quotidienne revenant au RLISS.

ANNEXE 10 : RENDEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL

PARTIE A. BUT DE L'ANNEXE 10

- Établir des indicateurs de rendement pour le système de santé local, en vue d'améliorer le rendement de ce dernier et de permettre la réalisation des cibles provinciales et du but principal.

PARTIE B. OBLIGATIONS EN MATIÈRE DE RENDEMENT

Définitions

1. Dans la présente annexe, les termes suivants ont la signification précisée ci-après :

« **cible du RLISS** » s'entend du résultat prévu pour un indicateur, auquel les résultats réels sont confrontés;

« **données de base du RLISS** » s'entend du résultat obtenu à un moment donné pour un indicateur de rendement, qui constitue un point de départ pour la mesure de l'évolution du rendement du système de santé local et pour l'établissement des cibles de rendement futur du système de santé local pour le RLISS;

« **écart** » s'entend d'un résultat obtenu à l'égard d'un indicateur de rendement qui se situe hors d'une plage acceptable de résultats autour d'une cible pour l'indicateur de rendement;

« **indicateur de rendement** » s'entend d'une mesure du rendement du système de santé local à l'égard de laquelle une cible du RLISS est établie, le RLISS ayant la responsabilité d'obtenir des résultats à l'égard de l'indicateur de rendement pour le système de santé local en vertu de l'Entente;

« **indicateur pilote** » s'entend d'une mesure du rendement du système de santé local qui doit faire l'objet d'une élaboration plus poussée ou qui doit être mieux comprise avant qu'elle ne puisse être utilisée comme indicateur de rendement, le RLISS n'ayant pas la responsabilité d'obtenir des résultats à l'égard de l'indicateur de rendement pour le système de santé local en vertu de l'Entente;

« **repère** » s'entend d'un résultat optimal au plan du rendement à l'égard d'un indicateur, basé sur le consensus des experts, sur le rendement atteint dans d'autres régions ou sur les attentes provinciales.

Obligations générales

2. **Le MSSLD** :

(a) calcule les résultats pour les indicateurs de rendement suivants :

(i) 90e percentile de temps d'attente pour les chirurgies du cancer;
(ii) 90e percentile de temps d'attente pour les pontages cardiaques;
(iii) 90e percentile de temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte;
(iv) 90e percentile de temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou;
(v) 90e percentile de temps d'attente pour les tests de diagnostic (IRM/TD);
(vi) taux de réadmission après un infarctus aigu du myocarde;
(vii) pourcentage de journées d'hospitalisation de patients n'ayant pas besoin de soins actifs;
(viii) proportion de visites à l'urgence qui auraient pu être prises en charge ailleurs;
(ix) taux d'hospitalisation pour des affections sensibles aux soins ambulatoires;
(x) temps d'attente médian avant le placement en foyer de soins de longue durée;

(b) au plus tard aux dates de transmission des données établies dans les tableaux A à D, fournit au RLISS les résultats calculés pour les indicateurs de rendement, ainsi que l'information sur le rendement à l'appui que le RLISS demande, par exemple le rendement des fournisseurs de services de santé;

(c) calcule les résultats locaux et provinciaux, et fournit au RLISS les résultats de ses calculs, à l'égard des indicateurs pilotes suivants :

(i) l'évolution de la productivité des hôpitaux;

(ii) le pourcentage des patients en soins chroniques recevant des soins continus complexes et présentant de nouvelles escarres de stade 2 ou plus sévères;

(iii) la perception de l'évolution de la qualité des soins;

(iv) le pourcentage de décès dus au cancer survenus en milieu hospitalier, en proportion du nombre total de décès dus au cancer;

(v) le taux de réadmission dans les hôpitaux pour des affections psychiatriques;

(vi) la rapidité de la première visite de soins postactifs à domicile;

(vii) le taux de réadmission des clients des CASC renvoyés par les hôpitaux dans un milieu de soins actifs;

(viii) le pourcentage de personnes ayant été hospitalisées plusieurs fois pour soins psychiatriques pendant le dernier exercice;

(d) fournit au RLISS une documentation technique sur les indicateurs de rendement établis dans les tableaux A à D et les indicateurs pilotes, et notamment sur la méthodologie, les inclusions et les exclusions;

(e) au plus tard en février 2008, calcule des repères provinciaux ou locaux, selon le cas, pour les indicateurs de rendement, après avoir consulté le RLISS selon le

processus décrit au paragraphe 4(e).

3. **Le RLISS** :

(a) atteint les cibles de rendement qui lui sont fixées à l'égard des indicateurs de rendement établies dans les tableaux A à D, sauf tel que prévu au paragraphe 3(b);

(b) collabore avec le MSSLD, Action Cancer Ontario et les fournisseurs de services de santé afin d'atteindre les résultats prévus à l'égard de l'indicateur de rendement du 90^{e} percentile de temps d'attente pour les chirurgies du cancer, établi dans le Tableau A;

(c) si des écarts sont constatés pour les indicateurs de rendement établis dans les tableaux A à D, produit des rapports trimestriels sur les stratégies correctives et les plans d'amélioration du rendement jusqu'à ce que les écarts soient corrigés;

(d) expose dans son rapport annuel le rendement du système de santé local à l'égard de tous les indicateurs de rendement.

4. **Les deux parties** :

(a) au plus tard le 30 juin 2007, établissent des données de base appropriées pour les RLISS à l'égard de tous les indicateurs de rendement;

(b) au plus tard le 30 juin 2007, élaborent les cibles et corridors de rendement du RLISS pour les exercices 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010 à l'égard de l'indicateur de rendement suivant :

(i) 90^{e} percentile de temps d'attente pour les services prioritaires (cinq indicateurs);

(c) au plus tard le 30 juin 2008, élaborent les cibles et corridors de rendement appropriés du RLISS pour les exercices 2008-2009 et 2009-2010 à l'égard des indicateurs de rendement suivants :

(i) taux de réadmission après un infarctus aigu du myocarde;
(ii) proportion de visites à l'urgence qui auraient pu être prises en charge ailleurs;
(iii) taux d'hospitalisation pour des affections sensibles aux soins ambulatoires;
(iv) temps d'attente médian avant le placement en foyer de soins de longue durée;
(v) pourcentage de journées d'hospitalisation de patients n'ayant pas besoin de soins actifs;

(d) en 2007-2008, élaborent et mettent en œuvre un tableau de bord du rendement du RLISS afin de contrôler le rendement du système de santé local, de repérer les écarts et de repérer les risques à l'égard des indicateurs de rendement exposés dans les tableaux A à D, et de permettre la production de rapports sur les indicateurs pilotes;

(e) en 2007-2008, établissent un processus collaboratif, de concert avec tous les RLISS, en vue d'élaborer, de choisir, d'évaluer et de supprimer le cas échéant les indicateurs de rendement et les indicateurs pilotes, de recommander des repères provinciaux et locaux pour les indicateurs, et de repérer le besoin de nouveaux ensembles de données et d'en recommander la collecte afin de permettre de mesurer le rendement des systèmes de santé locaux;

(f) à l'aide du processus évoqué au paragraphe 4(e), envisagent :

(i) prioritairement, de transformer l'indicateur pilote d'« évolution de la productivité des hôpitaux » en indicateur de rendement, à partir de 2008-2009;

(ii) d'élaborer dans l'avenir un indicateur mesurant la productivité du système de santé local;

(iii) d'élaborer les indicateurs de mesure du rendement suivants :

i. temps d'attente pour les chirurgies pédiatriques;

ii. temps d'attente dans les services des urgences;

iii. sécurité des patients;

iv. continuité des soins en santé mentale.

Tableau A : Accès

- Objectif : améliorer l'**accès** aux niveaux de soins de santé appropriés pour le système de santé local.
- Résultat attendu : les patients/clients du système de santé local attendront moins longtemps d'avoir accès aux services de santé indiqués ci-dessous.

INDICATEUR	Repère	Données de base - RLISS	Cible du RLISS			Dates de transmission des données
			2007-2008	2008-2009	2009-2010	
90e percentile temps d'attente pour les chirurgies du cancer	Cible provinciale des cas de priorité IV (84 jours)	72	49	À déterminer	À déterminer	15 fév., 15 mai, 15 août, 15 nov.
90e percentile temps d'attente pour les pontages cardiaques	Cible provinciale des cas de priorité IV (182 jours)	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	15 fév., 15 mai, 15 août, 15 nov.
90e percentile temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte	Cible provinciale des cas de priorité IV (182 jours)	223	182	182	182	15 fév., 15 mai, 15 août, 15 nov.
90e percentile temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche et du genou	Cible provinciale des cas de priorité IV (182 jours)	Hanche : 273 Genou : 300	Hanche: 269 Genou: 269	Hanche: 226 Genou: 226	Hanche: 182 Genou: 182	15 fév., 15 mai, 15 août 15 nov.
90e percentile temps d'attente pour les tests de diagnostic (IRM/TD)*	Cible provinciale des cas de priorité IV (28 jours)	IRM : 93 TD : 55	IRM: 85 TD: 54	IRM: 80 TD: 52	IRM: 74 TD: 50	15 fév., 15 mai, 15 août, 15 nov.

*Le *temps d'attente* est le temps compris entre la « décision de procéder au traitement et la réception du traitement ». Le *90e percentile* désigne le point auquel neuf patients sur 10 ont reçu leur traitement.

Tableau B : Qualité

- Objectif : améliorer la **qualité** des soins et de la prestation des services pour le système de santé local.
- Résultat attendu : les utilisateurs de services de santé indiqués ci-dessous recevront un service plus sûr et donnant de meilleurs résultats.

INDICATEUR	Repère	Données de base du RLISS	Cible du RLISS			Dates de transmission des données
			2007-2008	2008-2009	2009-2010	
Taux de réadmission après un infarctus aigu du myocarde	À établir au plus tard en février 2008	5,24	Maintenir ou améliorer le rendement de base	À établir au plus tard le 30 juin 2008	À établir au plus tard le 30 juin 2008	15 fév., 15 mai, 15 août

Tableau C : Intégration

- Objectif : améliorer la **coordination** et l'**intégration** des soins de santé entre les fournisseurs de services de santé du système de santé local.
- Résultat attendu : un plus grand nombre de patients/clients recevront des soins de santé au sein du système de santé local dans le milieu le plus approprié en fonction de leurs besoins.

INDICATEUR	Repère	Données de base du RLISS	Cible du RLISS			Dates de transmission des données
			2007-2008	2008-2009	2009-2010	
Proportion de visites à l'urgence qui auraient pu être prises en charge ailleurs	À établir au plus tard en février 2008	19,23	Maintenir ou améliorer le rendement de base	À établir au plus tard le 30 juin 2008	À établir au plus tard le 30 juin 2008	15 fév., 15 mai, 15 août
Taux d'hospitalisation pour des affections sensibles aux soins ambulatoires	À établir au plus tard en février 2008	311,64	Maintenir ou améliorer le rendement de base	À établir au plus tard le 30 juin 2008	À établir au plus tard le 30 juin 2008	15 fév., 15 mai, 15 août
Temps d'attente médian avant le placement en foyer de soins de longue durée	À établir au plus tard en février 2008	50	Maintenir ou améliorer le rendement de base	À établir au plus tard le 30 juin 2008	À établir au plus tard le 30 juin 2008	15 fév., 15 mai, 15 août, 15 nov.

Tableau D : Durabilité						
▪ Objectif : contribuer à la **durabilité** du système de soins de santé de l'Ontario. ▪ Résultat attendu : un plus grand nombre de services de soins seront fournis dans le cadre du système de santé local de manière plus efficace et productive.						
INDICATEUR	**Repère**	**Données de base du RLISS**	**Cible du RLISS**			**Dates de transmission des données**
			2007-2008	**2008-2009**	**2009-2010**	
Évolution de la productivité des hôpitaux	À élaborer en priorité	À élaborer en priorité	Non applicable	À élaborer en priorité	À élaborer en priorité	À élaborer en priorité

ANNEXE 11: CYBERSANTÉ

PARTIE A. BUT DE L'ANNEXE 11

- Établir les obligations de rendement du MSSLD et du RLISS à l'égard des priorités et des orientations stratégies provinciales en matière de cybersanté ainsi que du Plan de travail provincial de cybersanté.

PARTIE B. DÉFINITIONS

1. Dans la présente annexe, les termes suivants ont la signification précisée ci-après :

   « Stratégie de cybersanté du RLISS » s'entend de la stratégie pluriannuelle de cybersanté fondée sur les priorités et les orientations stratégiques provinciales en cette matière et harmonisée avec le PSSI du RLISS, qui énonce les orientations stratégiques permettant la transformation du système de santé local par la mise en œuvre d'initiatives de cybersanté;

   « Plan de travail de cybersanté du RLISS » s'entend du résumé annuel ou pluriannuel des tâches, des échéances et des responsabilités harmonisé avec le plan de travail de cybersanté provincial en vue de mettre en œuvre la stratégie de cybersanté du RLISS;

   « Plan de travail de cybersanté provincial » s'entend du résumé annuel ou pluriannuel, préparé par le MSSLD, des tâches, des échéances et des responsabilités de cybersanté dans l'ensemble de la province, harmonisé avec les priorités et les orientations stratégiques provinciales en matière de cybersanté.

PARTIE C. GOUVERNANCE ET COORDINATION DES INITIATIVES DE CYBERSANTÉ

2. Le **MSSLD** :

   (a) sollicite les commentaires du RLISS, s'il y a lieu, au sujet des priorités et des orientations stratégiques provinciales en matière de cybersanté;

   (b) fournit au RLISS les priorités et les orientations stratégiques provinciales en matière de cybersanté ainsi que toutes les mises à jour effectuées de temps à autre;

   (c) informe le RLISS d'un modèle provincial de gouvernance de cybersanté qui sera établi pour superviser la mise en œuvre des priorités et des orientations stratégiques provinciales en matière de cybersanté;

   (d) examine et approuve, s'il y a lieu, la stratégie de cybersanté du RLISS aussitôt que possible après que ce dernier l'a remis au MSSLD;

   (e) fournit une enveloppe de financement spécifiquement affectée, s'il y a lieu, au RLISS pour la mise en œuvre d'initiatives particulières de cybersanté.

3. Le **RLISS** :

(a) fait part de ses commentaires au MSSLD, sur demande, au sujet des priorités et des orientations stratégiques provinciales en matière de cybersanté;

(b) au plus tard 3 mois après la réception des priorités et des orientations stratégiques provinciales en matière de cybersanté ou de toute mise à jour, ou dans tout autre délai convenu mutuellement par les parties, remet au MSSLD sa stratégie de cybersanté, ou une mise à jour de celle-ci au besoin et, après avoir reçu l'approbation du MSSLD, rend publique sa stratégie de cybersanté ou toute mise à jour nécessaire;

(c) au plus tard 3 mois après avoir été informé d'un modèle de gouvernance provincial de cybersanté, élabore et met en œuvre son propre modèle de gouvernance en cette matière pour le système de santé local afin de superviser la définition et la gestion de la stratégie de cybersanté du RLISS et de contribuer à la mise en œuvre des priorités et des orientations stratégiques provinciales en matière de cybersanté;

(d) à partir de l'exercice 2008-2009, prépare un plan de travail de cybersanté dans le cadre du plan de services annuel du RLISS décrit aux paragraphes 10 à 12 de l'annexe 8 *Obligations intégrées de production de rapports*;

(e) met en œuvre la stratégie de cybersanté du RLISS approuvée par le biais de son plan de travail de cybersanté et des ententes de responsabilisation en matière de services conclues avec les fournisseurs de services de santé;

(f) nomme un responsable de la cybersanté pour le système de santé local, qui dirigera la définition de la stratégie de cybersanté du RLISS et la mise en œuvre du plan de travail de cybersanté du RLISS;

(g) utilise l'enveloppe de financement spécifiquement affectée pour financer la mise en œuvre d'initiatives particulières de cybersanté et rend compte de ces initiatives dans les rapports trimestriels et annuels décrits à l'annexe 8 *Obligations intégrées de production de rapports*.

4. **Les deux parties** collaborent aux objectifs suivants :

(a) offrir un forum de discussion sur les questions de cybersanté au niveau provincial et, s'il y a lieu, échanger des conseils à ce sujet, y compris sur les besoins, les défis et les possibilités du système de santé local, ainsi que les normes, les définitions et les cadres architecturaux de la cybersanté;

(b) coordonner les communications avec les fournisseurs de services de santé sur les questions de cybersanté, y compris les normes, les cadres architecturaux et les délais de mise en œuvre établis par le MSSLD en collaboration avec le RLISS;

(c) s'informer mutuellement des initiatives ou des questions importantes qui influent sur les questions, les stratégies ou les plans de travail provinciaux ou locaux en matière de cybersanté.

5. Aux paragraphes 2 et 3, l'expression « enveloppe de financement spécifiquement affectée » a la même signification que l'expression « enveloppe de financement

spécifiquement affectée » utilisée au paragraphe 5 de la Partie C de l'Annexe 3 *Gestion du système de santé local*.

PARTIE D. INFRASTRUCTURE TECHNOLOGIQUE

6. Le **MSSLD** :

   (a) sollicite les conseils du RLISS, s'il y a lieu, sur l'infrastructure technologique permettant au MSSLD de mettre en œuvre les priorités et les orientations stratégiques provinciales en matière de cybersanté;

   (b) collabore avec le RLISS et l'Agence des systèmes intelligents pour la santé (« ASIS ») concernant les priorités, le rendement et les problèmes du système de santé local concernant la stratégie de cybersanté du RLISS;

   (c) établit, en consultation avec le RLISS et d'autres intervenants, s'il y a lieu, les normes techniques de la cybersanté et les délais de mise en œuvre de l'interopérabilité du système de santé en Ontario, y compris les normes portant sur l'architecture, la technologie, la confidentialité et la sécurité.

7. Le **RLISS** :

   (a) signale au MSSLD toute exigence essentielle de déploiement technique ou intégrée ayant des répercussions sur le système de santé local en ce qui concerne l'infrastructure technologique commune de l'ASIS;

   (b) au plus tard le 30 juin de chaque exercice, informe le MSSLD de toute exigence de déploiement technique ou intégrée à prendre en considération dans le plan d'activité et le plan opérationnel de l'ASIS pour l'exercice à venir;

   (c) se conforme et exige, par le biais des ententes de responsabilisation en matière de services, que les fournisseurs de services de santé se conforment aux normes et aux délais applicables mentionnés au paragraphe 6(c).