

**Réseau local d'intégration des services de santé  
du Centre**

**Plan de services annuel 2008-2009  
(Révisé)**

## SOMMAIRE

Le Plan de services annuel du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre est un plan opérationnel et de gestion de trois ans qui comprend des estimations financières et une stratégie de gestion du risque axée sur sa mise en œuvre. C'est un cadre en vue de répondre aux besoins cernés dans le Plan de services de santé intégrés (PSSI) d'octobre 2006 et émanant de ce dernier.

Le Plan inclut une analyse du contexte qui cerne les principaux catalyseurs du système, notamment une croissance démographique rapide et inégalement répartie, un vieillissement accéléré, un nombre constamment élevé de nouveaux arrivants de divers groupes ethnoculturels et un type de peuplement urbain-suburbain-rural évolutif. L'analyse repère les risques et opportunités liés aux sept priorités du PSSI du RLISS (services aux aînés et services gériatriques spécialisés, prévention et gestion des maladies chroniques, santé mentale et toxicomanie, temps d'attente, services neurologiques, services de cancérologie et services d'urgence). Elle documente également les risques et opportunités associés à la technologie de l'information et à la gestion de l'information, catalyseurs clés du PSSI. Enfin, les risques et possibilités inhérents aux nouvelles priorités, qui n'étaient pas examinés à fond dans le PSSI, sont cernés et portent principalement sur les soins palliatifs ou au terme de la vie, les autres niveaux de soins et la planification des services hospitaliers.

S'inspirant des résultats de l'analyse, le plan cerne les risques et opportunités normalement associés aux priorités :

| <b>Risques communs :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Opportunités communes :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de services dû au sous-financement des facteurs liés à la croissance démographique</li> <li>• Incertitudes à savoir si le financement unique octroyé à certaines initiatives deviendra un financement de base</li> <li>• Apport insuffisant aux déplacements dans le système</li> <li>• Aucun inventaire complet des besoins de services/programmes actuels et futurs</li> <li>• Pénuries de ressources humaines en santé</li> <li>• Besoins insatisfaits sur le plan ethnoculturel et de la diversité</li> <li>• Insatisfaction des besoins associés aux troubles médicaux à long terme (maladies chroniques, troubles mentaux et toxicomanies)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser la cybersanté pour créer un système de santé plus intégré et axé sur des preuves</li> <li>• Engager les intervenants et les collectivités pour stimuler la collaboration et le changement</li> <li>• Mobiliser les groupes de liaison qui collaborent actuellement à des projets</li> <li>• S'aligner sur les stratégies provinciales dans le RLISS du Centre</li> <li>• Utiliser des analyses fondées sur des données probantes pour démontrer la nécessité d'accroître la capacité des services pour répondre aux besoins du système</li> </ul> |

Vu l'importance des enjeux découlant du manque de services révélés dans l'analyse, le plan examine les inducteurs de coût, notamment les facteurs liés à la population comme le vieillissement et la croissance démographique et la diversité ethnoculturelle. Les aînés et les divers groupes ethnoculturels qui vivent

dans la région du RLISS constituent des atouts inestimables pour les collectivités du RLISS du Centre et ce plan reconnaît leurs besoins uniques ainsi que les coûts associés à la prestation de services équitables. Également, les biens d'équipement, la mise à niveau des installations et les frais des salaires et des avantages sociaux constituent des inducteurs de coûts légitimes. Le plan examine les conséquences de la nécessité de répondre aux besoins de services en dépensant 847 \$ par habitant dans le RLISS du Centre (deuxième montant parmi les plus bas) comparativement à 1 499 \$ pour l'ensemble de la province.

Le plan examine ensuite la migration des usagers à l'extérieur des limites du RLISS. Cette migration nette signifie qu'il faut accroître la capacité locale et commencer à desservir un plus grand nombre de résidents, car l'accessibilité des services à proximité du domicile reste un des principaux objectifs du système de santé, particulièrement dans le cas des services communautaires.

Le plan énonce les hypothèses sous-jacentes aux finances, aux statistiques et à la diffusion de l'information. Il présente également les résultats et les conclusions d'un sondage des fournisseurs de services de santé sur l'évaluation du risque, répartis en quatre thèmes communs classés par ordre de priorité :

1. Croissance et pressions démographiques
2. Enjeux de la mise en œuvre du Plan de services de santé intégrés du RLISS
3. Gonflement des coûts excédant le financement
4. Jours consacrés aux autres niveaux de soins (ANS)

Cette évaluation a mis en lumière les lacunes croissantes en matière de services. Celles-ci sont éperonnées principalement par la forte croissance démographique et l'incapacité correspondante des fournisseurs de services de santé des divers secteurs à offrir les services locaux nécessaires à la satisfaction des besoins des résidents.

Le plan décrit plusieurs opportunités systémiques reliées à l'atténuation des risques, notamment :

- Souplesse de rétention et d'application des économies pour encourager les fournisseurs à intégrer les services et à créer des efficacies
- Utilisation de systèmes de gestion de l'information pour favoriser l'uniformité et la planification, la surveillance et le financement éclairés
- Examen du financement de base des fournisseurs de services de santé dans le contexte du PSSi
- Examen des services hospitaliers du RLISS du Centre
- Introduction et élargissement de la formule de financement fondée sur le Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS)

Le plan aborde les besoins de planification et de gestion opérationnelle du RLISS du Centre et décrit les exigences et les ressources associées aux besoins de dotation et aux dépenses opérationnelles. Il présente un plan de gestion des risques associés aux programmes administrés par le MSSLD et aux programmes administrés par le RLISS. La gestion de ces risques exigera des investissements additionnels; les investissements de la première année sont relativement bien définis, tandis que ceux des années deux et trois sont moins détaillés et pourraient devoir être révisés et actualisés pour correspondre aux révisions et aux mises à jour des estimations.

Le RLISS du Centre croit que le ministre et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les fournisseurs de services et autres intervenants partagent l'engagement du RLISS à l'égard de solutions équitables et pratiques aux enjeux complexes du système de santé. Ce plan vise à fournir un cadre de discussion et d'action à ces partenaires essentiels. L'atteinte de buts communs est tributaire de ce genre de partenariat.

## TABLE DES MATIÈRES

|          |                                                                                                                |           |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>OBJECTIFS ET STRUCTURE DU PLAN DE SERVICES ANNUEL .....</b>                                                 | <b>6</b>  |
| 1.1      | Objectifs .....                                                                                                | 6         |
| 1.2      | Structure .....                                                                                                | 6         |
| <b>2</b> | <b>INTRODUCTION.....</b>                                                                                       | <b>8</b>  |
| 2.1      | Vision et mission du RLISS du Centre .....                                                                     | 10        |
| 2.2      | Aperçu des programmes et activités actuels et futurs .....                                                     | 11        |
| <b>3</b> | <b>ANALYSE DU CONTEXTE DES OPPORTUNITÉS ET DES RISQUES .....</b>                                               | <b>13</b> |
| 3.1      | Enjeux liés à la population .....                                                                              | 13        |
| 3.2      | Constatations clés révélant une capacité insuffisante pour offrir les services .....                           | 20        |
| 3.2.1    | <i>Services aux aînés et services gériatriques spécialisés (conformément au PSSI du RLISS du Centre) .....</i> | <i>20</i> |
| 3.2.2    | <i>Prévention et gestion des maladies chroniques (conformément au PSSI du RLISS du Centre).....</i>            | <i>20</i> |
| 3.2.3    | <i>Santé mentale et toxicomanie (conformément au PSSI du RLISS du Centre) .....</i>                            | <i>21</i> |
| 3.2.4    | <i>Temps d'attente (conformément au PSSI du RLISS du Centre).....</i>                                          | <i>22</i> |
| 3.2.5    | <i>Services neurologiques (conformément au PSSI du RLISS du Centre) .....</i>                                  | <i>23</i> |
| 3.2.6    | <i>Services de cancérologie (conformément au PSSI du RLISS du Centre) .....</i>                                | <i>23</i> |
| 3.2.7    | <i>Services d'urgence (conformément au PSSI du RLISS du Centre) .....</i>                                      | <i>24</i> |
| 3.2.8    | <i>Technologie de l'information et gestion de l'information .....</i>                                          | <i>24</i> |
| 3.2.9    | <i>Soins palliatifs et soins au terme de la vie .....</i>                                                      | <i>26</i> |
| 3.2.10   | <i>Services en français.....</i>                                                                               | <i>26</i> |
| 3.2.11   | <i>Services pour les peuples autochtones.....</i>                                                              | <i>26</i> |
| 3.2.12   | <i>Services hospitaliers .....</i>                                                                             | <i>27</i> |
| 3.2.13   | <i>Participation communautaire et communications.....</i>                                                      | <i>27</i> |
| 3.3      | Facteurs contextuels affectant le Plan de services annuel.....                                                 | 28        |
| 3.3.1    | <i>Inducteurs de coût du RLISS du Centre.....</i>                                                              | <i>28</i> |
| 3.3.2    | <i>Enjeux transfrontaliers.....</i>                                                                            | <i>32</i> |
| 3.3.3    | <i>Hypothèses .....</i>                                                                                        | <i>32</i> |
| 3.3.4    | <i>Évaluation des risques cernés par les fournisseurs de services de santé du RLISS du Centre</i>              | <i>33</i> |
| 3.3.5    | <i>Facteurs liés aux finances, aux statistiques et à la diffusion de l'information .....</i>                   | <i>34</i> |
| 3.3.6    | <i>Opportunités générales.....</i>                                                                             | <i>35</i> |
| <b>4</b> | <b>PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES ENGAGEMENTS ET DES PRIORITÉS DU PSSI POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL .....</b>     | <b>36</b> |
| 4.1      | Services aux aînés et services gériatriques spécialisés .....                                                  | 36        |
| 4.2      | Gestion et prévention des maladies chroniques .....                                                            | 41        |
| 4.3      | Santé mentale et toxicomanie .....                                                                             | 44        |
| 4.4      | Temps d'attente .....                                                                                          | 48        |
| 4.4.1    | <i>Temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte :.....</i>                                              | <i>48</i> |
| 4.4.2    | <i>Temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou : .....</i>                                | <i>48</i> |
| 4.4.3    | <i>Temps d'attente pour les examens par IRM : .....</i>                                                        | <i>49</i> |
| 4.4.4    | <i>Temps d'attente pour les examens par tomodensitométrie : .....</i>                                          | <i>49</i> |
| 4.4.5    | <i>Approche systémique à l'égard des temps d'attente : .....</i>                                               | <i>49</i> |
| 4.5      | Services neurologiques.....                                                                                    | 50        |
| 4.6      | Services de cancérologie .....                                                                                 | 53        |
| 4.7      | Services d'urgence .....                                                                                       | 54        |
| <b>5</b> | <b>CATALYSEURS DU PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS.....</b>                                                  | <b>57</b> |
| 5.1      | Diversité et inclusivité.....                                                                                  | 57        |

|          |                                                                    |           |
|----------|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.2      | Ressources humaines en santé .....                                 | 58        |
| 5.3      | Gestion de l'information et technologie de l'information.....      | 58        |
| 5.4      | Médecins de famille .....                                          | 62        |
| <b>6</b> | <b>PLANS DÉTAILLÉS POUR TRAITER DE NOUVELLES INITIATIVES .....</b> | <b>63</b> |
| 6.1      | Technologie de l'information et gestion de l'information .....     | 63        |
| 6.2      | Soins palliatifs et soins en fin de vie .....                      | 63        |
| 6.3      | Autres niveaux de soins (ANS).....                                 | 65        |
| 6.4      | Services en français.....                                          | 67        |
| 6.5      | Services pour les peuples autochtones .....                        | 67        |
| 6.6      | Services hospitaliers.....                                         | 67        |
| 6.7      | Participation communautaire et communications .....                | 68        |
| <b>7</b> | <b>SOMMAIRE FINANCIER PAR SECTEUR .....</b>                        | <b>69</b> |
| <b>8</b> | <b>PLANIFICATION DES ACTIVITÉS DU RLISS DU CENTRE.....</b>         | <b>71</b> |
| 8.1      | Aperçu des besoins de dotation.....                                | 71        |
| 8.2      | Manque à gagner des dépenses de fonctionnement .....               | 73        |
| 8.3      | Financement accru pour contrebalancer l'effet de l'inflation ..... | 73        |
| <b>9</b> | <b>PLAN DE GESTION DES RISQUES.....</b>                            | <b>74</b> |

# 1 OBJECTIFS ET STRUCTURE DU PLAN DE SERVICES ANNUEL

## 1.1 Objectifs

Le Plan de services annuel du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Centre a trois objectifs :

1. Fournir au ministre de la Santé et des Soins de longue durée un plan triennal axé sur l'administration et le renouvellement du système de santé local dans le RLISS du Centre. Ce plan est formulé conformément à l'entente sur la responsabilisation conclue par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et le RLISS (laquelle requiert des budgets équilibrés et repose sur la volonté d'assurer l'accès à un système de santé inclusif pour les collectivités du RLISS du Centre)
2. Décrire comment le Plan de services de santé intégrés (PSSI) publié par le RLISS en octobre 2006 sera opérationnalisé et mis en œuvre durant la période de trois ans du plan
3. Contribuer au plan du MSSLD axé sur les résultats, se conformer aux orientations stratégiques du MSSLD et solliciter des ressources de celui-ci seulement dans les domaines où le RLISS du Centre n'est pas en mesure de fonctionner dans les limites des affectations pluriannuelles.

Le PSA est un plan triennal évolutif qui sera actualisé chaque année. Il ne représente pas l'autorité de dépenser, qui est fournie lorsque les affectations annuelles sont confirmées à la suite du dépôt des estimations à l'Assemblée législative de l'Ontario. Par conséquent, toutes les propositions de dépenses énoncées dans ce plan seront présentées au conseil du RLISS du Centre pour approbation après que le MSSLD aura entériné les affectations annuelles.

## 1.2 Structure

Le PSA débute par un examen des documents généraux du RLISS : sa mission, sa vision et son PSSI. Il explique ensuite le parcours d'élaboration qui a mené au PSA, parcours qui inclut les priorités du PSSI ainsi que les nouvelles priorités cernées par le MSSLD ou la collectivité après que le PSSI fut élaboré. Ces nouvelles priorités sont liées ou s'ajoutent aux priorités du PSSI.

Il cite ensuite les résultats de l'analyse du contexte, selon laquelle le RLISS abrite une population nombreuse, diversifiée sur le plan ethnoculturel qui croît et vieillit rapidement. Il rapporte les résultats de l'analyse des risques et opportunités pour chacune des priorités du PSSI.

Le PSA examine ensuite les inducteurs de coût dans le RLISS du Centre, notamment un taux de croissance élevé et un financement fondé sur la population chroniquement insuffisant, comparativement aux autres RLISS. La constatation clé est la suivante : le RLISS du Centre connaît des lacunes des services qui se sont intensifiées au cours des dernières décennies et ont créé une région insuffisamment desservie par rapport aux autres RLISS et aux besoins de ses collectivités. Le PSA propose une démarche échelonnée pour résoudre le problème de l'insuffisance des services.

Les résultats d'une évaluation générale du risque effectuée par le RLISS sont ensuite cités. Ces résultats réitèrent la complexité et l'ampleur du problème de l'insuffisance des services. Le PSA cerne

ensuite des opportunités générales, y compris un environnement propice à la création d'efficacités et un ajustement de la démarche de financement pour régler le problème de l'insuffisance des services.

Le PSA présente également des plans détaillés visant à traiter :

- Les priorités énoncées dans le PSSI
- Les catalyseurs qui appuient ces priorités
- Les priorités qui ont émergé après la rédaction du PSSI.

Le PSA poursuit avec un sommaire financier de chaque secteur de services de santé précisant les tensions et les hypothèses de coûts spécifiques et générales. Il énonce ensuite un plan de gestion des risques.

## 2 INTRODUCTION

L'exercice 2007-2008 marque la première année d'activité consacrée à la mise en œuvre des priorités et des plans décrits dans le Plan de services de santé intégrés (PSSI) du RLISS du Centre. Le Plan de services annuel du RLISS opérationnalise les stratégies de mise en œuvre des trois prochaines années, fournit les assises du renouvellement du système de santé local et aide les intervenants (y compris le public) à comprendre comment le RLISS du Centre répondra aux besoins de sa collectivité en fonction des quatre objectifs du système de santé :

1. Accès
2. Coordination
3. Qualité
4. Efficacité.

Le PSA correspond aux cadres de planification et de responsabilisation tels que l'entente sur responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS, le PSSI du RLISS du Centre et les orientations stratégiques du MSSLD. La communication de rapports entre le MSSLD et le RLISS repose sur les exigences de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et le protocole d'entente découlant de cette loi.

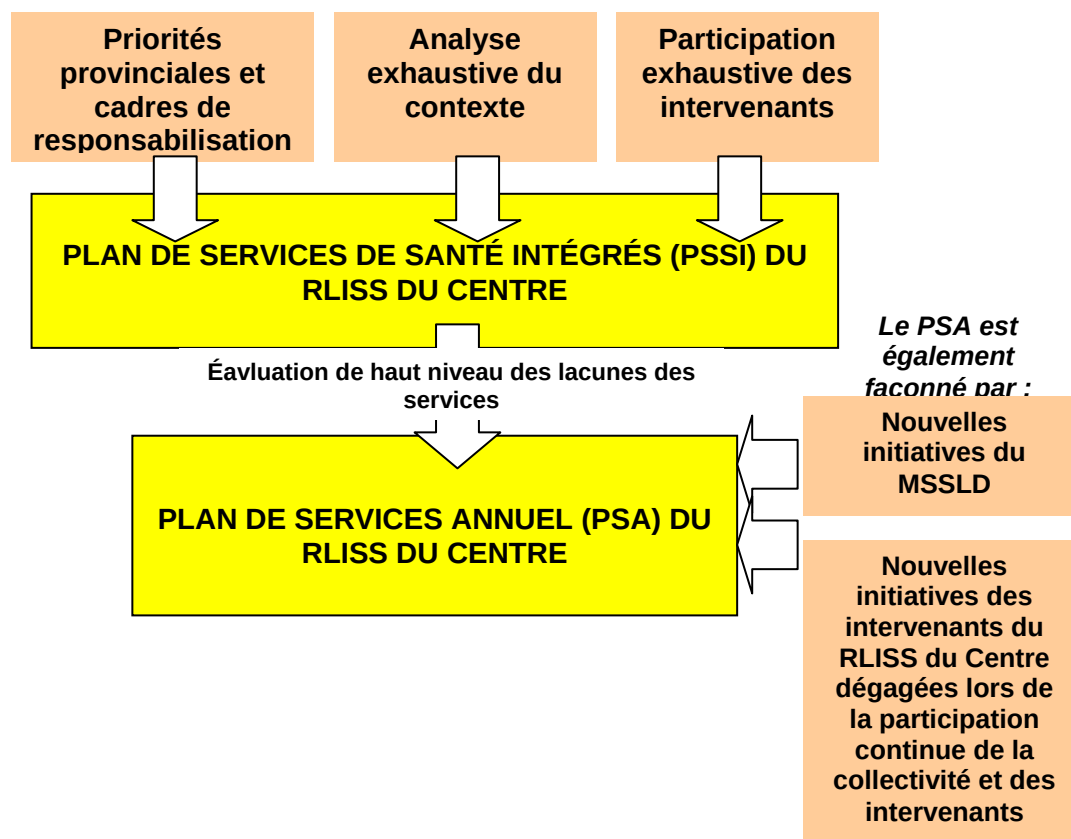
Le PSA représente également une volonté de respecter des objectifs clairement définis, des priorités et des catalyseurs pour doter le RLISS du Centre d'un système de santé viable. Les priorités de changement cernées dans le PSSI et décrites dans le PSA visent à améliorer l'état de santé et les services et présument la prestation de services de grande qualité et l'allocation équitable des ressources en santé dans la collectivité. Cette stratégie a deux objectifs : l'établissement d'une stabilité financière grâce à l'utilisation de milieux de santé appropriés et la prestation efficace de services axés sur les besoins de santé locaux. À l'issue d'une participation exhaustive des intervenants, le PSSI a identifié sept priorités de changement :

1. Services aux aînés et services gériatriques spécialisés
2. Prévention et gestion des maladies chroniques
3. Santé mentale et toxicomanie
4. Temps d'attente
5. Services neurologiques
6. Services de cancérologie
7. Services d'urgence.

Le RLISS du Centre a élaboré son PSSI dans le contexte des priorités provinciales, d'un examen exhaustif du contexte extérieur et d'une participation exhaustive des intervenants. En plus de mettre en œuvre les priorités du PSSI, le PAS traite des priorités récemment fixées par le MSSLD ou les intervenants du RLISS.

La figure 1 illustre le parcours d'élaboration qui a mené à ce PSA.

**Figure 1 : Parcours d'élaboration du Plan de services annuel**



## 2.1 Vision et mission du RLISS du Centre

Le PSSI et le PSA sont éperonnés par la vision et la mission adoptées par le RLISS du Centre en fonction des commentaires de la collectivité :

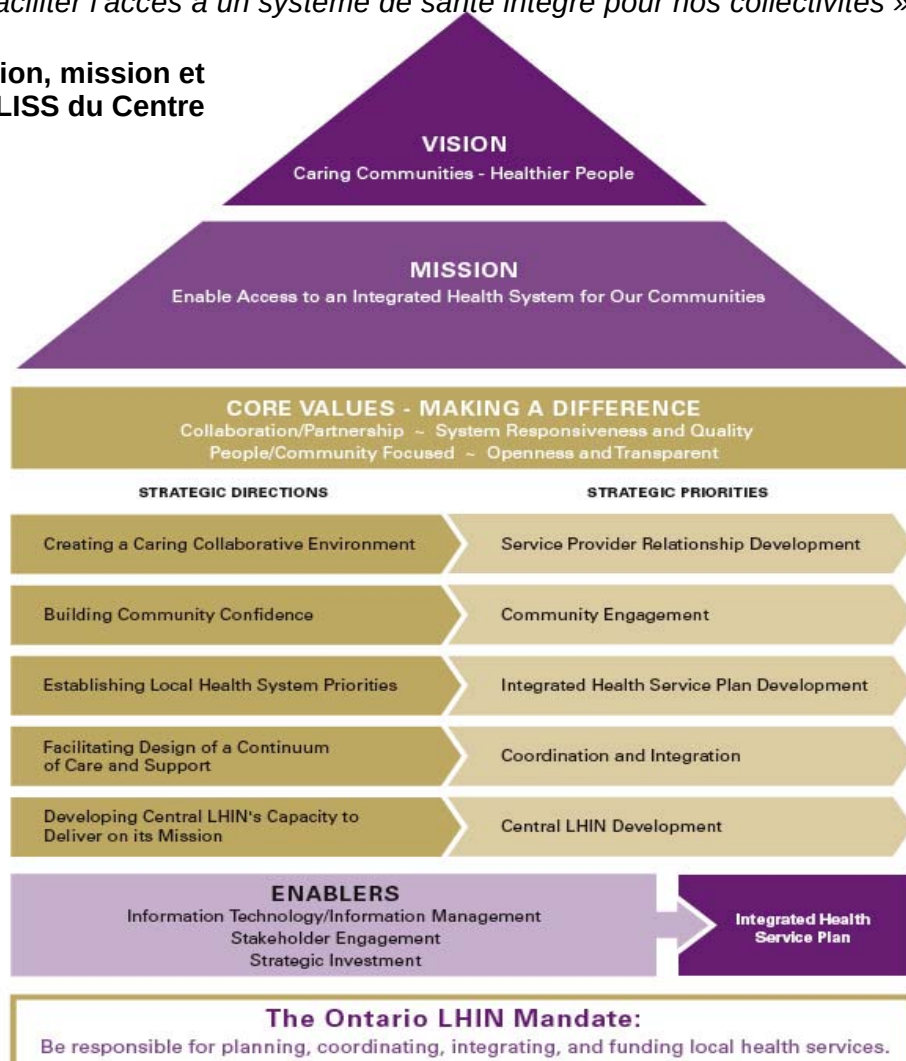
**Vision : Des collectivités compassionnelles pour une population en meilleure santé**



**Mission : Faciliter l'accès à un système de santé intégré pour nos collectivités**

Le concept à l'origine des collectivités compassionnelles est le suivant : les nombreuses collectivités du RLISS – entités géographiques, groupes ethniques et communautés d'intérêts ou de croyances – doivent travailler ensemble à la création de milieux compassionnels. Cela signifie s'occuper du mieux-être des résidents et dispenser des services de soins. À l'appui de cette vision, la mission consiste à « faciliter l'accès à un système de santé intégré pour nos collectivités ».

**Figure 2 : Vision, mission et Valeurs du RLISS du Centre**

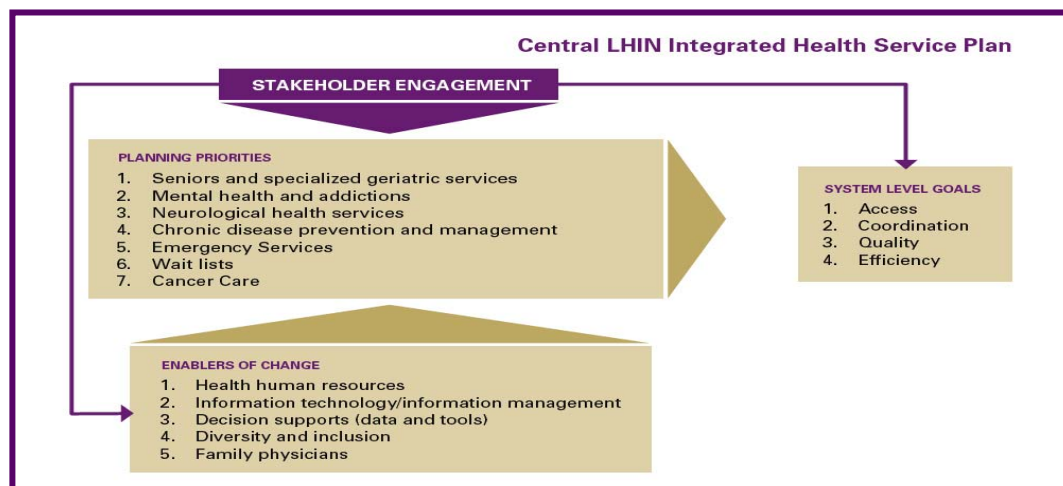


## 2.2 Aperçu des programmes et activités actuels et futurs

La majorité des priorités mentionnées dans ce PSA a été cernée dans le PSSI, mais certaines priorités ont été fixées par le MSSLD et la collectivité après l'achèvement du PSSI en octobre 2006.

Les priorités dérivées du PSSI sont énoncées ci-après.

**Figure 3 : Priorités provenant du Plan de services de santé intégrés**



Sept nouvelles priorités ont été fixées par le MSSLD et/ou la collectivité après la présentation du PSSI :

1. Technologie de l'information et gestion de l'information (également identifiés comme des catalyseurs par le RLISS)
2. Soins palliatifs et soins au terme de la vie
3. Autres niveaux de soins
4. Services en français
5. Services pour les peuples autochtones
6. Planification des services hospitaliers
7. Participation communautaire et communications

Conformément aux priorités énoncées dans le PSSI et aux nouvelles priorités, le RLISS du Centre a mis sur pied plusieurs groupes de planification. Ces groupes (qui figurent au tableau 1), dont les membres sont issus de la collectivité des intervenants, sont d'importantes ressources communautaires qui aident le RLISS et ses partenaires à réaliser les changements décrits dans ce PSA.

**Tableau 1 : Groupes de planification du RLISS du Centre et activités auxquelles ils contribuent actuellement**

**Central LHIN**  
**Overview of Current Activities\***

| Overview of Current Activities                                      |                                                              |                                             |                                     |                                        |                                                                                                                 |                                         |                                   |                               |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Integrated Health Service Plan – Priorities Planning Groups         |                                                              |                                             |                                     |                                        |                                                                                                                 |                                         |                                   |                               |
| Seniors Advisory Network                                            | Chronic Disease Management Advisory Network                  | Mental Health & Addictions Advisory Network | Wait Times Strategic Planning Group | Neurological Services Advisory Network | Cancer Services<br>Cancer Care Ontario/<br>Southlake<br>Regional Health Centre regional cancer program planning | Emergency Services<br>(to be initiated) |                                   |                               |
| Doorways to Care – System Navigation Work Group                     | Self Management Work Group                                   | Communications Work Group                   |                                     | Neurological Service Provider Forums   |                                                                                                                 |                                         |                                   |                               |
| Transportation Work Group                                           |                                                              | Resource Allocation Work Group              |                                     |                                        |                                                                                                                 |                                         |                                   |                               |
| Long Term Care Work Group                                           | Education and Best Practices Work Group                      | Diversity Work Group                        |                                     |                                        |                                                                                                                 |                                         |                                   |                               |
| Senior Friendly Work Group                                          |                                                              | Education Work Group                        |                                     |                                        |                                                                                                                 |                                         |                                   |                               |
| Specialized Geriatric Services Work Group                           | System Design and Service Coordination for diabetes patients | Primary Care Work Group                     |                                     |                                        |                                                                                                                 |                                         |                                   |                               |
|                                                                     |                                                              | Consumer/Survivor Network                   |                                     |                                        |                                                                                                                 |                                         |                                   |                               |
| Integrated Health Service Plan – Enabler Advisory Groups            |                                                              |                                             |                                     |                                        |                                                                                                                 |                                         |                                   |                               |
| Health Human Resources Advisory Group                               | IM/IT eHealth Advisory Group                                 | Decision Support Advisory Group             | Family Physician Advisory Group     | Diversity & Inclusion Advisory Group   | Health Professionals Advisory Group                                                                             |                                         |                                   |                               |
| Central LHIN – Other Planning Activities                            |                                                              |                                             |                                     |                                        |                                                                                                                 |                                         |                                   |                               |
| Palliative and End-of-Life Care Network                             | Vascular Surgery Services Work Group                         | Cardiac Panel                               | Vaughan CHC                         | Urgent Care Centre pilots              | Hospital Services Capacity                                                                                      | Regional Infection Control Network      | other provincial and GTA Networks | Access and Coordination Panel |
| Stakeholder Engagement/ Regional Stakeholder Group (Advisory Group) |                                                              |                                             |                                     |                                        |                                                                                                                 |                                         |                                   |                               |
| Performance & Accountability Monitoring Work Group                  |                                                              |                                             |                                     |                                        |                                                                                                                 |                                         |                                   |                               |

\* does not include Central LHIN involvement in cross LHIN activities and/or activities led by other organizations/groups e.g. Pandemic Planning

### 3 ANALYSE DU CONTEXTE DES OPPORTUNITÉS ET DES RISQUES

Le RLISS du Centre a élaboré son PSA dans le contexte des priorités et des stratégies provinciales et d'un examen du contexte extérieur. L'élaboration du plan a également occasionné une participation exhaustive et continue des intervenants à des tables rondes et à des rencontres communautaires avec les personnes qui vivent ou offrent des services dans le RLISS du Centre, aux discussions du conseil d'administration du RLISS, aux réunions des groupes de planification du RLISS, à une évaluation des besoins et aux travaux de conception.

L'analyse du contexte, le processus de participation communautaire et les examens internes effectués par le RLISS ont soulevé un commun dénominateur, à savoir les lacunes inhérentes à la prestation de services aux collectivités du RLISS. Une analyse initiale a été effectuée pour déterminer l'origine historique de cette incapacité, les secteurs de lacunes et la façon de traiter le problème de l'insuffisance des services d'une manière responsable sur le plan financier.

Le PSA repose essentiellement sur le problème de l'insuffisance des services. Le règlement de ce problème exigera une transformation de fond qui mènera aux changements requis pour desservir les collectivités du RLISS. Ces changements correspondent entièrement à l'orientation stratégique du MSSLD qui fait de l'accès la priorité clé. La capacité d'offrir des services aux résidents à proximité de leur domicile est, par conséquent, l'objectif premier que le RLISS s'est fixé dans ce PSA.

À cet égard, le RLISS du Centre accueille favorablement la construction d'un nouvel hôpital à Vaughan annoncée par le gouvernement de l'Ontario. Le nouvel hôpital sera l'une des solutions au problème de l'insuffisance des services. Mais, bien que ce soit une bonne nouvelle pour le RLISS et ses collectivités, rappelons-nous que cinq ans s'écouleront avant que ce projet contribue à soulager les lacunes des services et qu'il se limitera en grande partie aux services du secteur institutionnel. Or, il reste une lacune immédiate, notamment dans le secteur des services communautaires, à l'échelle du RLISS.

Cette analyse du contexte a d'abord porté sur les enjeux liés à la population et leurs risques et opportunités. Le risque s'entend de la probabilité qu'un événement susceptible d'avoir une incidence sur l'atteinte des objectifs survienne. Il importe de noter qu'il peut représenter une opportunité non réalisée ou une menace à l'atteinte des objectifs. L'analyse du contexte présente ensuite les risques et opportunités liés aux priorités identifiées dans le PSSI du RLISS et aux nouvelles priorités. Elle résume ensuite les constatations tirées de ces éléments et cerne par la suite plusieurs autres questions qui sont prises en compte dans ce PSA.

#### **3.1 Enjeux liés à la population**

##### **Densité de la population**

La figure suivante présente la densité de population dans le RLISS du Centre. La majorité de la population est concentrée dans la partie Centre-Sud du RLISS (Toronto nord et partie sud de York), bien qu'il y ait un corridor de densité modérée vers le nord et le sud ancré sur la rue Yonge et les principales routes de dégagement nord-sud adjacentes.

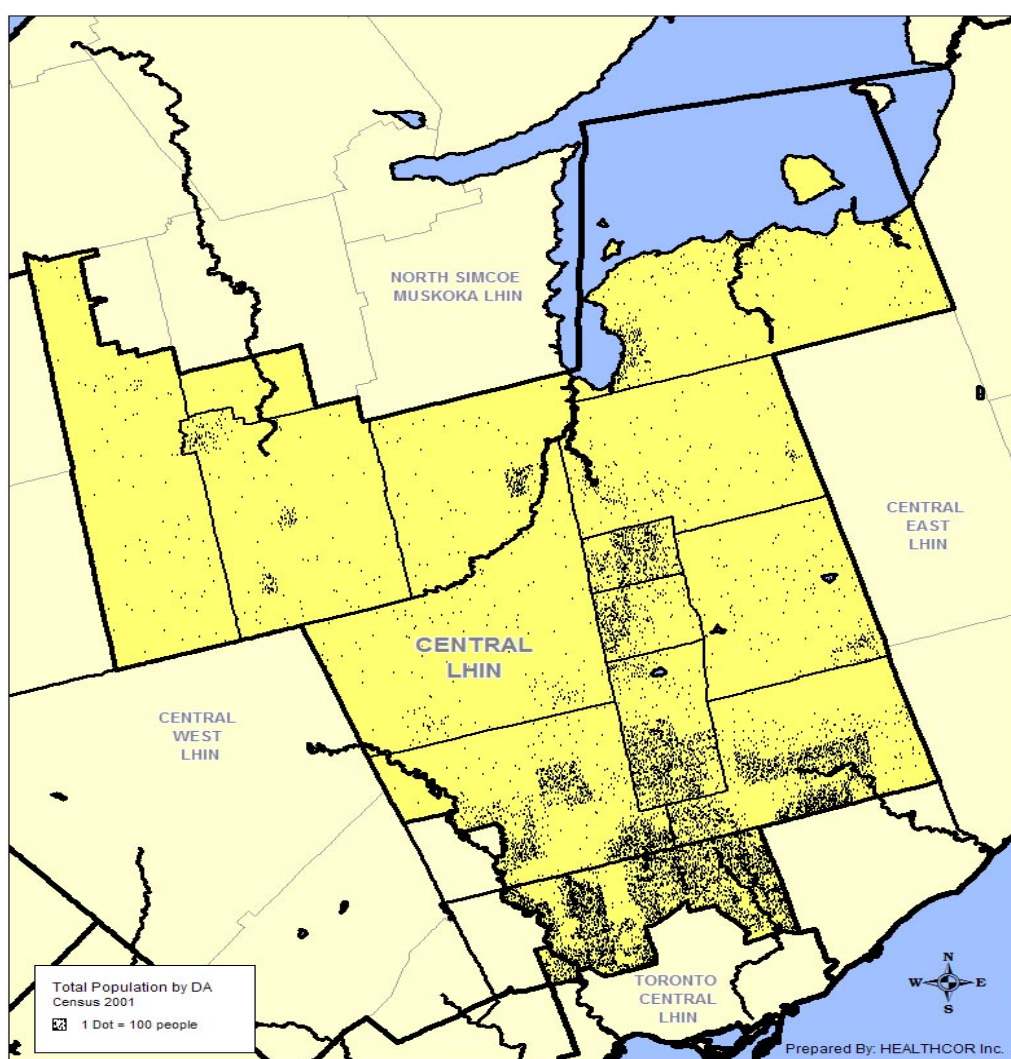
Cette densité de population présente un risque :

- Les besoins de la vaste et densément peuplée partie Centre-Sud du RLISS peuvent éclipser ceux des résidents des régions rurales et semi-rurales situées plus au nord – besoins rendus encore plus complexes par les problèmes de transport découlant des grandes distances à parcourir pour obtenir des services dans les régions densément peuplées.

Cette densité de population présente une opportunité :

- La concentration de la population dans la partie Centre-Sud du RLISS favorise les économies d'échelle. Les emplacements où sont offerts les services et programmes peuvent être plus grands dans une région où la population est importante et concentrée.
- Il est parfois plus facile de coordonner les services lorsque ceux-ci sont regroupés dans une région où la population est agglomérée.

**Figure 4 : Densité de population dans le RLISS du Centre**



Population du RLISS du Centre selon les aires de dissémination, recensement de 2001 (1 point = 100 personnes)

## Effectif et taux de croissance de la population

Le RLISS du Centre est le plus densément peuplé des RLISS et il abrite 1,66 million de personnes, soit environ 12,9 de la population de l'Ontario. Sa région est une des plus dynamiques de la province. Elle a affiché un taux de croissance annuel de 3,3 % au cours de la dernière décennie. On prévoit que la population continuera d'augmenter au cours des dix prochaines années.

Une population importante et qui croît rapidement pose un risque :

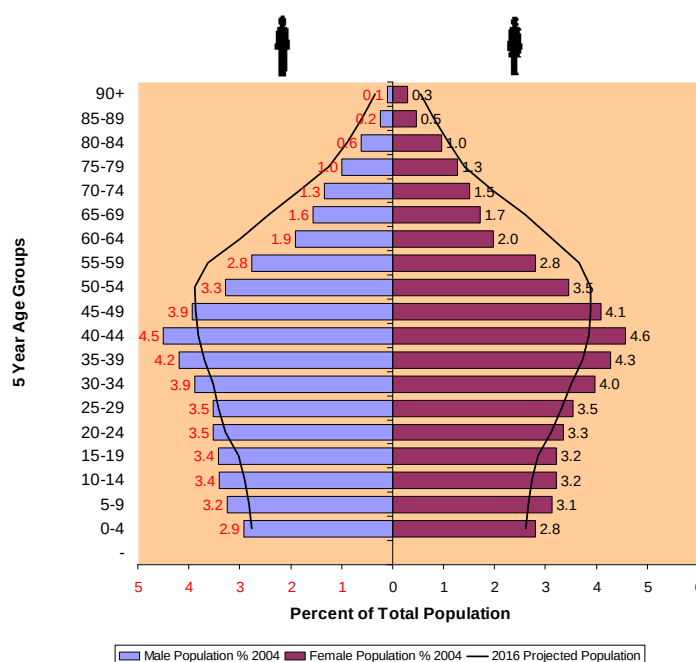
- La croissance de la population peut dépasser la croissance des services.
- À moins d'être compréhensive et prévoyante, la planification des services peut être inadéquate et ne pas rester à la hauteur de la taille et de la composition futures de la population. Dans le RLISS du Centre, la planification doit tenir compte du grand nombre de personnes qui ne vivent pas dans la région du RLISS, mais viendront y vivre à court et à moyen terme.

Cependant, une population importante et qui croît rapidement présente une opportunité :

- Une population importante peut fournir la masse critique nécessaire à la localisation d'une gamme de services spécialisés dans le RLISS (ce qui accroît l'accès aux services) sans risque appréciable d'une diminution de la population qui mènerait à des services surdimensionnés dans la collectivité.

Par ailleurs, la population du RLISS du Centre vieillira, comme le démontre la figure suivante.

**Figure 5 : Pyramide des âges du RLISS du Centre, 2004 et 2016**



La population du RLISS du Centre se déplacera vers le haut au cours des 12 prochaines années. Ce déplacement vers le haut signifie qu'il y aura un gonflement de la proportion d'ânés et une diminution de la proportion d'enfants et de jeunes. Or, la proportion d'ânés est un important indicateur des éventuels besoins de santé d'une population. Au cours des dix prochaines années, le RLISS verra une hausse

massive du nombre d'aînés comparativement à aujourd'hui. Les aînés de 65 ans et plus affichent la croissance annuelle la plus dynamique dans le RLSS. En fait, ce dernier se classe troisième parmi les RLSS de la province en ce qui a trait au nombre d'aînés. D'ici à 2017, on prévoit qu'il sera le RLSS qui comptera le plus grand nombre d'aînés de 65 ans et plus.

Ce déplacement vers le haut pose un risque :

- La planification et la prestation de services pour une population plus âgée peuvent tirer de l'arrière par rapport à la croissance de la population d'aînés.

Il présente également une opportunité :

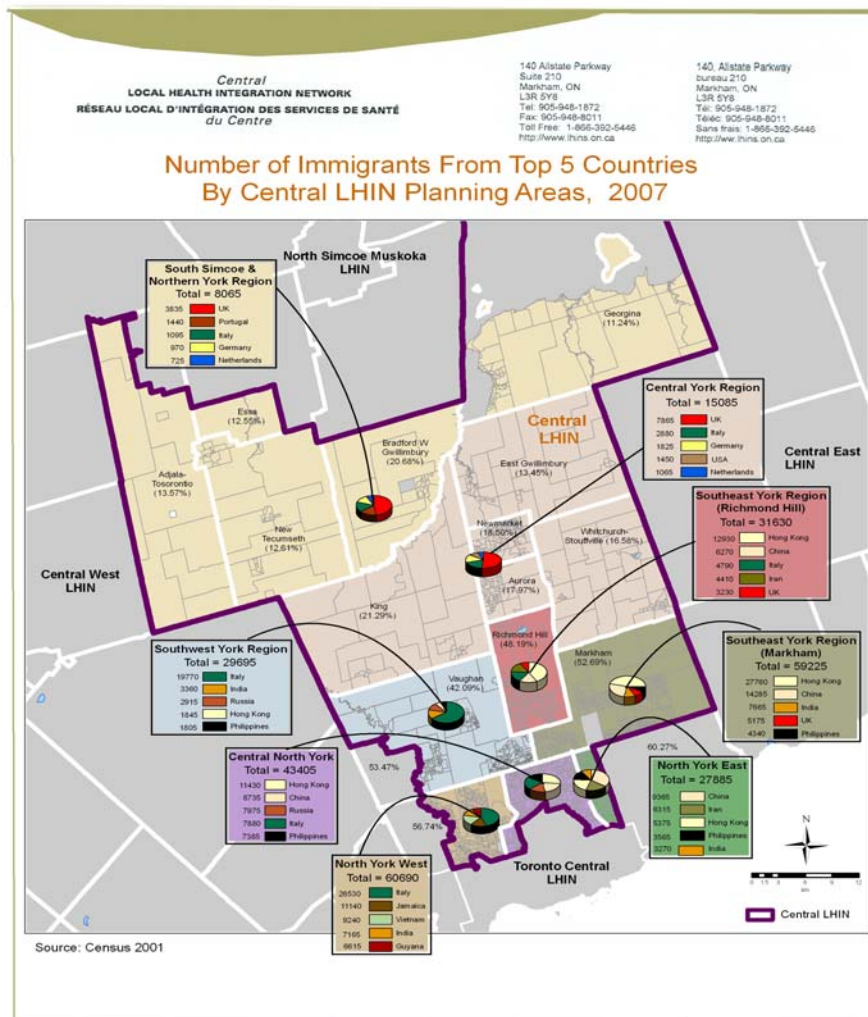
- Une population d'aînés plus importante peut fournir la masse critique nécessaire à la mise en œuvre de certains services spécialisés qui ne peuvent pas être offerts à l'échelle locale lorsque la population de base est plus petite.

Les résidents du RLSS du Centre proviennent de groupes ethniques plus diversifiés comparativement aux autres RLSS de la province. Il affiche la proportion la plus élevée d'immigrants de la province. Ces nouveaux arrivants sont concentrés dans plusieurs municipalités, particulièrement Toronto, Richmond Hill, Markham et Vaughan. Trente-six pour cent de notre population mentionnent qu'ils font partie d'une minorité visible. La partie nord de Toronto, Markham et Vaughan, sont les régions les plus aptes à avoir de la difficulté à offrir des services appropriés à la culture et à la langue à leurs différentes communautés.

Le RLSS du Centre a affiché un taux d'immigration élevé au cours des dernières décennies. La figure 6 illustre la composition de la population immigrante pour 2007. On constate que le nombre de minorités visibles et de nouveaux immigrants est presque le double de la moyenne provinciale.

Le RLSS du Centre compte une proportion relativement faible d'Autochtones, de Premières nations et de Francophones, mais sa planification tient compte de la nécessité d'offrir des services appropriés à la culture et à la langue de ces populations.

Figure 6 : Nombre d'immigrants provenant des cinq principaux pays d'origine, 2007



Une population importante, diversifiée et croissante composée de groupes ethnoculturels pose un risque :

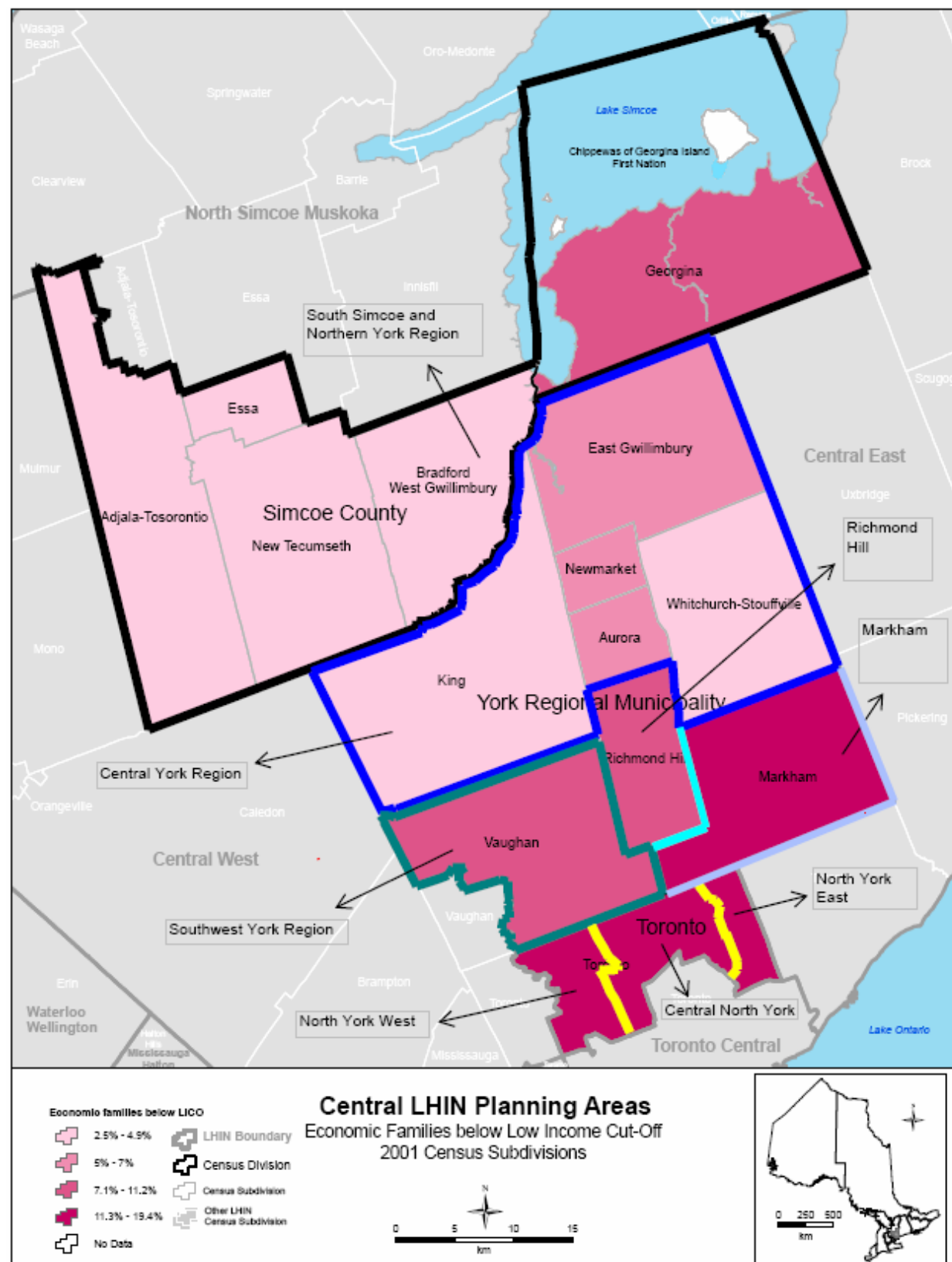
- Les fournisseurs de services de santé et de services sociaux du RLISS du Centre sont confrontés à des enjeux touchant la prestation de services appropriés à la langue et à la culture et l'acquisition de compétences culturelles devient un impératif.

### **Sous-régions de planification du RLISS**

Lorsque les données sur la population du RLISS du Centre (plus de 1,66 million de résidents) sont présentées uniquement à l'échelle du RLISS, les variations de l'état de santé et de l'accès aux services de santé sont masquées. Pour tenir compte de ces variations géographiques des tendances d'utilisation des services de santé et des caractéristiques démographiques, socio-économiques et de l'état de santé, le RLISS a cerné huit sous-régions de planification. Les données sur chacune de ces régions facilitent la planification des services de santé car elles permettent au RLISS de mieux comprendre les caractéristiques démographiques, les enjeux locaux sur le plan de la santé, les besoins précis des collectivités et les différences sur le plan de la santé à l'échelle du RLISS.

Le RLISS a cerné ces sous-régions de planification à l'aide d'une démarche fondée sur l'évaluation de la taille et de la répartition de la population, les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques et les tendances d'utilisation des services aux malades hospitalisés. Il se peut que le RLISS modifie les sous-régions lorsque de nouvelles données seront disponibles et que ses connaissances seront plus poussées.

Figure 7 : Sous-régions de planification du RLSS



## **3.2 Constatations clés révélant une capacité insuffisante pour offrir les services**

Cette sous-section présente les constatations clés de l'analyse du contexte du RLISS et des activités de participation des intervenants. Elle enrichit les constatations liées à la population décrites ci-dessus. Ces constatations ont étayé et orienté les priorités de changement du RLISS et l'élaboration du PSA et incluent les priorités actuelles et nouvelles du PSSI.

### **3.2.1 Services aux aînés et services gériatriques spécialisés (conformément au PSSI du RLISS du Centre)**

#### **Risques :**

Les préoccupations régionales en matière de santé incluent des difficultés à trouver l'information et à se déplacer au sein du système, exacerbées par le traitement insensible des aînés par certains fournisseurs de services.

Les maisons de soins de longue durée desservent les résidents difficiles (p. ex. les personnes ayant des troubles du comportement).

Les aînés ont des problèmes d'accès dus au manque de services ambulatoires en milieu hospitalier (dialyse et services gériatriques spécialisés, par exemple) et d'autres services spécialisés, ce qui engendre une sortie des clients et crée des problèmes de transport.

Il n'y a pas suffisamment de logements avec services de soutien pour les aînés.

Les pénuries de ressources humaines spécialistes des aînés (p. ex. gériatres) va continuer.

Le RLISS du Centre reçoit un financement par tête inférieur à la moyenne provinciale pour la plupart des secteurs, y compris le CASC. Cette situation multiplie les problèmes découlant de la mise en valeur des soins actifs à domicile dans la politique fédérale et provinciale et pourrait mener à l'érosion éventuelle de la proportion de financement octroyée aux maisons de soins de longue durée.

La planification pluriannuelle des services gériatriques spécialisés ne sera pas terminée avant la fin de l'automne ou le début de l'hiver.

#### **Opportunités :**

Quelques organismes recevant des fonds pour les services de soutien communautaire laissent entrevoir la possibilité d'optimiser la prestation des services en recourant à la coordination ou à la collaboration.

Les dirigeants des fournisseurs de services de santé peuvent fournir une direction ou un transfert des connaissances pour les activités axées sur le changement, notamment le continuum des soins de longue durée de la communauté chinoise, le programme de rayonnement intégré psychogériatrique, les champions hospitaliers des soins amicaux aux aînés, le programme Home at Last et les organismes pilotes du Projet de concertation pour la transition dans le Nord-Est.

La télémédecine offre l'opportunité d'améliorer les services et de minimiser les déplacements.

La stratégie Vieillir chez soi du MSSLD se concentrera sur l'augmentation de l'éventail et de la quantité de services mis à la disposition des aînés.

### **3.2.2 Prévention et gestion des maladies chroniques (conformément au PSSI du RLISS du Centre)**

**Risques :**

Des milliers de résidents de la région du RLISS du Centre sont atteints d'une ou de plusieurs maladies chroniques. Bon nombre de ces maladies et de leurs complications sont évitables. Environ 13 % de la population du RLISS âgée de plus de 12 ans souffrent d'arthrite ou de rhumatisme, 13 % font de l'hypertension artérielle, 7 % sont asthmatiques, 4 % sont diabétiques et 6 % ont une maladie du cœur. On estime que deux tiers des dépenses de santé sont consacrés au traitement des personnes atteintes de maladies chroniques, ce qui pose une menace à la viabilité du système de santé.

L'impact de l'incidence des maladies chroniques dans le RLISS du Centre augmentera parallèlement au vieillissement et à la croissance de la population au cours des dix prochaines années.

Les consultations avec les intervenants ont mis en lumière les difficultés qu'ont les personnes atteintes de maladies chroniques à trouver l'information et à se déplacer au sein du système. L'amélioration de l'accès et des déplacements au sein du système est tributaire du développement de l'inventaire d'infrastructures.

En 2004-2005, la prévalence du diabète ajustée selon l'âge était de 9,1 pour 100 personnes âgées de 20 ans et plus (on estime à 100 200 le nombre de diabétiques dans le RLISS). Les hôpitaux estiment que moins de 30 % des diabétiques utilisent les ressources disponibles telles que les cliniques éducatives sur le diabète.

**Opportunités :**

Le RLISS a appris que le MSSLD dirigera des projets de gestion et de prévention des maladies chroniques, ce qui présente l'opportunité de tirer parti d'une stratégie provinciale qui clarifierait les rôles du RLISS et du MSSLD dans le secteur de la gestion des maladies chroniques.

Le réseau consultatif de la gestion et de la prévention des maladies chroniques du RLISS est représenté par des intervenants et des participants enthousiastes qui siègent aux groupes de travail.

Il y a des possibilités de partenariats avec des groupes sans but lucratif (p. ex. l'Association canadienne du diabète).

La télémédecine peut renforcer les services offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques (p. ex. en utilisant les soins à domicile télématiques et en appuyant les consultations avec les médecins spécialistes éloignés).

**3.2.3 Santé mentale et toxicomanie (conformément au PSSI du RLISS du Centre)****Risques :**

Le RLISS estime à 30 858 le nombre de personnes ayant besoin de services de santé mentale en utilisant les estimations de population de 2004 et en appliquant un taux d'incidence de 2 % pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Les rapports du SIG (2006) révèlent que les organismes hospitaliers et communautaires ont dispensé des services à 10 711 personnes atteintes de troubles mentaux graves. Les recherches démontrent que 30 % des personnes atteintes de troubles mentaux abusent également des substances psychotropes et que 37 % des personnes qui font une consommation excessive d'alcool sont également atteintes de troubles mentaux<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Skinner W. et autres (2004). Concurrent substance use and mental health disorders: An information guide. Toronto : CTSM

Les lacunes des services dans le RLISS frappent, notamment, les secteurs suivants : logements avec services de soutien, gestion de cas, soutien familial, services d'emploi, services professionnels et traitement des troubles concomitants<sup>2</sup>.

Pour les 950 860 résidents de la région du Nord du RLISS (région de York et Simcoe Sud), les programmes de gestion du sevrage axés sur les foyers de groupe les plus proches sont situés à Barrie et à Toronto. Ils peuvent avoir accès aux programmes communautaires, mais ces derniers s'adressent uniquement aux personnes vivant dans un milieu sûr et sain et dont le sevrage porte sur des substances particulières. Les forces policières refusent souvent d'emmener les personnes qui requièrent des services de désintoxication à l'extérieur de leur territoire, ce qui entraîne des hospitalisations ou des incarcérations inappropriées.

Les réfugiés et les immigrants peuvent avoir des troubles mentaux ou des tendances à la toxicomanie liés à la guerre, à la guerre civile, aux catastrophes naturelles, à la torture ou à la perte d'êtres chers. Ils ont parfois de la difficulté à trouver un emploi ou à faire reconnaître leurs titres de compétences et ne savent pas toujours comment fonctionne le système de santé canadien (occidental traditionnel). Les immigrants ont souvent des valeurs et des croyances différentes en ce qui a trait aux troubles mentaux et aux toxicomanies. Étant donné que presque la moitié de la population du RLISS est immigrante<sup>3</sup>, il y a d'énormes enjeux sur le plan des services.

Les services communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie sont moins bien rémunérés que ceux qui sont offerts en établissement, ce qui entrave le recrutement et la rétention de personnel qualifié dans le secteur communautaire.

Les services de santé mentale pour les enfants sont subventionnés par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et ne relèvent pas du mandat du RLISS. Ils ne sont pas bien intégrés au système pour les adultes, ce qui entraîne des écarts de services pour les jeunes qui sont rendus à l'âge de la transition d'un système à l'autre.

### **Opportunités :**

Le RLISS du Centre a participé à la planification de cette initiative, qui regroupera les fournisseurs de services aux enfants, aux jeunes et aux adultes des secteurs de l'éducation, de la justice, de la santé et des services sociaux. Il y aura ainsi des partenariats et des possibilités d'intégration.

#### **3.2.4 Temps d'attente (conformément au PSSI du RLISS du Centre)**

### **Risques :**

La Stratégie de réduction des temps d'attente est dirigée et financée par le MSSLD. Ce dernier a octroyé des subventions uniques pour la stratégie, mais l'entente sur la responsabilisation entre le ministère et le RLISS définit des objectifs pour trois exercices ultérieurs. Les temps d'attente sont une priorité du PSSI et l'interruption du soutien du MSSLD pour les exercices ultérieurs pose un risque.

Le RLISS du Centre n'atteint pas les cibles provinciales dans les secteurs de l'imagerie par résonance magnétique et la tomodensitométrie. Le RLISS a reçu plusieurs propositions d'hôpitaux souhaitant accroître la capacité. Il discute de ces propositions avec le MSSLD car, pour que les cibles provinciales soient atteintes, celui-ci devra contribuer à l'achat de nouveaux appareils et/ou à l'embauche de personnel de soutien.

<sup>2</sup> Réseau de la santé mentale et des toxicomanies du RLISS du Centre (2006). Building a Mental Health and Addictions System, Toronto

<sup>3</sup> Recensement de 2001, Statistique Canada

**Opportunités :**

Le RLISS du Centre a lancé des modèles de collaboration innovateurs (p. ex. centres à volume élevé et évaluations communes) pour améliorer le rendement.

Le nouvel hôpital pour Vaughan annoncé par le MSSLD est une opportunité.

**3.2.5 Services neurologiques (conformément au PSSI du RLISS du Centre)****Risques :**

Les problèmes associés aux services neurologiques comprennent le transport inadéquat pour l'obtention des services, particulièrement dans les collectivités rurales; l'insuffisance des services de soutien des familles ou des soignants; et le manque de services sensibles et appropriés à l'ethnie et à la culture.

Certains organismes n'ont pas suffisamment de ressources pour desservir les clients rapidement et efficacement et le retrait unilatéral des services est survenu par le passé.

Les problèmes d'accès, de coordination et de déplacement au sein du système qui touchent les personnes atteintes de troubles neurologiques sont exacerbés par la nécessité, pour les particuliers et les soignants, d'avoir recours à plusieurs systèmes de services, notamment les services financés par le MSSLD, les services des secteurs bénévole et philanthropique, d'autres services subventionnés par le gouvernement et des services et soutiens informels.

Les inventaires de services sont conçus à l'intention des organismes et n'aident pas les usagers à se déplacer au sein du système.

Les données locales inadéquates sur la prévalence et l'incidence entravent la planification et la surveillance de l'état de santé et des services dans le cas des personnes atteintes de troubles neurologiques.

Un cadre plurisectoriel de services neurologiques s'impose à des fins de planification du système et des services.

Le PSSI du RLISS n'énonce pas de stratégie pour les services de réadaptation ou les logements avec services de soutien à l'appui de la planification des services neurologiques.

**Opportunités :**

Les personnes atteintes de troubles neurologiques et leurs soignants ont des besoins communs dans plusieurs secteurs (p. ex. soutien des soignants, réadaptation, transport et déplacements au sein du système). La mise en œuvre de deux autres priorités du PSSI (aînés et gestion et prévention des maladies chroniques) pourrait créer des synergies dans ces mêmes secteurs.

Les organismes régionaux offrant des services neurologiques spécialisés sont situés dans le RLISS du Centre (p. ex. un hôpital de réadaptation et des organismes desservant les personnes atteintes d'aphasie). Ils appuient les autres fournisseurs de services et dispensent des services spécialisés à proximité du domicile.

Plusieurs réseaux offrent un savoir-faire et des ressources au RLISS et à la collectivité. Ce sont deux réseaux sur les accidents vasculaires cérébraux, le Greater Toronto Area (GTA) Rehabilitation Network et le Toronto Acquired Brain Injury (ABI) Network.

Les entités actuelles, notamment le CASC du Centre et le GTA Rehabilitation Network, ont un éventail de services dont on peut tirer parti pour bâtir un ensemble de services d'envergure systémique.

**3.2.6 Services de cancérologie (conformément au PSSI du RLISS du Centre)**

**Risque :**

Si les plans ne sont pas achevés ou mis en œuvre, on risque d'être incapable d'assurer et de renforcer l'accès à des services de cancérologie appropriés et efficaces qui perdureront pour les résidents du RLISS et seront dispensés par des praticiens qualifiés.

**Opportunité :**

Le comité directeur du programme régional de cancérologie du RLISS dirige le continuum des services de cancérologie fournis dans le RLISS. Le comité concentre ses efforts sur l'accès, la qualité et l'efficacité des services de cancérologie destinés aux résidents.

**3.2.7 Services d'urgence (conformément au PSSI du RLISS du Centre)****Risque :**

Si les services d'urgence ne sont pas planifiés adéquatement et financés en tant que sous-système intégré, les discontinuités et les lacunes pourraient sérieusement menacer la vie, la santé et le rétablissement des personnes confrontées à une urgence.

**Opportunités :**

L'Hôpital général de North York, le Centre de santé régional de Southlake et le CASC du Centre sont des projets pilotes pour le Projet de concertation pour la transition dans le Nord-Est. Ce projet (particulièrement le volet équipe d'amélioration) offre au RLISS l'opportunité de réexaminer les démarches d'amélioration du rendement réussies susceptibles d'affecter les services d'urgence, l'objectif éventuel étant de mettre les démarches en œuvre dans tous les hôpitaux et dans la collectivité.

Le projet dirigé par le MSSLD, portant sur une collaboration étroite avec les RLISS, les hôpitaux et les professionnels de la santé, visant à mettre en œuvre une stratégie exhaustive pour les salles d'urgence, pourrait offrir au RLISS du Centre l'occasion de régler les problèmes locaux liés aux services d'urgence.

**3.2.8 Technologie de l'information et gestion de l'information****Risques :**

La moitié des fournisseurs de services du RLISS ne sont pas branchés au réseau sécurisé de l'ASIS. Un seul fournisseur (hôpital) a mis en œuvre le courriel sécurisé. Deux organismes qui ont achevé la plupart des étapes de mise en œuvre du courriel sécurisé attendent que l'ASIS mette la connectivité à niveau.

La Stratégie sur la cybersanté lancée par le RLISS du Centre et le conseil sur la cybersanté (juillet) a été remaniée et correspond maintenant au PSSI du RLISS; cependant, aucun financement spécial n'a été octroyé à la mise en œuvre de projets de cybersanté.

Les grands fournisseurs de services de santé octroient des ressources à la cybersanté, mais participent à diverses initiatives provinciales de cybersanté (p. ex. Stratégie de réduction des temps d'attente, Répertoire principal ontarien des patients (RPOP), système de soins aux malades en phase critique, Projet de mise à niveau du réseau de l'ASIS), ce qui leur laisse peu de ressources humaines ou financières à investir dans les priorités de cybersanté du PSSI.

De nombreux petits fournisseurs de services de santé octroient peu ou pas de ressources à la technologie de l'information, ce qui les empêche de participer aux projets de cybersanté.

L'ASIS rapporte qu'elle a peu de fonds à consacrer à la mise en œuvre de la connectivité et du courriel sécurisé. Or, l'achèvement de ce projet dans le RLISS du Centre exige que l'ASIS affecte des ressources aux fournisseurs de services de santé de la région.

On n'a pas déterminé l'avancement de la mise en œuvre de la connectivité et du courriel sécurisé parmi les médecins et le plan de travail et les calendriers nécessaires à la mise en œuvre ne sont pas terminés. Or, les avantages de la connectivité et du courriel sécurisé du RLISS seront réalisés seulement si les médecins mettent en œuvre des initiatives semblables.

Il n'y a pas de partage direct de renseignements ou de plans entre les projets de cybersanté mis en œuvre par les médecins par le truchement d'OntarioMD et les projets de cybersanté du RLISS.

### **Opportunités :**

Le MSSLD a alloué des fonds de planification et de coordination en juillet 2007 à l'appui de la mise en œuvre du projet de connectivité et de courriel sécurisé et d'autres initiatives de cybersanté.

À l'automne 2007, les conseils des RLISS du Centre et de Toronto Centre ont avalisé la création d'un conseil de la cybersanté et d'un Bureau de gestion de projet (BGP) commun pour les deux RLISS et l'élaboration d'une nouvelle stratégie de cybersanté mixte. Le conseil élabore présentement la stratégie qui misera sur les premières stratégies de cybersanté formulées par chacun des RLISS, les progrès réalisés jusqu'à ce jour et la Stratégie de cybersanté provinciale.

Une collaboration entre les deux RLISS améliorera les services, étant donné qu'il y a beaucoup de va-et-vient de patients entre les hôpitaux et les organismes communautaires dans ces RLISS.

Un hôpital a mis en œuvre le programme de courriel sécurisé de l'ASIS, quatre sont en voie de le faire et un a reporté la mise en œuvre. Un fournisseur de services de soins de longue durée a achevé la mise en œuvre du courriel sécurisé, deux fournisseurs de services de santé mentale ont presque terminé et huit organismes de services communautaires ont entamé le processus.

Le comité a commencé de mettre en œuvre la priorité de son plan stratégique : les projets de connectivité et de courriel sécurisé. Avec l'aide de l'ASIS et du personnel du RLISS, il a distribué des renseignements à tous les fournisseurs et les activités de suivi sont en cours. Plus de la moitié des fournisseurs sont maintenant branchés au réseau sécurité de l'ASIS.

### **3.2.9 Soins palliatifs et soins au terme de la vie**

#### **Risques :**

Nonobstant l'objectif de la Stratégie de l'Ontario concernant les soins en fin de vie de transférer les soins au terme de la vie à la collectivité, 75 % des gens décèdent à l'hôpital<sup>4</sup> et entre 80 et 90 % des personnes atteintes d'une maladie terminale préfèrent mourir chez elles<sup>5</sup>.

Le RLISS offre peu de services communautaires de soins palliatifs et de soins au terme de la vie. Il compte un seul hospice (situé à Richmond Hill).

#### **Opportunités :**

Le MSSLD a identifié la région de York comme étant une région prioritaire pour des soins palliatifs en milieu résidentiel et a demandé qu'on entame la planification d'un hospice de dix lits.

Le RLISS du Centre élabore un réseau de soins palliatifs et de soins au terme de la vie pour améliorer la qualité de ces soins, mettre en valeur l'innovation en matière de services, créer des possibilités d'intégration et planifier des soins palliatifs en milieu résidentiel améliorés.

### **3.2.10 Services en français**

#### **Risques :**

Le défaut de régler les enjeux liés à la santé des Francophones risque d'entraver l'accès aux services en français et l'efficacité de ceux-ci.

#### **Opportunités :**

L'ancien bureau régional de Toronto du MSSLD a créé un Comité régional de planification de services de santé en français qui a pris de l'expansion pour inclure les RLISS de la Région du Grand Toronto. Le RLISS du Centre peut miser sur le plan de travail et les objectifs de ce comité pour améliorer l'accès aux services en français et cerner des possibilités d'intégration dont bénéficieraient les Francophones du RLISS du Centre.

Le projet du MSSLD axé sur l'établissement d'entités de planification des services de santé en français offre au RLISS du Centre la possibilité de rejoindre et d'engager les Francophones.

### **3.2.11 Services pour les peuples autochtones**

#### **Risques :**

Le défaut de régler les enjeux liés à la santé des Autochtones des régions rurales et urbaines risque d'entraver l'accès aux services pour les Autochtones et l'efficacité de ces services.

#### **Opportunité :**

Le projet du MSSLD axé sur l'établissement d'entités de planification des services de santé pour les Autochtones offre au RLISS du Centre la possibilité de rejoindre et d'engager cette population.

<sup>4</sup> Dugeon, 2007; ACSP, 2004

<sup>5</sup> Brazil, 2005; Tang, 2003; Townsend et autres, 1990

### **3.2.12 Services hospitaliers**

#### **Risques :**

Les hôpitaux du RLISS du Centre ont cerné les priorités de planification exigeant des plans à l'échelle régionale. Depuis la mise en route du PSSI, les hôpitaux ont associé le RLISS à plusieurs dossiers, notamment les services d'obstétrique et d'accouchement; les services de chirurgie vasculaire; les services de dialyse; et les services d'ophtalmologie. On doit effectuer une évaluation du volume, de la disponibilité et de la répartition des services hospitaliers dans le RLISS pour :

- Influencer et cerner les possibilités d'intégration et de réaffectation pour améliorer l'efficacité du système
- Achever les travaux de planification qui étayeront le processus décisionnel du MSSLD au regard des services hospitaliers dans Vaughan
- Identifier des opportunités et des options pour aider le RLISS à satisfaire aux besoins de services
- Répondre aux besoins de la région du RLISS à l'aide d'une démarche équilibrée et équitable.

Une participation et une consultation communautaires seront requises, notamment un réexamen des programmes dispensés par les hôpitaux publics et privés du RLISS du Centre pour s'assurer qu'ils atteignent les objectifs du RLISS et de la collectivité.

Les hôpitaux souhaitent que l'on transforme l'actuel financement unique au titre de la Stratégie de réduction des temps d'attente en financement de base continu pour leur permettre d'offrir des emplois permanents aux professionnels comme les médecins et les infirmières, ce qui conférerait une stabilité au système.

#### **Opportunités :**

L'Hôpital général de North York, le Centre de santé régional de Southlake et le CASC du Centre sont des projets pilotes pour le Projet de concertation pour la transition dans le Nord-Est. Ce projet (particulièrement le volet équipe d'amélioration) offre au RLISS l'opportunité de réexaminer les démarches d'amélioration du rendement réussies.

### **3.2.13 Participation communautaire et communications**

#### **Risques :**

Si le RLISS du Centre ne fournit pas assez d'information sur ses travaux, il se peut que les intervenants reçoivent des renseignements inexacts d'autres sources. On court également le risque de donner de l'information en double à certains intervenants (les fournisseurs, par exemple) et insuffisamment de renseignements à d'autres (le public, par exemple).

Le LHIN renforce sa crédibilité et gagne la confiance des intervenants. Il ne peut faire cela sans un niveau approprié de communication et de participation, mais ses ressources sont insuffisantes.

Le manque de consensus avec la collectivité entravera la planification du RLISS et entachera sa crédibilité auprès de la collectivité – crédibilité qui est nécessaire à la mise en œuvre de changements au système.

#### **Opportunités :**

La participation communautaire fait partie du mandat du RLISS et renforce le rôle d'intendance du MSSLD.

Doté d'un plan et de ressources spécialisées, le RLISS du Centre peut s'assurer qu'il transmet des messages appropriés aux 1,66 millions de résidents et aux autres intervenants locaux (à l'aide de sa base de données qui comprend le nom de milliers d'intervenants intéressés).

De nombreux intervenants ont mentionné qu'ils souhaitent participer aux activités de planification du RLISS et ce dernier a la possibilité de continuer à les rejoindre.

Le RLISS a des antécédents d'activités de participation réussie à l'aide d'outils efficaces, ce qui pose des fondements solides pour une participation continue.

Le RLISS a un nouveau site Web qui présentera des renseignements à l'intention de tous les intervenants. La prochaine étape du développement du site Web mettra l'accent sur l'interactivité avec les intervenants.

### 3.3 Facteurs contextuels affectant le Plan de services annuel

Cette sous-section présente cinq facteurs contextuels qui affectent le Plan de services annuel du RLISS du Centre :

- Inducteurs de coût
- Enjeux transfrontaliers
- Hypothèses
- Évaluation des risques cernés par les fournisseurs de services de santé
- Facteurs liés aux finances, aux statistiques et à la diffusion de l'information
- Opportunités générales.

#### 3.3.1 Inducteurs de coût du RLISS du Centre

Plusieurs enjeux entravent la création d'un système de santé qui dispense des services appropriés et de qualité en vue de répondre aux besoins évolutifs et diversifiés des résidents du RLISS du Centre. Les inducteurs de coût suivants ont beaucoup d'influence :

- L'évolution démographique – une population croissante et vieillissante. Au cours de la dernière décennie, la population du RLISS a considérablement augmenté.

**Tableau 2 : Taux de croissance de la population, RLISS du Centre et Ontario, 2000-2006**

| Population du RLISS du Centre              | Année     |           |                           |                       |                                       |                                          |
|--------------------------------------------|-----------|-----------|---------------------------|-----------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| Description du groupe d'âge                | 2000      | 2006      | Taux de croissance cumulé | Croissance cumulative | Rapport croissance cumulée c. Ontario | Rapport croissance cumulative c. Ontario |
| Tous les groupes d'âge                     | 1 359 392 | 1 604 943 | 2,806 %                   | 18,063 %              | 2,001                                 | 2,073                                    |
| 65 ans et plus (inclut les 75 ans et plus) | 147 857   | 182 016   | 3,525 %                   | 23,103 %              | 1,835                                 | 1,910                                    |
| 75 ans et plus                             | 61 263    | 84 096    | 5,422 %                   | 37,270 %              | 1,576                                 | 1,657                                    |

| Population de l'Ontario     | Année |      |                           |                       |                                       |                                       |
|-----------------------------|-------|------|---------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Description du groupe d'âge | 2000  | 2006 | Taux de croissance cumulé | Croissance cumulative | RLISS du Centre en % de la population | RLISS du Centre en % de la population |

| Population du RLISS du Centre              | Année      |            |         |          | de l'Ontario 2001 | de l'Ontario 2006 |
|--------------------------------------------|------------|------------|---------|----------|-------------------|-------------------|
|                                            |            |            |         |          |                   |                   |
| Tous les groupes d'âge                     | 11 483 541 | 12 484 234 | 1,402 % | 8,714 %  | 11,838 %          | 12,856 %          |
| 65 ans et plus (inclut les 75 ans et plus) | 1 407 828  | 1 578 101  | 1,921 % | 12,095 % | 10,502 %          | 11,534 %          |
| 75 ans et plus                             | 599 355    | 734 173    | 3,439 % | 22,494 % | 10,221 %          | 11,455 %          |

Source : PHPDB, 7 août 2007

Commentaires :

- 1) La croissance démographique est beaucoup plus rapide dans le RLISS du Centre que dans l'ensemble de la province
  - 2) Le taux de croissance des aînés du RLISS du Centre est beaucoup plus élevé que celui de l'Ontario
  - 3) Le RLISS du Centre abrite 12 % de la population de l'Ontario, mais en 2007-2008, il n'a reçu que 7,6 % du financement provincial total.
- L'augmentation des besoins de santé devance les investissements antérieurs dans les services de santé. Les besoins continuent d'être éperonnés par une population croissante et vieillissante.
  - On a besoin de fonds spéciaux pour l'achat de biens d'équipement et la mise à niveau des installations.
  - L'incidence nette de la croissance démographique et du financement stationnaire des dépenses de santé au cours de la dernière décennie a mené à des lacunes croissantes sur le plan de la prestation des services. Il s'est ensuivi une capacité insuffisante pour dispenser les services de santé, ce qui a exacerbé les pressions budgétaires pour les fournisseurs de services.
  - Le coût des salaires et des avantages sociaux, découlant notamment des ententes syndicales, reste un inducteur de coût majeur.
  - Le RLISS du Centre englobe 12,5 % de la population ontarienne et il offre 139 programmes de services de santé. Le budget connexe de 1,4 milliard de dollars représente 7,6 % des dépenses de santé de la province. Le RLISS du Centre se classe avant-dernier pour les dépenses de santé par tête, comme l'indique le tableau suivant.

**Tableau 3 : Dépenses par tête du MSSLD pour les RLISS de l'Ontario (des plus élevées aux moins élevées)**

| RLISS                            | Population* | Financement pour 2007-2008** | Par tête (\$) |
|----------------------------------|-------------|------------------------------|---------------|
| Toronto Centre                   | 1 166 395   | 3 820 476 500 \$             | 3 275 \$      |
| Nord-Ouest                       | 238 904     | 496 760 600 \$               | 2 079 \$      |
| Nord-Est                         | 559 271     | 1 076 556 500 \$             | 1 925 \$      |
| Sud-Ouest                        | 943 807     | 1 734 314 500 \$             | 1 838 \$      |
| Sud-Est                          | 489 315     | 842 983 800 \$               | 1 723 \$      |
| Hamilton Niagara Haldimand Brant | 1 392 106   | 2 198 571 300 \$             | 1 579 \$      |
| Champlain                        | 1 216 628   | 1 908 468 000 \$             | 1 569 \$      |
| Erie St. Clair                   | 661 291     | 841 934 900 \$               | 1 273 \$      |
| Simcoe Nord Muskoka              | 449 487     | 510 748 900 \$               | 1 136 \$      |

|                     |                   |                          |                 |
|---------------------|-------------------|--------------------------|-----------------|
| Centre Est          | 1 506 617         | 1 634 893 900 \$         | 1 085 \$        |
| Waterloo Wellington | 715 122           | 764 855 300 \$           | 1 070 \$        |
| Mississauga Halton  | 1 097 079         | 988 030 200 \$           | 901 \$          |
| <b>Centre</b>       | <b>1 654 112</b>  | <b>1 400 933 700 \$</b>  | <b>847 \$</b>   |
| Centre Ouest        | 784 278           | 539 215 300 \$           | 688 \$          |
| <b>Total</b>        | <b>12 874 412</b> | <b>18 758 743 400 \$</b> | <b>1 499 \$</b> |

\* Source : Estimations et projections pour les RLISS du ministère des Finances

\*\* Source : Données fondées sur la documentation d'une séance éducative à l'échelle du RLISS distribuée par le MSSLD à la réunion du 8 mars 2007

### **Sommaire, fournisseurs de services de santé et programmes :**

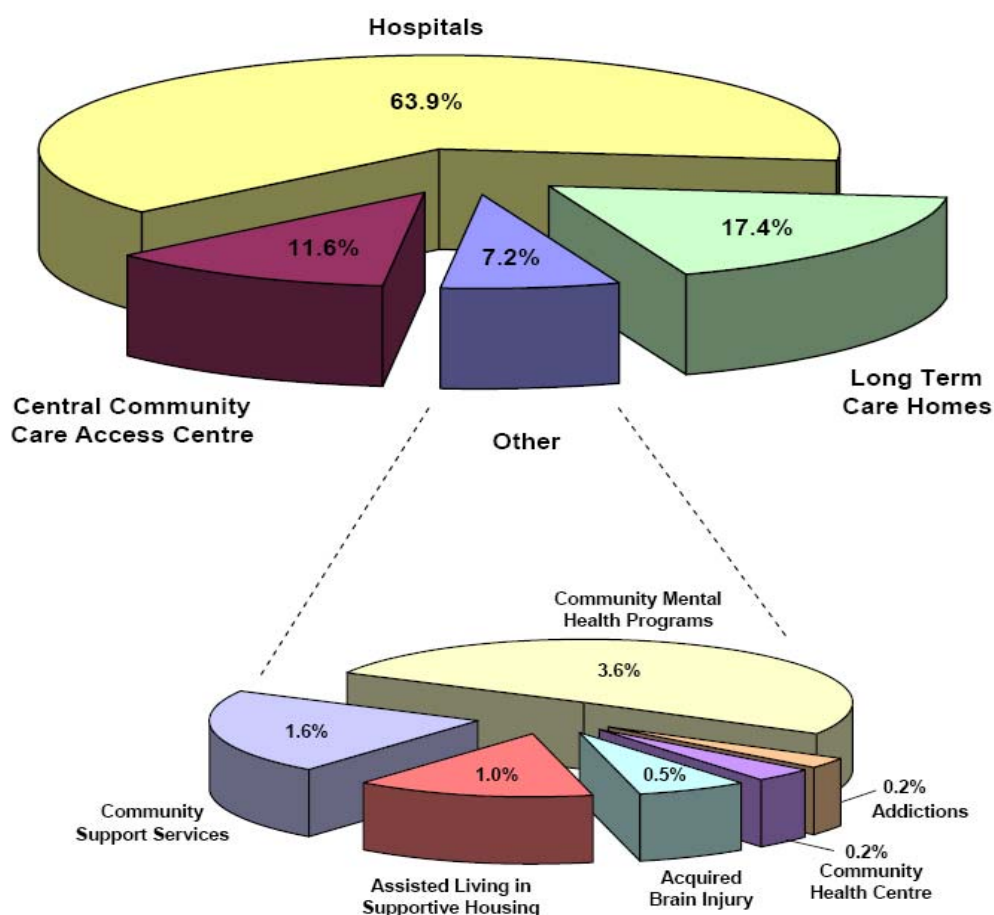
Dans le RLISS du Centre, 96 fournisseurs de services dispensent 139 services ou programmes de santé qui relèvent du mandat du RLISS. Le nombre de programmes et de services dans chaque secteur de service est indiqué au tableau 4.

**Tableau 4 : Sommaire des programmes découlant du mandat du RLISS du Centre**

| TYPE DE PROGRAMME                                           | NOMBRE DE PROGRAMMES |
|-------------------------------------------------------------|----------------------|
| Hôpitaux (publics et privés)                                | 10                   |
| Maisons de soins de longue durée                            | 47                   |
| Centre d'accès aux soins communautaires                     | 1                    |
| Services de soutien communautaire                           | 32                   |
| Aide à la vie autonome en logement avec services de soutien | 12                   |
| Centres de santé communautaire                              | 1                    |
| Programmes communautaires de santé mentale                  | 29                   |
| Programmes de lutte contre la toxicomanie                   | 7                    |
| <b>NOMBRE TOTAL DE PROGRAMMES</b>                           | <b>139</b>           |

Les hôpitaux reçoivent la majorité du financement, soit 936 millions de dollars ou 63,9 %. Les 47 maisons de soins de longue durée du RLISS reçoivent 254 millions (17,4 %), le Centre d'accès aux soins communautaires reçoit 169 millions ou 11,6 % et les programmes de soutien communautaire reçoivent 106 millions ou 7,2 %.

La figure suivante illustre le financement de base, par secteur, pour les fournisseurs de services du RLISS du Centre.

**Figure 9 : Financement de base du RLISS du Centre par secteur, 2007-2008**

### 3.3.2 Enjeux transfrontaliers

Les résidents du RLISS du Centre obtiennent des services de santé à l'extérieur de la région du RLISS et les résidents de l'extérieur de la région reçoivent des services dans le RLISS du Centre.

En 2006-2007, seulement 64 % des hospitalisations pour soins actifs dans RLISS du Centre ont eu lieu dans les hôpitaux du RLISS. Les résidents se sont procuré le reste des services hospitaliers auprès des hôpitaux des RLISS avoisinants.

Les résidents des RLISS avoisinants se tournent également vers les établissements du RLISS du Centre pour obtenir des services de santé, particulièrement s'ils offrent des services spécialisés.

Les rapports prestation-utilisation des services pour les congés après un séjour en soins actifs et les consultations en soins ambulatoires (y compris les consultations à l'urgence) sont inférieurs à 1,0. Ces rapports révèlent que le nombre de résidents du RLISS du Centre qui utilisent des hôpitaux situés à l'extérieur de la région est supérieur au nombre de non-résidents qui viennent dans le RLISS. Cela est particulièrement vrai pour les autres consultations en soins ambulatoires des résidents du RLISS qui sont survenues deux fois plus souvent dans les hôpitaux situés à l'extérieur de la région.

Étant donné que l'accessibilité à proximité du domicile reste un objectif clé du système de santé, ces renseignements contribuent à déterminer le niveau de ressources requis au sein du RLISS. Le RLISS du Centre semble connaître une sortie nette, ce qui prouve qu'il faut accroître la capacité locale pour pouvoir desservir un plus grand nombre de résidents.

### 3.3.3 Hypothèses

Le PSA est fondé sur six des hypothèses décrites ci-après. Pour déterminer si ces hypothèses sont exactes, il faudra clarifier les politiques du MSSLD et, dans certains cas, effectuer d'autres analyses de données.

1. Les affectations pluriannuelles octroyées dans le cadre de l'entente sur la responsabilisation entre le ministère et le RLISS du Centre vont jusqu'à la fin de l'exercice 2009-2010. Cependant, le ministère a ordonné aux RLISS d'élaborer des plans de services annuels couvrant la période qui se termine à la fin de l'exercice 2010-2011. La directive du MSSLD énoncée dans le document **Annual Service Plan – A Guide for LHINs**, section 2.2.5 (2), énonce que, lorsque le financement annuel total prévu est inconnu, on doit présumer qu'il est identique à celui de l'année précédente. Cette directive présume que la croissance sera nulle pour les hôpitaux en 2009-2010 et pour tous les secteurs en 2010-2011, ce qui est irréaliste.
2. On prévoit avoir besoin de 5 millions de dollars sur trois ans pour respecter la priorité accordée aux aînés et aux services gériatriques spécialisés dans le PSSI. Le RLISS présume que la source de financement pour ces initiatives sera la stratégie Vieillir chez soi du MSSLD.
3. Le RLISS du Centre comprend que le PSA porte uniquement sur les activités qu'il gère lui-même. Par conséquent, son PSA n'aborde pas les activités suivantes qui sont administrées par le MSSLD :
  - Les demandes de capitaux

- Les développements dans le secteur des soins primaires, notamment les équipes Santé familiale (malgré les liens avec les programmes gérés par le RLISS, tel le programme de centre de santé communautaire)
  - Les urgences dans le domaine de la santé publique, notamment la planification en cas de pandémie et les éclosions imprévues dans la collectivité.
4. La nouvelle formule de financement fondée sur le Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS) servira à répartir le financement incrémentiel/nouveau entre les RLISS. Elle sert d'outil à l'appui du renouvellement et du changement.

### 3.3.4 Évaluation des risques cernés par les fournisseurs de services de santé du RLISS du Centre

Dans une section antérieure, ce PSA a cerné les risques associés aux priorités actuelles et nouvelles. Les risques cernés par les fournisseurs de services de santé sont énumérés ci-après. Ces risques ont été soulevés dans un sondage de fournisseurs de services de santé sélectionnés effectué par le RLISS.

Ces solutions à court terme visent à réduire les contraintes de financement plutôt qu'à résoudre des enjeux systémiques à long terme. Une modification du mode de prestation des services peut souvent être positive à long terme et a tendance à améliorer l'efficacité. Cependant, en général, les autres modes de prestation des services ne sont pas utilisables à court terme.

Le sondage a révélé les grands thèmes communs à tous les secteurs. Ce sont (par ordre de priorité) :

1. Croissance et pressions démographiques
2. Mise en œuvre du PSSI
3. Gonflement des coûts excédant le financement
4. Jours consacrés aux autres niveaux de soins (ANS).

La croissance et les pressions démographiques ont été cernées de trois façons : croissance et pressions démographiques, temps d'attente et nouveaux programmes pour répondre aux besoins d'une population vieillissante.

Le tableau suivant résume les principaux enjeux soulevés par chaque secteur.

**Tableau 5 : Grands facteurs de risque identifiés par chaque secteur**

**Nota :** Les cellules mises en évidence représentent les facteurs liés à la croissance.

| Secteur                                 | Facteur                                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Toxicomanie                             | Temps d'attente                                                 |
|                                         | Nouveaux programmes                                             |
| Centre d'accès aux soins communautaires | Croissance et facteurs démographiques                           |
|                                         | Hausse du nombre de jours consacrés aux autres niveaux de soins |
|                                         | Ententes syndicales                                             |
|                                         | Fusion et restructuration du CASC                               |
| Santé mentale communautaire             | Ententes syndicales                                             |
|                                         | Croissance et facteurs démographiques                           |

|                                  |                                                                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Maisons de soins de longue durée | Nouveaux programmes                                                                   |
|                                  | Mise en œuvre du PSSI                                                                 |
|                                  | Ententes syndicales                                                                   |
|                                  | Nouveaux programmes                                                                   |
|                                  | Problèmes habituels de fonctionnement                                                 |
| Hôpitaux                         | Capital                                                                               |
|                                  | Croissance et facteurs démographiques                                                 |
|                                  | Problèmes habituels de fonctionnement                                                 |
|                                  | Financement unique lié à la signature des ententes de responsabilisation des hôpitaux |
|                                  | Hausse du nombre de jours consacrés aux autres niveaux de soins                       |
|                                  | Nouveaux programmes                                                                   |
|                                  | Ententes syndicales                                                                   |
|                                  | Financement et surveillance de la Stratégie de réduction des temps d'attente          |

Comme le démontre le tableau précédent, les fournisseurs de services de tous les secteurs ont cerné la croissance et les lacunes des services comme étant d'importants facteurs.

### 3.3.5 Facteurs liés aux finances, aux statistiques et à la diffusion de l'information

Le RLISS du Centre fait face à des contraintes financières majeures qui l'empêchent d'atteindre les priorités du PSSI et de respecter l'obligation d'avoir un budget équilibré énoncée dans l'entente sur la responsabilisation qu'il a conclue avec le MSSLD, et ce, pour les motifs suivants :

- Les pénuries de ressources humaines en santé (par exemple, le manque de gériatres auquel sont confrontés de nombreux fournisseurs de services de santé et leur clientèle et les pénuries graves de personnel dans les RLISS) peuvent empêcher le RLISS de mettre en œuvre les stratégies d'amélioration du PSSI.
- L'inéquation des sommes affectées à la croissance dans certains secteurs pose un risque majeur, comme indiqué à la section 7 du présent PSA (Sommaire financier par secteur).
- Le financement accordé par le MSSLD au titre de la Stratégie de réduction des temps d'attente est un financement unique limité à l'exercice 2007-2008, mais les objectifs de rendement énoncés dans l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS sont fondés sur l'hypothèse que le financement continuera. Le RLISS du Centre ne peut atteindre les objectifs en matière de temps d'attente cernés dans l'entente sans prolongement du financement.

Pareillement, le financement accordé à la réduction des temps d'attente pour permettre au Centre d'accès aux soins communautaires du Centre d'appuyer les services de réadaptation à domicile est un financement unique limité à l'exercice 2007-2008, mais la capacité du CASC à continuer d'offrir des services prioritaires aux personnes acheminées par les hôpitaux (services de réadaptation pour la hanche et le genou, par exemple) se fonde sur l'hypothèse que ce financement continuera.

- Le RLISS du Centre favorise une stratégie axée sur une hausse des dépenses dans le secteur communautaire destinée à diminuer les pressions sur le secteur institutionnel. Il s'inquiète de ce que les taux de croissance proposés par le MSSLD pour les affectations pluriannuelles sont inférieurs au

taux d'inflation en vigueur, ne couvriront pas les modalités des ententes syndicales et entraveront l'expansion des services du secteur communautaire. Un soutien inadéquat à la croissance de ce secteur pose un risque au renouvellement du système et pourrait avoir une incidence négative sur les problèmes des autres niveaux de soins qui existent actuellement.

L'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS oblige les RLISS à négocier les ententes sur les niveaux de service de 2008-2009 avec les hôpitaux. Or, dans le cadre du processus de négociation de 2007-2008, le MSSLD a fourni un financement unique et de base important aux hôpitaux pour obtenir la signature des ententes et leur affectation aux RLISS. Le RLISS du Centre fera sans doute face à des enjeux semblables avec ses hôpitaux en 2008-2009 et lors des exercices ultérieurs.

### 3.3.6 Opportunités générales

Le gouvernement de l'Ontario a créé les RLISS pour gérer les systèmes de santé à l'échelle locale et favoriser l'intégration. Cette décision permet de dégager et d'améliorer la valeur en créant un « environnement habilitant ». Cette section présente les facteurs essentiels à l'établissement d'un environnement habilitant favorable à la création d'opportunités et de valeur.

- a) La création d'incitations est un facteur de réussite décisif.

Les fournisseurs de services de santé du RLISS commencent à formuler des propositions d'intégration. Certaines d'entre elles sont en suspens et beaucoup d'autres sont anticipées. La capacité du RLISS à encourager un comportement favorable à l'intégration au niveau systémique est un facteur décisif pour l'augmentation des efficacies et la création d'un système plus viable. Le RLISS du Centre propose qu'on lui donne la souplesse nécessaire pour exploiter les économies et les efficacies découlant de l'intégration du système pour qu'il puisse encourager de nouveaux comportements.

- b) Le MSSLD a mis en œuvre des systèmes de gestion de l'information dans les secteurs des hôpitaux et de la santé mentale et de la toxicomanie. Cette initiative est en cours de mise en route dans le secteur des services de soutien communautaire; elle favorisera une présentation uniforme des rapports financiers et fournira aux RLISS des données financières et des renseignements sur le rendement qui étayeront les plans, le contrôle et le financement de la santé communautaire.
- c) Au cours des 30 dernières années, l'augmentation du financement des hôpitaux a pris la forme d'une majoration annuelle qui tient compte de la croissance et de l'établissement de nouveaux programmes. Contrairement aux autres fournisseurs de services de santé, les hôpitaux peuvent utiliser comme bon leur semble ce budget global qui représente la majorité de leur financement d'exploitation, et ce, même si leur entente sur la responsabilisation renferme un certain nombre d'indicateurs et d'engagements. Dans une grande mesure, la responsabilisation définie en termes d'attentes de services est minime. Il y a quelques exceptions, notamment les temps d'attente qui sont financés séparément hors de la sphère d'exploitation des hôpitaux. Un secteur d'opportunité et de valeur ajoutée sera dégagé par une analyse du financement de base des fournisseurs de services de santé dans le contexte du Plan de services de santé intégrés.
- d) Le début de la planification de services hospitaliers pour Vaughan annoncé par le MSSLD offre l'opportunité de réexaminer la prestation globale des services hospitaliers dans le RLISS du Centre. De même, l'annonce antérieure du MSSLD concernant un nouveau centre de santé communautaire,

également dans Vaughan, fournit l'opportunité d'examiner les services dans l'ensemble du RLISS et de se pencher sur les lacunes actuelles.

- e) La formule de financement fondée sur le Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS) mise en œuvre par le MSSLD contribuerait au renouvellement et au changement. Utilisée pour réviser le financement de base des fournisseurs de services de santé, elle contribuerait à augmenter le financement par tête des services de santé dans le RLISS du Centre. Or, l'augmentation du financement par tête permettrait aux résidents du RLISS d'obtenir leurs services de santé à proximité de leur domicile au lieu de se rendre dans les RLISS voisins.

## 4 PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES ENGAGEMENTS ET DES PRIORITÉS DU PSSI POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL

Cette section présente une description et une analyse détaillées des démarches que le RLISS du Centre entend adopter pour respecter les engagements du Plan de services de santé intégrés. Les nouvelles initiatives présentées par les fournisseurs de services de santé et les priorités du MSSLD sont décrites à la section 6.

Le niveau d'engagement à l'égard des initiatives décrites ci-après découlera de l'analyse des lacunes des services, de l'évaluation continue des besoins prioritaires de la collectivité, de la disponibilité des ressources et de l'évolution des orientations stratégiques et des priorités du MSSLD.

### 4.1 *Services aux aînés et services gériatriques spécialisés*

La priorité de changement pour les services aux aînés du RLISS du Centre est l'élaboration d'un système local offrant des services continus, appropriés et intégrés à tous les aînés de la région, y compris aux membres des différents groupes ethniques. En réponse à la croissance et au vieillissement de la population du RLISS, on a fixé les objectifs suivants : optimiser et coordonner les services dans la mesure du possible, repérer les lacunes et fixer des objectifs relatifs à la prestation de services nouveaux ou améliorés.

#### **Intervenants et partenaires**

L'initiative est dirigée par un réseau consultatif des aînés composé de représentants de fournisseurs financés par le RLISS, d'autres organismes, de citoyens et de membres de réseaux régionaux comme le Programme régional des soins gériatriques de Toronto. Des groupes de travail associés planifieront et mettront en œuvre diverses initiatives :

- Le projet sur la validation de principe du groupe de travail sur Doorways to Care (projet pilote de deux ans qui recevra ensuite un budget de base d'un an s'il réussit)
- Le projet du groupe de travail sur les services gériatriques spécialisés visant à optimiser et à améliorer les services gériatriques spécialisés dans des régions cibles
- Le projet de création de capacité du groupe de travail sur les soins amicaux aux aînés qui vise tout d'abord les hôpitaux et s'adressera ensuite à d'autres fournisseurs comme les organismes de services de soutien communautaire
- Le projet du groupe de travail sur le transport des aînés visant à optimiser et à améliorer les services de transport à des fins médicales dans des régions cibles

- La prestation de conseils en matière de planification et de rendement par le groupe de travail sur les soins de longue durée (p. ex. soutien au comportement fourni aux pensionnaires des maisons de soins de longue durée dans le cadre de la planification de services gériatriques spécialisés).

## Participation des secteurs

Cette initiative aura des retombées sectorielles et de là sa participation dès le début du processus de planification. Le degré de participation et d'incidence est prévu comme suit :

- Les hôpitaux sont des participants clés à la planification de services gériatriques spécialisés, d'activités destinées aux aînés et de travaux dans le secteur des soins de longue durée liés aux populations difficiles à desservir. Ils pourraient participer également à l'élaboration de modèles de collaboration liés au transport à des fins médicales pour les aînés.
- Les maisons de soins de longue durée participent principalement au groupe de travail sur les soins de longue durée et ont une représentation et/ou des maillages au sein de l'initiative sur les transports et du projet de services gériatriques spécialisés.
- Le Centre d'accès aux soins communautaires du Centre est un partenaire clé de tous les projets liés aux aînés et un membre actif du groupe de travail sur Doorways to Care et du groupe de travail sur les soins de longue durée.
- Les organismes de services de soutien communautaire contribuent à la réussite des activités du projet Doorways to care ainsi qu'au projet sur le transport des aînés et auront une représentation et/ou des maillages lors de l'élaboration de services gériatriques spécialisés et des activités du projet de soins amicaux aux aînés.
- Les équipes Santé familiale sont appelées à participer à la création de capacité pour les services gériatriques spécialisés et elles jouent un rôle clé dans la réussite du modèle Doorways to care.

On cherche à tisser des liens informels avec l'Unité des services communautaires du ministère (p. ex. logements avec services de soutien) et le Bureau de santé publique (p. ex. pandémies et incidence sur les autres niveaux de soins). On devra peut-être également établir des relations hors RLISS avec la Greater Toronto Transit Authority (p. ex. le convoyage et les critères d'admissibilité incompatibles créent des inefficiences dans le transport à des fins médicales).

## Étapes de mise en œuvre

On présume que la plupart des activités proposées par le RLISS seront admissibles à un financement au titre de la stratégie Vieillir chez soi pour des initiatives communautaires.

Conformément au PSSI, les principales étapes sont décrites ci-après. À court terme, on entend engager des fonds pour la mise en œuvre du modèle Doorways to Care, pour l'optimisation et l'amélioration de la capacité des services gériatriques spécialisés et pour l'amélioration des services de transport à des fins médicales.

- Mettre en œuvre un modèle de coordination et de déplacement intitulé Doorways to Care. Ce modèle a pour but d'améliorer les maillages entre les fournisseurs et de renforcer leur capacité à diffuser l'information, à faire des acheminements et à coordonner les services. Les coûts de ce projet pilote s'élèvent à 400 000 \$ en 2008-2009.
- Optimiser, puis améliorer, les services gériatriques spécialisés dans des régions ciblées du RLISS du Centre (et, notamment, renforcer la capacité des ressources humaines en santé actuelles). Les coûts de ces projets associés exigent un financement unique de 1 755 000 \$ en 2008-2009 (par le truchement de Vieillir chez soi).
- Renforcer les compétences en soins amicaux aux aînés des fournisseurs de services de santé du RLISS et intégrer les objectifs en matière d'aptitudes culturelles des autres groupes du RLISS.

- Optimiser et améliorer le transport à des fins médicales des aînés dans les régions visées. Le coût de ce projet s'élève à 305 000 \$ en 2008-2009 (au titre de Vieillir chez soi).
- Élaborer des stratégies en vue de relever les principaux enjeux associés aux maisons de soins de longue durée et au soutien des soignants dans les limites d'un continuum de services (p. ex. soutien à la gestion du comportement et stratégies axées sur la technologie pour améliorer la prestation des services, notamment le recours aux consultations à distance avec les médecins des hôpitaux pour minimiser les déplacements des pensionnaires des maisons de soins de longue durée).

**Tableau 6 : Objectifs, stratégies et résultats visés pour les services aux aînés et les services gériatriques spécialisés**

| Objectif systémique | Stratégie                                                                                                                                                                                         | Résultats visés |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |                                                                                                                                                                                                   | Année           | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Accès               | Renforcer la capacité des services gériatriques spécialisés, notamment les ressources spécialisées en matière de comportement et les unités de pensionnaires des maisons de soins de longue durée | 2008-2009       | Mettre en œuvre un plan d'optimisation des services gériatriques spécialisés. Le réseau des services gériatriques renforcera la capacité. Formuler des propositions d'amélioration des services gériatriques spécialisés.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                     |                                                                                                                                                                                                   | 2009-2010       | Mettre en œuvre le plan d'amélioration des services gériatriques spécialisés et poursuivre les activités de renforcement de la capacité.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                     |                                                                                                                                                                                                   | 2010-2011       | À déterminer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Coordination        | Renforcer et organiser les ressources consacrées aux déplacements des aînés au sein du système                                                                                                    | 2008-2009       | Groupe de spécialistes des déplacements des aînés au sein du système et formation à cet égard mis en œuvre par le biais du modèle Doorways to Care.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                     |                                                                                                                                                                                                   | 2009-2010       | Évaluation du modèle de spécialistes des déplacements au sein du système                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                     |                                                                                                                                                                                                   | 2010-2011       | À déterminer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Qualité             | Renforcer les compétences en soins amicaux aux aînés des fournisseurs de services de santé                                                                                                        | 2008-2009       | Renforcer les objectifs en matière de soins amicaux aux aînés. Intégrer les objectifs en matière d'aptitudes culturelles des autres groupes du RLIS (p. ex. santé mentale et toxicomanies).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                     |                                                                                                                                                                                                   | 2009-2010       | Mettre en œuvre des objectifs additionnels en matière de soins amicaux aux aînés, comme prévu en 2008-2009.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                     |                                                                                                                                                                                                   | 2010-2011       | Poursuivre les activités de 2009-2010.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Efficacité          | Optimiser et améliorer le transport à des fins médicales pour les aînés                                                                                                                           | 2008-2009       | Mettre en œuvre un plan d'optimisation des services de transport. Formuler une proposition d'amélioration des services de transport.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                     |                                                                                                                                                                                                   | 2009-2010       | Mettre en œuvre le plan d'amélioration des services de transport.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                     |                                                                                                                                                                                                   | 2010-2011       | Examiner des modèles en vue d'amener les services aux aînés (p. ex. autobus santé gériatrique). Évaluer les efforts d'optimisation et d'amélioration.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Intégration         | Bâtir un système intégré de services pour les aînés et leurs soignants                                                                                                                            | 2008-2009       | Projet pilote de deux ans Doorways to Care (an 2). (année 2).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                     |                                                                                                                                                                                                   | 2009-2010       | À déterminer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                     |                                                                                                                                                                                                   | 2010-2011       | À déterminer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Autre               | Élaborer des stratégies en vue de relever les principaux enjeux associés aux maisons de soins de longue durée et au soutien des soignants dans les limites d'un continuum de services             | 2008-2009       | Le groupe de travail sur les soins de longue durée a cerné des enjeux, notamment niveaux généraux de financement, prestation de services de diagnostic, personnes difficiles à desservir (p. ex. personnes nécessitant des services de gestion du comportement, fumeurs, personnes dialysées et jeunes adultes) et services de rechange visant à régler les problèmes des autres niveaux de soins et des temps d'attente. Les activités des exercices ultérieurs porteront sur l'élaboration de solutions axées sur le continuum. |
|                     |                                                                                                                                                                                                   | 2009-2010       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                     |                                                                                                                                                                                                   | 2010-2011       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## Risques

- Les activités de planification du RLISS du Centre et sa capacité à engager les intervenants clés dans des activités de planification valables dès le début signifient qu'on est prêt à entamer la mise en œuvre des activités du modèle Doorways to Care. Il importe maintenant d'obtenir les ressources nécessaires à l'appui de cette initiative pour maintenir l'élan et la participation des intervenants clés. Cette initiative exige un financement souple sur douze mois durant la mise en œuvre en deux étapes.
- L'initiative Doorways to Care exige un inventaire des services articulé sur le Web.
- La planification pluriannuelle des services gériatriques spécialisés a débuté, mais ne prendra fin qu'à la fin de l'automne ou au début de l'hiver.

**Tableau 7 : Analyse de la conformité des services aux aînés et des services gériatriques spécialisés au Plan de services de santé intégrés, à l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS et aux priorités du MSSLD**

|                                                                                      |                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Priorités du PSSI</i>                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services aux aînés et services gériatriques spécialisés</li> <li>• Santé mentale et toxicomanie</li> </ul> |
| <i>Objectifs systémiques du PSSI</i>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès</li> <li>• Coordination</li> <li>• Qualité</li> <li>• Efficacité</li> </ul>                          |
| <i>Indicateurs de l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS</i> | Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS)<br>Délai médian du placement en soins de longue durée                          |
| <i>Priorités du MSSLD</i>                                                            | ANS<br>Vieillir chez soi                                                                                                                            |

## 4.2 Gestion et prévention des maladies chroniques

Lors de nombreuses consultations communautaires, le public et les professionnels de la santé ont dit au RLISS du Centre que la gestion et la prévention des maladies chroniques devraient être une priorité de planification. Les maladies chroniques ont une incidence personnelle, sociale et économique majeure et le traitement de ces maladies et de leurs complications imposent beaucoup de contraintes au système de soins actifs et aux services communautaires.

Les activités de participation communautaire ont également révélé que les divers fournisseurs, usagers et soignants associés à la gestion et à la prévention des maladies chroniques ont des problèmes communs, notamment le manque de services de soins primaires et de soutien communautaire, les obstacles aux déplacements au sein du système dus au manque de renseignements et le manque de ressources pour l'autogestion de la santé. Cette priorité du PSSI vise principalement à élaborer un système exhaustif et intégré de gestion des maladies chroniques qui soit accessible aux résidents du RLISS et réponde à leurs besoins. Le système de l'avenir viserait davantage la prévention, serait axé sur le patient et la collectivité et prévoirait des méthodes proactives et innovatrices pour gérer les maladies chroniques, retarder leur apparition dans la mesure du possible et ralentir leur progression.

## Intervenants et partenaires

Le réseau consultatif de la gestion et de la prévention des maladies chroniques dirige la planification et la mise en œuvre des travaux. Le réseau consultatif et les membres des groupes de travail ont été choisis de manière à assurer la représentation d'un vaste éventail d'intervenants du FLISS; ce sont, notamment, des personnes ayant des compétences variées, des travailleurs de divers domaines associés aux maladies chroniques, des représentants d'organismes provinciaux et des représentants des hôpitaux, de la collectivité et des usagers. Les groupes de travail sous-mentionnés planifieront et mettront en route diverses initiatives, notamment :

1. Le Groupe de travail sur la coordination des services et des déplacements au sein du système recueille des renseignements sur les services offerts aux diabétiques, cerne les meilleures pratiques du continuum de soins et décrit les lacunes du système de services du RLIS du Centre.
2. Le Groupe de travail sur l'autogestion a élaboré une définition pratique de l'autogestion afin de dresser un inventaire des programmes d'autogestion dans le RLIS. Une proposition visant à améliorer les pratiques d'autogestion dans le RLIS favorise la prestation d'ateliers éducatifs interactifs pour les professionnels de la santé et les équipes Santé familiale.

### Participation des secteurs

Cette initiative aura des retombées sectorielles et propose la participation au début du processus des intervenants suivants :

- Hôpitaux
- Organismes sans but lucratif qui s'occupent de maladies précises, notamment l'Association canadienne du diabète et la Fondation des maladies du cœur
- CASC du Centre
- Centres de santé communautaire
- Équipes Santé familiale et médecins ne travaillant pas en équipe Santé familiale
- Bureaux de santé publique, municipalités et départements des parcs et des loisirs
- MSSLD et ministère de la Promotion de la santé
- Fournisseurs privés (établissements de santé indépendants et fournisseurs de services de santé comme les podologues)
- L'Ontario Patient Self-Management Network.

Les stratégies de mise en œuvre clés du PSSI sont énumérées ci-après, y compris un tableau récapitulatif et le détail de la mise en œuvre par étapes :

- Travailler en collaboration et établir un forum aux fins de planification mixte et d'opportunités d'intégration
- Dresser un inventaire des services pour faciliter les déplacements au sein du système
- Accroître le nombre et renforcer la capacité des programmes d'autogestion du RLIS
- Partager les meilleures pratiques du continuum de soins pour les patients atteints de maladies chroniques
- Cerner les enjeux et les lacunes du système de services pour les personnes atteintes de maladies chroniques
- Décrire le continuum de soins idéal pour diverses maladies chroniques et cerner les lacunes pour améliorer l'accès aux services pour les usagers atteints de maladies chroniques
- Favoriser l'utilisation de la technologie de l'information, de la gestion de l'information et de la cybersanté pour améliorer l'échange de renseignements cliniques entre les fournisseurs et appuyer l'autogestion parmi les patients par le truchement de programmes de gestion des maladies chroniques (portails d'accès aux services, par exemple).

**Remarque :** Le RLISS a appris que le MSSLD dirigera des projets de gestion et de prévention des maladies chroniques, ce qui présente l'opportunité de tirer parti d'une stratégie provinciale qui clarifierait les rôles du RLISS et du MSSLD dans la gestion des maladies chroniques.

**Tableau 8: Objectifs, stratégies et résultats visés pour la gestion et la prévention des maladies chroniques**

| Objectif systémique | Stratégie                                                                                                                                                | Résultats visés |                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |                                                                                                                                                          | Année           | Description                                                                                                                                                                                                   |
| Accès               | Repérer les obstacles systémiques auxquels les personnes atteintes de maladies chroniques sont confrontées                                               | 2008-2009       | Établir des soutiens pour améliorer l'accès aux services pour les diabétiques âgés (p. ex. surveillance électronique à domicile).                                                                             |
|                     |                                                                                                                                                          | 2009-2010       |                                                                                                                                                                                                               |
|                     |                                                                                                                                                          | 2010-2011       |                                                                                                                                                                                                               |
| Coordination        | Établir et piloter un partenariat GI/TI en soins primaires qui répète les innovations formulées par SIMS                                                 | 2008-2009       | Envisager et lancer un projet pilote de système de gestion de l'information sur les patients atteints de maladies chroniques.                                                                                 |
|                     |                                                                                                                                                          | 2009-2010       | Évaluer le projet pilote.                                                                                                                                                                                     |
|                     |                                                                                                                                                          | 2010-2011       | Élargir le projet pilote s'il réussit et si un financement est disponible                                                                                                                                     |
| Qualité             | Travailler avec les fournisseurs et d'autres partenaires pour appuyer la promotion de la santé et la prévention des maladies dans le RLISS du Centre     | 2008-2009       | Établir un groupe mandaté pour collaborer et partager de meilleures pratiques dans le continuum de soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques.                                                 |
|                     |                                                                                                                                                          | 2009-2010       | Travailler avec l'Association canadienne du diabète pour piloter une stratégie de diffusion de directives de pratique clinique révisées aux praticiens en soins primaires du RLISS du Centre.                 |
|                     |                                                                                                                                                          | 2010-2011       | Évaluer le projet pilote et envisager sa mise en œuvre à plus grande échelle                                                                                                                                  |
| Efficacité          | Augmenter le nombre et renforcer la capacité des programmes d'autogestion dans le RLISS du Centre                                                        | 2008-2009       | Dresser et distribuer un inventaire des programmes d'autogestion génériques et axés sur des maladies particulières par le truchement de Community Care Resources.                                             |
|                     |                                                                                                                                                          | 2009-2010       | Formuler une stratégie de soutien des pratiques d'autogestion dans les cabinets de soins primaires.                                                                                                           |
|                     |                                                                                                                                                          | 2010-2011       | À formuler                                                                                                                                                                                                    |
| Intégration         | Décrire et appuyer la mise en œuvre du continuum de soins idéal pour diverses maladies chroniques afin d'améliorer l'accès aux services pour les clients | 2008-2009       | Repérer les lacunes des services et les obstacles ou enjeux auxquels font face les personnes atteintes de maladies chroniques, à commencer par le diabète.                                                    |
|                     |                                                                                                                                                          | 2009-2010       | Des plans de travail généraux axés sur l'intégration et la coordination seront élaborés pour d'autres maladies chroniques après la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies pilotes relatives au diabète. |
|                     |                                                                                                                                                          | 2010-2011       | À formuler                                                                                                                                                                                                    |

**Tableau 9 : Analyse de la conformité de la gestion et de la prévention des maladies chroniques au Plan de services de santé intégrés, à l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS et aux priorités du MSSLD**

|                                       |                                                 |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <i>Priorités du PSSI appuyées par</i> | • Gestion et prévention des maladies chroniques |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------|

|                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>ce plan</i>                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Objectifs systémiques du PSSI appuyés par ce plan</i>                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès</li> <li>• Coordination</li> <li>• Intégration</li> <li>• Qualité</li> <li>• Efficacité</li> <li>• Remarque : Voir le tableau 8 pour les maillages</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Indicateurs de l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS appuyés / affectés par ce plan</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'hospitalisation pour les affections traitables en soins ambulatoires (on présume que des soins ambulatoires appropriés pourraient prévenir l'apparition de ce type de maladie ou d'affection, maîtriser un épisode aigu ou gérer la maladie ou l'affection. Un taux disproportionnellement élevé est présumé refléter des problèmes d'accès aux soins primaires)</li> <li>• Taux de réadmission pour un infarctus aigu du myocarde</li> <li>• Pourcentage de journées consacrées aux ANS (lorsque le diagnostic primaire est une maladie chronique)</li> </ul> |
| <i>Priorités du MSSLD appuyées / affectées par ce plan</i>                                                          | Le RLISS du Centre a adopté le cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques du MSSLD fondé sur le modèle de gestion des maladies chroniques du Wagner/MacColl Institute                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

## Risques

- Le RLISS a appris que le MSSLD dirigera des projets de gestion et de prévention des maladies chroniques. On doit clarifier les rôles du RLISS et du MSSLD dans la planification et le financement avant d'entamer les activités du PSSI et de procéder à la mise en œuvre.
- Certaines démarches de gestion et de prévention des maladies chroniques cernées dans le PSSI sont actuellement financées par des subventions et/ou des dons. Certains programmes d'autogestion seront maintenus grâce à des allocations budgétaires provenant d'une réaffectation des ressources actuelles ou d'un financement au titre du PSSI.
- Les problèmes d'accès, de coordination et de déplacement dans le système auxquels sont confrontés les personnes atteintes d'une maladie chronique et leurs soignants sont exacerbés par la nécessité d'utiliser des systèmes multiservices : les services financés par le MSSLD, les services du secteur bénévole ou caritatif, d'autres services financés par le gouvernement et des services ou soutiens informels.
- Un grand nombre de programmes de gestion et de prévention des maladies chroniques exigent un inventaire des services articulés sur le Web pour les planificateurs, les médecins, les praticiens de la santé, les usagers et les soignants.

## 4.3 Santé mentale et toxicomanie

La prestation d'un continuum exhaustif de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie de qualité, accessibles et intégrés est une priorité pour l'Ontario depuis 1989 et reste une priorité pour le RLISS du Centre. Le réseau consultatif de la santé mentale et de la toxicomanie et le réseau des usagers/survivants sont les dirigeants communautaires de la mise en œuvre de stratégies d'atténuation visant à atteindre l'état voulu décrit dans le PSSI du RLISS du Centre.

### Intervenants et partenaires

L'effectif du réseau consultatif de la santé mentale et de la toxicomanie se compose d'usagers et de survivants, de membres des familles et de fournisseurs de services. Ces derniers sont les fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie du RLISS et de l'extérieur qui desservent

les résidents du RLISS. Les intervenants des secteurs de la santé, des services sociaux, de l'enseignement et de l'appareil judiciaire sont également invités à participer aux discussions du réseau. Le RLISS du Centre compte également un réseau composé uniquement d'usagers et de survivants du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie. Ces deux réseaux travaillent ensemble et fournissent des conseils et des plans d'action concernant les activités cernées dans le PSSI.

Des groupes de travail associés planifieront et mettront en œuvre diverses initiatives :

- Le groupe de travail sur l'affectation des ressources orientera l'élaboration d'un système d'information exhaustif et de systèmes d'accès, d'acheminement et de coordination clairement définis
- Le groupe de travail sur la diversité formulera des stratégies visant la prestation de services appropriés à la culture
- Le groupe de travail sur les communications formulera des stratégies visant à renforcer la participation des usagers/survivants à la planification, à la prestation et à l'évaluation des services
- Le groupe de travail sur l'éducation et le groupe de travail sur les soins primaires établiront des maillages avec les services de soutien axés sur les déterminants plus généraux de la santé.

Activités de la première année :

- Promotion de la conformité à ConnexOntario et collecte uniforme des données
- Élaboration d'un modèle d'accès centralisé pour les services communautaires de santé mentale individuels
- Sélection et mise en œuvre d'un outil d'évaluation des compétences culturelles
- Élaboration de la stratégie de participation familiale du réseau des usagers et survivants
- Formulation d'une stratégie d'éducation pour améliorer l'accès aux milieux de la santé, des services sociaux et de la justice
- Établissement de partenariats axés sur la santé mentale et la toxicomanie en vue d'intégrer les services aux équipes Santé familiale.

## Participation des secteurs

Les initiatives susmentionnées affecteront un grand nombre de secteurs de la santé, ainsi que les secteurs concernés par les déterminants plus généraux de la santé. Pour cette raison, le RLISS du Centre a engagé les secteurs dès le début du processus de planification et de mise en œuvre. Le RLISS anticipe le degré de participation d'incidence suivant :

- Les hôpitaux sont des participants clés à chaque groupe de travail et activité, car l'objectif premier de tous les projets est de faire en sorte que les personnes atteintes de troubles mentaux puissent rester dans la collectivité et, en cas d'admission à l'hôpital, retourner dans la collectivité le plus rapidement possible. Un important indicateur de réussite est la diminution des réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé. Les psychiatres en chef sont également impliqués dans le RLISS en tant que groupe : ils partagent des innovations, cernent des opportunités d'intégration et appuient les activités des réseaux.
- Les fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie à tous les niveaux de l'organisme (p. ex. administrateurs et fournisseurs de services directs) participent à chaque groupe de travail, car la mise en œuvre des diverses initiatives aura une incidence sur leurs organismes et le mode de prestation des services. Les fournisseurs de services hospitaliers et communautaires sont également invités à participer comme dirigeants à la mise en œuvre des activités.
- Les usagers, survivants et membres des familles sont d'importants participants à chaque groupe de travail et activité. La planification et l'exécution des activités sont orientées vers le rétablissement et les usagers et survivants participent directement durant les étapes de planification, de recommandation, de mise en œuvre et d'évaluation.

- Les équipes Santé familiale participeront aux initiatives de renforcement de la capacité des soins primaires.  
Les travailleurs du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées et du programme Ontario au travail participeront à des programmes d'éducation visant à améliorer la qualité des services offerts aux prestataires d'aide sociale provinciale atteints de troubles de santé mentale ou d'une toxicomanie.

**Tableau 10 : Objectifs, stratégies et résultats visés pour les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie**

| Objectif systémique | Stratégie                                                                                                                               | Résultats visés |                                                                                                                                                                                     |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |                                                                                                                                         | Année           | Description                                                                                                                                                                         |
| Accès               | Élaborer un système d'information exhaustif                                                                                             | 2008-2009       | Piloter l'utilisation de l'outil commun d'évaluation provincial pour la santé mentale                                                                                               |
|                     |                                                                                                                                         | 2009-2010       | Favoriser l'utilisation du courriel sécurisé                                                                                                                                        |
|                     |                                                                                                                                         | 2010-2011       | Conformité totale à ConnexOntario<br>Rapports cohérents par l'entremise de systèmes de gestion de l'information/DATIS (SIG/FDC/DASIT)                                               |
| Coordination        | Élaboration de systèmes d'accès, d'acheminement et de coordination clairement définis                                                   | 2008-2009       | Mise en œuvre d'un modèle d'accès centralisé pour les services communautaires de santé mentale individuels.                                                                         |
|                     |                                                                                                                                         | 2009-2010       | Élaborer et mettre en œuvre des mesures uniformes des temps d'attente pour les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie                                          |
|                     |                                                                                                                                         | 2010-2011       | Mise en route d'un modèle d'accès centralisé pour les autres services de santé mentale, par exemple le logement et les lits pour malades hospitalisés (avec vacances en temps réel) |
| Qualité             | Veiller à la prestation de services appropriés à la culture                                                                             | 2008-2009       | Mettre en œuvre un outil d'évaluation des compétences culturelles des fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie                                   |
|                     |                                                                                                                                         | 2009-2010       | Identifier des champions et travailler avec les fournisseurs de services de santé pour améliorer les compétences culturelles                                                        |
|                     |                                                                                                                                         | 2010-2011       | Réévaluer les compétences des fournisseurs de services de santé pour amélioration<br>Renforcer la capacité des services d'approche destinés aux communautés ethniques               |
| Efficacité          | Renforcer la participation des usagers et survivants et des familles à la planification, à la prestation et à l'évaluation des services | 2008-2009       | Consultations continues avec le réseau des usagers et survivants                                                                                                                    |
|                     |                                                                                                                                         | 2009-2010       | Mise en œuvre de la stratégie de participation des familles                                                                                                                         |
|                     |                                                                                                                                         | 2010-2011       | Mise en œuvre d'une stratégie d'éducation à l'intention des fournisseurs de services de santé, des usagers et des familles                                                          |
| Intégration         | Établir des maillages avec les programmes axés sur les déterminants plus généraux de la santé*                                          | 2008-2009       | Établir des partenariats avec les équipes Santé familiale                                                                                                                           |
|                     |                                                                                                                                         | 2009-2010       | Offrir des programmes d'éducation aux participants du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées et du programme Ontario au travail                                    |
|                     |                                                                                                                                         | 2010-2011       | Établir des partenariats avec les fournisseurs de service de gestion des maladies chroniques (p. ex. cliniques d'enseignement du diabète)                                           |

Le rôle du RLISS du Centre consiste à faciliter la discussion entre les fournisseurs de services du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie et entre les autres intervenants des secteurs de la

santé, des services sociaux et de la justice, le cas échéant, au sein du RLISS et à l'extérieur des limites de celui-ci. Les fournisseurs de services de santé dirigent la mise en route des activités.

Il est possible de mettre en œuvre des projets sur la santé mentale et la toxicomanie entrepris par le RLISS en association avec les fournisseurs à l'aide des ressources actuelles du système si l'on tire parti des initiatives existantes telles ConnexOntario, l'Agence des systèmes intelligents pour la santé (ASIS) et les équipes Santé familiale. Le financement au titre de l'accord sur la santé et de l'amélioration des services a augmenté les services directs dans le RLISS du Centre, mais n'a pas appuyé la coordination et les initiatives axées sur l'accès centralisé, les compétences culturelles et l'éducation intersectorielle. La mise en œuvre des activités du PSSI dans ces secteurs aura une incidence sur l'accès et la qualité des services sociaux et de santé dans le RLISS et exigera un financement de démarrage.

**Tableau 11 : Conformité des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie au Plan de services de santé intégrés, à l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS et aux priorités du MSSLD**

|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Priorités du PSSI</i>                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie</li> </ul>                                                                                                                                            |
| <i>Objectifs systémiques du PSSI</i>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès</li> <li>• Coordination</li> <li>• Intégration</li> <li>• Qualité</li> <li>• Efficacité</li> </ul>                                                                                                          |
| <i>Indicateurs de l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS</i> | Taux de réadmission aux unités de psychiatrie des hôpitaux; pourcentage de personnes hospitalisées plusieurs fois aux unités de psychiatrie durant l'exercice précédent                                                                                    |
| <i>Priorités du MSSLD</i>                                                            | Participation et partenariat renouvelés avec la collectivité pour renforcer la confiance à l'égard du système de soins de santé<br>Diminution des obstacles à l'accès<br>Meilleure intégration et coordination des services et des établissements de santé |

## **4.4 Temps d'attente**

Cette initiative dirigée par le MSSLD continue d'appuyer et de préconiser une réduction des temps d'attente et, de nouveau en 2007-2008, a fourni aux hôpitaux des volumes supplémentaires et un financement unique de même que divers soutiens procéduraux pour tenter de réduire les temps d'attente pour les chirurgies du cancer, les pontages coronariens, les chirurgies de la cataracte, les arthroplasties de la hanche et du genou et les examens par IRM et tomodensitométrie. Les temps d'attentes ont également été cités comme étant une priorité lors des réunions communautaires du RLISS et figurent parmi les priorités du PSSI.

Le RLISS du Centre surpasse les objectifs provinciaux en ce qui a trait aux chirurgies du cancer, aux pontages coronariens et aux chirurgies de la cataracte. Cependant, étant donné le vieillissement rapide de sa population, les résultats sont plus faibles dans le domaine des arthroplasties. En outre, le RLISS continue d'éprouver des difficultés en ce qui a trait aux examens par IRM et tomodensitométrie, en grande partie parce que le niveau de services ne reste pas à la hauteur de la croissance rapide de sa population.

Pour améliorer le rendement des chirurgies de la cataracte et des arthroplasties, le RLISS s'est tourné vers des modèles de collaboration innovateurs tels que des centres à volume élevé et des évaluations communes. Pour réduire les temps d'attente pour les examens par IRM et tomodensitométrie, on doit ajouter des appareils et/ou ajouter des quarts pour l'équipement actuel (proposition qui ne requiert pas d'investissements de capitaux additionnels).

Les hôpitaux du RLISS du Centre ont souligné la nécessité de collaborer à l'élaboration de solutions intégrées et systémiques au problème des temps d'attente. Ils souhaitent également que l'on transforme l'actuel financement unique au titre de la Stratégie de réduction des temps d'attente en financement de base continu pour leur permettre d'offrir des emplois permanents aux professionnels comme les médecins et les infirmières, ce qui conférerait une stabilité au système.

### **4.4.1 Temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte :**

À cause de sa croissance démographique intense et du vieillissement de sa population, la demande de chirurgies de la cataracte restera élevée dans le RLISS du Centre. Or, ce dernier risque de ne pas être en mesure d'obtenir le rendement exigé, car le MSSLD fournit seulement un financement unique pour un volume supplémentaire. D'ici à 2014, le volume de base de 9 614 cas représentera seulement 50 % du nombre total de chirurgies de la cataracte requis dans le RLISS (le RLISS a élaboré un modèle d'évaluation des besoins qui lui permet de prévoir la demande réelle en fonction de sa population). L'élimination du volume supplémentaire actuel aura des retombées très négatives pour les temps d'attente.

### **4.4.2 Temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou :**

L'arrivée croissante de patients venus de l'extérieur du RLISS pour subir des arthroplasties de la hanche et du genou et l'exode des résidents vers les autres RLISS entravent la gestion des temps d'attente pour les résidents de la région.

En 2006-2007, le RLISS a reçu 1 393 heures comme allocation totale de délai d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou. Ce chiffre n'a que légèrement augmenté en 2007-2008. Le volume élevé d'allocations antérieur a contribué à freiner la forte demande. Cependant, la croissance

démographique intense conjuguée au vieillissement de la population (compte tenu, en partie, de l'arrivée d'un nombre supérieur à la moyenne d'aînés venus prendre leur retraite dans la région du RLISS) continuera de générer une demande élevée. Encore une fois, la nature unique du financement menace le rendement du RLISS en matière de temps d'attente.

#### **4.4.3 Temps d'attente pour les examens par IRM :**

En 2006-2007, le RLISS du Centre a reçu 7 516 heures comme allocation totale de délai d'attente pour les examens par IRM. Grâce à une hausse des allocations en 2007-2008, il pourra continuer de diminuer les temps d'attente pour cette intervention plus rapidement que la moyenne. Le RLISS a reçu des propositions relatives à la hausse de la capacité en IRM dans certains de ses hôpitaux. Lui-même et le MSSLD ont appuyé ces propositions.

Dans le domaine dynamique de l'IRM cardiaque, la demande de services d'IRM au centre régional de cardiologie (exploité par le Southlake Regional Health Centre) augmentera sensiblement. Outre les volumes accrus, ces interventions exigent plus de temps. En réponse à cette nouvelle tendance et à la demande, Southlake a embauché un cardiologue qui est un expert dans le domaine. Southlake abritera un des quelques centres de cardiologie innovateurs qui utilisent les examens par IRM pour améliorer le diagnostic et le traitement des maladies du cœur. Les examens par IRM seront plus longs et complexes, ce qui exacerbera les pressions et la capacité d'atteindre les objectifs provinciaux dans les exercices ultérieurs.

#### **4.4.4 Temps d'attente pour les examens par tomodensitométrie :**

Le développement de l'angiographie cardiaque par tomodensitométrie accentue les pressions sur la capacité actuelle. Cette innovation augmentera la demande d'examen par tomodensitométrie dans la plupart des hôpitaux du RLISS, sinon tous. Ces examens seront profitables, car il y aura une baisse du nombre de cathétérismes cardiaques. Les examens menant à une réduction de cathétérismes cardiaques devraient devenir la norme de traitement pour un segment des patients atteints de maladies du cœur.

#### **4.4.5 Approche systémique à l'égard des temps d'attente :**

Le RLISS a créé un groupe de planification stratégique sur les temps d'attente composé de représentants de tous les hôpitaux de sa région et du Centre d'accès aux soins communautaires du Centre. Ce groupe dirige l'analyse du rendement en matière de temps d'attente et contribue au repérage de stratégies axées sur le règlement des problèmes de rendement. Ainsi, un sous-groupe « secteur d'intervention privilégié » du groupe de planification stratégique a travaillé étroitement avec le RLISS pour élaborer un modèle des besoins de services de chirurgie de la cataracte. Ce modèle a été utilisé dans le cadre du processus d'allocation des volumes supplémentaires de 2007-2008. Les hôpitaux ont collaboré à la formulation d'un modèle de prestation fondé sur deux centres à volume élevé, un pour le sud et l'autre pour le nord du RLISS. Puis, ils ont mis sur pied un groupe de travail sur l'ophtalmologie qui commencera à travailler avec leurs chirurgiens pour cerner et atténuer les obstacles à la mise en œuvre du modèle à deux centres.

Un groupe responsable a été établi pour chaque secteur prioritaire visé par les temps d'attente et ce groupe travaille à l'élaboration de stratégies avec l'administration et les chefs cliniques.

**Tableau 12 : Objectifs pour les temps d'attente du RLISS du Centre et groupes responsables des domaines visés par les objectifs \***

| WT Target Areas                                 | Prov . Target | CENTRAL LHIN Target |        |        | Central LHIN Responsible Group                                                                                   |
|-------------------------------------------------|---------------|---------------------|--------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                 |               | 07 -08              | 08 -09 | 09 -10 |                                                                                                                  |
| 90 thPercentile WT for Cancer Surgery           | 84            | 60                  | TBD    | TBD    | Central LHIN Cancer Care Steering Committee                                                                      |
| 90 thPercentile WT for Cardiac By -Pass Surgery | 182           | 63                  | 60     | 55     | Central LHIN Cardiac Care Services Advisory Panel (still under development)                                      |
| 90 thPercentile WT for Cataract Surgery         | 182           | 182                 | 170    | 160    | Wait Time Strategic Planning Group / Cataract Area of Focus Work Group (connection with Ophthalmological group?) |
| 90 thPercentile WT for Hip Replacement          | 182           | 275                 | 225    | 182    | Wait Time Strategic Planning Group / Hip/Knee Area of Focus Work Group                                           |
| 90 thPercentile WT for Knee Replacement         | 182           | 325                 | 250    | 182    |                                                                                                                  |
| 90 thPercentile WT for Diagnostic (MRI) Scan    | 28            | 85                  | 70     | 55     | Wait Time Strategic Planning Group / Diagnostic Imaging Leads Work Group                                         |
| 90 thPercentile WT for Diagnostic (CT) Scan     | 28            | 61                  | 55     | 50     |                                                                                                                  |

\* Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS, tableau A (17 août 2007)

Tous ces groupes cataloguent actuellement la capacité et envisagent des opportunités de collaboration et d'amélioration de l'utilisation. Cependant, les résultats qu'ils obtiendront ne mèneront pas à une amélioration du rendement qui permettra au RLISS d'atteindre les objectifs de l'entente sur la responsabilisation conclue avec le MSSLD si des volumes supplémentaires et un financement connexe ne sont pas fournis pour l'exercice 2008-2009 et les exercices ultérieurs.

## 4.5 Services neurologiques

Le RLISS du Centre a cerné un objectif de changement pour les services neurologiques, à savoir élaborer un système local offrant des services continus, intégrés à l'aide des ressources actuelles. Il estime nécessaire d'offrir aux personnes atteintes de troubles neurologiques des services accessibles, appropriés à une population ayant des besoins spéciaux et axés sur la diversité culturelle. En réponse aux besoins de services provisoires de la population du RLISS, les principaux objectifs devraient être d'optimiser et de coordonner les services au niveau systémique, puis d'améliorer les services dans les domaines où l'on a repéré des lacunes.

### Intervenants et partenaires

L'initiative et la planification sont éperonnées par le réseau consultatif des services neurologiques composé de représentants de nombreux organismes et fournisseurs de services de santé, notamment le CASC du Centre, l'Aphasia Institute, le Toronto Acquired Brain Injury Network, les Community Head Injury Resource Services, PACE Independent Living, l'Hôpital de réadaptation St. John, La Marche des

dix sous de l'Ontario, COTA Health, le Centre de santé régional de Southlake et le District Stroke Centre de l'Hôpital central de York.

### Participation des secteurs

Cette initiative aura une incidence sectorielle qui ira au-delà des services financés par le RLIS. Le niveau de participation et d'incidence variera et s'exprimera dans les secteurs suivants (ainsi que les réseaux actuels comme le GTA Rehabilitation Network) :

- Hôpitaux
- Soins de longue durée
- Centre d'accès aux soins communautaires du Centre
- Services de soutien communautaire
- Aide à la vie autonome/logements avec services de soutien
- Secteur sans but lucratif et philanthropique.

### Étapes de mise en œuvre

Conformément au Plan de services de santé intégrés, les principales étapes sont énumérées ci-après et le détail est fourni dans le tableau suivant.

- Effectuer la planification plurisectorielle des services neurologiques
- Promouvoir la coordination et la communication intersectorielle pour réduire les retraits unilatéraux de services
- Optimiser et améliorer les services de soutien aux familles et aux soignants
- Encourager la prestation de services adaptés à la réalité ethnoculturelle et appropriés
- Surmonter les lacunes de ressources humaines en santé dans le secteur de la neurologie (p. ex. neurologues et thérapeutes en réadaptation)
- Éliminer les ruptures de services aux principaux points de transition (p. ex. transition des services pour les enfants aux services pour les adultes, des soins actifs à la réadaptation et à la collectivité, des services formels aux services informels) dues aux pénuries de services et aux systèmes d'information inadéquats
- Améliorer ou remplacer les banques de données ou les technologies d'information inadaptées au suivi des services et des renseignements des clients
- Coordonner les outils de navigation et les inventaires de services dans cinq secteurs de services - les services financés par le MSSLD et axés spécifiquement sur les troubles neurologiques (p. ex. services pour accident vasculaire cérébral, aphasie et lésion cérébrale acquise), les services généraux financés par le MSSLD (p. ex. CASC du Centre et maisons de soins de longue durée), les organismes bénévoles/philanthropiques (p. ex. Fondation des maladies du cœur, Épilepsie Ontario et Société Huntington), les services communautaires génériques (p. ex. transport assisté et logements avec services de soutien) et les services de soutien et de soins informels (p. ex. groupes d'entraide et activités de soutien aux soignants).

**Tableau 13 : Objectifs, stratégies et résultats visés pour les services neurologiques**

| Objectif systémique | Stratégie                                                                                                                                                                                                                     | Résultats visés |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |                                                                                                                                                                                                                               | Année           | Description                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Accès               | Dresser un inventaire des services                                                                                                                                                                                            | 2008-2009       | Un inventaire des services articulé sur le Web est dressé par étapes et comprend des renseignements sur les organismes qui ne sont pas des organismes de paiement de transfert du RLISS.                                                                                         |
|                     |                                                                                                                                                                                                                               | 2009-2010       |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                     |                                                                                                                                                                                                                               | 2010-2011       |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Coordination        | Renforcer et organiser les ressources pour les déplacements au sein du système des personnes atteintes de troubles neurologiques et leurs soignants                                                                           | 2008-2009       | Des modèles de déplacement au sein du système sont repérés ou formulés et mis en œuvre.                                                                                                                                                                                          |
|                     |                                                                                                                                                                                                                               | 2009-2010       |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                     |                                                                                                                                                                                                                               | 2010-2011       |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Qualité             | Concevoir et mettre à l'essai plusieurs modes de prestation des services                                                                                                                                                      | 2008-2009       | Des modèles portant sur plusieurs modes de prestation des services, y compris des ensembles de services souples, sont élaborés et pilotés.                                                                                                                                       |
|                     |                                                                                                                                                                                                                               | 2009-2010       |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                     |                                                                                                                                                                                                                               | 2010-2011       |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Efficacité          | Optimiser la prestation des services actuels                                                                                                                                                                                  | 2008-2009       | Des protocoles de communication sont mis en œuvre pour prévenir les retraits unilatéraux de services. Des plans sont formulés et mis en œuvre en vue d'optimiser la prestation des services actuels, y compris l'utilisation des solutions technologiques (p. ex. télémédecine). |
|                     |                                                                                                                                                                                                                               | 2009-2010       |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                     |                                                                                                                                                                                                                               | 2010-2011       |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Intégration         | Effectuer une planification plurisectorielle des services neurologiques dans le RLISS du Centre. Cerner des maillages pour la planification concertée des services pour les personnes ayant besoin de services neurologiques. | 2008-2009       | Un cadre de planification plurisectoriel est utilisé pour planifier des améliorations aux services dans des secteurs ciblés le long du continuum des services (p. ex. soutien aux soignants).                                                                                    |
|                     |                                                                                                                                                                                                                               | 2009-2010       |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                     |                                                                                                                                                                                                                               | 2010-2011       | Mettre en route des améliorations au soutien des soignants en 2008-2009.                                                                                                                                                                                                         |

## Risques

- On doit établir un cadre de planification plurisectorielle qui étaiera l'optimisation et les priorités d'amélioration du système et des services.
- Le transport à des fins médicales est inadéquat, particulièrement dans les régions rurales.
- Les particuliers et leurs soignants doivent utiliser plusieurs systèmes de services.
- Les inventaires de services actuels sont conçus à l'intention des organismes et n'aident pas les usagers à se déplacer au sein du système
- On n'a pas demandé de financement pour l'élaboration d'un inventaire des services qui faciliterait les déplacements au sein du système; on a présumé qu'une telle initiative serait proposée dans le cadre d'une démarche multi-RLISS ou provinciale. Cependant, étant donné la priorité accordée aux services neurologiques, on doit dresser un inventaire comprenant des renseignements sur les organismes non financés par le RLISS. Ces exigences locales risquent de ne pas être respectées dans le cadre d'une démarche régionale ou provinciale.

- Le Plan de services de santé intégrés du RLISS du Centre ne comprend pas de stratégie visant la réadaptation et les logements avec services de soutien qui étayerait la planification des services neurologiques.
- Le manque de données locales sur la prévalence et l'incidence entravent la planification et la surveillance de l'état de santé et des services dans le cas des personnes atteintes de troubles neurologiques.

**Tableau 14 : Conformité des services neurologiques au Plan de services de santé intégrés, à l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS et aux priorités du MSSLD**

|                                                                                      |                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Priorités du PSSI</i>                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services neurologiques</li> <li>• Services aux aînés et services gériatriques spécialisés</li> </ul> |
| <i>Objectifs systémiques du PSSI</i>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès</li> <li>• Coordination</li> <li>• Qualité</li> <li>• Efficacité</li> </ul>                    |
| <i>Indicateurs de l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS</i> | Pourcentage de journées consacrées aux ANS<br>Délai médian du placement en soins de longue durée                                              |
| <i>Priorités du MSSLD</i>                                                            | ANS<br>Vieillir chez soi                                                                                                                      |

À court terme, dans le secteur des services neurologiques on accorde la priorité à la création d'un cadre de planification plurisectorielle qui orientera l'optimisation des services futurs et les priorités d'amélioration. On a réclamé un nouveau financement pour améliorer les services de soutien aux soignants, car ces derniers ont été souvent mentionnés durant les consultations communautaires sur le PSSI. Le soutien aux soignants est également une priorité au niveau provincial (p. ex. stratégie Vieillir chez soi).

Les coûts associés aux activités additionnelles d'optimisation et d'amélioration seront inclus dans les prochains plans de services annuels. Les retombées financières à plus long terme de cette priorité du PSSI seront associées, notamment, à la nécessité de disposer des ressources requises pour l'optimisation et l'amélioration de la capacité des services neurologiques.

## 4.6 Services de cancérologie

Le comité directeur du programme de services de cancérologie du RLISS du Centre a travaillé à l'identification d'améliorations précises dans les secteurs des soins palliatifs, de l'oncologie chirurgicale, de la prévention et du dépistage, de l'oncologie médicale et des mésothéliomes. Le comité directeur se penchera sur :

- L'accès plus rapide aux services
- Une coordination et une collaboration accrues entre les hôpitaux du RLISS du Centre et les autres fournisseurs
- L'amélioration de la collecte des données et des procédures de gestion
- La mise en œuvre de pratiques de pointe innovatrices
- La promotion de l'éducation publique, de la prévention des maladies et des initiatives de promotion de la santé

- L'établissement de liens vers les programmes et centres régionaux de cancérologie dans les autres RLISS.

Si les plans ne sont pas achevés ou mis en œuvre, on risque d'être incapable d'assurer et de renforcer l'accès à des services de cancérologie appropriés et efficaces qui perdureront pour les résidents du RLISS et seront dispensés par des praticiens qualifiés.

**Tableau 15 : Analyse de la conformité des services de cancérologie au Plan de services de santé intégrés, à l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS et aux priorités du MSSLD**

|                                                                                      |                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Priorités du PSSI</i>                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de cancérologie</li> </ul>                                                                      |
| <i>Objectifs systémiques du PSSI</i>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès</li> <li>• Coordination</li> <li>• Qualité</li> <li>• Efficacité</li> <li>• Intégration</li> </ul> |
| <i>Indicateurs de l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS</i> | Temps d'attente pour les chirurgies du cancer                                                                                                     |
| <i>Priorités du MSSLD</i>                                                            | Réduction des temps d'attente pour les services clés                                                                                              |

## 4.7 Services d'urgence

Durant les séances de participation communautaire du RLISS, les fournisseurs et les patients ont fait des services d'urgence une priorité. Le RLISS affiche un taux d'utilisation élevé des services d'urgence, notamment par les nourrissons et les aînés. Cette priorité n'a pas encore été abordée, mais le RLISS créera un réseau consultatif des services d'urgence mandaté pour élaborer des stratégies destinées à :

- Cerner les obstacles à l'accès
- Formuler des stratégies de communication et de transition
- Évaluer la satisfaction des patients et des fournisseurs
- Améliorer les procédures d'acheminement
- Ajouter des solutions de rechange aux services d'urgence.

Les activités du réseau consultatif pourront porter sur l'évaluation de l'acheminement des patients, l'adaptation des leçons apprises de diverses initiatives, l'identification de projets d'amélioration des services d'urgence et le repérage des besoins de formation du personnel des services d'urgence, y compris le personnel des secours médicaux d'urgence, en vue d'améliorer la qualité et la prestation des services.

Le RLISS du Centre favorisera la discussion entre les fournisseurs de services hospitaliers et communautaires, y compris les services d'urgence des hôpitaux, les fournisseurs de soins primaires communautaires, le CASC, les services médicaux d'urgence, les services de soins de longue durée et autres fournisseurs de services communautaires. On s'attend à ce que les fournisseurs de services de santé dirigent la mise en œuvre des activités.

Le projet d'établissement d'une stratégie exhaustive pour les services d'urgence dirigée par le MSSLD prévoit l'identification d'un responsable des services d'urgence pour le RLISS qui consultera et

collaborera au niveau provincial, par le truchement du groupe d'experts sur les services d'urgence de l'Ontario, à l'adaptation de la stratégie provinciale au niveau local. Le réseau consultatif des services d'urgence aiderait le responsable des services d'urgence à traiter les questions locales.

Les autres priorités du PSSI susceptibles d'avoir des retombées positives pour l'utilisation des services d'urgence incluent Doorways to Care, les services gériatriques spécialisés, l'accès centralisé aux services de santé mentale et l'autogestion des maladies chroniques. La mise en œuvre du Projet de concertation pour la transition dans le Nord-Est à l'Hôpital général de North York et au Centre de santé régional de Southlake en association avec le CASC fournira l'occasion de piloter les connaissances tirées de l'amélioration du rendement dans les autres services d'urgence du RLISS. Ces initiatives pourraient également améliorer les déplacements des patients et, par le fait même, réduire les temps d'attente pour les services d'urgence. On devra peut-être octroyer des fonds de démarrage à l'initiative d'amélioration du rendement en 2008-2009 et en 2009-2010 pour assurer la réussite de sa mise en œuvre dans les hôpitaux du RLISS.

Pour évaluer la réussite de cette initiative pendant la durée du plan triennal on pourrait utiliser comme indicateur clé du rendement le recours évitable aux services d'urgence pour des affections sélectionnées par 1 000 habitants en Ontario (2003-2004; 2004-2005; 2005-2006), notamment : otite moyenne, cystite, conjonctivite, infection des voies respiratoires supérieures et durée moyenne du séjour à la salle d'urgence d'un hôpital.

**Risque :**

Si les services d'urgence ne sont pas planifiés adéquatement et financés en tant que sous-système intégré, les discontinuités et les lacunes pourraient sérieusement menacer la vie, la santé et le rétablissement des personnes confrontées à une urgence.

**Tableau 16 : Objectifs, stratégies et résultats visés pour les services d'urgence**

| Objectif systémique | Stratégie                                                                                                                                                                  | Résultats visés |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |                                                                                                                                                                            | Année           | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Accès               | Cerner les obstacles à l'accès                                                                                                                                             | 2008-2009       | Mettre sur pied un réseau consultatif des services d'urgence; activités à déterminer.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                     |                                                                                                                                                                            | 2009-2010       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                     |                                                                                                                                                                            | 2010-2011       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Coordination        | Élaborer des stratégies de communication et de transition entre soins primaires, fournisseurs de services communautaires et de soins de longue durée et services d'urgence | 2008-2009       | Mettre sur pied un réseau consultatif des services d'urgence; activités à déterminer.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                     |                                                                                                                                                                            | 2009-2010       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                     |                                                                                                                                                                            | 2010-2011       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Qualité             | Évaluer la satisfaction des patients et des fournisseurs                                                                                                                   | 2008-2009       | Identifier des indicateurs de satisfaction. Élaborer et mettre en œuvre un mécanisme de satisfaction normalisé.                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                     |                                                                                                                                                                            | 2009-2010       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                     |                                                                                                                                                                            | 2010-2011       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Efficacité          | Améliorer les procédures d'acheminement                                                                                                                                    | 2008-2009       | Mettre en œuvre des évaluations de l'acheminement des patients; adapter les leçons tirées du Projet de concertation pour la transition dans le Nord-Est et repérer des projets d'amélioration pour les services d'urgence.<br>Cerner les besoins de formation du personnel des services d'urgence (y compris le personnel des secours médicaux d'urgence), p. ex. formation en santé mentale |
|                     |                                                                                                                                                                            | 2009-2010       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                     |                                                                                                                                                                            | 2010-2011       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Intégration         | Ajouter des solutions de rechange aux services d'urgence                                                                                                                   | 2008-2009       | Dresser un inventaire des services des cliniques sans rendez-vous<br>Formuler et mettre en œuvre une stratégie de communication portant sur l'usage approprié des services d'urgence, de Télésanté et des solutions de rechange locales.                                                                                                                                                     |
|                     |                                                                                                                                                                            | 2009-2010       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                     |                                                                                                                                                                            | 2010-2011       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

**Tableau 17 : Conformité des services d'urgence au Plan de services de santé intégrés, à l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLIS et aux priorités du MSSLD**

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Priorités du PSSI</i>                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Services d'urgence</li> </ul>                                                                                                                                              |
| <i>Objectifs systémiques du PSSI</i>                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Accès</li> <li>Coordination</li> <li>Qualité</li> <li>Efficacité</li> <li>Intégration</li> </ul>                                                                           |
| <i>Indicateurs de l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLIS</i> | Taux des consultations à l'urgence pouvant être effectuées ailleurs<br>Réduction des temps d'attente à la salle d'urgence                                                                                         |
| <i>Priorités du MSSLD</i>                                                           | Réduction des temps d'attente pour les services clés<br>Leadership et participation à l'égard de l'amélioration continue de la qualité du système de santé<br>Sécurité et efficacité accrue des services de santé |

## 5 CATALYSEURS DU PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS

Le PSSI du RLISS du Centre a cerné cinq catalyseurs, définis comme étant de grands domaines dans lesquels une amélioration aura de vastes répercussions sur la disponibilité et l'efficacité des services :

1. Diversité et universalité
2. Ressources humaines en santé
3. Gestion de l'information et technologie de l'information
4. Médecins de famille
5. Aide à la décision (données et outils). À noter que l'aide à la décision a été subsumée sous les autres catalyseurs.

Cette section du PSA traite de ces catalyseurs.

### 5.1 *Diversité et inclusivité*

En réponse aux questions soulevées par la prestation de services à une population diversifiée, le RLISS du Centre établit actuellement l'effectif, les objectifs et le mandat de son groupe consultatif de la diversité et de l'inclusivité. Ce groupe examinera les exigences liées à la diversité et à l'universalité énoncées dans le PSSI du RLISS pour l'année un.

#### **Tableau 18 : Priorités en matière de diversité et d'inclusivité énoncées dans le PSSI pour l'année un**

1. Élaborer une stratégie de communication en vue de sensibiliser les différentes communautés aux fonctions et aux objectifs du RLISS du Centre et de recueillir les commentaires de la collectivité
2. Mettre sur pied un groupe consultatif de la diversité et de l'inclusivité
3. Faire participer les différentes communautés à la planification et à l'établissement des programmes
4. Favoriser l'acquisition de compétences ethnoculturelles au sein des organismes de prestation de services de santé en offrant des activités axées sur le réseautage, le mentorat et le partage de ressources et de renseignements

Le 30 mai 2007, le RLISS a animé un atelier d'une journée sur la diversité et l'inclusivité. Les 140 participants ont participé à l'élaboration des objectifs du RLISS en matière de diversité et d'inclusivité.

#### **Intervenants et partenaires**

La planification et les initiatives seront dirigées par le groupe consultatif de la diversité et de l'inclusivité qui sera composé d'intervenants reflétant la diversité du RLISS. Les divers groupes d'intervenants et de partenaires du RLISS comprennent, mais de façon non limitative, les groupes ethnoculturels (y compris les immigrants récents), les Francophones, les Autochtones, les personnes handicapées, les personnes atteintes de troubles mentaux ou d'une toxicomanie, les personnes ayant un statut socioéconomique peu élevé, les habitants des régions rurales et les personnes gaies, lesbiennes, transgenderistes et bissexuelles. Mentionnons également les organismes et programmes qui desservent les diverses populations.

## Participation des secteurs

Le plan d'action aura une incidence sur tous les secteurs. Les intervenants des divers secteurs de service qui ont conseillé le RLISS durant la formulation du PSSI ont mentionné la nécessité d'améliorer les approches en matière de diversité et d'inclusivité.

### 5.2 Ressources humaines en santé

Un Groupe consultatif des ressources humaines en santé a été créé en mars 2006 pour contribuer au PSSI du RLISS. Il se compose de responsables des ressources humaines de divers secteurs du RLISS.

Depuis l'élaboration du PSSI, le groupe consultatif s'est concentré sur des projets de recrutement, notamment :

- Le premier salon de l'emploi du RLISS du Centre tenu en mars 2007
- La création et la mise en œuvre de la page « Health Careers in Central LHIN » du site Web du RLISS du Centre

Le groupe consultatif a été choisi parmi une liste de demandeurs pour représenter une des innovations en ressources humaines en santé à l'Expo Innovation santé de 2007.

En avril 2007, le groupe consultatif a décidé de créer trois groupes de travail axés sur le recrutement, la rétention, la formation et le perfectionnement. Il a donné au RLISS des conseils sur les enjeux liés à la planification de la main-d'œuvre, aux questions syndicales et autres questions de ressources humaines.

### 5.3 Gestion de l'information et technologie de l'information

Le Plan stratégique du RLISS en matière de GI/TI et de cybersanté établit six orientations stratégiques :

1. **Accessibilité** – Rendre les sources de renseignements à l'intérieur et à l'extérieur du RLISS plus accessibles aux patients et aux fournisseurs du continuum de soins
2. **Amélioration de la qualité** – Appuyer les projets d'amélioration de la qualité, notamment en ce qui a trait à la sécurité des patients et à la gestion des maladies chroniques
3. **Adoption rapide** – Préconiser et appuyer la mise en œuvre rapide des initiatives provinciales en matière de GI/TI et de cybersanté qui sont conformes aux orientations stratégiques du RLISS du Centre
4. **Conformité à la feuille de route d'Inforoute santé du Canada** – Obtenir des fonds d'Inforoute santé du Canada et de la province pour l'élaboration et la mise en œuvre rapide des composantes du dossier médical électronique
5. **Collaboration avec les autres RLISS** – Utiliser efficacement les ressources et les services de soutien inter-RLISS en faisant valoir et en coordonnant des projets avec d'autres RLISS
6. **Exploitation des ressources** – Accélérer les améliorations des systèmes d'information au sein du RLISS en coordonnant les efforts, en exploitant les ressources et les projets et en partageant les ressources en GI/TI limitées.

Une série de projets (figurant au tableau 19) permettront d'atteindre ces objectifs au cours des cinq prochaines années. Certains projets visent à mettre en œuvre à l'échelle locale les initiatives de

cybersanté provinciales et d'autres seront dirigés par le RLISS du Centre ou par ce dernier en association avec d'autres RLISS.

Les projets de connectivité et de courriel sécurisé donneront accès au réseau sécurisé de l'ASIS et permettront aux fournisseurs de services de santé autorisés de transmettre des renseignements confidentiels. Ces deux projets constituent les fondements des autres initiatives de services directs aux clients : le portail clinique, le portail des patients et le programme de gestion et de prévention des maladies chroniques.

**Tableau 19 : Projets visant l'atteinte des objectifs en matière de GI/TI du ministère au cours des cinq prochaines années**

|                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Accessibility:</b><br>Increase access to information sources within and outside the LHIN for patients and providers across the continuum of care                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Improved Connectivity and e-Mail</li> <li>• Clinical and Patient Portals</li> <li>• Central LHIN website</li> </ul> |
| <b>Quality Improvement Support:</b><br>Quality improvement initiatives such as patient safety and chronic disease management initiatives                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinical Portal</li> <li>• Chronic Disease Management</li> <li>• EMPI (non-acute)</li> </ul>                        |
| <b>Early Adopters</b><br>Advocate for and support the early implementation of provincial IM/IT/eHealth initiatives that are aligned with the strategic directions of the Central LHIN                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wait Times and EMPI</li> <li>• Chronic Disease Management</li> <li>• e-Referral</li> </ul>                          |
| <b>Alignment with CHI Blueprint</b><br>Secure Canada Health Infoway and provincial funding for early development and implementation of the Electronic Health Record components                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinical and Patient Portals</li> <li>• Chronic Disease Management</li> </ul>                                       |
| <b>Collaboration with other LHINs</b><br>Make effective use of resources and support care across LHIN boundaries by leveraging and coordinating initiatives with other LHINs                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• TEN PACS</li> </ul>                                                                                                 |
| <b>Leveraging Resources</b><br>Accelerate improvements in information systems within the Central LHIN by coordinating efforts, leveraging resources and initiatives and sharing scarce IM/IT resources. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PMO</li> <li>• Integration Strategy</li> </ul>                                                                      |

## Intervenants et partenaires

La stratégie en matière de GI/TI et de cybersanté a été élaborée par le comité de la GI/TI et de la cybersanté auquel siègent des représentants d'un grand nombre de secteurs, notamment huit hôpitaux, le CASC, les services de santé mentale, les médecins des hôpitaux et les médecins de famille, les aînés et les fournisseurs de services de soutien communautaire. L'ASIS a envoyé un membre d'office qui assure la liaison pour l'échange de renseignements et la prestation de conseils.

Le comité a tenu des consultations avec les autres fournisseurs de services du RLISS durant l'élaboration de la stratégie en matière de GI/TI et de cybersanté. Ces fournisseurs ont également reçu un breffage sur le libellé final de la stratégie.

Le comité de la GI/TI et de la cybersanté travaille de concert avec le conseil sur la cybersanté du RLISS de Toronto Centre à l'élaboration d'un plan de création d'un bureau commun pour le conseil de cybersanté et le bureau de gestion de projet (BGP). On envisage des projets communs, des projets propres au RLISS ou des groupes de travail sur la mise en œuvre.

## Participation des secteurs

Les projets de connectivité et de courriel sécurisé visent l'ensemble des fournisseurs des divers secteurs de services de santé du RLISS. Les hôpitaux et les grands organismes communautaires se sont branchés au réseau sécurisé de l'ASIS et ont entamé la mise en œuvre du courriel sécurisé. Les petits organismes sont en voie de s'inscrire aux fins de connectivité.

Les hôpitaux participent au projet de Répertoire principal ontarien des patients (RPOP), à la Stratégie de réduction des temps d'attente, au système d'accès aux renseignements des patients du Programme de médicaments de l'Ontario pour les services d'urgence et au Système d'information sur les soins aux malades en phase critique. On envisage d'élargir le RPOP au secteur communautaire. Un grand nombre d'hôpitaux du RLISS du Centre et des autres RLISS mettent en œuvre le projet TEN PACS.

Le CASC participe activement au projet d'inventaire des services.

## Étapes de mise en œuvre

Voici les principales étapes de mise en œuvre du plan de travail triennal en matière de GI/TI et de cybersanté :

- 2008-2009 :
  - Effectuer une évaluation de l'état de préparation à la technologie des fournisseurs de services de santé du RLISS afin de déterminer leurs besoins et leur capacité à mettre en œuvre la stratégie de cybersanté.
  - Entamer la mise en œuvre de l'acheminement électronique chez les fournisseurs du RLISS.
  - Achever l'installation finale des systèmes de connectivité et de courriel sécurisé de l'Agence des systèmes intelligents pour la santé dans les autres organismes.
  - Poursuivre la mise en route du Bureau de gestion de projet commun avec le RLISS de Toronto Centre.
  - Continuer de renforcer la capacité du site Web du RLISS.
  - Surveiller et appuyer (au besoin) la mise en œuvre des initiatives provinciales, notamment les phases subséquentes du Répertoire principal ontarien des patients (RPOP), le système d'accès aux renseignements des patients du Programme de médicaments de l'Ontario pour les services d'urgence, la Stratégie de réduction des temps d'attente et le Projet du Système d'information de laboratoire de l'Ontario (Projet SILO).
  - Mettre au point la stratégie de cybersanté locale au besoin pour maintenir la concordance avec la stratégie de cybersanté provinciale.
  - Donner suite aux exigences en matière de cybersanté découlant du plan de mise en œuvre du PSSI (le projet d'inventaire des services, par exemple, bien que ce dernier puisse être traité dans le cadre d'une initiative provinciale).
- 2009-2010 :
  - Effectuer une analyse de l'état actuel pour déterminer les critères d'intégration relatifs aux projets de la stratégie de cybersanté (portail clinique, portail des patients et registre des maladies chroniques, par exemple), élaborer une feuille de route d'intégration précisant l'état futur souhaité pour l'intégration des systèmes et établir un réservoir central d'experts en intégration.

- Élargir la capacité d'acheminement électronique des fournisseurs du RLISS.
- Élaborer un plan et des structures pour donner suite aux exigences en matière de cybersanté découlant des stratégies de gestion et de prévention des maladies chroniques provinciales et locales.
- Mettre au point la stratégie de cybersanté locale au besoin pour maintenir la concordance avec la stratégie de cybersanté provinciale.
- Donner suite aux exigences en matière de cybersanté découlant du plan de mise en œuvre du PSSI.
- 2010-2011 :
  - Évaluer les exigences administratives et fonctionnelles relatives aux portails des patients, cerner des solutions et fixer des prix pour y répondre et établir un dossier d'analyse et de prévision des coûts pour les portails.
  - Continuer d'élargir la capacité d'acheminement électronique des fournisseurs du RLISS.
  - Mettre en route le plan et les structures qui donnent suite aux exigences en matière de cybersanté découlant des stratégies de gestion et de prévention des maladies chroniques provinciales et locales.
  - Mettre au point la stratégie de cybersanté locale au besoin pour maintenir la concordance avec la stratégie de cybersanté provinciale.
  - Donner suite aux exigences en matière de cybersanté découlant du plan de mise en œuvre du PSSI.

## Risques

- La moitié des fournisseurs de services du RLISS ne sont pas branchés au réseau sécurisé de l'ASIS. Un seul fournisseur (hôpital) a mis en œuvre le courriel sécurisé. Deux organismes qui ont achevé la plupart des étapes de mise en œuvre du courriel sécurisé attendent que l'ASIS mette la connectivité à niveau.
- Le comité consultatif de la GI/TI et de la cybersanté a remanié son plan stratégique (juillet 2006) pour le rendre conforme au PSSI, mais aucun financement spécial n'a été octroyé à la mise en œuvre de projets de cybersanté.
- Les grands fournisseurs de services de santé octroient des ressources à la cybersanté, mais participent à diverses initiatives provinciales de cybersanté (p. ex. Stratégie de réduction des temps d'attente, Répertoire principal ontarien des patients, système de soins aux malades en phase critique, Projet de mise à niveau du réseau de l'ASIS), ce qui leur laisse peu de ressources humaines ou financières à investir dans les priorités de cybersanté du PSSI.
- De nombreux petits fournisseurs de services de santé octroient peu ou pas de ressources à la technologie de l'information, ce qui les empêche de participer aux projets de cybersanté.
- L'ASIS rapporte qu'elle a peu de fonds à consacrer à la mise en œuvre de la connectivité et du courriel sécurisé. Or, l'achèvement de ce projet dans le RLISS du Centre exige que l'ASIS affecte des ressources aux fournisseurs de services de santé de sa région.
- On n'a pas déterminé l'avancement de la mise en œuvre de la connectivité et du courriel sécurisé parmi les médecins et le plan de travail et les calendriers nécessaires à la mise en œuvre ne sont pas terminés. Or, les avantages de la connectivité et du courriel sécurisé du RLISS seront réalisés seulement si les médecins mettent en œuvre des initiatives semblables.

- Il n'y a pas de partage direct de renseignements ou de plans entre les projets de cybersanté mis en œuvre par les médecins par le truchement d'OntarioMD et les projets de cybersanté du RLISS.

## 5.4 Médecins de famille

Les médecins de famille acheminent les patients vers le système de santé et leur participation aux activités de planification du RLISS est importante pour la réussite de celles-ci. À cette fin, le RLISS du Centre a créé un groupe consultatif des médecins de famille qui servira de forum pour la participation des dirigeants des services de médecine familiale à ses activités de planification.

### Intervenants et partenaires

Le groupe consultatif inclut les chefs de la médecine familiale des hôpitaux de soins actifs du RLISS et des représentants du Centre d'accès aux soins communautaires, de l'Ontario College of Family Physicians et de l'Ontario Medical Association.

### Participation des secteurs

Ce catalyseur engage le secteur des soins primaires qui a une incidence sur tous les aspects du système de santé. Il y a également des maillages entre ce catalyseur et la cybersanté.

### Activités

2008-2009 :

- Communiquer avec tous les médecins de famille du RLISS du Centre.
- Présenter des commentaires sur la mise en œuvre du PSSI.
- Partager des renseignements sur les priorités des médecins de famille.
- Établir des mécanismes d'approche pour rejoindre les médecins de famille.

2009-2010 :

- Créer et maintenir une base de données des médecins de famille du RLISS.
- Hausser le nombre de médecins de famille électroniquement reliés aux hôpitaux du RLISS.
- Encourager les équipes Santé familiale du RLISS à collaborer.

2010-2011 :

- Élaborer des stratégies de recrutement et de rétention des médecins avec les intervenants.
- Cerner les lacunes des soins primaires dans le RLISS du Centre.
- Établir des liens avec les programmes de formation médicale continue.

**Tableau 20 : Conformité des médecins de famille au Plan de services de santé intégrés, à l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS et aux priorités du MSSLD**

|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Priorités du PSSI appuyées par ce plan</i>                      | Diversité et inclusivité, ressources humaines en santé, cybersanté, GI/TI et médecins de famille – catalyseurs identifiés dans le PSSI. Les actions cernées par ces groupes consultatifs pourraient influencer toutes les priorités du RLISS. |
| <i>Objectifs systémiques du PSSI appuyés par ce plan</i>           | Accès<br>Coordination<br>Qualité<br>Efficacité                                                                                                                                                                                                |
| <i>Indicateurs de l'entente sur la responsabilisation entre le</i> |                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                             |                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>MSSLD et le RLISS appuyés ou affectés par ce plan</i>    |                                                                                                                    |
| <i>Priorités du MSSLD appuyées ou affectées par ce plan</i> | Accès équitable<br>Participation et partenariats communautaires<br>Amélioration de l'état de santé au niveau local |

## 6 PLANS DÉTAILLÉS POUR TRAITER DE NOUVELLES INITIATIVES

Outre les priorités et catalyseurs cernés dans le PSSI et décrits dans les deux sections précédentes du présent PSA, quelques questions ont été soulevées par les intervenants ou le MSSLD après l'achèvement du PSSI :

1. Technologie de l'information et gestion de l'information (un des catalyseurs du RLISS)
2. Soins palliatifs et soins en fin de vie
3. Autres niveaux de soins
4. Services en français
5. Services pour les peuples autochtones
6. Planification des services hospitaliers
7. Participation communautaire et communications.

### 6.1 Technologie de l'information et gestion de l'information

Se reporter à la sous-section 5.3 (*Gestion de l'information et technologie de l'information*) page 57.

### 6.2 Soins palliatifs et soins en fin de vie

En octobre 2005, la province a annoncé la Stratégie d'amélioration des soins en fin de vie (SASFV) destinée à améliorer les soins en fin de vie dispensés à domicile et dans la collectivité. La stratégie a pour but, notamment, de transférer le traitement des mourants des milieux de soins actifs à des milieux plus appropriés de leur choix. Le PSSI affirme que les soins palliatifs et les soins en fin de vie pourraient être des initiatives futures, mais les paramètres de ces initiatives ne sont pas précisés. On pourrait, toutefois, miser sur la Stratégie d'amélioration des soins en fin de vie pour assurer la prestation d'un continuum de soins palliatifs compassionnels et de qualité dans le RLISS du Centre.

#### Intervenants et partenaires

Le RLISS du Centre a organisé deux journées de réseautage sur les soins palliatifs et les soins en fin de vie au cours des neuf derniers mois et 80 participants l'ont aidé à élaborer un réseau de soins palliatifs et de soins en fin de vie pour le RLISS. Un comité directeur provisoire a été créé pour planifier et diriger la fusion des multiples réseaux en un seul réseau. L'effectif du réseau comprendra, mais de façon non limitative, une représentation de plusieurs secteurs de la santé, notamment soins actifs, soins de longue durée, soins communautaires, soins primaires et services spécialisés, ainsi qu'une représentation des familles, des Autochtones, des bénévoles, des communautés religieuses, des enseignants, des salons funéraires et des secteurs des transports, du contentieux, de la culture et de la justice. Le réseau sera dirigé par un comité directeur représentatif des membres.

Des groupes de travail associés planifieront et mettront en œuvre diverses initiatives, notamment :

- Préparation d'un inventaire des services
- Repérage d'opportunités de collaboration interrégion

- Identification de possibilités d'intégration
- Formulation d'un plan pour un hospice de dix lits
- Élaboration d'un formulaire commun d'acheminement et d'accueil.

#### Participation des secteurs :

- Les fournisseurs de soins primaires participeront au réseau et aux groupes de travail qui élaboreront des outils et pratiques standardisés.
- Le Centre régional de cancérologie siègera au réseau et aux groupes de travail qui élaboreront des outils et pratiques standardisés, des modèles d'évaluation et cerneront des possibilités de collaboration; il pourrait collaborer à la formulation du plan pour un hospice.
- Les hôpitaux siègeront au réseau et aux groupes de travail qui repéreront des possibilités de collaboration, des opportunités d'intégration et élaboreront des outils et pratiques standardisés.
- Le CASC siègera au réseau et agira en qualité d'organisme de paiement de transfert. Il participera également aux groupes de travail chargés de dresser inventaire des services, d'élaborer des outils et des pratiques standardisés, de repérer des opportunités d'intégration et de formuler un plan pour un hospice.
- Les fournisseurs de services palliatifs siègeront au réseau et aux groupes de travail qui cerneront des opportunités d'intégration, formuleront un plan pour un hospice et élaboreront des outils et pratiques standardisés ainsi qu'un cadre d'évaluation.

**Tableau 21 : Objectifs, stratégies et résultats visés pour les soins palliatifs et les soins en fin de vie**

| Objectif systémique | Stratégie                                                         | Résultats visés                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |                                                                   | Année                               | Description                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Accès               | Renforcer l'accès aux soins palliatifs et aux soins en fin de vie | 2008-2009<br>2009-2010<br>2010-2011 | Dresser un inventaire des services<br>Formuler un plan pour un hospice de dix lits                                                                                                                                                                                               |
| Coordination        | Promouvoir la mise en œuvre d'équipes de soins                    | 2008-2009<br>2009-2010<br>2010-2011 | Élaborer un formulaire d'acheminement et d'accueil<br>Élaborer des outils d'évaluation communs<br>Réexaminer les modèles de déplacement au sein du système                                                                                                                       |
| Qualité             | Mettre en œuvre des pratiques exemplaires                         | 2008-2009<br>2009-2010<br>2010-2011 | Élaborer un cadre d'évaluation pour le réseau<br>Mettre en œuvre le projet d'intégration provincial<br>Mettre en œuvre les normes nationales de soins<br>Cerner des compétences de base en matière de soins palliatifs<br>Formuler et mettre en œuvre un sondage sur l'éducation |
| Efficacité          | Promouvoir l'innovation dans le secteur des services              | 2008-2009<br>2009-2010<br>2010-2011 | Repérer des opportunités de collaboration interrégion                                                                                                                                                                                                                            |
| Intégration         | Intégrer la prestation des services                               | 2008-2009<br>2009-2010<br>2010-2011 | Cerner des opportunités d'intégration dans les domaines de la gouvernance et de la prestation de services                                                                                                                                                                        |

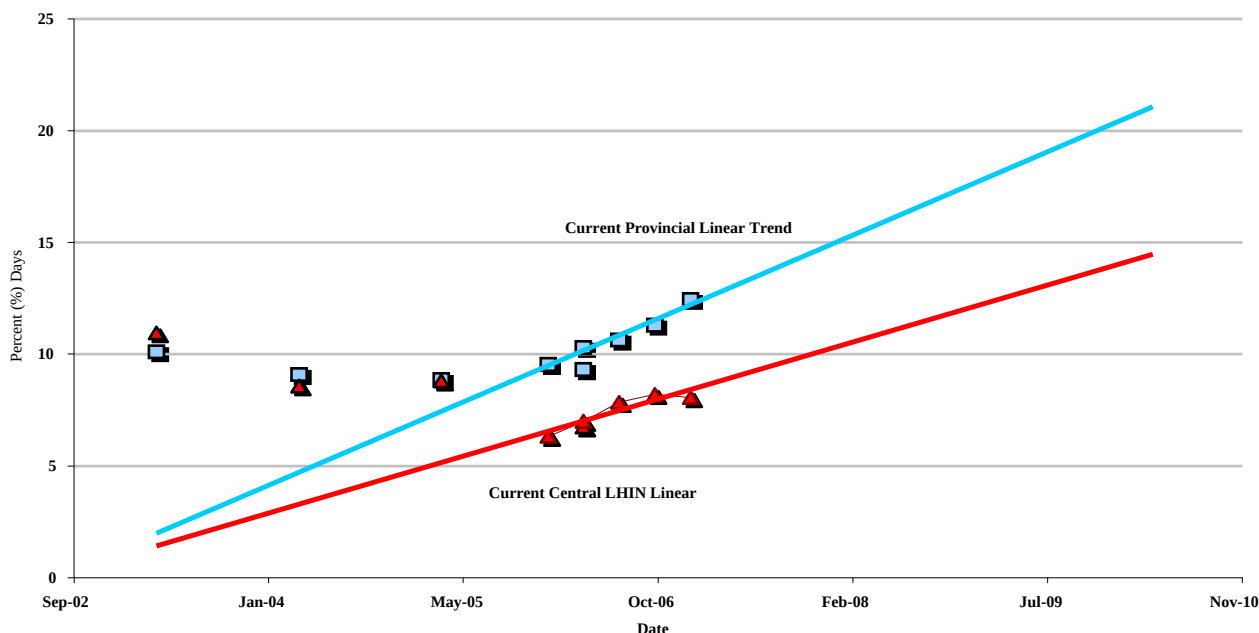
**Tableau 22 : Conformité des soins palliatifs et des soins en fin de vie au Plan de services de santé intégrés, à l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS et aux priorités du MSSLD**

|                                                                                      |                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Priorités du PSSI</i>                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non applicable</li> </ul>                                                                                |
| <i>Objectifs systémiques du PSSI</i>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès</li> <li>• Coordination</li> <li>• Qualité</li> <li>• Efficacité</li> <li>• Intégration</li> </ul> |
| <i>Indicateurs de l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS</i> | Pourcentage de décès dus au cancer en milieu hospitalier en proportion de tous les décès dus au cancer                                            |
| <i>Priorités du MSSLD</i>                                                            | Intégration et coordination accrues des services de santé et des établissements du secteur des soins palliatifs                                   |

### 6.3 Autres niveaux de soins (ANS)

Priorité nouvelle découlant principalement de la stratégie du ministère, les ANS émanent de la prédominance des services d'urgence dans le PSSI. Le Centre d'accès aux soins communautaires du Centre est le seul CASC qui ait une longue liste d'attente pour les services. La gestion de cet enjeu pourrait avoir une incidence sur les autres niveaux de soins. À défaut d'obtenir des fonds spéciaux complémentaires pour les autres niveaux de soins, le RLISS du Centre entrevoit une hausse du pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins due à la croissance rapide de l'âge moyen et de l'utilisation de la pleine capacité des lits de soins de longue durée. Comme l'illustre la figure suivante, le pourcentage de journées d'ANS augmente chaque année.

**Figure 10 : Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins**



Les inducteurs actuels (notamment la capacité en lits de soins de longue durée, l'intégration faible et la forte demande) affectent le pourcentage d'ANS dans le RLISS. Il n'y a pas de financement additionnel ni d'augmentation du nombre de lits pour soins de longue durée et la croissance et le vieillissement de la population supérieurs à la moyenne entraînent une hausse continue du pourcentage de journées d'ANS.

Les études actuelles suggèrent que le RLISS du Centre affiche l'un des pourcentages de journées d'ANS les moins élevés de la province. Cependant, le groupe consultatif sur l'aide à la décision du RLISS, qui compte des représentants de chaque hôpital et du CASC, a examiné à fond les données disponibles sur les pourcentages de journées d'ANS et a soulevé plusieurs points :

- Le personnel médical des hôpitaux utilise différentes approches pour affecter les patients au statut d'ANS et le personnel d'aide à la décision des hôpitaux utilise différentes définitions lorsqu'il présente cette information. Les directeurs et chefs d'aide à la décision de ces établissements croient que les chiffres sont en réalité plus élevés. Les fournisseurs présenteront désormais les données par l'entremise du nouveau système Web de compte rendu des données sur les ANS du CASC. Grâce à ce système, le RLISS s'attend à améliorer la déclaration des données, puis à entreprendre le repérage des inducteurs clés et l'élaboration de solutions.
- Par suite de la croissance rapide de la population du RLISS, celui-ci est confronté à une hausse de la demande de soins de longue durée, alors que sa capacité en ce qui a trait à ces lits est faible. Par exemple, le nombre de lits de soins de longue durée par 1 000 habitants de plus de 85 ans est inférieur au nombre de lits par 1 000 habitants de la province. En outre, certains établissements du RLISS ne sont pas choisis par les clients qui souhaitent un placement (bâtiments plus anciens et mauvais antécédents en matière de soins).

## **6.4 Services en français**

Moins de deux pour cent des résidents du RLISS du Centre sont Francophones, mais ils représentent une importante partie de la communauté francophone de la Région du Grand Toronto. Pour cette raison, les services de santé en français seront enchâssés dans des initiatives complémentaires, comme le groupe consultatif des ressources humaines en santé, et le RLISS collabore avec le comité de planification et de soutien des services de santé en français de la région de Toronto. Grâce à l'établissement des entités de planification des services de santé en français, une initiative du MSSLD, les exigences relatives aux services en français énoncées dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* seront respectées.

## **6.5 Services pour les peuples autochtones**

Moins d'un pour cent de la population du RLISS du Centre se compose d'Autochtones. Cette population diversifiée est éparpillée à l'échelle du RLISS et il ne sera peut-être pas possible d'établir un groupe de planification autochtone pour le RLISS. Mais, grâce à l'établissement des entités de planification des services de santé pour les Autochtones, une initiative du MSSLD, les exigences relatives aux services de santé pour les Autochtones énoncées dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* seront respectées.

## **6.6 Services hospitaliers**

Le RLISS a entrepris un examen des besoins de services hospitaliers à Vaughan après que le ministre eut annoncé de nouveaux services hospitaliers pour la région et ait sollicité ses conseils sur la taille, la portée et la gestion de ces services. Cet examen offre l'opportunité d'effectuer une étude plus exhaustive pour cerner les lacunes et mieux comprendre les besoins en matière de services hospitaliers à Vaughan. Cette étude examinerait les risques et les pressions auxquels font face les fournisseurs du RLISS et déterminerait la demande réelle de services hospitaliers et communautaires dans la région. Le RLISS n'a pas assez de personnel pour effectuer cet examen à l'interne.

Comme l'a démontré l'analyse du contexte, le RLISS du Centre est un des RLISS qui croît le plus rapidement. De même, la croissance rapide des aînés, la proximité du centre-ville de Toronto et la demande croissante des populations avoisinantes exacerbent les pressions sur le RLISS. À défaut d'être réglées, ces pressions continueront de perturber la capacité des hôpitaux locaux.

Figurant parmi les hôpitaux les plus efficaces de la province, les hôpitaux du RLISS ont quand même de la difficulté à répondre à la croissance continue de la population et aux pressions démographiques, car il y a eu peu de développement et d'expansion dans le secteur hospitalier. Les hôpitaux tentent de répondre à la demande croissante, mais ils continuent d'avoir des problèmes sur le plan de la croissance du capital.

Le tableau suivant compare les dépenses totales par tête et les dépenses totales par tête en services hospitaliers du RLISS du Centre à celles de son homologue comparateur le plus proche (le RLISS du Centre-Est) et aux moyennes provinciales.

**Tableau 23 : Dépenses par tête totales et liées aux hôpitaux, RLISS du Centre, RLISS du Centre-Est et province**

| Sector                                | Central LHIN | Central East LHIN | Provincial Average | Central LHIN as a % of closest Peer comparator - Central East LHIN | Central LHIN as a % of Provincial Average |
|---------------------------------------|--------------|-------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Total Per Capita Health Spending      | \$847        | \$1,085           | \$1,499            | 78%                                                                | 57%                                       |
| Per Capita for Operation of Hospitals | \$541        | \$638             | \$1,027            | 85%                                                                | 53%                                       |

Remarque : Le RLISS du Centre-Est, en tant que comparateur, est celui qui ressemble le plus au RLISS du Centre sur le plan de la population desservie, du budget, du nombre d'hôpitaux, du budget du CASC, de la composition urbaine, rurale et suburbaine et de l'absence de centres des sciences de la santé universitaires. Le tableau précédent révèle que les dépenses de santé par tête des hôpitaux du RLISS du Centre atteignent 85 % des dépenses par tête du RLISS du Centre-Est et seulement 53 % des dépenses par tête engagées dans la province.

Une autre façon d'examiner les ressources du secteur hospitalier du RLISS du Centre est de regarder les dépenses totales des hôpitaux. Les dépenses des hôpitaux pour l'exercice 2007-2008, fondées sur les affectations pluriannuelles fournies par le MSSLD, s'élèvent à 894,8 M\$ pour le RLISS du Centre, comparativement à 962,1 M\$ pour le RLISS du Centre-Est. Il y a une différence de 67,3 M\$ en dépit du fait que la population du RLISS du Centre est plus élevée que celle du RLISS du Centre-Est (1 654 112 habitants contre 1 506 617).

Pressions complémentaires cernées par les hôpitaux du RLISS :

- Manque de services obstétricaux à cause de la forte croissance démographique et de la proximité au centre-ville de Toronto
- Surpopulation des salles d'urgence et pressions croissantes exercées par les autres niveaux de soins
- Sensibilité aux problèmes de ressources humaines en santé, étant donné que de nombreux programmes reçoivent un financement unique qui déstabilise le cadre de financement.

## **6.7 Participation communautaire et communications**

Dans le cadre de son mandat, le RLISS s'attache à forger et à favoriser des relations positives avec les intervenants et à promouvoir la participation communautaire. La participation des intervenants, qui s'est poursuivie même après l'achèvement du PSSI, renforcera la crédibilité du RLISS et inspirera confiance, ce qui facilitera la prise de décisions et les changements systémiques.

**Plan de participation communautaire pour 2007**

- Continuer de solliciter les conseils du groupe régional des intervenants, au besoin
- Organiser des consultations publiques pour accroître la sensibilisation au RLIS et recueillir les commentaires sur le système de santé local des membres du public, y compris des groupes ethnoculturels, religieux, multilingues, des dirigeants d'affaires et des enseignants
- Solliciter le point de vue des groupes d'intérêts du secteur de la santé sur des questions précises
- Solliciter l'opinion des FSS sur la mise en œuvre du PSSI et d'autres questions, au besoin
- Répondre aux demandes de renseignements ou de consultation et participer à d'autres consultations
- Consultations sur la planification des services hospitaliers pour Vaughan, notamment :
  - **À la fin d'octobre 2007** : solliciter des commentaires et une vérification des constatations initiales des travaux de planification des hôpitaux du RLIS sur les besoins et les lacunes en matière de services. Participeront à la consultation les fournisseurs de services de santé, les autres intervenants intéressés et le public.
  - **En janvier 2008** : solliciter des commentaires et une vérification des options et recommandations concernant les besoins et lacunes en matière de services dans Vaughan et le RLIS. Participeront à la consultation les fournisseurs de services de santé, les autres intervenants intéressés et le public.

**Plan de communication pour 2007**

- Mettre en œuvre la stratégie de communication approuvée par le conseil du RLIS en mars 2007, notamment les activités suivantes :
  - Segmenter et comprendre les intervenants.
  - Promouvoir le PSSI et sa mise en œuvre.
  - Utiliser divers moyens de communication pour rejoindre les intervenants (bulletins, salle de nouvelles, site Web, médias, articles, affiches, exposés et courriel, par exemple).
  - Mettre en œuvre une stratégie relative aux relations avec les médias
  - Établir un groupe consultatif des communicateurs pour intégrer les communications et soulever des questions qui intéressent tous les intervenants
  - Établir un système de communication interne efficace.

## 7 SOMMAIRE FINANCIER PAR SECTEUR

Le tableau suivant illustre les affectations pluriannuelles des paiements de transfert. Les hypothèses suivantes s'appliquent :

- Il s'agit d'affectations de base.
- On inclut une affectation pour le plan de fonctionnement postérieur à la construction et la croissance pour le secteur hospitalier pour les exercices 2007-2008 et 2008-2009. Les montants pour les exercices 2009-2010 et 2010-2011 seront déterminés par le ministère.
- Les nombres pour les exercices ultérieurs proviennent de l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLIS, annexe 9.
- À ce moment-ci, le financement de base des secteurs n'a pas été réaligné. Une analyse de la capacité et des lacunes des services dans le RLIS du Centre a été entreprise et elle constituera le fondement d'un réalignement éventuel des secteurs.

**Tableau 24 : Affectations pluriannuelles des paiements de transfert**

Multi Year Transfer Payment Allocations \*\*  
In \$ 000

| Sectors                                                              | 2007-08<br>Base<br>Funding | 2008/09<br>Funding<br>Allocation | 2009/10 Funding<br>Target | 2010/11<br>Funding Target | 2008/09 %<br>increase | 2009/10 %<br>increase | 2010/11 %<br>increase |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Operation of Hospitals *                                             | 921,513.7                  | 974,133.3                        | 978,166.3                 | 978,166.3                 | 5.71%                 | 0.41%                 | 0.00%                 |
| Grants to compensate for Municipal Taxation - public hospitals       | 216.5                      | 216.5                            | 216.5                     | 216.5                     | 0.00%                 | 0.00%                 | 0.00%                 |
| Long Term Care Homes                                                 | 249,240.9                  | 251,099.6                        | 251,099.6                 | 251,099.6                 | 0.75%                 | 0.00%                 | 0.00%                 |
| Community Care Access Centres                                        | 169,710.2                  | 176,637.7                        | 183,703.2                 | 192,888.3                 | 4.08%                 | 4.00%                 | 5.00%                 |
| Community Support Services                                           | 25,323.2                   | 26,336.2                         | 26,928.8                  | 27,534.7                  | 4.00%                 | 2.25%                 | 2.25%                 |
| Acquired Brain Injury                                                | 7,257.6                    | 7,420.9                          | 7,587.9                   | 7,758.6                   | 2.25%                 | 2.25%                 | 2.25%                 |
| Assisted Living Services in Supportive Housing                       | 18,241.6                   | 18,652.0                         | 19,071.7                  | 19,500.8                  | 2.25%                 | 2.25%                 | 2.25%                 |
| Community Health Centres                                             | 4,524.9                    | 4,530.5                          | 4,530.5                   | 4,530.5                   | 0.12%                 | 0.00%                 | 0.00%                 |
| Community Mental Health                                              | 53,163.3                   | 54,666.2                         | 55,896.2                  | 57,153.8                  | 2.83%                 | 2.25%                 | 2.25%                 |
| Addictions Program                                                   | 3,903.8                    | 4,271.1                          | 4,367.2                   | 4,465.5                   | 9.41%                 | 2.25%                 | 2.25%                 |
| <b>Sub-Total</b>                                                     | <b>1,453,095.7</b>         | <b>1,517,964.0</b>               | <b>1,531,567.9</b>        | <b>1,543,314.6</b>        | <b>4.46%</b>          | <b>0.90%</b>          | <b>0.77%</b>          |
| Special Initiatives (LHIN Priority Fund, Aging at Home, Flo funding) | 2,137.0                    | 17,161.4                         | 23,700.0                  | 29,179.5                  | 703.06%               | 38.10%                | 23.12%                |
| <b>Total</b>                                                         | <b>1,455,232.7</b>         | <b>1,535,125.4</b>               | <b>1,555,267.9</b>        | <b>1,572,494.1</b>        | <b>5.49%</b>          | <b>1.31%</b>          | <b>1.11%</b>          |

\* Includes PCOP and growth in 2007/08 and 2008/09. For 2009/10 and 2010/11, PCOP and Growth TBD.

\*\* Source for out-year numbers is draft MLAA Schedule 9

## 8 PLANIFICATION DES ACTIVITÉS DU RLISS DU CENTRE

Le plan de dotation et d'activités décrit les besoins des trois prochaines années dans trois secteurs :

1. Dotation
2. Manque à gagner des dépenses de fonctionnement
3. Incidence de l'inflation sur les programmes.

Le RLISS a cerné les ressources additionnelles dont il a besoin dans ces secteurs pour s'acquitter de son mandat aux termes de l'entente sur la responsabilisation. Ces besoins sont décrits ci-après.

### 8.1 Aperçu des besoins de dotation

Dans un organisme de démarrage, l'organigramme et la structure organisationnelle sont déterminés bien avant le début des activités. En dépit de l'énorme planification qui sous-tend la création du cadre, à mesure que les activités commencent, on identifie les secteurs qui requièrent des ressources additionnelles ou nouvelles. Après une année entière d'activité, le RLISS a déterminé qu'il a besoin, au minimum, d'un complément additionnel de dix employés et de plusieurs étudiants à temps partiel. Il réclame un montant additionnel de 5 000 \$ pour frais accessoires pour chaque nouvel employé.

**Tableau 25 : Plan de dotation du RLISS**

| LHIN Staffing Plan                                    |                                      |                 |                 |                 |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|                                                       | 2006/07<br>Actuals as<br>of March 31 | 2008/09<br>Plan | 2009/10<br>Plan | 2010/11<br>Plan |
| <b>Number of FTE</b>                                  | 23.4                                 | 31.5            | 34.5            | 34.5            |
| <b>Position Title:</b>                                |                                      |                 |                 |                 |
| <b>Executive Team</b>                                 |                                      |                 |                 |                 |
| CEO                                                   | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Executive Assistant to the CEO                        | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Administrative Assistant, Executive Offices           | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Communications Specialist                             |                                      | 1               | 1               | 1               |
| PMO - Manager                                         |                                      | 1               | 1               | 1               |
| PMO - Officer                                         |                                      |                 | 1               | 1               |
| <b>Operations</b>                                     |                                      |                 |                 |                 |
| Controller/Business Support Manager                   | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Office Manager                                        | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Financial Analyst                                     |                                      |                 | 1               | 1               |
| Receptionist                                          | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| <b>Performance, Contract and Allocation</b>           |                                      |                 |                 |                 |
| Sr. Director, Performance, Contract and Allocation    | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Project Coordinator, PCA                              | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Administrative Assistant, PCA                         | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Sr. Consultant, Performance and Contract              | 2.4                                  | 2.4             | 2.4             | 2.4             |
| Sr. Consultant, Funding and Allocation                | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Consultant, Funding and Allocation                    |                                      | 2               | 2               | 2               |
| Project Coordinator, Funding and Allocation           | 2                                    | 2               | 2               | 2               |
| Student                                               |                                      | 0.3             | 0.3             | 0.3             |
| <b>Planning, Integration and Community Engagement</b> |                                      |                 |                 |                 |
| Sr. Director, Planning, Integration and Community     | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Administrative Assistant, PICE                        | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Project Coordinator, PICE                             | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Sr. Integration Consultant                            | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Integration Consultant                                | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Student                                               |                                      | 0.3             | 0.3             | 0.3             |
| Sr. Community Engagement Consultant                   | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Community Engagement Consultant                       | 1                                    | 1               | 1               | 1               |
| Sr. Planner/Epidemiologist                            | 1                                    | 3               | 4               | 4               |
| Planner                                               | 1                                    | 2               | 2               | 2               |
| GIS Student                                           |                                      | 0.5             | 0.5             | 0.5             |

Le RLISS a besoin de **deux autres conseillers en financement et affectations et d'un étudiant à temps partiel** pour se conformer aux exigences et aux attentes énoncées dans l'entente sur la responsabilisation conclue entre le MSSLD et le RLISS, à savoir établir un cadre de responsabilisation solide afin que les fournisseurs de services de santé aient un budget équilibré; contribuer aux travaux d'intégration en effectuant des analyses des activités; réexaminer et renforcer la responsabilisation à l'égard du financement global des hôpitaux; donner des conseils et effectuer des analyses des propositions des fournisseurs de services de santé, y compris des nouveaux projets d'immobilisations; fournir de la valeur ajoutée pour les services actuellement financés au titre du financement de base des fournisseurs de services de santé en effectuant des analyses des budgets de base; et respecter les exigences de déclaration renforcées du MSSLD et du conseil.

D'ici à 2009-2010, le RLISS aura besoin d'un **analyste financier** pour assurer que l'information et les mécanismes financiers sont gérés quotidiennement par un employé spécialisé et fournir un soutien approprié au contrôleur en ce qui a trait aux questions financières. À l'heure actuelle, il n'y a pas de soutien.

Le RLISS a besoin d'employés et d'étudiants additionnels pour répondre aux questions soulevées par les fournisseurs de services de santé et aux projets de planification éperonnés par le MSSLD et la collectivité après l'achèvement du PSSI. En plus de maintenir et d'appuyer les initiatives de planification dans la collectivité, le portefeuille de la planification contribue aux activités suivantes :

- le déroulement du processus de Présentation de planification hospitalière annuelle pour assurer la conformité des soumissions aux priorités du RLISS;
- l'examen des nouveaux services et des retraits de services proposés par les fournisseurs de services de santé, par le truchement de la Présentation de planification hospitalière annuelle ou de la soumission de leur budget de fonctionnement.

Le RLISS a besoin de **deux conseillers principaux en planification et d'un conseiller en planification** pour collaborer aux analyses des lacunes des services, y compris des demandes de planification des immobilisations locales présentées par les fournisseurs de services de santé.

À compter de 2008-2009, le RLISS aura besoin d'un **épidémiologiste** pour effectuer des analyses épidémiologiques de la santé de la population et des enjeux du système de santé local, présenter des données épidémiologiques au public et aux intervenants et élaborer des indicateurs de la qualité du système de santé et des méthodes de déclaration aux fins de planification et d'établissement des priorités.

L'**étudiant en SIG** appliquera les concepts et les méthodes de l'analyse spatiale pour cerner et présenter les problèmes inhérents au système de santé local.

L'**étudiant qui fera de la recherche** analysera les modèles de planification des services, effectuera des analyses documentaires sur divers modèles, mènera des sondages et contribuera à l'organisation et à l'animation des événements de l'équipe de la planification et de l'intégration.

Outre ces pressions, le manque d'expertise au sein de l'organisme pose d'autres risques dans deux domaines clés : les communications et la gestion de projet.

Le **spécialiste des communications** répondra aux demandes des membres de la collectivité et contribuera aux publications, à la gestion du site Web, aux relations publiques et aux communiqués de presse. Aucun membre du personnel ne peut gérer ces questions et, par conséquent, la qualité de ces services est faible.

Le RLISS a besoin d'un **directeur du bureau de gestion de projet** pour coordonner et commenter les nombreuses initiatives multifonctionnelles entreprises par le RLISS. Ce dernier a besoin d'un dirigeant qui assumera la responsabilité centralisée de la planification, de l'organisation, de la dotation, du contrôle et de la direction des efforts combinés du personnel participant ou affecté à la gestion d'un programme particulier durant le cycle de vie du système.

En 2009-2010, le RLISS embauchera un deuxième membre pour l'équipe, un **agent du bureau de gestion de projet**, qui aidera le directeur du bureau de gestion de projet à gérer les initiatives multifonctionnelles et les délais et contribuera à la coordination.

Le RLISS réclame un montant additionnel de 5 000 \$ pour frais accessoires pour chaque nouvel employé à temps plein.

## 8.2 Manque à gagner des dépenses de fonctionnement

Le RLISS a de la difficulté à exercer ses activités dans les limites du financement actuel et réclame une hausse des dépenses de fonctionnement de 210 000 \$ pour combler l'écart dans huit secteurs actuellement sous-financés (voir le tableau 26). Une description complète des besoins est présentée dans un plan d'activités qui accompagne ce PSA.

**Tableau 26 : Activités du RLISS – Demande de financement additionnel**

| LHIN Operations Sub-Category<br>(\$)           | 2008/09<br>Additional<br>Funding<br>Requested |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Governance Travel                              | 10,000                                        |
| Governance Per Diems                           | 10,000                                        |
| Other Governance Costs (mtgs, Prof Liab Insur) | 10,000                                        |
| Staff Development                              | 30,000                                        |
| Office Supplies & Purchased Equipment          | 20,000                                        |
| Capital Assets Purchased                       | 10,000                                        |
| Consulting Fees                                | 100,000                                       |
| Advertising                                    | 20,000                                        |
| <b>ADDITIONAL REQUEST FOR 08/09</b>            | <b>210,000</b>                                |

## 8.3 Financement accru pour contrebalancer l'effet de l'inflation

Le RLISS du Centre craint que les hausses inflationnistes n'affectent le financement des programmes. En fait, si un financement additionnel ne lui est pas accordé, l'incidence de ces hausses pourrait l'obliger à licencier du personnel d'ici trois ans. Cette situation découle en grande partie du fait que la majorité des catégories de dépenses du RLISS sont fixes (loyer et paiements LSSO, à titre d'exemple) et que, par conséquent, il a très peu de fonds discrétionnaires et peu de souplesse.

Le RLISS attend que le MSSLD lui confirme qu'il ne sera pas tenu d'assumer l'incidence des hausses inflationnistes à même son budget de fonctionnement sans recevoir de ressources additionnelles.

## 9 PLAN DE GESTION DES RISQUES

Le RLISS du Centre pourra peut-être gérer certains risques, mais pas d'autres.

1. Voici les risques que le RLISS ne pourra sans doute pas gérer.

### **Programmes administrés par le RLISS**

- a) Éliminer les lacunes des services en renforçant la capacité

Lorsqu'il a annoncé de nouveaux services hospitaliers à Vaughan, le ministre a effectivement affirmé que le gouvernement reconnaît qu'il faut combler les lacunes des services dans une des régions les plus dynamiques de la province. Cette annonce souligne les difficultés que l'on doit surmonter pour satisfaire les besoins dans une région insuffisamment desservie; or, cette importante initiative exigera au moins cinq ans. Pour l'instant, l'écart demeure et il devient impératif de combler les lacunes des services du secteur communautaire et de fournir des soutiens transitoires au secteur institutionnel qui opère à pleine capacité. Cette requête traitera la priorité accordée par le gouvernement et le PSSI à l'accès aux services pour les résidents des collectivités locales.

- b) Dotation

La dotation actuelle ne permet pas de satisfaire les attentes en matière de rendement cernées dans l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS, d'établir un cadre de responsabilisation solide de concert avec les fournisseurs de services de santé, de mettre en valeur les affectations de base fournies aux fournisseurs de services ni de progresser sur le plan de l'intégration.

### **Programmes administrés par le MSSLD**

- c) Stratégie de réduction des temps d'attente

Le niveau de financement de croissance équivalent accordé par le MSSLD en 2007-2008 à titre de financement unique pour la réduction des temps d'attente dans les hôpitaux et les services de réadaptation à domicile du CASC doit être prolongé ou renouvelé pour que les objectifs de rendement cernés dans l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS puissent être atteints.

- d) Stratégie de cybersanté

Cette initiative dirigée par le MSSLD vise à fournir aux fournisseurs de services de santé les outils qui leur permettront d'utiliser la technologie de l'information comme catalyseur de la prestation efficace de services.

2. Voici les risques que le RLISS pourra sans doute gérer.

- a) Les priorités communes des RLISS risquent de causer un recoupement des activités de planification et des stratégies de mise en œuvre conflictuelles. Le RLISS du Centre considère la

participation à des tables de planification interrégionales et provinciales comme étant une stratégie d'atténuation. En outre, il continuera de collaborer avec les représentants des réseaux régionaux par le biais d'une représentation au sein des groupes consultatifs du RLISS (le Programme régional des soins gériatriques et le GTA Rehabilitation Network, à titre d'exemple). Le RLISS envisage les organismes nationaux et régionaux comme l'Association canadienne du diabète, ainsi que ses partenaires du secteur privé, comme étant des ressources aptes à étayer ses activités de planification et de mise en œuvre. Il forgera également des maillages avec d'autres intervenants du gouvernement de l'Ontario, notamment le ministère de la Promotion de la santé et le ministère de l'Éducation.

- b) La pénurie de ressources humaines en santé (de gériatres, par exemple) pourrait empêcher le RLISS de mettre en œuvre les stratégies d'amélioration du PSSI. Cependant, les stratégies locales d'atténuation pourraient prévoir un renforcement de la capacité axé sur le perfectionnement des compétences d'autres types de travailleurs, notamment les infirmières cliniciennes spécialisées.
- c) L'entente sur la responsabilisation conclue avec le MSSLD oblige les RLISS à négocier les ententes sur les niveaux de service de 2008-2009 avec les hôpitaux. Or, dans le cadre du processus de négociation de 2007-2008, le MSSLD a fourni un financement unique et de base important aux hôpitaux pour obtenir la signature des ententes et leur affectation aux RLISS. Globalement, le MSSLD a fourni en 2007-2008 un financement de croissance de 10 % au secteur hospitalier, mais les affectations des exercices ultérieurs mentionnées à la section 7 (*Sommaire financier par secteur*) augmentent le financement des hôpitaux de 2,6 % seulement pour l'exercice 2008-2009. À défaut d'obtenir une aide supplémentaire, le RLISS du Centre anticipe des négociations très difficiles avec le secteur des hôpitaux. Il pourrait s'ensuivre une rupture des négociations et, partant, des ententes non signées.