

**RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ
de Waterloo Wellington**

**PLAN DE SERVICES ANNUEL
pour l'exercice 2008/2009, 2009/2010, 2010/2011**

Le 26 juin 2008

TABLE DES MATIÈRES

<u>II. L'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT</u>	9
<u>III. LA MISE EN PLACE DU PSSI ET LES PRIORITÉS DU GOUVERNEMENT DE 2008/2009</u>	32
<u>IV. TABLEAU FINANCIER</u>	42
<u>V. PLANIFIER POUR LES OPÉRATIONS DU RLISSWW</u>	44
<u>VI. DES PLANS DE GESTION POUR NÉGOCIER AVEC LES RISQUES</u>	53
<u>VII. PLAN DE COMMUNICATION</u>	55
<u>NOTES EN FIN D'OUVRAGE</u>	64

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES

TABLEAUX

Tableau 1 : Taux d'inoccupation des généralistes du RLISSWW (T4 2007-2008) (Janvier à mars 2008) et (T1 2008-2009) d'avril à juin 2008.	14
Tableau 2 : Placement pour des lits en établissement de soins de longue durée, RLISSWW et Ontario (Juin 2007-Février 2008)	18
Tableau 3 : Temps d'attente moyen en jours pour un placement en services de traitement pour l'alcool et les drogues, RLISSWW et Ontario (juillet 2007 à mars 2008)	21
Tableau 4 : Temps d'attente par secteur prioritaire, RLISSWW et Ontario (octobre-décembre 2007 et janvier-mars 2008)	24
Tableau 5 : Nombre des membres d'une profession de la santé réglementée par 100 000 personnes dans le RLISSWW et en Ontario (2005-2007)	27
Tableau 6 : État de l'allocation de la répartition des subventions du RLISS de Waterloo Wellington pour 2008/2009 et cible de financement pluriannuelle.....	42
Tableau 7 : Budgets opérationnels actuels et prévus pour le RLISSWW (2006/2007, 2007/2008 et 2008/2009)	48
Tableau 8 : Dépenses opérationnelles prévues du RLISSWW (2008/2009 à 2010/2011)	49
Tableau 9 : Plan de dotation du RLISSWW (2008/2009 à 2010/2011)	50

FIGURES

Figure 1 : Visites dans les services d'urgence de santé mentale dans le RLISSWW (2004/2005 à 2006/2007)	20
Figure 2 : Infirmières à l'emploi par 100 000 de population, dans le RLISSWW et en Ontario (2005-2007)	27
Figure 3 : Nombre de fournisseurs de services de soins de santé basés en milieu hospitalier par types d'emploi, dans le RLISSWW et en Ontario (2007)	28

ANNEXES

Annexe 1 : Profil de la santé de la population^	56
Annexe 2 : Taux de mortalité, d'années potentielles de vie perdue et de taux d'hospitalisation d'après le chapitre 10 du CIM.....	58
Annexe 3 : Projets Vieillir chez soi (2008/2009)	60
Annexe 4 : Approche d'investissement du RLISSWW WLHIN (2008/09)	63

I. INTRODUCTION DU PLAN DE SERVICES ANNUEL (2008/09, 2009/10, 2010/11)

Travaillons ensemble vers de meilleurs soins de santé

Le Réseau local d'intégration des services de la santé de Waterloo Wellington (RLISSWW) est un des 14 RLISS à travers la province de l'Ontario. Les RLISS sont responsables de la planification, de la coordination, de l'intégration et du financement des fournisseurs de soins de la santé, y compris : les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les services de soutien communautaire, les centres de santé communautaires, les Sociétés d'Accès aux soins communautaires et les organismes de lutte contre la toxicomanie.

Une des premières responsabilités du RLISSWW est de s'assurer que toutes ses actions reflètent les besoins de notre communauté dans l'atteinte d'un système de soins de santé amélioré. À cette fin, le RLISSWW entreprend de nombreuses activités d'engagement communautaire comprenant des consultations avec des fournisseurs de service, des organisations et des individus afin de s'assurer de ce que sont les lacunes, les besoins et les priorités pour cette région. Des analyses de l'environnement de la région du RLISS de Waterloo Wellington sont également réalisées.

Les réponses initiales des résultats provenant des activités d'engagement de la communauté ET l'analyse des données en santé et l'information environnementale ont mené au développement du Plan de services de santé intégrés (PSSI), un document qui s'articule autour de différentes priorités. Celles-ci comprennent :

- Améliorer l'accessibilité aux services de santé
- Améliorer la santé de la population
- Rehausser l'efficacité du système
- Renforcer la capacité de la communauté afin de réaliser un système de santé durable

En plus de ces quatre priorités, le RLISSWW cernait l'importance de promouvoir des milieux de travail sains.

Ce Plan de services annuel (PSA) se base sur le PSSI et décrit en détails les stratégies qui ont été développées afin d'opérationnaliser les priorités identifiées par notre communauté.

En plus d'adresser les priorités du PSSI, le Plan de services annuel est en ligne avec la vision du gouvernement de l'Ontario en ce qui a trait à l'avenir de notre système de soin de santé – un système de soins de santé qui aide les gens à demeurer en santé, qui leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et qui sera là pour leurs enfants et leurs petits enfants. Voici cinq orientations stratégiques qui sont encrées dans la vision : un engagement communautaire et des partenariats renouvelés, l'état de santé, l'accès et l'équité, la qualité et la durabilité.

Le Plan de service annuel reflète aussi les obligations de rendement mutuelles du ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD) et du RLISSWW, telles qu'elles ont été identifiées dans l'Entente de responsabilisation du ministère et du RLISS. Le PSA aidera les deux parties à rencontrer les exigences de rendement afin d'améliorer la santé des résidents du RLISSWW et à transformer nos services de soins de santé en un système durable.

À travers l'Entente de responsabilisation du ministère et du RLISS, le MSSLD and le RLISSWW sont chacun responsable de développer et de remplir les obligations de rendement réalisables et spécifiques et d'identifier tous les risques qui pourraient entraver ce rendement. Le Plan de services annuel remplit une des obligations de rapport du RLISSWW, telle que décrite dans la *Loi sur l'intégration du système de santé local, 2006* et comme condition du MLAA.

Le Plan de service annuel est en ligne avec le Plan basé sur les résultats du ministère (RbP), lequel se traduit par les moyens par lesquels on peut sécuriser les appropriations pour les programmes et services qui bénéficieront aux gens de Waterloo Wellington.

La mission et les valeurs du RLISWW

Depuis le début et tout au long du développement du Plan de services annuel, le travail du RLISWW a été façonné par sa mission et ses énoncés de valeurs.

La mission du RLISWW

Inspirer les gens à améliorer la qualité de vie maintenant et pour l'avenir à travers des relations de collaboration et par l'intégration du système de santé.

Les valeurs du RLISWW

- De responsabilisation : Démontrées par le suivi, les résultats basés sur des preuves et la transparence
- Communautaires : Démontrées par le respect, axées sur les gens et l'engagement
- D'innovation : Démontrées par la créativité, axées sur l'avenir et le changement
- D'intégrité : Démontrées par un processus de prises de décisions sain et l'honnêteté

Les services de soins de santé du RLISWW

Le RLISWW offre une vaste gamme de services de soins de santé. Pour avoir un système de santé qui soit vraiment intégré, il est nécessaire que les agences de programmes et services travaillent ensemble afin de rencontrer les besoins des individus à travers un continuum de soins complet. Le continuum de soins comprends les soins de la famille, les soins communautaires, les services de réadaptation, les soins de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, les soins palliatifs/d'hospice, la promotion de la santé et les programmes de prévention de maladies.

À partir du 1^{er} avril 2008, les services au sein du RLISWW sont fournis par :

- Quatre Centres de santé communautaires, avec trois satellites.
- Huit hôpitaux corporatifs, avec 10 sites.
- 35 établissements de soins de longue durée.
- Une Société d'Accès aux Soins Communautaires.
- 30 programmes de services de soutien communautaire (fournit par 26 fournisseurs discrets).
- 21 programmes communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie (fournit par 15 fournisseurs discrets).

Un Plan de services annuel afin de « Vivre et bien vivre à Waterloo Wellington »

Le Plan de services annuel met en action des initiatives spécifiques afin d'adresser les priorités de soins de santé que nos communauté ont exprimées dans le Plan des services de santé intégrés. Cela rencontre les obligations dans le cadre de l'entente de responsabilisation du ministère – RLISS (MLAA), est en ligne avec les priorités et les stratégies du MSSLD et appuie la direction du gouvernement.

Le PSA du RLISSWW est un plan innovateur et détaillé qui identifie sept initiatives qui permettront aux résidents du RLISSWW de réaliser leur but de « Vivre et bien vivre à Waterloo Wellington ». Ces sept initiatives sont :

- Les soins de santé primaires et de la famille
- La prévention et la gestion des maladies chroniques
- Vieillir à la maison (Services aux aînés)
- La santé mentale et toxicomanie
- La création de solutions durables pour les temps d'attentes
- Des ressources humaines en santé
- Le renforcement de la capacité locale en matière de cybersanté

Les stratégies visant à adresser les soins de santé de la famille et les soins primaires, la prévention et la gestion des maladies chroniques, le vieillissement à la maison (Services aux aînés), la santé mentale et la toxicomanie ainsi que les temps d'attentes reflètent les priorités d'accessibilité, de santé de la population et d'efficacité du système du PSSI. La priorité du PSSI de renforcer la capacité de la communauté en vue de réaliser un système de santé durable se reflète aussi dans les ressources humaines en santé et dans la cybersanté, lesquelles sont vues comme des habilitantes du système de santé.

Analyse de l'environnement

L'analyse met en contexte l'ordre de priorité des sept priorités du plan. Depuis que le PSSI a été développé en 2006, nous avons passé en revue les conditions et les enjeux actuels locaux (et plus larges), les changements au sein de la communauté, de même que les tendances futures prévues qui pourraient affecter la prestation des services de santé au sein du RLISSWW.

La mise en œuvre du PSSI et les priorités du gouvernement en 2008/2009

Cette section du Plan de services annuel fournit une description approfondie de comment le RLISSWW s'y prendra pour faire avancer les plans de mise en œuvre du PSSI et les priorités du gouvernement de 2008/2009. Cette section fait état des décisions prises en mars 2008 par le Conseil d'administration du RLISSWW à l'égard des plans d'exploitation 2008/2009 des fournisseurs et des initiatives d'intégration.

Sommaire financier

Les aspects financiers du PSA sont représentés dans un format standard qui est utilisé par les RLISS à travers l'Ontario.

Planifier pour les opérations du RLISSWW

Dans cette section, le RLISSWW décrit son plan budgétaire et d'exploitation pour la période couverte par ce PSA.

Des plans de gestion pour négocier avec les risques

Toute initiative comporte des risques et des opportunités. Cette section explique l'approche de haut niveau du RLISSWW en matière de gestion du risque.

Plan de communication

Le but du Plan de services annuel est d'aider le public à comprendre comment le RLISSWW planifie répondre aux besoins de la communauté, tels qu'ils sont décrits dans le PSSI. Notez qu'un plan de communication en ce qui a trait au partage de l'information est compris dans cette section.

Allez de l'avant

Le RLISSWW est fier du travail qui a été accompli en ce qui a trait à l'identification des priorités de soins de santé pour nos communautés, telles qu'elles sont décrites dans le Plan de services de santé intégrés. Nous sommes tout aussi fiers de nos stratégies d'avancement qui s'articulent autour du Plan de services annuel. C'est une base solide à partir de laquelle nous pourrions avancer.

Le travail vient tout juste de commencer mais le RLISSWW est excité de voir les stratégies du PSA aller de l'avant. Il s'est aussi engagé à continuer de chercher les intrants de la part des communautés afin de s'assurer que la voix de chaque secteur soit entendue.

Aussi, le RLISSWW continuera d'encourager les partenariats – c'est seulement en travaillant ensemble que l'on peut atteindre nos buts. En plus de collaborer avec d'autres RLISS, des fournisseurs de services de santé, des groupes communautaires et des individus, nous nous pencherons sur d'autres partenariats possibles avec des entreprises locales, les secteurs de l'éducation et de philanthropie.

C'est le temps de faire une différence. La région du RLISS de Waterloo Wellington est riche en ressources de toutes sortes; à travers la coordination de ces ressources, nous connaissons le succès dans notre but de « Vivre et bien vivre à Waterloo Wellington ».

II. L'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT

Le premier but de ce Plan de services annuel (PSA) est d'opérationnaliser le Plan de services de santé intégrés (PSSI). Pour nous aider à réaliser ceci, une analyse de l'environnement vient décrire l'état de santé actuel du RLISSWW et du système de santé en vue d'identifier les risques et opportunités qui façonnent le travail du RLISSWW en vue d'adresser les quatre priorités du PSSI visant à :

- Améliorer l'accessibilité aux services de santé
- Améliorer la santé de la population
- Rehausser l'efficacité du système
- Renforcer la capacité de la communauté à réaliser un système de santé durable

Lors de l'analyse de l'environnement, des données actuelles les plus à jour et disponibles au RLISSWW ont été utilisées, y compris les mises à jour sur certains aspects de l'analyse qui avait été conduite à l'origine du PSSI. Par l'entremise d'une analyse des priorités du ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD) et d'un sondage sur les tendances liées à la santé à l'intérieur du RLISSWW, cinq programmes et deux systèmes de gestion des priorités se démarquent et nécessitent un développement urgent :

- Les soins de santé primaires et les soins de santé la famille
- La prévention et la gestion des maladies chroniques
- Vieillir chez soi (Services aux aînés)
- La santé mentale et la toxicomanie
- La création de solutions durables pour les temps d'attente
- Les ressources humaines en santé
- Le renforcement de la capacité locale de cybersanté

Dans un premier temps, l'analyse de l'environnement souligne les principaux résultats qui ont été trouvés à partir de l'analyse d'un large éventail de tendances liées à la santé et à chacun des sept secteurs prioritaires et, dans un deuxième temps, identifie les risques potentiels et les opportunités d'investissement. La section qui suit « La mise en œuvre du PSSI et des priorités du gouvernement pour 2008/2009 », décrit en détails comment le RLISSWW adressera les risques identifiés dans l'analyse de l'environnement et comment il entend donner priorité à ses actions et investissements afin de sauvegarder la santé et le mieux-être des résidents de la région de Waterloo Wellington.

LARGE ÉVENTAIL DES TENDANCES LIÉES À LA SANTÉ

Principaux résultats

Ce qui suit fait état de la santé de la population et des taux de mortalité et donne de l'information sur l'hospitalisation dans le RLISSWW et en l'Ontario, détails auxquels vous pourrez vous référer dans les annexes 1 et 2.

Santé de la population (Annexe 1)

- En 2006, la population du RLISSWW était de 686 320 ou 5,6 % du total de la population de l'Ontario.
- Avec un taux de croissance prévu de 16 %, on s'attend à ce que la population du RLISSWW augmente de 797 600 d'ici 2015. Ce taux de croissance excède celui de la province. On estime que le taux de croissance de la province sera d'environ 13 % entre 2006 et 2015.
- Le RLISSWW continue d'afficher une population plus jeune que l'ensemble de l'Ontario, cependant la population d'âinés âgés de 65 ans et plus a augmenté à un taux beaucoup plus rapide entre 2001 et 2006 dans le RLISSWW que dans le reste de la province (20,7 % vs 19,2 %).
- On s'attend à ce que la proportion de personnes âgées de 75 à 84 ans augmente dans le RLISSWW de 12 % entre 2007 et 2016, alors que la proportion de personnes âgées de 85 et + augmentera de 46 % au cours de la même périodeⁱ.
- Un nombre grandissant de résidents du RLISSWW décrivent leur santé générale et mentale de très bonne à excellente et, dans les deux cas, meilleure que celle de l'Ontario (Santé générale : RLISSWW 61,9 %, Ontario 60,8 %; santé mentale : RLISSWW 75,1 %, Ontario 72,8 %).
- Les résidents du RLISSWW affichent un plus faible taux de mortalité infantile, ont moins de bébés de faibles poids et consomment plus de fruits et de légumes que la moyenne provinciale. Cependant, ils ont aussi une plus grande incidence à l'obésité et un plus faible taux de contact avec leur médecins que les autres ontariens.
- Le nombre de résidents exposés à la fumée secondaire dans leurs domiciles a diminué de 25,0 % dans le RLISSWW et de 19,8 % à l'échelle provinciale entre 2003 et 2005.
- Entre 2003 et 2005, le nombre de résidents qui se sont fait vacciner contre la grippe a augmenté de 20,3 % dans le RLISSWW et de 20,9 % à l'échelle de la province.
- Le nombre de femmes qui ont passé une mammographie préventive a diminué de 12,5 % dans le RLISSWW, alors qu'un nombre plus élevé de femmes ont passé ce même test dans la province (une augmentation de 2,7 % entre 2003 et 2005).
- Entre 2003 et 2005, moins de résidents dans le RLISSWW étaient de gros buveurs (une diminution de 10 %), étaient des fumeurs (une baisse de 13,1 %), ou étaient aux prises avec une sorte de restriction dans leurs activités (diminution de 6 %).
- Les taux d'asthme et de diabète ont tous les deux augmenté entre 2003 et 2005 dans le RLISSWW, soit de 11,4 % et de 18,9 %, respectivement. Au cours de la même période, les taux de ces deux maladies chroniques ont diminué de 3,6 % pour l'asthme et de 4,3 % pour le diabète dans la province.
- L'arthrite, la bronchite chronique et les maladies du cœur ont affiché une baisse de 3,2 %, 25,9 % et de 4,6 %, respectivement dans le RLISSWW entre 2003 et 2005. À l'échelle de la province, ces taux ont aussi diminué de 2,3 % pour l'arthrite, de 11,1 % pour la bronchite chronique et de 9,7 % pour les maladies du cœur.

Mortalité, Années potentielles de vie perdue et Hospitalisation (Annexe 2)

- Les trois plus grandes causes de mortalité dans le RLISSWW et dans l'ensemble de l'Ontario continuent d'être en ordre d'importance : les maladies circulatoires, le cancer et les maladies respiratoires. Le taux de ces trois maladies a diminué à la fois dans le RLISSWW et sur l'ensemble de l'Ontario, la plus grande baisse serait attribuée aux maladies du système respiratoire.

- Pour le RLISSWW et l'Ontario, les années potentielles de vie perdue (APVP) continuent d'être causées par le cancer, suivi par les maladies circulatoires. L'APVP en ce qui a trait au cancer a augmenté de près de 1 %, alors qu'il a diminué de 1,9 % pour l'Ontario. L'APVP pour les maladies circulatoires a diminué de 11,7 % pour le RLISSWW et de 4,9 % pour l'Ontario.
- Après les problèmes de grossesse et les maladies circulatoires, ce sont les maladies du système digestif qui présentent le plus haut taux d'hospitalisation à la fois dans le RLISSWW et dans l'ensemble de l'Ontario. Le plus grand changement dont on a été témoin au fil des ans au sein du RLISSWW aura été le taux d'hospitalisation pour les maladies circulatoires, lequel affiche une baisse de 12,6 % alors que le taux provincial présente une hausse de 6 %.

Conjoncture

- À comparer à l'ensemble de l'Ontario, le RLISSWW affiche un taux de participation de main d'œuvre plus élevé (71,5 % vs 67,1 %), un taux de chômage plus bas (5,2 % vs 6,4 %), une plus faible proportion de la population à faible salaire (9,7 % vs 14,7 %), une plus faible proportion de ménages qui dépensent 30 % ou plus sur le logement (23,1 % vs 27,6 %) et une plus faible proportion de familles monoparentales (21,8 % vs 24,5 %).
- Entre 60 et 80 cents de chaque dollars en soins de santé au Canada est dépensé en ressources humaines en santé (excluant le coût d'éducation des fournisseurs de soins de santé)ⁱⁱ.
- Approximativement 70 % des investissements du secteur de la santé du RLISSWW sont alloués aux ressources humaines en santé.

Risques et opportunités

- Quatre principaux facteurs affecteront les besoins de soins de santé actuels et futurs des résidents de la région du RLISSWW : la croissance de la population, le vieillissement, le mieux-être et la conjoncture des affaires. La capacité de répondre aux besoins des résidents de la région du RLISSWW est, et continuera d'être, affectée de façon significative par des facteurs ayant un impact sur les ressources humaines en santé, et plus spécifiquement sur le nombre d'effectifs et la disponibilité des soutiens technologiques.
- Les maladies chroniques continueront d'être un défi pour le RLISSWW en raison d'une population vieillissante, une incidence accrue d'asthme, de diabète et d'obésité, des taux de dépistages de cancer du sein plus bas, de hauts taux de mortalité et de taux d'hospitalisation associés au cancer et aux maladies circulatoires.
- Bien que les gens du RLISSWW aient connu des circonstances économiques relativement meilleures en 2006 que les Ontariens en général, l'amorce récente et continue de la phase descendante de l'économie mettra sûrement la prospérité locale et les standards de vie au défi. Ces pressions économiques peuvent aussi affecter la manière dont les services de soins de santé pourront être financés et jusqu'à quel point ils pourront être financés.
- Ces tendances démontrent que nous devons nous assurer de la disponibilité de services et de programmes de soins de santé de types appropriés, d'un amalgame approprié de ressources humaines pour livrer ces services et des soutiens technologiques qui permettront à ces fournisseurs de livrer les dits services de façon efficace et uniforme.

- L'Ontario et le RLISWW se préparent tous les deux à la grande vague de retraite attendue de médecins et d'infirmière qui aura lieu dans un avenir très rapproché. Le RLISWW ne peut pas prendre pour acquis la disponibilité des ressources humaines en santé même si la région s'est vue décerner de nouvelles écoles de médecine et de pharmacie. En fait, ces investissements exigent au RLISWW de jouer un rôle plus concerté afin de s'assurer que les ressources humaines en santé, bien qu'elles soient limitées et peut-être amoindries, soient utilisées efficacement et à bon escient
- Bien que les supports technologiques jouent un rôle encore plus grand au sein des soins de la santé et qu'ils consomment une plus grande partie des ressources, les initiatives de cybersanté n'ont pas suffisamment été implantées de façon intégrée en Ontario ni dans la région du RLISWW pour que l'on puisse bénéficier pleinement de tout leur potentiel. Le défi ici réside dans le fait que plusieurs des plus grands fournisseurs dans la région utilisent des systèmes patrimoniaux qui ne peuvent pas communiquer entre eux. À ce titre, la base qui servirait à faire des comparaisons significatives, qui à son tour permettrait des gains efficaces et efficients, est très limitée.

SECTEURS PRIORITAIRES

Cette section de l'analyse de l'environnement décrit la situation courante de la santé et du système de soins de santé pour chacun des secteurs prioritaires identifiés : Soins de santé primaires et de la famille, prévention et gestion des maladies chroniques, services aux aînés, santé mentale et toxicomanie, temps d'attente, ressources humaines en santé et cybersoins. Ce portrait mène à l'évaluation des risques et opportunités au sein de chacun de ces secteurs prioritaires.

Soins de santé primaires et de la famille

Principaux résultats

- La majorité des résidents du RLISSWW (78,4 %) ont eu au moins un contact, soit en personne ou par téléphone avec un médecin au cours de l'année 2006 comparé à la moyenne provinciale de 81,5 %. La signification de cette comparaison n'est toutefois pas entièrement claire, car cela pourrait indiquer un accès plus réduit à un médecin dans le RLISSWW ou encore que les résidents du RLISSWW ont eu moins de raisons de contacter un médecin.
- Le RLISSWW abrite neuf Équipes de santé familiale (ESF), quatre Centres de santé communautaire (CSC), et trois CSC satellites. Ces centres satellites opèrent dans la partie septentrionale du RLISS.
- Le tableau 1, ci-dessous, montre que le taux d'inoccupation des généralistes du RLISSWW est estimé à 20,1 % pour le trimestre actuel, une diminution de 4,3 % depuis le dernier trimestre (janvier à mars 2008). Le manque de généralistes demeure important dans la région de Waterloo (27 %), particulièrement à Wellesley (83,3 %).
- En 2006-2007, 10 % des visites totales aux services d'urgences des hôpitaux du RLISSWW ont été effectuées par des patients qui n'avaient pas de médecin de famille et près de 8 % des visites non-urgentes provenaient de patients sans médecin de familleⁱⁱⁱ.

Table 1: Taux d'inoccupation des généralistes du RLISSWW (T4 2007-2008) (Janvier à mars 2008) et (T1 2008-2009) d'avril à juin 2008.

Secteur	Effectif désigné	Nombre de médecins pratiquants T4-2007	Taux d'inoccupation T4-2007	Nombre de médecins pratiquants T1-2008	Taux d'inoccupation T1-2008	% variation T4-2007 T1-2008
RLISS total*	219	173	21 %	175	20,1 %	+1,2
Région de Waterloo	111	78	30 %	81	27,0 %	+3,9
- Cambridge^	94	68	27,7	71	24,5	+4,4
- Wellesley	6	1	83,3	1	83,3	0,0
- Woolwich	11	9	18,2	9	18,2	0,0
Comté de Wellington^^	108	95	12 %	94	13,0 %	-1,1
- Erin	6	5	16,7	3	50,0	-40,0
- Guelph	89	81	9,0	82	7,9	+1,2
- Mount Forest	7	5	28,6	5	28,6	0,0
- Palmerston	6	4	33,3	4	33,3	0,0

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Programme des services aux régions insuffisamment desservies, janvier à mars 2008 et avril à juin 2008.

* Dundalk, situé dans le comté de Grey, est à court de ses deux effectifs désignés de deux généralistes.

^ Comprend le canton de North Dumfries.

^^ Wellington Centre (comprend la ville de Minto et les cantons de Mapleton et de Wellington North) est à court de trois de ses effectifs désignés de sept généralistes/anesthésistes.

Risques et opportunités

- Alors que les ESF offrent des soins plus exhaustifs aux résidents, leur capacité de servir plus de patients « orphelins » ou « non-liés » est limitée car la plupart des généralistes inscrits dans les ESF font déjà partie des modèles de prestation de soins primaires préexistants, comme les réseaux santé familiale et prennent déjà soin d'un grand nombre de patients.
- Les CSC ont des zones desservies très clairement identifiées, ce qui les empêche d'adresser des problèmes d'accessibilité à des soins primaires. Cela s'avère un défi particulièrement dans les régions rurales du sud du comté de Grey et de North Wellington ainsi que dans les régions de planification sous-RLISSWW rurales de Wellington, car elles n'ont pas de CSC assignés.
- On estime que la nouvelle école de médecine du RLISSWW aidera à recruter et retenir plus de médecins dans le secteur et ainsi diminuer les taux d'inoccupation.
- L'impact sur le système de santé d'un manque de fournisseurs de soins primaires et familiaux est immanquable lorsque les services d'urgence sont utilisés comme centres de soins primaires pour des problèmes non-urgents. La quasi-fermeture de l'un des plus grands services d'urgence du RLISSWW en 2006 sert à rappeler aux gens de la région et au RLISSWW que des problèmes persistent en termes d'accessibilité aux soins primaires.
- Au printemps 2008, le MSSLD a annoncé que les temps d'attente des services d'urgence et des soins de santé de la famille seront des secteurs prioritaires à améliorer et à cibler au cours de l'année qui vient. C'est une excellente opportunité d'améliorer à la fois l'accessibilité aux soins primaires et de santé de la famille et de diminuer la pression sur les services d'urgence du RLISSWW.

Prévention et gestion des maladies chroniques

Principaux résultats

- Parmi les 14 RLISS, le RLISSWW a le plus faible taux de prévalence pour l'arythmie cardiaques, la cardiopathie ischémique et l'arthrose^{iv}.
- Parmi les 14 RLISS, le RLISSWW a le 4^{ème} taux de prévalence le plus faible pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et le 2^{ème} taux de prévalence le plus faible pour les maladies cérébro-vasculaires.
- Par sous-secteurs de planification de RLISS au sein du RLISSWW, la région rurale de Waterloo a le plus faible taux de MPOC pour les hommes et pour les femmes et par groupe d'âge, alors que les régions ayant les plus hauts taux de prévalence sont les régions rurales de Wellington, des comtés de South Grey et de North Wellington, ainsi que les régions urbaines de Waterloo et rurales du sud de Waterloo.
- Dans le RLISSWW, le fardeau des maladies chroniques tend à être plus important chez l'homme et chez les personnes très âgées, plus de 85 ans.
- Les taux pour la cardiopathie ischémique, l'arthrose et les maladies cérébro-vasculaires augmentent de façon inversement proportionnelle au revenu des résidents du RLISSWW. Seule l'arythmie ne montre pas cette relation avec le revenu.
- Entre 2003 et 2005, les taux d'hypertension, d'asthme, et de diabètes parmi la population de plus de 12 ans ont augmenté, alors que les taux de bronchites chroniques, d'arthrite/rhumatisme et de maladie cardiaque ont diminué (voir annexe 1).
- En 2005, 35 % des résidents du RLISSWW ont eu au moins une des maladies chroniques suivantes : le cancer, le diabète, l'hypertension, un accident cérébro-vasculaire, l'asthme, une MPOC ou l'arthrite. Un peu moins de la moitié des résidents de plus de 65 ans souffraient de deux ou plus de ces maladies chroniques^v.
- Des maladies comme le cancer et les maladies cardiaques ont de hauts taux de mortalité et de sortie de patients hospitalisés, alors que l'hypertension et l'arthrite mènent à de hauts taux de visites chez les médecins de famille.
- En 2005, un peu moins de la moitié de la population du RLISSWW de 12 ans et plus était inactive physiquement et près de 50 % de ceux âgés de 18 ans et plus étaient obèses ou souffraient d'un surplus de poids (voir annexe 1).
- Le MSSLD, dans le contexte de l'entente cadre traitant des services de médecins 2004-2008 avec l'*Ontario Medical Association*, a ciblé le financement des médecins de famille pour les maladies chroniques et les soins préventifs. En résultante, les médecins de famille ont commencé à jouer un rôle clé dans la coordination des soins et la gestion des maladies chroniques.

Risques et opportunités

- Les maladies chroniques pèsent lourd sur le système de soins de santé et réduisent la qualité de vie de ceux qui en souffrent. Sans traitement, les maladies chroniques comme le diabète et la dépression sont les causes d'autres maladies et de mort prématurée. Sous cet éclairage, la prévention et la gestion sont essentielles.
- La région rurale de Waterloo a un faible fardeau de maladies chroniques comparée aux autres sous secteurs de planification du RLISS, au RLISSWW et à la province. C'est peut-être l'occasion de tirer des leçons de cette région du RLISS.

- Parce qu'une relation inverse a été démontrée entre la prévalence des maladies chroniques et le revenu dans le RLISSWW, les stratégies de prévention et de gestion devraient être ciblées vers les résidents à faible revenu ou à risque. Les CSC pourraient avoir un rôle à jouer dans ces initiatives ciblées.
- Comme la prévalence des maladies chroniques augmente avec l'âge, la population vieillissante du RLISSWW comptera pour une plus grande part des maladies chroniques dans l'avenir.
- Les dispositions des services et programmes de gestion et de prévention des maladies chroniques sont largement diffusées mais hautement fragmentées dans la région du RLISSWW. Les gens souffrant de maladies chroniques reçoivent des soins dans divers milieux, y compris les hôpitaux, les résidences de soins de longue durée, et dans la communauté, mais ces soins ne sont pas nécessairement coordonnés à travers tous ces endroits.

Services aux aînés

Principaux résultats

- Le RLISSWW possède 35 résidences de soins de longue durée (SLD) offrant 3 666 lits comprenant tous les lits de long séjour, de court séjour et de soins de convalescence.
- Depuis février 2008, le système de rapport des établissements de soins de longue durée indique que l'utilisation de tous les établissements de soins de longue durée était extrêmement élevée (99 %) ^{vi}. Le tableau 2, ci-dessous, montre les tendances des placements en lits de soins de longue durée pour le RLISSWW et pour l'Ontario.
- Depuis juin 2007, les temps d'attente se sont allongés à la fois dans le RLISSWW et dans la province et plus de clients attendent un transfert vers un lit de SLD.
- Entre juin 2007 et février 2008, la médiane du nombre de jours pour un placement a augmenté à la fois dans le RLISSWW (14,0 %) et dans la province (50 %).
- La médiane du nombre de jours pour un placement concordant avec le premier choix du client a doublé au cours de la période de juin 2007 à février 2008 dans le RLISSWW et a augmenté de près de 40 % pour l'Ontario.
- La médiane du nombre de jours pour un placement pour les clients hautement prioritaires a augmenté de 75,5 % dans le RLISSWW entre juin et novembre 2007, mais a diminué par la suite de 58,6 % depuis novembre 2007.
- Les gestionnaires de cas des Centres d'accès aux Soins communautaires ont pu déceler que le tiers des patients inscrits sur les listes d'attente pour SLD n'avaient pas besoin de ce niveau de soins, mais qu'ils nécessitaient un soutien à domicile amélioré. Plusieurs patients très fonctionnels sont admis dans des résidences de SLD s'ils ne peuvent pas fonctionner avec 10 heures de soutien à domicile hebdomadaire. Des options supplémentaires de soins de longue durée, comme des logements assistés, ont le potentiel de combler les besoins de tels individus. Des études récentes montrent que 85 % des gens de plus de 65 ans veulent continuer de vivre à la maison au fur et à mesure qu'ils vieilliront ^{vii}.
- Le Centre d'accès aux Soins communautaires de Waterloo Wellington offre plus de services à ceux qui attendent un placement en SLD pour diminuer la pression exercée sur les lits de soins de courte durée.
- Entre 2002/2003 et 2005/2006, il y a eu une augmentation de 12 % du nombre de clients desservis par les services de soutien communautaire : les listes d'attente ont

- été qualifiées de beaucoup plus communes que dans le passé. La plupart des clients desservis ou sur des listes d'attente étaient âgés.
- En ce qui a trait aux services psycho-gériatriques, il existe 23 lits pour les adultes plus âgés souffrant de démence ou de difficultés de comportement à Wellington.
 - Dans la région de Waterloo, il n'y a pas de lits d'hôpital en psycho-gériatrie. Les clients ayants besoins de ce type de soins vont au *St. Joseph's Health Centre* de London ou à l'unité psychiatrique de l'hôpital de *Grand River* sur le site de Kitchener. Des soins sont aussi disponibles dans la communauté, par contre ces services sont présentement complets.
 - Les besoins non-comblés pour des services de psycho-gériatrie contribuent aux nombres de journées pour un autre niveau de soins (ANS). Par exemple, parmi les journées ANS (9,5 % des journées totales dans les hôpitaux du RLISWW) en 2006/2007, 2 591 jours (9,8 %) étaient attribués à des services psychiatriques.

Tableau 2 : Placement pour des lits en établissement de soins de longue durée, RLISSWW et Ontario (Juin 2007-Février 2008)

	RLISSWW						Ontario					
	Juin 2007	Nov. 2007	Fév. 2008	% variation juin à nov.	% variation nov. à fév.	% variation juin à fév.	Juin 2007	Nov. 2007	Fév. 2008	% variation juin à nov.	% variation nov. à fév.	% variation juin à fév.
Clients sur une liste d'attente	1201	1320	1365	9,9	3,4	13,7	19 432	21 564	22 151	11,0	2,7	14,0
Clients en attente de transfert	487	535	577	9,9	7,9	18,5	9 619	10 040	10 118	4,4	0,8	5,2
Médiane globale de nombre de jours avant placement	86	109	98	26,7	-10,1	14,0	62	87	93	40	6,9	50,0
Médiane de nombre de jours pour placement en premier choix	102	161	203	57,8	32,1	99,0	88	117	123	33,0	5,1	39,8
Médiane de nombre de jours pour placement en deuxième choix	119	83	93	-30,3	12,0	-21,8	64	83	89	29,7	7,2	39,1
Médiane de nombre de jours pour placement en troisième choix	52	101	70	94,2	-30,7	34,6	45	62	69	37,8	11,3	53,3
Médiane de nombre de jours pour placement de clients hautement prioritaires	106	186	77	75,5	-58,6	-27,4	51	69	61	35,3	-11,6	19,6
Médiane de nombre de jours pour placement de clients hautement prioritaires de deuxième niveau	157	168	113	7,0	-32,7	-28,0	75	96	112	28	16,7	49,3

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Groupe des services de l'Information, secteurs des données de santé, rapport systémique des établissements de SLD en date du 29 février 2008.

Risques et opportunités

- Les tendances inscrites au tableau 2 suivent l'historique et suggèrent que le nombre actuel de lits de SLD du RLISSWW est insuffisant pour combler la demande. Un fort taux d'utilisation augmente également les listes d'attente et pourrait avoir un impact négatif sur la santé de ceux qui sont en attente.
- La combinaison d'un fort taux d'utilisation et de liste d'attente qui s'allongent a également un impact néfaste sur les hôpitaux pour qui la transition de patients ANS dans des établissements appropriés devient un défi. Étant donné ces circonstances difficiles, on s'attend à ce que les 288 lits à long terme, dont la création est prévue pour le début de 2010 dans la région de Guelph, offrent un certain répit.
- Le MSSLD a alloué un financement sur plusieurs années aux RLISS pour des initiatives au sein du programme Vieillir chez soi pour les trois prochaines années. L'implantation de ces initiatives est conçue pour aider à diminuer la pression sur les résidences de SLD, améliorant ainsi la situation ANS également.
- La population qui vieillit rapidement crée un besoin pour des services gériatriques spécialisés. Les programmes de psycho-gériatrie et de gériatrie spécialisée de Wellington et de Waterloo sont actuellement à pleine capacité et ne sont pas suffisants pour combler la demande prévue avec le vieillissement de la population.

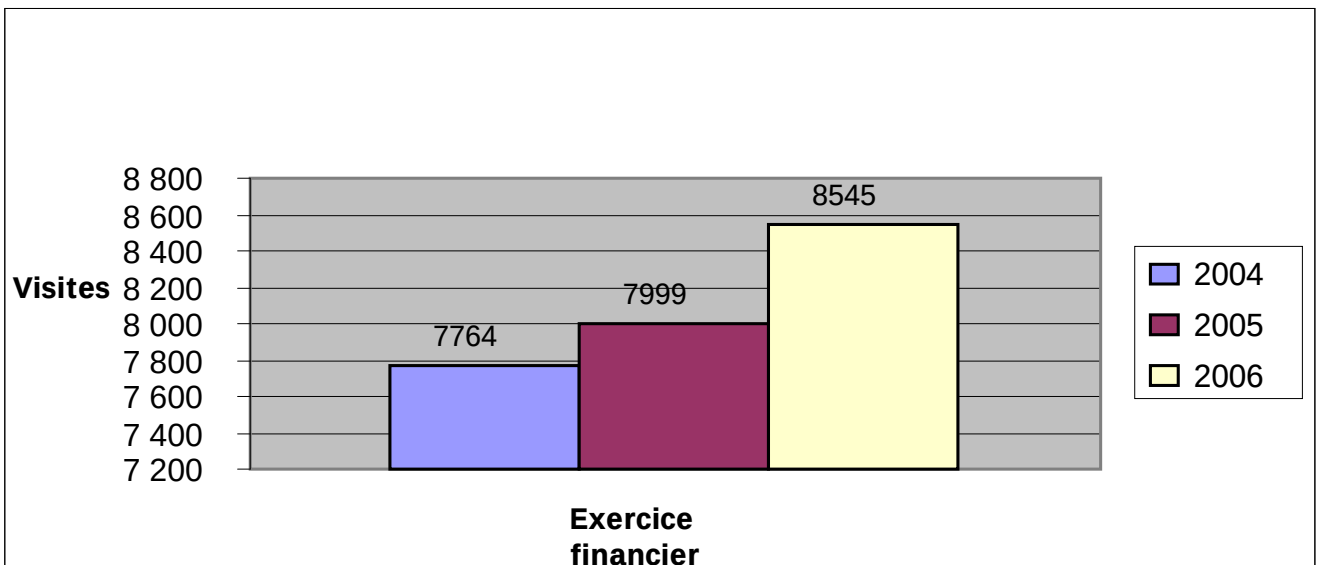
Santé mentale et toxicomanie

Principaux résultats

- Il y a un total de 346 lits en psychiatrie dans le RLISSWW. Le *Homewood Health Centre* comprend 280 lits; le *Grand River Hospital Corporation*, 55 lits et ; le *Cambridge Memorial Hospital* a 11 lits.
- La majorité des patients admis dans des lits au *Homewood Health Centre* proviennent de l'extérieur du RLISSWW, car cet établissement fournit des programmes spécialisés à des patients de partout au Canada et de la planète.
- En 2005/2006, il y a eu 5 710 congés accordés à des patients en santé mentale aiguë et 148 882 jours d'hospitalisation dans le RLISSWW.
- Tel qu'indiqué à la figure 1, ci-dessous, le nombre de visites aux services d'urgence pour des raisons de santé mentale dans le RLISSWW a augmenté de 10 % entre 2004/2005 et 2006/2007.
- Le RLISSWW finance plusieurs organismes communautaires offrant des services en santé mentale et en toxicomanie, y compris l'évaluation, les références et aiguillage, les programmes en résidences contre la toxicomanie et de consultation en matière de toxicomanie. Certains services contre la toxicomanie chez les jeunes sont offerts dans les écoles secondaires de Wellington/Dufferin.
- En dépit de la présence de ces services, le temps d'attente moyen s'allonge dans le RLISSWW pour un placement dans un programme de traitement contre l'abus d'alcool et de drogue tel que l'indique le tableau 3 ci-dessous.
- Entre juillet 2007 et mars 2008, le temps d'attente moyen a diminué dans le RLISSWW pour les programmes communautaires de traitement de jours/soirées, les programmes de traitement communautaires, les programmes de planification d'évaluations/traitements initiaux qui n'acceptent que des femmes, et les programmes de traitement résidentiels qui acceptent et les hommes et les femmes.
- Inversement, entre juillet 2007 et mars 2008, le temps d'attente moyen a augmenté dans le RLISSWW pour les programmes de planification d'évaluation/traitement initial qui

- acceptent des hommes et des femmes et dans les programmes de traitement en résidence qui acceptent seulement des hommes ou seulement des femmes.
- Les activités d'engagement communautaire menées par le RLISWW ont mis à jour un besoin de plus grande accessibilité à des services communautaires pour la santé mentale et la toxicomanie comprenant l'évaluation, le traitement et le soutien (comme la gestion du stress, la préparation à la vie quotidienne, de la psychothérapie, du counselling, et du soutien pour le logement, l'emploi et le revenu).
 - Les activités d'engagement communautaire ont également indiquées que le soutien communautaire des patients de santé mentale ayant obtenu leur congé des hôpitaux est inadéquat et qu'il est n'est pas adéquatement coordonné. Sans le soutien communautaire, les résidents souffrant de maladies mentales ont un haut taux de rechute, ce qui peut résulter en une réadmission à l'hôpital ou en d'autres soins majeurs.
 - Dans un rapport de 2005 de la stratégie ontarienne ayant trait aux drogues chez les étudiants,^{viii} on notait que 16 % des étudiants de niveaux 7 à 12 de l'Ontario pourraient avoir un problème d'usage de drogue. Ce rapport indiquait également que 6 % des étudiants évalués dans l'étude avaient rapporté des épisodes d'ingestion dangereuse d'alcool et une grande détresse psychologique.

Figure 1 : Visites dans les services d'urgence de santé mentale dans le RLISWW (2004/2005 à 2006/2007)



Source des données : Base de données sur la planification de la santé de la population, tableaux de soins ambulatoires, consultée le 5 juin 2008.

Tableau 3 : Temps d'attente moyen en jours pour un placement en services de traitement pour l'alcool et les drogues, RLISSWW et Ontario (juillet 2007 à mars 2008)

	RLISSWW					Ontario				
	juillet 07-sep. 07	oct. 07-déc. 07	jan. 08-mars 08	% variation juillet 07-déc. 07	% variation juillet 07-mars 08	juillet 07-sep. 07	oct. 07-déc. 07	jan. 08-mars 08	% variation juillet 07-déc. 07	% variation juillet 07-mars 08
Traitement communautaire de jours/soirées [^]	52,3	38,3	24,7	-26,8	-52,8	33,3	33,3	37,3	0,0	12,0
Traitement communautaire ^{^ ^}	37,0	34,0	22,3	-8,1	-39,7	12,0	16,3	11,7	35,8	-2,5
Planification de traitement/évaluation initiale*										
- femmes seulement	48,0	63,0	43,7	31,3	-9,0	14,7	30,0	13,3	104,1	246,9
- hommes et femmes	4,0	2,3	8,0	-42,5	100,0	19,7	18,0	19,0	-8,6	-3,6
Traitement en résidence										
- femmes seulement	99,0	108	114,3	9,1	15,5	49,7	51,0	54,3	2,6	9,3
- hommes seulement	73,3	98,3	108,3	34,1	47,7	40,6	51,7	54,0	27,3	33,0
- hommes et femmes	43,3	17,0	16,0	-60,7	-63,0	44,7	42,7	41,3	4,5	-7,6

Source des données : Base de données de Drogue et alcool – Répertoire des traitements (DART) relevée le 2 juin

2008 du site www.connexontario.ca.

[^] Les données de traitement communautaire de jours/soirées sont seulement disponibles pour les programmes acceptant à la fois les hommes et les femmes.

^{^ ^} Les données de traitement communautaire sont seulement disponibles pour les programmes acceptant les femmes seulement.

* Les données de planification de traitement/évaluation initiale ne sont pas disponibles pour les programmes n'acceptant que des hommes.

Risques et opportunités

- L'identification et le traitement de la santé mentale dans ses premières étapes et les traitements communautaires pour combler les besoins des individus souffrant de maladie mentale sévère sont deux stratégies pour fournir des soins de santé mentale de façon appropriée.
- Le RLISSWW a connu du succès avec le modèle de soins offert par les équipes existantes de traitement communautaire actif supervisées par le *Homewood Health Centre* et le *Waterloo Regional Homes for Mental Health Inc.*
- On a besoin de programmes de traitement complet en résidence pour les jeunes ayant des problèmes de toxicomanie dans le RLISSWW. Avant que le RLISSWW n'approuve, à la fin de 2007, le centre de traitement des jeunes en résidence *Ray of Hope* basé à Kitchener, les résidents de Waterloo Wellington âgés de moins de 18 ans devaient voyager jusqu'à Thunder Bay ou à Ottawa pour obtenir des soins.
- Les résidents de tout le RLISSWW vivent des difficultés notables dans l'accessibilité aux services d'urgences en santé mentale. Les services d'urgence en santé mentale de Wellington ont indiqué qu'il est de plus en plus difficile d'accéder à des lits d'hôpital en soins actifs. On a également besoin de services centralisés pour soutenir les hôpitaux en régions rurales dans leur gestion des patients en santé mentale en attente de lit d'hôpital en soins actifs et qu'un fort taux de patients sont retournés dans la communauté.

- Étant donné la prévalence des problèmes de santé mentale dans la population, et le haut taux de corrélation entre l'abus de substances et la détresse mentale, il semble que les jeunes sont particulièrement à risque de souffrir de maladie mentale non-diagnostiquée. Une identification hâtive et une intervention représentent des stratégies fiables de prévention de la maladie qui ont le potentiel d'éviter la progression des maladies mentales vers un état où elles nécessitent des soins plus intensifs.

Les temps d'attente

Principaux résultats

- Comme le démontre l'information présentée au tableau 4 ci-après, entre décembre 2007 et mars 2008 les temps d'attente au sein du RLISWW ont diminué pour les remplacements de genoux, les Imageries par résonance magnétique (IRM), pour les examens de tomodensitométrie (CT) et pour les chirurgies de la cataracte.
- À l'inverse, au cours de la même période, les temps d'attente ont augmenté dans le RLISWW pour les remplacements de hanches, l'ensemble des opérations du cœur et les chirurgies oncologiques en générale. Ces tendances sont en ligne avec les tendances provinciales.
- Des cibles provinciales ont été établies pour sept des neuf secteurs de temps d'attente prioritaires. Des temps d'attente moyens au sein du RLISWW sont à l'intérieur des temps ciblés et visés pour les remplacements de hanches, les remplacements de genoux, les examens de tomodensitométrie, les chirurgies de la cataracte, les chirurgies de pontage et les chirurgies oncologiques.
- Les temps d'attente moyens dans le RLISWW étaient encore au-dessus des temps ciblés en mars 2008 pour les IRM (39 jours vs 28 jours).
- De façon similaire, le temps requis à 90 % des résidents du RLISWW à recevoir leurs examens de tomodensitométrie se trouve toujours au-dessus du temps provincial ciblé (41 jours vs 28 jours).
- Le temps d'attente moyen dans le RLISWW est sous le temps d'attente provincial pour les remplacements de hanches, les remplacements de genoux, les chirurgies de la cataracte, l'angioplastie et les chirurgies de pontage.

Tableau 4 : Temps d'attente par secteur prioritaire, RLISSWW et Ontario (octobre-décembre 2007 et janvier-mars 2008)

	Oct- Dec/0 7	RLISSWW		Oct-Dec/07	Ontario	
		Jan-Mar/08	% Changement		Jan-Mar/08	% Changement
Remplacement de la hanche						
Cible provinciale = 182 jours						
90 ^{ième} centile (jours)	141	163	+15,6	207	216	+4,3
Temps d'attente moyen (jours)	56	62	+10,7	66	71	+7,8
Remplacement du genou						
Cible provinciale = 182 jours						
90 ^{ième} centile (jours)	172	162	-5.8	267	249	-6,7
Temps d'attente moyen (jours)	63	58	-7.9	81	83	+2,5
IRM						
Cible provinciale = 28 jours						
90 ^{ième} centile (jours)	110	87	-20,9	120	110	-8,3
Temps d'attente moyen (jours)	41	39	-4,8	31	30	-3,2
Tomodensitométrie						
Cible provinciale = 28 jours						
90 ^{ième} centile (jours)	56	41	-26,8	68	43	-36,8
Temps d'attente moyen (jours)	20	15	-25,0	11	8	-27,3
Chirurgie de la cataracte						
Cible provinciale = 182 jours						
90 ^{ième} centile (jours)	87	76	-12,6	138	121	-12,3
Temps d'attente moyen (jours)	38	34	-10,5	41	44	+7,3
Angiographie cardiaque						
Cible provinciale = Non établie						
90 ^{ième} centile (jours)	14	19	+35,7	21	26	+23,8
Temps d'attente moyen (jours)	7	9	+28,6	7	8	+14,3
Angioplastie cardiaque						
Cible provinciale = Non établie						
90 ^{ième} centile (jours)	5	9	+80	13	15	+15,4
Temps d'attente moyen (jours)	0	1	NR	3	3	0,0
Chirurgie de pontage (seulement référence sélective)						
Cible provinciale = 182 jours						
90 ^{ième} centile (jours)	40	38	-5,0	50	55	+10
Temps d'attente moyen (jours)	7	9	+28,6	15	17	+13,3
Chirurgie oncologique (générale)						
Cible provinciale = 84 jours						
90 ^{ième} centile (jours)	52	60	+15,4	64	65	+1,6
Temps d'attente moyen (jours)	20	25	+25	21	23	+9,5

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *Données stratégiques sur les temps d'attente en Ontario*. Sources tirées de : http://www.health.gov.on.ca/transformation/wait_times/providers/wt_data.html# le 15 février 2008 et le 6 juin 2008.

Risques et opportunités

- Les résidents du RLISSWW ont bénéficié des investissements du gouvernement en matière de réduction des temps d'attente pour certaines chirurgies et services de diagnostique. Les hôpitaux du RLISSWW ont renforcé leur capacité à fournir un plus grand nombre de chirurgies de la cataracte, de remplacements de la hanche et du

genou, de procédures cardiaques, de chirurgies oncologiques, d'examens IRM et d'examens de tomodensitométrie. De plus, grâce aux Comités de travail sur les Temps d'attente du RLISSWW, des améliorations ont été apportées au processus et à la livraison des services en vue d'accroître la capacité, la qualité et l'efficacité.

- Bien que les résidents du RLISSWW ont été témoin d'améliorations en ce qui a trait à l'accès aux examens de tomodensitométrie, aux remplacements des hanches et du genou, aux chirurgies du cœur et pontage et aux chirurgies de la cataracte, un plus grand travail est clairement requis si l'on veut améliorer l'accès aux examens IRM, aux chirurgie oncologiques, à l'angiographie et à l'angioplastie.
- L'augmentation des temps d'attente pour les procédures cardiaques, les chirurgies oncologiques et les remplacements de hanche démontrée au Tableau 4 ci-dessus, démontrent que des initiatives d'amélioration et un suivi constant sont requis si nous voulons préserver ce que nous avons gagné jusqu'à maintenant et si nous voulons nous assurer que les temps d'attente diminuent au fil du temps. Ceci exigera des investissements stables et continus.

Ressources humaines en santé

Principaux résultats

- Les résidents du RLISSWW bénéficient présentement du travail et des efforts de plus de 7 600 professionnels de la santé qui ont aidé à livrer les services et programmes du RLISSWW.
- À partir de 2007, le RLISSWW comptait moins de chaque type de professionnel de la santé certifié sous la moyenne par 100 000 de population que l'ensemble de l'Ontario, tel que le décrit le Tableau 5.
- En terme d'infirmières à l'emploi, la Figure 2 ci-dessous, démontre qu'entre 2005 et 2007, le nombre total d'infirmières par 100 000 de population avait augmenté de 3,4 % dans le RLISSWW et de 1,5 % à l'échelle provinciale.
- Bien que le nombre d'infirmières par 100 000 dans le RLISSWW ait été plus faible que dans le reste de la province pour les années 2005, 2006, 2007, cet écart tend à diminuer (une différence de 155 infirmières par 100 000 en 2005 ; une différence de 144 infirmières par 100 000 en 2006; et une différence de 143 infirmières par 100 000 en 2007).
- Entre 2005 et 2007, le nombre d'Infirmières autorisées (IA) par 100 000 de population a augmenté de 3,1 % dans le RLISSWW et de 1,1 % dans la province. Bien que le taux d'augmentation soit élevé dans le RLISSWW, le nombre de IA par 100 000 de population dans le RLISSWW continu d'être plus bas que le reste de la province.
- Au cours de la même période, le nombre d'infirmières auxiliaires autorisées (IAA) par 100 000 augmentait de 7,3 % dans le RLISSWW et de 5,6 % dans la province. Le nombre de IAA par 100 000 de population dans le RLISSWW était presque équivalent à celui de la province.
- Le nombre d'infirmières praticiennes (IP) est demeuré constant à la fois au fil du temps et entre le RLISSWW et le reste de la province soit à 5 IP par 100 000 de population en 2005 et en 2006.
- La Figure 3 ci-après démontre que dans le RLISSWW et l'Ontario, la majorité des fournisseurs de soins de la santé employés par les hôpitaux sont des employés à

temps plein (RLISSWW : 51,6 %, Ontario : 57,7 %). Cependant, un plus grand nombre de fournisseurs de soins de santé basés en milieu hospitalier dans le RLISSWW travaillent à temps partiel ou sont des employés occasionnels (48,4 %) comparativement au reste de la province (42,3 %).

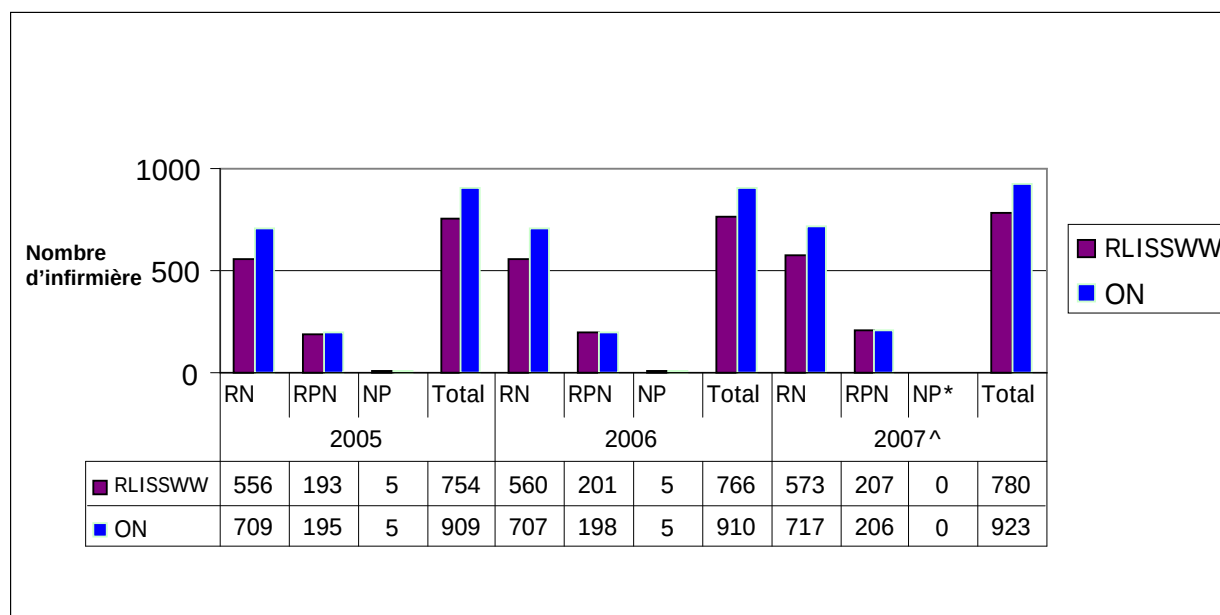
Tableau 5 : Nombre des membres d'une profession de la santé réglementée par 100 000 personnes dans le RLISWW et en Ontario (2005-2007)

Professionnels	RLISWW	Ontario
Médecins de famille (2005)	76	85
Médecins spécialistes (2005)	50	95
Technologues dentaires (2005)	3	4
Diététistes (2005)	19	21
Infirmières autorisées (2007)	566	708
Opticiens (2005)	9	17
Physiothérapeutes (2005)	29	32
Pharmacien (2005)	59	84
Psychologues/associés psychologues (2005)	21	24
Inhalothérapeutes 2005)	15	16

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Main d'œuvre Ontario, HSIP, Trousse d'outils pour les ressources humaines en santé, Avril 2007.

Source des données : Outil d'enquête du Collège des infirmiers et infirmières. Sources tirées du www.cno.org. le 3 juin 2008.

Figure 2 : Infirmières à l'emploi par 100 000 de population, dans le RLISWW et en Ontario (2005-2007)

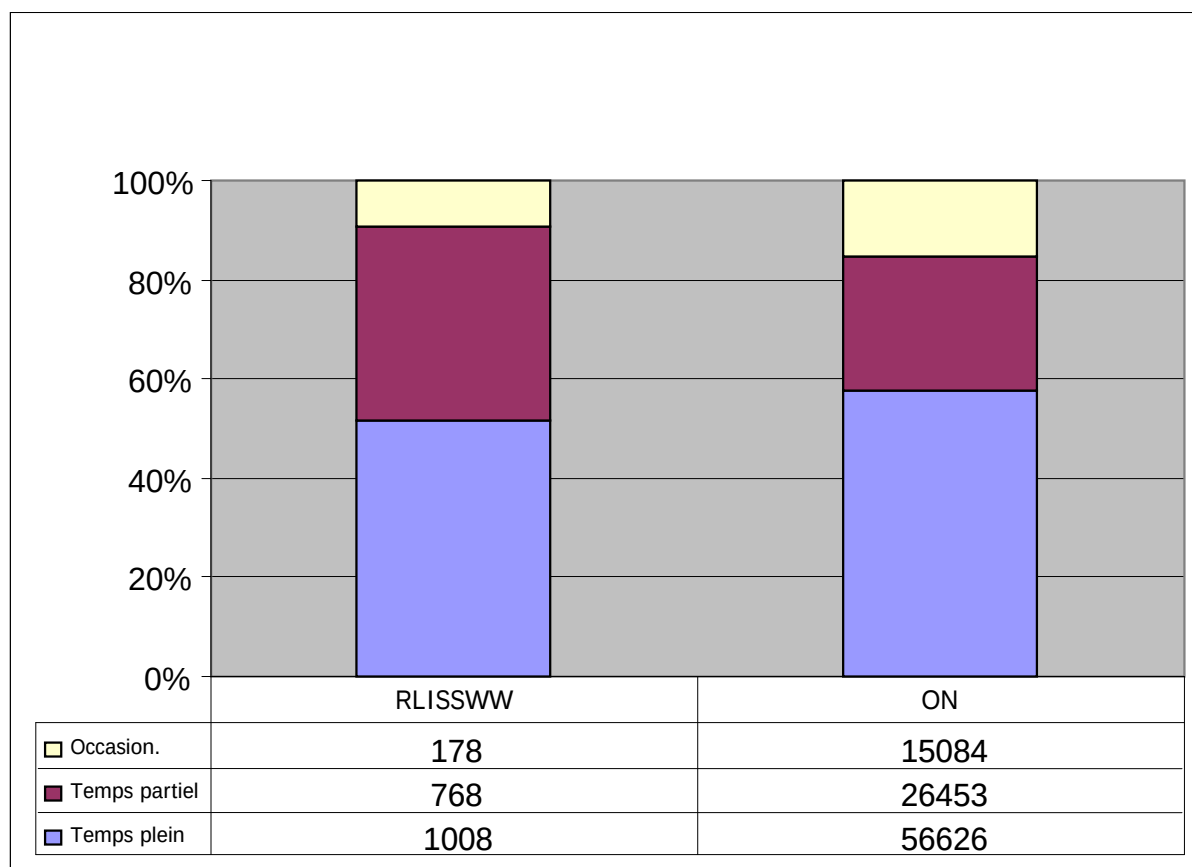


Source des données : Outil d'enquête du Collège des infirmiers et infirmières. Tirées le 2 juin 2008 de www.cno.org. et du CD de référence d'un atelier de travail sur des données de RHS du RLIS, main d'œuvre Ontario, du MSSLD, janvier 2008.

* Les données pour les infirmières praticiennes n'étaient pas disponibles en 2007.

^ Des prévisions démographiques de 2006 ont été utilisées puisque les prévisions de 2007 n'étaient pas disponibles. À ce titre, les nombres d'infirmières par 100 000 de population pour 2007 sont légèrement surestimés.

Figure 3 : Nombre de fournisseurs de services de soins de santé basés en milieu hospitalier par types d'emploi, dans le RLISSWW et en Ontario (2007)



Source des données : Enquête du marché de l'emploi de l'Association des hôpitaux de l'Ontario (2007). D'après le CD de référence d'un atelier de travail sur les données RHS du RLISS, main d'œuvre Ontario, du MSSLD. Taux de réponse de 71 %.

Risques et Opportunités

- Le faible nombre de membres d'une profession de la santé réglementée et en particulier le nombre d'infirmières par 100 000 de population dans le RLISSWW comparativement au reste de la province, met en évidence le besoin de procéder à un recrutement agressif et de mettre en place une stratégie de rétention des effectifs pour Waterloo Wellington.
- D'importants taux d'inoccupation qui persistent en ce qui a trait aux médecins généralistes dans certains secteurs du RLISSWW indiquent aussi un manque d'accès aux soins de santé primaires et de famille, il en découle une pression accrue sur d'autres parties du continuum de soins, allant des départements d'urgences aux taux d'ANS.
- Selon le Profil du marché de l'emploi communautaire du Conseil de la formation et d'ajustement de Waterloo Wellington (WWTAB) (2005), bien que la demande pour des travailleurs dans plusieurs domaines soit très haute, remplir des postes en soins

de la santé s'avère une tâche ardue et parfois contraignante tant en raison du manque de travailleurs possédant l'éducation, les compétences et l'expérience nécessaire que pour des raisons de contraintes financières à l'intérieur de l'ensemble du système de la santé. Selon le WWTAB, si des progrès significatifs pouvaient être accomplis en transformant la livraison des soins de santé et en stabilisant le financement général en santé, le secteur des soins de santé locaux présenterait d'excellentes opportunités à moyen et à long terme pour les personnes possédant les compétences nécessaires.

- Mais pour que cette opportunité devienne réalité, on est souvent confronté à un problème de compétition pour les ressources humaines en santé, lequel ne se situe pas seulement à l'échelle du RLISWW mais aussi dans les RLIS avoisinants, les autres provinces, aux États-Unis et dans d'autres pays qui se font tous concurrence tous pour ces ressources.
- Les professionnels des services de la santé qui sont actuellement à l'emploi sont aussi confrontés à certains problèmes. Dans le RLISWW, près de la moitié des fournisseurs de soins de la santé sont occasionnels ou à temps partiel. De plus, plusieurs infirmières doivent trimer dur pour se trouver des emplois à temps plein. Les nouveaux diplômés ont été particulièrement affectés par le manque de travail à temps plein, avec seulement un très petit pourcentage d'entre eux qui réussissent à accéder au statut d'employé à temps plein au cours de leur premières années de travail.
- De plus, la main d'œuvre diminue pour une panoplie de raisons, y compris une augmentation des travailleurs qui prennent leur retraite, des enjeux d'attraction de la main d'œuvre et de maintien des effectifs, des besoins en matière de développement des compétences et des conditions de travail plus souples. On connaît le besoin de recruter dans les plus brefs délais dans plusieurs domaines de spécialisation dans le RLISWW, y compris en neurologie, en ophtalmologie, en pathologie, en anesthésiologie et en chirurgie pédiatrique.
- Au fur et à mesure que le RLISWW commence à transformer le système et à fournir des services d'une nouvelle façon et avec des moyens plus appropriés, cela crée de nouvelles pressions sur les ressources humaines en santé. Par exemple : il y aura un besoin grandissant pour un plus grand nombre de fournisseurs axés sur la communauté, y compris ceux qui pourront fournir des soins de santé pour les aînés basés à domicile.
- Tous ces enjeux incitent à adopter une approche coordonnée des ressources humaines en santé. À ce titre, il y a présentement du travail de recrutement qui s'effectue par l'entremise de la Chambre de commerce locale et à travers des communautés spécifiques. Cependant, une approche coordonnée à la grandeur du RLIS n'est pas possible. Pour résoudre les problèmes de ressources humaines du RLISWW, il faudra plutôt établir des partenariats avec des intervenants tels que des universités locales, Main d'œuvre Ontario, des fournisseurs de services de la santé et le MSSLD.

Capacité en cybersanté

Principaux résultats

- Présentement, les fournisseurs de soins de santé primaires recueillent et retiennent la plupart des renseignements de santé personnels de leurs patients. Le reste est stocké auprès d'autres fournisseurs, tels que les hôpitaux, les spécialistes et les agences communautaires. Le résultat : l'information sur ces patients est très souvent dupliquée alors que les patients se déplacent d'un fournisseur à un autre à l'intérieur du système de la santé. Dans plusieurs cas, certaines évaluations ou tests de diagnostic sont aussi répétés créant ainsi une duplication inutile et coûteuse à l'intérieur du système. Lorsque les patients ou les clients prennent des rendez-vous ou reçoivent une référence de leurs médecins pour fins d'aiguillage, ces rendez-vous sont souvent effectués par télécopieur ou par téléphone, ce qui fait que ces patients ne sont pas nécessairement suivis de façon appropriée. Toute cette duplication est vraiment inefficace et coûteuse.
- En dépit de cette fragmentation, il y a dans le RLISWW plusieurs cas pour lesquels on trouve présentement des solutions de cybersanté visant à améliorer la santé et le mieux-être des résidents.

Par exemple :

- o *My Care Source* de l'hôpital Grand River est un portail qui permet aux patients souffrant de cancer d'obtenir des renseignements au sujet de leurs soins, de gérer leur plan de traitement et de contrôler les symptômes ou effets secondaires d'un traitement donné. Cela leur permet aussi de fixer des rendez-vous et de partager l'information avec d'autres membres de la famille.
- o De plus, les résidents du RLISWW bénéficient d'un accès gratuit à Télésanté Ontario, ce qui leur permet de parler directement à des infirmières autorisées au sujet de leurs symptômes et de pouvoir avoir recours à des soins additionnels.
- o Les fournisseurs qui travaillent dans les départements d'urgence ont accès au *Drug Profile Viewer* en ligne, un service qui fournit de l'information sur l'histoire médicale des patients.
- o Dans les hôpitaux, les médecins et les chirurgiens ont accès au *Système d'information sur les temps d'attente*, lequel fournit de l'information sur les listes d'attente pour des chirurgies ou des procédures spécifiques.
- Les résidents et les fournisseurs de soins de santé à travers le RLISWW voient les mérites et l'avenir prometteur de la cybersanté.

Risques et opportunités

- La plupart des solutions de cybersanté sont présentement plus spécifiques à un secteur, elles ont été développées pour une seule organisation et sont axées uniquement sur les besoins du patient ou du client à un moment donné en particulier. Ces solutions ne prennent souvent pas en considération l'information qui pourrait avoir été recueillie par d'autres fournisseurs ou qui pourrait être nécessaire à d'autres fournisseurs. De surcroît, le transfert électronique de l'information est souvent retardé par des normes irrégulières et par des systèmes qui ne peuvent pas communiquer entre eux.

- Dans son premier rapport d'avril 2006, le Conseil de la qualité de la santé de l'Ontario déclarait que la mise en place d'une stratégie efficace de cybersanté appuierait la création d'un système^{ix} de soins de santé de haut rendement. Pour cette raison, le RLISSWW croit que plutôt que de continuer à investir dans des solutions de cybersanté qui sont spécifiques à un secteur ou qui s'articulent seulement autour d'une partie de l'expérience santé de la personne, que ces solutions devraient être ancrées à l'intérieur et à la grandeur du système.
- Les fournisseurs ont besoin d'être reliés à l'intérieur d'un réseau électronique commun et de solutions de cybersanté qui soient efficaces et efficientes et qui tiennent compte des besoins du patient/client à travers tout le continuum de soins.
- Relier tous les fournisseurs de services de santé à un réseau commun et mettre en place des applications qui rehausseront le partage de l'information entre les fournisseurs exigera des ressources financières additionnelles et de plus amples projets. D'importants investissements seront aussi requis en vue d'établir les structures de livraison nécessaire, telles que des centrales de données.

III. LA MISE EN PLACE DU PSSI ET LES PRIORITÉS DU GOUVERNEMENT DE 2008/2009

Depuis le dernier trimestre de 2006, au moment où le RLISWW achevait et publiait son Plan de services de soins de santé intégrés (PSSI), l'analyse de l'environnement de la situation actuelle démontrait qu'il existait encore des lacunes indéniables dans les programmes et services de santé qui sont offerts aux résidents de la région du RLIS de Waterloo Wellington.

L'analyse de l'environnement confirmait les priorités qui avaient été identifiées dans le PSSI : améliorer l'accès aux services de santé, améliorer la santé de la population, rehausser l'efficacité du système et renforcer la capacité de la communauté afin d'atteindre un système durable. L'analyse de l'environnement nous rappelait aussi les problèmes persistants auxquels le RLISWW fait face tout en cernant les opportunités que le RLISWW peut saisir et cibler avec de nouveaux investissements tout en sauvegardant et en rehaussant la valeur de ceux qui ont déjà été faits localement dans la région.

Conscient de ses responsabilités lorsqu'il s'agit de gérer des services de santé à partir d'une perspective d'intégration tout en s'alignant sur les priorités du gouvernement et en tenant compte de la dite analyse, le RLISWW reconnaît qu'il doit donner priorité à certaines initiatives et les gérer de manière à mieux répondre aux besoins des gens de la région du RLIS de Waterloo Wellington. Pour ces raisons, le RLISWW cernait sept initiatives à mettre en action qui appuieront l'opérationnalisation des quatre priorités du PSSI débutant en 2008/2009, de même que la mise en place d'une intégration stratégique qui façonnera l'année en cours et celles à venir :

- Soins de santé primaires et de la famille
- Prévention et gestion des maladies chroniques
- Vieillir chez soi (Services aux aînés)
- Santé mentale et toxicomanie
- Créer des solutions durables aux temps d'attente
- Ressources humaines en santé
- Renforcer la capacité locale en cybersanté
- Initiatives d'intégration stratégiques

Une image claire de chacune de ces initiatives vous est présentée dans cette section du Plan de services annuel. L'approche en matière d'investissement du RLISWW pour 2008/2009 est décrite à l'annexe 4.

Soins de santé primaires et de la famille

L'analyse de l'environnement exposait de vastes lacunes et des lacunes plus spécifiques dans la prestation de soins et dans les programmes et services offerts aux résidents de la région du RLISWW. Il y a des lacunes en matière d'accès aux services de soins de santé primaires et de la famille pour des milliers de résidents. Ce manque d'accès signifie que les résidents ne

reçoivent aucun soins ni aucun soins épisodiques offerts dans une clinique de soins d'urgence, dans une clinique sans rendez-vous ou dans les départements d'urgence. L'absence de soins et de soins épisodiques contribuent à créer et à renforcer d'autres problèmes à l'intérieur du système de soins de la santé.

La manière dont on gèrera les problèmes d'accès aux soins primaires aura un impact profond sur le système de la santé et sur chacun de ses secteurs. Ce qui arrive aux soins, aux coûts et à la société lorsqu'il y a un problème d'accès aux soins primaires et de la famille est très évident. Peut-être un peu moins évident est ce qui peut arriver lorsque des professionnels de la santé s'entendent pour inscrire des patients et leur offrir des services complets avec l'appui des collègues faisant partie d'une équipe de soins interdisciplinaire. Les équipes de soins de santé primaires interdisciplinaires que l'on retrouve dans les Centres de santé communautaires (CSC) et dans les équipes de soins de la famille (ESF) sont un réel espoir lorsqu'il s'agit de réaliser des soins améliorés aux patients, des gains en matière d'efficacité du système de la santé et une intégration plus efficace de certains secteurs compris dans le système de santé local.

Afin de mieux réaliser le plein potentiel des CSC et des ESF, au début de 2008/2009 le RLISWW adoptait une approche différente mais qui avait déjà été prise par le passé. En ce qui a trait aux CSC, le RLISWW révisait les enjeux de pratiques budgétaires traditionnels et décidait, de pair avec les CSC CHC, qu'il avait besoin d'une plus grande flexibilité dans ses opérations et dans l'utilisation de ses ressources financières. À cette fin, le RLISWW et les CHC ont convenu qu'une plus grande prestation de services aux client serait l'objectif de la nouvelle approche, au même titre que la création d'une plus grande capacité de gestion et d'exploitation en vue du changement. Par exemple, le RLISWW approuvait l'utilisation de ressources financières par les CHC, qui agiraient en tant que groupe, afin d'acquérir et de mettre en place une information technologique qui favorise une plus grande communication entre les intervenants et à la grandeur du système. Le but ultime de cette approche est de s'assurer que les ressources prévues pour la prestation de soins primaires sont vraiment utilisées à bon escient et à cette fin.

En ce qui a trait aux Équipe de santé de la famille (ESF), le RLISWW a saisi l'opportunité afin qu'ils deviennent les principales personnes chargées de la mise en application de sa Stratégie Vieillir chez soi. À partir de 2008/2009, le RLISWW travaillera directement avec l'ESF de Upper Grand et ses partenaires (la Société d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington, la *Waterloo Wellington Community Futures Development Corporation*, et l'hôpital communautaire Groves Memorial) afin d'implanter un programme de suivi pour les aînés en régions rurales intitulé : *Telehome Monitoring Program*, un programme de suivi de télésoins à domicile, dans la partie septentrionale du RLISWW. Grâce au soutien direct de l'ESF de Upper Grand, ce programme permettra aux personnes âgées de santé fragile aux prises avec des problèmes de santé chroniques de suivre eux-mêmes leur état de santé et d'être suivis à distance par le biais de soins de santé à distance ou de télésoins.

Commençant en 2008/2009, le RLISWW s'est engagé de façon similaire à travailler de pair avec l'ESF de Guelph et ses partenaires (la Société d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington, la Société Alzheimer de Guelph-Wellington, et le Programme d'aînés à risque de Wellington) et à les financer en vue de mettre en place un programme de prévention de soins de santé primaires à domicile et de suivi à domicile pour les aînés à risque. Cette initiative permettra d'offrir des soins de santé primaires à domicile aux personnes de santé fragile et aux aînés isolés de la ville de Guelph. Des infirmières praticiennes fourniront des soins

de santé primaires communautaires. De plus des consultations avec un médecin seront disponibles à travers l'ESF de Guelph. Les personnes âgées résidentes seront référées de façon appropriée à la Société d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington, de même qu'à des services de soutien communautaires, leur permettant ainsi de vivre de façon autonome le plus longtemps possible dans une maison de leur choix.

La disponibilité opérationnelle de toutes les parties dans Waterloo Wellington à trouver des solutions aux problèmes de longue date de soins de santé primaires et de la famille, y compris à travers de nouvelles relations qui peuvent faire une réelle différence pour les gens de Waterloo Wellington, est de bonne augure grâce à l'habileté de cette région à appuyer le gouvernement à réaliser sa nouvelle Stratégie de soins de santé de la famille. Le RLISWW, qui a déjà démontré une grande capacité et volonté à embrasser le changement, travaillera étroitement avec le gouvernement et la communauté en 2008/2009 afin de sécuriser sa part égale d'opportunités associées à la mise en place de 50 nouvelles Équipes de santé de la famille et de 25 cliniques dirigées par des infirmières praticiennes et à l'embauche de 9 000 nouvelles infirmières. Il est évident que Waterloo Wellington demeure tout de même une région dans le besoin en matière de soins de santé primaires et de la famille.

Prévention et gestion des maladies chroniques

Les programmes et services de gestion et de prévention des maladies chroniques existants sont insuffisants et ne sont pas intégrés de manière à ce qu'ils puissent répondre à la prévalence accrue de maladies chroniques dans la région du RLISSWW. Compte tenu de l'impact énorme que les maladies chroniques ont sur la qualité de vie des résidents, et du lourd fardeau qu'elles exercent sur les ressources du système de santé à travers le continuum de soins, des efforts soutenus visant à développer et à mettre en œuvre un plan de prévention et de gestion dans les plus brefs délais s'avèrent essentiels.

Une emphase renouvelée à l'endroit d'initiatives de prévention des maladies et de promotion de la santé axées sur la population seront cruciales si l'on veut freiner l'épidémie de maladies chroniques à laquelle le RLISSWW et la province font face. Travailler étroitement avec les fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants afin de déterminer la nature précise des étapes à suivre est une opportunité qui est uniquement conférée au RLISSWW par le biais de son mandat, qui est d'exercer ses responsabilités de planification et d'intégration.

Le RLISSWW anticipe avec joie de pouvoir travailler avec ses fournisseurs de services de santé et avec la province dès le début de 2008/2009 sur sa nouvelle approche stratégique ciblée et axée sur la stratégie de gestion des maladies chroniques. Le RLISSWW saisira chaque occasion de mener toute initiative provinciale vers les plus hauts sommets. Le RLISSWW cherche constamment, de concert avec ses fournisseurs et la collectivité, à créer un effet multiplicateur pour toute action qu'il entreprend, sachant que c'est de cette façon que le système se bâtit et se renforce.

Vieillir chez soi (Services aux aînés)

Les problèmes auxquels les aînés sont confrontés dépassent les priorités immédiates de taux d'utilisation élevé et de longues listes d'attente qui caractérisent si bien le secteur des soins de longue durée. Au même titre que les soins primaires et de la famille, lesquels pourraient se traduire simplement par le fait «d'avoir un médecin de famille», les soins aux aînés sont beaucoup plus que de fournir un lit de soins de longue durée. Lorsqu'ils sont compris dans un contexte plus large, comme le suggère l'analyse environnementale, les soins aux aînés se traduisent aussi par vivre de façon indépendante, par des soins de santé primaires, par la gestion et la prévention de maladies chroniques, par des services de santé mentale, du soutien communautaire et des soins palliatifs au moment et à l'endroit voulus.

L'ajout de lits de soins de longue durée au RLISSWW est certainement vu comme une étape positive mais, ce qui serait encore plus positif du point de vue du RLISSWW, serait d'ajouter des lits dans le cadre d'une approche de prestation de soins intégrés qui assurerait des soins appropriés aux aînés à n'importe quel endroit où ils peuvent se trouver – à domicile, à l'hôpital, dans un logement de soutien, en établissement de soins de longue durée ou en hospice. Saisir l'opportunité de fournir cette nouvelle approche est la façon avec laquelle le RLISSWW préférerait négocier avec les risques associés aux taux d'utilisation des lits en soins de longue durée, aux listes d'attente et aux pressions des autres niveaux de soins. C'est pour cette raison que le RLISSWW a choisi d'opérationnaliser sa Stratégie Vieillir chez soi de 2008/2009 tout en fournissant des lignes innovatrices claires, en créant de tout nouveaux fournisseurs de soins de santé, en favorisant de plus vastes partenariats et en reconnaissant les mesures préventives.

Le RLISSWW a saisi l'initiative de financement Vieillir chez soi comme une occasion d'appuyer et d'encourager des idées novatrices et d'offrir des services novateurs. Des investissements se poursuivront au sein de programmes qui favoriseront une intervention préventive dans la santé des aînés locaux – en reconnaissant leurs rôles et intérêts à participer aux programmes et au maintien de leur propre santé.

Le RLISSWW favorisent des programmes qui démontrent une approche de collaboration à la solution de problèmes. Ces programmes auront un effet de levier sur les ressources existantes et poseront les fondations qui contribueront à moins dépendre sur les ANS et les services fournis dans les départements d'urgence locaux.

Les investissements actuels de Vieillir chez soi reflètent et comprennent les buts suivants :

- Surveillance par télésoins pour les aînés ruraux – programme favorisant l'aspect convivial et technologique et qui permettra aux aînés vivant en régions rurales et souffrant de maladies chroniques de surveiller eux-mêmes leurs problèmes de santé à distance sous la supervision d'équipes des soins de la famille
- Le Programme Faîtes comme chez vous – requiert la participation active des aînés, en se servant de consultations entre pairs pour naviguer sur le système, en déterminant leur propre plan d'action dans la recherche de solutions à leurs besoins de soins de santé et ce, tant en matière de maintien que de prévention de la santé
- Vie assistée pour les aînés de santé fragile ou à risque – favorise une approche novatrice et de collaboration visant à élargir les services de logement de soutien pour aînés du RLISS. Ce projet reconnaît que les aînés vivant dans des logements à loyer indexé sur le revenu existants sont plus susceptibles de dépendre sur les services d'urgence souvent en raison de problèmes de soins de santé associés à leur pauvreté. En travaillant avec les fournisseurs de logement privés ou à but non lucratif locaux, les unités de logements à loyer indexé sur le revenu existantes s'engageront à fournir des services de soutien qui permettront à ces personnes de rester en santé et d'éviter des crises qui nécessitent des interventions médicales. Le fait de fournir des services sur place au lieu de services sur appel permettra aux travailleurs de soutien d'anticiper les problèmes et d'intervenir de manière et au moment opportun. Cela permettra ainsi un niveau de prestation de soutien nécessaire mais moins dérangeant.

Au total, l'investissement de 4,8 millions de dollars du RLISSWW dans la stratégie Vieillir chez soi pour 2008/2009 a résulté en de nombreux partenariats-collaboratifs et dans l'établissement de nouveaux fournisseurs de services de santé – tous dédiés à servir les aînés à travers une vaste gamme de soins (allant de soutiens minimaux à plus importants) – leur permettant ainsi de vivre le plus indépendamment possible et le plus longtemps possible dans la maison de leur choix (Annexe 3).

Soins de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie

L'analyse environnementale révèle qu'il y a des lacunes importantes dans les services de santé mentale pour les résidents du RLISSWW et qu'il y a visiblement matière à amélioration. Les maladies mentales continuent d'être une maladie chronique commune invisible qui a des

impacts énormes non seulement sur les personnes et leurs familles mais aussi sur le système de santé local et l'économie. Compte tenu de la relation qui existe entre les maladies mentales et d'autres maladies chroniques et du lien entre la maladie mentale et l'abus de substance, l'implication du système de santé est clair : si nous n'adressons pas ces problèmes, les personnes aux prises avec des maladies mentales continueront de souffrir et ne pourront bénéficier de traitements appropriés, plusieurs d'entre elles développeront des maladies chroniques qui requerront des soins primaires intensifs et des services de diagnostic et chirurgicaux connexes.

En 2008/2009, le RLISWW mettait la priorité sur les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. En fait, son engagement envers cette partie de notre système de santé était déjà apparent en 2007/2008. Le RLISWW a choisi de mettre les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie tout en haut de sa liste dès la première occasion qu'il a eu de prendre des décisions qui transformeraient notre système de santé local. En novembre 2007, le conseil d'administration du RLISWW approuvait une importante partie du premier et nouvel investissement dans notre système de santé afin d'appuyer un nouveau service – le premier Centre de traitement de lutte contre la toxicomanie en résidence pour les jeunes de la région –il contribuait aussi à *Ray of Hope*, le plus récent fournisseur de services de santé de l'Ontario. La création d'un centre de six lits basé à Kitchener signifiait que les jeunes de la région n'auraient plus à voyager aussi loin que Thunder Bay ou Ottawa pour recevoir les soins dont ils avaient besoin. En prenant cette mesure, le RLISWW a démontré sa réceptivité à adresser des besoins de longue date et à trouver des solutions durables en sachant qu'il aidait nos jeunes et, ce faisant, en encourageant d'autres à offrir eux aussi leur appui en 2008/2009 et pour les années à venir.

Le RLISWW a aussi choisi de mettre la priorité sur la prestation de services de santé mentale afin de répondre à un autre besoin de longue date à Waterloo Wellington. Les besoins de Wellington Nord en terme d'accès à des lits de soins actifs en santé mentale est un problème connu, la recherche de solutions s'est avérée aussi difficile que le problème lui-même. Heureusement, tous les fournisseurs de soins de santé devaient passer en revue leurs plans d'activités d'exploitation pour l'exercice de 2008/2009 et à l'intérieur de ce cadre le RLISWW et ses partenaires ont été en mesure de faire un lien entre le besoin et la capacité de répondre à ce besoin. Le Centre de santé de Wellington Nord et le Centre de santé Homewood ont trouvé dans chacun le partenaire qu'il leur fallait. Ensemble, ils ont commencé à cerner les besoins d'accès à des lits de soins actifs en santé mentale des résidents de Wellington Nord sur une base plus régulière. Le Centre de santé Homewood convenait de réorienter une importante somme de ses ressources financières et professionnelles en vue d'ajouter des lits pour répondre aux besoins des résidents de Wellington Nord, de fournir du personnel pour ces lits et de déployer des ressources professionnelles additionnelles dans les hôpitaux de soins de santé de Wellington Nord afin de faciliter l'évaluation du patient, de même qu'un traitement approprié. En réponse à l'engagement renouvelé du Centre de santé Homewood envers les ressources pour cette cause, le RLISWW s'engageait financièrement et de façon permanent à faire durer cette solution. En tout et partout, c'est 1,1 millions de dollars en ressources financières qui sont maintenant investis annuellement dans cette solution pour notre région.

Dès le début de 2008/2009, le RLISWW approuvait un investissement continu dans le programme *Living in Hope*, un programme de jour de traitement et de répit pour contrer la toxicomanie. Le RLISWW reconnaît que l'accès à des services de traitement pour les

toxicomanes est un problème à Waterloo Wellington et c'est pour cette raison qu'il a décidé d'appuyer cette initiative. Le Programme améliore l'accès et la capacité communautaire et fournit un service axé sur des pratiques fondées sur l'expérience clinique qui implique les professionnels de soins de santé locaux publiques et privés. Il répond au besoin d'une population vulnérable en aidant les femmes dans leurs responsabilités parentales et celles qui ont besoin d'un accès rapide aux services.

Le RLISWW anticipe avec joie la mise en place d'un modèle de soins novateur et de collaboration pour 2008/2009 entre le Centre de santé Homewood et l'hôpital général de Guelph, à partir duquel des services de santé mentale d'urgence seront offerts, et ce, dans un endroit à part dans l'hôpital général de Guelph. Le RLISWW suit cette initiative de près car elle présente un bon potentiel en ce qui a trait à fournir des soins appropriés, confidentiels et adaptés à ces personnes tout en réorientant les soins loin des départements d'urgence. On espère que cela contribuera à réduire les temps d'attente dans les départements d'urgence et permettra un usage plus approprié de ces ressources. En offrant des services de santé mentale d'urgence, les soins aux patient devraient s'améliorer grâce à environnement sécuritaire, une évaluation rapide, la stabilisation, l'initiation du traitement, l'observation et le suivi, et la planification appropriée de services d'ordonnance et d'aiguillage. Un service d'urgence de traitement et d'évaluation en santé mentale devrait aussi fournir des soins appropriés à tous les patients qui se présentent aux départements d'urgence avec des problèmes de santé mentale, y compris la stabilisation médicale dans l'établissement qui reçoit le patient avec un transfert vers un établissement offrant des soins adaptés ou de l'aiguillage vers des services communautaires. Ce service devrait aussi assurer la sécurité des patients et voir à ce que la sécurité des autres ne soit pas compromise.

Les temps d'attente

De concert avec les hôpitaux et les partenaires communautaires, le RLISWW continuera d'adresser les problèmes de temps d'attente sur chaque front. En premier, en ce qui a trait aux chirurgies et aux procédures de diagnostic, le RLISWW a travaillé de près avec les fournisseurs hospitaliers au cours de l'exercice 2007/2008 afin de mieux comprendre les réalités opérationnelles de ces fournisseurs et leur capacité à fournir de plus amples soins et de meilleurs soins. À la lumière de ce qui précède, le RLISWW a été en mesure de proposer des allocations en vue de plus amples investissements dans les temps d'attente à Waterloo Wellington pour les procédures de cataracte, les remplacements de hanche et de genoux, les examens de tomographie assistée par ordinateur et les examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) en 2008/2009. Un investissement total de 8,7 millions de dollars sera injecté pour les chirurgies supplémentaires et les procédures de diagnostique cette année, y compris 1,4 millions de dollars pour 2 051 chirurgies additionnelles de la cataracte, 4,6 millions de dollars pour 651 remplacements primaires et secondaires des hanches et des genoux, 1,1 million de dollars pour 15 141 examens additionnels de tomographie assistée par ordinateur pour 6 204 heures supplémentaires d'IRM, ce qui se traduit par 9 306 examens supplémentaires pour les gens de Waterloo Wellington.

Deuxièmement, en vue d'appuyer les priorités du gouvernement à réduire les temps d'attente dans les départements d'urgence, le RLISWW prendra les mesures nécessaires avec ses fournisseurs communautaires et hospitaliers pour opérationnaliser l'investissement de 1,2 M\$ de 2008/2009 prévu pour aider l'hôpital grand River et le système local. Liée de près à cette initiative de réduction des temps d'attente dans les départements d'urgence, est la volonté

d'offrir des solutions de rechange aux soins en milieux hospitaliers à un plus grand nombre de personnes.

Le travail déployé afin de fournir un Autre niveau de soins (ANS) aux patients n'est pas de nouveau pour le RLISSWW. La détermination du RLISSWW à adresser les enjeux d'ANS était évidente une fois qu'il fut complètement opérationnel en 2007/2008 ou au moment où le conseil d'administration du RLISSWW signait l'entente entre l'hôpital général de Guelph et *The Elliott Home* pour transférer des patients vers des lits de transition. En 2008/2009, le RLISSWW est allé encore plus loin que de signer des ententes pour fournir des lits de transition; il s'est penché de plus près sur cette option selon la flexibilité financière limitée dont il disposait. Grâce à ces efforts, il y a maintenant, en 2008/2009, des ententes qui ont été mises en place qui impliquent des fournisseurs multiples de transition de lits qui répondent aux besoins– et ainsi relèvent les défis de temps d'attente – qui existent dans différentes régions de Waterloo Wellington.

Troisièmement, par l'entremise des Groupes de travail sur les temps d'attente, le RLISSWW continuera de chercher et d'introduire de nouvelles façons de livrer les services et de trouver des solutions qui accroîtront la capacité et la qualité et l'efficacité. Ces solutions comprennent des centres d'évaluation communs et des processus de meilleures pratiques.

Les ressources humaines en santé

Adresser avec succès certains des risques, si ce n'est pas tous les risques identifiés dans cette analyse environnementale dépend d'un nombre suffisant et approprié de ressources humaines en santé. Il est évident qu'il faudra conduire une analyse des besoins de ressources humaines en santé à la grandeur du RLISSWW selon une perspective de gestion du système, en créant un inventaire de la capacité requise et en déterminant les problèmes de recrutement et de rétention et en agissant sur ces questions. L'approche au niveau des risques en ressources humaines en santé peut aussi comprendre l'implantation de nouveaux modèles de pratique et la suppression de barrières qui empêchent l'utilisation efficace et efficiente de la main d'œuvre en santé. En explorant le potentiel pour de nouvelles professions et fonctions basées sur les besoins de santé de la population s'inscrit aussi dans l'approche de mitigation des risques tout comme le fait d'améliorer les occasions de formation pour les professionnels de la santé et les milieux de travail. Une telle approche a le potentiel d'offrir flexibilité et réceptivité face aux besoins des professionnels de la santé, ceux des fournisseurs de soins de santé et ceux des communautés à travers le RLISSWW.

Pour toutes ces raisons, le RLISSWW accueille d'emblée la décision du gouvernement à fournir de nouvelles ressources dans chacun des 14 RLISS par le biais de *HealthForce Ontario* (Main d'œuvre en santé de l'Ontario). *HealthForce Ontario*, qui fait partie intégrante du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, est chargée de mettre en place un plan de collaboration pluriannuel afin que la province de l'Ontario puisse bénéficier d'un nombre adéquat de fournisseurs de services de santé. À cette fin, et commençant en 2008/2009, le RLISSWW et tous les autres RLISS recevront l'équivalent d'un poste à temps plein pour la mise en place de ce plan à l'échelle locale.

Tirant profit cette ressource, l'approche du RLISSWW visera à maximiser le potentiel inhérent à la création de nouvelles écoles médicales et de pharmacie dans notre région. Il cherchera aussi à saisir les opportunités fournies par les nouveaux postes, tels qu'assistants médecins,

infirmières praticiennes de soins primaires, infirmières cliniques spécialistes et infirmières cliniciennes.

La cybersanté

Dès le début, le RLISWW reconnaissait le besoin de développer et d'implanter une stratégie de cybersanté détaillée. En juin 2006, le RLISWW créait le Conseil de cybersanté de Waterloo Wellington afin de prendre ce risque. Une stratégie de cybersanté alignée avec la stratégie de cybersanté provinciale a déjà été achevée. Et, bien que le développement de plusieurs initiatives de cybersanté de cette stratégie sera financé au niveau provincial, aucun financement n'a été prévu pour se préparer pour la cybersanté ou pour le renforcement des capacités de cybersanté.

L'implantation de stratégies de cybersanté provinciales et au niveau du RLISWW requièrent la mise en place de structures appropriées tant à l'échelle provinciale que locale. La province reconnaît le besoin de créer une gouvernance, du leadership et une gestion de projets plus solides en créant son propre bureau de cybersanté. De la même façon, le RLISWW reconnaît le besoin de développer des ressources pour son implantation au niveau local afin de suppléer aux fonctions de régisseur que la province joue à cet égard.

Le RLISWW a mis en priorité des actions de cybersanté en 2008/2009, conformément aux décisions de son conseil d'administration qui avait été formé en 2007/2008. La première occasion qu'il a eu de prendre des décisions qui pourraient transformer notre système de santé local, le RLISWW a choisi de mettre la cybersanté tout en haut de la liste des priorités, juste à côté des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. En novembre 2007, le conseil d'administration approuvait la plupart des nouveaux financements au sein de notre système pour appuyer les initiatives de cybersanté. Ces initiatives, qui se sont poursuivies en 2008/2009, sont :

- Cadre de travail et architecture de cybersanté : afin de développer un plan détaillé pour l'intégration et le partage des renseignements de santé électroniques à travers le fournisseurs de services de santé du RLISWW.
- En liant le continuum de soins : pour compléter le travail de liaison des fournisseurs de services de soins de santé grâce à des réseaux sécurisés et des courriels sécurisés. Ceci permettra aux professionnels des soins de santé de communiquer entre eux et d'échanger de l'information de façon sécuritaire et en temps opportun.
- Dossier médical électronique régional (DMR) : pour lier les hôpitaux de soins intensifs en tant que fournisseurs d'information au Réseau de santé infantile électronique et en vue de fournir l'accès aux dossiers médicaux à d'autres fournisseurs de services de santé de la région du RLISWW.
- La création d'un répertoire de services : afin d'appuyer l'implantation de la Société d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington et les demandes d'aiguillage qui aideront tant au public qu'aux fournisseurs de services de santé à localiser les services de santé de Waterloo Wellington et à y accéder.

Initiatives stratégiques d'intégration

En plus des progrès que le RLISWW compte faire en 2008/2009 et plus tard à l'égard des sept domaines substantifs suivants, il convenait d'initier une série d'initiatives stratégiques d'intégration en 2008/2009. Le choix d'initiatives stratégiques d'intégration du RLISWW s'inscrivait dans ses obligations contractuelles de vivre et de planifier selon ses moyens, au même titre que de répondre à l'appel des fournisseurs qui désiraient amener une plus grande certitude à leurs cycles opérationnels et budgétaires. Ainsi, le RLISWW, le seul parmi les RLIS de l'Ontario, a passé en revue tous les plans opérationnels de ses fournisseurs pour 2008/2009 au cours de l'exercice financier de 2007/2008. En révisant simultanément les plans, les solutions systémiques sont devenues non seulement plus apparentes mais approuvables. C'est à la lumière de ce qui précède que le RLISWW approuvait une série d'initiatives stratégiques d'intégration pour 2008/2009 et pour plus tard :

- Révisions des services cliniques : Trois révisions seront initiées en 2008/2009 pour les hôpitaux régionaux (soins continus complexes, services de pharmacie et optimisation des services cliniques)
- Révisions par secteur : les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie feront l'objet d'une révision (afin de mieux apprécier l'étendue et la nature des prestations de services actuels)
- Des initiatives dirigées par la Société d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington : Le RLISWW a dirigé et a approuvé du financement pour une série de travaux visant à réaliser des réseaux fonctionnels et une communication améliorée à l'intérieur du système (y compris le placement de gestionnaire de cas de Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington au sein de tous les départements d'urgence des hôpitaux régionaux, le développement d'un Système d'information commun lié à la santé, la planification coordonnée de congé et du soutien pour les soins palliatifs basés en communauté).
- Des services de leaders en soutien communautaire ; La création de ce poste, qui répondra du RLISWW, vise à apporter une meilleure uniformité, comparabilité et capacité aux programmes et services offerts par ce secteur.
- Programmes régionaux basés en milieux hospitaliers/Centre d'excellence : au début de 2008/2009, le RLISWW investissait 1,2 millions de dollars sur une base continue dans les fonds partagés entre les trois programmes régionaux basés en milieux hospitaliers/les Centres d'excellence : soit dans les soins cardiaques, les services vasculaires et les soins de réadaptation. Le RLISWW s'est engagé à consolider et à améliorer les services de spécialité basés dans les hôpitaux pour les gens de Waterloo Wellington.

IV. TABLEAU FINANCIER

Tableau 6 : État de l'allocation de la répartition des subventions du RLISS de Waterloo Wellington pour 2008/2009 et cible de financement pluriannuelle

	Allocation de financement 2008/09 Exprimée en millier ⁽¹⁾	Cible de financement 2009/10 Exprimée en millier ⁽¹⁾	Cible de financement 2010/11 Exprimée en millier ⁽¹⁾
Budget total du RLISS	822 672,7	832 467	847 165,4
Total des paiements de transfert des fournisseurs de services de santé (FSS)	818 278,6	832 462	847 160,4
Exploitation du RLISS ⁽²⁾	4 269,1	À déterminer	À déterminer
Initiatives ⁽³⁾	5,0	5,0	5,0
Cybersanté	120,0	À déterminer	À déterminer
Total des paiements de transfert des fournisseurs de services de santé par secteurs :			
Exploitation des hôpitaux ⁽⁴⁾	506 296,3	508 346,4	508 346,4
Subventions pour compenser pour les taxes municipales - hôpitaux publics	159,2	159,2	159,2
Établissements de soins de longue durée	127 290,7	127 290,7	127 290,7
Société d'Accès aux soins communautaires	85 612,8	89 037,3	93 489,2
Services de soutien communautaires	10 899,4	11 144,7	11 395,4
Lésion cérébrale acquise	1 143,4	1 169,1	1 195,4
Services de logement avec assistante en logement avec services de soutien	5 336,5	5 456,6	5 579,4
Centres de santé communautaire	13 867,2	13 867,2	13 867,2
Santé mentale communautaire	26 436,3	27 031,2	27 639,4
Programme de lutte contre la toxicomanie	5 681,2	5 809,1	5 939,8
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	28 251,1	28 806,1	28 806,1
Subventions pour compenser pour les taxes municipales – hôpitaux psychiatriques	0	0	0
Initiatives ⁽⁵⁾	7 304,5	14 344,4	23 452,2

Note :

- 1) L'allocation de financement de 2008/2009 et les cibles de financement de 2009/2010 et de 2010/2011 ont été mises à jour en date du 15 avril 2008 d'après le Plan pluriannuel axé sur les résultats qui a été approuvé et selon les prévisions de 2008-2009. La mise à jour est basée sur les réalignements à l'intérieur et entre les programmes de vote 1412 du RLISS et les programmes de vote 1412 du ministère, lesquels correspondent aux décisions portant sur les programmes et services qui seront conservés par le ministère et ceux qui seront transférés aux RLISS. Ils comprennent des réalignements ponctuels et de base pour 2009/2010 et 2010/2011 (sauf pour les opérations des hôpitaux qui comprennent certaines ententes de financement ponctuelles). Le réalignement s'effectue sous approbation complète du ministère. De plus amples détails et ajustements formels pour ces programmes feront partie intégrante du Plan axé sur les résultats de 2008/2009, lequel est sous réserve d'approbation par le Cabinet.

L'allocation de financement comprend du financement additionnel (de base et ponctuel seulement). Si du financement additionnel est versé en 2008/2009, la table et la cédule peuvent faire l'objet d'amendements ou de lettres d'allocation mises à jour annexées à l'entente afin de refléter l'allocation du RLISS. Tout financement additionnel versé tomberait sous l'entière appropriation du ministère.

Les cibles de financement pour 2009/2010 et 2010/2011 sont pour des fins de planification seulement et ne sont que des cibles de financement de base (sauf pour les opérations des hôpitaux qui comprennent certaines ententes de financement ponctuelles). Elles sont sujettes aux Plan axé sur les résultats, aux prévisions imprimées et au budget provincial.

- 2) Les cibles de financement pour les activités d'exploitation du RLISS pour 2009/2010 et 2010/2011 sont à déterminer car elles feront l'objet de plus amples révisions.*
- 3) Les initiatives opérationnelles du RLISS.*
- 4) Les opérations inhérentes aux allocations des hôpitaux et aux cibles de financement comprennent les hôpitaux privés et publics. Elles peuvent aussi comprendre, s'il y a lieu, tout financement approuvé par le PCOP, tel que décrit en plus amples détails au Tableau 3 – Fonds dédiés*
- 5) Les initiatives de paiements de transfert par le RLISS seront allouées par secteur par le RLISS à une date ultérieure. Notez qu'au fur et à mesure que le RLISS répartira les allocations par secteur que ces allocations seront distribuées à l'échelle du secteur.*

V. PLANIFIER POUR LES OPÉRATIONS DU RLISSWW

Le RLISSWW a la responsabilité, de concert avec la communauté et les fournisseurs de services de santé, de remodeler la prestation de services de santé à Waterloo Wellington. Pour ce faire, nous devons utiliser de nouvelles approches et de nouveaux outils, nous avons aussi besoin d'un nombre adéquat de membres de personnel talentueux, passionnés et d'expérience. Grâce à l'augmentation de 22,6% de l'allocation dans les activités d'exploitation de 2008/2009, comparativement à l'allocation d'exploitation de 2007/2008, le RLISSWW jouit maintenant d'une meilleure flexibilité financière dans le financement annuel de ses activités de base, qui est de 4 269,038 \$. Cette nouvelle base accroît l'habileté du RLISSWW à se bâtir une plus grande capacité sur la période triennale du Plan de services annuel, à prendre et à dépasser les responsabilités décrites dans l'Entente de responsabilisation du ministère-RLISS et à accommoder le transfert potentiel de services de santé additionnels du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (MSSLD).

FONDEMENT

Le plan d'exploitation doit appuyer le RLISS de Waterloo Wellington à assumer ses responsabilités de financement, de planification, d'intégration et de coordination de services pour son système de santé local, tel que décrit dans l'Entente de responsabilisation du ministère-RLISS pour 2007/2010. Ce qui est implicite dans cette entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISSWW sont les engagements identifiés dans le Plan de services de santé intégrés, lesquels sont désignés dans la *Loi sur l'intégration des services de santé de 2006* comme des activités d'engagement de la collectivité et des activités d'intégration.

Les huit initiatives identifiées à la Section III requièrent la création de nouvelles approches novatrices. Ceci demande au RLISSWW d'être capable d'influencer les communautés et les fournisseurs à développer des solutions pour atteindre des buts qui n'ont jamais été atteints auparavant. Pour ce faire, il faut investir dans un nombre approprié de membres du personnel et dans les compétences. Cela demande aussi un certain investissement dans de nouveaux outils novateurs et techniques.

Au cours de la période de transaction de 2008/2009 et 2010/2011, le RLISSWW commencera à renforcer la capacité d'analyse de données, de tendance et de prévisions du système de santé. Ceci requerra une nouvelle façon de penser. En plus de se pencher sur les tendances à partir d'allocations traditionnelles d'enveloppe budgétaire, les systèmes de données actuels feront l'objet d'une transition, soit des services et programmes individuels vers une perspective d'application à la grandeur du système. Le RLISSWW commencera à opérationnaliser cette dernière approche de manière plus approfondie, y compris du travail visant à lier les allocations financières à la planification, à l'engagement de la collectivité, à l'intégration et aux activités de gestion de rendement.

Le RLISSWW travaille présentement avec le MSSLD à une analyse comparative. Il travaille aussi localement sur les mesures et l'analyse du rendement. Le budget opérationnel du RLISSWW offre maintenant la possibilité de développer ou de se procurer des outils d'analyse adaptés et sophistiqués. En voici un exemple : bien que nous soyons en mesure d'analyser et d'interpréter les données cliniques/services individuels (exemple : le rendement interne d'un hôpital), nous

devons développer des outils afin de bien évaluer les relations entre les services d'autres secteurs (exemple : les services de soutien communautaires et les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie). Cette capacité est essentielle si l'on veut créer des services de santé intégrés.

Des ressources additionnelles de personnel apporteront aussi une plus grande capacité et plus grande souplesse au niveau de la gestion d'importantes priorités de travail, y compris :

- Négocier de nouvelles ententes de responsabilisation avec les fournisseurs de services de santé locaux :
 - o Les centres de santé communautaire, la Société d'accès aux soins communautaires, les agences de service de soutien communautaire, les agences de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie pour 2008/2009.
 - o Les établissements de soins de santé de longue durée pour 2009/2010.
- Gérer et faire le suivi d'Ententes de responsabilisation de services
- Fournir du soutien en matière de dotation pour les initiatives d'engagement de la collectivité visant à réaliser les priorités du PSSI.
- Implanter des plans de gestion afin d'atténuer les risques identifiés dans le Plan de services annuel.

LE PLAN OPÉRATIONNEL DU RLISSWW

En plus de maintenir ses capacités existantes, le plan opérationnel du RLISSWW vise la réalisation de deux buts critiques :

1. Améliorer la capacité du personnel à fournir une gestion appropriée du système de santé du RLISSWW, y compris la capacité de gérer de nouveaux services qui sont présentement gérés par le MSSLD.
2. Accroître et élargir les outils et techniques visant à appuyer les prises de décision et visant à mesurer le rendement, y compris l'analyse et l'orientation des services de santé.

Buts et objectifs

But N° 1 : Rehausser la capacité du personnel à fournir une gestion appropriée du système de santé du RLISSWW, y compris la capacité de gérer de nouveaux services qui sont présentement gérés par le MSSLD.

Objectifs :

- Partir du présent état de service et des systèmes provinciaux vers un système de santé local assez souple pouvant être orienté vers le client, pour appuyer une planification évoluée, pour gérer le rendement et l'intégration d'activités en vue :
 - o du système de santé local dont le RLISSWW est responsable.
 - o d'ententes de services avec les fournisseurs de services de santé individuels.
- Améliorer notre capacité à effectuer des négociations d'ententes de services pour les 56 programmes basés en communauté en 2008/2009 et pour les 35 établissements de soins de longue durée en 2009/2010.
- Appuyer et coordonner la planification, la rationalisation et l'intégration de thèmes et d'opportunités émergeant de l'engagement communautaire.

- Renforcer la capacité au niveau local afin de pouvoir gérer les problèmes qui surviennent au sein de nos collectivités et y répondre.

But N° 2 : Accroître et élargir les outils et techniques visant à appuyer les prises de décision et à mesurer le rendement, y compris l'analyse et l'orientation des services de santé.

Objectifs :

- Améliorer les systèmes de support de données pour les initiatives d'intégration.
- Développer notre capacité à trouver et à identifier les facteurs qui affectent la santé de notre population et les maladies, déterminer des solutions optimales et leurs impacts sur les services de santé/traitement et rehausser les indicateurs de rendement existants ou nouveaux.
- Renforcer notre capacité générale à cerner les tendances en matière de soins de santé en vue d'aider à planifier de façon proactive pour les années à venir.

Voici les partenaires clés qui nous ont aidé à achever ce plan comprennent le MSSLD (La succursale de gestion financière, Les Stratégies fiscales, la succursale des Analyses de Santé, la Base de données provinciale des planificateurs de services de santé (PHPDB), la succursale de gestion de l'information) ainsi que d'autres RLISS et fournisseurs de services de santé.

Nature de la participation du RLISSWW

Gérer les services actuels et les allocations de financement en transition vers une perspective de services de santé, en même temps que les nouveaux services qui sont présentement gérés par le MSSLD dans notre région s'avère un défi de taille en matière de gestion des ressources. La souplesse dont fera preuve le RLISSWW lorsqu'il s'agira de réaffecter du personnel ou appuyer de hautes priorités ou de négocier avec des activités imprévues lui permettra de remplir ses responsabilités avec efficacité et de manière compétente en ce qui a trait à sa priorité à l'égard d'un milieu de travail sain.

Améliorer et élargir les supports de prises de décision requiert l'utilisation d'un personnel spécialisé qui pourra développer, mettre à jour et optimiser les bases de données, la recherche et les meilleures pratiques. Le RLISSWW travaillera avec le MSSLD afin d'obtenir les données qui sont déjà dans les entrepôts de données du ministère et se servir de systèmes et outils provinciaux pour préparer les bases de données du système de santé local. Le RLISSWW travaillera aussi avec d'autres RLISS afin de coordonner, développer et maintenir les bases de données du système local qui sont basées dans les RLISS. De plus, nous engagerons activement les fournisseurs de services de santé qui sont propres et uniques à la région du RLISS de Waterloo Wellington.

Les considérations et étapes de l'implantation (Plan pluriannuel)

Les toutes premières considérations en ce qui a trait à l'implantation du plan opérationnel du RLISSWW sont :

- Les avantages du RLISSWW à se doter d'une capacité rehaussée dans les domaines tels que la négociation d'ententes de services, la transformation de système, la gestion du

changement et les services de soutien pour les tables de planification axées sur la communauté.

- La capacité du MSSLD à fournir l'accès à des données à jour encore plus précises.
- L'établissement de priorités des projets partagés du RLISS et leur alignement avec nos plans d'implantation.

Le Tableau 7 ci-après présente les dépenses prévues pour 2008/2009 et les comparent aux dépenses actuelles 2007/2008 et celles de 2006/2007.

Il est à noter que 2006/2007 fut la première année opérationnelle complète pour le RLISS de Waterloo Wellington. Le processus de recrutement établi par le MSSLD fut suivi, ce qui entraîna l'embauche de plus de 65% du personnel dans le dernier trimestre. Les exigences en ce qui a trait à la préparation du PSSI pour octobre 2006 et pour diverses activités de démarrage ont été rencontrées car nous avons eu recours à des consultants et à des ressources autres que le personnel permanent.

Tableau 7 : Budgets opérationnels actuels et prévus pour le RLISSWW (2006/2007, 2007/2008 et 2008/2009)

Sous catégorie d'activités d'exploitation du RLISS	Dépenses actuelles 2006/2007 (en \$)	Dépenses actuelles 2007/2008 (en \$)	Dépenses prévues 2008/09 (en \$)
Salaires et avantages sociaux	1 359 281	2 072 121	2 861 074
Voyage du personnel	35 869	36 908	58 400
Frais d'occupation	235 554	251 193	243 900
Relations publiques	207 870	142 117	210 195
Honoraires de consultation	388 086	281 870	255 000
Gouvernance	166 299	169 662	205 270
Coûts partagés de services de bureau du RLISS	290 216	300 000	300 000
Perfectionnement du personnel	66 076	29 989	49 500
Coût du bureau et de l'équipement	188 519	185 381	85 700
Coût d'exploitation du RLISS : Dépenses totales	2 937,771	3 469,240	4 269,038
Financement annuel cible			4 269,038
Écart budgétaire			-

Plan pluriannuel

ANNÉE 1 : 2008/2009

- Remplir 2.6 ETP (soutien opérationnel)

ANNÉE 2 : 2009/2010

- Remplir 2.0 ETP (gestion du rendement)

ANNÉE 3 : 2010/2011

- Remplir 2.0 ETP (gestion du rendement et soutien opérationnel)

Le tableau 8 ci-après présente un sommaire des dépenses opérationnelles prévues du RLISSWW par catégories de budget pour 2008/2009 et pour les deux années subséquentes, soit 2009/2010 et 2010/2011.

En date de juin 2008, les cibles de financement pour 2009/2010 et 2010/2011 du RLISSWW n'avaient pas été confirmées; l'Entente de responsabilisation ministère-RLISS pour 2008-2011 dans la cédule 9 (Allocations) explique que les cibles font encore l'objet de révision tandis que le plan d'exploitation présenté au tableau 8 tient compte :

- Des augmentations d'allocation afin de répondre à une augmentation de 5 % dans les salaires.
- Des avantages sociaux à 22 % des salaires.
- Une augmentation de coût de 2 % pour toutes les autres dépenses pour chacune de ces deux années : 2009/2010 et 2010/2011.

Les hypothèses maintiennent statu quo l'allocation de 2009/2010 du MSSLD et le budget de 2009/2010 et de 2010/2011 du RLISSWW.

Tableau 8 : Dépenses opérationnelles prévues du RLISSWW (2008/2009 à 2010/2011)

Sous-catégories opérationnelles du RLISS	Dépenses prévues pour 2008/2009 (en \$)	Dépenses prévues pour 2009/2010 (en \$)	Dépenses prévues pour 2010/2011 (en \$)
Salaires et avantages sociaux	2 861 074	3 020 105	3 171 110
Frais de voyage du personnel	58 400	59 568	60 759
Frais d'occupation	243 900	248 778	253 754
Relations publiques	210 195	214 399	218 687
Honoraires de consultation	255 000	260 100	265 302
Gouvernance	205 270	206 783	208 327
Coûts partagés pour les services de bureau du RLISS	300 000	306 000	312 120
Perfectionnement du personnel	49 500	50 490	51 500
Coûts du bureau et de l'équipement	85 700	87 414	89 162
Coûts d'exploitation du RLISS : dépenses totales prévues	4 269 038	4 453 636	4 630 720
Financement annuel cible	4 269 038	4 453 636	4 630 720
Écart budgétaire	-	-	-

Tableau 9 : Plan de dotation du RLISSWW (2008/2009 à 2010/2011)

	Actuel 2006/07	Actuel 2007/08	Plan 2008/09	Plan 2009/10	Plan 2010/11
Nombre de ETP					
Titre du poste :					
Chef de la direction	1	1	1	1	1
Directeur ou directrice senior	2	2	2	2	2
Consultant(e) senior	4	4	4	4	4
Consultant(e) senior/Epidémiologiste		1	1	1	1
Gérant(e) du soutien aux entreprises	1	1	1	1	1
Assistant(e) exécutif ou exécutive	1	1	1	1	1
Contrôleur	1	1	1	1	1
Consultant(e)	5	5	5	5	5
Assistant(e) administrative	3	3	3	4	5
Assistant(e) de programme	2	2	2	2	2
Réceptionniste	1	1	1	1	1
Analyste			1	2	3
Gérant(e) des plaintes			1	1	1
Webmestre			0,6	0,6	0,6
	21	22	24,6	26,6	28,6

L'impact sur le rendement du système de santé

Du personnel additionnel et d'autres ressources amélioreront notre capacité à réaliser les objectifs suivants dans les délais impartis :

- Négocier des ententes de responsabilité de services pour les 56 programmes basés en communauté en 2008/2009.
- Négocier huit ententes de responsabilité de services renouvelés avec les hôpitaux et, pour la première fois, des ententes de responsabilité de services avec les 35 établissements de soins de longue durée pour 2009/2010.
- Identifier et gérer la planification, l'intégration et les opportunités de gestion de rendement à travers un processus actif d'engagement de la collectivité.
- Développer et améliorer la cible de saisie de données financières, de service et cliniques et les orienter vers des systèmes de santé locaux.
- Développer nos habiletés de recherche et rehausser les nouveaux indicateurs de rendement et ceux existants.
- Rehausser notre capacité générale à cerner les tendances en matière de soins de santé pour aider à planifier les années à venir de façon proactive.
- Continuer à collaborer avec les fournisseurs de services de santé et d'autres ressources communautaires, et par le fait même, donner un effet de levier financier aux ressources actuelles existantes dans la région de Waterloo Wellington.

- Initier de nouveaux partenariats et alliances lorsque les opportunités se présentent à l'échelle locale, entre les RLISS et dans un contexte provincial.

Identification des risques et des opportunités

LES RISQUES

Les risques : sont la capacité de gérer des pressions non planifiées et non reconnues dans les budgets approuvés selon l'allocation du MSSLD.

Le MSSLD a négocié ou influencé les divers structures de coûts de façon significative au cours de l'implantation des RLISS. Celles-ci comprennent :

- Les effectifs ,catégories et échelles de salaire.
- La mise en place des Bureaux de services communs des RLISS afin de gérer les fonctions de soutien administratif de tous les RLISS.
- Les locations de locaux via la Société immobilière de l'Ontario.
- Les coûts de gouvernance liés au Conseil d'administration.

Nous reconnaissons que ces structures de coûts laissent le RLISSWW avec moins de 20% de l'allocation annuelle sur laquelle nous pouvons avoir un contrôle direct.

Grâce à des fonds additionnels versés en 2008/2009, la capacité du RLISSWW à gérer des pressions non planifiées liées aux opérations du RLISSWW s'est améliorée bien qu'elle demeure tout de même limitée.

LES OPPORTUNITÉS

En appuyant et en coordonnant les opportunités afin d'optimiser l'utilisation des ressources communautaires existantes, nous pouvons avoir un effet de levier sur la capacité de notre personnel et sur d'autres ressources à identifier.

En prenant une approche active d'engagement de la collectivité, le RLISSWW peut créer des partenariats et d'autres initiatives de collaboration avec la santé publique, les universités et les fournisseurs de services de santé dans les domaines de modélisation prédictive, de meilleurs services /meilleures pratiques cliniques, de recherche ciblée, de maintien et de renforcement de la capacité locale et d'intégration.

Un plan de gestion pour négocier avec les risques

Le risque : Capacité de gérer les pressions financières qui ne sont pas comprises dans les budgets approuvés selon l'allocation du MSSLD.

Le RLISSWW fera de son mieux pour gérer les frais inhabituels et les dépenses non prévues qui pourraient surgir mais les ressources se limitent à un faible pourcentage de l'allocation du RLISSWW.

Sommaire

Les RLISS sont mandatés pour transformer les services et programmes de santé existants en un système de santé local intégré. Le RLISSWW est conscient de son mandat et de sa responsabilité de rendre compte de l'allocation actuelle de près de 800 millions de dollars aux divers fournisseurs de service de santé de Waterloo Wellington. La Section III du présent Plan de services annuel identifie huit initiatives qui appuieront l'opérationnalisation de l'ensemble des quatre priorités du PSSI commençant en 2008/2009. Le nouveau financement en 2008/2009 offrira la souplesse de réaliser ces plans tant pour les allocations actuelles de financement que pour les nouveaux financements.

VI. DES PLANS DE GESTION POUR NÉGOCIER AVEC LES RISQUES

Les plans de gestion du RLISSWW visant à négocier avec les risques sont conçus et seront entrepris en lien avec les besoins fondamentaux du réseau. Le RLISSWW existe afin de bâtir un meilleur système de santé pour les résidents de la région de Waterloo Wellington, et ce, tant aujourd'hui que pour les années à venir. Par meilleur on entend plus efficace, efficient et durable. Par meilleur, on entend aussi intégré.

À cette fin et à titre de gestionnaire du système, le RLISSWW prendra les responsabilités de planification, de financement et d'intégration qui lui incombent. Dans l'exercice de ses responsabilités, le RLISSWW agira en collaboration avec des fournisseurs de services de santé et le public. Ce Plan de services annuels est la première opportunité concertée pour le RLISSWW d'opérationnaliser le Plan de services de santé intégrés. Le RLISSWW entend faire de ces deux plans un succès. À cette fin, il traitera les risques selon une optique qui vise à façonner un meilleur système de santé en collaboration avec ses fournisseurs et le public.

Le point de base de départ dans la gestion des risques commence par la Directive de responsabilisation de paiements de transfert. Cette directive reconnaît qu'une approche fondée sur le risque est la clé en matière de gestion de paiements de transfert car elle procure un niveau optimal de supervision, de contrôle et de discipline; permet aux agences classifiées de gérer les risques dans des milieux en changement; et fournit un niveau pertinent d'évaluation à savoir que les objectifs de livraison de ce programme ou de ces services sont rencontrés. À ce titre, elle pallie au besoin d'excellence en matière de communication et apporte la meilleure compréhension qui soit à l'égard de toutes préoccupations ou enjeux. En bref, le RLISSWW reconnaît que gérer des risques c'est principalement gérer des relations. À partir de ses propres expériences opérationnelles acquises en 2007/2008, le RLISSWW croit que cette approche couvre efficacement tant les risques négatifs (exposition) que les risques positifs (opportunités).

Afin de mieux comprendre et de gérer le risque, le RLISSWW a placé les risques sous quatre catégories. Ces quatre catégories sont : stratégiques, opérationnelles, financières et de rendement. Chaque risque est signalé au RLISSWW de manière différente, et chaque risque est géré selon son type. La communication de tous les risques à l'endroit du MSSLD se fait par l'entremise du *Risk Summary Template* ou Le Modèle du sommaire des risques. Les risques stratégiques sont des menaces pouvant entraver les objectifs du RLISSWW à plus grande échelle. Celles-ci pourraient comprendre des initiatives clés qui n'ont pas été entreprises pour une panoplie de raisons. En voici un exemple : une initiative déposée pour adoption par le RLISSWW au cours de processus ASP qui n'aurait pas été financée. Ceci représente une opportunité manquée.

Les risques opérationnels sont des opportunités ou des menaces qui sont communiquées au RLISSWW par l'entremise de divers modes de communication. La méthode de communication la plus commune est le contact direct avec un fournisseur de services de santé. Par ailleurs, ces risques représentent des enjeux et opportunités pour lesquels le RLISSWW peut être en mesure d'aider à trouver des solutions.

Les risques financiers et de rendement sont communiqués au RLISWW par le biais de voies de communications de rapport plus formelles, telles que le Système de rapport via le Web, ou en discutant avec les fournisseurs de services de santé, et sont transmis au MSSLD par le biais du Modèle du sommaire des risques.

Alors qu'il se penche sur les années 2008/2009 et celles à venir, le RLISWW prise toujours et encore des relations de collaboration. Ce sont de telles relations qui nous assurent un moins grand nombre de surprises ou aucunes mauvaises surprises; Ce sont de telles relations qui amènent aussi de bonnes surprises ou de solutions qui n'avaient pas été appréciées auparavant. Dans son rôle de gestionnaire du système, l'approche la plus efficace que le RLISWW puisse prendre est de se tenir bien informé des réalités du terrain, de garder son esprit grand ouvert lorsqu'il considère ses options et de partager sa propre réalité avec les fournisseurs dans le meilleur intérêt des gens de Waterloo Wellington. Parfois la solution peut sembler très apparente mais la manière de la réaliser un peu moins. Ici, le RLISWW se prévaudra de l'autorité de planification, d'intégration et de financement qui lui aura été conférée afin de s'assurer que les solutions trouvées sont réalisées.

VII. PLAN DE COMMUNICATION

Le Plan de services annuel contient plusieurs éléments de communication en soi mais il ne requiert pas un plan de communication stratégique ou tactique séparé. Le RLISWW mettra ce Plan à la disposition du public, des intervenants et des fournisseurs de services par le biais des méthodes suivantes : copies imprimées disponibles ou affichées sur le site Internet du RLISWW, par courriel et par l'entremise de faits saillant compris dans des lettres ou bulletin d'information.

À part du plan, mais en incluant des éléments de ce dernier, le RLISWW développera un plan de communication annuel qui appuiera le plan d'affaire des RLIS en :

- identifiant des publics cibles
- faisant part aux intervenants (clients d'agence, partenaires, groupes publiques, etc.) des réactions positives et négatives anticipées
- développant des messages clés
- expliquant la mise en place de communications tactiques (avec les calendriers et délais prévus) et d'outils de communication

Annexe 1 : Profil de la santé de la population[^]

Indicateur	2001	2006 RLISSWW	% changement	2001	Ontario 2006	% Changement
Population totale	626 365	686 320	9,6	11 285 550	12 160 285	7,8
Population de personnes âgées, âgées de 65+	68 535 (10,9%)	82 690 (12,0%)	20,7	1 383 710 (12,3%)	1 649 185 (13,6%)	19,2
	2003	2005	% changement	2003	2005	% changement
Bonne ou excellente santé selon une estimation personnelle	60,9	61,9	1,6	57,2	60,8	6,3
Bonne ou très bonne santé mentale selon une estimation personnelle	72,3	75,1	3,9	70,7	72,8	3,0
Exposée à la fumée secondaire à la maison	8,4	6,3	-25,0	9,1	7,3	-19,8
A eu un contact avec un médecin au cours de la dernière année	77	78,4	1,8	81,1	81,5	0,5
A reçu un vaccin contre la grippe au cours de la dernière année	31,6	38	20,3	34	41,1	20,9
	66,2	57,9	-12,5	60,6	62,3	2,7
A passé un test Pap au cours des 3 dernières années (âge 18 à 69)	73,3	73,1	-0,3	73,9	72,9	-1,4
Obèse ou fait de l'embonpoint	49,2	49,3	0,2	48,1	48,8	1,5
Gros buveurs	22,9	20,6	-10,0	21,2	22,1	4,2
Physiquement inactif	44,4	45,6	2,7	47,1	46,0	-2,3
Consomme des fruits/légumes + de 5 fois par jour	45,2	47,1	4,2	40,2	46,2	14,9
A beaucoup de stress dans sa vie	24,4	22,8	-6,6	24,6	23,1	-6,1
Fumeurs quotidiens ou occasionnels	22,2	19,3	-13,1	22,1	20,8	-5,9
Limitation au niveau de la participation et des activités	31,5	29,6	-6,0	31,7	29,4	-7,3
Tendance vers des problèmes de santé chroniques (12+)						
- arthrite/ rhumatisme	15,6	15,1	-3,2	17,5	17,1	-2,3
- pression sanguine élevée	13,3	13,7	3,0	14,7	15,2	3,4
- asthme	7,9	8,8	11,4	8,3	8	-3,6
- diabètes	3,7	4,4	18,9	4,6	4,8	-4,3
- Bronchite chronique	2,7*	2*	-25,9	2,7	2,4	-11,1
- maladies du cœur (âge 30+)	6,5	6,2	-4,6	7,2	6,5	-9,7
	1999-2001	2001-2003	% changement	1999-2001	2001-2003	% changement
Bébés de faible poids à la naissance	5,1	5,2	2,0	5,6	5,8	3,6
Taux de mortalité infantile par 1 000 de naissances vivantes	5,1	4,8	-5,9	5,4	5,4	0

Sources des données : PHPDB, et ESCC (Enquêtes sur la santé des collectivités canadiennes 2003 & 2005)

[^] Toutes les sommes en chiffre, à l'exception de la Population totale et de la Population de personnes âgées, sont exprimées en pourcentage

* Interpréter avec soins en raison du degré élevé de variabilité d'échantillonnage

Partie ombragée en vert : L'indicateur démontre des progrès au fil du temps

Partie ombragée en rouge : L'indicateur ne démontre aucun progrès au fil du temps

Annexe 1 : Profil de santé de la population^ (Suite)

Indicateur	RLISSWW			Ontario		
	2001	en 2006		2001	2006	
Espérance de vie chez la femme à la naissance	82,0	Aucune mise à jour		82,1	Aucune mise à jour	
Espérance de vie chez l'homme à la naissance	77,8	Aucune mise à jour		77,5	Aucune mise à jour	
Population dont la langue maternelle est l'anglais	80,1	78,2		71,9	69,8	
Population dont la langue maternelle est le français	1,5	1,5		4,7	4,4	
Population ou l'ensemble des personnes qui sont des immigrants	19,8	20,6		26,8	28,3	
Population ou l'ensemble des personnes qui ont immigré récemment (sont arrivées entre 1996 et 2001)	2,9	3,2		4,8	4,8	
Population de minorités visibles	9,3	11,7		19,1	22,8	
Population d'entité autochtone	0,7	1,0		1,7	2,0	
Taux de participation à la main d'œuvre (âge 15+)	71,8	71,5		67,3	67,1	
Taux de chômage (âge 15+)	5,1	5,2		6,1	6,4	
Population à faibles revenus	10,2	9,7		14,4	14,7	
Familles (avec des enfants) dirigées par un seul parent	20,6	21,8		23,4	24,5	
Population (âge 20+) ayant des études de 9 ^{ième} année et moins	8,7	Aucune mise à jour		8,7	Aucune mise à jour	
Population (âge 20+) sans diplôme d'études secondaires	26,6	Aucune mise à jour		25,7	Aucune mise à jour	
Population (âge 20+) ayant complété des études postsecondaires	47	55,2 (âge 25+)		48,7	56,8 (âge 25+)	

Sources des données : Recensement 2001 et Recensement 2006

^ Toutes les sommes en chiffre, à l'exception de la Population totale et de la Population de personnes âgées, sont exprimées en pourcentage

* Interpréter avec soins en raison du degré élevé de variabilité d'échantillonnage

Partie ombragée en vert : L'indicateur démontre des progrès au fil du temps

Partie ombragée en rouge : L'indicateur ne démontre aucun progrès au fil du temps

Annexe 2 : Taux de mortalité, d'années potentielles de vie perdue et de taux d'hospitalisation d'après le chapitre 10 du CIM

	Taux de mortalité normalisé selon l'âge par 100 000				Années potentielles de vie perdue (APVP) par 100 000				Taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge par 100 000			
	RLISSWW		Ontario		RLISSWW		Ontario		RLISSWW		Ontario	
Causes (Chapitre 10-CIM)	2000/01	2003/04	2000/01	2003/04	2000/01	2003/04	2000/01	2003/04	2005/06	2006/07	2005/06	2006/07
Toutes causes confondues	593,7	554	602,6	569,9	4443	4323	4864	4729	7440,2	6858,7*	8075,1	7576,6*
I. Maladies infectieuses	6,2	7,9	9,3	9,0	81,3	80	122,3	103	160,1	153,8	144,2	135,9
II. Néoplasmes (tumeurs)	178,5	175,7	181,4	175	1530,9	1541	1590,3	1560	513,6	482,8	635,7	604,2
III. Maladies du sang	1,9	2	2,1	2	20	20	18,4	17	70,7	64,3	82,1	81,9
IV. Maladies endocrines/nutritionnelles	26,2	24	26,1	27,2	161	152	171,0	182	170,9	166,5	195	197,3
V. Maladies mentales et troubles de comportement	14,1	11,2	15	14,2	42,9	43	59,2	58	394	137,4	459,9	115,2
VI. Maladies du système nerveux	29,2	27,5	24,8	23,8	173,6	146	142,9	138	107,1	111,4	123,1	117,4
VII. Maladies de l'œil	0	0	--	--	0	0	--	0	19,4	22,1	18,6	18,9
VIII. Maladies de l'oreille	--	--	--	--	0	3	1.1	0	21,4	20,9	21,4	21,4
IX. Maladies du système circulatoire	217,0	183,6	209,1	184,3	793	700	852,9	811	847,6	766	1095,6	1044,1
X. Maladies du système respiratoire	42,9	42,3	45,4	44,1	110,9	135	150,5	145	586,3	553,8	603,3	593,9
XI. Maladies du système digestif	19,2	21,1	22,6	22,5	137,5	182	191,1	189	766,7	735,1	867,5	857,7

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

Source des données : Population Health Planning database, Inpatient Discharges and Vital Stats tables. (Données de planification sanitaire de la population, Taux de congé des malades hospitalisés et tableaux des statistiques vitales). (traduction libre)

S/O: Sans objet

-- Données supprimées en raison du trop petit nombre.

^ Il n'y a pas de décès attribués à ce chapitre 10-CIM parce que les décès liés aux blessures et empoisonnement sont codés selon des causes extérieures de décès.

* Le taux d'hospitalisation toutes causes confondues pour le RLISSWW et l'Ontario en 2005-2006 n'est pas complet en raison du manque de données complètes de malades hospitalisés en santé mentale en 2006. Ceci est attribuable à la transition de données de santé mentale du DAD vers une nouvelle base de données en santé mentale, OMHRS.

Annexe 3: Projets Vieillir chez soi (2008/2009)

Initiative	Description
Surveillance par télésoins pour les aînés ruraux	Ce programme permettra aux patients frêles et âgés souffrant de maladies chroniques de surveiller eux-mêmes leur état de santé en étant surveillés à distance par télésoins à domicile qui sera basé en soins primaires. Le groupe cible de population comprend les patients souffrants d'insuffisance cardiaque congestive et/ou de maladie pulmonaire obstructive chronique.
Infirmières en gestion de soins d'urgence gériatriques comme partie intégrante des services pour aînés	Le programme introduira des infirmières en gestion de soins d'urgence gériatriques dans les services d'urgence de chaque hôpital du RLISWW afin d'assister les adultes plus âgés avec une évaluation appropriée, une aide pour naviguer dans le système et le réengagement dans la communauté. De plus un financement est fourni pour continuer la planification des services intégrés de santé pour les aînés qui sont frêles ou qui souffrent de maladies complexes.
Médications pour fin de vie en soins de longue durée	Le programme implique l'introduction de médicaments pour fin de vie et les directives reliées dans les trousse de médication d'urgence des établissements de longue durée et le développement d'un niveau de soin local normal pour les soins de fin de vie. Ce programme vise à assurer une gestion efficace des symptômes de fin de vie des résidents d'établissements de longue durée, pour ainsi éviter des transferts non nécessaires aux hôpitaux locaux.
Prévention de soins primaires à domicile et surveillance des aînés à risque	L'équipe de santé familiale (ESF) de Guelph offrira des soins primaires à domicile aux aînés frêles et isolés de la ville de Guelph. Des infirmières praticiennes offriront des soins primaires communautaires avec possibilité de consultation d'un médecin pour toute l'ESF de Guelph. Les résidents âgés seront référés adéquatement aux Centres d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington, ainsi qu'un soutien communautaire qui leur permettra de vivre de façon autonome dans la maison de leur choix si possible.
Premier lien	Le programme offrira des services exhaustifs coordonnés à des individus ayant été récemment reçu un diagnostic de démence ainsi qu'à leurs soignants. Le programme vise à améliorer les liens entre les médecins de soins primaires qui posent le diagnostic, les autres membres de l'équipe de soins primaires, les fournisseurs de services dans la communauté et les sociétés de l'Alzheimer. Il y aura un système de référence directe des soins primaires liant les familles affectées par la démence à un programme de formation et de soutien coordonné.
Réseau de service de jour pour adultes	Le programme inclura une amélioration des services de jour pour adultes dans le RLISWW. L'amélioration des services de jour pour adultes se concentrera sur les populations moins desservies (C.-à-d. les individus frêles et/ou ayant des besoins complexes comme des pertes de mémoire, des lésions cérébrales acquises, des limitations/difficultés physiques, ou des considérations de santé multiples) Les services offriront une stimulation sociale, un répit pour les soignants, un loisir thérapeutique et/ou des améliorations aux habiletés de vie. Le réseau développera une solution exhaustive et coopérative aux services de jour pour adultes, adressant les populations moins desservies de partout dans le RLISWW. En particulier, cette initiative visera les patients en liste d'attente pour des soins de longue durée.
Liaison de survivants	Ce programme assurera que les clients et leurs familles aient accès à un numéro 1-800 centralisé ainsi qu'à un site Internet et des ressources de soutien. Le programme est basé sur un modèle où les survivants d'accidents cérébrovasculaires (ACV) offrent de l'assistance à de nouveaux survivants d'ACV. Le soutien comprend des visites de pairs à l'hôpital et du mentorat par les pairs quand le survivant retourne à la maison.

Programme de santé comportementale pour les comportements hautement perturbateurs	Ce projet est une étude de faisabilité et de planification coopérative pour le développement et la mise en place d'un programme spécialisé de santé comportementale pour les comportements hautement perturbateurs faisant partie de 96 nouveaux lits en soins de longue durée qui devraient ouvrir d'ici 2010. Ce programme s'adressera aux aînés du RLISWW ayant un diagnostic de démence et montrant des symptômes comportementaux ou psychologiques, comprenant des comportements réactifs physiques ou verbaux. Les aînés ayant ces comportements seront admis de la maison vers un établissement de longue durée ou de soins de courte durée puis seront transférés dans un milieu approprié dans la communauté après le traitement.
Collaboration de logements supervisés pour aînés	Cette collaboration réunira toutes les parties intéressées à concevoir et à réaliser des logements supervisés dans le RLIS, à évaluer les meilleures pratiques, à apprendre des initiatives d'autres RLIS, à mener une analyse de l'environnement pour cerner les besoins spécifiques des différentes populations en logement supervisé dans le RLIS, et à faire des recommandations sur le site et les modèles de logement supervisés pour considération par le RLIS.
Vie assistée pour les aînés de santé fragile ou à risque à Guelph	Ce programme offrira des services à heure fixe et/ou un service 24 h sur 24, 7 jours sur 7 dans 3 résidences et complexes pour aînés de Guelph. Les services comprendront : des soins personnels, de l'entretien ménager, la lessive, de l'aide à la préparation des repas, un soutien pour la médication, une intervention en temps de crise, une réponse en cas d'urgence, des vérifications de sécurité, du réconfort et du soutien émotionnel, une programmation sociale et récréative, du magasinage et des courses coordonnées, et un accompagnement à des rendez-vous médicaux.
Accès aux soins et à une résidence pour les sans-abris et ceux qui risquent de le devenir	Ce programme comprend trois composantes : 1) Un service d'approche aux adultes âgés prématurément qui vivent en absence de logement absolu. Ce programme visera à stabiliser et à améliorer l'accès à des soutiens d'approche qui répondent aux crises, à diriger les gens vers des services médicaux existants et à stabiliser les individus qui vivent sans-abri. 2) Approche à domicile des adultes âgés prématurément qui sont à risque de devenir sans-abri pour soutenir un accès sécuritaire à des professionnels des Sociétés d'accès aux soins communautaires pour assurer les soins suivant l'hospitalisation, un soutien préventif et une attention en temps opportun portée aux problèmes de santé. 3) Projet pilote de maison d'accueil et de planification/recherche pour des logements supervisés supplémentaires pour des adultes âgés prématurément sans-abri ou qui vivent dans des logements non-sécuritaires, qui sont difficiles à servir et vivent des problèmes de santé débilissants et dont la condition se situe entre le niveau de courte durée et palliatif. Cette initiative comprend un projet de logement supervisé non-médical de 6 lits dans un établissement moins dangereux, pour ainsi assurer un accès sécuritaire et durable aux soins de soutien, aux services médicaux existants et aux services de réhabilitation.
Faites comme chez vous	Ce programme offre du coaching entre pairs intervenants qui facilite l'accès des aînés aux services de santé nécessaires et appropriés. L'intervenant plaidera de la cause travaillera avec l'aîné pour identifier et accéder aux services appropriés pour permettre de vieillir chez soi et de réduire l'usage et la dépendance à des services de santé traditionnels. Les intervenants travailleront en équipe de deux et suivront un cas à travers les étapes de contact initial, de visites à domicile en vue d'établir les besoins de l'aîné et la préparation de l'accès au service, et finalement, le suivi (à domicile ou par téléphone) avec l'aîné pour évaluer les services de santé ou autres auxquels l'aîné a pu accéder. L'intervenant identifiera aussi les lacunes dans les services.
Nursing paroissial	Offre une approche de fourniture de soins interdisciplinaires intégrée dans les services aux aînés de la congrégation et de la communauté environnante. Le but est d'initier de nouveaux ministères paroissiaux de nursing pour chacune des trois années. On s'attend à ce que chaque ministère devienne autosuffisant. Les services sont axés sur le bien-être et sur l'amélioration de la capacité de vivre à la maison plus longtemps par le biais de différentes activités comme l'évaluation de la santé, la navigation dans le système et des programmes d'éducation en santé.

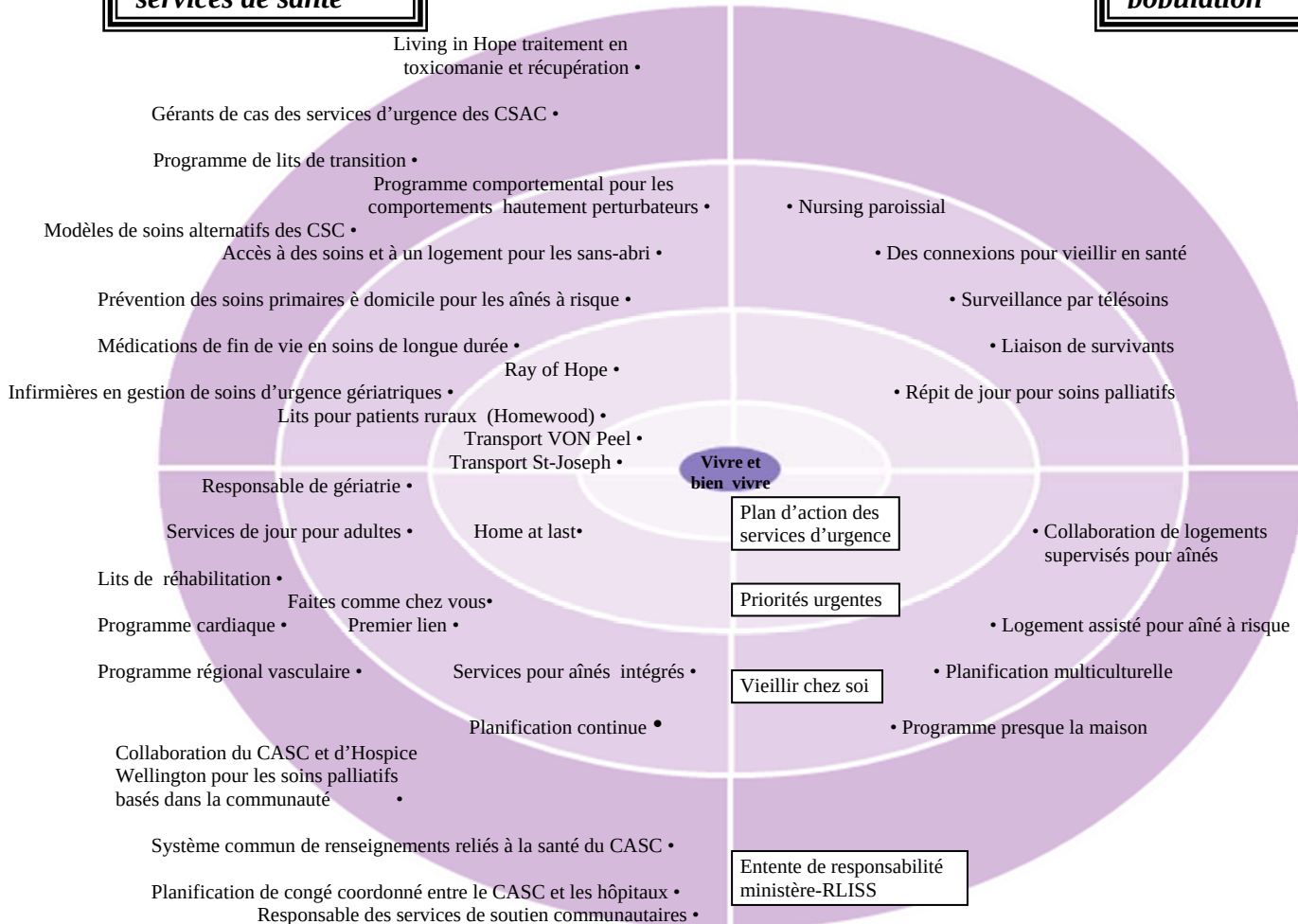
Des connexions pour vieillir en santé	Ce programme traitera des dernières études sur l'importance de garder une bonne forme physique et une bonne nutrition en vieillissant chez les aînés. Le centre d'activité de Fairview étendra ses services à la communauté pour offrir des activités de mise en forme globale et des conseils sur les besoins alimentaires. Le centre possède un bassin thérapeutique d'eau chaude, une allée de quilles, un atelier d'ébénisterie et une nouvelle salle de mise en forme et d'exercice. Ce programme se concentrera sur l'engagement des aînés marginalisés, isolés et multiculturels du secteur de Cambridge.
Programme Près de la maison	Ce programme travaillera à offrir une approche coopérative pour traiter des secteurs de besoins importants des aînés de Guelph et des environs. Il offrira un soutien aux aînés pour aider à relier des services comme le transport, les soins préventifs, les visites amicales, les programmes d'exercice, les programmes sociaux et récréatifs, et les programmes individuels de soutien. Le coordonateur fera la recherche active de nouveaux programmes et de bénévoles pour améliorer les services à domicile pour les aînés.
Responsable en gériatrie	Ce financement sera pour défrayer les coûts de services de consultation d'un responsable en gériatrie qui agira comme expert en la matière pour la planification continue et la mise en place du plan de services Vieillir chez soi du RLISWW.
Planification multiculturelle	Ce financement a été assigné pour faciliter et coordonner les nombreuses propositions spécifiques aux groupes multiculturels (C.-à-d., clubs russe, espagnol et français, centre multiculturel). Ce financement permettra aux partenaires d'approcher les autres groupes multiculturels qui ne sont pas pris en charge actuellement, de connaître leurs besoins, afin de soumettre une analyse coordonnée.

Annexe 4 : Approche d'investissement du RLISSWW WLHIN (2008/09)

Annexe 4 Approche d'investissement du RLISSWW (2008/2009)

**Améliorer
l'accessibilité aux
services de santé**

**Améliorer la
santé de la
population**



**Rehausser
l'efficacité du
système**

**Construire la capacité
communautaire pour atteindre
un système de santé durable**

NOTES EN FIN D'OUVRAGE

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

ⁱⁱ A. Kazanjian, M. Hevert, L. Wood et S. Rahim-Jamal, "Regional Health Human Resources Planning and Management: Policies, Issues and Information Requirements", janvier 1999, cité dans l'ouvrage *Human Resources Toolkit* du Projet Intelligence sur le système de la santé, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Gouvernement de l'Ontario, Toronto: Avril 2007). Disponible à partir de l'URL: www.chspr.ubc.ca/files/publications/1999/hhru99-01.pdf.

ⁱⁱⁱ Population Health Planning Database (PHPDB), *Population Estimates Table*, consulté en juin 2008.

^{iv} Institute for Clinical Evaluative Sciences. Consulté en mai 2008 sur le site www.ices.on.ca.

^v Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Projet d'analyse des données sur le système de santé, Chronic Conditions in the Waterloo Wellington LHIN* (Toronto, octobre 2007).

^{vi} Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Groupe des services, Direction des données sur la santé, *Rapport du système des établissements de soins de longue durée en date du 29 février 2008*. (Toronto, 2 avril 2008).

^{vii} Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Vieillir chez soi Enabling Seniors to Live Safely at Home with Dignity and Independence* (Toronto, juillet 2007).

^{viii} Edward M. Adlaf, et Angela Paglia-Boak, *Drug Use Among Ontario Students 1977-2005* (Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, sans date)

^{ix} Government of Ontario, Ontario Health Quality Council, *First Yearly Report* (Toronto: Conseil de la qualité de l'Ontario Ontario, 2006). Tiré de l'URL: www.ohqc.ca.