

2010-2012

**LIGNES DIRECTRICES DE LA PRÉSENTATION DE  
PLANIFICATION DE LA RESPONSABILISATION  
HOSPITALIÈRE (PPRH)**

# Table des matières

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>5</b>
1.1. Utilité de la PPRH .....	5
1.2. Contexte de planification .....	6
1.3. Rôles et responsabilités au sein du système de santé.....	6
1.4. Mobilisation des partenaires.....	8
<b>2. Points à considérer en matière de planification.....</b>	<b>9</b>
2.1. Portée de la PPRH.....	9
2.2. Liens avec les priorités de la province et du RLISS .....	10
2.2.1. Priorités de la province.....	10
2.2.2. Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS (ERMR) .....	10
2.2.3. Plan de services de santé intégrés (PSSI) 2010-2011 à 2012-2013.....	11
2.3. Attentes communes pour la PPRH.....	12
2.3.1. Attentes essentielles .....	12
2.4. Faire des choix – lignes directrices .....	17
2.4.1. Contexte du processus ‘Faire des choix’ .....	17
2.4.2. Inventaire des services de santé .....	18
2.4.3. Cadre du processus ‘Faire des choix’ .....	19
2.5. Proposer des changements en matière de services .....	25
2.6. Obtenir l’approbation du RLISS pour l’inclusion d’un changement de service dans la PPRH .....	25
2.6.1. Changements inter-RLISS en matière de services .....	26
2.7. Transfert de fonds.....	26
2.8. Calendrier .....	27
2.9. Cibles de planification du financement.....	27
2.10. Planification des immobilisations .....	28
2.10.1. Contexte.....	28
2.10.2. Exigences de planification des immobilisations .....	28
<b>3. Composantes de la PPRH .....</b>	<b>29</b>
3.1. Énoncé descriptif .....	29
3.2. Exigences pour l’énoncé descriptif – fonctionnement .....	31
3.3. Exigences pour l’énoncé descriptif – immobilisations .....	32

3.4. Formulaires financiers et de volumes de service .....	32
<b>4. Évaluation de la PPRH par le RLISS .....</b>	<b>33</b>
4.1. Processus d'évaluation .....	33
4.2. Processus d'examen de la PPRH par le RLISS .....	34
4.3. Outils d'évaluation .....	35
<b>5. De la PPRH à l'ERS-H.....</b>	<b>36</b>
5.1. Présentation.....	36
<b>6. Indicateurs .....</b>	<b>38</b>
<b>7. Glossaire.....</b>	<b>39</b>

## SOMMAIRE

Les Lignes directrices de la présentation de planification de la responsabilisation hospitalière 2010-2012 (PPRH) ont été élaborées en vue de décrire comment les hôpitaux et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) travailleront pour atteindre le but suivant :

***« Offrir des services hospitaliers de qualité, sécuritaires, accessibles et durables à l'intérieur des ressources disponibles. »***

Les Lignes directrices ont pour objet de clarifier les attentes entre les hôpitaux et les RLISS, favoriser l'uniformité des services dans la province (quand cela est approprié) et assurer que l'information demandée ajoutera de la valeur à la présentation. Les hôpitaux et les RLISS travailleront ensemble de façon à assurer que la PPRH déposée ne contiendra aucune surprise pour personne.

### Quoi de neuf pour 2010-2012?

Les Lignes directrices de la PPRH 2010-2012 comprennent certains changements par rapport aux versions précédentes, dont voici les principaux :

- Changement de dénomination de « Présentation de planification hospitalière annuelle » (PPHA) à « Présentation de planification de la responsabilisation hospitalière » (PPRH).
- Attention portée sur les ressources (financière, humaines et physiques) disponibles au cours des deux prochaines années en considération des besoins de santé à long terme de la population.
- Retrait du cadre de prise de décision en sept étapes et introduction du cadre « Faire des choix ».
- Orientation vers une stratégie de mobilisation entre les hôpitaux et avec les autres fournisseurs de services de santé.

## 1. Introduction

Les lignes directrices de la présentation de planification de la responsabilisation hospitalière (PPRH) seront utilisées par les hôpitaux pour élaborer les plans de fonctionnement détaillés qui façonnent les ententes de responsabilisation en matière de services avec un hôpital (ERS-H) de 2010-2011 à 2011-2012.

Le comité de direction de l'ERS-H a l'intention de mettre au point, si possible, une ERS-H qui intégrera tous les services hospitaliers et communautaires gérés par les hôpitaux. Les lignes directrices de la PPRH sont rédigées dans l'optique d'une entente sur la responsabilisation en matière de services qui engloberait tous les services offerts par un hôpital, à l'exception des services de lits de soins de longue durée.

### 1.1. Utilité de la PPRH

La stratégie d'ensemble des lignes directrices vise à encourager la conception et la prestation de services hospitaliers dans le but de fournir des soins hospitaliers de qualité, sécuritaires, accessibles et durables à l'intérieur des ressources disponibles. Conformément aux définitions données par le Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS) :

- *De qualité* signifie que les soins sont accessibles, efficaces, sécuritaires, axés sur le patient, équitables, efficaces, intégrés, centrés sur la santé de la population et appuyés par les ressources appropriés.
- *Sécuritaire* signifie que les soins donnés aux patients en vue de les aider ne leur nuisent pas.
- *Accessible* signifie que les patients obtiennent les soins appropriés dans l'endroit le plus approprié.

Système *durable* signifie qu'il est possible de maintenir un excellent système de soins correspondant aux besoins de la population à l'intérieur des ressources financières, humaines et physiques disponibles.

La PPRH mettra l'accent sur les périodes 2010-2011 et 2011-2012. Cependant, les hôpitaux devraient tenir compte du fait que les changements qu'il faut apporter pour assurer la qualité et la durabilité à long terme des soins est un processus pluriannuel et continu.

## 1.2. Contexte de planification

Dans le contexte actuel, certains défis doivent être pris en compte à l'égard de la planification :

- accroissement des demandes, des attentes et des connaissances des patients
- augmentation continue et importante des coûts des services hospitaliers
- occasions limitées de faire des gains additionnels en termes d'efficience dans les activités actuelles des hôpitaux
- pressions intenses sur les ressources financières du gouvernement

## 1.3. Rôles et responsabilités au sein du système de santé

Les hôpitaux sont des composants importants et essentiels de notre système de santé qui comprend des fournisseurs communautaires, des établissements de soins de longue durée, des médecins, des laboratoires, des services de pharmacie, d'autres professionnels de la santé, les RLISS, le MSSLD, le ministère de la Promotion de la santé, l'Unité de la gestion des situations d'urgence du MSSLD et des bureaux de santé publique. Si l'on considère l'état de santé de nos citoyens dans un contexte plus large, plusieurs autres ministères, les administrations municipales, le système d'éducation et d'autres intervenants ont aussi un rôle à jouer.

Les rôles et responsabilités des principaux participants à la prestation de l'expérience des patients sont décrits ci-dessous :

**MSSLD** – gérance, définit les orientations stratégiques et les normes provinciales, veille à ce que les ressources du gouvernement provincial soient allouées de façon appropriée dans la province et dans le continuum des services de santé et s'assure que l'argent injecté produit des résultats.

**RLISS** – planifient, financent et intègrent un système de soins de santé local en vue d'améliorer la santé des Ontariens et des Ontariennes grâce à un meilleur accès à des services de santé de haute qualité, à la coordination des soins de santé et à une gestion efficace et efficiente du système de santé local.

**Fournisseurs de services de santé (FSS)** – selon la définition qui figure dans la *Loi sur l'intégration du système de santé local (LISSL)*, les FSS englobent différents fournisseurs :

- **Hôpitaux** – fournissent une palette de services ambulatoires, de services pour patients hospitalisés et de programmes communautaires de différentes natures (soins de courte durée, soins continus complexes, soins de réadaptation et/ou

soins spécialisés en santé mentale) à tous les niveaux, des soins primaires jusqu'aux soins quaternaires, et des petits hôpitaux communautaires jusqu'aux grands centres universitaires des sciences de la santé.

- **Centres d'accès aux soins communautaires** – fournissent un éventail de services de soins de santé dans la collectivité et aux domiciles des patients/clients, et permettent aux clients de demeurer à domicile dans le meilleur état de santé possible ou de retourner chez eux aussi rapidement que possible après une hospitalisation.
- **Autres FSS** tels les établissements psychiatriques, les établissements de soins de longue durée, les fournisseurs sans but lucratif qui administrent des centres de santé communautaire, les services communautaires en santé mentale et toxicomanie et/ou de soins à long terme.

**Fournisseurs communautaires** – selon la LISSL, ce groupe est composé de professionnels qui fournissent des services de santé mais ne sont pas considérés des FSS : médecins, podiatres, dentistes, optométristes.

Les bureaux de santé publique, les municipalités, les organisations bénévoles locales et les organismes qui reçoivent un financement public incluant les autres ministères sont aussi des fournisseurs communautaires. Normalement, ces organisations collaborent avec les FSS et les complètent, mais ils ne sont pas financés par les RLISS.

**Patients/clients et familles** – font des choix de vie saine, apprennent à connaître leur propre état de santé et participent aux décisions en matière de soins avec les fournisseurs de services de santé.

L'importance accrue accordée à la gestion et à la prévention des maladies chroniques a inséré le patient et sa famille au centre des stratégies d'autogestion et de responsabilisation personnelle. L'hôpital devrait examiner comment il peut encourager l'autogestion afin d'améliorer l'expérience des patients et contrôler les coûts des soins de santé actuels et futurs. Il s'agit d'un champ où les autres FSS et fournisseurs communautaires peuvent contribuer de manière importante.

La prestation de soins de qualité, sécuritaires, accessibles et durables à l'intérieur des ressources disponibles exige que toutes les parties concernées jouent des rôles actifs et productifs et partagent la responsabilité de la définition et de la gestion du changement. Il est essentiel d'expliquer clairement et le plus tôt possible les défis auxquels sont confrontés l'hôpital et ses collaborateurs afin que les changements se déroulent dans l'harmonie et aussi efficacement que possible.

L'évolution du système requiert que tous les fournisseurs reviennent leurs services et leur mode de fonctionnement dans le contexte du système de soins fourni aux patients et

aux familles. Bien que les traditions et les habitudes occupent une place importante dans notre vie de tous les jours, le système de soins est confronté à un besoin grandissant de changement dans la nature des services, l'identité des fournisseurs et l'endroit où les services sont fournis. De nouveaux rôles et de nouvelles relations devront être envisagés avec ouverture d'esprit et dans le respect. Il faut aussi mettre en place un processus qui assurera que les changements proposés seront compris par toutes les personnes concernées, à l'interne et à l'externe, et qu'il seront évalués de façon réfléchie, positive et en temps utile.

#### **1.4. Mobilisation des partenaires**

Si nous voulons appliquer notre stratégie générale, la PPRH 2010-2012 sera élaborée dans un esprit de contribution au système. Les objectifs fondamentaux du plan sont les suivants :

- 1) offrir la meilleure expérience possible au patient/client
- 2) planifier à l'intérieur des ressources disponibles

Pour favoriser une perspective couvrant l'ensemble du système de santé local, les choix de l'hôpital en matière d'activité centrale et de prestation de services prendront en considération le rôle de l'hôpital au sein du système et l'impact de ses choix dans le cadre de la PPRH sur les parties suivantes :

- les autres FSS (soins de courte durée, réadaptation, soins de longue durée, soins pour affections subaiguës)
- les fournisseurs communautaires
- les ressources éducatives
- les patients/clients et leurs familles
- les services inter-RLISS touchés par les choix posés par les hôpitaux

La participation des différents partenaires nécessitera des activités de mobilisation différentes. Au bout du compte, un plan de mobilisation réfléchi, positif et vigoureux encouragera la coordination à l'intérieur du système en vue de fournir au patient/client des soins de meilleure qualité, plus efficaces et plus efficaces.

Il est de la responsabilité de l'hôpital de mobiliser ses partenaires pendant la mise au point de la PPRH. Les RLISS peuvent les aider en facilitant les discussions avec les partenaires. Une ressource offre un ensemble organisé et facilement accessible d'outils, d'informations et de stratégies sur la mobilisation communautaire pour la santé : Engaging People Improving Care (EPIC) à [www.epicontario.ca](http://www.epicontario.ca).

## 2. Points à considérer en matière de planification

Cette section présente les attentes et les exigences envers les hôpitaux pour l'élaboration, l'évaluation et l'achèvement d'une PPRH. Il est recommandé aux hôpitaux d'examiner attentivement cette section afin d'assurer que la PPRH qu'ils présenteront sera acceptée par le RLISS. Certains éléments sont de nature normative et obligatoire, alors que d'autres sont présentés à titre d'information et pour fins d'orientation. Tous les RLISS intégreront ces éléments de planification dans le processus d'évaluation et d'approbation. Les RLISS pourront par ailleurs ajouter d'autres points qui leur sont particuliers. Dans ce cas, le RLISS informera les hôpitaux sur les points particuliers à la région.

### 2.1. Portée de la PPRH

La PPRH décrira :

- l'attention portée sur les besoins de la population et l'expérience du patient
- les avantages pour le **système** de santé
- la transparence – elle doit démontrer la mobilisation appropriée de toutes les parties concernées (patients, résidents, médecins, personnel et FSS) au moment approprié et d'une façon positive
- la durabilité des ressources financières, humaines et physiques

Pour l'élaboration de la PPRH, les hôpitaux doivent considérer les points suivants comme étant des « incontournables » :

- Les fonds actuellement alloués ainsi que les cibles de financement connues ou annoncées seront considérées comme constituant le financement total disponible pour la prestation des services. **La PPRH ne doit inclure aucune demande de financement supplémentaire.**
- Des volumes de service stables basés sur les volumes 2009-2010 réels.
- Les plans de services **doivent** être compatibles avec les stratégies et priorités de la province et du RLISS, notamment:
  - accès aux soins (temps d'attente, urgences/autres niveaux de soins, soins primaires)
  - stratégie en matière de cybersanté (plans provinciaux et locaux)
  - les indicateurs de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS non captés précédemment
  - les priorités et principes du Plan de services de santé intégrés (PSSI) du RLISS

- Les plans de services **doivent** veiller à ce que les soins soient de bonne qualité et qu'ils soient fournis de façon sécuritaire.
- Vu qu'il n'est jamais possible de tout prévoir, les hôpitaux doivent planifier en tenant compte des éléments connus ou élaborer des hypothèses raisonnables qui sont cohérentes à la grandeur du RLISS.

## 2.2. Liens avec les priorités de la province et du RLISS

### 2.2.1. Priorités de la province

Les hôpitaux doivent s'assurer que leur plan est étroitement aligné sur les priorités de la province. Dans le Document d'information sur le budget des dépenses et la planification axée sur les résultats 2009-2010, le MSSLD a indiqué qu'il « continuera à mettre l'accent sur deux grands dossiers prioritaires identifiés par les Ontariens et les Ontariennes : la réduction des temps d'attente, tout particulièrement dans les salles des urgences, et l'amélioration de l'accès aux soins de santé familiaux. » Le MSSLD a aussi déclaré qu'il compte mettre l'accent sur la cybersanté et la sécurité des patients.

La question des temps d'attente dans les urgences nécessite la mise en place d'une intervention à trois volets : réduire la demande sur les services des urgences en améliorant les soins communautaires, de façon à ce que les citoyens évitent de se rendre aux urgences dans les situations qui ne nécessitent pas une intervention urgente; améliorer la capacité des services des urgences; et faciliter le transfert des patients hospitalisés, réduire le nombre de jours d'attente pour accéder aux autres niveaux de soins (ANS) et transférer les patients dans des milieux de soins plus appropriés.

La Stratégie des soins de santé familiale améliorera l'accès aux soins primaires grâce à l'expansion des équipes de santé familiale, des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et à d'autres initiatives liées aux enfants et aux jeunes. La responsabilité de ces initiatives se situe à l'extérieur du mandat des RLISS; elle ont toutefois une incidence sur les FSS et les autres fournisseurs communautaires et elles doivent être prises en compte dans le processus de planification.

### 2.2.2. Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS (ERMR)

L'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS définit les responsabilités et les obligations de chaque RLISS et du MSSLD en matière de planification, de financement et d'intégration du système local du RLISS. Des cibles de performance précises sont négociées pour chaque RLISS en vue de permettre à celui-ci de démontrer ses progrès vers la réalisation des priorités et stratégies provinciales dans son système. Le site Web du RLISS présente l'Entente de responsabilisation la plus récente ainsi que les cibles du RLISS.

Le RLISS est responsable auprès du MSSLD de la réalisation des buts et objectifs du système fixés dans l'Entente de responsabilisation, mais chaque FSS du système du RLISS a un rôle à jouer pour permettre au RLISS de réaliser les buts et objectifs du système. L'hôpital devra donc évaluer sa performance en fonction des cibles contenues dans l'Entente de responsabilisation et décrire dans sa PPRH sa contribution à l'atteinte de ces cibles.

### ***2.2.3. Plan de services de santé intégrés (PSSI) 2010-2011 à 2012-2013***

Les PSSI pour 2010-2013 seront déposés le 30 novembre 2009. Les PSSI de tous les RLISS auront les quatre priorités suivantes :

1. amélioration des services d'urgence
2. réduction au niveau des ANS
3. amélioration des services de lutte contre le diabète
4. amélioration des services en santé mentale et en toxicomanie

Chaque RLISS pourra aussi avoir des priorités qui lui sont propres. Des stratégies d'habilitation (Ressources humaines en santé, cybersanté, intégration des services d'arrière-plan, etc.) pourront aussi venir appuyer les priorités. Votre RLISS vous informera de toute priorité locale supplémentaire. La PPRH doit aborder toutes les priorités du RLISS.

Les principes de chaque PSSI s'établissent comme suit :

#### ***Mobilisation de la collectivité***

La prise en charge des besoins et priorités en matière de santé est toujours plus facile quand les fournisseurs communautaires, les fournisseurs de services de santé et la clientèle desservie font connaître leur point de vue avant la prise de décision.

#### ***Collaboration, coordination et intégration***

Les fournisseurs communautaires, les fournisseurs de services de santé et le gouvernement doivent s'employer ensemble à réduire les chevauchements et à mieux coordonner la prestation des services de santé.

#### ***Équité et diversité***

Les collectivités sont composées d'individus provenant de différentes cultures, d'origines ethniques diverses et ayant différentes croyances et styles de vie. Les RLISS accordent beaucoup d'importance à l'équité et au respect de la diversité dans les collectivités. Les RLISS respectent les dispositions de la *Loi sur les services en français* et celles de la LISSL pour la planification et la prestation des services à la communauté francophone de l'Ontario. La LISSL fixe aussi les règles pour les RLISS en matière de

relations avec les peuples autochtones et les Premières nations et de leur reconnaissance. Sauf là où la LISSL le permet, l'accès aux services de santé ne se limite pas à la région desservie par le RLISS où réside un Ontarien ou une Ontarienne.

### ***Responsabilisation et transparence***

Le système de santé est régi et géré dans le respect de l'intérêt public et de façon à favoriser la prestation de services de santé de qualité aux Ontariens et aux Ontariennes.

### ***Durabilité***

Un système de santé intégré fournira les services de santé dont les gens ont besoin maintenant et dont ils auront besoin à l'avenir.

Ces principes doivent aussi être pris en compte et intégrés pendant la mise au point de la PPRH. Les hôpitaux peuvent contacter leur RLISS pour obtenir la documentation technique relative au PSSI 2010-2013 afin d'étoffer leur PPRH.

## **2.3. Attentes communes pour la PPRH**

### ***2.3.1. Attentes essentielles***

La PPRH et son processus d'élaboration seront basés sur l'obtention de la meilleure expérience client possible à l'intérieur des ressources disponibles. Ce principe inclut le meilleur service, le meilleur endroit, le meilleur moment et la meilleure transition pour les patients, les familles et les fournisseurs de services.

Il y aura des discussions dès le départ et tout au long du processus entre les hôpitaux, les FSS et les autres fournisseurs communautaires dans le cadre de la réévaluation par les hôpitaux de leur rôle dans la provision de soins et de services. Ces discussions doivent aussi porter sur le moment et la nature de la transition des patients entre les hôpitaux et les autres fournisseurs. La PPRH reflètera le changement des rôles, des responsabilités et des relations. Elle devra donner lieu à des discussions multilatérales qui devront commencer dès le mois d'août 2009.

Bien que la PPRH doive transmettre une quantité important d'information, les hôpitaux s'efforceront de présenter un document clair, cohérent et concis. La PPRH doit se conformer aux lois et règlements provinciaux, ainsi qu'aux normes (normes et politiques opérationnelles et de services, admissibilité aux programmes, etc.), directives, manuels et lignes directrices du MSSLD.

La PPRH dressera des plans visant à atteindre les niveaux de services précisés dans les annexes de l'ERS-H et qui seront alignés aux cibles de performance de l'Entente de responsabilisation du RLISS.

### *Programmes et services hospitaliers*

**Programmes hospitaliers financés par les budgets de base** : programmes de base de patients hospitalisés, de consultation externe et de chirurgie d'un jour, traumatismes crâniens en milieu hospitalier, implants cochléaires, Programme régional de soins gériatriques, services de traitement des fissures labiales et palatines et des anomalies craniofaciales et dentaires; et services hospitaliers spécialisés, qui comprennent les Centres de traitement en traumatologie, centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle ou de violence familiale, services provinciaux régionaux de génétique, cliniques externes pour le VIH, cliniques ambulatoires pour hémophiles et services de réadaptation cardiaque. Pour les programmes hospitaliers financés dans le cadre des budgets de base, l'hôpital confirmera dans sa PPRH que les volumes de service et/ou les fonctions de coordination des services seront maintenus.

**Ressources provinciales** : greffes de la moelle osseuse, cardiologie interventionnelle pour malformations cardiaques congénitales chez les adultes, retraits de sonde de défibrillateur avec laser, services de thromboendartérectomie pulmonaire et réparation d'anévrismes thoracoabdominaux de l'aorte. Pour ce qui touche aux ressources provinciales, l'hôpital confirmera dans sa PPRH qu'il maintiendra le volume ou les niveaux d'activité et la portée de prestation des services au moins aux niveaux fixés dans l'entente de responsabilisation hospitalière 2007-2008 de l'hôpital. Si l'hôpital prévoit des réductions ou des cessations concernant les ressources provinciales, le RLISS doit approuver le réacheminement du ou des services et du financement vers un autre hôpital.

**Stratégies provinciales** : les nouveaux services comme la réparation d'anévrismes aortiques endovasculaires, le programme de dépistage pour les nouveau-nés, les dons d'organes vivants et les services de greffes d'organes sont encore au stade de projet-pilote ou d'élaboration. Pour les stratégies provinciales, l'hôpital appliquera les politiques sur les programmes stratégiques et opérationnels disponibles, dont les méthodologies de financement, les cadres de responsabilisation, les indicateurs de performance, les volumes et les modèles de prestation des services.

**Services cardiaques** : cathétérisme cardiaque, chirurgie cardiaque, services de stimulateur cardiaque permanent, études électrophysiologiques/ablations, interventions coronariennes percutanées (angioplasties) et défibrillateurs implantables. Pour les services cardiaques, l'hôpital déterminera comment il remplira les exigences de prestation de services, normes et toute autre exigence provinciale à l'intérieur du financement fourni. Il convient de noter que le RLISS est habilité à déterminer la répartition des services cardiaques à l'intérieur du RLISS en fonction des besoins de la clientèle.

**Services liés aux maladies rénales chroniques :** pré-dialyse et activités cliniques reliées, toutes les formes de dialyse, y compris à domicile, à l'hôpital et dans les sites associés, et l'accès à la chirurgie pour les dialyses hémopéritonéales. Pour les services liés aux maladies rénales chroniques, l'hôpital déterminera comment il remplira les exigences de prestation de services, normes et toute autre exigence provinciale à l'intérieur du financement fourni. Il convient de noter que le RLISS est habilité à déterminer la répartition des services liés aux maladies rénales chroniques à l'intérieur du RLISS en fonction des besoins de sa clientèle.

**Services pour accidents cérébro-vasculaires protégés :**

*Dans le cas des centres pour accidents cérébro-vasculaires régionaux et améliorés désignés, l'hôpital prendra les engagements suivants :*

- Soutenir et agir comme fiduciaire des fonds destinés aux rôles et infrastructures de planification régionale, de mise en œuvre, d'amélioration et d'éducation dans toute leur région et à tous les points du continuum de soins (y compris la promotion de la santé, la prévention primaire, secondaire et tertiaire. les soins pré-hospitaliers, les services d'urgence et de diagnostic, les soins aigus, la réadaptation, les soins de longue durée et la réintégration communautaire) selon les lignes directrices d'origine en matière de services. Cela comprend l'infrastructure en matière de prévention des accidents cérébro-vasculaires.
- Diriger un réseau (comité) régional d'organismes de soins et autres intervenants de la santé pour faciliter la collaboration, l'intégration, l'accès, l'approbation et la surveillance du plan régional et la mise en œuvre des pratiques exemplaires en matière d'accidents cérébro-vasculaires à la grandeur du continuum de soins.

*Dans le cas des centres pour accidents cérébro-vasculaires de district désignés, l'hôpital prendra les engagements suivants :*

- Soutenir et agir comme fiduciaire des fonds destinés aux rôles et infrastructures de planification de district/locale, de mise en œuvre, d'amélioration et d'éducation dans tout leur district et à tous les points du continuum de soins (y compris la promotion de la santé, la prévention primaire, secondaire et tertiaire. les soins pré-hospitaliers, les services d'urgence et de diagnostic, les soins aigus, la réadaptation, les soins de longue durée et la réintégration communautaire) selon les lignes directrices d'origine en matière de services. Cela comprend l'infrastructure en matière de prévention des accidents cérébro-vasculaires.
- Collaborer avec les organismes de soins et autres intervenants de la santé du district/locaux pour faciliter la collaboration, l'intégration, l'accès, l'approbation et la surveillance du plan du district et la mise en œuvre des pratiques exemplaires en matière d'accidents cérébro-vasculaires à la grandeur du continuum de soins.

*Dans le cas des cliniques de prévention des accidents cérébro-vasculaires des hôpitaux communautaires désignés, l'hôpital prendra les engagements suivants :*

- Soutenir l'infrastructure et les rôles en matière de prévention des accidents cérébro-vasculaires en mettant l'accent sur les individus à risque élevé et en servant son bassin de desserte, selon les lignes directrices d'origine en matière de services.

**Services liés à la stratégie de réduction des temps d'attente :** chirurgie de la cataracte, remplacement de la hanche et du genou, services de résonance magnétique et de tomodensitométrie, chirurgie pédiatrique et générale, temps d'attente et capacité des services des urgences. Pour les services liés à la stratégie de réduction des temps d'attente, l'hôpital présentera des plans visant à atteindre ou dépasser les cibles de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS et confirmera qu'il utilisera les allocations de temps d'attente pour les fins prévues ou avisera le RLISS dès qu'il déterminera qu'il ne peut utiliser tous les fonds, afin que ces fonds puissent être réaffectés. Le RLISS peut établir des conditions de financement supplémentaires qui sont conformes aux règles fixées par le MSSLD. Ces ajouts doivent être intégrés à la PPRH.

Pour ce qui touche la stratégie de réduction des temps d'attente dans les services d'urgence, l'hôpital collaborera avec le chef des services d'urgence du RLISS. Celui-ci confirmera que les plans de la PPRH de l'hôpital sont conformes à la stratégie de la province et du RLISS en matière d'urgence. Pour les temps d'attente pour le remplacement de la hanche et du genou, l'hôpital travaillera en collaboration avec le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) en vue de mettre en place des soins coordonnés et appropriés pour ces patients.

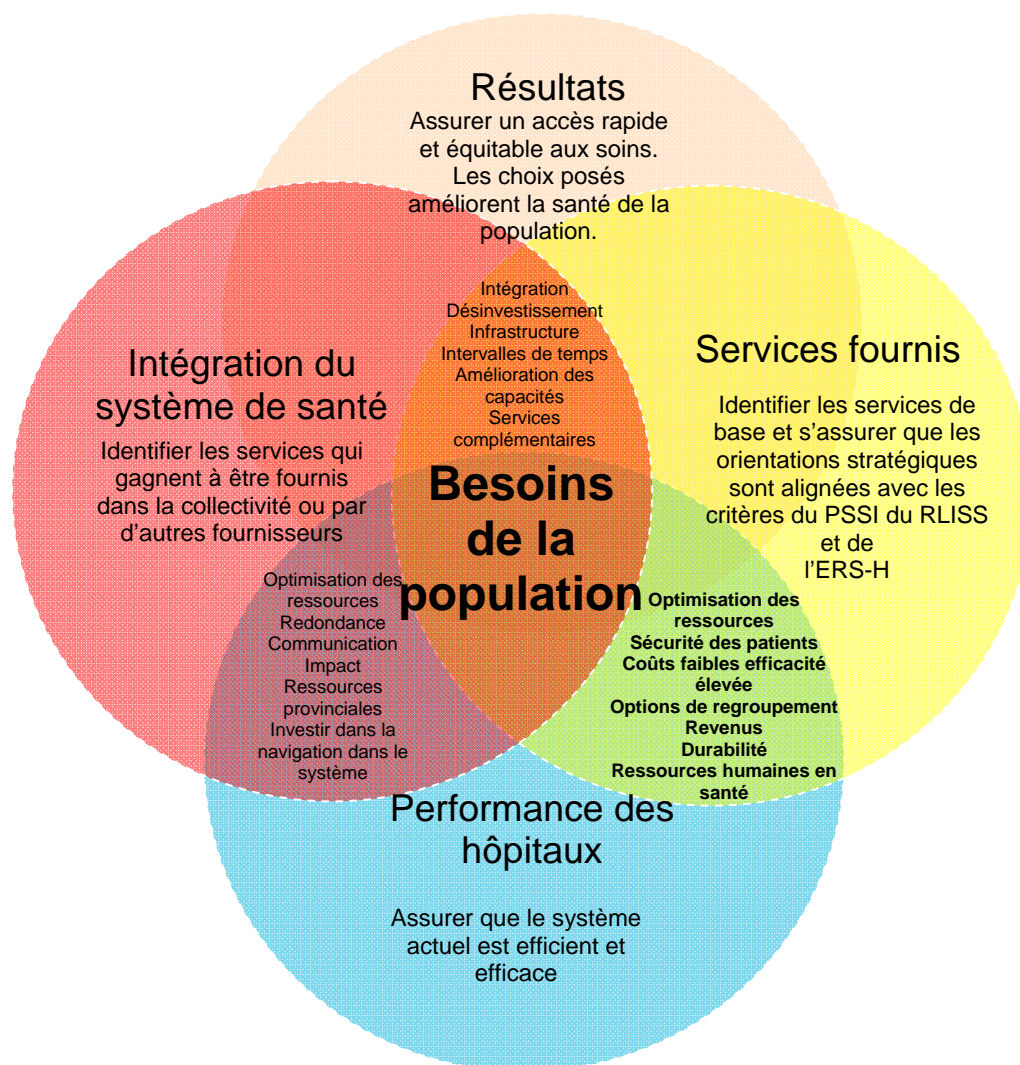
**Stratégie des soins aux malades en phase critique :** comprend l'adoption de critères définis par le MSSLD portant notamment sur le volume, le financement, les fonds dédiés et toute autre condition qui fera partie de la stratégie des soins aux malades en phase critique. Pour la stratégie des soins aux malades en phase critique, l'hôpital collaborera avec le chef des soins aux malades en phase critique du RLISS. Celui-ci confirmera que les plans PPRH de l'hôpital sont conformes à la stratégie de la province et du RLISS en matière de soins aux malades en phase critique.

**Programmes non assignés :** chirurgie bariatrique, brûlures (graves), cancer (non financé par Action Cancer Ontario), réparation d'anévrismes endovasculaires avec greffes fenêtrées, dispositifs d'assistance ventriculaire externes, psychiatrie médico-légale, rattachement de la main et du pied, transplantation de la main, radiologie interventionnelle, fertilisation in vitro, lithotritie, bobines neurologiques – utilisation de bobines pour traiter les anévrismes intracérébraux, modulation neurologique, services d'attente en transplantation d'organe, oncologie pédiatrique, chirurgie pédiatrique, greffe d'intestin grêle, unités et cliniques de lutte contre la tuberculose.

Dans le rapport final du groupe de travail sur les programmes provinciaux (septembre 2008), ces programmes étaient présentés comme ceux qui répondent aux critères d'inclusion en tant que programmes provinciaux mais qui ne sont pas encore assignés comme programmes de la « stratégie provinciale » ou des « ressources provinciales ». L'hôpital répondant travaillera avec le RLISS pour assurer que les patients reçoivent des soins appropriés et coordonnés, sans oublier que les résidents de l'Ontario doivent avoir raisonnablement accès à tous les programmes sous discussion, mais en tenant compte que tous les programmes ne seront pas offerts dans tous les RLISS.

## 2.4. Faire des choix – lignes directrices

### 2.4.1. Contexte du processus 'Faire des choix'



Le schéma qui précède présente les éléments qui guideront les hôpitaux et les RLISS dans l'élaboration et l'évaluation des stratégies et options de changement qui permettront à l'hôpital de fournir des soins sécuritaires, de qualité, accessibles et durables à l'intérieur des ressources disponibles. Les besoins de la population seront les premiers éléments dont devront tenir compte l'hôpital et le RLISS pour finaliser le plan de fonctionnement de l'hôpital dans le cadre de la PPRH.

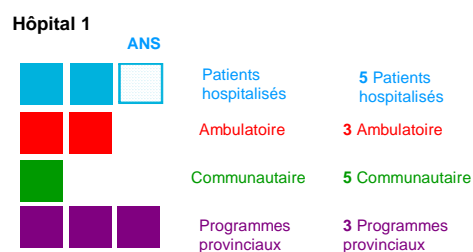
Les thèmes clés à prendre en considération pendant l'élaboration et l'évaluation des options en matière de services sont les suivants :

- améliorer la performance de l'hôpital
- assurer que les services hospitaliers de base sont stables, alignés avec les priorités provinciales et le PSSI du RLISS et qu'ils contribuent à l'atteinte des cibles de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS
- tenir compte de l'impact des décisions visant à améliorer la prestation des services et l'efficacité interne sur les partenaires de la collectivité et les autres fournisseurs de services
- optimiser les résultats en matière de santé
- avoir conscience de la complexité des décisions et de l'interconnexion de ces thèmes
- les besoins actuels et prévus des patients/clients

#### 2.4.2 Inventaire des services de santé

Cette section a pour but de fournir des orientations aux hôpitaux, à leurs partenaires du secteur de la santé et aux RLISS relativement à l'inventaire détaillé des services de santé. Cet inventaire représente un précieux outil d'organisation qui permettra de mettre le doigt sur les occasions d'améliorer le système. Le schéma qui suit décrit ce concept à un haut niveau dans le cas où l'hôpital 1 a identifié des services précis qui pourraient idéalement être transférés à un partenaire communautaire.

##### Services effectivement fournis



##### Hôpital 2

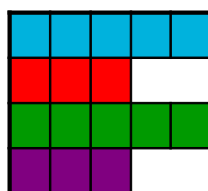


##### Partenaires dans le système



##### Services requis

##### Besoins de la population du RLISS



La population du RLISS a besoin de 5 unités de soins pour patients hospitalisés, mais seulement 4 sont fournies à cause de l'ANS dans l'hôpital 1

La population du RLISS a besoin de 5 unités de soins communautaires, mais seulement 4 unités sont fournies

L'ANS dans l'hôpital 1 peut agir comme 5<sup>e</sup> unité de soins communautaires dans une situation inappropriée

Les discussions devraient viser à permettre de fournir la 5<sup>e</sup> unité de soins pour patients hospitalisés et la 5<sup>e</sup> unité de soins communautaires dans une situation appropriée

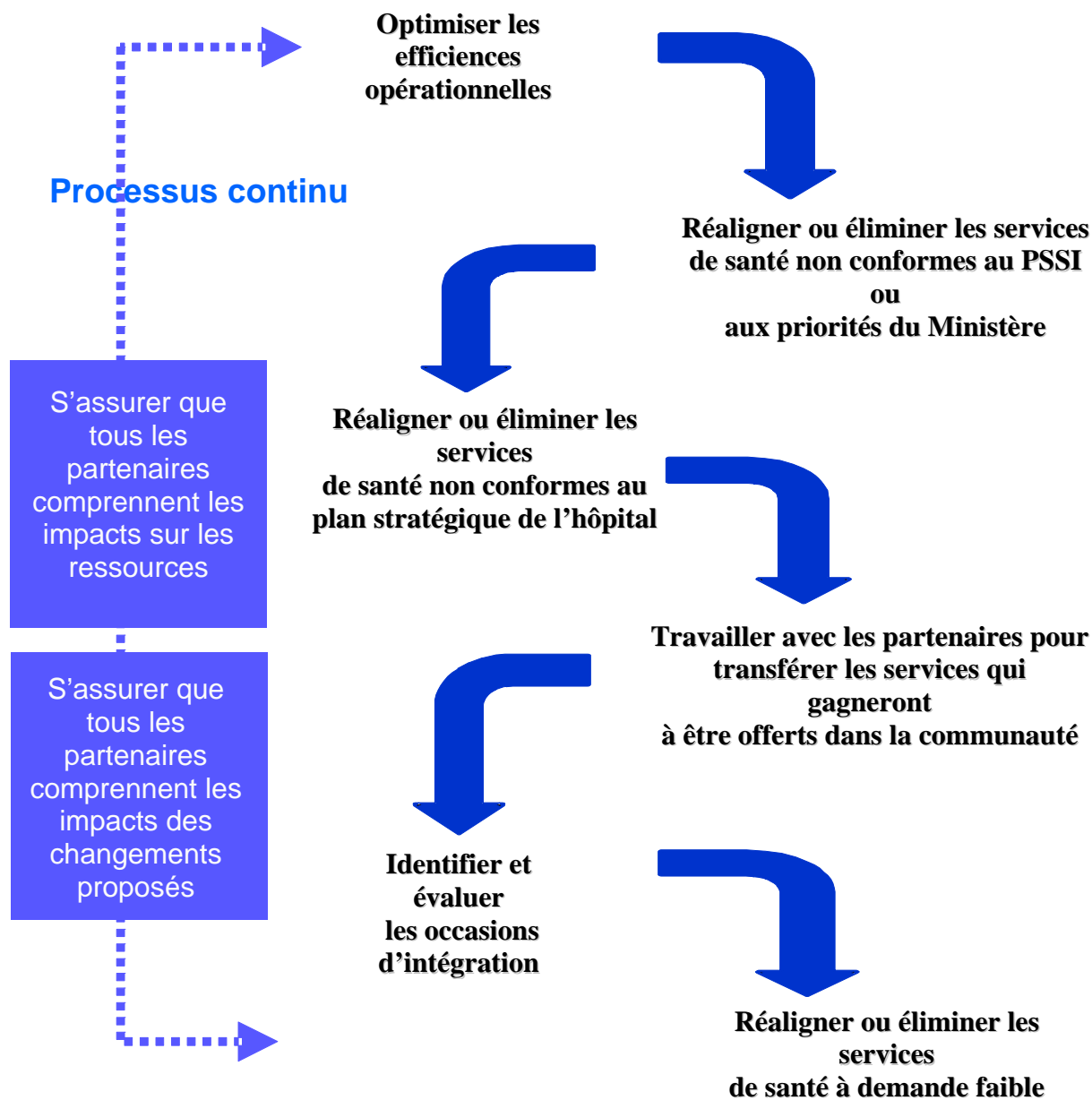
Les analyses des besoins de la population servent de catalyseur pour la réflexion et l'évaluation de l'inventaire des services actuellement offerts. Les analyses présentent une évaluation franche et honnête quant aux services à maintenir, à étendre, à réduire ou à arrêter. Il n'est pas possible de mener les discussions en isolement. Les fournisseurs de services de santé doivent se mobiliser en vue d'assurer que les besoins sont satisfaits par l'organisation la mieux placée pour fournir le service, aussi près que possible du patient et dans les meilleurs délais possibles afin que les soins fournis entraînent des résultats positifs et améliorent la santé globale de l'ensemble de la clientèle desservie.

Pour aligner les ressources de façon appropriée, il est essentiel d'utiliser les données démographiques des résidents et les flux entrants et sortants des patients pour estimer leurs besoins futurs en matière de soins de santé. En s'assurant que les services de soins offerts sont alignés avec les besoins, les FSS, les fournisseurs communautaires et les RLISS seront en bonne position pour optimiser les fonds qui leur seront alloués.

#### ***2.4.3 Cadre du processus 'Faire des choix'***

Le Cadre du processus 'Faire des choix' est composé d'une série de questions en cascade auxquelles doivent répondre les hôpitaux et les RLISS pendant l'élaboration et le choix des options de mise en œuvre de la stratégie d'ensemble de la PPRH par l'hôpital et des attentes de performance spécifiques à l'hôpital. Ce processus vise non seulement à obtenir un budget équilibré et à améliorer l'efficacité, mais aussi à établir des principes de base qui aideront à faire des choix qui ont des répercussions positives dans le contexte décrit plus haut. L'objectif premier est d'assurer que chaque patient reçoive les meilleurs soins au meilleur endroit et au meilleur coût. Il convient de noter que tous les hôpitaux doivent premièrement s'employer à optimiser les efficacités opérationnelles.

## Cadre du processus 'Faire des choix'



Cette stratégie en cascade est décrite aux pages suivantes.

### Optimisation des efficacités opérationnelles

L'optimisation des efficacités opérationnelles est un processus continu qui peut inclure les éléments suivants (sans toutefois s'y limiter) :

- augmenter les revenus nouveaux et autogénérés
- partager les services cliniques et administratifs entre hôpitaux indépendants
- optimiser la participation à des programmes de gestion
- procéder à des analyses comparatives
- utiliser les processus « LEAN » (utilisation parcimonieuse des ressources)
- examiner les modèles de dotation en personnel et la composition des équipes pour s'assurer que les ressources humaines sont utilisées de façon optimale
- maximiser l'utilisation des outils électroniques

Quand ils élaborent leur plan, les hôpitaux doivent gérer les changements en tenant toujours compte de leurs obligations en vertu des conventions collectives.

#### **Exemple**

*Un hôpital a décidé il y a quelque temps qu'il privilégierait dorénavant un modèle de dotation entièrement composé d'infirmières autorisées. Depuis, les champs d'exercice des fournisseurs de soins ont changé et l'hôpital est maintenant confronté à des contraintes financières importantes. L'hôpital pourrait élaborer un plan qui maximise les champs d'exercice des professionnels actuellement disponibles en vue de maintenir la qualité de l'expérience des patients tout en réduisant les coûts.*

Pour évaluer leurs options, les hôpitaux doivent se poser les questions suivantes :

- Un changement prévu dans un secteur en vue d'atteindre les cibles causera-t-il une augmentation des dépenses dans un autre secteur de l'organisation?
- La mise en œuvre de l'option aura-t-elle pour effet de transférer les coûts à un autre partenaire?

Il existe plusieurs outils et sources d'information qui peuvent aider les hôpitaux dans le processus continu de maximisation des efficacités opérationnelles :

- la Gestion des finances et de l'information du MSSLD
- l'Hospital Indicator Tool (HIT)
- l'Outil de soutien à la décision et à la planification (site web)
- l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
- la Base de données sur les congés des patients (BDGP)
- l'Ontario Cost Distribution Methodology (OCDM)

### Réalignement ou élimination des services qui ne sont pas conformes au PSSI du RLISS ou aux priorités du MSSLD

Garantir l'accès équitable en fonction des besoins fait partie du mandat de tous les hôpitaux, fournisseurs communautaires et RLISS. Les hôpitaux collaboreront avec les autres hôpitaux, les autres FSS, les fournisseurs communautaires et les RLISS pour assurer que les cibles de la province sont atteintes ou dépassées. Les FSS, les fournisseurs communautaires et les RLISS aligneront également leurs services de façon à atteindre les priorités du PSSI (voir section 2.2.3).

### Réalignement ou élimination des services qui ne sont pas conformes au plan stratégique de l'hôpital

Les hôpitaux élaborent des stratégies et des plans dans le but de réaliser une vision et une mission particulières. Le plan stratégique d'un hôpital est sa feuille de route vers le changement positif dans le but ultime d'améliorer le système. Pour ce qui concerne le Cadre du processus 'Faire des choix', les hôpitaux vérifieront que les services existants sont étroitement alignés avec leur vision et leur stratégie. De plus, ils verront les services qui ne produisent pas les résultats escomptés.

Les options qui seront incluses dans la PPRH doivent comporter un ensemble de renseignements de planification incluant les données démographiques et l'état de

#### Exemple

*Un hôpital offre depuis longtemps un service de désintoxication à l'interne qui n'est plus conforme au rôle de l'hôpital en tant que grand établissement de soins actifs tertiaires. Ce service pourrait être fourni de façon plus adéquate dans la collectivité sous les auspices d'un centre communautaire de traitement des dépendances, qui pourrait assurer le continuum des soins. L'hôpital passerait avec le fournisseur communautaire une entente de transfert de service.*

santé de la population desservie, les modèles d'utilisation, les ententes avec d'autres fournisseurs de services indiquant leur capacité et leur volonté de prendre le programme en charge, et un calcul des fonds à transférer avec le programme.

### **Transfert de services fournis de façon plus appropriée dans la collectivité**

Pour évaluer ces options, les hôpitaux peuvent notamment se poser les questions suivantes :

1. Le service nécessite-t-il les ressources de l'hôpital pour fonctionner?
2. Le service pourrait-il être pris en charge par les autres FSS ou fournisseurs communautaires?
3. L'hôpital a-t-il réglé toutes les questions relatives aux conventions collectives avant, pendant et après les transferts?
4. Existe-t-il déjà dans la collectivité des services de type similaire (mêmes soins) ou aux résultats semblables (mêmes conditions) aux services fournis par l'hôpital?
5. Le transfert du service dans la collectivité aurait-il pour effet de libérer des ressources humaines, financières ou physiques qui pourraient être employées pour améliorer les services de base?
6. Le transfert aurait-il pour effet d'améliorer l'expérience des patients et les résultats pour ces derniers?

Pour l'élaboration des options de cette catégorie, l'hôpital aura des discussions de haut niveau avec le fournisseur visé afin de déterminer sa volonté et sa capacité de prendre en charge le service et d'établir les montants appropriés à transférer avec le service. Le RLISS pourra agir comme facilitateur de ces discussions.

### **Identification et évaluation des occasions d'intégration**

La LISSL stipule que les FSS doivent identifier et évaluer les avantages que pourraient offrir les occasions d'intégration à l'intérieur de chaque structure et entre les fournisseurs. Ces obligations visent à soutenir la transformation du système en faisant participer les fournisseurs à l'identification des moyens d'améliorer les services et de les rendre plus rapides, plus efficaces et plus efficaces, tout en continuant à répondre aux besoins de la population. Les améliorations pourraient aller dans le sens de l'expansion d'un service ou de la réduction d'un service si l'évolution des besoins le justifie ou si un autre fournisseur est en meilleure position pour fournir le service à la collectivité.

Le réalignement proactif des services peut bénéficier aux patients et aux fournisseurs de services. Le partage de certains services peut réduire les profils de coût. Une

meilleure organisation peut améliorer l'accès, les connaissances du personnel et la satisfaction de la clientèle.

#### **Exemple**

*Des groupes d'hôpitaux pourraient concentrer des services clés dans un ou deux établissements afin d'augmenter la masse critique, améliorer les horaires des médecins sur appel et réduire les coûts par des économies d'échelle.*

À titre de rappel pour les hôpitaux qui envisagent d'apporter des changements à leurs services, la LISSL définit les termes « intégrer » et « intégration » comme suit :

- la coordination de services et d'interactions entre différentes personnes et entités
- l'entrée en partenariat avec une autre personne ou entité afin de fournir ou d'administrer des services
- le transfert, la fusion de services, d'administrations, de personnes ou d'entités
- le commencement ou la cessation d'une prestation de services
- la cessation, la liquidation ou la fermeture des activités d'une personne ou d'une entité

Voir la *Loi sur l'intégration du système de santé local*, ch. 4, et les ressources de gouvernance du RLISS/FSS sur le site web de votre RLISS.

#### **Réalignement ou élimination des services de santé à faible demande**

Les hôpitaux reverront la prestation des services à demande faible existants dans le Cadre du processus 'Faire des choix'. Les services à demande faible mais critiques à la mission ou essentiels pour le RLISS seront offerts en partenariat (intégrés) avec un autre fournisseur afin d'améliorer les résultats cliniques et obtenir des gains sur le plan de l'efficacité. Les services à demande faible portant sur une affection pour laquelle il existe d'autres reconsidérés – en particulier si l'hôpital même affection.

#### **Exemple**

*Un centre universitaire peut offrir des services à demande faible qui sont en fait des services de pointe. Ces services n'atteignent pas la masse critique mais ils sont considérés essentiels pour des raisons de développement et de formation (par ex. la neuromodulation). Similairement, des hôpitaux spécialisés peuvent devoir fournir des services à une population unique pour répondre à des besoins émergents (par ex. des soins bariatriques). Il est important que les hôpitaux et les RLISS discutent de ces services qui font avancer le système de santé au bénéfice de tous les Ontariens.*

Il est reconnu que la décision de cesser d'offrir certains services à demande faible dépendra du type d'organisation ou de la disponibilité du service chez un partenaire.

## 2.5. Proposer des changements en matière de services

L'élaboration de la PPRH pour 2010-2011 à 2011-2012 offre l'occasion de revoir les services hospitaliers à la lumière de la vision, de la mission et de l'orientation stratégique de l'hôpital, du potentiel d'intégration des services, des nouveaux modèles de soins et des tendances démographiques. Les hôpitaux doivent examiner le potentiel de transfert de services à d'autres FSS ou à des fournisseurs communautaires dans le but d'obtenir de meilleurs résultats ou d'offrir des soins équivalents de façon plus efficiente.

Comme il a été constaté dans la section Cadre du processus 'Faire des choix' qui précède, certains types de changements opérationnels devront être approuvés par le RLISS **avant** qu'ils puissent être insérés dans la PPRH de l'hôpital. Ces changements incluent toute modification touchant au financement, aux priorités en matière de services du MSSLD ou du RLISS et aux activités qui tombent sous la définition d'intégration telle qu'elle figure dans la LISSL.

## 2.6. Obtenir l'approbation du RLISS pour l'inclusion d'un changement de service dans la PPRH

Si un changement aura ou pourrait avoir un impact sur d'autres fournisseurs, il faudra avoir une discussion de fond sur les éléments de changement proposés avec toutes les parties concernées et le RLISS avant la soumission de la PPRH. Ces discussions aideront l'hôpital à assurer que les choix énoncés dans la PPRH sont acceptables pour le RLISS avant de signer l'ERS-H.

Les discussions et évaluations relatives aux changements pour inclusion dans la PPRH seront axées sur les conséquences pour les patients, la réalisation des priorités du MSSLD et du RLISS à l'égard du système de santé, les engagements du RLISS dans le cadre de l'entente de responsabilisation MSSLD-RLISS, la contribution au développement d'un système de santé dans le RLISS et la durabilité générale de l'hôpital. Les hôpitaux devraient vérifier avec leur RLISS relativement à la marche à suivre et aux formulaires qu'il faut remplir et présenter pour ce qui concerne les changements proposés au niveau des services.

Il est possible que des changements importants doivent être mis en œuvre pour se conformer aux exigences de performance de l'ERS-H, changements qui ne peuvent être élaborés/évalués pleinement avant la date butoir de soumission de la PPRH. Dans

ce cas, l'hôpital et le RLISS s'entendront sur une nouvelle date de remise de la soumission qui aura lieu avant la signature de l'ERS-H.

### **2.6.1. Changements inter-RLISS en matière de services**

Si le changement de service proposé touche des résidents ou des FSS d'autres RLISS, le processus ci-dessous doit être suivi :

1. L'hôpital qui propose le changement avisera à l'avance son RLISS du changement prévu.
2. Le RLISS local contactera les autres RLISS touchés au sujet du changement prévu.
3. Les RLISS touchés détermineront si le changement a des répercussions importantes et contacteront les FSS locaux.
4. Les RLISS touchés aviseront le RLISS local des impacts prévus.
5. Le RLISS local négociera la révision du changement prévu avec l'hôpital qui propose le changement et informera les RLISS potentiellement touchés de la décision.

### **2.7. Transfert de fonds**

Quand un hôpital réduit, transfère ou élimine un service, une demande de service nouveau ou supplémentaire est souvent faite à un autre fournisseur.

Si le fournisseur destinataire peut fournir des soins équivalents ou supérieurs à un coût moindre (par exemple, si l'hôpital destinataire présente des économies d'échelle supérieures ou si ses coûts de placement des patients ANS dans un établissement de soins de longue durée sont moindres), l'hôpital qui effectue le transfert pourrait conserver une partie des fonds associés au service transféré. Tout transfert de fonds devra être examiné et approuvé au cas par cas par le RLISS, en consultation avec le fournisseur qui effectue le transfert et celui qui le reçoit.

#### **Exemple**

*L'hôpital A veut fournir 1000 unités de service au coût de 1M\$. L'hôpital A aimerait transférer ces 1000 unités de service au fournisseur communautaire B. Celui-ci peut fournir les 1000 unités de service au coût prévu de 800 000 \$ (selon son modèle de soins actuel). L'hôpital et le fournisseur détermineront le montant approprié du transfert et notifieront officiellement le RLISS (selon LISSL). S'il n'est pas possible d'arriver à une entente quant au montant transféré et que le RLISS considère le transfert acceptable, le RLISS fixera la somme qui sera transférée.*

## 2.8. Calendrier

Voici le calendrier d'exécution des PPRH\*.

- 30 novembre 2009 – la PPRH approuvée par le conseil d'administration de l'hôpital est soumis au RLISS
- 30 novembre 2009 – publication du PSSI par chaque RLISS
- 31 mars 2010 – signature de l'ERS-H par l'hôpital et le RLISS

\* Ces dates sont sujettes à modification sur publication des cibles de planification et d'allocation de fonds par le MSSLD. Si ces dates sont modifiées, les RLISS en aviseront les hôpitaux dans les plus brefs délais.

## 2.9. Cibles de planification du financement

Les RLISS diffuseront les affectations cibles aux hôpitaux aussi tôt que possible dans le processus de la PPRH, une fois que les allocations du RLISS auront été confirmées suivant le processus budgétaire du MSSLD.

Les affectations approuvées se produiront pendant la période de l'ERS-H et pourront être différentes des cibles de planification de financement pour tous les types de financement indiqués ci-dessous. Les lettres d'approbation du financement avec annexes décrivant les conditions ou obligations rattachées à ce financement – les hôpitaux devant confirmer par écrit leur acceptation de ces conditions – serviront à mettre à jour l'engagement contractuel du ERS-H.

**Financement de base** – Les RLISS ont déterminé que des cibles de financement préliminaires seront nécessaires afin d'aider les hôpitaux à faire avancer le processus de planification vu que les cibles finales de planification de financement du gouvernement ne seront pas prêtes avant l'automne 2009.

**Temps d'attente et programmes provinciaux** – Le financement de ces programmes est soit récurrent, ponctuel ou une combinaison de base, récurrent et ponctuel. Vu qu'il est impossible d'établir des cibles d'affectation pluriannuelles, il est conseillé aux hôpitaux d'utiliser pour fins de planification une cible de planification pour les deux années basée sur les volumes et les taux de 2009-2010. Les RLISS sont maintenant responsables de la gestion des programmes cardiaques et rénaux. À ce titre, ils doivent déterminer avec les hôpitaux la répartition appropriée des fonds alloués à chacun de ces programmes parmi les différentes modalités qui composent ces programmes. Le financement total pour 2009-2010 pour chacun des programmes mentionnés ci-dessus composera la cible de planification du financement pour les exercices 2010-2011 et 2011-2012. Cependant, la répartition parmi les modalités de chaque programme peut changer avec l'accord du RLISS. Il convient de noter que les fonds alloués aux programmes ne

peuvent être redistribués entre les programmes provinciaux sans l'approbation du MSSLD.

**Plans de fonctionnement postconstruction (PFPC)** – Les cibles de planification sur plusieurs années ne seront pas disponibles pour les hôpitaux dont la construction s'est terminée récemment ou doit se terminer pendant la période couverte par le ERS-H. Les RLISS et les hôpitaux devront fixer ensemble des hypothèses raisonnables pour déterminer les cibles de service et de financement pour les années en question et il est recommandé de faire preuve de prudence dans l'établissement de ces hypothèses. Les RLISS et les hôpitaux doivent tenir compte des besoins de la population, de la situation globale du RLISS en matière d'accès aux soins ainsi que de l'environnement économique lorsque planifiant des volumes de services plus élevés. De plus, il est recommandé que les hypothèses de planification de financement soient établies séparément pour les coûts fixes supplémentaires liés à des nouveaux locaux et pour les coûts liés à des services variables ou supplémentaires.

## 2.10. Planification des immobilisations

### 2.10.1. Contexte

Au sein du groupe de travail MSSLD/RLISS sur les immobilisations, le ministère et les RLISS ont révisé conjointement les étapes de la préproposition, de la proposition/opérations et du programme fonctionnel en vue de mieux aligner le processus de planification des RLISS dès les premières étapes.

La participation des RLISS dès les premières étapes de la planification des immobilisations est indispensable pour élaborer des prévisions en matière de programmes et services dans le contexte du système, fournissant de l'orientation pour l'intégration des programmes et services, la collaboration et des modèles alternatifs de prestation de services incluant les fonctions de soutien clés, et établissant les priorités à court terme en matière de programmes et services.

### 2.10.2. Exigences de planification des immobilisations

Une brève description des projets d'immobilisation prévus au cours des deux, cinq et dix prochaines années doit figurer dans la section descriptive – modèle d'immobilisation (voir la section 3.3 pour les exigences).

### 3. Composantes de la PPRH

#### 3.1. Énoncé descriptif

Dans l'énoncé descriptif, l'hôpital peut expliquer son plan visant à fournir les services hospitaliers requis à l'intérieur des ressources disponibles tout en maintenant des soins de qualité, sécuritaires, accessibles et axés sur le patient. L'hôpital y indique comment, en mettant son plan en application, il contribuera à la durabilité du système de santé local.

#### Planifier le connu

Comme c'est le cas pour tout plan, la PPRH doit être préparée sur la base des circonstances **connues** et/ou d'hypothèses raisonnables (notamment à l'égard des fonds alloués, des volumes et des cibles qui figurent dans la Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario et d'autres cibles fixées). L'hôpital doit aussi indiquer et tenir compte des circonstances probables pendant la période d'application de la PPRH, dont il a pu prendre connaissance pendant les discussions avec le RLISS, le MSSLD ou d'autres parties.

#### Lignes directrices pour l'énoncé descriptif

Voici les lignes à suivre pendant l'élaboration de l'énoncé descriptif :

1. Partir des besoins de la population.
2. S'aligner avec les priorités du PSSI du RLISS, les priorités de la province et les obligations de performance fixées dans la ERS-H.
  - a. Indiquer comment l'hôpital aidera le système de santé local à réaliser les obligations de performance du RLISS.
3. Présenter des options pour surmonter ou atténuer tout défi identifié sur le plan de la performance. L'énoncé descriptif doit mettre l'accent sur la résolution de problèmes. **Les demandes de financement supplémentaires ne seront pas reçues.**
4. Décrire :
  - a. les conditions de fonctionnement avec un budget équilibré OU
  - b. les activités et choix que l'hôpital doit faire afin d'équilibrer son budget (« marge totale » telle que définie dans l'ERS-H de 2008-2010) en 2010-2011 et en 2011-2012.
5. Utiliser les volumes de financement approuvés pour le deuxième trimestre 2009-2010, en excluant les ajustements en cours d'exercice pour tous les temps d'attente et les cibles de planification de programme provinciales.

6. Pour les variations du volume de service (augmentation ou réduction) et/ou les investissements/cessions programmatiques, inclure :
  - a. l'impact potentiel sur les autres secteurs de la santé
  - b. l'identification des autres fournisseurs du service dans le secteur et
  - c. les points soulevés et la teneur générale des discussions de mobilisation de la collectivité au sujet des changements proposés.
  
7. Quand des changements de volume (augmentation/réduction) sont proposés ou si des investissements/désinvestissements sont envisagés, inclure :
  - a. l'impact potentiel de ces changements sur les autres fournisseurs de services communautaires dans le territoire du RLISS et à l'extérieur du RLISS (le cas échéant)
  - b. un résumé des activités de mobilisation communautaire réalisées et un survol de celles qui sont prévues dans le cadre de la prise de décision relativement à ces changements; inclure toute question spécifique qui pourrait ne pas être réglée si le changement a lieu.

L'énoncé descriptif doit être succinct et décrire les actions et les risques concrets, ainsi que les stratégies d'atténuation. L'énoncé descriptif portant sur les activités doit être complet et ne pas dépasser dix pages. L'énoncé descriptif portant sur les immobilisations doit aussi être complet, former un tout et ne pas dépasser deux pages.

Dans les sections 3.2 et 3.3, noter les exigences pour l'énoncé descriptif des activités et des immobilisations respectivement. L'information contenue dans les tableaux sont des recommandations pour la section descriptive. Il est reconnu que tous les composants ne sont pas applicables à tous les hôpitaux.

### 3.2 Exigences pour l'énoncé descriptif – fonctionnement

Composante	Réponse/éléments à prendre en compte	
Hypothèses de planification*	<p style="text-align: center;"><b>2010/11</b></p> Salaires et avantages : Fournitures : Médicaments : Utilitaires : Assurance responsabilité : Vacances/taux de roulement : Pensions : Autres revenus :	<p style="text-align: center;"><b>2011/12</b></p> Salaires et avantages : Fournitures : Médicaments : Utilitaires : Assurance responsabilité : Vacances/taux de roulement : Pensions : Autres revenus :
Système de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rôle de l'hôpital dans le système de santé :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est la population desservie et pourquoi.</li> <li>▪ Comment les priorités provinciales sont atteintes.</li> <li>▪ Détermination des services actuels et futurs</li> </ul> </li> </ul>	
Performance de l'hôpital : efficience et efficacité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secteurs que l'hôpital a déterminés comme nécessitant le plus d'amélioration en matière d'efficience.</li> <li>• Stratégies adoptées pour gérer ces inefficacités.</li> <li>• Où les économies seront réinvesties.</li> </ul>	
Prestation des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choix faits en vue d'atteindre un budget équilibré (avec justificatifs) et impact prévu sur les patients et les coûts.</li> <li>• Comment la mobilisation des partenaires a été utilisée en vue de déterminer des choix qui permettront de mettre en place un système durable pour la région.</li> <li>• Risques critiques au succès et plans d'atténuation/de gestion.</li> </ul>	
Alignement et contributions au système	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initiatives en place ou qui seront mises en place pour contribuer à la réalisation des priorités provinciales et du RLISS.</li> </ul>	
Risques	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les risques clés et les stratégies d'atténuation peuvent inclure les secteurs suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stratégique</li> <li>▪ clinique</li> <li>▪ financier</li> <li>▪ sécurité</li> <li>▪ législatif</li> <li>▪ grands projets d'immobilisations</li> </ul> </li> </ul>	

*\*Les hypothèses de planification sont également incluses dans les formulaires, mais elles doivent apparaître aussi dans l'énoncé descriptif. Une page maximum. Cette page ne compte pas dans la limite de 10 pages.*

### 3.3. Exigences pour l'énoncé descriptif – immobilisations

La brève description des projets d'immobilisations prévus pendant les 2, 5 et 10 prochaines années devrait inclure les éléments suivants :

Composante	Réponse/éléments à prendre en compte
Amélioration proposée : <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nouveau service</li><li>▪ Modification d'un service existant</li><li>▪ Changement sur le plan des installations seulement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rôle actuel et futur proposé de l'hôpital dans le système de santé local</li><li>▪ Comment la proposition s'aligne avec les priorités de planification du RLIS</li><li>▪ Profil démographique de la population desservie et comment la proposition tient compte de ce profil</li><li>▪ Défis que doit relever le programme, le service et/ou l'installation et justification de l'amélioration</li><li>▪ Comment l'hôpital s'est coordonné/a collaboré avec les autres FSS</li></ul>

### 3.4. Formulaires financiers et de volumes de service

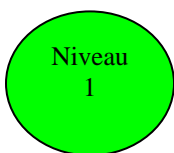
Ces formulaires sont disponibles sur le Système de production de rapports sur le Web du MSSLD à [www.mohltchb.com](http://www.mohltchb.com).

## 4. Évaluation de la PPRH par le RLISS

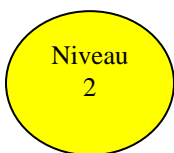
### 4.1. Processus d'évaluation

Le processus d'évaluation et les outils présentés ci-dessous peuvent être employés par les RLISS pour guider et soutenir l'examen détaillé des PPRH. Cette information est présentée dans les Lignes directrices de la PPRH en vue d'aider les hôpitaux à élaborer leur PPRH. Bien que chaque hôpital doive présenter une PPRH individuelle, l'examen de chaque PPRH se fera en relation avec le système de santé en entier.

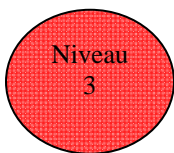
Chaque hôpital se verra accordé un niveau de priorité en fonction de l'évaluation que fera le RLISS de la présentation. Ce niveau déterminera l'intensité et la fréquence des rencontres avec l'équipe PPRH du RLISS en vue d'examiner la soumission plus en profondeur :



Les présentations simples ne comportant pas d'erreurs évidentes ni de variantes importantes emprunteront la voie rapide vers la négociation et l'approbation finale.



Les présentations contenant des résultats ambigus feront l'objet d'une analyse plus poussée de la part du RLISS et de discussions avec l'hôpital. Si les points soulevés peuvent être résolus facilement, la présentation pourra emprunter la voie rapide vers la négociation et l'approbation finale.



Si les problèmes ne peuvent pas être résolus facilement, les équipes PPRH du RLISS pourront entamer immédiatement des discussions avec l'hôpital pour comprendre les enjeux et trouver des options ou les prochaines étapes du processus.

#### 4.2. Processus d'examen de la PPRH par le RLISS

L'examen de la PPRH peut avoir plusieurs objectifs :

- Vérifier que la soumission est complète.
- Déceler tout problème de mesure de performance.
- Déterminer si l'hôpital a utilisé le Cadre du processus 'Faire des choix' (voir section 2.4).
- Assurer que l'hôpital maintient les services requis (voir section 2.3).
- Comparer le composant descriptif avec les tableaux financiers et de volumes de service pour vérifier la concordance.
- Vérifier la cohérence et le caractère raisonnable des tableaux financiers et de volumes de service.
- Vérifier la cohérence et le caractère raisonnable des hypothèses.
- Confirmer que l'hôpital a procédé à la mobilisation communautaire dans le cadre de son processus de planification.
- Déceler toute incohérence ou anomalie dans la soumission.
- Examiner les initiatives et occasions d'intégration présentées.
- Identifier toute réduction clinique proposée dont l'inclusion dans la PPRH n'a pas été approuvée.
- Déterminer le niveau de priorité de l'hôpital.
- Produire une liste de questions à présenter à l'hôpital pour clarification.
- Préparer un document sommaire pour chaque hôpital.

Une fois l'examen de la soumission finale terminé, le personnel du RLISS communiquera avec l'hôpital afin de clarifier les questions soulevées pendant l'examen final. Une fois les discussions de détermination des faits terminées, les premières rencontres de négociation auront lieu. L'intensité et la fréquence des rencontres dépendront des besoins.

### 4.3. Outils d'évaluation

Le RLISS utilisera les outils et ensembles de données qui suivent pour procéder à l'examen des soumissions qui doivent passer par le processus de validation :

- Le **HIT** (Hospital Indicator Tool) sera utilisé pour déterminer si les résultats de l'hôpital se situent dans le premier quartile (pour déterminer si des occasions d'économie existent).
- **Analyse historique du centre d'activité : analyse d'une année sur l'autre** afin de découvrir les variations de coûts importantes, variations soudaines ou changements attribuables aux affectations (par ex. transfert de coûts vers des services externes).
- **Les données de recensement du site Gestion des finances et de l'information du Ministère** – pour valider la durée moyenne de séjour (DMJ) et l'occupation.
- D'autres outils ou indicateurs permettant de procéder à des analyses de base.

## 5. De la PPRH à l'ERS-H

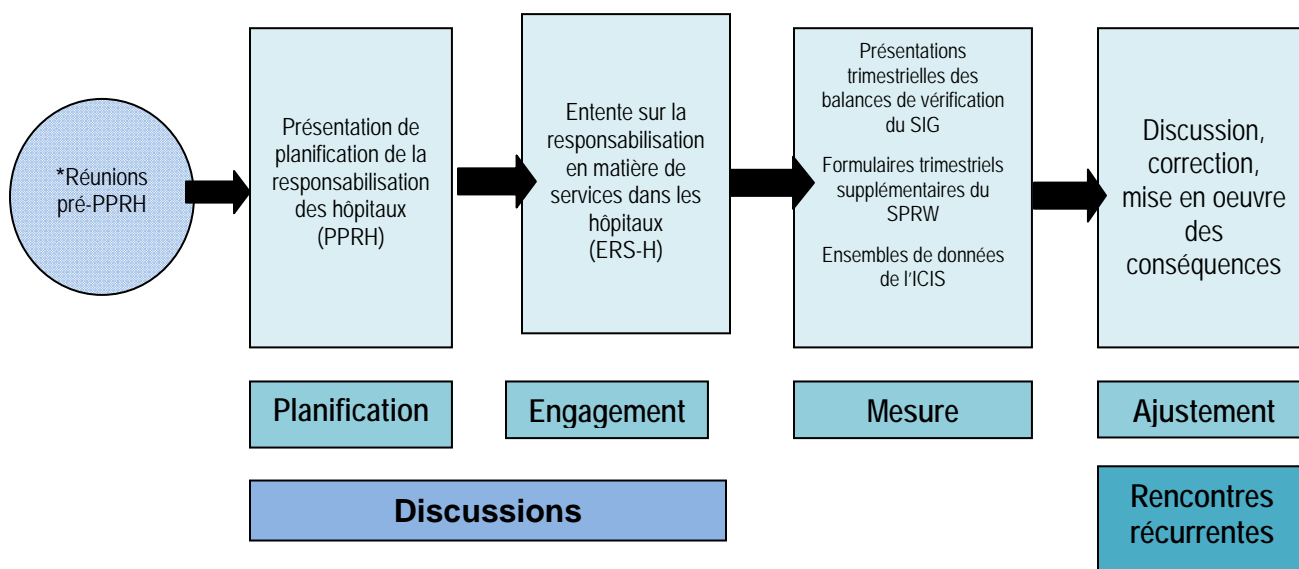
### 5.1. Présentation

La PPRH est un document appartenant à l'hôpital qui met l'accent sur la planification des services et la mesure et l'évaluation des services et de la performance organisationnelle de l'hôpital. Les données présentées par les hôpitaux dans la PPRH sont utilisées pour calculer les cibles, les couloirs et les normes de performance dans l'ERS-H :

- performance/santé financière
- capacité organisationnelle
- services de santé de haute qualité
- perspective des clients/patients
- perspective du système

L'ERS-H est un document public à valeur juridique qui lie les hôpitaux et les RLISS. L'ERS-H, qui est étoffée par la PPRH, engage la responsabilité de l'hôpital par des projections de planification et de financement pluriannuelles. Les RLISS s'engagent à obtenir des ERS-H équilibrées, innovatrices et réalistes fondées sur la discussion et la collaboration dans la plus grande mesure possible. Les ERS-H doivent aussi se conformer aux exigences de la LISSL et de la LEAAS. Une fois l'ERS-H signée, les RLISS et les hôpitaux doivent faire chacun la part qui leur revient pour assurer l'exécution de ses conditions.

Le processus qui mène de l'élaboration d'une PPRH aux activités potentielles de performance pendant la période de l'ERS-H est décrit ci-dessous :



*\*Il est recommandé d'organiser des réunions de préparation de la PPRH entre l'hôpital et le RLISS afin de définir, clarifier et aligner les attentes et les rôles de chacun dans le processus, de s'entendre sur des principes, valeurs et hypothèses, et d'identifier les options possibles et les leviers que les deux parties pourraient actionner durant la démarche.*

## 6. Indicateurs

Les indicateurs et documents de référence connexes seront publiés dès qu'ils deviendront disponibles. Les indicateurs 2010-2012 viseront des buts similaires à ceux des indicateurs précédents.

## 7. Glossaire

Certains termes utilisés dans ces lignes directrices sont définis ci-dessous.

**Accessible** - signifie que les patients obtiennent les soins appropriés dans l'endroit le plus approprié.

**ANS** – autre niveau de soins. ANS fait référence aux patients hospitalisés en attente de services plus appropriés à leur état.

**Budget équilibré** – marge totale définie dans l'ERS-H 2008-2010. Pourcentage de dépassement/insuffisance du total des revenus sur le total des dépenses, à l'exclusion de l'amortissement des installations, pendant une année donnée. La formule de calcul est la suivante :

$$\text{Total Margin} = \frac{\text{Total Surplus / Deficit}}{\text{Total Revenues}} = \frac{\text{Total Corporate Revenues (excluding facility related revenues and inter-dept recoveries)} - \text{Total Corporate Expenses (excluding facility related and inter-dept expenses)}}{\text{Total Corporate Revenues (excluding facility related revenues and inter-dept recoveries)}}$$

**COQSS** – Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Conseil créé en vertu de la LEAAS qui rend compte au ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Le mandat du Conseil est le suivant : (1) surveiller les questions suivantes et en rendre compte à la population de l'Ontario : l'accès aux services de santé publics, les ressources humaines en santé dans les services de santé publics, l'état de santé de la population et de la clientèle et les résultats du système de santé; et (2) favoriser l'amélioration continue de la qualité des services. Pour en savoir plus, aller à <http://www.ohqc.ca>.

**De qualité** – signifie que les soins sont accessibles, efficaces, sécuritaires, axés sur le patient, équitables, efficaces, intégrés, centrés sur la santé de la population et appuyés par les ressources appropriés.

**Système durable** – signifie qu'il est possible de maintenir un excellent système de soins correspondant aux besoins de la population et qui peut être soutenu à long terme, à l'intérieur des ressources financières, humaines et physiques disponibles.

**EPIC** - Engaging People Improving Care. EPIC est un site Web qui offre un ensemble accessible et organisé de ressources permettant de définir des stratégies de mobilisation communautaire. Pour en savoir plus, aller à [www.epicontario.ca](http://www.epicontario.ca).

**ERH** – Entente de responsabilisation des hôpitaux. L'ERH 2007-2008 a été assignée aux RLISS par le ministère. En 2008, l'ERH a été remplacé par l'ERS-H 2008-2010.

**ERM** – Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS. Entente sur la responsabilisation signée par les RLISS et le ministre en application de la LISSL. Pour plus d'information, voir l'article 18 de la LISSL.

**ERS-H** – Entente sur la responsabilisation en matière de services dans les hôpitaux. L'ERS-H est l'entente sur la responsabilisation en matière de services que les RLISS doivent signer avec les hôpitaux conformément à la *Loi sur l'intégration du système de santé local* (LISSL). Pour plus d'information sur ces ententes, voir l'article 20 de la LISSL et la partie III de la LEAAS.

**FSS** – fournisseur de services de santé. Les FSS sont les hôpitaux et les fournisseurs de services de santé communautaires.

**Intégration** – terme défini dans la LISSL.

Intégrer comprends : 1. coordonner des services et des interactions entre différentes personnes et entités; 2. établir un partenariat avec une autre personne ou entité dans le cadre de services à fournir ou d'activités; 3. transférer, fusionner ou amalgamer des services, des activités, des personnes ou des entités; 4. commencer à fournir des services ou cesser d'en fournir; 5. mettre un terme à une activité ou dissoudre ou fermer une entité. Les activités d'intégration peuvent :

- être entreprises à l'initiative du fournisseur en application des articles 24 et 27 de la Loi (« initiatives d'intégration volontaire »)
- être facilitées et négociées par un RLISS en vertu de l'article 25 de la Loi
- découler de changements apportés au niveau du financement en vertu de l'article 19 de la Loi
- être décrétées par RLISS en vertu de l'article 26 de la Loi
- être ordonnées par le ministre en vertu de l'article 28 de la Loi.

**LEAAS** – *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*. Certains articles de la LEAAS portent sur les ententes sur la responsabilisation en matière de services. Pour plus d'information, voir la partie III de la LEAAS.

**LISSL** – *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. Cette loi établit les RLISS et définit les conditions sous lesquelles ces derniers peuvent exercer les pouvoirs que leur a conférés le ministre pour la planification, le financement et l'intégration de leur système de santé local.

**Ministre** – désigne le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, un représentant élu.

**MSSLD** – ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

**PPRH** – Présentation de planification de la responsabilisation hospitalière. La PPRH est un outil de planification utilisé par les hôpitaux pour servir de base à la négociation de l'Entente sur la responsabilisation en matière de services dans les hôpitaux (ERS-H).

**PSSI** – Plan de services de santé intégrés. Publié par chaque réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) en vertu de l'article 15 de la LISSL. On peut obtenir le PSSI d'un RLISS en s'adressant au bureau du RLISS ou en allant sur son site Web.

**RLISS** – réseau local d'intégration des services de santé. La LISSL a établi 14 RLISS dans la province d'Ontario. Pour obtenir de l'information sur leurs paramètres géographiques et les coordonnées de chaque réseau, aller à [www.lhins.on.ca](http://www.lhins.on.ca).

**Service** – terme défini dans la LISSL; comprend : service fourni ou programme offert directement à la population; service ou programme, autre qu'un service ou un programme décrit ci-dessus, qui appuie un tel service ou programme; fonction qui appuie les activités d'une personne ou entité qui fournit un service ou offre un programme décrit ci-dessus.

**SPRW** – Système de production de rapports sur le Web. Ce système est offert à [www.mohltchb.com](http://www.mohltchb.com).

**SU** – salle ou service d'urgence.