



# **Document d'information sur le budget des dépenses et la planification axée sur les résultats 2011-2012**

---

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

**ISSN 1718-6757**

**This document is available in English.**

**TABLE DES MATIÈRES****PARTIE I PLAN AXÉ SUR LES RÉSULTATS PUBLIÉ 2011-2012**

## VUE D'ENSEMBLE DU MINISTÈRE

Vision, mission/mandat, priorités et résultats principaux.....	1
Organigramme .....	7
Lois .....	8
Organismes, conseils et commissions .....	16

## INFORMATION FINANCIÈRE DU MINISTÈRE

Tableau 1 : Dépenses prévues du ministère – 2011-2012.....	17
Tableau 2 : Sommaire – Fonctionnement et immobilisations par crédit.....	18

**ANNEXE I**

Rapport annuel 2010-2011 .....	20
--------------------------------	----

# **Partie I : Planification axée sur les résultats 2011-2012**

---

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

## VUE D'ENSEMBLE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE

### INTRODUCTION

Le secteur des soins de santé a changé de façon spectaculaire au cours des dernières décennies. De nouvelles technologies, de nouveaux médicaments et de nouvelles interventions ont accru l'espérance de vie et amélioré grandement les soins aux patients. Le vieillissement et l'augmentation de la population exercent de plus en plus de pressions sur le système. Par conséquent, la hausse des attentes à l'égard du système de santé a été presque aussi rapide que celle du budget.

Toutes ces pressions poussent fortement les coûts de santé à la hausse, au point où l'intenable montée en flèche de ces coûts constitue la plus grande menace pesant sur la pérennité du système pour les générations futures.

En 2011-2012, environ 42 pour cent du budget des programmes de l'Ontario seront affectés aux soins de santé. Il y a 20 ans, c'était 32 pour cent. Si rien n'est fait, ce sera 70 pour cent d'ici 2020.

Aussi importants que soient les soins de santé pour chaque Ontarien, le gouvernement doit également financer d'autres priorités. Le vrai défi consiste à éviter que le financement des soins de santé évince toutes les autres priorités auxquelles la population ontarienne attache de la valeur et partage en tant que collectivité : l'investissement dans nos écoles, l'aide aux personnes vulnérables, la protection de notre environnement et l'infrastructure.

Le gouvernement a ébauché un plan à long terme souple et adaptable concernant les soins de santé afin de satisfaire aux attentes des Ontariens à l'égard du système de santé et de s'en inspirer – et de faire en sorte qu'il soit là pour répondre aux besoins des futures générations d'Ontariens.

Au moment où les compressions budgétaires en soins de santé se sont accentuées, les hôpitaux – l'élément le plus important et le plus coûteux du système de soins de santé – ont été les premiers dont on a évalué l'efficacité. Les temps d'attente aux urgences et en chirurgie ont été désignés comme étant des éléments clés à améliorer par une combinaison de financement ciblé (lié au rendement et aux résultats) et de partage accru des pratiques exemplaires. On a continué à construire de nouveaux hôpitaux et à financer l'agrandissement et la modernisation des hôpitaux existants.

Les fournisseurs de soins primaires jouent un rôle de premier plan en ce qui a trait à l'amélioration de la santé de la population et à la diminution des hospitalisations. L'amélioration de l'accès aux soins de santé familiale pour tous les Ontariens fera en sorte qu'ils aient des options plus appropriées que les urgences des hôpitaux pour recevoir des soins de santé non urgents.

Malgré cela, des Ontariens ont signalé qu'ils ne jouissaient pas d'un accès adéquat aux fournisseurs et que les services ne répondaient pas aux besoins des patients. Un certain nombre d'initiatives ont tenu compte de ces préoccupations, notamment l'augmentation du nombre d'équipes de santé familiale, l'expansion des cliniques dirigées par du personnel

infirmier praticien et l'augmentation du nombre d'admissions dans les écoles de médecine et de soins infirmiers.

L'efficacité et l'efficacités des hôpitaux se sont accrues de façon spectaculaire. Elles ont toutefois mis en évidence un autre problème systémique : le nombre élevé de personnes qui reçoivent des soins aux malades hospitalisés ne nécessitant pas ce niveau de soins, mais qui n'avaient nulle part ailleurs où aller parce qu'elles n'avaient pas assez de soutien pour rentrer chez elles, c'est-à-dire les « patients ayant besoin d'un autre niveau de soins (ANS) ».

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), créés par le gouvernement afin de planifier, de financer et d'intégrer les services de santé locaux, fournissent maintenant la perspective, la capacité de planification et le pouvoir d'intégration nécessaires pour résoudre ces problèmes. Le soutien aux services communautaires s'est accru de façon considérable au cours des dernières années.

Le système devait changer. L'adoption de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, la première étape de la Stratégie d'excellence des soins pour tous élargie qui place les patients à l'avant-plan en améliorant la qualité et la valeur de leur expérience et en fournissant des soins de santé fondés sur des preuves cliniques, est un élément important qui s'est révélé le moteur de ce profond changement.

## **EXCELLENCE DES SOINS POUR TOUS**

Les preuves démontrent que le gaspillage, l'inefficacité et la mauvaise qualité sont coûteux pour le système de santé. Les soins de qualité permettent d'accroître le rendement du capital investi sur le plan des résultats pour les patients et de la satisfaction de ces derniers.

Le gouvernement a décidé qu'à l'avenir, les investissements en soins de santé devront entraîner des résultats probants, et l'amélioration des soins aux patients et des résultats. Ils devront être axés sur les besoins et les choix du patient et devront produire de la valeur. La mise en place d'une culture d'amélioration de la qualité des soins de santé favorisera l'accroissement de la solidité du secteur et fera en sorte qu'il soit présent pour les générations futures et en fasse davantage avec l'argent limité consacré aux soins de santé.

La Stratégie d'excellence des soins pour tous est un facteur important du programme du gouvernement en matière de soins de santé. Elle contribuera à assurer la viabilité financière du système de soins de santé et aussi l'amélioration des soins – tant sur le plan de la qualité que de l'accessibilité.

La Stratégie ontarienne d'excellence des soins pour tous se fonde sur les principes suivants :

- le patient est au centre du système de soins de santé;
- les décisions sur les soins aux patients se fondent sur les meilleures preuves et les normes les plus élevées;
- le système de soins de santé est axé sur la qualité des soins et la meilleure utilisation des ressources.

La Stratégie d'excellence des soins pour tous continue d'être au centre de la stratégie de planification axée sur les résultats 2011-2012 du ministère, qui vise à améliorer la prestation et la qualité des soins de santé et à promouvoir les soins fondés sur des preuves cliniques.

### **Stratégie d'excellence des soins pour tous**

La transformation du système se réalise au moyen d'une stratégie de qualité axée sur les soins fondés sur des preuves cliniques. Les soins axés sur les patients s'inscrivent dans le cadre d'une importante tendance mondiale en matière de système de santé qui met l'accent sur les « besoins en matière de soins » des patients et non seulement sur leurs « besoins de guérison ».

Les organismes de soins de santé, en commençant par les hôpitaux, doivent désormais :

- créer des comités de la qualité relevant du conseil d'administration;
- élaborer et publier des plans annuels d'amélioration de la qualité qui présentent les principaux indicateurs de qualité (p. ex., la sécurité des patients);
- veiller à ce que la rémunération des cadres soit liée à la réussite des plans d'amélioration de la qualité;
- réaliser régulièrement des sondages auprès des employés et des fournisseurs de soins et en publier les résultats.

### Soins fondés sur des preuves cliniques

Les soins fondés sur des preuves cliniques se veulent une philosophie de traitement axée sur l'utilisation des meilleures données disponibles pour appuyer les décisions concernant les soins fournis à chaque patient. Ces soins favorisent également une meilleure utilisation des ressources en se concentrant sur la prestation de soins dont on connaît l'efficacité.

La Stratégie d'excellence des soins pour tous témoigne de l'engagement du gouvernement à faire en sorte que la qualité et la valeur soient toutes deux enracinées dans le système de soins de santé. Les soins de santé fondés sur des preuves cliniques font essentiellement partie de cette démarche. Cela signifie qu'il faut s'assurer de mettre en place des normes cohérentes – prendre des mesures parce qu'elles ont donné des résultats probants et ne prendre aucune mesure qui ne s'appuie pas sur des preuves cliniques.

Le ministère se concentre sur la réduction des dépenses relatives à certains examens et certaines interventions ayant démontré avoir peu ou pas de bienfaits cliniques connus pour les patients. Par exemple :

1. Dans le cas des patients présentant un faible risque d'ostéoporose, la province a réduit la fréquence à laquelle elle assumera les coûts d'évaluation de la teneur minérale des os.

2. De récentes études ont démontré que pour la plupart des patients, les électrocardiogrammes (ECG) et les radiographies pulmonaires de routine avant une chirurgie de la cataracte n'ont pas d'incidence positive sur le résultat de l'intervention. Dans certains cas, ces tests pourraient être nuisibles aux patients. Par conséquent, les ECG et les radiographies pulmonaires visant à préparer un patient à une chirurgie de la cataracte ne sont remboursables que sur autorisation préalable du ministère.
3. Après avoir consulté l'Ontario Medical Association et d'autres partenaires importants, le ministère restreint, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, le nombre d'études du sommeil diagnostiques auxquelles une personne est admissible à une par période de 12 mois et d'études du sommeil thérapeutiques à une par période de 24 mois.

Ces changements devraient entraîner des économies de 9,4 millions de dollars en 2010-2011, somme qui atteindra 19,8 millions de dollars en 2013-2014.

4. Rien ne prouve qu'un examen de routine des niveaux de vitamine D soit bénéfique. Par conséquent et compte tenu de la hausse spectaculaire du coût de ces tests, la province ne les paie plus pour les personnes qui n'en ont tout simplement pas besoin.

Ce changement entraînera des économies annuelles de 106,6 millions de dollars.

#### Paiement axé sur les patients

Le ministère travaille avec le secteur hospitalier à l'atteinte des objectifs d'amélioration de la qualité, d'ajout de valeur et de soins axés sur les patients. La stratégie de paiement axé sur les patients modifiera le financement des hôpitaux de l'Ontario en adoptant un système qui crée un environnement financier incitant les fournisseurs à offrir des soins de qualité fondés sur des preuves cliniques.

Actuellement, la plus grande partie du financement des hôpitaux ontariens provient de budgets globaux fixes, la plupart du temps déterminés par des facteurs historiques. Dans de nombreux cas, ce financement ne tient pas compte des populations que servent actuellement les hôpitaux ni des types de patients qui reçoivent des soins. Les mesures incitatives prévues dans les budgets globaux peuvent souvent empêcher les hôpitaux d'améliorer la qualité et l'efficacité des services qu'ils fournissent.

Le paiement axé sur les patients s'inspire de la démarche de financement de type « l'argent suit le patient » de la Stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente en associant clairement le financement des hôpitaux au niveau de services et de qualité des soins qu'ils fournissent. Cela fera en sorte que les régions à forte croissance de la province reçoivent une part appropriée de financement afin de combler leurs besoins et que le financement tienne compte des meilleures preuves cliniques.

La méthode du paiement axé sur les patients permettra de financer les hôpitaux d'une façon qui tient compte davantage du nombre et des types de patients traités ainsi que de la qualité des soins offerts. Le modèle élabore un profil de coûts pour chaque patient en fonction de son diagnostic clinique, du type de traitement qu'il reçoit et des caractéristiques de l'hôpital où il a reçu ses soins.

Les hôpitaux s'orienteront vers un financement qui tient compte des attentes concernant le taux, le volume et la qualité des soins aux patients fournis.

### Qualité des services de santé Ontario (QSSO)

Le passage de l'Ontario à des soins fondés sur des preuves cliniques est soutenu par le rôle accru du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, appelé Qualité des services de santé Ontario depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011.

Sous QSSO, le gouvernement regroupe cinq organismes et programmes existants ayant des mandats semblables – le Secrétariat des services consultatifs médicaux du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, le Fonds d'aide à l'évaluation des technologies de la santé de l'Ontario, le Centre for Healthcare Quality Improvement et le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation.

À titre d'organisme fusionné, QSSO dirigera les efforts provinciaux visant à accroître la sécurité et l'efficacité de tous les établissements de soins de santé et à améliorer l'expérience des patients. QSSO contribuera à soutenir le système de santé en mettant l'accent sur les pratiques cliniques reposant sur des preuves qui amélioreront la qualité. Cet organisme participera activement à la formulation de recommandations visant à soutenir les améliorations. Il contribuera à influencer les types de services cliniques payés par le gouvernement. Les dépenses seront de plus en plus liées à l'amélioration de la qualité.

### **Services de soutien communautaire**

Sans système local solide et coordonné de soutien à domicile, de soins de longue durée, de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et de logements avec services de soutien, il serait impossible de réaliser des économies et des gains d'efficacité dans le secteur hospitalier.

Le gouvernement a décidé qu'un changement fondamental de philosophie ferait en sorte que la population reçoive les soins là où elle le souhaite – dans la collectivité. La stratégie Vieillir chez soi a été créée en 2007 en vue de trouver des solutions locales en matière d'ANS et de soutien à domicile. Le plan a permis de renforcer la capacité locale et de diriger d'importantes sommes et ressources vers ces secteurs.

Grâce à un large éventail de services communautaires, tels que les services accrus de soins à domicile, de soutien personnel et d'aide familiale qu'offrent les centres d'accès aux soins communautaires, l'amélioration de la capacité de l'ensemble de la filière, sur le plan notamment des repas et du transport, ainsi que des programmes de santé et de bien-être, la stratégie a continué d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et a veillé à ce que les soins soient dispensés au bon endroit et au bon moment.

L'une des principales stratégies pour l'exercice à venir consiste à axer les investissements sur la transition des soins du secteur des soins actifs plus coûteux vers le secteur communautaire. Par conséquent, le financement des services de soutien communautaire, des centres d'accès aux soins communautaires et des services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances sera augmenté de 3 pour cent à tous les niveaux.



## Réforme du régime de médicaments

En 2010, le gouvernement a apporté des réformes au régime ontarien de médicaments qui entraînent des économies annuelles de 500 millions de dollars. Ces économies sont réinvesties dans le système de soins de santé.

## Cybersanté

La cybersanté est un outil essentiel et un important catalyseur qui soutiendra l'innovation à l'échelle du système de soins de santé de la province. La cybersanté réalisera le virage qui consiste à délaissier la tenue de dossiers papier au profit du partage rapide, efficace et sécuritaire de données électroniques entre les fournisseurs de soins de santé autorisés, tout en protégeant la vie privée des citoyens.

La stratégie de cybersanté du gouvernement vise un objectif précis – moderniser le système de soins de santé afin de fournir aux patients des soins de meilleure qualité et d'assurer la prestation efficace des services de santé.

Les principaux projets, qui sont déjà bien avancés, comprennent le Système de transfert d'images pour les urgences neurochirurgicales (STIUN) qui permet la consultation à distance des images d'examen neurologiques des patients partout dans la province. Grâce à cet outil, les neurochirurgiens peuvent formuler des recommandations essentielles concernant le traitement des patients et les transferts nécessaires. Le STIUN a permis d'éviter près de 1 600 transferts de patients, ce qui a entraîné des économies de plus de 50 millions de dollars depuis sa mise en place en janvier 2009. En outre, le projet relatif aux systèmes d'imagerie diagnostique ainsi que d'archivage et de transmission d'images renforce la capacité des médecins de fournir des soins en leur offrant un portrait plus complet des antécédents diagnostiques d'un patient, en améliorant l'expérience du patient grâce à une réduction des temps d'attente des résultats de diagnostics et en diminuant les coûts des soins de santé au moyen d'une réduction des répétitions d'examen. L'ensemble des hôpitaux de la province saisissent et stockent maintenant les résultats d'imagerie diagnostique au format numérique.

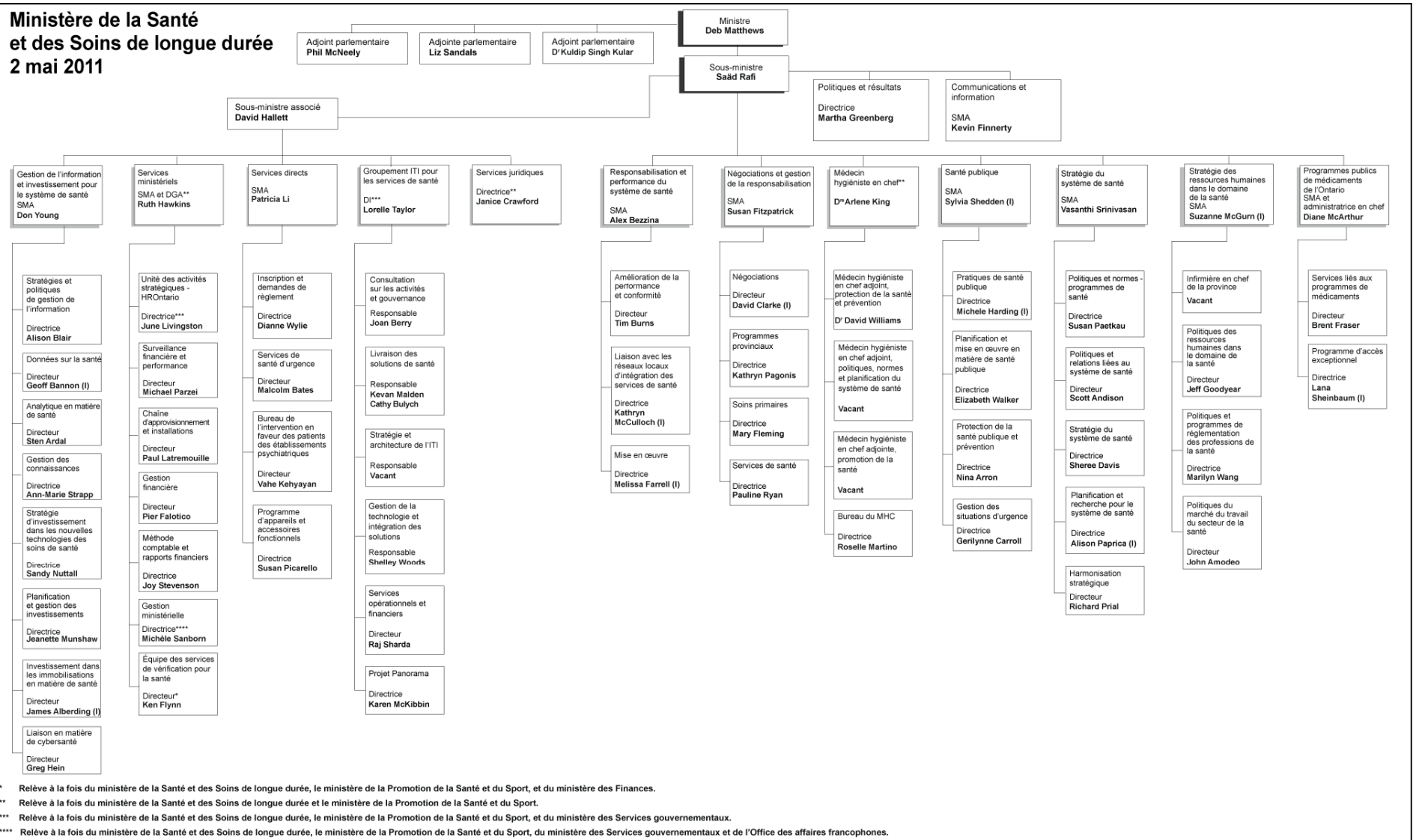
## CONCLUSION

Les Ontariens veulent et méritent des soins de santé de qualité au moment et à l'endroit où ils en ont besoin. Ils veulent des options et des choix. Ils veulent un système de soins de santé responsable qui sera là pour eux, leurs enfants et leurs petits-enfants.

Bien que la reprise ait commencé en Ontario, il pèse toujours sur l'économie mondiale des risques importants qui ont des répercussions sur les finances du gouvernement.

Alors que le gouvernement fonctionne dans un contexte budgétaire limité, les besoins dans le secteur de la santé continuent de croître. Le vieillissement de la population ne fera qu'exacerber cette tension. Les données nous démontrent qu'un système de mauvaise qualité est un système peu rentable. La qualité des soins est liée à la viabilité et à la solidité future du système de santé.

**Ministère de la Santé  
et des Soins de longue durée**  
2 mai 2011



\* Relève à la fois du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le ministère de la Promotion de la Santé et du Sport, et du ministère des Finances.  
 \*\* Relève à la fois du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère de la Promotion de la Santé et du Sport.  
 \*\*\* Relève à la fois du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le ministère de la Promotion de la Santé et du Sport, et du ministère des Services gouvernementaux.  
 \*\*\*\* Relève à la fois du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le ministère de la Promotion de la Santé et du Sport, du ministère des Services gouvernementaux et de l'Office des affaires francophones.

## Lois

### Lois administrées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Lois	Description
<i>Loi autorisant des laboratoires médicaux et des centres de prélèvement</i>	Régit la délivrance de permis aux laboratoires d'hôpitaux et aux centres de prélèvement en Ontario ainsi que l'inspection et les activités de ceux-ci.
<i>Loi Chase McEachern de 2007 sur la responsabilité civile liée aux défibrillateurs cardiaques</i>	Assure une protection limitée en matière de responsabilité civile à certaines personnes qui utilisent des défibrillateurs dans des situations d'urgence, ainsi qu'aux propriétaires et aux occupants des établissements où des défibrillateurs sont accessibles.
<i>Loi de 1991 sur les cotisations de l'Ontario Medical Association</i>	Oblige les médecins membres de l'Ontario Medical Association (OMA) à payer des cotisations à l'OMA et oblige ceux qui n'en sont pas membres à payer à l'OMA des montants équivalents aux cotisations de l'OMA.
<i>Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées</i>	<p>Porte sur les questions relatives à la réglementation des professionnels de la santé. Chaque profession de la santé est réglementée par un ordre établi en vertu de l'une des lois propres à une profession énumérées ci-dessous :</p> <p><i>Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes</i></p> <p><i>Loi de 1991 sur les chiropraticiens</i></p> <p><i>Loi de 1991 sur les dentistes</i></p> <p><i>Loi de 1991 sur les denturologistes</i></p> <p><i>Loi de 1991 sur les diététistes</i></p> <p><i>Loi de 1991 sur les ergothérapeutes</i></p> <p><i>Loi de 1991 sur les hygiénistes dentaires</i></p> <p><i>Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers</i></p> <p><i>Loi de 1991 sur les massothérapeutes</i></p> <p><i>Loi de 1991 sur les médecins</i></p>

Lois	Description
	<p><i>Loi de 1991 sur les opticiens</i>  <i>Loi de 1991 sur les optométristes</i>  <i>Loi de 1991 sur les pharmaciens</i>  <i>Loi de 1991 sur les physiothérapeutes</i>  <i>Loi de 1991 sur les podologues</i>  <i>Loi de 1991 sur les psychologues</i>  <i>Loi de 1991 sur les sages-femmes</i>  <i>Loi de 1991 sur les technologistes de laboratoire médical</i>  <i>Loi de 1991 sur les technologues dentaires</i>  <i>Loi de 1991 sur les technologues en radiation médicale</i>  <i>Loi de 1991 sur les thérapeutes respiratoires</i>  <i>Loi de 2006 sur les praticiens en médecine traditionnelle chinoise</i>  <i>Loi de 2007 sur les homéopathes</i>  <i>Loi de 2007 sur les kinésiologues</i>  <i>Loi de 2007 sur les naturopathes</i>  <i>Loi de 2007 sur les psychothérapeutes</i></p>
<p><i>Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires</i></p>	<p>Régit la prestation de services communautaires (services professionnels, services de soutien à la personne, services d'entretien et services de soutien communautaire) par les organismes autorisés, notamment les centres d'accès aux soins communautaires.</p> <p>L'ancien nom de cette loi était <i>Loi de 1994 sur les soins de longue durée</i>.</p>
<p><i>Loi de 1996 sur la gestion de la prestation de services par les médecins</i></p>	<p>Permet au lieutenant-gouverneur en conseil, par règlement, de suspendre les obligations et les droits désignés en vertu de certaines ententes énumérées dans la loi.</p>
<p><i>Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé</i></p>	<p>Régit les déclarations d'inaptitude à prendre des décisions concernant un traitement, l'admission dans des établissements de soins et les services d'aide personnelle.</p>
<p><i>Loi de 1997 sur le Réseau universitaire de santé</i></p>	<p>Maintient en activité l'Hôpital de Toronto en tant que société sans capital-actions inscrite</p>

Lois	Description
	sous le nom de University Health Network (UHN) et prévoit la gestion de l'actif et du passif de l'Hôpital de Toronto. La loi énonce également les objets de l'UHN.
<i>Loi de 1998 sur les commissions d'appel et de révision du ministère de la Santé et des Soins de longue durée</i>	Établit la Commission d'appel et de révision des professions de la santé et la Commission d'appel et de révision des services de santé, qui sont toutes deux saisies d'affaires en vertu de diverses lois touchant le MSSLD.
<i>Loi de 1999 sur l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa</i>	Accorde à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa le pouvoir de fournir des services de cardiologie aux patients de L'Hôpital d'Ottawa et régit le financement qu'accorde le ministre à l'Institut.
<i>Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades</i>	Interdit aux hôpitaux et aux autres institutions prescrites de maîtriser les patients sauf si cela est nécessaire pour prévenir des lésions corporelles graves et que les exigences prescrites sont respectées.
<i>Loi de 2001 sur le Mois de la sensibilisation aux tumeurs cérébrales</i>	Désigne octobre comme étant le mois de la sensibilisation aux tumeurs cérébrales.
<i>Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires</i>	Régit la désignation, les objets, les pouvoirs et les obligations des sociétés d'accès aux soins communautaires et définit les pouvoirs du ministre de la Santé et des Soins de longue durée relativement à ces sociétés.
<i>Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé</i>	Crée le Conseil ontarien de la qualité des services de santé, interdit la médecine à deux vitesses, la surfacturation et les frais modérateurs et fournit un cadre pour les ententes sur la responsabilisation et la publication de directives de conformité.
<i>Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (annexe A de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la santé)</i>	Énonce les règles régissant la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels sur la santé par les dépositaires de renseignements sur la santé et certaines autres personnes.
<i>Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins (annexe B de la Loi de 2004 sur la</i>	Protège la confidentialité des renseignements faisant l'objet d'une discussion au sein d'un comité de la qualité

<b>Lois</b>	<b>Description</b>
<i>protection des renseignements sur la santé)</i>	des soins dûment nommé.
<i>Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local</i>	L'objet de cette loi est d'améliorer l'accès aux services de soins de santé, à des soins de santé coordonnés et à une gestion efficace du système de santé à l'échelle locale. La loi crée 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé, dont les objets comprennent la planification, le financement et l'intégration du système de santé local par l'entremise des fournisseurs de services de santé.
<i>Loi de 2007 sur l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé</i>	Établit l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé et en énonce les objets et les pouvoirs.
<i>Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée</i>	Cette loi, qui est entrée en vigueur le 1 <sup>er</sup> juillet 2010, régit tous les foyers de soins de longue durée et pas uniquement les foyers municipaux et autochtones. La <i>Loi sur les établissements de bienfaisance</i> , la <i>Loi sur les foyers pour personnes âgées</i> et les <i>maisons de repos</i> et la <i>Loi sur les maisons de soins infirmiers</i> ont été abrogées au moment de l'entrée en vigueur de cette loi.
<i>Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous</i>	Oblige les organismes de soins de santé (définis comme étant les hôpitaux publics et les autres organismes pouvant être régis par les règlements) à créer des comités de la qualité, à élaborer un plan d'amélioration de la qualité, à réaliser des sondages visant à recueillir des renseignements sur la satisfaction à l'égard des services qu'ils fournissent, à instaurer un processus de relations avec les patients et à produire une déclaration des valeurs pour les patients. Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé, créé en vertu de la <i>Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé</i> , est maintenu en place aux termes de la loi.
<i>Loi de 2010 sur la sécurité et la sensibilisation en matière de stupéfiants</i>	Permet au ministre et (ou) au directeur général nommé en vertu de la <i>Loi sur le</i>



Lois	Description
	<p><i>régime de médicaments de l'Ontario</i> de contrôler, d'analyser, de recueillir et de divulguer des renseignements, y compris des renseignements personnels, liés à la prescription et à la délivrance de médicaments contrôlés.</p> <p>La majorité des dispositions de cette loi doit encore être promulguée.</p>
<p><i>Loi Katelyn Bedard de 2010 sur le Mois de la sensibilisation au don de moelle osseuse</i></p>	<p>Désigne le mois de novembre de chaque année comme étant le Mois de la sensibilisation au don de moelle osseuse.</p>
<p><i>Loi sur l'assurance-santé</i></p>	<p>Établit un mécanisme de paiement des services de santé publics (l'Assurance-santé de l'Ontario – l'« Assurance-santé ») offerts à tous les résidents de l'Ontario, dont la majorité doit être couverte en vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>. Définit également le système de vérification et de recouvrement des paiements effectués en vertu de cette loi.</p>
<p><i>Loi sur l'immunisation des élèves</i></p>	<p>Oblige les parents à s'assurer que les enfants d'âge scolaire reçoivent certains vaccins, sous réserve d'exceptions d'ordre médical et religieux ou éthique et permet aux médecins hygiénistes d'ordonner la suspension des élèves qui ne reçoivent pas de vaccins.</p>
<p><i>Loi sur l'interchangeabilité des médicaments et les honoraires de préparation</i></p>	<p>Établit un modèle de déclaration des médicaments interchangeables les uns avec les autres (par exemple, lorsque des médicaments génériques peuvent être déclarés comme étant interchangeables avec des produits de marque).</p>
<p><i>Loi sur la fluoration</i></p>	<p>Fournit un cadre législatif permettant aux municipalités ou aux conseils locaux d'établir, d'entretenir et d'exploiter ou d'abandonner un système de fluoration par voie de règlements ou en soumettant la question au vote de leurs électeurs.</p>
<p><i>Loi sur la Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie</i></p>	<p>A créé la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, dont le mandat est de réaliser</p>

<b>Lois</b>	<b>Description</b>
	et de promouvoir des programmes de traitement des alcooliques et des toxicomanes. La Fondation a fusionné avec l'Institut psychiatrique Clarke et l'Institut Donwood pour former ce qui est aujourd'hui le Centre de toxicomanie et de santé mentale.
<i>Loi sur la Fondation ontarienne de la santé mentale</i>	Crée la Fondation ontarienne de la santé mentale et en énonce les objets. Cette loi crée également l'ancien Institut psychiatrique Clarke (qui fait maintenant partie du Centre de toxicomanie et de santé mentale).
<i>Loi sur la protection contre les rayons X</i>	Promeut l'utilisation sécuritaire des rayons X et crée la Commission de protection contre les rayons X qui conseille le ministre sur les questions liées à la santé et à la sécurité des rayons X.
<i>Loi sur la protection et la promotion de la santé</i>	Fournit un cadre concernant l'organisation et la prestation de programmes et de services de santé publique, la prévention de la propagation des maladies ainsi que la promotion et la protection de la santé de la population de l'Ontario. Établit et définit les pouvoirs et les obligations des conseils de santé et des médecins hygiénistes locaux et ceux du médecin hygiéniste en chef.
<i>Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies</i>	Régit la délivrance de permis aux pharmacies et les activités de celles-ci.
<i>Loi sur la santé mentale</i>	Porte principalement sur l'examen, l'évaluation et l'admission contre leur gré de personnes souffrant d'un trouble mental dans des établissements psychiatriques.
<i>Loi sur le cancer</i>	Maintient en activité la Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie et le traitement du cancer (maintenant appelée Action Cancer Ontario) et en définit les objets et les pouvoirs.
<i>Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée</i>	Énonce les obligations, les fonctions et les pouvoirs du ministre de la Santé et des Soins de longue durée.



<b>Lois</b>	<b>Description</b>
<i>Loi sur le ministère des Services sociaux et communautaires (articles 11.1 et 12 touchant les programmes et les services de soins de longue durée seulement)</i>	Les dispositions applicables de cette loi permettent au ministre de la Santé et des Soins de longue durée de verser une aide financière directe aux personnes de 16 ans et plus qui ont un handicap, pour qu'elles puissent acheter des biens et des services, et de conclure des ententes sur la prestation de services sociaux et communautaires.
<i>Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario</i>	Énonce les règles concernant les montants que doit payer le ministre aux pharmaciens fournissant des médicaments aux personnes admissibles, les règles concernant l'inscription de médicaments et de produits médicamenteux sur le Formulaire des médicaments de l'Ontario et l'établissement du prix de ces médicaments ainsi que les règles définissant les personnes et les produits médicamenteux admissibles.
<i>Loi sur le Réseau Trillium pour le don de vie</i>	Régit le don de tissus humains aux fins de transplantation ainsi que d'enseignement ou de recherche. La loi crée le Réseau Trillium pour le don de vie afin de coordonner les activités relatives au don de tissus.
<i>Loi sur les ambulances</i>	L'objet de cette loi est d'assurer la présence d'un système équilibré et intégré de services d'ambulances aériennes et terrestres, de services de communications (répartition) et de programmes de bases hospitalières (contrôle de la qualité des soins paramédicaux) en Ontario.
<i>Loi sur les arrêtés extraordinaires relatifs aux établissements de santé</i>	Permet au ministre de suspendre et de révoquer le permis des services ambulanciers, des maisons de soins infirmiers, des hôpitaux privés ainsi que des laboratoires et des centres de prélèvement, et d'en assurer l'exploitation, si le ministre éprouve des doutes importants en ce qui concerne la santé et la sécurité.
<i>Loi sur les centres pour personnes âgées</i>	Régit l'établissement et le financement des centres pour personnes âgées.
<i>Loi sur les établissements de santé</i>	Établit un système de délivrance de permis aux établissements de sorte qu'ils puissent

<b>Lois</b>	<b>Description</b>
<i>autonomes</i>	offrir des services assurés de qualité dans les domaines en demande à un prix équitable pour le ministère (p. ex., les tests de diagnostic).
<i>Loi sur les foyers de soins spéciaux</i>	Fournit un cadre permettant au ministre d'approuver le permis d'un foyer offrant des soins en établissement aux personnes atteintes de maladies mentales graves et de financer l'exploitant de ce foyer.
<i>Loi sur les hôpitaux privés</i>	Régit les activités des hôpitaux privés en Ontario et stipule que personne ne peut utiliser une maison ou tout autre lieu pour en faire un hôpital privé, sauf aux termes d'un permis délivré en vertu de la loi avant le 29 octobre 1973.
<i>Loi sur les hôpitaux publics</i>	Régit et réglemente les affaires liées aux activités et à la gouvernance des hôpitaux publics.
<i>Loi sur les praticiens ne prescrivant pas de médicaments</i>	Réglemente les naturopathes et les praticiens ne prescrivant pas de médicaments.
<i>Loi sur les services aux personnes ayant une déficience intellectuelle (programmes et services de soins de longue durée seulement)</i>	Assure le financement des foyers de groupe, des établissements institutionnels et des services de soutien communautaire pour les personnes ayant une déficience intellectuelle.
<i>Loi sur les services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses</i>	Autorise la mise en place d'un programme de services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses, qui comprend une entente provinciale de partage des coûts avec les municipalités et les bandes indiennes.

**Il est possible d'accéder à toutes les lois en consultant le site**  
**<http://www.e-laws.gov.on.ca>**

Organismes, conseils et commissions	Charges et revenus		
	Prévisions 2011-2012	Chiffres réels provisoires 2010-2011	Chiffres réels 2009-2010 – Dépenses
<b>Action Cancer Ontario <sup>(1)</sup></b>			
Fonctionnement	463 127 500	499 782 800	424 314 192
Recherche	3 226 290	3 200 000	3 215 749
<b>Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé</b>	140 186 600	132 816 100	122 185 518
<b>Comité d'admissibilité médicale</b>	5 000	2 523	5 203
<b>Comité d'évaluation des médicaments</b>	730 000	760 000	759 272
<b>Comité mixte de la liste des prestations</b>	5 000	5 000	1 270
<b>Comités d'étude des professionnels</b>			
Comité d'étude de l'optométrie	10 000	10 000	6 407
Comité d'étude de la podologie	10 000	10 000	9 940
<b>Commission de révision des paiements effectués aux médecins</b>	671 995	374 651	-
<b>Commission du consentement et de la capacité</b>	4 800 700	5 247 600	5 515 009
<b>Commission ontarienne d'examen</b>	3 975 400	7 187 600	6 576 531
<b>Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé</b>	330 200	453 600	916 368
<b>Conseil consultatif des services de santé en français</b>	50 000	33 200	48 767
<b>Conseil ontarien de la qualité des services de santé <sup>(2)</sup></b>	-	6 292 275	4 558 186
<b>Cybersanté Ontario</b>			
Cybersanté Ontario	384 802 200	322 291 100	317 946 920
Cybersanté Ontario – immobilisations	90 000 000	26 788 200	33 702 000
Programmes de technologie de l'information	55 492 000	39 419 000	69 938 161
<b>Fondation ontarienne de la santé mentale</b>			
Fonctionnement <sup>(3)</sup>	-	432 200	423 700
Recherche	3 104 868	2 681 168	2 964 923
<b>Qualité des services de santé Ontario <sup>(2)</sup></b>	36 522 500	-	-
<b>Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)</b>			
Réseau local d'intégration des services de santé d'Érie St-Clair	1 698 769 300	1 765 196 400	1 668 958 827
Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain	1 967 253 300	2 035 565 600	1 924 928 889
Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant	747 171 100	765 328 000	730 947 800
Réseau local d'intégration des services de santé de Mississauga Halton	2 285 537 100	2 365 013 400	2 238 015 871
Réseau local d'intégration des services de santé de Simcoe Nord Muskoka	975 275 400	1 005 831 400	954 319 937
Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington	2 540 943 200	2 596 052 400	2 498 626 842
Réseau local d'intégration des services de santé du Centre	1 176 605 700	1 218 199 600	1 144 292 915
Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est	718 237 300	741 547 400	697 903 607
Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Ouest	1 253 684 700	1 330 460 600	1 236 020 140
Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto	572 905 000	588 389 200	567 666 144
Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est	974 216 800	1 015 338 100	963 078 607
Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest	2 022 662 800	2 093 823 600	1 990 075 613
Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est	4 226 030 900	4 420 026 400	4 188 516 902
Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest	891 312 000	921 326 500	874 496 856
<b>Réseau Trillium pour le don de vie</b>	23 694 300	19 866 100	19 147 200
<b>Secrétariat des conseils de santé</b>			
Comité provisoire de vérification des honoraires de médecins	1 125 700	1 852 321	1 497 998
Commission d'appel et de révision des professions de la santé	1 803 900	2 968 431	2 728 364
Commission d'appel et de révision des services de santé	518 000	852 428	876 899
Organismes de réglementation (28)	8 300	13 730	29 689
Programme ontarien d'aide aux victimes de l'hépatite C	7 300	12 005	12 438

Remarque 1 : Action Cancer Ontario reçoit également des fonds de différents programmes au sein du ministère.

Remarque 2 : En 2011-2012, le Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS) a cessé de fonctionner comme une entité et fait maintenant partie de l'entité juridique nouvellement créée appelée Qualité des services de santé Ontario (QSSO).

Remarque 3 : Les fonds de fonctionnement de la Fondation ontarienne de la santé mentale sont compris dans les fonds de recherche pour l'exercice 2011-2012.

**INFORMATION FINANCIÈRE DU MINISTÈRE**

<b>Tableau 1 : Dépenses prévues du ministère (\$) 2011-2012</b>	
<b>Fonctionnement</b>	45 949 240 260
<b>Immobilisations</b>	1 190 350 000
<b>Total – Ministère</b>	<b>47 139 590 260</b>

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
 Tableau 2 : Sommaire – Fonctionnement et immobilisations par crédit

Crédits et programmes	Prévisions 2011-2012 \$	Variations par rapport aux prévisions de 2010-2011 \$	Variations %	Prévisions 2010-2011* \$	Chiffres réels provisoires 2010-2011* \$	Chiffres réels 2009-2010* \$
<b>CHARGES DE FONCTIONNEMENT ET D'IMMOBILISATIONS</b>						
Programme d'administration du ministère	82 232 800	(273 300)	(0,3)	82 506 100	94 354 713	91 946 035
Programme des politiques de santé et de la recherche	891 325 700	133 888 000	17,7	757 437 700	770 582 700	694 450 694
Programme de cybersanté et de gestion de l'information	583 755 200	(161 460 900)	(21,7)	745 216 100	500 524 400	450 058 590
Programme d'assurance-santé de l'Ontario	17 037 878 300	757 696 500	4,7	16 280 181 800	16 227 072 600	15 697 384 191
Programme de santé publique	702 254 600	(22 012 900)	(3,0)	724 267 500	653 916 200	718 032 649
Réseaux locaux d'intégration des services de santé et fournisseurs de services de santé s'y rattachant	22 050 604 600	(21 797 500)	(0,1)	22 072 402 100	22 856 511 300	21 677 848 950
Programmes provinciaux et intendance	4 984 178 800	1 142 214 000	29,7	3 841 964 800	2 967 131 700	2 644 867 545
Systèmes informatiques	83 248 600	1 794 400	2,2	81 454 200	90 705 000	89 131 303
Programme d'immobilisations dans le domaine de la santé	1 318 915 300	(272 359 900)	(17,1)	1 591 275 200	1 586 024 200	1 452 118 800
<b>TOTAL À VOTER – CHARGES DE FONCTIONNEMENT et D'IMMOBILISATIONS</b>	<b>47 734 393 900</b>	<b>1 557 688 400</b>	<b>3,4</b>	<b>46 176 705 500</b>	<b>45 746 822 813</b>	<b>43 515 838 757</b>
Crédits législatifs	1 932 560	702 973	57,2	1 229 587	1 131 187	182 629
<b>Total du ministère – Charges de fonctionnement et d'immobilisations</b>	<b>47 736 326 460</b>	<b>1 558 391 373</b>	<b>3,4</b>	<b>46 177 935 087</b>	<b>45 747 954 000</b>	<b>43 516 021 386</b>
Redressement de consolidation net – Action Cancer Ontario	17 119 900	8 350 700	95,2	8 769 200	11 055 900	39 552 167
Redressement de consolidation net – Cybersanté Ontario	(48 583 800)	61 574 100	55,9	(110 157 900)	(14 812 800)	(19 883 494)
Redressement de consolidation net et autres redressements – Hôpitaux	(572 225 800)	156 732 200	21,5	(728 958 000)	(815 410 900)	(809 234 459)
Redressement de consolidation net et autres redressements – RLISS	2 766 400	2 021 300	271,3	745 100	(777 200)	(4 515 700)
Redressement de consolidation net et autres redressements – ORNGE	5 959 100	(3 881 000)	(39,4)	9 840 100	20 107 700	12 871 125
Redressement de consolidation net et autres redressements – Financement des collègues	-	1 319 700	100,0	(1 319 700)	(1 589 600)	(2 279 485)
Redressement de consolidation net et autres redressements – Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé	(1 772 000)	7 696 300	81,3	(9 468 300)	2 964 900	(7 362 500)
<b>Total, y compris redressements de consolidation et autres redressements</b>	<b>47 139 590 260</b>	<b>1 792 204 673</b>	<b>4,0</b>	<b>45 347 385 587</b>	<b>44 949 492 000</b>	<b>42 725 169 040</b>
<b>ACTIFS DE FONCTIONNEMENT ET BIENS IMMOBILISÉS</b>						
Programme des politiques de santé et de la recherche	9 400 000	200 000	2,2	9 200 000	8 500 000	4 633 500
Programme de cybersanté et de gestion de l'information	-	(1 000)	(100,0)	1 000	1 000	3 583 155
Programme d'assurance-santé de l'Ontario	1 800 000	250 000	16,1	1 550 000	1 550 000	2 339 103
Programme de santé publique	1 000 000	-	-	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Réseaux locaux d'intégration des services de santé et fournisseurs de services de santé s'y rattachant	58 537 600	(5 610 000)	(8,7)	64 147 600	64 147 600	69 523 263
Programmes provinciaux et intendance	6 457 400	371 000	6,1	6 086 400	5 972 700	4 731 228
Systèmes informatiques	31 847 600	30 083 600	1 705,4	1 764 000	5 405 200	829 142
<b>TOTAL À VOTER – ACTIFS DE FONCTIONNEMENT et BIENS IMMOBILISÉS</b>	<b>109 042 600</b>	<b>25 293 600</b>	<b>30,2</b>	<b>83 749 000</b>	<b>86 576 500</b>	<b>86 639 391</b>

\* Les données du dernier exercice sont redressées afin de refléter les changements relatifs à l'organisation du ministère ou à la structure de ses programmes.  
 Les chiffres réels provisoires correspondent aux données financières figurant dans le Budget de l'Ontario.

# **Annexe I : Rapport annuel 2010-2011**

---

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

## **Vue d'ensemble du ministère de la Santé et des Soins de longue durée**

En 2010-2011, le gouvernement de l'Ontario a réalisé des progrès en ce qui a trait à son engagement de fournir des soins de santé de qualité à tous les Ontariens tout en assurant la viabilité du système aujourd'hui et durant les années à venir.

Il a renforcé le système de soins de santé en améliorant l'accessibilité et en produisant des résultats positifs pour les patients. Le gouvernement a favorisé les soins axés sur les patients qui viennent appuyer les choix de ces derniers et qui promeuvent leur satisfaction.

Le gouvernement a poursuivi sa quête d'une solution de transformation permettant de miser sur un système intégré et axé sur les résultats qui place les patients au cœur de la filière des soins. Parallèlement, il a instauré des politiques et lancé des initiatives visant à rentabiliser davantage l'investissement des précieux dollars que la province affecte aux soins de santé au bénéfice des patients, des familles et des contribuables.

Les mesures collectives que prend le gouvernement permettront en définitive d'appuyer l'amélioration de la viabilité globale et de la solidité future du système de soins de santé. L'accroissement de la valeur et l'amélioration des services ont été rendus possibles en mettant l'accent sur les éléments suivants :

- les patients,
- l'innovation,
- le rendement,
- la qualité,
- la transparence,
- le rendement du capital investi,
- la responsabilité envers les contribuables.

Le principe directeur consiste à fournir des soins et des services appropriés qui répondent aux besoins des patients au moment et à l'endroit où ils en ont le plus besoin. En soutenant des soins de qualité innovants fondés sur des preuves cliniques qui donnent des résultats positifs pour les patients, le gouvernement s'est efforcé de maximiser le rendement de chaque dollar investi dans les soins de santé. En outre, il a pris des mesures visant à accroître la transparence du secteur de la santé et instauré des mesures plus sévères pour maintenir la responsabilisation envers les contribuables. Le gouvernement a continué à bâtir un système de santé auquel les Ontariens peuvent faire confiance et sur lequel ils peuvent compter aujourd'hui et durant de nombreuses années encore.

Les soins de santé constituent un élément important du plan Ontario ouvert sur le monde que le gouvernement a lancé en 2010 afin de renforcer l'économie ontarienne et de créer des emplois en faisant preuve de souplesse, d'adaptabilité et d'ouverture aux possibilités. L'investissement dans les soins de santé de première ligne, l'amélioration de la qualité des soins et le renforcement de la responsabilisation envers les patients s'inscrivent tous dans le cadre du plan Ontario ouvert sur le monde.

Les Ontariens ont depuis longtemps défini les deux priorités dominantes du système de santé de la province :

- l'amélioration de l'accès aux soins de santé familiale pour tous;
- la réduction des temps d'attente dans les salles des urgences.

La réalisation de ces importantes priorités exige la collaboration d'un vaste ensemble d'intervenants afin de favoriser un système bien intégré qui fournit des services adéquats dans des établissements appropriés, que ce soit à domicile, dans la collectivité ou dans un établissement de soins actifs. Les progrès réalisés dans les domaines essentiels de l'amélioration de l'accès et de la réduction des temps d'attente dans les salles des urgences sont liés à la viabilité future du système ontarien de soins de santé. Le gouvernement a élaboré et appuyé un cadre qui favorise le développement de solutions locales, d'options souples et de services innovants en vue de renforcer la solidité du système.

### **AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ FAMILIALE POUR TOUS**

Le gouvernement poursuit la mise en oeuvre d'un certain nombre d'initiatives innovantes, notamment les équipes de santé familiale (ESF), les centres de santé communautaire (CSC) et les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien, afin d'améliorer l'accès et l'expérience des patients. Ce sont des éléments essentiels à la réalisation de l'engagement du gouvernement de fournir des soins de santé familiale à tous les Ontariens.

#### Équipes de santé familiale

Les équipes de santé familiale sont un modèle unique et souple de prestation de soins réunissant des médecins, du personnel infirmier, des diététiciens, des pharmaciens et autres professionnels de la santé qui collaborent afin de fournir des soins complets à un plus grand nombre de patients. Elles constituent un élément important de l'engagement de la province à l'égard de l'accessibilité des services de santé communautaires. Les ESF fournissent des soins à plus de 2,6 millions d'Ontariens, dont environ 516 000 qui n'avaient pas de médecin de famille auparavant. Elles serviront 3 millions d'Ontariens lorsqu'elles seront pleinement déployées.

Le gouvernement a tenu son engagement de mettre sur pied 50 nouvelles ESF d'ici 2011-2012. En 2009, il a annoncé la création de 20 ESF qui sont entrées en activité au début de 2011. En août 2010, il a annoncé la création de 30 nouvelles ESF, qui devraient être fonctionnelles d'ici août 2011.

Depuis 2003-2004, le gouvernement a créé 200 ESF – dont 42 dans le Nord de l'Ontario – qui assurent un meilleur accès aux soins prodigués plus près du domicile des patients. Environ 2 000 médecins et 1 400 autres professionnels de la santé travaillent dans une ESF de la province. Les ESF offrent un modèle qui peut s'adapter sur les plans de la taille, de la structure et de la portée afin de mieux répondre aux besoins locaux et communautaires en matière de santé. Elles fournissent des services de santé efficaces tant en milieu rural qu'en milieu urbain. Les ESF mettent l'accent sur la prise en charge des maladies chroniques, la prévention des maladies et la promotion de la santé et aident à mieux intégrer les services de soins de santé locaux. Elles offrent une démarche tout à fait holistique en matière de soins en raison de la gamme de services et de programmes



qu'elles peuvent offrir. Les ESF jouent en outre un rôle important en servant des patients qui n'avaient auparavant aucun fournisseur de soins de santé familiale.

L'évolution des ESF a grandement contribué au fait que plus d'un million d'Ontariens ont trouvé un médecin de famille depuis 2003. En améliorant l'accès et en aidant les patients à demeurer en meilleure santé, les ESF réduisent la dépendance à l'égard des services des urgences pour la prestation de soins qu'il vaut mieux recevoir dans la collectivité. Comme cela diminue la pression sur les salles des urgences des hôpitaux, les ESF soutiennent également la grande priorité du gouvernement qui consiste à réduire les temps d'attente aux urgences. Ce qui importe encore plus, c'est qu'elles fournissent des soins de qualité aux familles ontariennes au moment et à l'endroit où elles en ont besoin.

### Centres de santé communautaire

Le gouvernement a également amélioré l'accès aux soins de santé familiale au moyen de l'expansion continue des centres de santé communautaire (CSC). En 2003-2004, le gouvernement s'est engagé dans la plus importante expansion des CSC de l'histoire de l'Ontario. La création et le développement de 49 nouveaux CSC et centres satellites, pour un total de 101, a presque doublé le nombre de ces établissements de santé dans la province.

En 2010-2011, le financement des CSC a augmenté de 30,8 millions de dollars, soit 12 pour cent, par rapport à l'exercice précédent. Depuis 2003-2004, le gouvernement a fait passer les dépenses relatives aux CSC de 140,9 à 284,6 millions de dollars, ce qui représente une hausse de 102 pour cent.

Les CSC et les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, qui ont une vocation analogue, offrent un modèle unique de soins primaires axé sur les déterminants sociaux de la santé. Ces centres conçoivent et fournissent un large éventail de soins primaires ainsi que des services de promotion de la santé et de développement communautaire sous un même toit. La promotion d'une saine alimentation, d'une vie active et des jardins communautaires fait partie des programmes qu'offrent les CSC dans toute la province. Ces centres servent souvent des Ontariens aux prises avec des difficultés sociales et économiques qui les empêchent d'accéder aux programmes et aux services. Un rapport récent de l'Association des centres de santé de l'Ontario concluait que l'expansion des CSC en Ontario entraîne une amélioration de la santé des personnes et des familles et des résultats en la matière et résout les inégalités sur le plan de la santé au sein des collectivités.

Environ 490 000 Ontariens recevront des services d'un CSC lorsque tous les nouveaux centres et centres satellites fonctionneront à pleine capacité. Cela comprend les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones. L'expansion aura permis de donner accès aux services et aux programmes offerts par les CSC à environ 175 000 Ontariens de plus.

### Accès Soins

En février 2009, le gouvernement a annoncé le lancement d'Accès Soins, un nouveau programme d'aiguillage visant à aider les personnes qui n'ont pas de médecin de famille ou d'infirmière ou infirmier praticien en santé familiale à en trouver un. Les Ontariens peuvent

s'inscrire au programme en composant le 1 800 445-1822; les personnes qui ont le plus besoin de soins seront aiguillées vers un médecin en premier. Un site Web permettant aux patients de s'inscrire en ligne a été lancé en juillet 2009 ([www.ontario.ca/accessoins](http://www.ontario.ca/accessoins)).

À ce jour, 55 798 patients (55 pour cent des gens inscrits) ont été aiguillés vers un médecin de famille. Des 7 165 patients vulnérables ou présentant une affection complexe inscrits au programme, 5 384 (75 pour cent) ont été aiguillés vers un fournisseur de soins de santé familiale.

### Soins dentaires

Dans le cadre de la Stratégie ontarienne de réduction de la pauvreté, le gouvernement s'est engagé à verser 45 millions de dollars par année pour permettre aux enfants et aux jeunes de familles à faible revenu d'avoir accès à des soins dentaires. La première étape de cet engagement a été l'élargissement du Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE) en janvier 2010. Le PSDE est administré par le ministère de la Promotion de la santé et du Sport. Le gouvernement a lancé le deuxième volet de la stratégie, le programme Beaux sourires Ontario, le 1<sup>er</sup> octobre 2010. Beaux sourires Ontario est un nouveau programme de soins dentaires de base gratuits qui offre des services préventifs et des traitements dentaires précoces aux enfants et aux jeunes de moins de 18 ans qui viennent d'une famille à faible revenu. Le programme Beaux sourires Ontario est administré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

### Médecins

Les mesures qu'a prises le gouvernement pour augmenter le nombre de médecins travaillant dans la province ont également contribué au fait que, par rapport à 2003, plus d'un million d'Ontariens de plus ont un médecin de famille. En 2009, 2 886 médecins de plus qu'il y a six ans pratiquaient en Ontario. Au cours de cette période, l'augmentation du nombre de médecins pratiquant dans la province s'est faite à un rythme plus rapide que celle de la population, le nombre de médecins passant de 175 par tranche de 100 000 habitants en 2003 à 186 en 2009.

Le gouvernement s'est engagé à fournir l'accès à un médecin de famille à 500 000 Ontariens de plus d'ici 2011-2012. Il a dépassé cet objectif, selon l'Enquête sur l'accès aux soins primaires, qui indiquait qu'en septembre 2010, environ 600 000 Ontariens de plus avaient un médecin de famille par rapport à octobre 2007.

### Formation d'un plus grand nombre de médecins

Le gouvernement a continué d'investir dans l'augmentation du nombre de médecins dans la province en ajoutant 100 nouvelles places en première année de médecine d'ici 2011-2012. Cela s'ajoute à l'augmentation de 23 pour cent de la capacité des écoles de médecine atteinte en 2008-2009, soit une augmentation totale de 38 pour cent depuis 2004-2005.

Trois nouveaux campus d'enseignement de la médecine ont ouvert leurs portes à St. Catharines, Kitchener-Waterloo et Windsor. L'ouverture d'un quatrième est prévue à Mississauga en septembre 2011. L'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO), qui a ouvert ses portes en 2005, a décerné un diplôme à 55 étudiants au printemps 2010. En 2010-2011, elle a ajouté huit nouvelles places en première année de médecine aux

56 existantes, portant à 64 le nombre d'étudiants de premier cycle en médecine chaque année. Dans ses campus de Sudbury et de Thunder Bay, l'EMNO forme actuellement 224 étudiants en médecine dans le Nord. L'EMNO se démarque en mettant l'accent sur l'état de santé des membres des collectivités rurales et du Nord ainsi que les défis et les avantages que ces milieux comportent pour les fournisseurs de soins de santé qui y travaillent.

Le gouvernement a également augmenté de 160 pour cent le nombre total de places en études postdoctorales dans le domaine de la médecine familiale en créant 326 nouvelles places. La première étape de cet élargissement a permis d'augmenter le nombre de postes de résidents en médecine familiale de 75 pour cent de 2004-2005 à 2007-2008. La deuxième étape est en cours et entraînera la création de 175 nouveaux postes en médecine familiale d'ici 2013-2014.

L'augmentation du nombre de postes de résidence spécialisée se fera durant la période allant de 2011-2012 à 2016-2017. Cela entraînera l'ajout de 75 nouveaux postes de formation spécialisée, ce qui représente une augmentation de 83 pour cent dans ce domaine depuis 2003-2004.

En tout, 4 093 résidents suivaient une formation financée par le gouvernement en 2010-2011, contre 2 269 en 2003-2004.

#### Diplômés internationaux en médecine (DIM)

Le gouvernement a également amélioré l'accès aux soins de santé de qualité pour les Ontariens en offrant aux diplômés internationaux en médecine (DIM) d'autres occasions d'exercer leur profession dans la province. Actuellement, l'Ontario offre plus de postes de formation et d'évaluation aux DIM que toutes les autres provinces réunies. En 2010-2011, le gouvernement a dépassé son objectif et a offert 219 postes de formation et évaluations à des DIM. Depuis 2004, la province a doublé le nombre de places offertes aux DIM, qui sont passées de 90 à 200 par année.

En 2009, plus de 6 050 DIM pratiquaient en Ontario, soit près de 25 pour cent du corps médical de la province. Les efforts du gouvernement ont mené à l'intégration réussie des DIM au corps médical grâce à des possibilités supplémentaires de formation et d'évaluation. Le 1<sup>er</sup> novembre 2010, 794 DIM occupaient un poste de formation et étaient en évaluation, tous ayant conclu une entente d'obligation de service postdoctoral (OSP). L'OSP oblige le DIM à accepter de travailler pendant une période déterminée dans une collectivité donnée.

Les investissements dans les programmes de soutien des DIM ont augmenté de plus de 500 pour cent, passant de 16 millions de dollars en 2003-2004 à environ 83 millions de dollars en 2010-2011.

#### Médecins travaillant au sein d'équipes

Un nombre croissant de médecins de la province travaillent au sein d'équipes pour fournir des soins de santé familiale aux Ontariens. De 2003-2004 à 2009-2010, le nombre de ces médecins est passé de 2 370 à 7 080. Quelque 9,2 millions d'Ontariens recevaient des

soins de médecins exerçant au sein d'un groupe en mars 2010, soit 7,9 millions ou 600 pour cent plus de patients qu'en mars 2004.

### Personnel infirmier

Reconnaissant le rôle important du personnel infirmier tout au long de la filière des soins au sein du système de santé de la province, le gouvernement a lancé de nombreuses initiatives depuis 2003. Les principales sont les suivantes :

- la Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers, qui fait de l'Ontario l'un des rares endroits au monde à garantir une possibilité d'emploi à temps plein à chaque infirmière et infirmier qui obtient son diplôme. Depuis 2007, plus de 9 800 nouveaux diplômés en soins infirmiers ont participé à cette initiative;
- le financement de l'embauche de 1 200 infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) dans des foyers de soins de longue durée, avec au moins une nouvelle ou un nouvel IAA dans chaque foyer;
- le financement de 1 202 nouveaux postes d'infirmières et infirmiers à temps plein dans les hôpitaux ontariens;
- le financement de la formation d'infirmières et infirmiers en soins aux malades en phase critique dans les hôpitaux de la province. Plus de 1 100 infirmières et infirmiers ont reçu du financement visant à les aider à assumer les coûts de formation dans ce domaine. Les investissements effectués en 2010-2011 ont appuyé la formation de 395 infirmières et infirmiers supplémentaires;
- l'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers fondées sur des preuves cliniques afin de verser des allocations pour frais d'études et des bourses et de définir des stratégies de recrutement et de maintien en poste par l'entremise de l'Initiative de formation en soins infirmiers;
- le soutien des frais de scolarité des infirmières et infirmiers qui désirent retourner dans les collectivités rurales, éloignées ou insuffisamment servies. Le programme a permis de rembourser les frais de scolarité de plus de 270 diplômés en soins infirmiers;
- le financement de la création de plus de 5 000 postes d'infirmières et infirmiers dans les hôpitaux ontariens.

Le gouvernement a financé la création de plus de 10 000 postes en soins infirmiers en Ontario depuis 2003. Plus de 1 000 postes ont été créés en 2010-2011. Depuis 2005, il y a plus de nouveaux diplômés en soins infirmiers qui obtiennent un emploi à temps plein en Ontario que dans les autres provinces et territoires.

Le pourcentage d'infirmiers et infirmières travaillant à temps plein en Ontario a augmenté de 14,4 pour cent depuis 2003; 63,9 pour cent du personnel infirmier a déclaré occuper un emploi à temps plein en 2009-2010. Le gouvernement a demandé aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de définir des stratégies de planification des ressources humaines en soins infirmiers et de mettre en oeuvre les pratiques exemplaires

et les outils existants en cette matière en vue de se rapprocher d'un taux de 70 pour cent d'infirmières et infirmiers employés à temps plein.

#### Cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien (cliniques DPIP)

En 2007, le gouvernement a annoncé la mise en place d'un nouveau modèle de prestation de soins mettant les infirmières et infirmiers praticiens à la tête d'une équipe interprofessionnelle réunissant des infirmières et infirmiers autorisés, des médecins de famille et plusieurs autres professionnels de la santé qui travaillent en collaboration afin d'offrir une gamme de services contribuant à la bonne santé des patients. Les cliniques DPIP offrent une option supplémentaire en matière de prestation de soins de haute qualité accessibles dans les collectivités. Elles mettent l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et le soutien des soins intégrés, souvent auprès de personnes qui n'avaient pas accès à un fournisseur de soins de santé primaires auparavant.

À la suite du lancement d'un projet pilote de clinique dirigée par du personnel infirmier praticien à Sudbury, 25 nouvelles cliniques DPIP ont été annoncées, dont 8 dans des collectivités du nord de l'Ontario. En mars 2011, six cliniques DPIP ont ouvert leurs portes. Elles reçoivent depuis des patients dans les collectivités suivantes :

- Belle River (canton de Lakeshore),
- Belleville,
- Thunder Bay,
- Barrie,
- Glengarry,
- le comté d'Essex.

L'objectif est de rendre pleinement fonctionnelles toutes les cliniques DPIP restantes, disséminées un peu partout dans la province, d'ici la fin de 2012.

Afin de soutenir ce nouveau modèle de prestation de soins, le gouvernement a simultanément augmenté le nombre de places pour la formation d'infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires. Le gouvernement investit plus de 6 millions de dollars chaque année dans la formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins primaires, ce qui a permis de faire passer le nombre de places de 75 à 176. Cette hausse assure un nombre suffisant d'infirmières et infirmiers praticiens spécialisés en soins de santé primaires en Ontario.

#### Amélioration de l'expérience du personnel infirmier

Depuis 2004, le gouvernement a offert à plus de 15 000 infirmières et infirmiers la possibilité de travailler plus longtemps en occupant des postes moins exigeants sur le plan physique grâce à l'Initiative de maintien en poste du personnel infirmier chevronné. L'investissement de 80 millions de dollars sur sept ans permet au personnel infirmier chevronné de rester actif plus longtemps et de partager son expertise.

Le gouvernement a financé 19 000 nouveaux soulève-lits et du matériel de sécurité dans les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée afin d'améliorer les conditions de travail des infirmières et infirmiers.

Le gouvernement a apporté son soutien au mentorat des nouveaux diplômés en soins infirmiers grâce à la Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers et a créé de nouveaux débouchés afin d'aider le personnel infirmier chevronné à appliquer ses connaissances et ses compétences dans le cadre d'une transition stimulante vers de nouveaux rôles en ce domaine.

L'Ontario est devenu la première province à financer l'achat de matériel de simulation clinique pour mieux préparer les étudiants en soins infirmiers à s'engager dans la pratique clinique. Le gouvernement a investi dans la formation spécialisée de 395 infirmières et infirmiers en soins aux malades en phase critique afin qu'ils soient en mesure de fournir de meilleurs soins aux patients grièvement blessés et gravement malades.

### Autres professionnels de la santé

#### Sages-femmes

Le gouvernement a continué d'élargir l'accès aux sages-femmes pour des milliers d'Ontariennes. En 2010-2011, la province a financé les services de 59 sages-femmes supplémentaires. Le Programme ontarien de coordination des services de sages-femmes a vu son financement augmenter de plus de 276 pour cent depuis sa création, passant de 23,7 millions de dollars en 2002-2003 à 89 millions de dollars en 2010-2011. L'Ontario a également accru les possibilités de formation grâce au Programme de formation des sages-femmes en augmentant le nombre de places offertes de 60 à 90 depuis 2008-2009.

La province comptait 526 sages-femmes autorisées à la fin de février 2011, ce qui en fait le chef de file de ce type de services avec plus de la moitié des sages-femmes canadiennes. À l'heure actuelle, les sages-femmes ontariennes dispensent des services à environ 15 500 femmes et nouveau-nés chaque année.

#### Adjoins au médecin (AM)

Le gouvernement a lancé l'Initiative ontarienne de recrutement d'adjoins au médecin en 2006. Les AM, sous la direction d'un médecin superviseur, peuvent consigner les antécédents médicaux et examiner des patients, offrir des conseils sur les soins de santé préventifs et réaliser certaines interventions diagnostiques et thérapeutiques que leur délègue le médecin. Le 4 janvier 2011, 80 AM travaillaient dans plus de 60 établissements en Ontario dans le cadre de projets pilotes ou à titre de nouveaux diplômés. Ces AM travaillent dans des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée, des centres de soins aux diabétiques, des centres de santé communautaire et des équipes de santé familiale.

De plus, un programme destiné aux AM qui sont aussi diplômés internationaux en médecine (DIM) a été lancé en janvier 2010. Au printemps 2010, 14 participants à ce programme ont commencé à travailler à titre d'AM. Depuis 2007, 53 AM DIM ont achevé ce programme d'intégration.



Les contrats de la majorité des adjoints au médecin participant à l'Initiative étaient en vigueur jusqu'en mars 2011 et au-delà. Les résultats des évaluations menées dans les établissements participant au projet pilote des AM éclaireront les décisions à venir sur le rôle des AM au sein du système de soins de santé.

En 2008, l'Université McMaster a créé le premier programme de formation d'AM en Ontario. Les 21 premiers étudiants ont achevé le programme de deux ans du Baccalauréat en sciences de la santé (adjoint au médecin) en août 2010. En juillet 2010, le gouvernement a lancé une initiative de subventions de soutien des débouchés pour ces nouveaux AM diplômés dans les domaines prioritaires, tels que les salles des urgences des hôpitaux et les soins primaires.

Un autre programme de formation des AM a été créé en janvier 2010 grâce à la collaboration de l'Université de Toronto, de l'École de médecine du Nord de l'Ontario et du Michener Institute for Applied Health Sciences.

#### Radiothérapeutes spécialistes cliniques (RSC)

En 2007, la province a lancé le Projet pilote des services de radiothérapeutes spécialistes cliniques grâce à la création de cinq postes dans les centres régionaux de cancérologie des hôpitaux Sunnybrook et Princess Margaret. Les RSC sont des technologues en radiation médicale ayant reçu une formation supplémentaire afin de fournir des soins plus spécialisés. Ce nouveau rôle consiste à contribuer à la réduction des temps d'attente et à optimiser le fonctionnement des appareils de radiothérapie grâce à des professionnels pleinement qualifiés.

Le 4 janvier 2011, huit RSC travaillaient dans les centres de cancérologie ontariens. Les résultats des évaluations du projet pilote éclaireront les décisions à venir sur le rôle des RSC.

#### Stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé

ProfessionsSantéOntario est la stratégie provinciale des ressources humaines dans le domaine de la santé qui vise à faire en sorte que les Ontariens aient accès à une variété et à un nombre adéquats de fournisseurs de soins de santé aujourd'hui comme demain. La stratégie a permis de soutenir la création et l'élargissement de nouveaux rôles parmi les fournisseurs de soins de santé, dont les AM et les RSC. ProfessionsSantéOntario a en outre créé de nouveaux rôles pour le personnel infirmier, notamment les suivants :

- les infirmières et infirmiers autorisés à effectuer des sigmoïdoscopies flexibles;
- les infirmières et infirmiers autorisés – premières assistantes et premiers assistants en chirurgie;
- les infirmières et infirmiers praticiens avec formation spécialisée en anesthésie.

L'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario est la pierre angulaire de la stratégie ProfessionsSantéOntario du ministère.

Le mandat principal de l'Agence comprend les activités suivantes :

- recruter, aux échelons provincial, national et international, des professionnels de la santé afin qu'ils pratiquent en Ontario;
- attirer des personnes vers le domaine des soins de santé en Ontario;
- aider les professionnels de la santé et autres personnes intéressées à déterminer les exigences auxquelles il faut satisfaire pour fournir des soins de santé en Ontario et les façons d'y parvenir;
- encourager les professionnels de la santé qui exercent actuellement en Ontario à continuer de travailler dans la province;
- travailler avec les collectivités ontariennes afin qu'elles augmentent les efforts de recrutement et de maintien en poste des professionnels de la santé en vue de satisfaire à leurs besoins en matière de santé;
- sensibiliser les Ontariens aux services et aux initiatives du ministère qui visent à améliorer l'offre et la répartition des professionnels de la santé dans la province.

### Hôpitaux

Le gouvernement a considérablement augmenté ses investissements dans les hôpitaux de l'Ontario. Le financement des hôpitaux est passé de 10,9 milliards de dollars en 2003-2004 à 16,3 milliards de dollars en 2010-2011. Il a augmenté de 4,7 pour cent en 2010-2011 par rapport à l'année précédente. Cela comprend une hausse de 1,5 pour cent du financement de base du secteur hospitalier.

Les RLISS sont responsables de la coordination de la prestation des services de santé dans leurs régions géographiques. Ils ont négocié avec succès des ententes sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers, d'abord pour une période de deux ans prenant fin en 2009-2010, puis les ont prolongées jusqu'en 2010-2011.

### Renouvellement de l'infrastructure hospitalière

ReNouveau Ontario, un plan quinquennal d'investissement de 30 milliards de dollars, prévoit une enveloppe de 5 milliards de dollars pour les projets de soins de santé. En 2010-2011, 40 grands projets d'infrastructure hospitalière étaient en cours de construction, dont 12 ont été achevés pendant l'exercice.

En portant la part gouvernementale des coûts de construction admissibles à 90 pour cent et celle des coûts de planification admissibles à 100 pour cent, la province verse plus de un milliard de dollars pour accroître son soutien au renouvellement de l'infrastructure hospitalière de l'Ontario.

Le gouvernement a également soutenu le réaménagement et l'agrandissement des centres de cancérologie en Ontario.

### Stratégie des soins aux malades en phase critique

La Stratégie des soins aux malades en phase critique de l'Ontario comprend plusieurs initiatives de base visant à améliorer l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci et à renforcer l'intégration du système de santé. Cela inclut la quantification des ressources existantes en



soins aux malades en phase critique dans la province et la détermination de la façon dont on les utilise. Ces données essentielles sont actuellement recueillies à l'aide du Système d'information sur les soins aux malades en phase critique. Elles constituent la source de renseignements la plus complète en ce qui a trait à l'accès aux soins aux malades en phase critique, à la qualité des soins et aux résultats pour les malades en phase critique en Ontario.

La stratégie provinciale a mené à la mise en place d'un système de soins aux malades en phase critique mieux intégré et coordonné, plus facile d'accès, mieux compris et soutenu par des cliniciens, des administrateurs et des planificateurs engagés qui travaillent à l'amélioration du système.

Les réalisations dans le secteur des soins aux malades en phase critique comprennent ce qui suit :

- un investissement de 45 millions de dollars visant à renforcer la capacité en matière de soins aux malades en phase critique – y compris l'ajout de 86 lits dans l'unité de soins intensifs de 35 hôpitaux de la province;
- des équipes d'intervention auprès des malades en phase critique, actives dans 27 hôpitaux et quatre centres hospitaliers universitaires pédiatriques, ont fourni des soins à ces malades à l'extérieur des unités de soins intensifs dans l'un ou l'autre des services de l'établissement. Cela a permis d'éviter des admissions dans les unités de soins intensifs ou de diminuer la longueur des séjours;
- au cours des quatre dernières années, plus de 100 équipes d'encadrement des soins aux malades en phase critique ont été déployées dans près de 70 hôpitaux de la province. Ces équipes soutiennent les établissements dans des domaines de rendement clés, notamment le flux des patients et la gestion des unités de soins intensifs;
- le gouvernement a créé le Programme de gestion du désengorgement des urgences et soutenu la mise au point d'outils et de ressources permettant aux hôpitaux d'activer leurs plans de désengorgement en collaboration avec leurs partenaires du RLISS.

## **RÉDUIRE LES TEMPS D'ATTENTE**

Le gouvernement a continué à miser sur son plan d'ensemble en vue de permettre aux Ontariens ayant besoin de soins actifs d'y accéder rapidement dans les salles des urgences (SU) des hôpitaux. Il a investi des sommes importantes dans un certain nombre d'initiatives coordonnées afin d'offrir aux Ontariens des options appropriées de soins de santé dans une gamme d'établissements, de sorte que les SU ne servent pas de point d'entrée par défaut dans le système de soins de santé. Le gouvernement continue en outre à améliorer la prestation des soins dans les SU afin de réduire les temps d'attente et de favoriser les congés rapides ainsi que la prestation de soins appropriés dans la collectivité.

Les Ontariens ont indiqué à plusieurs reprises que la réduction des temps d'attente dans les SU est une priorité pour eux. Le gouvernement les a écoutés et a pris des mesures importantes en vue d'améliorer le rendement des SU. Une stratégie coordonnée visant à s'attaquer à la réduction des temps d'attente dans les SU a été lancée en 2008-2009. Elle

comprenait des incitatifs sous forme de financement axé sur les résultats ciblant les 46 hôpitaux ontariens qui éprouvaient le plus de difficulté. En 2010-2011, le gouvernement a investi 100 millions de dollars en vue d'étendre le Programme de financement axé sur les résultats à un total de 71 hôpitaux.

Les autres mesures de soutien visant à aider les hôpitaux à réduire les temps d'attente dans les SU comprennent ce qui suit :

- en 2010-2011, le gouvernement a versé 9,3 millions de dollars à 16 municipalités dans le cadre de l'Initiative d'affectation du personnel infirmier aux soins des patients arrivant en ambulance;
- un programme d'amélioration des processus des SU, qui comprend des équipes d'encadrement et des outils visant à aider certains hôpitaux à améliorer les processus et le flux des patients dans les salles des urgences;
- des fonds permettant d'intégrer des adjoints au médecin dans les SU;
- le lancement en février 2009 d'une initiative nord-américaine unique en son genre qui fixe des objectifs clairs de réduction du temps d'attente total des patients dans les SU. Les hôpitaux déclarent les temps d'attente dans leurs SU et les données sont affichées sur un site Web accessible au public. Les Ontariens ont toujours accès aux renseignements sur leur SU locale à l'adresse [www.ontariowaittimes.com](http://www.ontariowaittimes.com).

#### Soutien des solutions de rechange aux salles des urgences

La réduction des temps d'attente dans les SU est une question complexe qui repose sur l'offre d'options de soins de santé tout au long du continuum de soins. Le gouvernement a continué d'investir afin d'aider les Ontariens à déterminer les options de soins de santé qui leur sont offertes dans leurs collectivités, telles que les cliniques sans rendez-vous, les équipes de santé familiale ou les centres de soins d'urgences, comme solutions de rechange adéquates aux SU. Le site Web Vos options de soins de santé offre un point d'accès unique en ligne où les Ontariens peuvent trouver le service de soins de santé dont ils ont besoin en inscrivant leur code postal. Ce site Web, [www.ontario.ca/optionsdesoinsdesante](http://www.ontario.ca/optionsdesoinsdesante), présente aux Ontariens des renseignements sur la façon d'accéder aux services appropriés dans leur collectivité, près de leur domicile.

Le gouvernement a continué d'investir dans un certain nombre d'initiatives stratégiques visant à désengorger les SU, dont les suivantes :

- le financement des RLISS afin qu'ils trouvent des solutions locales en vue de résorber les pressions liées aux autres niveaux de soins en offrant des options communautaires appropriées qui permettent aux personnes n'ayant plus besoin de soins actifs de recevoir un congé rapide de l'hôpital. Environ 20 pour cent des lits de soins actifs dans les hôpitaux ontariens sont occupés par des patients qui attendent des services communautaires de soutien afin de pouvoir réintégrer leur domicile ou d'être transférés dans un autre milieu, comme un foyer de soins de longue durée;
- l'investissement de 3,5 millions de dollars supplémentaires en 2010-2011 – montant semblable à celui de l'exercice précédent – dans les équipes d'intervention infirmière

afin de fournir des soins rapides et de qualité aux pensionnaires des foyers de soins de longue durée de manière à réduire le nombre de visites évitables aux SU et les réadmissions dans les hôpitaux;

- la prolongation du financement de projets communautaires ciblés dans le but d'aider les Ontariens souffrant de troubles chroniques ou requérant un traitement palliatif à recevoir des soins dans leur collectivité et à éviter les visites aux SU.

### Vieillir chez soi / soins à domicile

En fin de compte, la prestation en temps opportun de soins d'urgence exige une amélioration générale du système de soins de santé. La stratégie innovante Vieillir chez soi de l'Ontario offre un continuum de services communautaires destinés aux personnes âgées et à leurs soignants, qui s'harmonisent avec la priorité de réduction des temps d'attente dans les salles des urgences. Si les personnes âgées peuvent demeurer en santé et vivre de façon autonome et avec dignité chez elles, les pressions qui s'exercent sur le secteur des soins actifs en seront allégées. Vieillir chez soi est une stratégie quadriennale de 1,1 milliard de dollars qui comprend des investissements importants dans les programmes de soins à domicile. En 2010-2011, le gouvernement a investi 330,6 millions de dollars dans les programmes relevant de la stratégie Vieillir chez soi, soit 143,4 millions de plus que durant l'exercice précédent.

Le financement des centres d'accès aux soins communautaires (CASC), qui fournissent des soins à domicile, du soutien à la personne et des services d'aides familiales, a augmenté de 115,9 millions de dollars en 2010-2011. Le financement que le gouvernement octroie aux CASC est passé de 1,2 milliard de dollars en 2003-2004 à 2 milliards de dollars en 2010-2011. Cela représente une hausse de 781 millions de dollars, soit 64,2 pour cent. L'augmentation importante des investissements dans les soins à domicile a permis d'offrir des services à environ 182 000 Ontariens de plus depuis 2003.

### Services communautaires de soutien (y compris les services à l'intention des victimes de traumatismes crâniens et les services d'aide à la vie autonome dans les logements avec services de soutien)

En 2010-2011, le gouvernement a investi 870,8 millions de dollars dans l'ensemble des services communautaires de soutien offerts dans la province.

Ce montant représente une somme de 452,1 millions de dollars de plus qu'en 2003-2004, pour une hausse de plus de 100 pour cent. Les Services communautaires de soutien viennent en aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées afin de leur permettre de vivre chez elles plus longtemps de façon autonome. Les services comprennent les repas à domicile, les services de transport, la relève des soignants et les services d'entretien et de réparation du logement. À l'heure actuelle, environ 767 000 Ontariens en bénéficient.

Le financement des services précisément destinés aux victimes d'un traumatisme crânien s'est élevé à 63,9 millions de dollars en 2010-2011, en hausse de 69,1 pour cent par rapport à 2003-2004. Au cours de l'exercice, le gouvernement a investi 348,8 millions de dollars de plus afin d'aider les Ontariens vivant dans des logements avec services de soutien, ce qui représente une augmentation de 164 pour cent par rapport à 2003-2004.

### Prise en charge des maladies chroniques / soins aux diabétiques

En Ontario, comme dans les pays développés du monde entier, les maladies chroniques constituent la principale cause de décès et d'invalidité. Si elles ne sont pas traitées ou prises en charge adéquatement, les affections chroniques peuvent s'aggraver et prédisposer les personnes qui en souffrent à d'autres maladies chroniques.

Grâce à un traitement et un soutien appropriés, les personnes atteintes de maladies chroniques peuvent améliorer leur santé et leur qualité de vie.

Les investissements dans la prise en charge des maladies chroniques sont également essentiels à la viabilité du système de santé, compte tenu particulièrement du vieillissement de la population. En 2010-2011, le gouvernement a continué d'investir dans des programmes et des services qui ont aidé les Ontariens à prévenir les maladies chroniques et à les prendre en charge. Le gouvernement s'est penché principalement sur le diabète dans le cadre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète (SOLD). On estime à 1,169 million le nombre d'Ontariens ayant reçu un diagnostic de diabète.

En 2010-2011, la SOLD a créé 50 nouvelles équipes de sensibilisation au diabète, portant leur nombre total à 321. Ces équipes sont composées principalement d'infirmières et infirmiers et de diététistes autorisés qui soutiennent les personnes diabétiques ou venant d'apprendre qu'elles le sont en leur offrant des conseils en matière de saine alimentation, de gestion du poids, d'exercice et de glycométrie. Les équipes œuvrent dans divers milieux, notamment les ESF, les CSC et les hôpitaux. En 2009-2010, 51 nouvelles équipes de sensibilisation au diabète ont été mises sur pied, dont 10 dans des collectivités autochtones, population courant un risque élevé d'être atteinte de cette maladie.

La province s'est engagée à verser 741 millions de dollars sur quatre ans pour tirer parti des programmes actuels de lutte contre le diabète et améliorer la santé des Ontariens diabétiques et de ceux qui risquent d'en être atteints, ainsi que les soins de santé qui leur sont fournis. Cet engagement comprend :

- une somme de 290 millions de dollars destinée à mettre en œuvre des initiatives de prévention reposant sur des programmes adaptés à des groupes précis, à coordonner les pratiques exemplaires, à améliorer la prise en charge du diabète, à tirer parti de l'information afin d'améliorer les résultats sur le plan de la santé et à élargir la portée des interventions médicales et des programmes actuels;
- un investissement de 98,1 millions de dollars dans un Registre des cas de diabète, dont l'implantation préliminaire dans un nombre limité d'établissements est prévue pour 2011. Le Registre des cas de diabète, qui recensera les Ontariens diabétiques, est conçu pour aider les fournisseurs de soins de santé à adopter des pratiques exemplaires en matière de traitement du diabète;
- une somme de 220 millions de dollars visant à porter le financement de la Stratégie de prévention de la néphropathie chronique de l'Ontario à 464 millions de dollars en 2010;
- 75 millions de dollars dans le but d'améliorer l'accès à la chirurgie bariatrique. D'ici 2011-2012, la province financera au moins 2 085 opérations par année, pratiquées dans quatre centres d'excellence;

- un financement supplémentaire de 6 millions de dollars destiné à des programmes de prévention, notamment des campagnes de sensibilisation à l'intention des populations à risque élevé, telles que les Autochtones.

L'Ontario est devenu la première province à financer entièrement le coût des pompes à insuline pour les enfants et les jeunes atteints du diabète de type 1. Il y a trois ans, ce financement a été accordé aux adultes atteints du diabète de type 1.

### Soins en fin de vie

Au cours des quatre dernières années, l'Ontario est devenu un chef de file des soins en fin de vie en offrant des choix en matière de soins infirmiers et de services de soutien à la personne aux malades qui vivent leurs derniers jours à domicile ou dans une maison de soins palliatifs. L'Ontario a été la première province canadienne à effectuer un investissement pluriannuel important dans les soins en fin de vie lorsqu'il a mis en œuvre sa stratégie de 115,5 millions de dollars entre 2005 et 2008.

Ce financement a permis à 6 000 Ontariens de plus de recevoir des soins en fin de vie à domicile. La province s'est également engagée à fournir des soins infirmiers et des services de soutien à la personne dans l'environnement chaleureux de plus de 30 maisons de soins palliatifs dans la province.

### Santé mentale et lutte contre les dépendances

En 2010, le gouvernement a reçu deux rapports exhaustifs décrivant la vision d'un système ontarien de santé mentale et de lutte contre les dépendances. En août 2010, le Comité spécial de la santé mentale et des dépendances a présenté son rapport final à l'Assemblée législative. En décembre 2010, le Groupe consultatif ministériel de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances a publié son rapport intitulé *Respect, rétablissement, résilience : Recommandations pour la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de l'Ontario*. Les deux rapports comprennent les commentaires d'Ontariens qui ont été aux prises avec des problèmes de santé mentale et de dépendance. Ces rapports guideront le travail du gouvernement qui poursuit l'élaboration d'une stratégie décennale globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour l'Ontario.

Le gouvernement s'est engagé à accroître et à renforcer le soutien en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour tous les Ontariens et à poursuivre les travaux déjà entrepris afin d'améliorer les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et la collaboration à cet égard afin de mieux répondre aux besoins des enfants, des jeunes, des familles, des adultes et des collectivités.

### Services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances

Les Ontariens qui ont des problèmes de santé mentale et de dépendance ont de la difficulté à accéder aux services et aux programmes communautaires appropriés. Cela les amène à se rendre souvent aux urgences des hôpitaux. Le gouvernement a continué de progresser dans la mise en œuvre de solutions communautaires qui répondent mieux aux divers besoins des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et qui permettent d'alléger le fardeau pesant sur les services des urgences.

Le financement des services communautaires de santé mentale s'est élevé à 723,1 millions de dollars en 2010-2011, ce qui représente une augmentation de 80,9 pour cent par rapport à 2003-2004. Le financement des programmes de lutte contre les dépendances est passé à 172,5 millions de dollars en 2010-2011, en hausse de 49,7 pour cent comparativement à 2003-2004.

En 2009-2010, environ 500 000 Ontariens ont bénéficié des programmes et des services provinciaux de santé mentale et de lutte contre les dépendances, notamment :

- des programmes d'intervention précoce pour les adolescents et les jeunes adultes – qui assurent un soutien et des traitements aux patients qui en sont aux premiers stades de la maladie mentale;
- des lits de refuge en établissement;
- des équipes communautaires de traitements actifs en santé mentale – équipes multidisciplinaires qui offrent du soutien clinique intensif aux personnes atteintes de maladies mentales graves dans leur propre milieu de vie;
- une gestion intensive des cas – soutien continu qui favorise l'autonomie et l'atteinte des objectifs de guérison;
- des programmes d'intervention en cas de crise – permettent d'offrir des services en tout temps aux personnes vivant une crise liée à une maladie mentale afin de réduire la nécessité d'une hospitalisation;
- 2 250 logements avec services de soutien pour les personnes atteintes de maladies mentales.

### Rôle des RLISS

Les 14 RLISS de l'Ontario ont continué de parler au nom des collectivités ontariennes dans la prise de décisions en matière de soins de santé à l'échelon local. Par l'entremise des RLISS, les collectivités locales peuvent maintenant se prononcer sur la façon dont la moitié du budget affecté aux soins de santé en Ontario est dépensée. Les RLISS invitent continuellement les résidents de leur région géographique ainsi que divers fournisseurs locaux de soins de santé à indiquer de quelle façon l'accès aux services de soins de santé locaux et leur intégration pourraient être améliorés.

Le rôle des RLISS consiste en ce qui suit :

- prendre des décisions axées sur les besoins des personnes touchées par ces décisions;
- accroître l'imputabilité à l'échelon local;
- offrir aux partenaires de la collectivité davantage de possibilités de s'exprimer de façon significative;
- soutenir l'élaboration sur le plan local de solutions durables qui conviennent à chaque collectivité.



Les RLISS sont responsables de plus de 2 000 ententes sur la responsabilisation en matière de services avec des fournisseurs de services de santé, qui comprennent :

- des hôpitaux publics et privés;
- des centres d'accès aux soins communautaires;
- des foyers de soins de longue durée;
- des centres de santé communautaire;
- des organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
- des services communautaires de soutien.

Dans le cadre de leurs mandats et de leurs responsabilités, les RLISS veillent à une meilleure intégration et à un meilleur financement des services locaux. Ils optimisent les ressources du système de soins de santé et en facilitent l'accès pour les Ontariens.

## **SOUTIENS HABILITANTS**

### *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*

Le gouvernement a pris des mesures afin de mettre davantage l'accent sur l'amélioration de la qualité et ainsi d'assurer de meilleurs soins aux patients en adoptant la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* (LESPT), qui a reçu la sanction royale le 8 juin 2010. La LESPT témoigne de l'engagement du gouvernement à accroître la qualité et la valeur au sein du système de santé. Elle s'inscrit dans le cadre d'une stratégie générale qui met les patients au premier plan en améliorant la qualité et la valeur de leur expérience. Le soutien et la promotion de soins de santé fondés sur des preuves cliniques font essentiellement partie de cette démarche.

Les changements apportés en vertu de la LESPT sont d'abord centrés sur le secteur hospitalier, mais le gouvernement a l'intention d'appliquer à terme des principes semblables à l'ensemble du système de santé afin d'en améliorer la qualité. La Loi contribuera à renforcer et à appuyer une culture d'amélioration de la qualité en commençant par les hôpitaux. Conformément à la LESPT, tous les hôpitaux de l'Ontario doivent se doter d'un comité sur la qualité des soins, qui relèvera directement du conseil d'administration. Chaque hôpital doit préparer un plan annuel d'amélioration de la qualité qui sera rendu public. La rémunération des cadres des hôpitaux sera liée à l'atteinte des objectifs énoncés dans le plan annuel d'amélioration de la qualité. Grâce à la nouvelle loi, les Ontariens seront davantage en mesure de compter invariablement sur des soins de qualité supérieure fondés sur des preuves cliniques, chaque fois qu'ils ont affaire au système de soins de santé.

### Loi de 2010 sur la responsabilisation du secteur parapublic

Les Ontariens s'attendent à ce que les organismes auxquels sont confiés les deniers publics fassent preuve de responsabilité et de transparence, et ils le méritent. Le 8 décembre 2010, la *Loi de 2010 sur la responsabilisation du secteur parapublic* a reçu la sanction royale. La Loi édicte de nouvelles règles et rehausse les normes de responsabilité pour les hôpitaux, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, les centres d'accès aux soins communautaires et autres organismes désignés du secteur parapublic.

La Loi interdit l'embauche de lobbyistes rémunérés à même les fonds publics et énonce des règles cohérentes et strictes en ce qui concerne le remboursement des dépenses et l'achat de biens et de services.

Au sein du secteur de la santé, les changements obligeront chacun des RLISS et des hôpitaux à remettre un rapport sur son recours aux services d'experts-conseils. Le chef de la direction de chacun des hôpitaux et des RLISS devra également produire un document attestant que son organisme se conforme en tout temps aux dispositions de la Loi. Par ailleurs, la Loi étend également aux hôpitaux l'application des mesures législatives sur l'accès à l'information.

L'accroissement de la transparence et de la responsabilité constitue un élément clé du plan gouvernemental Ontario ouvert sur le monde et la nouvelle loi aidera les partenaires du système de santé et autres organismes du secteur parapublic à atteindre cet objectif.

### Cybersanté

Il demeure essentiel que l'Ontario maximise le potentiel de la cybersanté afin d'optimiser le fonctionnement et l'intégration du système de santé provincial aujourd'hui comme demain. cyberSanté Ontario a été lancé le 29 septembre 2008 en tant qu'organisme de services opérationnels chargé de diriger la mise en œuvre d'une stratégie de cybersanté coordonnée qui aboutira à la création d'un dossier de santé électronique pour les Ontariens d'ici 2015. Un investissement d'environ 1,7 milliard de dollars est prévu de 2011-2012 à 2013-2014 pour faire progresser les initiatives de cybersanté, modernisant ainsi davantage l'infrastructure de soins de santé de la province.

La création d'un dossier de santé électronique (DSE) permettra de faciliter le partage des renseignements sur la santé, d'améliorer les soins aux patients et de créer un système de soins de santé plus efficace et efficient.

Dans le cadre de la création d'un DSE, l'Ontario a décidé de concentrer ses efforts sur deux initiatives précises :

- un registre des cas de diabète qui aidera les personnes diabétiques et leurs fournisseurs de soins de santé à surveiller et à prendre en charge plus efficacement la maladie afin de réduire les complications et les coûts connexes;
- un système de gestion des médicaments qui permettra de gérer les médicaments d'ordonnance en ligne afin de minimiser les réactions anormales aux médicaments qui peuvent être évitées.

Voici quelques-unes des réalisations de l'Ontario à ce jour en matière de cybersanté :



- des médecins représentant plus de cinq millions d'Ontariens se sont inscrits au programme de dossiers de santé électroniques qui est dirigé en partenariat par la province et l'Ontario Medical Association;
- plus de 100 000 consultations médicales à distance ont été effectuées grâce à la télémédecine en 2010-2011;
- depuis 2008, 80 000 Ontariens ont participé à un projet pilote de prescription électronique, qui contribuera à sauver des vies;
- tous les hôpitaux ontariens ont pris le virage numérique et utilisent maintenant des appareils diagnostiques numériques, tandis que la moitié des hôpitaux sont actuellement connectés à des répertoires régionaux permettant le partage d'images avec d'autres hôpitaux qui y sont également branchés;
- le Visualiseur des profils pharmaceutiques des patients (VPPP) permet aux fournisseurs de soins de santé autorisés de 245 établissements hospitaliers ontariens de consulter en tout temps les antécédents pharmaceutiques de 2,5 millions de bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO);
- le Système de transfert d'images pour les urgences neurochirurgicales (STIUN), qui permet aux neurochirurgiens de visualiser des images à distance à des fins de consultation d'urgence afin de prendre de meilleures décisions, a permis d'éviter plus de 1 500 transferts de patients.

## **AUTRES RÉALISATIONS**

### **Dépistage et prévention du cancer**

Au cours des six dernières années, le gouvernement a mis en place un certain nombre d'initiatives de dépistage du cancer qui ont permis de protéger et de sauver la vie d'Ontariens. Ces réalisations comprennent :

- le lancement du premier programme provincial organisé de dépistage du cancer colorectal au Canada pour lutter contre la deuxième forme de cancer la plus mortelle au pays. Le programme quinquennal de dépistage d'une valeur de 193,5 millions de dollars a débuté en 2007-2008. Il a permis d'effectuer plus de 1,3 million de tests de recherche de sang occulte dans les selles. Il a financé environ 115 000 coloscopies de plus en Ontario sur une période de cinq ans;
- l'arrivée en septembre 2007 d'un vaccin gratuit visant à protéger les jeunes filles contre le virus du papillome humain (VPH), la principale cause du cancer du col de l'utérus;
- l'élargissement du programme provincial de dépistage du cancer du sein, qui a financé 332 600 examens de plus et ajouté 53 nouveaux sites de dépistage du cancer du sein en Ontario depuis 2003-2004, pour un total de 153 emplacements en septembre 2010.

## Réforme du régime de médicaments

Le 7 avril 2010, le gouvernement a annoncé qu'il prenait des mesures afin de réformer plus en profondeur le régime de médicaments d'ordonnance en vue d'améliorer l'accès des patients aux médicaments génériques moins chers. Les modifications ont également pour effet d'accroître le financement versé aux pharmaciens afin de les rémunérer directement pour les services cliniques qu'ils offrent aux Ontariens. Un financement supplémentaire a aussi été octroyé aux pharmacies des régions rurales et insuffisamment desservies de la province. Les modifications réglementaires, qui relèvent de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario* et de la *Loi sur l'interchangeabilité des médicaments et les honoraires de préparation*, sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2010.

Elles entraîneront une diminution des prix des médicaments pour les Ontariens au cours des deux prochaines années. Chaque dollar que le gouvernement économisera grâce au prix réduit des médicaments génériques sera investi de manière à faciliter l'accès à de nouveaux produits médicamenteux et à améliorer le système de soins de santé.

L'Ontario a également procédé à diverses autres réformes importantes du régime de médicaments depuis l'adoption de la *Loi de 2006 sur un régime de médicaments transparent pour les patients*. Ces réformes sont les suivantes :

- de nouveaux processus permettant à l'Ontario d'examiner rapidement les nouveaux médicaments aux fins du financement;
- l'ajout, le 6 janvier 2011, de 171 nouveaux médicaments, représentant 1 097 produits, étoffe le Formulaire (y compris les nouveaux médicaments financés en vertu du Programme d'accès exceptionnel) depuis 2006;
- la transparence accrue du régime de médicaments attribuable à la publication sur le Web des recommandations concernant le financement des médicaments, ainsi qu'à la participation du public aux examens du financement des médicaments et au dialogue sur les questions de politiques complexes en matière de médicaments;
- la création d'un cadre de financement des médicaments contre les maladies rares;
- la réduction et la prévention de l'usage abusif et du détournement de stupéfiants d'ordonnance et des substances contrôlées, grâce à la mise en œuvre d'une stratégie exhaustive en matière de stupéfiants;
- le lancement de MedsCheck le 1<sup>er</sup> avril 2007. Il s'agit du premier service du genre au Canada qui permet à tous les Ontariens atteints de maladies chroniques qui prennent trois médicaments ou plus de passer plus de temps avec leur pharmacien. MedsCheck a récemment été élargi afin de venir en aide aux diabétiques, aux pensionnaires de foyers de soins de longue durée et aux personnes qui ont de la difficulté à se rendre à leur pharmacie locale.

Le gouvernement a également investi 1,5 milliard de dollars dans le financement de nouveaux médicaments depuis 2003.

## Santé publique

Au cours des six dernières années, le gouvernement a investi des sommes considérables dans le renouvellement et le renforcement du système de santé publique de la province pour le bien des Ontariens. Voici quelques-unes de ces réalisations :

- l'augmentation du soutien financier à la santé publique dans la province, qui a plus que triplé depuis 2003. Il a atteint 784 millions de dollars en 2010-2011 afin d'accroître la promotion de la santé et la prévention des maladies, y compris l'immunisation et le dépistage, et d'aider l'Ontario à mieux se préparer aux menaces pour la santé comme le SRAS ou la grippe H1N1;
- le lancement de l'Opération Protection de la santé, qui comprend certaines des modifications les plus complètes apportées au système de santé de l'Ontario depuis les années 1980;
- l'indépendance accrue du médecin hygiéniste en chef, qui dispose maintenant de la capacité de rendre directement des comptes au public;
- la création du premier organisme autonome de santé publique en Ontario – l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (AOPPS) – chargé d'offrir des conseils et du soutien scientifique et technique au système de santé et au gouvernement afin de protéger et de promouvoir la santé des Ontariens;
- le lancement, en 2005, du Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP), un système d'information en ligne que les bureaux de santé publique et la province utilisent pour la prise en charge des cas de maladies infectieuses et d'exposition à ces dernières, de la gestion des éclosons et de la déclaration des maladies. Il s'agit de la première étape vers un système intégré pancanadien de surveillance et de gestion des éclosons;
- le transfert de la supervision des petits réseaux d'eau potable par le ministère de l'Environnement le 1<sup>er</sup> décembre 2008. Aux fins de la mise en œuvre complète du programme, les inspecteurs de la santé publique travaillant dans les bureaux locaux de santé publique sont chargés des évaluations des risques propres aux quelque 18 000 petits réseaux d'eau potable de la province. Le programme devrait être entièrement mis en œuvre d'ici le mois de décembre 2011;
- la collaboration avec le secteur de la santé publique à l'élaboration et à la publication des Normes de santé publique de l'Ontario (NSPO) de 2008. Les NSPO ont été élaborées en consultation étroite et permanente avec les représentants du domaine de la santé publique. Elles tiennent compte des preuves actuellement connues et des pratiques exemplaires en santé publique et énoncent les attentes des conseils de santé de l'Ontario en ce qui a trait à la prestation de programmes et de services de santé publique précis;
- la coordination de l'intervention de la province lors de la pandémie de grippe H1N1. Un rapport sur les « leçons retenues » a été publié en décembre 2010; il met en lumière 42 recommandations fondées sur les renseignements recueillis dans le cadre d'un examen portant sur la grippe H1N1, en plus du rapport public du médecin hygiéniste en

chef. Le gouvernement donnera suite aux recommandations formulées dans le rapport au moyen d'une planification continue de la lutte contre la pandémie; ces recommandations feront partie intégrante de la stratégie de renouvellement du plan provincial de lutte contre la pandémie (*Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe*).

### Soins de longue durée

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) et le Règlement de l'Ontario 79/10 (le Règlement), qui ont été édictés le 1<sup>er</sup> juillet 2010, constituent désormais le seul cadre légal permettant d'assurer la protection des droits des pensionnaires, l'amélioration de la qualité des soins et l'accroissement de la responsabilisation des FSLD à l'égard des soins et des traitements dispensés à plus de 75 000 pensionnaires et du bien-être de ces derniers.

La LFSLD et le règlement accroissent également la responsabilisation des FSLD à l'égard des soins et des traitements dispensés à leurs pensionnaires et du bien-être de ces derniers. La Loi prévoit :

- l'amélioration du processus d'évaluation et d'admission;
- une déclaration des droits des résidents améliorée et plus clairement exécutoire;
- le renforcement des exigences relatives à la préparation d'un plan de soins intégré interdisciplinaire pour chaque pensionnaire;
- une politique visant la promotion d'une démarche de tolérance zéro pour prévenir les mauvais traitements et la négligence envers les pensionnaires;
- une « politique de contention minimale » détaillée et complète afin de limiter l'utilisation des mesures de contention;
- des exigences renforcées et uniformes en matière de préparation de rapports;
- la réforme et le renforcement substantiels du système d'inspection de la conformité et d'application de la loi, qui prévoit de nouvelles sanctions adaptées au secteur.

Voici d'autres réalisations relatives aux soins de longue durée depuis 2003 :

- le financement des soins de longue durée est passé de 2,1 milliards de dollars en 2003-2004 à 3,5 milliards de dollars en 2010-2011, ce qui représente une augmentation de 67,7 pour cent;
- un nouveau site Web public est en train d'être créé en 2011 pour fournir des renseignements aux personnes âgées et à leurs familles au sujet des foyers de soins de longue durée et de leurs registres de soins, y compris les rapports d'inspection annuelle;
- la Ligne ACTION 1 800 a été mise en place en janvier 2004. Il s'agit d'une ligne d'information et de plainte sans frais à l'échelle de la province pour les pensionnaires des FSLD et les membres de leur famille;

- un financement a été octroyé aux fins de la création de plus de 600 nouveaux postes d'infirmières et infirmiers dans le but de soutenir l'instauration dans le secteur d'un outil d'« évaluation commune », qui améliore la capacité des soignants à répondre aux besoins des pensionnaires et fournit des données précises pour permettre aux décideurs de mieux surveiller la qualité des soins dispensés aux pensionnaires;
- l'allocation de bien-être a été augmentée pour la première fois en 20 ans (plus de 14 pour cent) en vue d'accroître le revenu discrétionnaire des pensionnaires des FSLD;
- une somme de 107 millions de dollars a été investie sur trois ans pour l'embauche de 1 400 préposés aux services de soutien à la personne qui font partie des 2 500 nouveaux préposés que le gouvernement a promis d'embaucher d'ici 2011-2012;
- une somme de 2,4 millions de dollars a été investie dans la formation de plus de 6 000 employés de première ligne sur la façon de mieux prendre soin des pensionnaires souffrant de démence et de troubles connexes;
- le financement destiné à l'achat d'aliments crus a augmenté six fois depuis 2003, pour une hausse totale de 39 pour cent;
- le nombre d'inspections de FSLD a augmenté de près de 49 pour cent depuis 2003.

#### Réaménagement d'anciens lits / nouveaux lits de soins de longue durée

Le gouvernement a poursuivi la mise en œuvre de la Stratégie de renouvellement des foyers de soins de longue durée consistant à réaménager 35 000 anciens lits au cours des dix prochaines années. Actuellement, 35 exploitants de FSLD procèdent à la phase 1 de la stratégie – approuvée en décembre 2009 – qui prévoit le réaménagement d'environ 4 000 lits.

Quelque 9 000 nouveaux lits de soins de longue durée ont été mis en place en Ontario depuis 2003.

#### Services rapatriés

Le gouvernement a doté la province d'une capacité nouvelle ou accrue de prestation d'un certain nombre de services autrefois financés par le Programme d'approbation préalable des services de santé hors pays. À quelques exceptions près, il coûte beaucoup moins cher de fournir les services en Ontario que de les obtenir à l'étranger. Voici quelques-uns de ces services :

- Chirurgie bariatrique

Une initiative de 75 millions de dollars sur trois ans a été lancée en 2009-2010 afin d'accroître la capacité provinciale de prestation de services bariatriques. Le nombre d'opérations pratiquées en Ontario est passé de 244 en 2007-2008 à plus de 900 en 2009-2010. Les dépenses liées aux interventions bariatriques pratiquées à l'étranger en 2010-2011 devraient se chiffrer aux alentours de 15 millions de dollars, contre 55,4 millions de dollars en 2009-2010.

- Neurochirurgie d'urgence

Une nouvelle stratégie de financement, le programme de transfert d'images pour les urgences neurochirurgicales (PTIUN), est entrée en vigueur au début de 2010. En vertu du PTIUN, une somme de 400 000 \$ a été versée à chacun des 11 centres ontariens de neurochirurgie pour adultes (Hamilton Health Sciences Corporation, l'Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital, l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace de Windsor, l'Hôpital général de Kingston, le London Health Sciences Centre, l'Hôpital St. Michael de Toronto, le Centre Sunnybrook des sciences de la santé, l'Hôpital d'Ottawa, le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, le Centre de santé Trillium de Mississauga et le Réseau universitaire de santé).

L'Ontario vient en outre d'annoncer la mise en place du STIUN (Système de transfert d'images pour les urgences neurochirurgicales) qui permet aux neurochirurgiens de garde de visualiser des images produites dans n'importe quel hôpital doté d'appareils appropriés de tomodensitographie par ordinateur et de fournir des services consultatifs qui, autrefois, nécessitaient souvent un transfert à l'étranger.

Seuls 27 patients ont été envoyés à l'étranger pour une neurochirurgie d'urgence au cours du premier semestre de 2010-2011, comparativement à 88 patients au premier semestre de 2009-2010. Les dépenses relatives aux neurochirurgies d'urgence pratiquées à l'étranger en 2010-2011 devraient être ramenées à moins de 7,5 millions de dollars, par rapport à 10,1 millions de dollars en 2008-2009 et 15,1 millions de dollars en 2009-2010.

- Soins maternels et néonataux

En septembre 2008, le gouvernement a annoncé qu'il verserait 7 millions de dollars à la Stratégie d'accès aux soins maternels et néonataux afin de mettre en place sur deux ans 28 nouveaux lits dans les unités néonatales de soins intensifs.

En 2008-2009, les dépenses engagées à l'étranger relativement aux soins maternels et néonataux se sont chiffrées à 5,5 millions de dollars. En 2009-2010, elles sont passées à 3,3 millions de dollars. En 2010-2011, les transferts de mères et de nouveau-nés devant recevoir des soins à l'étranger ont continué de diminuer.

<b>Tableau 1 : Dépenses ministérielles réelles provisoires (\$) 2010-2011</b>	
<b>Charges de fonctionnement</b>	<b>43 815 649 300</b>
<b>Charges d'immobilisations</b>	<b>1 133 842 700</b>
<b>Total – Ministère</b>	<b>44 949 492 000</b>
<b>Effectif (au 31 mars 2011)</b>	<b>3 677,3</b>