

Plan d'activités annuel 2014-2015



Ontario

Erie St. Clair Local Health
Integration Network
Réseau local d'intégration
des services de santé
d'Érie St. Clair

Table des matières

1. Contexte	1
1.1 Mandat et orientations stratégiques du Réseau local d'intégration des services de santé d'Érié St-Clair (RLISS d'Érié St-Clair)	1
1.2 Aperçu des activités et des programmes actuels et à venir du RLISS d'Érié St-Clair	2
1.3 Évaluation des problèmes auxquels fait face le RLISS d'Érié St-Clair	16
2. Contenu de base – Services de santé intégrés	20
2.1 Service des urgences	20
2.2 Autre niveau de soins	27
2.3 Prévention et prise en charge des maladies chroniques	33
2.4 Santé mentale et toxicomanie	40
2.5 Système de soins de réadaptation	52
2.6 Soins palliatifs résidentiels	59
3. Activités du RLISS d'Érié St-Clair et modèles de dotation en personnel	67
3.1 Plan du budget de fonctionnement du RLISS d'Érié St-Clair	67
3.2 Plan de dotation en personnel du RLISS d'Érié St-Clair	69
4. Stratégie de communication intégrée du Plan d'activités annuel du RLISS d'Érié St-Clair	53
4.1 Objectifs	53
4.2 Contexte	54
4.2.1 Stratégies, initiatives et programmes provinciaux	55
4.2.2 Activités de planification et d'intégration	56
4.3 Publics cibles	56
4.4 Démarche stratégique	57
4.5 Principaux messages	58
4.6 Évaluation	59
5. Plan annuel de participation communautaire du RLISS d'Érié St-Clair	61
5.1 Introduction	61
5.2 Activités de participation communautaire	62

1. Contexte

1.1 Mandat et orientations stratégiques du Réseau local d'intégration des services de santé d'Érié St-Clair (RLISS d'Érié St-Clair)

La vision du RLISS d'Érié St-Clair en matière de soins de santé :

« Meilleurs soins, meilleures expériences, meilleure valeur »

Le RLISS d'Érié St-Clair a pour mandat de créer un système de soins de santé local qui :

- produit de meilleurs résultats cliniques et fonctionnels, particulièrement pour les patients les plus vulnérables et fragiles;
- est mieux coordonné et fournit les bons soins, au bon endroit, au bon moment, particulièrement pour les patients les plus vulnérables et fragiles;
- se transforme résolument pour devenir un chef de file en matière d'efficacité et d'efficacités.

Le RLISS d'Érié St-Clair croit que le système de soins de santé doit être :

- axé sur le patient; un système de qualité supérieure, financé par les deniers publics, viable, universellement accessible et fondé sur les résultats;
- exploité de façon transparente, avec honnêteté et intégrité, dans un souci de responsabilité par rapport à notre communauté;
- coordonné avec nos fournisseurs de soins de santé, qui travaillent en collaboration les uns avec les autres, recourant à des pratiques exemplaires et visant l'excellence.

Orientations stratégiques

Pour guider les activités du Réseau une série d'orientations ont été établies dans le plan stratégique du conseil du RLISS d'Érié St-Clair, :

Orientation n° 1 : Prévention et prise en charge de la maladie chronique

Objectif : Restructurer le système de santé pour que les personnes atteintes de maladies chroniques reçoivent de meilleurs soins périodiques, soient mieux préparées à l'autoprise en charge de leurs maladies et aient moins souvent recours aux urgences et aux soins actifs.

Orientation n° 2 : Leadership ciblé et audacieux

Objectif : En tant que dirigeants du système de santé local, prendre des décisions courageuses en vue de créer un système plus étroitement intégré, mieux structuré et viable, et qui offre aux personnes les meilleurs soins possible.

Orientation n° 3 : Partenariats en promotion de la santé

Objectif : Resserrer les liens entre tous les organismes de promotion de la santé et de prévention des maladies afin que les personnes puissent accéder plus facilement aux

programmes et aux renseignements qui les aident à mener une vie plus saine.

Le Plan de services de santé intégrés (PSSI 3) du RLISS d'Érié St-Clair appuie le plan stratégique du conseil du Réseau qu'il vient compléter en mettant de l'avant des orientations pour l'intégration et l'amélioration des résultats du système de santé local sur le plan clinique et celui de l'efficacité. Le PSSI 3, qui cadre avec la vision et les orientations stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), communique les domaines prioritaires qui guideront les activités du RLISS d'Érié St-Clair pour les exercices 2013 à 2016 et constitue le fondement du présent plan d'activités annuel.

1.2 **Aperçu des activités et des programmes actuels et à venir du RLISS d'Érié St-Clair**

Au cours des sept premières années de fonctionnement du RLISS d'Érié St-Clair, les activités et les perceptions du Réseau ont été façonnées par les orientations stratégiques initiales des PSSI 1, 2 et 3, qui comprenaient des initiatives liées :

- à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques;
- à la réduction du recours aux services hospitaliers;
- au soutien à domicile;
- à l'intégration des fonctions administratives;
- aux déplacements au sein du système de santé;
- aux ressources humaines en santé;
- à la promotion de la santé et à la prévention des maladies;
- à l'accès rapide aux soins et aux services appropriés;
- à l'amélioration des résultats pour les autres niveaux de soins (ANS);
- à l'amélioration des résultats pour les services des urgences;
- à l'amélioration des résultats pour la prise en charge du diabète;
- à l'amélioration des résultats pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances;
- à l'amélioration des résultats pour les soins et les processus de réadaptation.

Ces orientations ont servi de fondements dans la mise en œuvre de nos projets de financement, des améliorations, des recouvrements fiscaux et de la coordination des services. Le RLISS d'Érié St-Clair est demeuré stratégique dans ses activités par l'établissement de réseaux consultatifs, de comités axés sur des tâches précises et de structures consultatives sur la gouvernance qui favoriseraient l'obtention de commentaires ciblés et contribueraient à l'avancement d'initiatives pragmatiques.

Le cadre d'activité utilisé par le RLISS d'Érié St-Clair pour ses sept premières années de fonctionnement l'a mené à procéder à un examen du contexte de prestation des services dans chacun des comtés afin :

- de comprendre la nature de la demande, de l'offre et de la répartition des services;
- de viser les secteurs où les besoins et les autres disparités sont les plus importants;
- de comprendre la nature des populations à risque élevé;

- de comprendre les caractères géographiques uniques et l'incidence de la géographie sur la prestation des services de base et les résultats;
- d'approfondir la réflexion sur les obstacles et les enjeux connus;
- d'étudier la disponibilité des ressources;
- de s'associer à d'autres organismes intéressés;
- de comprendre et de promouvoir les soins primaires.

Se fondant sur le contexte que nous venons de décrire ainsi que sur l'expérience, et tenant compte de renseignements actuels tirés de plusieurs documents d'orientation clés publiés à l'échelle provinciale et localement au cours des dernières années, le RLISS d'Érié St-Clair oriente maintenant ses principales activités et actions vers les thèmes stratégiques généraux suivants :

- promouvoir l'intégration dans la perspective des services aux patients;
- gérer les transitions entre les milieux de soins (de l'hôpital à la collectivité);
- soutenir l'intégration volontaire des programmes et services de l'Hôpital régional de Windsor et de l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace, l'harmonisation des services de soins actifs et de soins pour affections subaiguës offerts par les organismes ainsi qu'un programme et plan de services de phase 1A;
- améliorer l'efficacité (services administratifs);
- renforcer la capacité et l'aptitude du système (dans la prévention et la prise en charge de la maladie chronique, ainsi qu'en santé mentale et lutte contre les dépendances);
- promouvoir et améliorer le maintien de la santé (par la prévention et la prise en charge de la maladie chronique);
- améliorer l'accès aux soins primaires;
- renforcer la coordination, les transitions et la normalisation des soins pour les populations ciblées;
- mettre en œuvre des pratiques fondées sur des données probantes pour assurer la sécurité;
- maintenir les acquis en matière d'accès, de responsabilisation et de sécurité (« conserver les gains »).

Pour approfondir les thèmes généraux que nous venons d'énumérer, le RLISS d'Érié St-Clair a cerné les quatre grandes dimensions systémiques suivantes (cadrant avec les efforts de planification antérieurs) qui devraient permettre d'améliorer le système. Les dimensions sont soutenues comme suit :

➤ Accès aux soins

- Investissement dans les services de transport pour diminuer l'isolement social des aînés et les aider à se prévaloir des services de santé
- Investissement dans la création de lits de convalescence additionnels afin d'aider au maintien des services de soins actifs
- Investissement dans la création de logements additionnels pour les aînés recevant des services d'aide à la vie autonome
- Investissement dans la création de lits d'évaluation et de rétablissement à l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace et à l'Hôpital Memorial du district de Leamington pour améliorer les résultats des patients en attente d'ANS occupant des lits de soins actifs

- Création de 58 lits provisoires de soins de longue durée dans Windsor/Essex
- Établissement de cheminement cliniques officiels pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive (ICC) ou de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral et les patients diabétiques

➤ Qualité

- Investissement dans des outils et des processus de soins d'utilisation normalisée
- Investissement dans une équipe d'évaluation psychiatrique aux SU de l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace afin d'améliorer les services aux patients psychiatriques se présentant aux SU
- Investissement dans la création de postes d'infirmières spécialisées en gériatrie d'urgence dans les SU de tous les hôpitaux
- Investissement dans des équipes de soins en fin de vie et des équipes de prévention et de prise en charge de la maladie chronique

➤ Rentabilité

- Collaboration avec le CASC d'Érié St-Clair pour faire en sorte que les personnes fragiles et âgées continuent de recevoir les soins requis d'une manière durable et rentable
- Recouvrements en temps opportun de fonds et transferts de fonds subséquents à des organismes appelés à composer avec des besoins et des pressions stratégiques
- Investissement dans du matériel pour le Réseau Télémédecine Ontario et des infirmières de télémédecine pour tous les hôpitaux
- Investissement dans des unités d'accès à distance aux télésoins à domicile, pour mieux servir les patients chez eux

➤ Coordination et intégration

- Renforcement des projets d'intégration dans les hôpitaux de Windsor/Essex
- Possibilités d'intégration administrative avec le CASC d'Érié St-Clair
- Investissement dans la mise en œuvre d'un système de transport coordonné pour la dialyse à Windsor/Essex
- Coordination et amélioration des transports dans l'ensemble du comté de Lambton

En ce qui a trait aux progrès réalisés relativement au PSSI, des succès ont été remportés, entre 2009 et 2013, dans plusieurs domaines clés :

➤ Activités d'amélioration des temps d'attente à l'urgence

Le RLISS d'Érié St-Clair continue de surveiller les temps d'attente aux urgences dans les cinq hôpitaux pour les patients souffrant d'une affection grave, qu'ils soient admis ou non, et les patients souffrant d'une affection bénigne, l'évaluation initiale d'un médecin et le transfert à un lit pour patient hospitalisé. Il s'agit, pour le RLISS, d'une priorité clé. L'un des principaux moteurs d'amélioration des temps d'attente est le Programme de financement axé sur les résultats (FAR). Ce programme fait l'objet d'une surveillance mensuelle (assurée en collaboration avec le responsable du RLISS et le chef des SU/ANS), l'objectif étant de réduire les temps d'attente aux urgences et de surveiller le rendement et la responsabilité financière par la planification de l'amélioration des processus de qualité et le recours à des pratiques fondées sur des données probantes et à des stratégies de réaménagement. Depuis la création

du programme, les temps d'attente aux urgences ont progressivement diminué tandis que la gravité des affections et le volume de patients sont en constante augmentation.

Le RLISS d'Érié St-Clair entend tirer parti du financement du programme pour établir et mettre en œuvre des plans d'action ciblés (fondés sur des données) aux effets importants pour l'amélioration du cheminement des patients, plans qui sont intégrés à la planification générale de chaque organisme. Des plans d'action sont coordonnés avec d'autres stratégies clés du RLISS liées au cheminement des patients (p. ex. : Chez soi avant tout, cadre de congé et divers programmes de sensibilisation). Le Programme FAR met aussi à profit les succès récoltés par d'autres établissements participants similaires enregistrant un rendement élevé.

En 2012, le MSSLD a établi des postes de médecin responsable des soins primaires pour renforcer les services de soins primaires en vue de favoriser la rapidité, l'accessibilité et l'efficacité de ces soins, et de prévenir les consultations inutiles aux SU. Le responsable des soins primaires du RLISS d'Érié St-Clair a créé un conseil des soins primaires qui présentera au RLISS des conseils visant à améliorer l'intégration et la qualité du système de soins primaires de la région. La première initiative du conseil porte sur une réduction des consultations évitables aux SU et des hospitalisations évitables pour les patients atteints de MPOC dans Chatham-Kent.

➤ Autres niveaux de soins

Les hôpitaux de la région d'Érié St-Clair accueillent un nombre important de patients ayant besoin d'autres niveaux de soins. Le vieillissement de notre population continue d'exercer des pressions sur notre système de soins de santé local. Le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus à Windsor/Essex devrait par exemple augmenter de 15 % dans les cinq prochaines années, passant de 28 330 (2012) à 32 620 (2017), et à 33 % (pour atteindre 37 750) d'ici 2022. Le vieillissement provoquera une augmentation proportionnelle de l'incidence des troubles chroniques. Globalement, les projections pour la région d'Érié St-Clair en ce qui concerne l'arthrite, l'hypertension, le diabète, la maladie d'Alzheimer, les troubles vasculaires et respiratoires, de même que les démences connexes sont supérieures à la croissance moyenne provinciale. Il s'agit là d'affections courantes chez le 1 % de la population qui recourt fréquemment au système de soins de santé. Dans ce contexte, le RLISS d'Érié St-Clair demeure en proie à d'importantes pressions sur le plan des ANS; à la fin de mars 2014, en effet, 20,6 % des lits réservés aux patients hospitalisés recevant des soins actifs étaient occupés par des patients en attente d'un ANS (*ALC Summary Report*, avril 2014), soit le troisième taux le plus élevé en Ontario. Le taux correspondant pour les lits de soins postactifs à la même période était de 26,9 %, deuxième taux en importance dans la province.

Le RLISS d'Érié St-Clair, en partenariat avec le CASC d'Érié St-Clair, mettra sur pied un groupe de travail régional sur la gestion du rendement relatif aux ANS, groupe qui verra le jour en février 2014 dans le cadre du plan d'action du RLISS concernant le cheminement des patients et les autres niveaux de soins. Le groupe de travail promouvra et soutiendra, à l'échelle du Réseau, des stratégies visant à ce que les personnes vivent dans le milieu le plus approprié, qui optimiseront la capacité du système et qui éviteront et réduiront le chevauchement des secteurs. L'établissement d'une stratégie de cheminement des patients doit être perçu comme un enjeu systémique, dans la mesure où toutes les composantes de la

stratégie doivent être mises en œuvre et harmonisées.

➤ Prévention et prise en charge de la maladie chronique

En juin 2012, le conseil d'administration du RLISS d'Érié St-Clair a approuvé son plan stratégique. Un des objectifs premiers cernés dans le cadre du processus consiste à restructurer le système de santé pour que les personnes atteintes de maladies chroniques reçoivent de meilleurs soins réguliers, soient plus en mesure de prendre en charge elles-mêmes leurs maladies et recourent moins souvent aux services des urgences et aux soins actifs. Les populations atteintes de maladies chroniques visées comprennent les personnes atteintes de MPOC, d'insuffisance cardiaque congestive et de troubles complexes. Dans les régions de Chatham-Kent, Sarnia/Lambton et Windsor/Essex, des travaux ont été entrepris en vue de promouvoir un parcours/modèle de soins intégré pour la MPOC. Les principaux objectifs de ces travaux sont les suivants : 1) établir une responsabilisation à l'égard des patients en améliorant l'accès aux soins et en intégrant davantage l'expérience du patient dans la planification et les soins; 2) améliorer l'état de santé des personnes atteintes de MPOC; 3) mieux gérer les coûts du traitement de la MPOC pour assurer la viabilité à long terme du système; 4) promouvoir l'innovation en favorisant l'adoption de pratiques exemplaires; 5) continuer de renforcer la capacité en améliorant la qualité. Le processus d'élaboration du cheminement clinique de la MPOC a été directement lié au travail du conseil des soins primaires, ce qui assurera un meilleur accès aux soins primaires continus et une prise en charge plus efficace des maladies chroniques.

S'appuyant sur l'approche adoptée à l'égard de la MPOC, le personnel du RLISS d'Érié St-Clair a élargi la portée de ses travaux en matière de prévention et de prise en charge de la maladie chronique pour inclure l'ICC, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète. Pour ce qui est de l'avenir, la priorité à plus long terme est essentiellement axée sur la prévention et l'orientation des efforts vers les populations les plus susceptibles de développer une maladie chronique étant donné les comportements à risque qu'elles adoptent actuellement.

Finalement, les activités de planification et de participation communautaires du RLISS d'Érié St-Clair ont clairement fait ressortir que la prise en charge réussie des personnes atteintes de maladie chronique plus près du domicile, à l'extérieur des services des urgences et des hôpitaux, dépend de l'amélioration de la capacité communautaire à l'avenir. Dans cette optique, le RLISS d'Érié St-Clair mobilise la communauté élargie des soins de santé afin de faire progresser certaines analyses de rentabilité liées à la capacité communautaire qui mettent l'accent sur cinq domaines prioritaires :

- l'élaboration d'un modèle de soins clinique communautaire pour les personnes atteintes de maladie chronique;
- la promotion des équipes mobiles pour prodiguer des soins aux clients non ambulatoires qui ont récemment reçu leur congé de l'hôpital et qui vivent dans la collectivité;
- l'élaboration d'un modèle de soins axé sur le rétablissement dans la collectivité (pour les patients alités) comme solution de rechange à une admission à l'hôpital;
- la promotion d'une trousse d'outils normalisée pour les congés de l'hôpital destinée aux patients atteints d'ICC et de MPOC;
- l'élaboration de stratégies de prévention et de prise en charge de la maladie chronique et l'élargissement des modèles de soins axés sur l'autoprise en charge à l'échelle du RLISS d'Érié St-Clair.

À l'heure actuelle, un certain nombre de groupes de travail sur la prévention et la prise en charge de la maladie chronique dans les collectivités et les hôpitaux font progresser les analyses de rentabilité relatives aux domaines prioritaires ci-dessus. Une fois toutes ces analyses terminées, le processus d'examen du RLISS d'Érié St-Clair prendra de deux à trois mois environ, après quoi des programmes d'amélioration précis seront mis en œuvre.

➤ Santé mentale et lutte contre la toxicomanie

En septembre 2013, le conseil d'administration du RLISS d'Érié St-Clair a approuvé un financement à l'appui de cinq pratiques prometteuses en santé mentale. Ces pratiques visent à accroître l'accès, la coordination et les liens relativement aux soins primaires, tout en diminuant les consultations répétées aux SU, les temps d'attente pour les services communautaires et les admissions non nécessaires. Les pratiques prometteuses sont conçues de manière à répondre aux besoins démographiques propres à chaque collectivité tout en maximisant les ressources actuelles et les points forts cliniques, comme dans les cas ci-dessous.

Équipe du programme d'évaluation, d'intervention et de traitement rapides – Il s'agit d'un modèle urbain et rural conçu pour Chatham-Kent et Sarnia/Lambton. Le modèle tire parti des ressources intégrées existantes et améliorées établies à l'Alliance pour la santé de Chatham-Kent et à l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) de Lambton-Kent. L'équipe du programme d'évaluation, d'intervention et de traitement rapides est un embranchement direct des soins

primaires, les aiguillages étant acceptés pour les personnes atteintes de maladie mentale modérée et grave. Aucun diagnostic psychiatrique officiel n'est requis. L'équipe donne accès à des ressources mobiles en santé mentale et en lutte contre la toxicomanie qui se déplacent au domicile du client. Elle est constituée d'infirmières et d'infirmiers autorisés, de travailleurs sociaux, de thérapeutes, de psychiatres, ainsi que de préposés aux services de soutien à la personne, lesquels composent le personnel de base chargé d'aider le client à atteindre ses objectifs d'autoprise en charge au moyen d'un encadrement de motivation. Jusqu'à maintenant, plus de 125 clients à Chatham-Kent et à Sarnia/Lambton se sont prévalus des services de cette équipe. L'équipe mettait l'accent au départ sur le soutien des médecins de soins primaires qui n'exercent pas dans le cadre de modèles axés sur le travail d'équipe (p. ex., centres de santé communautaire [CSC] et équipes Santé familiale [ESF]). En ciblant les médecins vieillissants qui exercent seuls dans les collectivités rurales, l'équipe augmente le nombre de médecins qui continuent d'exercer dans ces régions, qui étaient insuffisamment desservies selon le MSSLD. Le modèle d'évaluation, d'intervention et de traitement rapides, bien qu'il en soit encore aux premières étapes de la mise en œuvre, bâtit de nouveaux ponts avec les médecins de soins primaires qui n'avaient pas accès auparavant aux services offerts aux patients souffrant de problèmes de santé mentale modérés, comme la dépression ou l'anxiété.

Programme FACE (accès plus rapide aux experts de la collectivité) – Il s'agit d'un partenariat entre le RLISS d'Érié St-Clair, ConnexOntario et le Réseau télémédecine Ontario (RTO). Cette initiative à l'échelle du RLISS d'Érié St-Clair vise à favoriser un accès rapide et efficace aux dépistages des troubles de santé mentale et de la toxicomanie dans trois volets : en personne, par le RTO et au moyen de calendriers électroniques de consultations pour le personnel des SU comme le personnel infirmier responsable de l'évaluation psychiatrique. Le programme FACE met à contribution les fournisseurs actuels de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie ainsi que les infirmières et infirmiers spécialisés en télémédecine. En juin 2014, le pré-lancement a fait l'objet d'une surveillance et d'une analyse pendant une période de trois mois.

Responsable de la psychiatrie – De façon semblable au responsable des soins primaires et des SU/ANS, le titulaire de ce poste fera la promotion des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes. Le responsable de la psychiatrie travaillera en partenariat avec le responsable des soins primaires pour élaborer des pratiques de soins partagés. Le responsable de la psychiatrie, en partenariat avec le chef du service de psychiatrie de l'annexe 1 de l'Hôpital régional de Windsor, a mis en place un numéro d'accès pour les médecins de soins primaires qui ont besoin d'une seule consultation psychiatrique. Ce service fournit une évaluation et une rétroaction au médecin de soins primaires dans les 72 heures suivant la consultation. La consultation psychiatrique comprend des conseils essentiels et opportuns en matière de traitements et de médicaments à l'intention des praticiens de soins primaires qui agissent à titre de principal médecin

responsable pour le patient.

Coordination et prévention du suicide – Cette initiative d'une durée limitée à l'échelle du RLISS d'Érie St-Clair tirera parti des synergies actuelles d'établissement de la capacité communautaire, en plus de promouvoir l'adoption d'outils de dépistage et d'évaluation des risques dans l'ensemble des secteurs : collectivité, soins primaires et hôpitaux. En 2015, un rapport sera présenté au RLISS d'Érie St-Clair dans le cadre de cette initiative, lequel comprendra des recommandations visant à poursuivre sur cette lancée dans la collectivité. Bien qu'il soit reconnu que les idées suicidaires sont un symptôme courant de la maladie mentale, de la toxicomanie et de la dépendance, cette initiative devrait donner lieu à une plus grande coordination au niveau du système et à des interventions cliniques proactives.

En plus des pratiques prometteuses en santé mentale, le RLISS d'Érie St-Clair a fourni les investissements ci-dessous pour le secteur de la lutte contre la toxicomanie.

Services de gestion du sevrage dans la collectivité et en établissement – Au cours du premier trimestre de l'exercice 2014-2015, 126 dépistages ont été réalisés dans le cadre des services de gestion du sevrage de Bluewater Health (BWH) dans le but de déterminer l'admissibilité des personnes au programme. Sur les 126 dépistages effectués, 90 personnes ont commencé à travailler avec l'équipe dans le cadre d'un service de gestion du sevrage dans la collectivité.

Les services de gestion du sevrage de BWH fournissent un soutien par téléphone et en personne, sept jours sur sept, pour tout le comté de Lambton, y compris dans trois collectivités autochtones et des Premières Nations. BWH se concentre maintenant sur la participation de la collectivité et des principaux intervenants à la recherche d'un endroit approprié pour le volet du service qui s'adresse aux patients alités.

Deuxième phase du programme de prévention des rechutes – Le programme pilote de Westover fournit des services de soutien résidentiels intensifs d'une semaine aux clients qui se définissent eux-mêmes comme présentant un risque élevé de rechute. Ce programme axé sur l'abstinence s'avère très prometteur pour ce qui est de déterminer les principaux facteurs cliniques et sociaux qui doivent être examinés de plus près au moment de l'évaluation. De plus, cette initiative fera l'objet d'une évaluation par les pairs à Brentwood et à la Maison de Sophrosyne, avec le soutien de l'équipe responsable du rendement au RLISS d'Érie St-Clair. Selon les résultats obtenus, ce programme pourrait être reproduit dans toute la région d'Érie St-Clair ou devenir un service essentiel au sein du Centre de traitement en établissement Westover, répondant aux besoins des clients qui sont déjà passés par Brentwood et la Maison de Sophrosyne.

Logement de transition pour les femmes enceintes souffrant de toxicomanie à

risque de devenir sans-abri – En 2013, le RLISS d'Érié St-Clair a travaillé avec le MSSLD, la Maison de Sophrosyne et l'ACSM du comté de Windsor-Essex dans le but de transformer un foyer de groupe sous-utilisé. Ce foyer de groupe communautaire a été légalement transféré d'un fournisseur à l'autre et sert maintenant de transition pour les femmes enceintes qui souffrent de toxicomanie ou les femmes qui ont accouché récemment et qui ont terminé le programme résidentiel offert par la Maison de Sophrosyne. Trois personnes (avec leurs enfants) peuvent coucher au foyer communautaire. En plus du foyer de groupe, le ministère du Logement de la ville de Windsor s'est associé au RLISS d'Érié St-Clair en fournissant cinq logements permanents avec supplément au loyer pour les clientes de la Maison de Sophrosyne. Les cinq logements de la ville de Windsor s'ajoutent aux huit logements avec supplément au loyer actuels qui ont été financés en 2012. À l'automne 2014, tout le continuum de logements, 13 logements avec supplément au loyer et un foyer de groupe, avait atteint sa pleine capacité.

En tant que mécanisme de surveillance des pratiques prometteuses et des investissements de 2013-2014 en santé mentale et en lutte contre la toxicomanie, le réseau de santé mentale et de toxicomanie du RLISS d'Érié St-Clair a fait l'objet d'une restructuration. Un certain nombre de tables de concertation ont été mises sur pied, relevant du réseau de santé mentale et de toxicomanie, dans le but de fournir des rapports, notamment :

- la table de concertation interhôpitaux et communautaire;
- la table de concertation sur le rendement des programmes de santé mentale et de toxicomanie;
- la table de concertation sur les enfants et les jeunes, notamment composée de fournisseurs qui reçoivent du financement du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) et de représentants du bureau régional du MSEJ;
- le forum de leadership trimestriel des psychiatres.

En 2015, d'autres tables de concertation sont mises sur pied, notamment la table de concertation sur la santé mentale, la toxicomanie et les Autochtones et le réseau de soutien par la famille, le client et les pairs. En mai 2014, le RLISS d'Érié St-Clair a entrepris un plan stratégique en matière de toxicomanie qui devrait se terminer en 2015.

➤ Soins de réadaptation

En septembre 2012, le conseil d'administration du RLISS d'Érié St-Clair a approuvé le plan stratégique triennal du système de réadaptation de l'organisme, ainsi que des recommandations pour aller de l'avant. Une nouvelle vision et une nouvelle mission d'un système de services de soins de réadaptation intégré et coordonné guident le travail qui doit aboutir à la réalisation de neuf objectifs stratégiques. La stratégie établit par ordre de priorité des objectifs qui auront des répercussions sur les expériences et les résultats cliniques des populations les plus nombreuses de patients recevant des soins de réadaptation (patients qui ont subi un accident vasculaire cérébral, qui sont atteints d'un problème orthopédique ou qui ont besoin de services en gériatrie).

Le plan vise à renforcer la mise en œuvre de pratiques exemplaires sur tout le continuum de soins, à faciliter l'utilisation appropriée des lits réservés aux soins de réadaptation pour patients hospitalisés et à assurer l'accès à des services financés de soins de réadaptation communautaires et externes. De plus, un exercice de modélisation prédictive éclairera la planification de la capacité du système, en vue de tenir compte de l'accroissement prévu des besoins en services pour les cinq à dix prochaines années en raison du vieillissement de la population. Ces travaux devraient avoir des répercussions positives sur l'amélioration de la circulation des patients, la réduction des séjours des patients hospitalisés et l'amélioration de l'accès aux soins de réadaptation au bon moment et au bon endroit, ainsi que sur l'amélioration des résultats fonctionnels et de la qualité de vie des patients.

De plus, un comité de mise en œuvre du plan stratégique du système de réadaptation est en place depuis janvier 2013. Une carte de pointage complète du système de réadaptation a été créée et commence à fournir des évaluations du système en vue de cibler des activités d'amélioration et de célébrer les réussites.

➤ Soins palliatifs résidentiels

Érié St-Clair offre depuis longtemps d'excellents soins palliatifs résidentiels. En s'appuyant sur cette excellence, un travail de mise sur pied et d'intégration de nouveaux soins palliatifs résidentiels a eu lieu depuis la création du RLISS d'Érié St-Clair. Ce dernier a continué d'offrir sa collaboration et son soutien au réseau de soins en fin de vie d'Érié St-Clair (EOLCN) et à ses membres, afin d'établir des priorités et d'améliorer les soins. Voici certaines de ces améliorations :

- Les équipes de consultation en matière de soins palliatifs
- Une collaboration en éducation (flux de financement au centre d'accès aux soins communautaires [CASC] d'Érié St-Clair)
- Des maisons de soins palliatifs (Leamington et Chatham-Kent)
- Un poste d'infirmière de liaison à Windsor/Essex; le titulaire du poste sert de lien entre les maisons de soins palliatifs et les hôpitaux
- Amélioration des services de soutien aux personnes endeuillées de la

Filiale Windsor-Essex de l'ACSM

Tous les hôpitaux du RLISS d'Érié St-Clair disposent de soins palliatifs résidentiels améliorés depuis 2006, grâce à l'utilisation du financement global. Bluewater Health, de Sarnia, a officialisé ses lits de soins palliatifs résidentiels pour patients hospitalisés au sein d'une unité de soins intégrés et a récemment ajouté un service de consultation qui dessert toutes les unités (y compris les soins intensifs, les SU, etc.). L'Alliance pour la santé de Chatham-Kent a élargi son programme de soins de soutien pour y inclure du personnel infirmier spécialisé qui mène des consultations dans tout le continuum et dispose d'un bloc de six lits de soins continus complexes pour les soins palliatifs résidentiels. L'hôpital Memorial du district de Leamington possède un savoir-faire en consultation et travaille en étroite collaboration avec la collectivité pour élaborer des services communs avec la nouvelle maison de soins palliatifs. Les hôpitaux de Windsor se sont engagés à améliorer leur offre de services de soins palliatifs résidentiels dans le cadre de leurs actuelles activités de restructuration. Le centre régional de cancérologie de Windsor a également élargi ses services de soins palliatifs résidentiels.

Dans le secteur communautaire, le CASC d'Érié St-Clair et les fournisseurs de services communautaires ont amélioré les services de soins palliatifs résidentiels grâce à un financement destiné à des équipes de consultation en matière de soins palliatifs et à un nouveau budget affecté au personnel infirmier praticien (IP) par le MSSLD. L'Hospice of Windsor and Essex County et son programme de médecine palliative soutiennent les soins palliatifs communautaires depuis de nombreuses années. Le St. Joseph's Hospice of Sarnia Lambton abrite la clinique de soins palliatifs résidentiels et fournit du soutien à cette collectivité. Les foyers de soins de longue durée (FSLD) du RLISS d'Érié St-Clair ont reçu une importante formation en soins palliatifs résidentiels.

On a entrepris l'élaboration d'une stratégie relative aux soins palliatifs résidentiels avec le sous-comité d'Érié St-Clair chargé de l'éducation dans le domaine des soins palliatifs résidentiels qui assure la coordination de la formation à cet égard dans la région d'Érié St-Clair. Tous les groupes qui donnent de la formation sur les soins palliatifs résidentiels se sont engagés à travailler ensemble pour réduire les chevauchements et combler les lacunes. Parmi ces groupes, figurent le programme de consultation en prise en charge palliative de la douleur et des symptômes, les maisons de soins palliatifs, le Programme régional de cancérologie, d'autres secteurs qui peuvent donner de la formation sur les soins palliatifs résidentiels à leur propre personnel ainsi que l'initiative de collaboration concertée. Tous les secteurs ont reçu une certaine formation en matière de soins palliatifs résidentiels. Des exemples récents d'initiatives intersectorielles sont la formation sur la planification préalable des soins et celle sur le consentement aux soins de santé, auxquelles a participé du personnel de tous les secteurs des soins de santé, et les services aux personnes ayant une déficience intellectuelle, etc.

En termes de planification des soins palliatifs résidentiels, deux plans stratégiques régionaux ont été réalisés (en 2005 et en 2009), avec des mises à jour annuelles, des examens et des évaluations officielles. De plus, un important processus de planification, de mise en œuvre et d'examen portant expressément sur le secteur des soins palliatifs résidentiels a eu lieu (p. ex., programme régional de cancérologie, des maisons de soins palliatifs, des hôpitaux, etc.). Ce travail propre au secteur fait partie du processus recommandé pour le cadre de conception du système et correspond aux recommandations régionales.

La direction du RLISS d'Érié St-Clair a été très active dans la conception du rapport provincial *Améliorer la qualité et la valeur des soins palliatifs en Ontario : Déclaration de partenariat et d'engagement à l'action* (décembre 2011), qui a été adopté en tant que feuille de route pour l'amélioration de la prestation des services de soins palliatifs résidentiels dans la région d'Érié St-Clair et tout l'Ontario.

En ce qui concerne le perfectionnement du système de soins palliatifs résidentiels dans le RLISS d'Érié St-Clair, des objectifs ont été fixés et atteints. On a donné suite à l'ensemble des recommandations du plan stratégique quinquennal de 2009, et des priorités et des plans d'action permanents sont inclus dans le présent plan d'activités annuel (PAA) ainsi que dans les plans de travail du réseau/programme de soins palliatifs résidentiels d'Érié St-Clair. Conformément aux engagements à l'action énoncés dans la *Déclaration*, le RLISS d'Érié St-Clair travaille actuellement à mettre au point un programme régional officiel. Cela comprend une mise à niveau portant sur le plan stratégique.

➤ Services en français

En 2013-2014, les Services en français (SF) ont mis l'accent sur la conception et la diffusion de la *Trousse d'outils sur les services en français*. Cette nouvelle ressource est destinée à aider les fournisseurs de services de santé à répondre aux besoins de leurs patients/clients francophones en leur offrant des soins de qualité adaptés à leur culture.

Au cours des 12 prochains mois, on mettra l'accent sur le travail avec certains fournisseurs pour qu'ils obtiennent leur désignation aux termes de la *Loi sur les services en français*. De plus, les SF continueront d'étudier des possibilités de mettre sur pied des services francophones pour les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ou de dépendances, ou une maladie chronique, ainsi que pour les personnes âgées ayant besoin de logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome, de programmes de jour pour adultes, de services de prévention des chutes et de soins primaires.

➤ Soins de santé destinés aux Autochtones

Depuis 12 mois, on a entrepris à différents échelons de concentrer le soutien relatif

aux enjeux de santé des Autochtones de la région d'Érié St-Clair. On a surtout consacré de l'attention à l'amélioration de l'accès aux soins pour les patients autochtones et à l'établissement de relations avec les collectivités autochtones. Les réalisations remarquables des 12 derniers mois comprennent notamment ce qui suit :

amélioration de l'accès aux soins :

- présence de personnel infirmier praticien au centre d'accueil indien CanAm;
- formation sur la sensibilisation aux cultures pour le personnel et le conseil d'administration du RLISS d'Érié St-Clair;
- réunion de consultation sur les soins palliatifs destinés aux Autochtones;
- soutien sous forme de pratiques de guérison traditionnelles à un patient recevant des soins palliatifs;

établissement de relations :

- forum de mobilisation du secteur responsable de la santé mentale pour les Autochtones et de l'aide aux personnes souffrant de dépendances;
- participation au réseau provincial des responsables des affaires autochtones;
- reprise de la participation au Comité sur la santé des Autochtones d'Érié St-Clair;
- embauche du responsable des affaires autochtones;
- tenue d'une réunion d'engagement des communautés autochtones de Windsor/Essex.

Au cours des 12 prochains mois, le travail sera consacré à l'élaboration d'une stratégie relative à la santé des Autochtones de la région d'Érié St-Clair englobant les priorités du réseau des responsables des affaires autochtones : la santé mentale et les dépendances, la formation sur les compétences culturelles autochtones, les soins palliatifs résidentiels, ainsi que la prévention et la prise en charge de la maladie chronique (diabète). En nous appuyant sur les succès des 12 derniers mois, nous poursuivrons nos efforts afin d'améliorer l'intégration des services, la responsabilisation et les communications entre les organismes de santé autochtones, le RLISS d'Érié St-Clair et les fournisseurs des services de santé destinés à la population générale de la région d'Érié St-Clair.

➤ Principales activités de planification pour le prochain exercice (et pour le plan de services de santé intégrés (PSSI 3))

Nous sommes allés de l'avant avec la mise en œuvre des orientations et des tactiques énoncées dans le PSSI 3, et nous avons intégré les considérations clés suivantes dans notre travail :

- 1) intégration de l'amélioration de la qualité et des stratégies d'apprentissage dans nos activités;
- 2) progression des stratégies relatives aux impératifs d'ensemble du système du RLISS d'Érié St-Clair;
- 3) poursuite de la mise en œuvre d'une démarche cohérente et transparente de planification, d'établissement des priorités et de prise de décisions;
- 4) poursuite de l'identification, de la promotion et de l'analyse des indicateurs de rendement et des objectifs qui soutiennent la réalisation des buts et des priorités de la province et du RLISS d'Érié St-Clair;
- 5) application d'une gamme de stratégies de communication et d'engagement, pour faire en sorte que les parties intéressées aient la possibilité de participer aux décisions et que les patients aient une voix dans la restructuration des processus;
- 6) harmonisation de nos tactiques et des répercussions de la réforme du financement.

Ces activités touchent directement les grands buts du *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé* :

- 1) garder l'Ontario en santé;
- 2) accélérer l'accès à des soins de santé familiale renforcés;
- 3) bons soins, au bon moment, au bon endroit.

Au cours des années qui viennent, et tandis que nous continuerons de nous appuyer sur nos réussites antérieures et sur les efforts en cours, les quatre grandes orientations stratégiques du PSSI 3 (et deux secteurs supplémentaires) sur lesquels le RLISS d'Érié St-Clair se concentrera seront les suivants :

- 1) l'amélioration des résultats pour les autres niveaux de soins (ANS);
- 2) l'amélioration des résultats dans les services des urgences (SU);
- 3) l'amélioration des résultats en matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques;
- 4) l'amélioration des résultats en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
- 5) l'amélioration des résultats en matière de soins de réadaptation;
- 6) l'amélioration des résultats en matière de soins palliatifs/résidentiels.

1.3 Évaluation des problèmes auxquels fait face le RLISS d'Érié St-Clair

Tendances et projections démographiques

RLISS situé le plus au sud, Érié St-Clair englobe le comté d'Essex, la municipalité de Chatham-Kent et le comté de Lambton. Il dessert plus de 643 495 personnes, soit 4,8 % de la population de la province. Entre 2006 et 2012, la population d'Érié St-Clair a diminué de 1,6 %, tandis que celle de l'Ontario a augmenté de 6,6 %.

Le nombre de personnes âgées dans la région d'Érié St-Clair est actuellement à la hausse; en 2012, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 16,5 % de sa population, comparativement à 14,6 % de celle de la province. La population d'Érié St-Clair vieillit plus rapidement que celle de l'Ontario dans son ensemble, tandis que le nombre de personnes âgées de 0 à 44 ans diminue. Ces différences dans la répartition par âges sont plus prononcées dans les collectivités de Chatham-Kent et de Sarnia/Lambton.

La population d'Érié St-Clair est répartie comme suit : 16,9 % des gens vivent à Chatham-Kent, 62,8 %, dans le comté d'Essex et les 20,4 % restants, dans le comté de Lambton. La région compte une population rurale plus importante (dans une proportion de 5,4 %) que celle de la province dans son ensemble. La densité de population est aussi considérablement plus élevée dans Érié St-Clair (environ 70 personnes de plus par kilomètre carré) que dans le reste de la province.

À l'échelle des comtés, de 2006 à 2012, la population de Chatham-Kent a diminué de 3,5 %, celle du comté de Lambton, de 1,2 %, et celle du comté d'Essex, de 1,2 %. Entre 2012 et 2016, la population devrait croître lentement, n'augmentant que de 3 582 résidents (0,6 %); une augmentation de l'ordre de 1,5 % est prévue d'ici 2021. Au cours de la même période, on s'attend à ce que la population de l'Ontario croisse de 13 %.

Parmi les résidents d'Érié St-Clair, 3,3 % des personnes se disent francophones (c.-à-d. qu'elles affirment que le français est leur langue maternelle), soit légèrement moins que dans l'ensemble de la province. La population francophone est également beaucoup plus âgée que la population en général : les personnes âgées représentent 24 % de ce groupe, comparativement à 16 % de la population en général. Les niveaux de scolarité et de revenu sont par ailleurs inférieurs à ceux de la population en général. L'émigration des jeunes francophones inquiète particulièrement la collectivité.

La proportion de personnes s'identifiant comme Autochtones dans Érié St-Clair a légèrement progressé depuis 2006; elle s'élève maintenant à 2,5 % de la population, soit légèrement plus que pour la province dans son ensemble (2,4 %). Cinquante pour cent des Autochtones – la proportion la plus élevée – vivent à

Windsor-Essex, 29 %, dans Sarnia/Lambton et 21 % à Chatham-Kent, la majorité résidant hors réserve en Ontario.

Difficultés économiques

Les difficultés économiques actuelles, qui ont débuté en 2008, ont entraîné un taux de chômage disproportionnellement élevé dans la région d'Érié St-Clair comparativement à la moyenne provinciale. Le problème pourrait être exacerbé par le fait que la population d'Érié St-Clair est moins scolarisée que celle de la province dans son ensemble. Un peu plus de la moitié de la population (59,3 %, comparativement à 67 % en Ontario) a terminé des études secondaires. C'est à Windsor-Essex que le niveau de scolarité est le plus élevé et à Chatham-Kent qu'il est le plus faible.

En 2012, le taux de chômage dans Érié St-Clair s'élevait à 8,8 %, un taux légèrement supérieur à celui du reste de l'Ontario, où il atteignait alors 7,8 %. Essex affichait le taux le plus élevé (9,3 %) et Sarnia/Lambton, le plus faible (7,8 %). Le taux de chômage localisé dans la municipalité de Chatham-Kent (8,8 %) est supérieur à la moyenne provinciale.

Globalement, les difficultés économiques des dernières années ont eu des répercussions disproportionnées sur la région d'Érié St-Clair. On s'attend à ce que la conjoncture économique et celle de l'emploi entraînent une augmentation des besoins et de la demande de services sociaux et de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances au sein du RLISS. Somme toute, le RLISS d'Érié St-Clair s'inquiète vivement des conséquences éventuelles de la situation économique sur la demande de services et le rendement du système de santé local.

État de santé et affections chroniques

Les résidents d'Érié St-Clair se croient en meilleure santé qu'ils le sont réellement. Ils ont en fait une espérance de vie inférieure et un taux de mortalité normalisé selon l'âge plus élevé que les personnes qui habitent ailleurs dans la province, et affichent également un taux supérieur d'années potentielles de vie perdues.

On sait que de mauvaises habitudes de vie sont associées à un risque accru de maladie chronique, de mortalité et d'invalidité. Or, les résidents d'Érié St-Clair affichent des taux plus élevés d'utilisation du tabac, de consommation d'alcool et d'obésité que les personnes qui habitent ailleurs dans la province, et des taux inférieurs d'activité physique et d'alimentation saine. Ils sont donc, du fait, plus susceptibles de développer des affections chroniques, particulièrement le diabète.

Les renseignements sur l'état de santé indiquent que l'espérance de vie des hommes et des femmes dans Érié St-Clair est moins élevée que dans l'ensemble de la province. Depuis 2006, l'espérance de vie des femmes à la naissance a augmenté de 0,6 an pour Érié St-Clair et de 0,9 an pour l'Ontario. Au cours de la

même période, l'espérance de vie des hommes à la naissance a augmenté, dans Érié St-Clair, de 1,0 an. Entre 2006 et 2011, l'espérance de vie des hommes dans la région a progressé à un rythme plus élevé que celle des femmes.

Les maladies chroniques imposent un fardeau élevé au système de soins de santé et diminuent la qualité de vie des personnes atteintes. Or, 41 % des résidents d'Érié St-Clair (âgés de 12 ans et plus) vivent avec une maladie chronique et 17 %, avec plusieurs. La prévalence de maladies chroniques multiples augmente considérablement avec l'âge : plus de la moitié des résidents d'Érié St-Clair âgés de 65 ans et plus sont atteints d'au moins deux maladies chroniques. Ces maladies sont à l'origine de six décès sur dix, d'une admission à l'hôpital en soins actifs sur quatre, et de trois journées d'hospitalisation en soins actifs sur dix dans Érié St-Clair.

Érié St-Clair affichait en 2009 des taux supérieurs à ceux de l'Ontario pour les maladies chroniques suivantes (du plus élevé au plus bas) : arthrite, hypertension, diabète, asthme, maladie du cœur et MPOC. Pour tous les groupes d'âge, l'arthrite et l'hypertension sont les maladies chroniques sélectionnées les plus courantes. On a également déterminé que l'incidence, chez les résidents de 65 ans et plus, de toutes les maladies sélectionnées à l'exception de l'asthme était plus élevée dans la région d'Érié St-Clair qu'en Ontario.

Évaluation de l'utilisation des services

Le point d'accès à la plupart des soins médicaux est un médecin de soins primaires. La majorité des résidents d'Érié St-Clair (90,9 %) ont un médecin de soins primaires régulier, et 82,8 % d'entre eux ont consulté un médecin au moins une fois dans la dernière année. Le programme Accès Soins du MSSLD – qui aide les Ontariennes et les Ontariens sans médecin de famille à en trouver un – a été lancé en février 2009. Entre février 2009 et avril 2012, 10 660 résidents d'Érié St-Clair se sont inscrits au programme et 94 % d'entre eux ont été aiguillés par celui-ci vers un fournisseur de soins primaires.

On compte, dans la région d'Érié St-Clair, un total de 83 fournisseurs de services de santé, notamment :

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

Un nombre important de services financés par le ministère ne relèvent pas du mandat du RLISS d'Érié St-Clair, notamment les services médicaux et ambulanciers, la santé publique, les programmes de médicaments, les

laboratoires et les établissements de santé autonomes.

Il existe, un peu partout dans la région d'Érié St-Clair, des possibilités d'améliorer l'accès aux SU et l'utilisation qui en est faite. Tous les hôpitaux de la région offrent un service des urgences. Comme un grand nombre de SU d'hôpitaux, ceux d'Érié St-Clair sont confrontés à divers problèmes opérationnels. Les installations requièrent par exemple un plus grand nombre d'infirmières praticiennes, d'infirmiers praticiens et de médecins afin de maintenir les niveaux de service actuels.

En ce qui concerne les efforts d'intégration volontaire, une intégration/harmonisation digne de mention est survenue, le 26 mars 2013, entre les services de l'Hôpital régional de Windsor et ceux de l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace. Cette décision se fondait sur plusieurs mois de mobilisation communautaire, au cours desquels a été cerné un profond intérêt de la part de la collectivité de Windsor-Essex pour l'établissement, en un site unique, d'un hôpital de soins actifs à la fine pointe de la technologie qui deviendrait le centre d'un système de soins de santé intégré.

L'intégration volontaire a mené à la mise en place d'un mécanisme qui assure le transfert de programmes, de services et de fonds entre les deux entités gouvernementales, en fonction de la mission et des responsabilités révisées des hôpitaux.

Afin d'achever l'harmonisation des services entre les hôpitaux, le conseil d'administration du RLISS d'Érié St-Clair approuvera l'affectation révisée définitive du financement et les volumes de services connexes afin de demeurer en conformité avec la Convention de performance MSSLD-RLISS (CPMR) et de provoquer les rajustements de flux de trésorerie nécessaires aux hôpitaux pour qu'ils poursuivent leurs activités sans que celles-ci soient touchées.

2. Contenu de base – Services de santé intégrés

Priorités et autres secteurs de soutien

2.1 Service des urgences

MODÈLE A PARTIE 1 : DÉTERMINATION DE LA PRIORITÉ DU PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS Service des urgences	
Priorité en matière d'intégration des services de santé	
Service des urgences (SU)	
Description des priorités du PSSI	
Dans la région d'Érié St-Clair, on peut avoir accès à un SU dans les cinq principaux hôpitaux ainsi que dans deux hôpitaux ruraux. Le volume dans les SU de la région d'Érié St-Clair est demeuré très uniforme. Il s'est chiffré à 7 438 personnes au T4 de 2013-2014 et à 7 454 personnes au T1 de 2014-2015. La région d'Érié St-Clair se classe au deuxième rang provincial pour le rendement avec une durée de séjour de 23,2 heures pour les patients atteints d'affections graves, la province affichant 31,6 heures. Érié St-Clair demeure le RLISS le plus insuffisamment desservi en ce qui a trait aux médecins des services des urgences, tant actuellement que selon les projections pour la prochaine année. Le RLISS d'Érié St-Clair est celui qui compte le plus grand nombre de praticiens en soins préhospitaliers avancés (personnel infirmier clinicien, auxiliaires médicaux) qui contribuent à prolonger le travail du médecin des SU. On a constaté des améliorations du côté du cheminement des patients admis, ce qui permet d'améliorer le délai d'exécution à l'intérieur des SU. Le potentiel d'amélioration le plus grand sera réalisé en concentrant nos ressources du programme de financement axé sur les résultats (FAR) au sein de l'hôpital et en confiant leur gestion à l'équipe la plus responsable des indicateurs de rendement relatifs au « temps antérieur à l'hospitalisation » et à la « durée du séjour dans les SU pour les patients admis ». Le travail se poursuivra avec ProfessionsSantéOntario et les sites locaux pour améliorer le recrutement et le maintien en poste dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair; cette tâche fait partie de nos priorités. Actuellement, dans la région d'Érié St-Clair, nous avons besoin de 11 urgentologues à temps plein, et nous avons réalisé un gain net de trois médecins en 2013-2014. Toutefois, 48 % des urgentologues en exercice sont dans la tranche d'âge de 45 à 69 ans. En ce qui concerne la variable de l'âge, une analyse des données de 2011 du Centre de données sur les médecins de l'Ontario indique que le nombre d'urgentologues décroît après 45 ans et que cette diminution s'accroît fortement après 60 ans (on ignore si cela est dû aux départs à la retraite ou à un nombre total moindre de médecins dans ces catégories d'âge). Par conséquent, bien que le RLISS ait réussi à recruter des urgentologues et que le besoin général soit moins grand que par le passé, ce secteur englobe près de la moitié des urgentologues en exercice dans la tranche d'âge qui commence à réduire ses heures aux SU ou à prendre sa retraite. La planification de la relève et une solide initiative permanente de recrutement feront partie intégrante du plan de ressources humaines dans le domaine de la santé pour les SU de toute la région d'Érié St-Clair.	

MODÈLE A
PARTIE 1 : DÉTERMINATION DU PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Service des urgences (suite)

État actuel de la situation

Les défis et possibilités incluent ce qui suit (l'analyse reflète la situation de l'exercice 2013-2014) :

- On perçoit des possibilités d'amélioration de la durée du séjour aux SU pour les patients admis, du temps antérieur à l'hospitalisation et de la circulation des patients dans tous les sites. Le RLISS d'Érié St-Clair continue de subir une pression pour ce qui est des journées d'hospitalisation de patients nécessitant un autre niveau de soins (ANS). Le pourcentage de jours d'attente d'ANS du RLISS d'Érié St-Clair s'est établi à 16,4 % au T4 de 2013-2014, ce qui représente une diminution de 20 % comparativement aux valeurs du T3 et se rapproche de son objectif actuel de 15,3 %. Les soins postactifs diminuent de manière continue depuis janvier 2014.
- Il existe des possibilités d'amélioration des réadmissions pour les maladies chroniques (c.-à-d. l'ICC, la MPOC, le diabète et l'AVC). Le volume de patients non admis ayant grandement besoin de soins actifs a augmenté de près de 9 %. Le nombre de consultations de patients non admis ayant grandement besoin de soins actifs du RLISS d'Érié St-Clair a subi une augmentation d'environ 9 %, passant de 36 407 à 39 861.
- La prestation de soins à des populations qui ont des besoins spéciaux et nécessitent un soutien particulier (c.-à-d. exigences comportementales, dialyse et contrôle des infections / isolement) constitue un défi.
- Le suivi en temps opportun avec soins primaires pour les patients qui sont réadmis et reçoivent leur congé des soins actifs.

Dans le RLISS d'Érié St-Clair (et en Ontario en général), les SU des hôpitaux continuent d'être le portail par défaut par lequel bien des consommateurs accèdent aux soins de santé. La congestion des SU qui en résulte est un indicateur du rendement global du système de santé, qui montre avec quel degré d'efficacité nos soins de santé primaires, soins communautaires, services de santé mentale et programmes hospitaliers travaillent de concert pour servir les patients.

- Neuf personnes sur 10 atteintes d'affections complexes nécessitant plus de temps pour le diagnostic, le traitement et l'admission à un lit d'hôpital sont restées jusqu'à 23,2 heures aux SU.
- Neuf personnes sur 10 atteintes d'affections complexes nécessitant plus de temps pour le diagnostic et le traitement, mais n'ayant pas besoin d'être admises à un lit d'hôpital, ont passé jusqu'à 6,9 heures aux SU.
- Neuf personnes sur 10 atteintes d'affections mineures ou sans complication nécessitant moins de temps pour le diagnostic, le traitement et l'observation ont passé jusqu'à 3,8 heures aux SU, une durée légèrement inférieure à l'objectif provincial en matière d'accès, qui est de 4 heures.

Dans la région d'Érié St-Clair, les volumes élevés persistants de consultations non urgentes, cotées 4 sur l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG 4) pour les départements d'urgence, et qui auraient pu être reportées (ETG 5), aux SU des hôpitaux reflètent la difficulté d'accéder en temps opportun à des soins de santé primaires. Par exemple, les principaux états de santé associés à des consultations aux SU et qui auraient pu être pris en charge ailleurs (p. ex., les consultations pour des affections qui peuvent être traitées dans un autre établissement de soins primaires) sont les infections des voies respiratoires supérieures et celles de la vessie, de l'oreille et de l'œil. Pour l'exercice 2013-2014, la proportion des consultations aux SU qui auraient pu être prises en charge ailleurs est de 29 pour 1 000 habitants. Cette proportion est de 77 pour 1 000 habitants dans Sarnia/Lambton, de 55 pour 1 000 à Chatham-Kent et de 7 pour 1 000 à Windsor-Essex.

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Service des urgences (suite)
Objectif(s)
<u>Objectifs de planification envisagés pour les SU</u> • Mettre l'accent sur l'établissement et la mise en œuvre de plans d'action ciblés (fondés sur des données) présentant une incidence élevée sur l'amélioration de la circulation des patients, qui sont intégrés à la planification organisationnelle des établissements. • Les plans d'action en vertu du FAR sont coordonnés avec d'autres stratégies clés du RLISS d'Érié St-Clair visant une amélioration de la circulation des patients (p. ex., Chez soi avant tout, planification du processus de congé, examens du congé des patients ayant des besoins complexes, besoins spéciaux et soutien particulier). • Réduire les nouvelles hospitalisations évitables pour les principaux diagnostics grâce à des procédures fondées sur la qualité (PFQ), et utiliser des outils prédictifs tels que l'indice LACE des risques de décès et de réadmission imprévue chez les patients aux capacités cognitives intactes traités pour un problème médical ou pour une intervention chirurgicale après leur congé. • Améliorer les transitions, la coordination des soins et la prise en charge des cas graves aux interfaces entre établissements de soins. • Renforcer l'encadrement, l'éducation et le soutien pour l'autoprise en charge des patients. • Harmoniser les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances entre les fournisseurs communautaires et l'hôpital. • Poursuivre l'utilisation d'Accès Soins pour les patients sans fournisseur de soins primaires désigné. • Améliorer l'accès aux soins primaires conformément à la stratégie des soins primaires du RLISS d'Érié St-Clair. • Améliorer la couverture fournie par les praticiens de soins primaires après les heures d'ouverture, les fins de semaine et les jours fériés. • Améliorer l'accès aux évaluations de soins primaires à l'échelle régionale dans les foyers de soins de longue durée (FSLD) pour les soins épisodiques, le suivi et les soins continus. • Accroître l'efficacité des équipes d'intervention infirmière (EII) dans les FSLD et cibler les utilisateurs fréquents des urgences, dans toute la région d'Érié St-Clair. • Recourir plus souvent aux programmes de soins transitoires harmonisés avec la Rehabilitative Care Alliance (RCA) et les programmes du CASC d'Érié St-Clair pour les patients dont le pointage est élevé ou très élevé selon la méthode d'attribution des niveaux de priorité MAPLe. • Améliorer la circulation des patients entre l'inscription aux SU et l'admission à l'hospitalisation. <u>Réduire les consultations aux SU et les réadmissions pour les malades chroniques pris en charge.</u> <u>Objectifs globaux pour les SU</u> • Améliorer la planification et les politiques de base sur les congés ainsi que les processus de transition de l'hôpital à la collectivité en les normalisant. • Mettre sur pied un processus de repérage et d'alerte précoce pour les patients à risque élevé qui pourraient devenir des utilisateurs fréquents des SU, grâce aux maillons santé. • Continuer de mettre sur pied des initiatives de recrutement et de maintien en poste pour les SU. • Poursuivre l'application de la philosophie Chez soi avant tout et de la planification des examens du congé des patients ayant des besoins complexes, et procéder à des rajustements selon le plan révisé. • Améliorer le leadership et les interfaces entre les établissements de soins : - Préhospitalisation - Hôpital

- EII	MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Service des urgences (suite)
	- Programmes de sensibilisation - Plan de prévention et de prise en charge des maladies chroniques - CASC d'Érié St-Clair - Personnel infirmier spécialisé en gestion des urgences gériatriques - Soins primaires - Programmation des soins transitoires - Services communautaires de soutien (SCS) - Soins en fin de vie et soins palliatifs • Recourir à l'équipe de surveillance du rendement pour les ANS afin d'améliorer les stratégies relatives à la circulation des patients et la responsabilisation. • Accroître le nombre de personnes autochtones et francophones ayant un fournisseur de soins primaires. • Continuer de mettre en branle la collaboration sur la formation sur les soins palliatifs résidentiels, en mettant l'accent sur l'adoption de pratiques exemplaires dans tous les établissements de soins. Les plans d'action seront axés sur les populations prioritaires suivantes dans les SU : • Utilisateurs fréquents des SU • Personnes de 65 ans et plus à risque élevé • Personnes âgées fragiles • Personnes ayant des besoins spéciaux au point de vue comportemental ou en raison d'un traumatisme crânien • Personnes souffrant de multiples maladies chroniques • Utilisateurs des SU atteints de problèmes de santé mentale ou de dépendances • Autochtones sans fournisseur de soins primaires Personnes ou familles vivant avec une maladie progressive limitant la qualité de vie
	Conformité aux priorités du gouvernement
	Le ministère et le RLISS d'Érié St-Clair se sont concentrés sur l'application d'un large éventail de stratégies clés, de buts et de mesures, et ils ont mis en place une Stratégie d'accès aux différents niveaux de soins à plusieurs volets dans la région d'Érié St-Clair. Cette stratégie s'appuie sur des recommandations clés, comme celles du rapport du D^r Samir Sinha, responsable de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées de l'Ontario (2013), l'harmonisation des maillons santé avec le ministère et la vision du RLISS d'Érié St-Clair portant sur l'amélioration des soins, des expériences et de la valeur. Il faut s'y prendre différemment pour l'accès aux différents niveaux de soins et les temps d'attente, de même que pour la demande de soins de longue durée, et tirer parti des ressources communautaires. Nous continuerons de renforcer le soutien des EII dans les maisons de soins infirmiers pour réduire les transferts aux SU, ainsi que les stratégies de services infirmiers de déchargement dans les SU pour permettre au personnel des services médicaux d'urgence de retourner dans la collectivité. Une partie de notre rôle consiste à promouvoir les pratiques exemplaires, et le RLISS d'Érié St-Clair organise depuis 3 ans un colloque sur les plans d'action en vertu du FAR pour les SU afin de soutenir leur diffusion.

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Service des urgences (suite)			
Plans d'action / interventions	% d'avancement, par année		
	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Prolonger les heures des SU en ce qui concerne les infirmiers praticiens et les auxiliaires médicaux afin de traiter les patients et de leur donner leur congé.	70 %	100 %	—
Mettre au point un processus d'aiguillage et un cheminement en soins primaires pour les cas d'ICC et de MPOC, mis en branle par les SU et le CASC d'Érié St-Clair.	90 %	100 %	—
Poursuivre et élargir les stratégies des plans d'action en vertu du FAR et du Programme d'amélioration des processus pour réduire les temps d'attente aux SU.	90 %	100 %	—
Mettre au point des mécanismes pour que les patients sans médecin désigné (ICC et MPOC) soient auto-aiguillés vers du personnel infirmier clinicien ou un fournisseur de soins primaires aux fins de suivi et d'autoprise en charge.	70 %	100 %	—
Étudier les possibilités de recherche relative à une démarche de modélisation prédictive dans la région d'Érié St-Clair pour soutenir la circulation des patients et les gains en efficacité pour les patients admis.	100 %	—	—
Soutenir les pratiques exemplaires en promotion de la santé concernant la prévention de la grippe dans les secteurs de soins actifs et des maladies dans les secteurs de soins de longue durée.	100 %	—	—
Concevoir des stratégies pour soutenir de meilleures politiques d'admission et de congé afin de favoriser les transitions harmonieuses entre les catégories de soins.	75 %	100 %	—
Concevoir des stratégies pour soutenir la prestation de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.	100 %	—	—
Concevoir des stratégies de communications, de service à la clientèle et de satisfaction des patients pour les personnes qui attendent aux SU.	100 %	—	—
Étudier les possibilités de soutenir des stratégies de réacheminement pour dégager les SU avec les fournisseurs de soins de santé (services médicaux d'urgence, soins primaires, CASC d'Érié St-Clair) et les FSLD dans la région d'Érié St-Clair.	100 %	—	—
Revoir les stratégies de recrutement et de maintien en poste des urgentologues ainsi que la couverture pour la région d'Érié St-Clair.	100 %	—	—

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Service des urgences (suite)
Répercussions prévues des principales mesures à prendre
• D'ici trois ans, réduire de 1 247 à 944 les consultations aux SU dans l'ensemble du RLISS d'Érie St-Clair pour les personnes de 35 ans et plus atteintes de MPOC (taux par 100 000 habitants). • D'ici trois ans, réduire de 456 à 362 les consultations aux SU dans l'ensemble du RLISS d'Érie St-Clair pour les personnes de 35 ans et plus atteintes d'ICC (taux par 100 000 habitants). • Réduire de 5 % d'ici trois ans les consultations répétées aux services des urgences à l'intérieur d'une période de 30 jours qui sont attribuables à des problèmes de santé mentale ou de dépendance. • Détourner 10 % des consultations à l'hôpital inappropriées actuelles de patients en santé mentale vers le secteur communautaire. • Réduire les consultations en soins palliatifs évitables aux SU pour atteindre le 10^e percentile du rendement provincial. • Accroître de 20 % le pourcentage de personnes autochtones et francophones ayant un médecin de famille ou un fournisseur de soins primaires dans un établissement de soins primaires sécuritaire et adapté à leur culture. • ICC : d'ici trois ans, réduire de 456 à 362 le nombre de consultations aux SU par 100 000 habitants pour l'ensemble du RLISS d'Érie St-Clair (pour les personnes de 35 ans et plus). • Atteindre le 90^e percentile en ce qui concerne les temps d'attente pour les services à domicile du CASC d'Érie St-Clair

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Service des urgences (suite)
Risques/obstacles liés à la réussite de la mise en œuvre
• Inaccessibilité aux soins primaires • Difficultés persistantes vécues par les patients nécessitant un ANS et ceux dont les besoins sont élevés (au point de vue du comportement ou en raison d'un traumatisme crânien) • Persistance d'un taux de maladies chroniques plus élevé que la moyenne provinciale (p. ex., arthrite, asthme, diabète, hypertension, troubles de l'humeur, troubles anxieux) qui fait augmenter les consultations aux SU. • Incapacité de recruter des urgentologues et de les maintenir en poste sans menace de fermeture des SU pour certains établissements. Pour chaque risque ou obstacle, décrire le plan d'atténuation des risques. • Harmoniser les buts et les objectifs des centres de soins primaires pour la région d'Érié St-Clair afin d'améliorer l'accès à un fournisseur de soins primaires ou à du personnel infirmier praticien dans la région d'Érié St-Clair. • Mettre en place et soutenir des transitions plus harmonieuses, des stratégies de réacheminement pour dégager les SU et des modèles de prestation de services de santé pour les personnes nécessitant un ANS ou celles qui ont des problèmes de MPOC, d'ICC, d'AVC ou de diabète, et les cas de consultations répétées aux SU liés à la santé mentale ou à des problèmes de dépendance. • Concevoir des politiques et des processus normalisés pour les congés en collaboration avec les services de soins actifs et postactifs, le CASC d'Érié St-Clair et les services communautaires (aide à la vie autonome / logement avec services de soutien) afin de faciliter les transitions entre les catégories de soins et d'améliorer l'expérience des patients. Quels sont certains des principaux catalyseurs nous permettant d'atteindre notre objectif? • Démarche normalisée de promotion de la santé, prévention et prise en charge des maladies chroniques, et stratégies de prévention et d'autoprise en charge qui appuient les pratiques exemplaires et le transfert des connaissances dans toute la région d'Érié St-Clair. • Insistance sur l'amélioration de la circulation des patients dans tout le continuum de soins afin de créer de la souplesse dans l'utilisation des lits et d'améliorer leur taux de rotation. • Continuer de renforcer la capacité du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) dans la région d'Érié St-Clair pour les SU, les soins actifs et les FSLD. • Mettre au point une démarche régionale de réacheminement pour dégager les SU ainsi que de soins épisodiques pour les FSLD. • Mettre au point un inventaire de la couverture actuelle et future des SU pour assurer une prestation des soins sûre et de qualité, en plus d'un plan de recrutement et de maintien en poste des urgentologues.

2.2 Autre niveau de soins

MODÈLE A PARTIE 1 : DÉTERMINATION DE LA PRIORITÉ DU PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS Autre niveau de soins
Priorité du Plan de services de santé intégrés
Autre niveau de soins (ANS)
Description des priorités du PSSI
Trop souvent, les gens restent à l'hôpital alors qu'il existe un ANS qui répondrait mieux à leurs besoins, par exemple, à leur domicile ou dans un foyer de soins de longue durée (SLD), où les services peuvent être mieux adaptés à leurs besoins. Cette situation a des répercussions négatives à la fois sur la circulation et sur l'expérience des patients, en plus d'accroître les coûts globaux des soins de santé. L'indicateur du taux d'attente d'un ANS est un nouvel indicateur de rendement visant à éclairer l'écart dans le pourcentage de journées d'hospitalisation de patients nécessitant un ANS d'un point de vue opérationnel. Il représente un compte rendu exact du nombre total de jours d'attente d'un ANS et de jours-patients à la fois pour les dossiers ouverts et les dossiers fermés au cours d'un mois donné, dressant ainsi un portrait exact du rendement relatif aux ANS dont la tendance pourra être établie au fil du temps. En mars 2014, le RLISS d'Érie St-Clair affichait le deuxième plus haut taux (23,1 %) d'attente d'un ANS de la province. Les objectifs du groupe de travail sur le rendement des ANS d'Érie St-Clair consistent à élaborer et à surveiller des initiatives qui permettront de réduire les jours d'attente d'un ANS dans la région d'Érie St-Clair. En date du 30 avril 2014, 288 patients se trouvaient sur la liste d'attente d'un ANS dans des établissements de soins actifs et postactifs, ce qui représentait 86 patients (23 %) de moins sur la liste d'attente comparativement au 30 avril 2013. Plus précisément, il s'agissait d'une diminution de 26 % des patients attendant dans des lits réservés aux soins actifs, de 14 % des patients attendant dans des lits de SCC, de 67 % des patients attendant dans des lits réservés aux soins de santé mentale et de 40 % des patients attendant dans des lits réservés aux soins de réadaptation (avril 2014 c. avril 2013). À la fin d'avril 2014, 52 % des patients en attente d'un ANS recevaient des soins actifs et 48 %, des soins postactifs. Des 150 patients en attente d'un ANS dans des lits réservés aux soins actifs le 30 avril 2014, 62 cas (41 %) attendaient depuis au moins 30 jours. Neuf patients (6 %) attendaient depuis au moins un an. Les patients qui attendaient depuis au moins 30 jours représentaient 97 % (35 262 sur 36 496) du nombre total de jours en attente d'un ANS dans des soins actifs et postactifs. En ce qui a trait aux services aux patients hospitalisés, les patients en attente d'un ANS occupaient environ 20,6 % des lits réservés aux soins actifs, 47,8 % des lits de SCC, 5 % des lits réservés aux soins de santé mentale et 7,1 % des lits réservés aux soins de réadaptation en mars 2014. Des diminutions ont été observées dans les lits réservés aux soins actifs (3,2 %), les lits de SCC (8,7 %), les lits réservés aux soins de santé mentale (2,6 %) et les lits réservés aux soins de réadaptation (8,1 %) en mars 2014 comparativement à mars 2013 (taux d'attente d'un ANS du RLISS d'Érie St-Clair).
Situation actuelle
<u>Prise en compte des objectifs de planification des ANS</u> • Amélioration des résultats pour les patients en attente d'un ANS grâce à la diffusion et à l'intégration de pratiques fondées sur des données probantes, à l'élaboration de mesures d'intégration et à l'établissement de partenariats pour certains diagnostics. • Amélioration des transitions entre les soins, des processus de congé, de la prise en charge des cas, de l'accès coordonné et du suivi pour certains diagnostics. • Enrichissement des connaissances de la collectivité et des fournisseurs à l'égard des répercussions de l'accès aux hôpitaux et des répercussions des patients en attente d'un ANS sur les nouveaux processus de soins.

MODÈLE A PARTIE 1 : DÉTERMINATION DE LA PRIORITÉ DU PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS Autre niveau de soins (suite)	
Situation actuelle	
• Amélioration des programmes de rétablissement à l'appui des soins transitoires et de l'amélioration des fonctions. • Diminution du taux d'incidence du recours aux hôpitaux pour les utilisateurs à risque élevé reconnus. • Diminution du recours aux hôpitaux et du recours inapproprié au CASC d'Érié St-Clair. • Admissions et réadmissions évitables pour des groupes de maladies analogues (GMA) sélectionnés qui sont devenus des ANS. • Mise en œuvre de la Stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées. • Accroissement de la capacité des EII de soutenir les FSLD et les possibilités d'aversion des SU appropriées. • Harmonisation avec le modèle vasculaire intégré et la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. • Amélioration de l'accès aux capacités en matière de soins actifs (soins médicaux, chirurgicaux et critiques) grâce à l'amélioration du processus. • Offre d'options appropriées en matière de soins communautaires et de congé (y compris les soins en fin de vie). • Maximisation du conditionnement fonctionnel des patients de plus de 60 ans. • Diminution du délai avant un placement dans un FSLD pour les patients hospitalisés et ceux vivant dans la collectivité. • Diminution du délai avant d'accéder à un Programme de soins de convalescence pour les patients hospitalisés et ceux vivant dans la collectivité. • Amélioration des résultats du programme de prévention des chutes mis en œuvre dans les établissements et les foyers. • Création de programmes d'éducation normalisés efficaces pour les personnes âgées en ce qui a trait aux services, aux mesures de soutien et aux programmes qui leur sont offerts pour les aider à : a) rester chez elles, b) faire la transition jusqu'à une maison de repos ou de retraite ou c) faire la transition jusqu'à un FSLD. • Diminution de la durée du séjour aux soins actifs pour les populations atteintes de maladies chroniques et transfert ultérieur d'une plus grande proportion des soins vers des services communautaires ou des services de soins de rétablissement.	

MODÈLE A PARTIE 1 : DÉTERMINATION DE LA PRIORITÉ DU PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS Autre niveau de soins (suite)
Objectif(s)
<u>Objectifs généraux en matière d'ANS</u> • Continuer de soutenir et d'améliorer la philosophie Chez soi avant tout et le potentiel de rétablissement. • Continuer de soutenir l'adoption d'une démarche coordonnée à l'égard du processus de congé et des examens du congé des patients ayant des besoins complexes afin de déterminer les obstacles. • Intégrer la philosophie axée sur l'évaluation et le rétablissement au principal objectif en matière de soins à l'intérieur du niveau de soins de réadaptation. • Faciliter le recours approprié aux options de soins postactifs (réadaptation, santé mentale, SCC, soins de convalescence, logements de soutien, services d'aide à la vie autonome). • Poursuivre la mise en œuvre du Plan stratégique du système de réadaptation pour la région d'Érié St-Clair. • Cerner et mettre en œuvre les pratiques exemplaires pour les trois principaux états cliniques de réadaptation. • Assurer un accès adéquat aux services aux patients externes et aux services de réadaptation offerts dans la collectivité. • Accroître la capacité en matière de services d'aide à la vie autonome et le nombre de lits réservés à ces services dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair. • Poursuivre la mise en œuvre de l'initiative de prévention des chutes et de la réforme de la physiothérapie dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair. • Soutenir la mise en œuvre des services de maisons de soins palliatifs à Chatham-Kent et à Leamington. • Accroître le rôle des soins primaires dans la prise en charge des patients recevant des soins en fin de vie. • Transformer 2 % de l'ensemble des lits de SLD en lits de soins de convalescence (1 % à l'heure actuelle). • Mettre en place un outil d'évaluation des risques pour les détections précoces (indice LACE – durée du séjour, acuité, comorbidité et visites aux SU). Les plans d'action mettront l'accent sur les populations prioritaires suivantes pour les ANS : • patients en attente d'un ANS ayant reçu un diagnostic dont le séjour aux soins actifs serait abrégé s'ils recevaient des services de réadaptation appropriés à l'hôpital et dans la collectivité; • personnes âgées fragiles de 65 ans et plus présentant un risque élevé; • patients faisant l'objet d'un cheminement clinique pour les soins aux personnes âgées fragiles / soins gériatriques, les accidents vasculaires cérébraux ou les fractures de la hanche; • patients des services d'aide à la vie autonome éventuels occupant actuellement des lits de SCC, d'évaluation et de rétablissement, et (ou) de convalescence; • personnes ou familles vivant avec une maladie progressive limitant la qualité de vie; • patients visés par la stratégie en matière de ventilation chronique; • patients des programmes de prévention et de prise en charge des maladies chroniques et des programmes de comportement souvent réadmis; • patients dans des situations de lutte contre les infections; • patients ayant des besoins spéciaux et recevant des services de soutien particuliers.

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Autre niveau de soins (suite)			
Conformité aux priorités du gouvernement			
Les objectifs ci-dessus sont conformes à la priorité du gouvernement d'accroître l'accès aux soins hospitaliers en améliorant la circulation des patients, en augmentant l'accès aux lits d'hôpitaux et en réduisant le temps que passent les patients dans les lits réservés aux ANS.			
Plans d'action / interventions	% d'avancement, par année		
	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Établir et accroître la capacité des programmes de soins de rétablissement et de soins de transition (p. ex., programmes de soins de convalescence dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair).	80 %	100 %	–
Élaborer des messages clés et un plan de marketing pour mettre en lumière les services offerts par chaque FSLD (format vidéo).	100 %	–	–
Mettre sur pied des équipes responsables de la mise en œuvre géographique du programme Chez soi avant tout afin de soutenir les objectifs relatifs à ce programme et aux ANS dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair.	100 %	–	–
Restructurer le programme Chez soi avant tout afin de soutenir les régions géographiques qui offriront des soins transitoires à l'égard des tendances, des obstacles et des défis principaux afin d'améliorer les transitions entre les soins.	100 %		
Élaborer un programme complet de prévention des chutes dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair.	100 %	–	–
Mettre sur pied un groupe de travail sur la gestion du rendement des ANS afin de surveiller les priorités clés à l'égard de l'amélioration de la circulation des patients, des temps d'attente aux SU, de l'efficacité et des responsabilités.	50 %	100 %	–
Mettre sur pied un groupe de planification de l'éducation afin d'élaborer des initiatives de marketing et de sensibilisation pour atténuer les risques liés aux ANS et communiquer le rôle du programme Chez soi avant tout dans Érié St-Clair.	100 %	–	–
Améliorer la circulation des patients en renforçant les capacités communautaires, accroître la capacité des lits de soins de courte durée afin d'améliorer la circulation des patients en attente d'un ANS et offrir des solutions de rechange aux admissions à l'hôpital et aux placements.	70 %	100 %	–
Soutenir un processus solide de planification des congés en mettant principalement l'accent sur le programme Chez soi avant tout.	100 %	–	–
Soutenir la stratégie de priorité aux résidents axée sur la collaboration du Projet OSTC à l'appui des transitions entre les soins et des patients qui présentent des problèmes de santé mentale et de comportement.	100 %	–	–
Élargir la portée du programme de sensibilisation des infirmières et infirmiers praticiens, des services de soutien comportemental et de la promotion des services psychogériatriques afin de couvrir les maisons de soins infirmiers (l'objectif étant de prévenir les consultations aux SU et d'améliorer les services communautaires).	100 %	–	–

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Autre niveau de soins (suite)
Répercussions prévues des principales mesures à prendre
• Diminution du pourcentage de journées d'hospitalisation de patients nécessitant un ANS dans les soins actifs jusqu'à 15,3 % dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair et du nombre total de jours d'attente d'un ANS. • Accroissement de la capacité observée à Windsor-Essex avec l'ajout de 256 lits de FSLD à l'automne 2014. • Diminution du besoin de soins actifs dans les hôpitaux (congéés des patients hospitalisés) au cours des trois prochaines années pour être conforme au taux de congé provincial de 100 %. • Atteinte de l'objectif de 7 250 nouveaux jours-patients (équivalant à 20 lits) pour les services d'aide à la vie autonome à Windsor-Essex. • Atteinte de l'objectif de 7 250 nouveaux jours-patients (équivalent à 20 lits) pour les services d'aide à la vie autonome à Chatham-Kent et à Sarnia/Lambton. • Diminution du nombre d'hospitalisations attribuables à des chutes, de 12 à 11,2 (taux par 1 000 patients), pour les personnes âgées de 65 ans et plus au cours des trois prochaines années. • Maintien du ratio dans l'ensemble des ANS au même niveau que l'objectif provincial ou au-dessus (p. ex., supérieur à un). • Rééducation de 5 % dans les taux de réadmission pour les personnes âgées fragiles atteintes de maladies chroniques.
Risques/obstacles liés à la réussite de la mise en œuvre
• Besoin d'assurer des transitions harmonieuses et une méthode cohérente pour la planification des congés des patients (en temps opportun) à l'établissement de soins le plus approprié, en adoptant la philosophie Chez soi avant tout. • Incapacité de cerner et d'appliquer les pratiques exemplaires dans la planification des congés dans l'ensemble de la région d'Érié St-Clair. • Accroissement et vieillissement de la population présentant des besoins de soins actifs plus élevés et un plus grand nombre de maladies chroniques. • Personnes qui ont des problèmes de comportement et (ou) qui ont subi des traumatismes crâniens. • Besoin d'équilibrer les demandes des patients (choix) et les besoins de services de soins actifs et non actifs pour assurer le maintien d'un accès raisonnable. Pour chaque risque ou obstacle, décrire le plan d'atténuation des risques. • Maintien des défis liés aux pressions attribuables aux ANS et aux désignations, et accès opportun aux évaluations des répercussions de la réglementation effectuées dans les soins actifs, catégorisées de façon à améliorer les transitions entre les soins et les possibilités liées au potentiel de rétablissement. • Sensibilisation, mesures de soutien et ressources liées aux FSLD pour la prestation de soins spéciaux relativement au Projet OSTC, aux soins en fin de vie, aux pratiques exemplaires et au plan préalable de soins, afin de soutenir de façon appropriée l'aversion à l'égard des SU pour inclure l'expérience des clients ayant effectué de longs et de courts séjours. • Programmes de soins transitoires et prise en charge des cas nécessitant des soins intensifs • Élargissement de la portée du programme EII dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair

MODÈLE A
PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION
Autre niveau de soins (suite)

Quels sont certains des principaux catalyseurs nous permettant d'atteindre notre objectif?

- Amélioration de l'accès aux soins primaires et suivi auprès des personnes âgées
- Mise en œuvre de PFQ pour certaines affections
- Affectation ou redistribution appropriées des ressources afin de soutenir adéquatement les modèles d'accès équitable et de services de santé pour les populations et les personnes âgées à risque élevé (maillons santé, santé mentale et toxicomanie, stratégie en matière de ventilation chronique et réadaptation)
- Examen et établissement de possibilités d'accès aux soins primaires en prévention et autoprise en charge des maladies chroniques, en santé mentale et en toxicomanie, ainsi que pour les personnes âgées dans la prévention et l'autoprise en charge des maladies chroniques, à la santé mentale et la toxicomanie et aux personnes âgées

2.3 Prévention et prise en charge des maladies chroniques

MODÈLE A PARTIE 1 : DÉTERMINATION DE LA PRIORITÉ DU PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS Prévention et prise en charge des maladies chroniques
Priorité en matière d'intégration des services de santé
Prévention et prise en charge des maladies chroniques
Description des priorités du PSSI
Les problèmes de santé chroniques augmentent rapidement le fardeau général de la maladie dans la région d'Érie St-Clair. Comparativement au reste de la province, la population d'Érie St-Clair présente le plus grand nombre de cas d'arthrite, d'asthme, de diabète, d'hypertension, de troubles de l'humeur, de MPOC et de maladies cardiaques. Parmi ces affections, les plus grandes proportions de consultations aux SU sont associées à l'arthrite, aux maladies cardiaques et aux MPOC. Voici certains des enjeux associés aux MPOC : • manque de technologies de l'information (p. ex., dossier médical électronique [DME]) nécessaires à la surveillance et au suivi des soins aux patients afin d'assurer la conformité aux pratiques exemplaires et l'amélioration des résultats en matière de santé; • besoin de mettre davantage l'accent sur la prévention, notamment grâce aux programmes de sensibilisation des patients et d'autoprise en charge; • besoin d'adopter de meilleurs choix de vie, notamment la sensibilisation aux facteurs de risque et aux choix plus sains; • besoin d'un accès en temps opportun aux soins primaires et du soutien continu de la collectivité. <u>Prise en compte des objectifs de planification de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques</u> • Accès simplifié aux soins (point d'accès unique / admission centralisée) • Processus d'évaluation et de mise en congé normalisés • Amélioration de la circulation des patients dans le continuum de soins • Prestation d'un plus grand nombre de soins partagés en collaboration • Amélioration de l'adoption des pratiques exemplaires • Rôles et responsabilités convenus clairement établis pour tous les fournisseurs de services de santé • Accroissement de la capacité communautaire (solutions de rechange aux SU/hôpitaux) • Importance accrue accordée au rendement et aux rapports (y compris l'établissement d'objectifs de rendement et la promotion de mesures de réussite normalisées)

MODÈLE A PARTIE 1 : DÉTERMINATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS Prévention et prise en charge des maladies chroniques (suite)
Situation actuelle
La prévalence continue des comportements malsains (risqués) liés au mode de vie, notamment le tabagisme, le mésusage de l'alcool, l'inactivité physique et une mauvaise alimentation, fait en sorte que les résidents d'Érié St-Clair présentent un risque plus élevé de contracter certaines affections comme le diabète, les maladies circulatoires et les maladies cardiaques. Finalement, les principales raisons qui expliquent les mauvais résultats observés au niveau des maladies chroniques dans Érié St-Clair sont les suivantes : • besoin de technologies d'information améliorées pour la surveillance et le suivi des soins des patients conformément aux pratiques exemplaires; • besoin de réduire l'écart dans la prestation des soins dans l'ensemble du réseau de fournisseurs; • besoin d'une gestion de cas améliorée pour les affections de longue durée; • manque de programmes de sensibilisation des patients et d'autoprise en charge; • coûts, en particulier pour les travailleurs pauvres qui ne peuvent pas se payer de médicaments; • besoin d'adopter de meilleurs choix de vie; • taux d'obésité plus élevés chez les enfants; • taux de tabagisme plus élevés; • besoin d'un accès plus opportun aux soins primaires; • besoin d'un meilleur réseau de transport rural; • en général, besoin d'accroître les capacités communautaires, assurant ainsi l'atténuation des risques et la sécurité des patients dans les programmes de soins communautaires comparativement à une hospitalisation.

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Prévention et prise en charge des maladies chroniques (suite)
Objectif(s)
<u>Objectifs généraux en matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques</u> • Améliorer l'intégration à court terme de la prestation des services dans le secteur de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques, grâce à des rôles et à des responsabilités mieux définis en matière de soins. • Faire progresser les cheminement cliniques normalisés dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair (axés sur les pratiques exemplaires) en commençant par Windsor-Essex (ICC, accidents vasculaires cérébraux et diabète). • Entreprendre l'élaboration du cheminement clinique pour la MPOC dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair (en commençant par Sarnia/Lambton). • Mettre au point une trousse d'outils normalisée pour les congés à l'intention des SU et des hôpitaux pour la MPOC et l'ICC (en commençant par Windsor-Essex). • Mettre en place un processus d'admission centralisée (point d'accès unique pour les plus grands utilisateurs du système de soins de santé) pour la prévention et la prise en charge des maladies chroniques dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair (en commençant par Windsor-Essex). • Faire progresser les analyses de rentabilité liées au renforcement de la capacité communautaire en matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques pour les domaines prioritaires cernés grâce au processus d'engagement de la collectivité (p. ex., modèle clinique, équipes mobiles, ressources de rétablissement pour patients alités). • Promouvoir des modèles de soins davantage adaptés à la culture et établir des liens avec ces modèles. • À long terme, officialiser la méthode de prévention des maladies chroniques en mettant l'accent sur les populations qui présentent les risques les plus élevés en raison de leurs comportements et de leurs choix de vie actuels (p. ex., maintien du tabagisme). Les plans d'action mettront l'accent sur les populations prioritaires suivantes (conformément au 1 % des plus grands utilisateurs du système de soins de santé) pour les personnes qui ont besoin de soins de prévention et de prise en charge des maladies chroniques : • personnes atteintes de MPOC; • personnes atteintes d'ICC; • personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral; • personnes présentant des complications ou des besoins importants à cause du diabète; • Autochtones présentant une maladie chronique et des comorbidités; • nouveaux arrivants (immigrants) dans la région présentant une maladie chronique et des comorbidités; • personnes âgées francophones présentant une maladie chronique et des comorbidités.

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Prévention et prise en charge des maladies chroniques (suite)			
Conformité aux priorités du gouvernement			
Les objectifs ci-dessus sont conformes aux orientations du MSSLD à l'égard de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques.			
Plans d'action / interventions	% d'avancement, par année		
	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Établir un cheminement clinique ou un modèle de soins intégré pour la MPOC en commençant par Sarnia/Lambton et en terminant par l'ensemble de la région du RLISS d'Érie St-Clair d'ici 2015.	70 %	100 %	–
Établir des cheminements cliniques pour l'ICC, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète en commençant par Windsor-Essex et en terminant par l'ensemble de la région du RLISS d'Érie St-Clair d'ici 2017.	30 %	60 %	100 %
Améliorer la responsabilisation et la production de rapports dans l'ensemble du système et mettre en place un outil d'évaluation électronique pour la MPOC à Chatham-Kent, puis dans l'ensemble du RLISS d'Érie St-Clair d'ici 2015.	40 %	80 %	100 %
Faire progresser des protocoles et des responsabilités claires pour gérer les points de transition des soins de la MPOC dans le cheminement clinique (p. ex., mise en congé, soins en fin de vie, circulation des patients du CASC d'Érie St-Clair jusqu'aux équipes d'intervention rapide).	80 %	100 %	–
Faire progresser une stratégie de gestion de crises après les heures normales de travail et prendre en compte cet élément dans tous les cheminements cliniques pour la MPOC.	80 %	100 %	–
Améliorer les liens avec les soins primaires grâce aux cheminements cliniques.	30 %	50 %	100 %
Faire progresser les mesures et les objectifs de rendement pour tous les domaines prioritaires d'ici 2015 (MPOC, diabète et ICC).	40 %	70 %	100 %
Élaborer une stratégie de prévention générale et un cheminement clinique pour la population atteinte de maladie chronique dans Érie St-Clair (en commençant par Windsor-Essex d'ici 2015).	80 %	100 %	–
Élaborer un cheminement clinique pour l'abandon du tabagisme pour Chatham-Kent et Windsor-Essex d'ici 2015, puis dans l'ensemble du RLISS d'Érie St-Clair d'ici 2016.	30 %	60 %	100 %
Mettre au point une trousse d'outils normalisée pour les congés à l'intention des SU et des hôpitaux pour la MPOC et l'ICC (à Windsor-Essex d'ici 2015).	80 %	100 %	–

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Prévention et prise en charge des maladies chroniques (suite)			
Mettre en place un processus d'admission centralisée (point d'accès unique pour les grands utilisateurs du système de soins de santé) pour la prévention et la prise en charge des maladies chroniques dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair (en commençant par Windsor-Essex).	30 %	60 %	100 %
Faire progresser les analyses de rentabilité liées au renforcement de la capacité communautaire en matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques pour les domaines prioritaires cernés grâce au processus d'engagement de la collectivité (p. ex., modèle clinique, équipes mobiles, ressources de rétablissement pour patients alités).	100 %	–	–

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Prévention et prise en charge des maladies chroniques (suite)
Répercussions prévues des principales mesures à prendre
La réalisation des objectifs de rendement ci-dessous sera entreprise (et fera l'objet d'un suivi) une fois que les cheminement cliniques auront été approuvés et mis en œuvre (pour une région géographique précise). De plus, ces objectifs ne seront pas atteints avant que les mesures de soutien appropriées de la capacité communautaire du futur système de prévention et de prise en charge des maladies chroniques ne soient en place. • Réduire les réadmissions après 30 jours de 24,5 % à 12 % au cours des trois prochaines années pour les personnes atteintes de MPOC âgées de 35 ans et plus. • Réduire les réadmissions après 30 jours de 18,8 % à 12 % au cours des trois prochaines années pour les personnes atteintes d'ICC âgées de 35 ans et plus. • Réduire les admissions de 322 à 280 au cours des trois prochaines années pour les personnes atteintes d'ICC âgées de 35 ans et plus (taux par 100 000 habitants). • Réduire les admissions de 417 à 330 au cours des trois prochaines années pour les personnes atteintes de MPOC âgées de 35 ans et plus (taux par 100 000 habitants). • Réduire l'hypertension de 19,7 % à 17,7 % au sein de la population d'Érié St-Clair au cours des trois prochaines années. • Réduire le taux de tabagisme quotidien ou occasionnel de 22,2 % à 18,9 % au cours des trois prochaines années. • Réduire de 2 % les consultations aux SU attribuables au diabète. • Réduire de 2 % la durée du séjour pour les complications liées aux diabétiques chez les patients hospitalisés. • Faire en sorte que 90 % des patients atteints de MPOC, d'ICC et de diabète présentant des complications fassent l'objet d'un cheminement clinique multidisciplinaire.
Risques/obstacles liés à la réussite de la mise en œuvre
• Incapacité à quantifier les mesures de responsabilisation dans le système de soins de santé • Personnes n'adoptant pas de meilleurs choix de vie • Incapacité d'obtenir un accès aux soins primaires en temps opportun • Manque de possibilités de sensibilisation et de soutien à l'autoprise en charge • Incapacité d'éloigner le système de soins de santé actuel du traitement des maladies aiguës et de la gestion de crises pour offrir davantage de mesures et d'outils de prévention pour prévenir, gérer et atténuer les comportements risqués • Maintien de l'absence de cheminement cliniques communautaires normalisés (MPOC, ICC, accidents vasculaires cérébraux et diabète) • Incapacité de suivre efficacement les résultats et les répercussions des programmes sur les résultats des patients • Liens mal définis avec les soins primaires pour le maintien et la prévention continus • Maintien du recours aux hôpitaux (SU) pour les services de soins de santé après les heures normales de travail • Absence de solutions de rechange communautaires aux soins dans les SU et les hôpitaux, en particulier après les heures normales de travail et la fin de semaine • Absence d'une capacité communautaire pour mieux soutenir les personnes atteintes de maladie chronique à leur domicile pendant de plus longues périodes

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Prévention et prise en charge des maladies chroniques (suite)
Risques/obstacles liés à la réussite de la mise en œuvre (suite)
Pour chaque risque ou obstacle, décrire le plan d'atténuation des risques. • Améliorer le rendement global en matière de responsabilisation et de suivi, et mettre en place un outil d'évaluation électronique visant à mesurer les résultats sur le plan du rendement de la normalisation des cheminements cliniques. • Mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la sensibilisation et les stratégies d'autoprise en charge en réponse à l'amélioration générale des soins de santé de longue durée et à la modification du mode de vie. • Officialiser et mettre en œuvre les liens avec les soins primaires grâce à l'élaboration de cheminements cliniques et de programmes/protocoles. • Élargir la portée des mesures de soutien à l'autoprise en charge actuelles grâce à une méthode de prévention secondaire complète officialisée, et déclarer les résultats relatifs à l'adoption de cette démarche au moyen d'une carte de pointage du système de prévention et de prise en charge des maladies chroniques. • Faire progresser une stratégie de prévention complète et un plan financier pour commencer à investir (réorienter) davantage de ressources dans des mesures préventives. • Élaborer des cheminements cliniques et des modèles logiques intégrés normalisés pour les plus grands utilisateurs du système de soins de santé dans la région d'Érié St-Clair (MPOC, ICC, accidents vasculaires cérébraux, diabète). • Élaborer et mettre en œuvre un outil d'évaluation électronique pour assurer le suivi des résultats dans tous les principaux domaines de planification (MPOC, diabète, accidents vasculaires cérébraux, ICC, abandon du tabagisme). • Grâce à l'élaboration de cheminements cliniques et de modèles logiques, énoncer les pratiques exemplaires (liens et objectifs) relatives à l'établissement de liens avec les soins primaires après un congé et les autres mesures de soutien des soins primaires essentielles qui s'avèrent nécessaires au moment du congé et jusqu'à 14 jours après celui-ci. • Dans le cadre des cheminements cliniques intégrés, faire progresser et (ou) élargir les modèles de soins après les heures normales de travail et de gestion de crises dans les milieux communautaires. • Promouvoir un processus pour évaluer et, au besoin, faire progresser les analyses de rentabilité officielles liées à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques qui abordent les besoins en matière de capacité communautaire. Quels sont certains des principaux catalyseurs nous permettant d'atteindre notre objectif? • Formation et ententes de responsabilisation en matière de services dûment signées relativement à l'utilisation d'un outil d'évaluation électronique • Soutien au RLISS d'Érié St-Clair à l'égard de la planification et de l'établissement de structures dans la collectivité (groupes de travail) afin de concevoir des cheminements cliniques intégrés opérationnels • Détermination des pratiques exemplaires et entente avec les fournisseurs relativement à l'adoption de ces pratiques dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair • Achèvement des analyses de rentabilité officielles liées à la capacité communautaire visant à faire progresser les solutions de rechange aux soins dans les SU et les hôpitaux pour les personnes atteintes de maladie chronique • Capacité de mesurer de façon précise le rendement du système de santé (et le rendement des investissements) et de produire des rapports exacts à cet égard • Entente avec les fournisseurs de soins de santé à l'égard des objectifs et des mesures de rendement au début du processus de mise en œuvre

2.4 Santé mentale et toxicomanie

MODÈLE A PARTIE 1 : DÉTERMINATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS Santé mentale et toxicomanie
Priorité en matière d'intégration des services de santé
Santé mentale et toxicomanie
Description des priorités du PSSI
Traditionnellement, la santé mentale et la toxicomanie touchent les groupes de population vulnérable qui utilisent beaucoup les SU, les établissements de soins actifs et les ressources communautaires. Les consultations répétées aux SU de la région d'Érié St-Clair dans les 30 jours pour toxicomanie représentent 1 % du total des consultations aux SU en 2013-2014. En 2013, la région d'Érié St-Clair fût l'une des pires sur le plan du rendement dans la province et elle est actuellement au troisième rang pour cet indicateur. Bien que des gains aient été réalisés, la région d'Érié St-Clair continue d'afficher des temps d'attente importants pour les services communautaires de lutte contre les dépendances. Par exemple : • deuxième plus longue attente pour notre ressource provinciale de services résidentiels de traitement de la toxicomanie pour les femmes; • globalement, la région d'Érié St-Clair se place au neuvième rang provincial pour les temps d'attente pour les services résidentiels de traitement de la toxicomanie (mixte); • les temps d'attente pour l'évaluation initiale de la toxicomanie et l'aiguillage allaient de 10 jours jusqu'à une durée aussi longue que 65 jours. Le RLISS d'Érié St-Clair affiche un piètre rendement pour les consultations répétées aux SU dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale. En 2013-2014, le diagnostic des troubles de santé mentale a compté pour 3 % de toutes les consultations aux SU et le RLISS d'Érié St-Clair se place actuellement au huitième rang dans la province. Des volumes élevés sont constamment notés pour le secteur de Windsor-Essex. Bien que les pratiques prometteuses devraient avoir des répercussions positives sur les consultations aux SU, des variables additionnelles comme les temps d'attente communautaires doivent être prises en compte. Par exemple : • le counseling et le traitement variaient de 0 à 218 jours; • la prise en charge des cas variait de 0 à 122 jours; • le logement avec services de soutien variait de 0 à 222 jours; • le traitement communautaire dynamique nécessitait 41 jours ou plus.

MODÈLE A PARTIE 1 : DÉTERMINATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS Santé mentale et toxicomanie (suite)
Description des priorités du PSSI (suite)
Les résultats anticipés au cours des 12 à 36 prochains mois pour s'attaquer aux principales mesures de rendement du RLISS d'Érié St-Clair comprennent notamment : • le maintien du rang actuel comme l'un des chefs de file pour les consultations répétées aux SU pour toxicomanie dans les 30 jours; • la réduction des consultations aux SU pour des troubles de santé mentale de 10 à 15 % d'ici deux ans, en s'attaquant tout particulièrement aux volumes élevés de la région de Windsor; • dans la collectivité, les temps d'attente pour l'évaluation initiale de la toxicomanie et l'aiguillage, le traitement résidentiel et le service de counseling pour les troubles concomitants nécessitent des améliorations. Les trois plus importantes substances identifiées sont l'alcool, la cocaïne et les narcotiques/opiacés; • dans la collectivité, les temps d'attente et les demandes pour les services de counseling et de traitement en santé mentale, le logement et la prise en charge de cas continuent de solliciter les ressources au maximum. En outre, les injections à action prolongée, les ordonnances de traitement en milieu communautaire et l'appui des équipes des services de justice font l'objet de problèmes de capacité; • le nombre de personnes ayant des troubles de santé mentale ou des problèmes de toxicomanie continue d'augmenter et ces personnes requièrent une approche globale, réfléchie et axée sur les actions; • les unités médicales des établissements de soins actifs et l'annexe 1 voient une augmentation du nombre de personnes âgées en attente d'un ANS manifestant des comportements réactifs, parce que les FSLD refusent de reprendre ces pensionnaires. Le manque de résidences et d'établissements de soins est clairement un problème pour les personnes ayant des besoins complexes et une apparition précoce de démence, pour celles qui ont subi des traumatismes crâniens et qui ont des troubles de santé mentale concomitants et (ou) un problème de toxicomanie. Les résultats attendus à l'égard des pratiques prometteuses et des investissements mentionnés précédemment comprennent notamment : • la diminution des consultations aux SU pour les personnes qui nécessitent des services de gestion du sevrage; • la diminution des admissions aux soins actifs pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de toxicomanie qui sont mieux servies au sein de la collectivité par leur médecin de soins primaires grâce à un soutien psychiatrique (modèles de soins partagés); • la diminution des temps d'attente pour les personnes qui cherchent des services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances; • la diminution des taux d'ANS pour les personnes âgées manifestant des comportements réactifs qui sont transférées par les coordonnateurs de soins hospitaliers du Projet OSTC du CASC d'Érié St-Clair, pour retourner dans leur foyer en collaboration avec le soutien d'une équipe mobile, notamment dans les foyers de SLD et les maisons de retraite; • l'augmentation du nombre de personnes servies par les services d'évaluation de la toxicomanie et d'aiguillage, de counseling et de traitement, grâce à la coordination du modèle FACE de l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair; • l'augmentation du nombre de personnes atteintes de dépendance aux opiacés servies par des cliniques de réduction des préjudices et de traitement à la méthadone; • l'augmentation du nombre de personnes aux idées suicidaires détectées de façon précoce et aiguillées vers les services de counseling communautaires nécessaires.

MODÈLE A
PARTIE 1 : DÉTERMINATION DE LA PRORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Santé mentale et toxicomanie (suite)

Situation actuelle

Objectifs de planification pris en compte en santé mentale et en lutte contre les dépendances

- Réduire les consultations répétées aux SU (dans les 30 jours) pour les clients en santé mentale et en toxicomanie par la mise en œuvre de solutions de rechange communautaires aux SU – centre de transition et de stabilisation, équipes du programme d'évaluation, d'intervention et de traitement rapides, et mécanismes FACE d'Érié St-Clair;
- accorder une attention continue aux personnes âgées manifestant des comportements réactifs qui risquent d'être admises aux soins actifs ou à des SLD de façon précoce;
- réduire les temps d'attente dans la collectivité par la mise en œuvre de pratiques prometteuses et l'adaptation des services aux personnes qui ont des troubles de santé mentale (modérés ou graves) et (ou) des dépendances. Les services adaptés incluent notamment les modèles de soins partagés entre les psychiatres et les médecins de soins primaires;
- renforcer les relations entre les fournisseurs de services financés par le MSEJ et ceux financés par le RLISS d'Érié St-Clair à l'égard des jeunes qui sont à l'âge charnière;
- évaluer la deuxième phase du programme pilote de prévention des rechutes pour le mettre en œuvre dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair;
- les responsables des soins psychiatriques et primaires élaboreront et évalueront les modèles de soins partagés en ciblant les cabinets des médecins qui exercent seuls, dans des collectivités éloignées ou rurales qui ne bénéficient pas de l'appui d'un service de counseling sur place;
- renforcer les relations entre les fournisseurs de services financés par le ministère des Services sociaux et communautaires et ceux financés par le RLISS d'Érié St-Clair à l'égard des personnes ayant des besoins complexes et particuliers (p. ex., diagnostic mixte);
- mettre en œuvre des ressources cliniques partagées de façon à étendre les services spécialisés de psychiatrie aux collectivités qui présentent des lacunes;
- réduire la dépendance aux SU et aux services aux patients hospitalisés quand il est question de gestion du sevrage et de lutte contre les dépendances;
- mettre en œuvre de nouveaux modèles de logement en partenariat avec les services de logement des trois municipalités;
- mettre en place un programme pilote de réadaptation progressive en psychiatrie légale.

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Santé mentale et toxicomanie (suite)
Objectif(s)
• Augmentation de la capacité (volumes de services) et réduction des temps d'attente (de l'aiguillage à la prestation du service) pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de dépendances. • Améliorer les modèles d'intégration et de prestation de services afin de répondre correctement aux besoins des patients tout au long de leur vie (jeunes, adultes et personnes âgées). • Assurer qu'un continuum de services en santé mentale et en lutte contre les dépendances est offert aux résidants d'Érié St-Clair. • Prévenir ou retarder l'admission à l'hôpital ou le placement dans les FSLD pour les personnes âgées ayant des problèmes de comportement. • Améliorer les points de transition dans le continuum des soins en santé mentale, en lutte contre les dépendances et pour les personnes qui présentent des problèmes de comportement. • Offrir de l'aide précoce comprenant notamment l'identification et l'intervention pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de dépendances modérés. • Renforcer le système pour les clients et les familles grâce à des modèles de soutien par les pairs. • Construire un système de services en santé mentale et en lutte contre les dépendances fondé sur des données probantes et orientés par l'expérience. • Augmenter le nombre de psychiatres et de membres du personnel qui accroissent leurs services auxquels peuvent avoir recours les médecins de soins primaires. • Augmenter les compétences cliniques de base et assurer une qualité élevée des services. • Réduire les consultations répétées aux SU dans les 30 jours qui sont attribuables à des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. • Un des organismes du RLISS d'Érié St-Clair est le site hôte du programme Headspace. Des possibilités futures pour les jeunes, les jeunes d'âge charnière et pour des interventions précoces lors des premiers épisodes psychotiques. • De meilleurs liens et de véritables modèles de soins partagés. Bâtir sur le modèle d'évaluation, d'intervention et de traitement rapides pour s'assurer que toutes les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de dépendances modérés soient servies. • Toxicomanie – consultation externe, programmes communautaires de jour, services de counseling de soir et de fin de semaine, et offre de services de façon continue (pendant toute la vie et dans tous les secteurs de services). • Investir davantage en soutien au logement et en services de soutien en résidence (modèle d'approche). • Explorer les modèles de soutien par les pairs qui sont prometteurs dans d'autres RLISS afin d'évaluer leur applicabilité et leur reproduction dans la région d'Érié St-Clair. • Accroître l'attention de la population pour inclure les personnes aux prises avec des problèmes neurologiques complexes, des problèmes de santé mentale et des dépendances (p. ex., les personnes qui ont subi des traumatismes crâniens ou qui ont une apparition précoce de démence). • Voir les services de counseling et de thérapie comme des services essentiels qui doivent être renforcés.

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Santé mentale et toxicomanie (suite)
Conformité aux priorités du gouvernement
La Stratégie décennale de santé mentale et de lutte contre les dépendances du MSSLD est axée sur les besoins des enfants et des jeunes pendant les trois premières années. Au cours de la première année de mise en œuvre du plan provincial, le RLISS d'Érié St-Clair a investi massivement dans les ressources additionnelles du programme d'intervention précoce pour les premiers épisodes de psychose. Les principaux indicateurs en lien avec les normes ministérielles du programme font actuellement l'objet d'un examen dans l'ensemble de la province. Érié St-Clair est membre du groupe de travail provincial. Un examen interne indique que les équipes d'intervention précoce d'Érié St-Clair sont très efficaces et que les pratiques cliniques respectent les nouvelles normes. En 2014, le programme d'intervention précoce d'Érié St-Clair dans deux comtés indiquait d'importantes pressions sur la capacité. Le RLISS d'Érié St-Clair, en partenariat avec les fournisseurs, débute un examen des services et l'élaboration d'un plan d'action pour 2015-2016.

**MODÈLE A :
PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION
Santé mentale et toxicomanie (suite)**

Conformité aux priorités du gouvernement

Au cours de la deuxième année du plan, de nouveaux fonds ont été octroyés pour embaucher deux infirmiers praticiens spécialisés en troubles alimentaires dans notre région. Érié St-Clair a harmonisé les nouvelles ressources aux soins primaires (CSC). L'infirmier praticien spécialisé en troubles alimentaires de Windsor-Essex est devenu une ressource partagée fructueuse entre le CSC de Windsor-Essex et la Bulimia Anorexia Nervosa Association (BANA) puisqu'il s'agit d'un modèle intégré. Le modèle comprenait des investissements du RLISS d'Érié St-Clair pour avoir un mécanisme d'accès unique grâce à un numéro 1 800, un travailleur chargé de l'accueil, un travailleur social et un diététicien. Ce modèle a aussi évolué afin de tenir compte des changements de la population, car le CSC sert les adolescents et le BANA sert les adultes. (Remarque : Les jeunes d'âge charnière entre 18 et 23 ans sont servis par les deux fournisseurs). L'infirmier praticien spécialisé en troubles alimentaires de Chatham-Kent a également offert des services pour Sarnia/Lambton. Au cours des deux premières années de la mise en œuvre, les volumes étaient gérables; cependant, avant la fin du deuxième trimestre de 2013-2014, la demande pour les services a excédé la capacité, ce qui a entraîné des problèmes de maintien en poste. En conséquence, le RLISS d'Érié St-Clair examine les besoins en ressources additionnelles dans chaque comté. Le service serait inspiré du CSC. De la même façon, le RLISS d'Érié St-Clair examinera les services offerts aux adultes aux prises avec des troubles alimentaires à Chatham-Kent et à Sarnia/Lambton, et nous tirerons parti des leçons apprises du modèle intégré mis en place à Windsor-Essex.

Au cours de la troisième année du plan, un nouveau financement a été octroyé pour embaucher sept infirmiers en milieu scolaire en santé mentale et toxicomanie du CASC d'Érié St-Clair et un infirmier en chef. Ce programme a connu des problèmes de maintien en poste dès sa création, et son adoption et son acceptation par les fournisseurs de services en santé mentale et en lutte contre les dépendances financés par le RLISS d'Érié St-Clair ont été lentes. Le programme est représenté à la Table de concertation sur les enfants et les jeunes du RLISS d'Érié St-Clair, qui comprend les fournisseurs financés par le RLISS d'Érié St-Clair et par le MSEJ, ainsi que le bureau régional du MSEJ. La table de concertation est vue comme un véhicule pour renforcer l'acceptation dans l'ensemble du système du rôle du CASC d'Érié St-Clair en maximisant la portée des soins infirmiers en ce qui a trait à la surveillance des enfants et des jeunes qui obtiennent leur congé de l'annexe 1 et de Maryvale. Simultanément, le RLISS d'Érié St-Clair a investi pour embaucher un responsable de la santé mentale des enfants et adolescents pendant une durée limitée afin d'élaborer les cheminement cliniques selon la situation actuelle, du point de déclenchement de la crise au traitement dans la collectivité. Ce travail devrait se traduire par de meilleures communications entre les fournisseurs financés par le RLISS d'Érié St-Clair, ceux financés par le MSEJ et les conseils scolaires de la région d'Érié St-Clair. Les cheminement cliniques seront harmonisés aux pratiques d'excellence provinciales des SU et élimineront les soins offerts en silos restants.

Les années quatre à dix devraient être axées sur les nouveaux investissements pour la population adulte, y compris les adultes aux prises avec des problèmes de santé mentale modérés et le secteur des dépendances. Le RLISS d'Érié St-Clair est bien positionné pour respecter les priorités du gouvernement liées aux investissements considérables effectués au cours de l'exercice 2013-2014. Par exemple, selon les cinq piliers :

1) Premier pilier : Favoriser la résilience et le bien-être de la population ontarienne

- Le programme Rebound Choices a été mis en œuvre à Chatham-Kent et c'est le programme Rebound de Sarnia/Lambton qui a servi de modèle. Ce pilier est également harmonisé à l'initiative Headspace au sein de laquelle Chatham-Kent est le seul endroit en Ontario qui offre ce programme national.

MODÈLE A
PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION
Santé mentale et toxicomanie (suite)

Conformité aux priorités du gouvernement

2) Deuxième pilier : Assurer la détection et l'intervention précoces

- Investissements précoces dans le Programme d'intervention précoce faits par le RLISS d'Érié St-Clair.
- Accès rapide à des experts de la collectivité (modèle d'accès coordonné actuellement mis en évidence par le MSSLD à titre d'exemple de la manière de tirer parti des ressources existantes comme ConnexOntario et RTO).
- Équipe d'évaluation, d'intervention et de traitement rapide – associe les équipes interdisciplinaires mobiles rapides des établissements de soins primaires ayant besoin de soutien pour les problèmes modérés de santé mentale.
- Coordination de la prévention du suicide – initiative d'une durée limitée.
- Caring Connections – financement supplémentaire offert aux femmes enceintes qui souffrent de toxicomanie et fourni par le personnel du bureau des services de bien-être de l'enfance de chaque comté. Services de gestion du sevrage communautaires et résidentiels à Sarnia/Lambton. En commençant par les collectivités, l'équipe mobile en tout temps intervient rapidement pour les problèmes de toxicomanie dans un comté qui avait par le passé accès à des services aussi loin que Windsor (à 1,5 heure) ou London (à 1 heure).

3) Troisième pilier : Accroître le nombre de logements avec services de soutien, améliorer le soutien de l'emploi ainsi que la déjudiciarisation du système de justice

- Grâce à des partenariats entre les services de logement des trois municipalités, le RLISS d'Érié St-Clair a maximisé les ressources limitées. À titre d'exemple, la Ville de Windsor a fourni cinq suppléments au loyer à des femmes enceintes qui souffrent de toxicomanie. Vingt logements supplémentaires seraient potentiellement offerts à des personnes ayant des besoins complexes et souffrant de traumatismes crâniens et de problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Le RLISS d'Érié St-Clair sera tenu d'investir dans d'autres soutiens cliniques.
- Le RLISS d'Érié St-Clair, en partenariat avec le MSSLD, examine actuellement la possibilité de mettre en œuvre un programme de réadaptation progressive en psychiatrie légale. Il est l'un des quatre RLISS qui ne financent pas un hôpital judiciaire. Néanmoins, son importante population de personnes vulnérables pourrait être considérée comme en attente d'un ANS puisqu'elles ne peuvent pas réintégrer avec succès la collectivité. Le RLISS d'Érié St-Clair travaille en étroite collaboration avec un certain nombre de partenaires, notamment St. Joseph's Health Care, Regional Mental Health Care St. Thomas et le personnel du ministère.
- Les investissements passés comprennent les travailleurs des services de mise en liberté de l'ACSM de Windsor-Essex relativement au Centre de détention du Sud-Ouest et aux équipes de santé mentale des services de police (HELP et COAST).

4) Quatrième pilier : Bon service, au bon moment et au bon endroit

- Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie sont considérées comme une population ayant des troubles concomitants au sein de plusieurs maillons santé.
- Investissement dans la création d'un « carrefour » de fournisseurs de services existants de Windsor – Mandat consistant à desservir le comté en finançant la coordination ponctuelle de l'Hôpital Memorial du district de Leamington. Cet effort de coordination a entraîné une hausse du nombre de nouveaux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances dans le comté. Il convient de souligner que les services sur place sont fournis en même temps que la restructuration de l'usine de Heinz, ce qui a donné lieu à une importante réduction d'effectifs sur le plan économique et à des répercussions sur la collectivité.

MODÈLE A
PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION
Santé mentale et toxicomanie (suite)

5) Cinquième pilier : Financement fondé sur les besoins et la qualité

- Temps et investissements considérables consacrés à l'intégration. Jusqu'à présent, l'intégration est réussie entre l'ACSM de Lambton Kent et les services de santé mentale et de toxicomanie de l'Alliance pour la santé de Chatham-Kent. L'accent est actuellement mis sur l'intégration verticale entre l'ACSM du comté de Windsor-Essex et l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace.
- La région d'Érie St-Clair a fait des investissements fructueux dans des régions géographiques qui sont habituellement sous-financées ainsi que dans des groupes de population qui sont aux prises avec des problèmes d'équité en matière de santé. Par exemple, le RLISS d'Érie St-Clair a fourni du financement pour embaucher une infirmière spécialisée en télémédecine à temps plein au CSC de North Lambton afin de fournir au RTO du soutien en soins infirmiers pour mettre en relation les clients traités à la méthadone de la réserve de la Première Nation des pointes Kettle et Stony avec la Bluewater Methadone Clinic à Sarnia. Sans accès, ces clients utiliseraient de la méthadone sporadiquement en raison des services de transport limités.

MODÈLE PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Santé mentale et toxicomanie (suite)			
Plans d'action / interventions	% d'avancement, par année		
	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Santé mentale			
Accroître l'éducation de la collectivité et promouvoir l'intervention précoce au moment du premier épisode psychotique. S'assurer que les programmes élargis d'intervention précoce et de traitement de la psychose dans Érié St-Clair satisfont aux normes provinciales relatives aux programmes.	100 %	-	-
Mettre en œuvre le modèle du Projet OSTC du RLISS d'Érié St-Clair pour les personnes âgées qui présentent des comportements réactifs et leurs personnes soignantes.	100 %	-	-
Évaluer l'efficacité du modèle du Projet OSTC du RLISS d'Érié St-Clair pour les personnes âgées qui présentent des comportements réactifs et leurs personnes soignantes. L'évaluation comprendra des recommandations et la réaffectation du financement.		100 %	
La mise en œuvre de l'initiative de réduction de jours passés à la clinique du RTO dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair s'harmonise avec le programme FACE.	80 %	100 %	-
Mettre en œuvre et évaluer les honoraires psychiatriques à la séance. Adapter le financement à la séance selon le volume.	-	100 %	-
Mettre en œuvre le plan stratégique sur la santé mentale.	100 %	-	-
Continuer de faire progresser la mise en œuvre du Dossier d'évaluation intégré dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair – notamment l'outil de dépistage de problèmes psychiatriques aux SU.	80 %	100 %	-
Mettre en œuvre l'Évaluation commune des besoins en Ontario (ECBO) pour les patients de l'Équipe de traitement communautaire dynamique flexible (ETCDF) dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair et comparer les niveaux cliniques des besoins/risques des clients des services de gestion de cas graves de l'ACSM.	80 %	100 %	-
Mettre sur pied une équipe de soins intégrés sur les troubles alimentaires et évaluer le modèle aux fins de reproduction dans d'autres collectivités.	20 %	80 %	100 %

MODÈLE PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Santé mentale et toxicomanie (suite)			
Mettre en œuvre des pratiques prometteuses et surveiller leurs répercussions relativement aux consultations répétées aux SU et aux volumes de services communautaires.	90 %	100 %	-
Faire des investissements dans le domaine de la santé et les surveiller relativement aux indicateurs de rendement des investissements.	-	100 %	-
Évaluer le Réseau de santé mentale et de toxicomanie restructuré et les tables de concertation aux fins stratégiques et d'efficacité.	-	100 %	-
Examiner et adapter les centres de coûts des soins de santé mentale afin de les harmoniser à la prestation des services réelle.	80 %	100 %	

MODÈLE PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Santé mentale et toxicomanie (suite)			
Toxicomanie			
En se fondant sur les pratiques exemplaires, élaborer des protocoles et des cheminement cliniques entre le programme de traitement de la douleur chronique financé par le RLISS d'Érié St-Clair et les fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances.	60 %	100 %	
Mettre en œuvre le plan stratégique sur la lutte contre la toxicomanie.	80 %	100 %	
Réaliser des investissements dans les services de lutte contre les dépendances et les surveiller relativement aux indicateurs de rendement des investissements et au plan stratégique sur la lutte contre la toxicomanie.	-	50 %	50 %
Mettre en œuvre et surveiller la deuxième phase du modèle de prévention des rechutes aux fins de reproduction dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair.	80 %	20 %	-
Poursuivre le partenariat entre les services destinés aux femmes enceintes qui souffrent de problèmes de toxicomanie et les services de bien-être de l'enfance et l'évaluer.	70 %	100 %	-
Poursuivre le travail de partenariat des services de gestion du sevrage dans les collectivités respectives.	90 %	100 %	-
Examiner et adapter les centres de coûts des soins en toxicomanie afin de les harmoniser à la prestation des services réelle.	100 %		
Mettre en œuvre et évaluer les honoraires psychiatriques à la séance. Adapter le financement à la séance selon le volume.	-	100 %	
Répercussions attendues des principales mesures à prendre			
• Utilisation accrue des services de gestion du sevrage / réduction du nombre de consultations aux SU ou réduction du recours aux soins actifs • Sensibilisation accrue du public à l'égard des endroits où aller pour obtenir de l'aide (modèle FACE) • Recours accru aux soins partagés entre les psychiatres et les fournisseurs de soins primaires (équipes du programme d'évaluation, d'intervention et de traitement rapides) • Enrichissement des connaissances des fournisseurs et utilisation normalisée des outils de dépistage des risques associés au suicide • Cheminements cliniques pour les jeunes et les adultes suicidaires – amélioration de la communication entre les secteurs			

MODÈLE
PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION
Santé mentale et toxicomanie (suite)

Risques/obstacles liés à la réussite de la mise en œuvre

- L'utilisation accrue de services de gestion du sevrage / de lutte contre les dépendances peut entraîner la nécessité de faire des investissements supplémentaires dans les services de consultation externe ou les modèles de programmes de traitement de jour.
- La sensibilisation accrue du public à l'égard des idées suicidaires et (ou) du modèle FACE peut accroître les besoins de faire des investissements ciblés dans les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances.
- Les modèles de partage des soins peuvent entraîner une augmentation du nombre de personnes souffrant de problèmes modérés de santé mentale / de toxicomanie qui se présentent pour recevoir d'autres nouveaux services ainsi que de plus grands investissements afin de déterminer les services essentiels.
- Il est possible que les services de psychiatrie et les ressources humaines spécialisées dans le domaine de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances ne puissent pas suivre l'évolution de la situation (p. ex., la demande surpasse l'offre).

2.5 Système de soins de réadaptation

MODÈLE A PARTIE 1 : DÉTERMINATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ Système de soins de réadaptation
Priorité en matière d'intégration des services de santé
Soins de réadaptation
Description des priorités du PSSI
Les soins de réadaptation représentent un processus de traitement fourni par une seule discipline ou une équipe interdisciplinaire qui peut comprendre des infirmiers (IA et IAA), des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des assistants en réadaptation, des récréologues, des travailleurs sociaux, des diététistes, des pharmaciens, des psychologues, des psychiatres et des gériatres. Des soins de réadaptation sont habituellement requis à la suite d'une maladie ou d'une blessure grave ou de changements dans l'état de santé et des capacités fonctionnelles découlant d'une maladie chronique ou d'un handicap, et peuvent être prodigués par l'entremise d'une série de transitions coordonnées dans divers établissements de soins au sein du système de santé. Le système de soins de réadaptation a pour objet de rétablir le patient/client au plus haut niveau d'autonomie et de fonctionnement, puis de le maintenir à ce niveau. Idéalement, l'objectif de chaque patient/client en réadaptation est de retourner à la maison ou dans un logement avec services d'aide à la vie autonome. Les services sont fournis aux clients à leur domicile, dans des écoles, des lieux de travail, des cliniques, des hôpitaux et des installations de soins en établissement. On prévoit un besoin croissant de la capacité du système de soins de réadaptation au cours des 5 à 10 prochaines années et après, en raison de l'alourdissement du fardeau des maladies chroniques et du vieillissement de la population dans Érie St-Clair. Le plan stratégique du système de réadaptation de 2012 a permis de relever plusieurs lacunes dans l'état actuel du système ainsi que des points forts sur lesquels miser. Il accorde la priorité aux objectifs qui auront une incidence sur les expériences et les résultats cliniques des plus importantes populations de patients en réadaptation (patients ayant subi un accident vasculaire cérébral, présentant des problèmes orthopédiques et gériatriques). <u>Examen des objectifs de planification des soins de réadaptation</u> • Les trois dimensions de la démarche comprenant trois objectifs de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) : améliorer la santé de la population, améliorer l'expérience du patient et réduire, ou du moins contrôler, le coût des soins par habitant. • Les fournisseurs de services possèdent une expertise spécialisée et exercent pleinement leur profession à tous les stades des soins. • Les pratiques d'intervention exemplaires optimisent le rétablissement et les résultats. • Accent mis sur la prévention et la réduction des risques. • Accès équitable et en temps opportun à des soins pour les résidents des zones urbaines et rurales • Transitions de soins harmonieuses au sein d'un système intégré de soins • Cheminements cliniques normalisés dans l'ensemble du continuum • Accent mis sur l'autoprise en charge dans la limite des capacités des patients et des clients • Affectation appropriée des ressources grâce à des modèles de financement créatifs et souples • Détermination des possibilités de réadaptation précoce pour rétablir le fonctionnement et réduire la durée du séjour tout au long du continuum

MODÈLE A PARTIE 1 : DÉTERMINATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ Système de soins de réadaptation (suite)
État actuel de la situation
Bien que les pratiques exemplaires liées aux démarches en matière de soins soient bien établies et documentées pour les trois principales populations prioritaires nécessitant des soins de réadaptation, la mise en œuvre varie dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair. L'accès en temps opportun aux soins de réadaptation pour patients hospitalisés dans le délai ciblé est variable, ce qui contribue à la hausse du nombre de jours d'attente d'autres niveaux de soins actifs et aux retards dans le rétablissement des patients. La disponibilité des soins de réadaptation communautaires et externes d'une intensité et d'une durée suffisantes contribue aux délais dans l'obtention du congé des programmes de soins aux patients hospitalisés ainsi qu'aux possibilités d'intervention précoce et à la prévention potentielle d'une hospitalisation pour soins actifs. Certains patients sont admis de manière disproportionnée dans des établissements de SCC ou de SLD, où la disponibilité des services de soins de réadaptation est partielle et variable. Les personnes âgées représentent une proportion importante de clients nécessitant des soins de réadaptation dans tous les établissements. Des normes en matière d'expertise, de capacités et de compétences relativement aux ressources humaines dans le domaine de la santé qui permettent de gérer les besoins spécialisés en matière de soins gériatriques ont été partiellement élaborées dans l'ensemble du continuum de soins. La détermination des secteurs d'intérêt systémiques des activités d'amélioration ciblées a été difficile en raison de la disponibilité des données précises sur les résultats pour les patients et le système. On a cerné le besoin d'avoir une fiche de rendement complète du système de soins de réadaptation, qui en est actuellement au stade d'ébauche. À mesure que la fiche de rendement commence à accumuler des données, on saisira les occasions d'amélioration et on célébrera les réussites. La création de l'Alliance des soins de réadaptation provinciale et de groupes de travail connexes en 2013 a fourni une orientation supplémentaire vers l'élaboration de programmes et d'initiatives de soins de réadaptation normalisés dans l'ensemble de la province et influence positivement les activités dans Érié St-Clair.

MODÈLE A
PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION
Système de soins de réadaptation (suite)

Objectif(s)

Objectifs généraux du système de soins de réadaptation

Thèmes stratégiques	Objectifs stratégiques
Thème 1 : Prestation des meilleurs soins au bon endroit	Déterminer et mettre en œuvre les pratiques exemplaires pour les trois principaux états cliniques nécessitant des soins de réadaptation dans l'ensemble du continuum. Faciliter l'utilisation appropriée des lits réservés aux soins de réadaptation pour les patients hospitalisés. Assurer un accès adéquat aux services financés de soins de réadaptation externes et communautaires.
Thème 2 : Soutien de la prévention, de l'activation et de l'autoprise en charge	Lancer la stratégie de prévention des chutes chez les personnes âgées, axée sur la collaboration, dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair. Élargir la portée des soins de réadaptation pour la population de patients hospitalisés ayant des besoins complexes (activation des unités médicales). Intégrer la philosophie de l'autoprise en charge auprès des résidents et des familles dans chaque programme.
Thème 3 : Acquisition d'une expertise et partage des connaissances	Élaborer des normes pour l'expertise en matière de réadaptation et une stratégie à l'échelle du RLISS d'Érié St-Clair pour le perfectionnement professionnel. Renforcer la compréhension du public et des professionnels de la santé à l'égard de la réadaptation et des ressources accessibles grâce à des activités officielles de sensibilisation et de marketing. Mettre sur pied des centres d'excellence régionaux pour les principaux états cliniques.

Les plans d'action seront axés sur les populations prioritaires suivantes pour les personnes qui nécessitent des soins de réadaptation :

- patients qui ont subi un accident vasculaire cérébral;
- patients aux prises avec un trouble orthopédique, notamment une fracture de la hanche;
- personnes âgées fragiles ayant des besoins médicaux complexes.

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Système de soins de réadaptation (suite)			
Conformité aux priorités du gouvernement			
Les objectifs ci-dessous sont conformes à la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées du MSSLD, aux orientations relatives à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques et au travail de la Rehabilitative Care Alliance.			
Plans d'action / interventions	% d'avancement, par année		
	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Mettre sur pied, dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair, une équipe de réadaptation communautaire pour les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral, dans le cadre de laquelle des congés rapides avec soutien sont offerts.	100 %		
Élaborer et mettre en œuvre un modèle de soins pour les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) qui intègre un accès à des soins de réadaptation complets destinés aux patients hospitalisés pour tous les survivants d'un AVC qui ne sont pas en mesure de retourner chez eux après avoir reçu des soins actifs.	50 %	100 %	
Déterminer et recommander un éventail optimal de lits réservés aux soins de réadaptation pour le RLISS d'Érié St-Clair qui s'harmonise avec le groupe de travail sur les définitions de la Rehabilitative Care Alliance (y compris des lits de réadaptation, de SCC et de soins de convalescence).	80 %	100 %	
Élaborer et mettre en œuvre un cheminement clinique normalisé pour les fractures de la hanche dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair.	70 %	100 %	
Élaborer et mettre en œuvre des services de soins de réadaptation communautaires pour les patients souffrant d'une fracture de la hanche qui intègrent des congés rapides avec soutien après un séjour dans des lits réservés aux soins actifs ou aux patients hospitalisés pour des soins de réadaptation ou de convalescence, ainsi qu'une réintégration complète dans la collectivité.	70 %	100 %	
Élaborer et mettre en œuvre des services complets de médecine gériatrique spécialisée pour soutenir les soins aux patients souffrant d'une fracture de la hanche dans les établissements de soins actifs et de réadaptation et les milieux communautaires, ainsi que pour appuyer l'élaboration de la stratégie relative aux personnes âgées du RLISS d'Érié St-Clair.	20 %	60 %	100 %
Mettre en œuvre le programme HELP (Hospital Elder Life Program) dans l'ensemble des établissements de soins de réadaptation du RLISS d'Érié St-Clair pour les patients nécessitant des soins actifs et les patients hospitalisés.	30 %	100 %	

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Système de soins de réadaptation (suite)			
Élaborer et mettre en œuvre un processus de dépistage précoce dans la collectivité pour déterminer les personnes qui présentent de la fragilité ou un déclin fonctionnel, et qui mène à une évaluation complète et à la prestation des services de soins de réadaptation appropriés.	30 %	70 %	100 %
Renforcer la capacité en matière de médecine gériatrique spécialisée et de soins de réadaptation dans le RLISS d'Érié St-Clair, en liaison avec les services de santé mentale gériatrique pour soutenir l'élaboration de la stratégie relative aux personnes âgées du RLISS.	20 %	60 %	100 %

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Système de soins de réadaptation (suite)
Répercussions prévues des principales mesures à prendre
Nombre approprié de lits réservés aux patients hospitalisés dans le système de réadaptation pour : • accroître l'accès aux soins de réadaptation destinés aux patients hospitalisés pour les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral grave ou modéré afin d'atteindre les objectifs (à déterminer); • accroître l'accès aux soins de réadaptation destinés aux patients hospitalisés pour les patients souffrant d'une fracture de la hanche afin d'atteindre jusqu'à 70 % des patients qui vivaient dans la collectivité avant d'être blessés; • réduire le nombre de jours en attente d'un ANS passés aux soins actifs avant d'obtenir des soins de réadaptation (objectifs à déterminer); • réduire le nombre de jours en attente d'un ANS passés aux soins actifs avant d'accéder à des SLD; • réduire le nombre de jours en attente d'un ANS avant d'accéder à des SCC; • réduire les taux de patients ayant subi un accident vasculaire cérébral et une fracture de la hanche qui sont admis aux SLD. Accès approprié aux soins de réadaptation externes et communautaires financés afin de : • réduire la durée du séjour dans les soins actifs et les soins aux patients hospitalisés; • réduire le nombre de réadmissions après 30 jours (objectifs à déterminer); • réduire les admissions aux SLD à partir de la collectivité (objectifs à déterminer); • améliorer les congés avec soutien des ANS jusqu'au domicile (objectifs à déterminer); • améliorer les résultats et la qualité de vie pour les résidents d'Érié St-Clair aux prises avec une maladie ou une blessure invalidante.
Risques/obstacles liés à la réussite de la mise en œuvre
• Incapacité de quantifier la proportion de personnes âgées dans les soins actifs et la collectivité qui pourraient tirer parti de soins de réadaptation, mais qui n'utilisent pas ces services à l'heure actuelle (complexité des comorbidités, codes CIM-10, etc.) • Incapacité d'assurer un suivi efficace des résultats et des répercussions des programmes sur les résultats pour les patients, en particulier dans le secteur communautaire • Données inadéquates ou de mauvaise qualité pour éclairer le processus décisionnel et la planification • Pressions exercées sur le financement du système faisant en sorte que les établissements et les intervenants entreprennent leurs propres initiatives et plans stratégiques pour gérer la circulation de leurs patients et leurs coûts Pour chaque risque ou obstacle, décrire le plan d'atténuation des risques. • Surveiller la progression de la mise en œuvre des indicateurs des hôpitaux adaptés aux besoins des aînés, notamment en cernant les déclin fonctionnels d'origine hospitalière, ce qui éclairera les données relatives à la population des soins actifs qui nécessite des transitions entre les soins actifs et des soins de réadaptation avec soutien. • Améliorer la responsabilisation générale et le rendement en matière de suivi, mettre en place une fiche de rendement complète pour le système de réadaptation intégrant les principaux indicateurs de rendement et produire chaque trimestre un rapport destiné au RLISS d'Érié St-Clair. • Assurer une communication et une collaboration étroites avec les intervenants. • Accélérer le travail du comité de réadaptation du RLISS d'Érié St-Clair. • Mettre en place un mécanisme de partage pour soutenir la sensibilisation aux nouvelles pratiques et l'échange de ces pratiques, y compris les ressources et les normes élaborées par l'organisme provincial Rehabilitative Care Alliance. • Assurer une orientation claire de la part du RLISS d'Érié St-Clair.

MODÈLE A
PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION
Système de soins de réadaptation (suite)

Risques/obstacles liés à la réussite de la mise en œuvre (suite)

Quels sont certains des principaux catalyseurs nous permettant d'atteindre notre objectif?

- Coordonnateur spécialisé dans les soins de réadaptation dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair pour soutenir les initiatives de recherche, d'analyse et d'amélioration des processus dans l'ensemble de la région d'Érié St-Clair
- Soutien apporté au RLISS d'Érié St-Clair pour l'établissement de structures dans la collectivité (groupes de travail) dans le but de concevoir et de mettre en œuvre des cheminements cliniques intégrés et d'autres améliorations du système
- Accessibilité des données et des ressources de soutien à la prise de décisions pour mesurer avec précision le rendement du système de santé et produire des rapports précis à cet égard
- Outils normalisés à utiliser dans l'évaluation, la communication et la mesure des résultats pour les patients et les programmes
- Entente avec les fournisseurs de soins de santé sur les objectifs et les mesures de rendement
- Modèles de dotation en personnel normalisés (composition du personnel et ensembles de compétences) pour les programmes de réadaptation dans l'ensemble de la région d'Érié St-Clair
- Modèles de prévision relativement à l'utilisation et à la croissance des services de réadaptation en vue d'assurer la durabilité des programmes pour les trois principaux groupes de patients et diagnostics au cours des dix prochaines années
- Carte du système qui rationalise les services afin de répondre aux besoins variés des résidents d'Érié St-Clair en matière de soins de réadaptation dans l'ensemble du continuum de soins

2.6 Soins palliatifs résidentiels

MODÈLE A PARTIE 1 : DÉTERMINATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS Soins palliatifs résidentiels
Priorité en matière d'intégration des services de santé
Les soins palliatifs résidentiels sont liés à toutes les autres priorités du PSSI et servent de catalyseurs pour tirer parti des améliorations.
Description des priorités du PSSI
La région d'Érie St-Clair présente un taux de mortalité considérablement plus élevé que l'ensemble de la province (812,9 % c. 648,7 %), 5 200 décès ayant été enregistrés au cours de l'exercice 2011-2012. La région a de plus en plus besoin de soins palliatifs résidentiels. Les problèmes de santé chroniques augmentent rapidement dans Érie St-Clair. Comparativement au reste de la province, la population d'Érie St-Clair présente des taux plus élevés de nombreux problèmes de santé chroniques (consulter la section sur la prévention et la prise en charge des maladies chroniques du présent PAA). Des soins palliatifs résidentiels s'avèrent nécessaires pour toutes les catégories de maladies (y compris les maladies chroniques), dans tous les établissements de soins où des gens meurent. Des études ont révélé que les soins palliatifs résidentiels : • améliorent la qualité de vie des personnes aux prises avec une maladie limitant l'espérance de vie ainsi que celle de leurs personnes soignantes; • améliorent l'utilisation des ressources. Malgré des avantages démontrés des soins palliatifs, on observe toujours un trop grand nombre d'éléments suivants : • décès inutilement désagréables; • interventions réalisées sur des personnes en fin de vie qui ne peuvent ni prolonger ni améliorer leur vie; • admissions évitables dans les soins actifs; • séjours trop longs à l'hôpital; • décès dans des endroits inappropriés; • consultations inutiles aux SU; • absence d'aiguillage vers des soins palliatifs ou aiguillage effectué trop tard. La priorité accordée aux soins palliatifs résidentiels dans la région d'Érie St-Clair vise à produire une incidence positive sur les patients, les fournisseurs de soins et le système en général.

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Soins palliatifs résidentiels (suite)
Objectif(s)
L'objectif général des soins palliatifs résidentiels est d'adopter le nouveau modèle de soins composé d'équipes interdisciplinaires élargies virtuelles, ce qui nécessiterait les éléments suivants : • la mise en place d'un continuum complet d'établissements et de services de soins; • dans chaque milieu de soins où des gens meurent, l'élaboration d'un programme de soins clairement défini qui repose sur une philosophie et une démarche axées sur les soins palliatifs; • l'établissement de liens entre les secteurs et les services au moyen de pratiques, de structures et de processus communs, et d'une compréhension partagée de la philosophie des soins palliatifs; • la disponibilité d'un nombre suffisant de professionnels et de bénévoles ayant reçu une formation; • la définition et la communication claires de la responsabilisation; • un système intégré soutenu par des modèles de financement, des lignes directrices et des orientations stratégiques. Les plans d'action ci-dessous ont été élaborés en fonction de ces normes et sont axés sur les populations prioritaires suivantes pour les soins palliatifs résidentiels dans Érié St-Clair : • personnes ayant reçu tout diagnostic et considérées comme nécessitant des services de soins palliatifs dans tout milieu de soins (le domicile de la personne, une maison de soins palliatifs, un FSLD, un établissement de soins actifs, un établissement de SCC, un établissement communautaire/externe, etc.) : - prévoir ou gérer les situations de crise dans l'établissement où elles surviennent afin d'éviter les visites aux SU, les admissions à l'hôpital et (ou) les séjours prolongés; - améliorer la prestation des soins et l'expérience pour les patients et les familles; - fournir une réponse en temps plus opportun à l'égard des symptômes pour les interventions en cas de crise de niveau tertiaire dans les soins palliatifs résidentiels, ce qui faciliterait les congés rapides et réduirait les jours passés en attente d'un ANS. Les autres populations prioritaires dans les milieux de soins indiqués ci-dessus sont les suivantes : • membres des Premières Nations; • populations marginalisées; • malades chroniques fréquemment réadmis. Les priorités communes pour les populations ci-dessus sont les suivantes : • élargir l'accès et offrir un accès plus opportun; • renforcer les services de soutien aux personnes soignantes; • renforcer la capacité du service et le capital humain dans tous les milieux de soins; • améliorer l'intégration et la continuité dans l'ensemble des établissements de soins; • renforcer la responsabilisation et mettre en place des mécanismes pour la responsabilité partagée.
Conformité aux priorités du gouvernement
Les objectifs ci-dessus sont conformes aux priorités et aux mesures énoncées dans le document intitulé <i>AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA VALEUR DES SOINS PALLIATIFS EN ONTARIO : Déclaration de partenariat et d'engagement à l'action (décembre 2011)</i>. Ce document fait état de liens avec un certain nombre d'autres priorités du gouvernement.

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Soins palliatifs résidentiels (suite)			
Plans d'action / interventions	% d'avancement, par année		
	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Faire progresser un continuum complet d'établissements et de services de soins pour les soins en fin de vie et les soins palliatifs résidentiels dans l'ensemble du RLISS.			
Ouvrir des maisons de soins palliatifs à Chatham-Kent et à Leamington, les intégrer avec les autres secteurs, procéder à leur évaluation, etc.	50 %	90 %	100 %
Services de soutien aux personnes endeuillées – Améliorer les soins professionnels pour aborder les situations de deuil complexes à Chatham-Kent et à Sarnia/Lambton (éventuellement selon le modèle mis de l'avant à Windsor-Essex en partenariat avec l'ACSM).	40 %	80 %	100 %
Analyser les lacunes dans les programmes et les services et prendre les mesures appropriées (dans le cadre d'une mise à jour de la planification stratégique).	50 %	80 %	100 %
Soutenir l'établissement de programmes de soins palliatifs résidentiels dans tous les milieux de soins où des gens meurent.			
Soutenir l'élaboration d'une formation et d'une politique sur la planification des soins avancés dans l'ensemble des secteurs et des services.	50 %	80 %	100 %
Soutenir l'élaboration du Programme de soins palliatifs dans le cadre de l'harmonisation des hôpitaux de Windsor et faire progresser les programmes de soins palliatifs dans tous les établissements hospitaliers d'Érié St-Clair en fonction des principaux éléments qui ont été déterminés pour ces programmes (en mettant particulièrement l'accent sur les SU).	40 %	60 %	100 %
Continuer d'évaluer et d'améliorer l'accès communautaire aux soins palliatifs résidentiels d'experts (y compris le programme de médecine palliative de l'Hospice of Windsor, les équipes de consultation en matière de soins palliatifs et les liens entre les secteurs et les services).	60 %	90 %	100 %

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Soins palliatifs résidentiels (suite)			
Offrir des services de soins palliatifs résidentiels améliorés dans les FSLD grâce à un meilleur accès aux équipes de consultation en matière de soins palliatifs, aux infirmières et infirmiers praticiens, à la collaboration avec le programme PPSMCP, au conseiller en pratiques exemplaires de l'AllAO, aux ressources des maisons de soins palliatifs, y compris les programmes de médecine palliative, à la sensibilisation, etc. (cette activité sera orientée par les résultats de l'évaluation officielle du projet pilote dans les foyers de Sarnia/Lambton).	30 %	60 %	100 %
Poursuivre les activités d'intégration et de collaboration.			
Faire progresser la stratégie d'éducation (ce qui comprend une éducation adaptée à la culture pour les membres des Premières Nations et leurs fournisseurs de soins, ainsi que pour les autres populations diversifiées sur le plan culturel), en mettant l'accent sur l'amélioration des pratiques exemplaires dans tous les milieux de soins et les groupes professionnels (y compris les fournisseurs de soins non officiels).	50 %	80 %	100 %
Explorer et mettre en œuvre des possibilités d'amélioration de l'intégration (dans le cadre de la mise à jour de la planification stratégique).	50 %	80 %	100 %
Analyser de nouveau le rôle relatif de chaque établissement de soins dans chaque comté et modifier les cheminements cliniques en conséquence. Élaborer un processus pour assurer une mise à jour continue.			

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Soins palliatifs résidentiels (suite)			
Renforcer la capacité en ressources humaines pour les soins palliatifs résidentiels en :			
Appuyant le recours aux soins axés sur le travail d'équipe. Évaluer les équipes actuelles et mettre à profit les connaissances acquises (notamment en améliorant la capacité en éliminant les chevauchements et les inefficacités).	50 %	80 %	100 %
Continuant de soutenir la formation des fournisseurs de soins officiels et officieux (notamment les fournisseurs de soins primaires et les fournisseurs spécialisés en soins palliatifs résidentiels).	50 %	80 %	100 %
Programme de soutien de la résidence en médecine palliative	50 %	80 %	100 %
Renforcer la responsabilisation à l'échelle du système, notamment en :			
Effectuant un examen systémique particulièrement axé sur les données et les mesures des résultats (dans le cadre de la « mise à niveau » de la planification stratégique).	100 %	-	-
Utilisant des données pour améliorer le programme de soins palliatifs résidentiels.	20 %	90 %	100 %
Faisant progresser et en mettant en œuvre les mesures et les objectifs de rendement pour tous les domaines prioritaires.	40 %	80 %	100 %
Élaborant un programme régional plus officiel, tel qu'il est défini dans la <i>Déclaration</i> .	60 %	80 %	100 %
Faire progresser les modèles de financement, les lignes directrices et les orientations stratégiques à l'appui d'un système intégré, notamment en :			
Participant à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques / lignes directrices / stratégies provinciales/fédérales visant à améliorer les soins palliatifs résidentiels.	40 %	80 %	100 %
Élaborant des stratégies d'atténuation pour contourner les limites actuelles.	60 %	100 %	-

MODÈLE A
PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION
Soins palliatifs résidentiels (suite)

Répercussions prévues des principales mesures à prendre

- Réduction du nombre de visites évitables aux SU, du nombre d'admissions pouvant être évitées et du nombre de jours d'attente d'un ANS.
 - L'indicateur montre l'évitement des consultations aux SU et des admissions chez 70 % des patients de l'équipe de consultation en matière de soins palliatifs du programme de médecine palliative qui auraient pu autrement se rendre aux SU.
 - L'indicateur a fait augmenter de 5 % le nombre d'admissions directes aux soins palliatifs résidentiels (par rapport aux admissions aux SU), évitant ainsi les SU.
- Augmentation du nombre d'options dans les établissements de soins offertes aux patients mourants et de la prévalence de la concordance entre les préférences du client et le lieu du décès.
 - L'indicateur montre qu'au moins 60 % des patients de l'équipe de consultation en matière de soins palliatifs établiront une concordance entre leurs préférences et le lieu du décès.
 - L'indicateur a fait augmenter de 5 % le pourcentage de patients en soins palliatifs qui ont obtenu leur congé d'un établissement de soins actifs pour retourner à la maison.
- Augmentation du pourcentage de décès survenus ailleurs qu'à l'hôpital.
 - L'indicateur montre qu'au moins 50 % des patients de l'équipe de consultation en matière de soins palliatifs décéderont ailleurs qu'à l'hôpital.
- Augmentation du pourcentage d'aiguillages en temps opportun vers les soins palliatifs.
 - L'indicateur montre une augmentation d'au moins 5 % du pourcentage de décès survenus à l'hôpital à l'unité des soins palliatifs.
- Amélioration des programmes de soins palliatifs dans tous les établissements où des patients décèdent.
 - L'indicateur montre qu'en deux ans, au moins 70 % de ces établissements de soins disposaient d'un programme de soins palliatifs résidentiels précis et viable pour leurs patients. Ces programmes comprendront une évaluation du programme (suivi et mesures de la qualité des soins).
- Amélioration de la capacité de fournir des soins palliatifs dans les collectivités des Premières Nations d'Érié St-Clair.
 - L'indicateur montre qu'au moins une formation par année sera offerte au cours des trois prochaines années aux fournisseurs de soins officiels et officieux aux Premières Nations (selon les directives des partenaires des Premières Nations).
- Amélioration des résultats axés sur la population à long terme pour les soins palliatifs résidentiels.
 - Indicateurs des résultats positifs et des tendances dans tous les indicateurs de soins palliatifs / soins en fin de vie publiés par le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario et déterminés par les travaux provinciaux actuellement en cours (atteindre et [ou] dépasser la moyenne provinciale).
- Meilleure compréhension de la planification préalable des soins et consentement aux soins de santé – augmentation de 50 % du nombre de fournisseurs de soins directs qui affirment mieux comprendre la planification préalable des soins et le consentement aux soins de santé.

En fin de compte, les répercussions attendues des mesures à prendre résumées dans le présent document sont de fournir des soins de qualité aux patients et aux familles, réduisant ainsi le fardeau des personnes soignantes et celui des symptômes au sein d'un système durable de prestation de soins de santé.

MODÈLE A
PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION
Soins palliatifs résidentiels (suite)

Risques/obstacles liés à la réussite de la mise en œuvre

- Perception erronée du public (et des fournisseurs de soins de santé) relativement au fait que le recours aux soins palliatifs correspond à un abandon de l'espoir et à l'« absence d'intervention », donnant lieu à des aiguillages retardés et à une démarche continue de soins actifs.
- Priorités propres au secteur pouvant ne pas soutenir une démarche systémique de prestation de services de soins palliatifs; omission de collaborer entre les secteurs, réduisant ainsi l'efficacité des ressources limitées.
- Problèmes de recrutement – médecins, IP et autres membres de l'équipe spécialisés en soins palliatifs.
- Nécessité d'améliorer les méthodologies de collecte de données afin de permettre l'évaluation des soins palliatifs résidentiels dans l'ensemble du système (p. ex., Système national d'information sur les soins ambulatoires [SNISA] pour prendre en compte l'accroissement du nombre de personnes qui se rendent aux SU et qui nécessitent des soins palliatifs).
- Peu de ressources offertes dans les FSLD pour soutenir les exigences accrues en matière de dotation qui peuvent être nécessaires pour répondre aux besoins complexes en matière de soins palliatifs (surtout pour les quarts de travail de nuit et de soir).
- Nécessité de clarifier les orientations stratégiques concernant le rôle des maisons de soins palliatifs au sein du système de soins palliatifs résidentiels.
- Utilisation continue des SU comme solution par défaut pour obtenir des soins et peu de ressources offertes au personnel des SU pour l'aider à fournir des soins d'un point de vue palliatif (dans certains cas, si un point de vue palliatif était exploré, les admissions pourraient être évitées).
- Manque de formation des médecins en soins palliatifs résidentiels dans tous les secteurs.
- Nombre insuffisant de médecins ayant un statut en soins palliatifs pour accéder aux médicaments appropriés pour les soins en fin de vie.

Pour chaque risque ou obstacle, décrire le plan d'atténuation des risques.

- Poursuivre la formation des fournisseurs de soins officiels, y compris les médecins, dans l'ensemble du continuum.
- Renforcer les structures de responsabilisation décrites dans la *Déclaration*.
- Mettre en œuvre des stratégies « formez vos propres experts ».
- Dans le cadre de la « mise à niveau » du plan stratégique, mettre l'accent sur les mesures et les données.
- Travailler avec des groupes de données à l'échelle provinciale.
- Inclure les FSLD dans le mandat de l'équipe de consultation en matière de soins palliatifs. Collaborer avec des partenaires des FSLD (p. ex., les pratiques exemplaires de l'AIIAO, le programme de consultation en prise en charge palliative de la douleur et des symptômes, les IP dans les foyers, les programmes de médecine palliative et les maisons de soins palliatifs, etc.).
- Inclure les SU dans la formation sur la planification préalable des soins et dans celle portant sur les autres soins palliatifs résidentiels.
- À mesure que s'accroît la disponibilité des ressources en soins palliatifs résidentiels, les déployer dans les SU et les unités des patients hospitalisés. Mettre en place des processus d'admission directs pour les patients qui nécessitent clairement une hospitalisation, évitant ainsi les SU.
- Poursuivre la collaboration avec des partenaires provinciaux afin de préciser le rôle des maisons de soins palliatifs au sein du système de soins palliatifs résidentiels.

MODÈLE A PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION Soins palliatifs résidentiels (suite)
Risques/obstacles liés à la réussite de la mise en œuvre
Quels sont certains des principaux catalyseurs qui nous permettront d'atteindre notre objectif? • La collaboration à l'échelle provinciale aidera à préciser et à proposer des solutions en matière de soins palliatifs résidentiels. Érié St-Clair est étroitement lié à ce travail. • Des réseaux et des groupes locaux communautaires intersectoriels ont collaboré pendant de nombreuses années et sont très axés sur les patients. • Érié St-Clair offre depuis longtemps un fort soutien en matière de soins palliatifs. • Le matériel de télémédecine à l'échelle du RLISS d'Érié St-Clair est un catalyseur clé. • L'amélioration de la structure du programme de soins palliatifs résidentiels contribuera à éliminer le cloisonnement entre les secteurs. • La « mise à niveau » de la planification stratégique fournira des renseignements précieux afin d'accorder la priorité aux mesures à l'avenir.

3. Activités du RLISS d'Érié St-Clair et modèles de dotation en personnel

3.1 Plan du budget de fonctionnement du RLISS d'Érié St-Clair

Modèle B : Plan du budget de fonctionnement du RLISS				
Sous-catégorie de fonctionnement du RLISS (\$)	2013-2014 Chiffres réels	2014-2015 Affectation	2015-2016 Dépenses prévues	2016-2017 Dépenses prévues
Traitements et salaires	3 060 831	3 145 400	3 145 400	3 145 400
HOOPP	257 467	352 380	352 380	352 380
Autres avantages	391 112	331 700	331 700	331 700
Total des avantages sociaux du personnel	648 579	684 080	684 080	684 080
Transport et communications				
Déplacements du personnel	114 305	93 520	93 520	93 520
Déplacements de la direction	11 541	17 000	17 000	17 000
Communications	77 280	79 380	79 380	79 380
Autres avantages	-17 684	10 000	10 000	10 000
Total pour le transport et les communications	185 442	199 900	199 900	199 900
Services				
Hébergement (y compris l'assurance)	272 843	339 500	339 500	339 500
Publicité	-3 512	10 000	10 000	10 000
Engagement de la collectivité	27 958	50 000	50 000	50 000
Honoraires des experts-conseils	56 223	25 500	25 500	25 500
Location de matériel	30 684	50 000	50 000	50 000
Indemnités quotidiennes – Direction	62 975	77 500	77 500	77 500
Coûts partagés – Bureau des services communs des RLISS (y compris le PRLISS)	399 162	406 500	406 500	406 500
Autres dépenses de réunions	44 962	51 210	51 210	51 210
Autres coûts de la direction	36 805	50 250	50 250	50 250
Frais d'impression et de traduction	16 071	16 000	16 000	16 000
Perfectionnement du personnel	100 106	56 500	56 500	56 500
Total pour les services	1 044 277	1 132 960	1 132 960	1 132 960
Fournitures et matériel				
Matériel informatique	37 112	33 960	33 960	33 960
Fournitures de bureau et achat de matériel	76 142	40 000	40 000	40 000
Immobilisations	147 372	0	0	0
Total des fournitures et du matériel	260 626	73 960	73 960	73 960
Activités du RLISS : total des dépenses prévues	5 199 755	5 236 300	5 236 300	5 236 300
Financement annuel cible	5 236 300	5 236 300	5 236 300	5 236 300
Écart budgétaire	36 545	0	0	0

- Le financement cible comprend (le financement de base, les centres régionaux de coordination de la lutte contre le diabète, les SU/ANS, les services en français [SF], la mobilisation des Autochtones).

- L'augmentation des salaires en 2014-2015 par rapport à 2013-2014 reflète les coûts annuels pour l'ajout de personnel.
- Risque : Il est possible que l'augmentation nulle prévue du financement cible ne puisse pas permettre des augmentations suffisantes au mérite, prévoyant un ETP de moins pour compenser.

3.2 Plan de dotation en personnel du RLISS d'Érié St-Clair

Modèle C : Plan de dotation en personnel du RLISS d'Érié St-Clair (équivalents à temps plein)				
Titre / catégorie du poste	2013-2014, ETP réels au 31 janvier 2014	2014-2015 Prévisions ETP	2015-2016 Prévisions ETP	2016-2017 Prévisions ETP
Chef de la direction	1	1	1	1
Directeur principal / directeur général des finances	2	2	2	2
Directeur	3	3	3	3
Chef	9	10	9	9
Responsable	2	2	2	2
Analyste	4	4	4	4
Attaché de direction	1	1	1	1
Coordonnateurs	3	3	3	3
Adjoint administratif	9	9	9	9
Réceptionniste	1	1	1	1
Nombre total d'ETP	35	36	35	35

4. Stratégie de communication intégrée du Plan d'activités annuel du RLISS d'Érié St-Clair

4.1 Objectifs

➤ Soutien des objectifs opérationnels

Nos stratégies de communication appuient les objectifs opérationnels du RLISS d'Érié St-Clair par des plans de communication créés pour la planification et la mise en œuvre du PSSI 3, d'autres initiatives locales clés et des programmes englobant tout le RLISS ou toute la province. Tous les produits de communication du RLISS d'Érié St-Clair appuient sa vision, *meilleurs soins, meilleures expériences, meilleure valeur*, et soutiennent les objectifs stratégiques de l'organisme :

- 1) prévention et prise en charge des maladies chroniques;
- 2) leadership ciblé et audacieux;
- 3) partenariats en promotion de la santé;

et les 3 orientations clés du PSSI 3 :

- 1) l'amélioration des résultats pour les autres niveaux de soins (ANS);
- 2) l'amélioration des résultats pour les services des urgences (SU);
- 3) l'amélioration des résultats en matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques;
- 4) l'amélioration des résultats en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
- 5) l'amélioration des résultats en matière de soins de réadaptation;
- 6) l'amélioration des résultats en matière de soins palliatifs résidentiels.

➤ Principes directeurs de la communication

- Langage clair
- Transparence
- Langage qui donne la priorité aux gens (p. ex., personne atteinte de diabète)
- Respect des deux langues officielles du Canada
- Conformité à l'image de marque du RLISS

Nous voulons démontrer aux résidents d'Érié St-Clair le travail accompli pour améliorer les soins aux patients dans leur collectivité. La communication des initiatives et investissements fructueux du RLISS d'Érié St-Clair prouvera que les RLISS sont une valeur mesurable en matière d'amélioration des soins, des expériences et de la valeur. Si nous obtenons des modifications de comportement en matière de santé et que nous atteignons les résultats prévus selon les indicateurs de performance liés à nos objectifs stratégiques et au PSSI 3, nous aurons également atteint nos objectifs de communication.

➤ Objectifs de communication

1) Devenir plus visibles et faire mieux entendre notre voix dans la collectivité. Ce qui signifie que : nous devons être plus proactifs dans la communication de messages qui

appuient notre position de chef de file et nous devons nous rendre plus disponibles pour les médias et les autres parties qui agissent comme interfaces entre la collectivité et nous.

2) Fournir une information et une éducation améliorées sur le système de soins de santé. Ce qui signifie que : en tant que chefs de file, nous devons aider les gens à mieux connaître le système de santé, son fonctionnement et la manière de tirer le meilleur parti possible des services à leur disposition. L'éducation doit mieux cibler les utilisateurs et les fournisseurs de services du système.

Nous voulons que nos stratégies et nos tactiques de communication :

- exercent une influence positive sur les comportements entourant la santé (p. ex., faire de meilleurs choix en ce qui concerne les consultations aux SU, s'inscrire aux programmes financés par le RLISS, etc.), pour améliorer la santé des résidents locaux;
- influencent l'opinion publique au sujet des RLISS, renforcent la confiance envers le travail effectué sur le plan local et démontrent le leadership ciblé et audacieux qu'exerce le RLISS pour la transformation du système;
- induisent un changement positif des attitudes à l'égard du RLISS en démontrant que celui-ci permet d'atteindre *de meilleurs soins, une meilleure expérience et une meilleure valeur*.
- Les priorités du RLISS d'Érié St-Clair et les objectifs de communication qui les appuient sont conformes au Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé et à la philosophie *les bons soins au bon moment et au bon endroit*.

L'engagement de la collectivité est une des pierres d'assise des RLISS et, au moyen de contacts soutenus avec le public et les parties prenantes, nous sommes en mesure d'orienter nos processus de planification et de valider notre orientation pour améliorer les soins de santé sur le plan local. Parce que la planification adopte une orientation patient, nous pouvons être certains que nous améliorons le système de manières qui rendent l'expérience du patient plus positive, à meilleur coût pour le système.

Les possibilités de dialogue avec le public et les intervenants sont considérées comme faisant partie de toutes les initiatives de planification et sont décrites plus en détail dans le *plan de participation communautaire annuel du RLISS d'Érié St-Clair* qui se trouve à la section 5 du présent PAA.

4.2 Contexte

Pour consulter une description du profil démographique futur du RLISS d'Érié St-Clair, des prévisions et des tendances, veuillez vous reporter au point 1.3, page 17.

➤ Objectifs opérationnels du RLISS d'Érié St-Clair

Vision du RLISS d'Érié St-Clair en matière de soins de santé :

« *Meilleurs soins, meilleures expériences, meilleure valeur* »

Le RLISS d'Érié St-Clair croit que le système de santé doit être :

- axé sur le patient, de qualité supérieure, financé par les deniers publics, viable, universellement accessible et fondé sur les résultats;
- exploité de façon transparente, avec honnêteté et intégrité, dans un souci de responsabilité par rapport à notre collectivité;
- coordonné avec nos fournisseurs de soins de santé, qui travaillent en collaboration les uns avec les autres, recourant à des pratiques exemplaires et visant l'excellence.

➤ Orientation stratégique

Le plan stratégique du conseil du RLISS d'Érié St-Clair énonce une série d'orientations destinées aux activités du RLISS.

Orientation n° 1 : Prévention et prise en charge des maladies chroniques

Objectif : Restructurer le système de santé pour que les personnes atteintes de maladies chroniques reçoivent de meilleurs soins périodiques, soient mieux préparées à l'autoprise en charge de leurs maladies et aient moins souvent recours aux services des urgences et aux soins actifs.

Orientation n° 2 : Leadership ciblé et audacieux

Objectif : En tant que dirigeants du système de santé local, prendre des décisions courageuses en vue de créer un système plus étroitement intégré, mieux structuré et viable, et qui offre aux personnes les meilleurs soins possible.

Orientation n° 3 : Partenariats en promotion de la santé

Objectif : Resserrer les liens entre tous les organismes de promotion de la santé et de prévention des maladies afin que les personnes puissent accéder plus facilement aux programmes et aux renseignements qui les aident à mener une vie plus saine.

Le PSSI 3 du RLISS d'Érié St-Clair appuie le plan stratégique du conseil du Réseau, qu'il vient compléter en mettant de l'avant des orientations pour l'intégration et l'amélioration des résultats du système de santé local sur le plan clinique et celui de l'efficacité. Le PSSI 3, qui cadre avec la vision et les orientations stratégiques du MSSLD, communique les domaines prioritaires qui guideront les activités du RLISS d'Érié St-Clair pour les exercices 2013 à 2016 et constitue le fondement du présent PAA.

Initiatives ou programmes du RLISS ou du gouvernement d'Ontario

Il existe des activités et des domaines d'activité qui servent de leviers de transmission aux stratégies organisationnelles générales, notamment les programmes provinciaux suivants :

4.2.1 Stratégies, initiatives et programmes provinciaux

- Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé
- Stratégie des soins aux personnes âgées de l'Ontario
- Réforme du financement du système de santé
- Maillons santé
- Réforme de la physiothérapie
- Programme Chez soi avant tout
- Programme de financement axé sur les résultats

- Initiative Priorité aux résidents
- Rôle élargi pour le CASC d'Érié St-Clair
- Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement
- Financement fondé sur les patients (MAS)
- Cybersanté
- Plans d'amélioration de la qualité

4.2.2 Activités de planification et d'intégration

- PSSI 3
- Plan stratégique du RLISS d'Érié St-Clair
- Conseils des dirigeants
- Cheminement clinique de la MPOC et futurs cheminements cliniques pour la prise en charge des maladies chroniques
- Plan stratégique sur la santé mentale
- Plan stratégique des services de réadaptation
- Stratégie relative aux soins primaires
- Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les Autochtones
- Activités d'intégration
- Politique des hôpitaux sur les congés dans l'ensemble du RLISS
- Plan des services d'orthopédie
- Entité de planification des services de santé en français / Plan stratégique conjoint du RLISS
- Projets d'immobilisations
- Impératifs du système (voir le tableau)
- Autres activités de planification à mesure qu'elles sont mises sur pied

Les objectifs stratégiques du RLISS d'Érié St-Clair et les orientations stratégiques du PSSI 3 sont harmonisés avec les priorités provinciales mentionnées ci-dessus et les soutiennent. Des plans de communication stratégique sont conçus et mis en œuvre pour le rôle local et l'ensemble du RLISS à partir de ces priorités et initiatives.

4.3 Publics cibles

➤ Auditoires principaux

- Consommateurs/patients du système de soins de santé
- Grand public
- Médias
- Fournisseurs de services de santé
- Élus
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
- Conseil d'administration du RLISS d'Érié St-Clair
- Personnel du RLISS d'Érié St-Clair

➤ Auditoires secondaires

- Universités et collèges
- Organismes partenaires et intervenants, p. ex., OMA, AHO, ACASCO, AOHC
- Médecins, professionnels paramédicaux
- Partenaires en soins de santé non financés par le RLISS (p. ex., les bureaux de santé publique)
- Autres RLISS

4.4 Démarche stratégique

➤ Devenir plus visibles et faire mieux entendre notre voix dans la collectivité

Ce qui signifie que : nous devons être plus proactifs dans la communication de messages qui appuient notre position de chef de file et nous devons nous rendre plus disponibles pour les médias et les autres parties qui agissent comme interfaces entre la collectivité et nous. Conformément à notre orientation stratégique de leadership ciblé et audacieux, nous allons communiquer les décisions de gestion qui ont été prises en vue de créer un système plus étroitement intégré, mieux structuré et viable, et qui offre aux personnes les meilleurs soins possible.

➤ Fournir une information et une éducation améliorées sur le système de soins de santé

Ce qui signifie que : en tant que chefs de file, nous devons aider les gens à mieux connaître le système de santé, son fonctionnement et la manière de tirer le meilleur parti possible des services à leur disposition. L'éducation doit mieux cibler les utilisateurs et les fournisseurs de services du système. Par exemple, en fournissant de l'information claire, compréhensible et accessible au public sur les programmes et les services offerts, nous nous efforcerons d'améliorer les résultats en matière de santé pour l'ensemble de nos résidents tout en améliorant de manière générale la navigation dans le système. De plus, conformément à notre orientation stratégique de partenariats de promotion de la santé, nous travaillerons en collaboration avec nos intervenants pour diffuser des messages de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Soutenir notre rôle de leadership en faisant davantage valoir nos réalisations et nos succès. Parler franchement des problèmes et de la manière dont nous travaillons à les régler.

Ce qui signifie que : en tant qu'organisme, nous devons mieux communiquer nos succès à l'interne afin que nos porte-parole de première ligne disposent d'un plus vaste répertoire d'histoires parmi lesquelles choisir. Nous devons aussi consentir volontiers à discuter ouvertement de nos plans, des problèmes qui surviennent lors de leur mise en œuvre et de notre manière de nous adapter à l'évolution de la situation. Par exemple, à mesure que des améliorations sont apportées à notre orientation stratégique portant sur la prévention et la prise en charge des maladies chroniques, nous raconterons les histoires de réussite de nos patients/clients, afin que d'autres puissent être inspirés à utiliser les programmes et les services pour améliorer leurs propres résultats en matière de santé.

➤ Tactiques

Pour tous les auditoires décrits ci-dessus, nous avons recours à une variété de tactiques de communication stratégiques.

Ces tactiques comprennent notamment les suivantes :

- Produits médiatiques classiques, médias sociaux, événements, courriel, Internet / en ligne, rapport à la collectivité, rapport annuel, Info Minute du RLISS, stratégie d'appel à la participation des médias, réunions, réunions publiques du conseil d'administration, points saillants de la réunion du conseil, réunions à microphone ouvert, diffusion préalable des documents et de l'ordre du jour des réunions du conseil, etc.

- De plus, pour les médias, nous utilisons des argumentaires proactifs, des publications de tiers, et nous faisons preuve de disponibilité en tant que ressource de soins de santé, etc.
- S'ajoutent à cela, pour les fournisseurs de services de santé (FSS) : les conseils des dirigeants, les réseaux et les groupes consultatifs, les notes de service, le comité des communications et de la sensibilisation du RLISS d'Érié St-Clair (dont font partie des membres du conseil du RLISS d'Érié St-Clair ainsi que des membres de la collectivité);
- En plus de ce qui précède, pour les élus, s'ajoutent les réunions du conseil, les rencontres individuelles et les notes d'information.

Nous choisissons nos tactiques de communication en fonction des stratégies locales, provinciales et de l'ensemble des RLISS tout en respectant les pratiques exemplaires pour la participation du public de l'Association internationale pour la participation publique (IAP2), et les observations et directives du MSSLD. Nous nous efforçons d'être proactifs dans nos communications et de recourir à une démarche réactive méthodique au besoin. Conformément au principe directeur de la transparence, nous sommes ouverts et transparents dans nos communications et nous mettons nos documents à la disposition du public, principalement grâce au site Web du RLISS d'Érié St-Clair et en ayant recours à d'autres méthodes ciblées.

En collaborant avec les FSS et les consommateurs de services de santé, nous encourageons la diffusion des histoires de réussites, des investissements consentis en santé et des programmes de soins à l'aide de communiqués de presse, d'événements, de contenu sur le site Web, de bulletins, etc.

4.5 Principaux messages

Notre programme de messages doit reprendre nos valeurs de base et notre mission et nos objectifs, rôles et responsabilités en des termes faciles à comprendre et à mémoriser. Cela transparaît dans la vision du RLISS d'Érié St-Clair :

MEILLEURS SOINS, MEILLEURES EXPÉRIENCES, MEILLEURE VALEUR

➤ Ce qu'est le RLISS d'Érié St-Clair

- Nous sommes l'organisme gouvernemental qui planifie et finance des services de soins de santé qui représentent un total de un milliard de dollars par an pour notre région seulement, ce qui englobe tout, des hôpitaux aux services de repas à domicile.
- Nous voulons améliorer le système en comprenant les besoins locaux et en y répondant, ainsi qu'en faisant en sorte que les services travaillent ensemble de manière plus efficace. C'est ainsi que nous recevrons tous de meilleurs soins de santé, tout en réduisant les dépenses et en rendant le système durable pour nos enfants et nos petits-enfants.

➤ Messages de transformation

L'Ontario modifie son système de santé afin qu'il soit centré sur la personne. Nous avons un

plan pour nous assurer que les Ontariennes et les Ontariens ont accès à des soins de qualité supérieure et à un système de santé viable pour les années futures. En structurant notre système différemment et en nous concentrant sur les données probantes médicales, nous procurerons aux Ontariennes et aux Ontariens de meilleurs soins et une meilleure valeur pour leur argent.

Grâce à ces modifications, nous nous attendons à voir :

- une réduction des temps d'attente et un accès plus rapide à un médecin de famille;
- un nombre moindre de consultations aux SU et de réadmissions à l'hôpital;
- des patients qui reçoivent des soins chez eux ou dans la collectivité plutôt qu'à l'hôpital.

Comment transformons-nous le système de soins de santé?

- Nous établissons des partenariats avec le secteur et nous permettons aux intervenants de jouer un rôle actif pour déterminer comment modifier le système.
- Nous renforçons les organismes communautaires pour soutenir les fournisseurs et encourager l'intégration centrée sur les besoins du patient.
- Le financement des soins de santé sera déterminé en fonction des meilleures données probantes, et il suivra le patient.
- À quoi pouvons-nous nous attendre à la suite de ces changements apportés au système de santé?
- Un système conçu pour les patients par les fournisseurs de services et les dirigeants qui sont les plus près d'eux.
- Un système de santé qui intègre les fournisseurs autour des patients en vue de produire de meilleurs résultats.

➤ Messages clés propres à des projets

- Les messages clés propres à des projets sont élaborés au début du projet et mis à jour à chacune des phases de la mise en œuvre.

4.6 Évaluation

Pour mesurer l'efficacité des activités de communication du RLISS d'Érié St-Clair, les méthodes d'évaluation suivantes seront utilisées :

➤ Analyse des médias (présentée dans le rapport du directeur général remis au conseil)

Faire un suivi de l'évolution des activités résultant du travail de communication du RLISS. On s'efforcera de mesurer le ton des médias dans les articles portant sur le RLISS d'Érié St-Clair et de faire un suivi à cet égard. Les statistiques sont tirées d'une série d'outils, notamment : Google Clips, les coupures de presse du MSSLD, le rapport Cormex et Vocus.

➤ Suivi des médias sociaux (présenté dans le rapport du directeur général remis au conseil)

Utiliser des ressources en ligne pour faire un suivi de la production sur les médias sociaux et produire un rapport à ce sujet (p. ex., volume de communications) ainsi que sur son incidence (p. ex., gazouillis partagés, taux de clics, etc.).

➤ Indicateurs de rendement des communications (présentés dans le rapport du directeur général présenté au conseil)

Nous continuons de perfectionner les indicateurs de rendement relatifs aux communications utilisés pour produire un rapport sur les communications publiques, notamment les outils de communication (p. ex., les communiqués de presse, les entrevues, les impressions d'auditoire, etc.).

➤ Processus de rétroaction

La rétroaction officielle et officieuse est utilisée en tant que source constante d'évaluation des communications, car elle fait partie intégrante de notre travail quotidien. Grâce aux canaux ordinaires et aux canaux planifiés, nous recevons de la rétroaction et nous l'utilisons pour orienter notre stratégie et en évaluer l'efficacité. Les exemples de rétroaction incluent, sans s'y limiter, celle qui provient du public par le truchement de notre processus de signalement des plaintes et des préoccupations, les séances à micro ouvert lors des réunions du conseil d'administration, les réunions, les sondages et les séances de mobilisation.

5. Plan annuel de participation communautaire du RLISS d'Érié St-Clair

5.1 Introduction

Tous les RLISS sont tenus de publier un plan de participation communautaire, qui est mis à jour tous les ans. Le plan vise à procurer au RLISS un aperçu des activités prévues pour l'exercice.

En 2014-2015, la participation communautaire soutiendra principalement la mise en œuvre d'initiatives d'amélioration clés décrites dans le PAA.

Comme ce fut le cas avec les pratiques d'invitation au dialogue antérieures au sein du RLISS d'Érié St-Clair, les populations et les groupes d'intervenants principaux seront ciblés pour renforcer les relations, atteindre les objectifs généraux et assumer les responsabilités, ainsi qu'il est énoncé dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (LISSL).

Ces populations et groupes d'intervenants principaux comprennent notamment :

- les consommateurs du système de soins de santé;
- la communauté francophone;
- les collectivités autochtones et des Premières Nations;
- les fournisseurs de services de santé (financés par le réseau local d'intégration des services de santé d'Érié St-Clair);
- les médecins;
- les professionnels paramédicaux;
- les bureaux de santé publique et les fournisseurs de services sociaux.

Au cours de l'exercice 2014-2015, le RLISS d'Érié St-Clair a surtout mis l'accent sur la mobilisation des patients et de leur famille dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des maillons santé. Les maillons santé repéreront les grands utilisateurs et les utilisateurs fréquents des services de santé afin qu'on élabore des plans de soins individuels coordonnés pour soutenir leurs soins dans tout le continuum, en mettant l'accent sur la détection et la satisfaction des besoins en matière de soins psychosociaux. Les maillons santé adoptent une démarche axée sur le patient qui encourage la participation et la rétroaction dans l'ensemble du processus, notamment :

- la gouvernance – membres actifs des équipes de direction des maillons santé;
- la planification opérationnelle – dans le cadre des activités de définition des valeurs qui consignent l'état actuel et élaborent un plan visant son amélioration;

- les soins directs aux patients et la coordination – conférences des cas, évaluations, et entrevues effectuées en collaboration;
- l'apprentissage à l'échelle du système – évaluation de l'expérience et des résultats du patient partagée avec les structures de planification du RLISS pour les programmes de prévention et de prise en charge des maladies chroniques.

Bien que ce plan désigne des collectivités spécifiques et ciblées, le RLISS d'Érié St-Clair continuera d'accueillir positivement les possibilités de participation communautaire, non encore connues, qui se présenteront en 2014-2015.

Le présent document n'a pas pour objet de fournir un plan de participation communautaire détaillé pour les activités entourant les projets. Les besoins de participation communautaire de chaque projet seront décrits dans des plans propres à chacun d'entre eux, qui seront élaborés au besoin durant l'année.

5.2 Activités de participation communautaire

Voici les initiatives pour lesquelles le RLISS d'Érié St-Clair entreprendra des activités de participation communautaire en 2014-2015 pour soutenir nos objectifs stratégiques.

➤ Prévention et prise en charge des maladies chroniques

- Le RLISS d'Érié St-Clair a créé un certain nombre de groupes de planification officiels pour des populations particulières en soins de santé, notamment : l'ICC, la MPOC, le diabète, les accidents vasculaires cérébraux, la prévention et l'abandon du tabagisme. Ces groupes mettent à contribution un large éventail de fournisseurs de services de santé des secteurs communautaire et institutionnel, ainsi que la participation des clients et des patients en tant que partie intégrante. Les activités actuelles incluent la progression des cheminements cliniques relatifs à la circulation des patients qui énoncent également les rôles, les responsabilités et la responsabilisation des fournisseurs. Ces groupes travaillent actuellement à des analyses de rentabilité liées à la capacité communautaire pour le système de prévention et de prise en charge des maladies chroniques. On cherchera activement à obtenir des commentaires des patients/clients, de leur famille, des médecins et de la collectivité des fournisseurs de soins de santé en général pour préparer ces analyses de rentabilité et faire progresser le processus de décision, d'approbation et de mise en œuvre.

➤ Mise en œuvre du programme maillons santé

Continuer à collaborer avec les fournisseurs de services de santé, les médecins, les professionnels paramédicaux et d'autres parties désignées et solliciter leur participation afin de créer et de mettre en œuvre des maillons santé dans l'ensemble d'Érié St-Clair, notamment :

- en mettant sur pied un comité directeur régional des maillons santé en tant que moyen de créer une structure de soutien aux décisions

pour la normalisation, le partage de pratiques exemplaires et la participation rationalisée des partenaires régionaux et des dirigeants des maillons santé, y compris la Santé publique et les fournisseurs de services sociaux, ainsi que Connexion Sud-Ouest de l'Ontario. Ceci inclut la possibilité de groupes de travail régionaux pour concevoir des stratégies et renforcer la capacité de l'ensemble du système;

- en fournissant un soutien stratégique et un soutien en gestion de projet pour les partenariats de maillons santé établis à Chatham-Kent, South Essex (connu sous le nom de comté d'Essex South Shore), Sarnia/Lambton, Lambton Shores/South Huron (connu sous le nom de Côte Ouest) pour élaborer / mettre en œuvre des plans d'activités de maillons santé;
- en renforçant l'engagement des partenaires de Windsor-Essex afin de potentiellement lancer deux maillons santé;
- continuer de solliciter la participation des patients et des membres de leur famille pour tous les aspects de la planification et de la mise en œuvre des maillons santé.

➤ Plan de capacité intégré des services d'orthopédie

- En collaboration avec le comité directeur, poursuivre la mise en œuvre du Plan de capacité intégré des services d'orthopédie. En 2014-2015, se concentrer sur l'objectif premier consistant à mettre en œuvre le nouveau logiciel d'aiguillage et de calendrier Novari dans tous les hôpitaux et services de soins primaires du RLISS d'Érié St-Clair. Cette démarche nécessitera que les spécialistes et médecins de soins primaires participent aux diverses présentations et formations données sur le nouvel outil, ainsi que du soutien à la gestion du changement pour maximiser son utilisation par les médecins.

➤ Conseil des dirigeants

Continuer à solliciter la participation des membres du conseil d'administration, des directeurs généraux des fournisseurs de services de santé financés par le RLISS d'Érié

St-Clair ainsi que des autres intervenants clés, collectivement, par l'intermédiaire du conseil des dirigeants. En 2014-2015 les activités du conseil des dirigeants incluront :

- deux réunions annuelles en personne des représentants des trois comtés (membres du conseil et directeurs généraux), axées sur un thème stratégique concernant le système;
- deux webinaires par an destinés à la gouvernance et centrés sur des sujets choisis par les membres du conseil d'administration. Ils seront axés sur l'accroissement du niveau de connaissances de la gouvernance pour améliorer ses compétences décisionnelles et son efficacité;
- des sondages menés auprès des membres du conseil d'administration sur des thèmes pertinents.

➤ Services de santé mentale de Leamington/South Essex

À titre de suivi du plan stratégique en santé mentale du RLISS d'Érié St-Clair, et de la mobilisation ultérieure des intervenants qui a eu lieu dans Leamington/South Essex, on prévoit une modification des modèles de services. La vision future de l'hôpital Memorial du district de Leamington en matière de prestation de services inclut la mise en place d'un modèle de soins « en étoile » en partenariat avec Windsor-Essex. Cela comprendra l'établissement d'une clinique externe de psychiatrie et de services communautaires en santé mentale et lutte contre les dépendances grâce à des partenariats avec divers fournisseurs régionaux. Pour permettre cette transition, le dialogue se poursuivra avec un groupe de travail de fournisseurs locaux lors de rencontres, et des changements seront mis en œuvre en 2014-2015.

➤ Collaboration avec les réseaux de services de santé mentale

Conformément à l'orientation du plan stratégique en santé mentale, le RLISS d'Érié St-Clair travaillera de concert avec les réseaux de services de santé mentale de la région d'Érié St-Clair pour favoriser une collaboration, une normalisation et une équité accrues en matière d'accès aux services aux consommateurs/survivants et aux services de réadaptation psychosociale.

➤ Conseil des soins de santé primaires

Continuer de s'appuyer sur les centres de soins primaires du RLISS d'Érié St-Clair pour mettre en œuvre des stratégies de prévention et de prise en charge des maladies chroniques, des maillons santé et le déploiement régional des technologies de cybersanté prévu pour 2014-2015. En créant un comité directeur régional pour les maillons santé, le Conseil des soins de santé primaires sera mis à contribution pour fournir des conseils spécialisés dans le renforcement de la normalisation des pratiques des maillons santé.

➤ Transport régional

Ouvrir le dialogue avec les fournisseurs de transport financés à l'échelle régionale, afin de s'appuyer sur la collaboration et la normalisation des sous-régions du RLISS pour créer l'équité de l'accès au transport dans l'ensemble du territoire du RLISS d'Érié St-Clair. Ce faisant, le RLISS d'Érié St-Clair cherchera à accroître l'efficacité et la capacité de transport, et étudiera d'autres possibilités de tirer parti des fournisseurs de transport financés par le RLISS d'Érié St-Clair pour servir les populations à risque (p. ex., patients de l'extérieur de la région nécessitant de la dialyse).

➤ Plan stratégique des services de réadaptation

Dans le Plan stratégique des services de réadaptation actuel, l'accent est mis (à court terme) sur les populations prioritaires suivantes : les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral, ceux ayant des problèmes orthopédiques et les cas de gériatrie. Des groupes de planification ont été mis sur pied pour étudier chaque secteur et recueillir les observations des consommateurs et des fournisseurs de services de santé sur la manière d'apporter des améliorations et de proposer un modèle futur de soins mieux axé sur le patient, afin d'améliorer les résultats pour les patients et la qualité globale de leur expérience. Dans la même visée que le travail du RLISS d'Érié St-Clair effectué à l'échelle locale, le gouvernement provincial a mis en marche une série de groupes de travail par l'intermédiaire de l'Alliance des soins de réadaptation de l'Ontario. On a particulièrement insisté sur la participation du consommateur/patient et, à cette fin, un réseau de consommateurs/patients est en cours d'établissement.

Groupes prioritaires

➤ Autochtones / Premières Nations

Les efforts visant à procurer un accès amélioré aux soins pour les peuples autochtones et les Premières Nations en 2014-2015 seront centrés sur les populations urbaines de Windsor-Essex. Plus précisément, les parties prenantes de cette mobilisation chercheront à créer des programmes et des services expressément destinés aux Autochtones aux personnes ayant une maladie chronique ou à risque d'en développer une. Un dialogue à grande échelle avec les collectivités autochtones d'Érié St-Clair aura également lieu pour améliorer les services dans l'ensemble du RLISS d'Érié St-Clair. Cela comprendra une collaboration avec le centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA) du Sud-Ouest de l'Ontario afin d'accroître leur présence et leurs services dans le RLISS d'Érié St-Clair.

➤ Francophones

Le RLISS d'Érié St-Clair a créé un réseau de fournisseurs de services en français pour assurer le maintien du lien avec les fournisseurs et améliorer la collaboration entre les fournisseurs tandis qu'ils renforcent leur capacité de fournir des services

en français, et travaillent vers l'obtention de leur désignation aux termes de la *Loi sur les services en français*. Simultanément, le RLISS d'Érié St-Clair, de concert avec l'entité de planification des services de santé en français, a maintenu son engagement envers la communauté francophone de différentes manières, notamment par des événements communautaires et des groupes de discussion sur les services de lutte contre les dépendances.

➤ Santé des nouveaux arrivants / immigrants

Le RLISS d'Érié St-Clair commence à créer des liens entre les zones de peuplement et les soins de santé dans Windsor-Essex. L'objectif de ces engagements sera d'accroître les programmes existants destinés à la santé des nouveaux arrivants, afin de s'assurer que cette population à risque jouit d'un accès égal à des soins de santé appropriés et en temps opportun.