

Plan d'activités annuel 2010-2011

Juin 2010



Ontario

Local Health Integration
Network

Réseau local d'intégration
des services de santé

264 Main Street East
Grimsby, ON L3M 1P8
Tel: 905 945-4930
Toll Free: 1 866 363-5446
Fax: 905 945-1992
www.hnhblhin.on.ca

264, rue Main Est
Grimsby ON L3M 1P8
Tél : 905-945-4930
866-363-5446
Téléc : 905-945-1992
www.hnhblhin.on.ca

Le 30 juin 2010

L'honorable Deb Matthews
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
Bureau de la ministre
80, rue Grosvenor, 10^e étage Édifice Hepburn
Toronto (Ontario) M7A 1R3

Madame la Ministre,

Objet : Plan d'activités annuel 2010-2011
Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara
Haldimand Brant

Au nom du Conseil d'administration (Conseil) du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB), j'ai le plaisir de vous faire parvenir une copie de la version définitive du Plan d'activités annuel (PAA) 2010-2011.

Conformément aux directives fournies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (ministère), le contenu a été révisé pour réduire le recoupement avec les autres rapports du RLISS et porte principalement sur les objectifs et les plans d'action associés au changement systémique et aux résultats.

Notre PAA 2010-2011 opérationnalise le nouveau Plan de services de santé intégrés (PSSI) triennal récemment approuvé par le Conseil et met l'accent sur le prochain exercice.

Le PAA présente des plans d'action pour chacune des priorités énoncées dans le PSSI, selon le modèle fourni par le ministère.

Le Conseil du RLISS de HNHB a examiné et approuvé ce PAA le 29 juillet 2010.

Je vous prie d'agréer, Madame la Ministre, l'assurance de ma très haute considération.

La présidente du Conseil d'administration,



Juanita G. Gledhill

Pièce jointe

**Réseau local d'intégration des services de santé
de Hamilton Niagara Haldimand Brant**

**Plan d'activités annuel
2010-2011**

TABLE DES MATIÈRES

1. LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT	
2. TEXTE NARRATIF :	1
2a. Mandat et orientations stratégiques	1
2b. Aperçu des programmes/activités actuels et futurs des organismes	1
2c. Analyse du contexte	2
3. PRIORITÉS DU PSSI 2010-2013 :	4
3a. Autres niveaux de soins	4
3b. Capacité des services des urgences	8
3c. Intégration des programmes cliniques	12
3d. Capacité des services de santé communautaire	15
3e. Santé des Autochtones	18
3f. Santé des Francophones	20
3g. Prévention et gestion des maladies chroniques	22
3h. Santé mentale et toxicomanie	25
3i. Cybersanté	28
3j. Collaboration interprofessionnelle	30
3k. Transport	33
4. DOTATION ET OPÉRATIONS DU RLISS	36
5. PLAN DE COMMUNICATIONS	38

2. Texte narratif :

Le Plan d'activités annuel (PAA) est un élément clé du cadre de responsabilisation du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (ministère) et du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS). Il opérationnalise le Plan de services de santé intégrés (PSSI) en énonçant des objectifs et des plans d'action annuels pour chacune des priorités du PSSI. Il ne vise pas à répéter les renseignements détaillés présentés dans les autres documents de planification ou comptes rendus du RLISS. Il cerne les démarches et changements prévus pour le prochain exercice.

Les renseignements ci-après présentent un résumé du mandat du RLISS et du système de santé local au sein duquel le RLISS exerce ses activités. On trouvera une discussion plus complète dans le PSSI et ses documents à l'appui, notamment le Plan des services cliniques (PSC).

2a. Mandat et orientations stratégiques

Le RLISS de HNHB s'attache à assurer la disponibilité de services reliés, et l'accès à ces services, pour améliorer la santé de la population et la continuité des services de santé. Ses travaux concordent avec sa vision : « Un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et leurs petits-enfants. » Le PSSI est une carte routière de trois ans qui énonce les améliorations à apporter pour réaliser la vision. Fondé sur les commentaires des résidents, intervenants et fournisseurs de services de santé, il est guidé par les valeurs et les préférences des collectivités, les questions et solutions et la faisabilité.

2b. Aperçu des programmes/activités actuels et futurs des organismes

Le RLISS de HNHB finance 88 services de soutien communautaire, 50 programmes communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances, sept centres de santé communautaire (CSC) (y compris dix emplacements), un Centre d'accès aux soins communautaires (CASC), 86 maisons de soins de longue durée (SLD) et dix hôpitaux (y compris 23 emplacements hospitaliers). Il a conclu une entente de responsabilisation avec chacun de ces organismes; ces ententes décrivent l'éventail et la portée des services dispensés, les ressources financières nécessaires pour maintenir les services et les réalisations attendues.

Tous les organismes sont guidés par les priorités du PSSI en vue de l'amélioration du système de santé. Les priorités du RLISS de HNHB pour la période allant de 2010-2011 à 2012-2013 sont :

- améliorer la circulation des patients et veiller à ce que les gens obtiennent de bons soins, à l'endroit approprié et au moment voulu;
- réduire la prévalence des maladies chroniques et améliorer la prestation des soins;
- relier les services de prévention, de gestion et de rétablissement dans le secteur de la santé mentale et des dépendances;
- mettre en œuvre des catalyseurs pour le renouvellement du système de santé : cybersanté, collaboration interprofessionnelle, transport et engager les partenaires pour le changement.

2c. Analyse du contexte *

* Extrait du Plan de services de santé intégrés du RLISS de HNHB, décembre 2009 affiché à www.hnhblhin.on.ca

Le RLISS de HNHB englobe Brant, Burlington, Haldimand, Hamilton, Niagara et la majorité du comté de Norfolk, un territoire d'environ 7 000 kilomètres carrés. Il abrite au-delà de 1,4 million de personnes et plus de 70 % de sa population habite dans la ville de Hamilton et la municipalité régionale de Niagara. Voici un sommaire des principales caractéristiques du système de santé local.

Notre population

- Plus de 220 000 personnes de 65 ans et plus habitent dans le RLISS de HNHB et celui-ci a une population d'aînés plus importante que les autres RLISS de la province. . Ce groupe d'âge, qui représente une proportion significative des usagers des services de santé, croîtra de 30 % au cours de la prochaine décennie.
- La population autochtone a un revenu inférieur, une espérance de vie inférieure et des taux de maladie plus élevés que le Canadien moyen. La Bande des Six-Nations de la rivière Grand et les Mississaugas of the New Credit First Nation sont les deux réserves du RLISS. Environ 24 263 personnes sont des Autochtones inscrits (1,7 % de la population totale du RLISS) et environ la moitié d'entre elles vit dans les réserves. Les Indiens non inscrits, les Métis et les Inuits ne sont pas inclus dans ces estimations démographiques.
- La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* donne aux personnes dont le français est la langue première et qui le comprenaient encore lors du Recensement de 2006 le droit d'obtenir des services en français. Les Francophones représentent près de 2,5 % de la population du RLISS de HNHB. Hamilton et Niagara sont des collectivités désignées aux fins de la prestation de services en français, car plus de 5 000 personnes dans chacune d'elles ont le français comme langue maternelle.

Notre mode de vie et notre santé

- L'obésité, l'inactivité physique et le tabagisme sont les principaux aspects du mode de vie associés à un décès prématuré. Comparativement à la province, le RLISS de HNHB affiche des taux significativement plus élevés de tabagisme, de consommation excessive d'alcool et d'obésité.
- Les maladies chroniques, notamment l'asthme et les maladies du cœur, sont souvent attribuables aux aspects du mode de vie comme le tabagisme et l'inactivité physique. Les résidents du RLISS de HNHB affichent des taux plus élevés de maladies chroniques comme l'arthrite, l'hypertension et l'asthme que l'ensemble de la province.

Notre système de santé

- L'accès à un médecin de famille varie dans le RLISS. On estime qu'environ 160 000 personnes (12 % des résidents du RLISS) n'ont pas de médecin de famille.

- On constate une pénurie de traitements pour les enfants et les jeunes, notamment dans le domaine des troubles de l'alimentation, de la réadaptation, des services hospitaliers et ambulatoires de santé mentale et de l'oncologie.
- Certaines personnes ont des troubles peu prévalents qui exigent une intensité élevée de ressources et leurs besoins ne sont pas adéquatement satisfaits à mesure qu'elles vieillissent. Ce sont les personnes ayant une lésion cérébrale acquise, des déficiences développementales et une sclérose latérale amyotrophique (SLA) et les personnes atteintes de spina-bifida et de traumatismes crâniens mineurs.
- Environ la moitié des visites à l'urgence visent l'obtention de soins non urgents ou moins urgents.
- Les services du CASC sont de plus en plus demandés. On estime que le nombre de personnes servies progressera de 5 % en 2010.
- De nombreux patients des unités de soins continus complexes attendent de recevoir un autre niveau de soins dans un milieu différent.
- On n'offre pas de services de transport à des fins médicales à tous les résidents du RLISS qui en ont besoin. La disponibilité de transports en commun et de services privés et sans but lucratif varie considérablement selon l'endroit, les heures, l'admissibilité, les frais d'utilisation et l'accessibilité.

Éducation, formation et recherche

- La faculté des sciences de la santé de l'Université McMaster contribue énormément à la sécurité, à l'efficacité et à la viabilité des services de santé.
- La faculté dirige l'éducation et la formation des futurs professionnels de la santé dans divers milieux de soins dans les collectivités du RLISS. Elle associe ses efforts à ceux du collège Mohawk et de l'Université Brock. Chef de file, elle préconise la collaboration interprofessionnelle, la portée optimale du champ d'activité et les pratiques exemplaires. Les autres hôpitaux, les organismes communautaires, les cabinets médicaux et les cliniques sont des lieux d'enseignement officiels pour les étudiants en sciences de la santé; le campus régional de Niagara de la faculté de médecine a été établi en 2009.

3. Priorité du PSSI de 2010-2013 :

- a. Autres niveaux de soins
- b. Capacité des salles d'urgence
- c. Intégration des services cliniques
- d. Capacité des services communautaires
- e. Santé des Autochtones
- f. Santé des Francophones
- g. Prévention et gestion des maladies chroniques
- h. Santé mentale et lutte contre les dépendances
- i. Cybersanté
- j. Collaboration interprofessionnelle
- k. Transport

3a. Autres niveaux de soins

PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés :
Améliorer la circulation des patients – autres niveaux de soins (ANS)
Description de la priorité du PSSI :
Améliorer l'accès aux soins hospitaliers en réduisant la durée des séjours à l'hôpital (taux d'ANS) de patients en attente d'ANS dont le traitement est terminé.
Situation actuelle :
Le RLISS de HNHB compte 88 maisons de SLD comprenant plus de 10 000 lits. Le taux d'occupation des maisons de SLD du RLISS s'établissait à 98,6 % en janvier 2010. En avril 2010, le ministère a signalé que le taux d'ANS du RLISS de HNHB était de 18,07 % pour la période allant d'octobre à décembre 2009, ce qui représente une baisse par rapport aux deux trimestres précédents. La surveillance interne du taux d'ANS du RLISS indique que le taux d'ANS pour les lits de soins actifs continue de baisser et atteignait 14,3 % en date du 31 mars 2010. Le 28 mars 2010, les hôpitaux du RLISS ont signalé que 602 patients attendaient d'être traités dans un autre milieu de soins; 55 % d'entre eux attendaient un placement en maison de SLD. Principales entraves à l'obtention de soins appropriés au bon endroit : • accès limité à d'autres formes de logements supervisés dans l'ensemble du RLISS • accès limité au soutien communautaire dans les régions rurales (c.-à-d. Haldimand-Norfolk) • nombre tout aussi élevé de patients en attente d'ANS occupant des lits d'hôpital de soins non actifs (c.-à-d. soins continus complexes, réadaptation comme des lits de soins actifs pour d'autres milieux).

Réussite de la dernière année :

- engagement du CASC de HNHB à l'égard du taux d'ANS de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS par le truchement de son entente de responsabilisation multiservice
- engagement commun du CASC et des hôpitaux du RLISS à réduire le taux d'ANS et à adopter la philosophie Home First
- adoption de la philosophie Home First par tous les hôpitaux du RLISS qui a mené à une diminution du nombre de patients désignés ANS-SLD
- établissement de quatre unités d'évaluation et de rétablissement dans le RLISS
- réduction du taux d'ANS vers l'objectif de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS.

PARTIE 2 : OBJECTIFS ET PLANS D'ACTION

Objectif(s) :

Améliorer la circulation des patients dans le continuum pour que les résidents reçoivent les services de santé en temps opportun, à l'endroit le plus approprié. Les démarches du RLISS auront trois objectifs principaux :

- réduire le taux d'ANS dans tous les hôpitaux en augmentant la capacité des autres milieux de soins
- améliorer l'accès aux services pour hospitalisés en améliorant le transfert des patients de l'hôpital à la collectivité
- renforcer la capacité des services communautaires à appuyer les résidents vivant à domicile.

Conformité aux politiques gouvernementales :

Le PAA du RLISS de HNHB est conforme aux priorités suivantes du gouvernement de l'Ontario :

- réduire les temps d'attente à l'urgence pour les patients admis
- réduire le taux d'ANS
- réduire les temps d'attente pour les services chirurgicaux
- augmenter la viabilité du système de santé en utilisant les ressources actuelles d'une manière appropriée.

Plans d'action/interventions :

Cette section explique comment vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir le détail des plans d'action/interventions pour les objectifs particuliers susmentionnés. Les plans d'action doivent inclure les activités des trois prochaines années et focaliser celles qui seront largement mises en œuvre au cours de la prochaine année.

Plans d'action/interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Élargir le modèle d'évaluation et de rétablissement à toutes les régions du RLISS	100 %		
Cerner le modèle et la répartition appropriés des lits de SCC	50 %	50 %	
Améliorer l'accès aux services de réadaptation à Hamilton, à Niagara et à Norfolk	75 %	25 %	
Réaligner la capacité des services de santé communautaire pour combler les lacunes de service et améliorer les services dans le continuum de soins, des soins actifs à la collectivité	25 %	50 %	25 %
Mettre en œuvre des programmes de dialyse péritonéale (DP) dans trois maisons de SLD			
Identifier des modèles de service pour les résidents nécessitant des soins de longue durée spécialisés.			
Intégrer la cible de rendement des ANS du RLISS dans les ententes de responsabilisation des hôpitaux	100 %		
Mettre en œuvre le système de renseignements sur les ANS dans tous les hôpitaux du RLISS	100 %		
Favoriser une capacité accrue dans les maisons de SLD (excédent de lits) en tant que stratégie à court terme	100 %		
Faciliter le congé précoce des aînés vers les maisons de SLD grâce au programme d'infirmière praticienne (IP) dans les maisons de SLD	25 %	25 %	25 %
Élargir les doctrines de la méthodologie LEAN mise en œuvre par le truchement du Projet de concertation pour la transition	50 %	50 %	
Étudier la possibilité de passer d'un soutien axé sur le modèle d'évaluation et de rétablissement à un modèle de logement avec services de soutien		25 %	25 %

Retombées attendues des points d'action principaux :

- Les unités d'évaluation et de rétablissement serviront 800 clients par an, selon une durée du séjour moyenne de 30 jours
- 180 clients auront accès aux services de réadaptation chaque année, selon une durée du séjour moyenne de 50 jours
- Trois maisons de SLD seront désignées et accepteront les clients nécessitant une DP (l'objectif initial pour 2010-2011 est d'avoir un client en DP dans chaque maison)
- Entente entre les hôpitaux et le CASC concernant la mise en œuvre de critères d'admission et de congé communs pour les lits de SCC et de réadaptation
- Modèle de service cerné pour les personnes nécessitant une ventilation à long terme d'ici à 2011-2012
- Le nombre de patients nouvellement désignés ANS destinés aux maisons de SLD diminuera dans tous les hôpitaux
- L'âge moyen des clients intégrant une maison de SLD augmentera sur trois ans (année de référence 2009-2010)
- Les besoins de soins des pensionnaires intégrant une maison de SLD mesurés par la méthode d'affectation des notes des niveaux de priorité (MAPle) augmenteront sur trois ans (année de référence 2008).

Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?

- Capacité en lits de soins actifs réduite, car les hôpitaux ferment les lits pour équilibrer leur budget
- Perte de lits de SLD dans le RLISS par suite de la stratégie de renouvellement des maisons de SLD en 2012
- Accès limité aux autres milieux de soins par suite d'obstacles financiers ou législatifs
- Manque de ressources humaines en santé (RHS) dans les milieux de soins actifs et communautaires

Stratégies d'atténuation :

- Les fournisseurs du RLISS s'engagent à l'égard du congé précoce et de l'approche Home First, réduisant le nombre d'ANS nouvellement désignés
- Les hôpitaux qui ferment des lits réduiront, le cas échéant, la durée du séjour pour optimiser la circulation des patients
- Le RLISS achève une analyse de la capacité communautaire pour cerner les possibilités offertes par la politique d'aide à la vie autonome en suspens du ministère
- Le RLISS examinera les possibilités inhérentes à la nouvelle *Loi sur les soins de longue durée* pour s'assurer que les personnes intégrant les maisons de SLD ont des besoins élevés de soins
- Au regard de la disponibilité de RHS :
 - Le RLISS encouragera les fournisseurs de services à travailler avec ProfessionsSantéOntario
- Par le truchement de son Plan des services cliniques, le RLISS optimisera les RHS disponibles en procédant à l'intégration des programmes cliniques.

3b. Capacité des salles d'urgence

PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés :
Améliorer la circulation des patients – réduire les temps d'attente à l'urgence
Description de la priorité du PSSI :
Améliorer l'accès aux services des urgences (SU) en réduisant le nombre de consultations non urgentes et les temps d'attente à l'urgence.
Situation actuelle :
Le RLISS de HNHB compte 13 SU réparties entre dix associations hospitalières. En 2008-2009, elles ont reçu plus de 440 000 visites. La majorité des visites (60 %) ont lieu dans sept SU qui participent tous au Programme de financement axé sur les résultats de la province. Les visites au SU se chiffrent à 93 par tranche de 1 000 habitants, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne provinciale (96). En 2008-2009, 39 % des visites à l'urgence ont été effectuées par des personnes appartenant aux niveaux 4 et 5 de l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG) (non gravement atteints). En octobre 2009, le ministère a signalé au RLISS de HNHB la proportion de clients traités dans le délai d'attente cible entre avril et juin 2009 : • admis – 34 % • gravement atteints non admis – 81 % • non gravement atteints non admis – 80 %. Enjeux clés pour l'amélioration de la capacité du SU : • accès limité aux autres soins primaires (c.-à-d. pas de fournisseur de soins primaires, fournisseur non disponible, accès limité aux consultations pour soins urgents/cliniques sans rendez-vous) • manque de sensibilisation aux milieux de soins autres que les SU • manque de soutien pour l'autogestion des soins. Réussites de la dernière année : • sept hôpitaux du RLISS désignés pour participer au Programme de financement axé sur les résultats provincial et au programme provincial d'amélioration des procédures • deux SU convertis en centres de soins d'urgence (CSU) • 489 résidents mis en rapport avec des fournisseurs de soins primaires grâce à Accès Soins.

PARTIE 2 : OBJECTIFS ET PLANS D'ACTION

Objectif(s) :

Améliorer la circulation des patients dans le continuum pour que les résidents reçoivent les services de santé en temps opportun, à l'endroit le plus approprié. Les démarches du RLSS auront trois objectifs principaux :

- renforcer la capacité des SU en rationalisant les procédures de circulation internes
- réduire le temps d'attente à l'urgence pour les patients admis en diminuant le taux d'ANS dans les lits d'hôpitaux
- réduire le nombre de visites évitables au SU en augmentant l'accès aux autres milieux appropriés (c.-à-d. milieux de soins d'urgence, soins primaires)
- réduire les temps d'attente pour les patients non admis gravement et non gravement atteints
- identifier les groupes qui fréquentent le plus souvent l'urgence pouvant être mieux traités ailleurs.

Conformité aux politiques gouvernementales :

Le PAA du RLSS de HNHB est conforme aux priorités suivantes du gouvernement de l'Ontario :

- réduire les temps d'attente à l'urgence
- réduire le taux d'ANS
- réduire les visites à l'urgence pour affections non urgentes
- augmenter la viabilité du système de santé en utilisant les ressources actuelles d'une manière appropriée.

Plans d'action/interventions :

Cette section explique comment vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir le détail des plans d'action/interventions pour les objectifs particuliers susmentionnés. Les plans d'action doivent inclure les activités des trois prochaines années et focaliser celles qui seront largement mises en œuvre au cours de la prochaine année.

Plans d'action/interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Mettre en œuvre les améliorations aux procédures internes des SU cernées par l'entremise du programme provincial d'amélioration des procédures	50 %	25 %	25 %
Mettre en œuvre les stratégies du Programme de financement axé sur les résultats	100 %		
Piloter des transferts en ambulance aux centres de soins d'urgence des clients non gravement atteints	50 %	50 %	

Initiatives cibles pour éviter les SU : • élargir les soins primaires grâce à une équipe mobile pour les aînés francophones • élargir les soins des pieds pour les diabétiques à haut risque • mettre en œuvre le programme communautaire d'autogestion de l'incontinence • mettre en œuvre la stratégie de prévention des chutes • appuyer les IP dans les maisons de SLD pour réduire les visites à l'urgence et les hospitalisations • élargir les services de soins palliatifs d'approche	75 %	25 %	
Appuyer les responsables de cas dans les SU du RLISS dont le volume atteint ou excède 30 000 cas annuellement	100 %		
Établir huit cliniques communautaires spécialisées en évaluation gériatrique	25 %	50 %	25 %
Le plan Access to Best Care (ABC) de Hamilton Health Sciences (HHS) ouvrira un nouveau CSU à Hamilton		25 %	75 %
Élargir l'accès des fournisseurs à l'outil d'aide à la décision intégré du RLISS	25 %	25 %	25 %
Identifier les groupes à risque d'utilisation élevée des SU/hôpitaux pour des interventions ciblées – focaliser les personnes atteintes du diabète et d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	25 %	50 %	25 %
Appuyer le programme d'IP d'approche dans les maisons de SLD ayant des volumes élevés de transferts à l'urgence	75 %	25 %	

Retombées attendues des points d'action principaux :

- atteindre les cibles de temps d'attente à l'urgence de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS
- réduire le temps passé à l'urgence pour les patients admis en attente d'un lit d'hôpital
- ramener le nombre de visites à l'urgence de 93 à 90 par tranche de 1 000 habitants
- 50 maisons de SLD servies par une IP.

Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?

- incertitude du financement des hôpitaux susceptible d'inciter ces derniers à réduire le nombre de lits, ce qui aurait un impact sur les temps d'attente à l'urgence pour les patients admis
- impact de maladies pandémiques soudaines qui augmentent l'utilisation des SU
- disponibilité des RHS, particulièrement des médecins dans les SU.

Stratégies d'atténuation :

- Le RLISS obtient des engagements continus à l'égard du congé précoce et de l'approche Home First, réduisant le nombre d'ANS nouvellement désignés
- Les hôpitaux qui ferment des lits réduiront, le cas échéant, la durée du séjour pour optimiser la circulation des patients
- En cas de pandémie, le RLISS encouragera les fournisseurs à maximiser l'usage des CSU
- Le RLISS actualisera et examinera régulièrement son plan de gestion d'une hausse soudaine modérée de la demande de soins aux malades en phase critique.
 - o Le plan de gestion d'une hausse soudaine modérée est un point en cours de discussion aux réunions trimestrielles sur les soins aux malades en phase critique des RLISS.
- Au regard de la disponibilité de RHS, le RLISS encouragera les fournisseurs de services à travailler avec ProfessionsSantéOntario.

3c. Intégration des programmes cliniques

PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés :
Intégration des programmes cliniques (IPC)
Description de la priorité du PSSI :
Les programmes de soins de santé seront réorganisés et répartis de manière à améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité. Les programmes intégrés seront dirigés par un ou plusieurs organismes et fondés sur des rôles clairs et des responsabilités partagées, des normes de pratiques exemplaires et des protocoles communs pour les déplacements des clients dans le continuum de soins.
Situation actuelle :
Le PSC de HNHB (2009) est un appel à l'action qui invoque une population plus saine, une amélioration des méthodes de travail pour obtenir de meilleurs résultats pour la santé et de saines pratiques d'organisation et de répartition des programmes cliniques. L'IPC est une des trois stratégies visant à atteindre ces objectifs. À l'heure actuelle, les programmes cliniques sont dispensés individuellement par les organismes et l'on observe divers niveaux de maillages entre les hôpitaux et dans le continuum. Les résultats pour la santé varient dans notre RLISS. L'accès inéquitable aux services de santé et la variation qui caractérise l'application des lignes directrices sur les pratiques exemplaires contribuent à ces résultats. Les hôpitaux sont devenus dans bien des cas le système de santé qui, par défaut, traite les personnes atteintes de troubles évitables et auxquelles d'autres services de soutien et une autogestion auraient évité une maladie grave. Une approche plus coordonnée et normalisée à l'égard des services s'impose et les fournisseurs doivent rendre compte des résultats. Un mécanisme uniforme pour la définition des rôles, des responsabilités et de la responsabilisation, comme un protocole d'entente, est nécessaire. Il faut absolument mettre en œuvre un système de connectivité électronique le plus rapidement possible. Enjeux clés pour l'intégration des programmes cliniques : • taux élevés de visites à l'urgence pour des affections pouvant être traitées ailleurs et d'hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire • variation de l'accès au continuum complet de soins, y compris aux services de santé spécialisés • le taux d'utilisation actuel des hôpitaux dans notre RLISS est élevé comparativement à la province et l'utilisation projetée n'est pas viable. Réussites de la dernière année : • Des protocoles d'entente formalisent les rôles, responsabilités et obligations redditionnelles des organismes (par exemple, Hamilton Health Sciences Corporation, le Système de santé de Niagara et Action Cancer Ontario ont signé un protocole d'entente visant la création d'un programme de cancérologie intégré entre le Juravinski Cancer Centre (Hamilton) et le Walker Family Cancer Centre (St. Catharines). En outre, Hamilton Health Sciences Corporation, le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton et le Système de santé de Niagara élaborent un protocole d'entente modèle pour les programmes intégrés).

- D'importants travaux préparatoires ont été effectués (par exemple, le plan ABC de HHS, le Plan d'amélioration d'hôpital du SSN et les cadres du ministère pour les programmes régionaux de traitement du diabète et des maladies chroniques du rein).
- Par l'entremise du Groupe consultatif de planification du PSC, plusieurs groupes cliniques ont commencé à établir un consensus sur des modèles de coordination des programmes à l'échelle du RLISS.

PARTIE 2 : OBJECTIFS ET PLANS D'ACTION

Objectif(s) :

Intégrer la prestation des programmes cliniques offerts par les divers organismes pour assurer l'équité d'accès à des services sûrs, accessibles et viables.

Conformité aux priorités gouvernementales :

L'intégration des programmes cliniques appuie les priorités du ministère visant à :

- promouvoir l'accès équitable à la santé et aux soins de santé pour la population ontarienne
- réduire les temps d'attente dans les SU
- réduire la durée du séjour à l'hôpital pour les personnes nécessitant d'autres niveaux de soins.

Plans d'action/interventions

Cette section explique comment vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir le détail des plans d'action/interventions pour les objectifs particuliers susmentionnés. Les plans d'action doivent inclure les activités des trois prochaines années et focaliser celles qui seront largement mises en œuvre au cours de la prochaine année.

Plans d'action/interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Adopter une charte à l'échelle du RLISS pour l'avalisation de l'IPC par les dirigeants des intervenants	100 %		
Établir un système de délivrance de titres et de certificats pour les médecins, dentistes, sages-femmes et infirmières	50 %	50 %	
Élaborer un programme fonctionnel pour la médecine de laboratoire intégrée à l'échelle du RLISS	50 %	50 %	
Planifier des programmes intégrés à l'échelle du RLISS pour des programmes cliniques sélectionnés, notamment soins complexes, oncologie, réadaptation, vasculaire, médecine de laboratoire, thoracique et soins à la mère et au nouveau-né	75 %	25 %	

Retombées attendues des principaux points d'action :

- adoption de critères communs d'évaluation, d'acheminement, de critères de placement/d'admission et de congé pour les programmes intégrés à l'échelle du RLISS, en commençant par les programmes susmentionnés
- mise en œuvre de normes et directives de meilleures pratiques dans le RLISS
- définition claire des rôles, responsabilités et obligations redditionnelles
- mise en œuvre et surveillance continue des mesures d'évaluation et de rendement
- identification de la taille, de la portée et de la répartition des services cliniques et définition d'un plan de mise en œuvre
- élimination du recoupement de services très complexes à faible volume
- expérience du patient améliorée
- temps d'attente réduits pour les services de santé (p. ex., réduction des temps d'attente à l'urgence pour atteindre les objectifs de rendement du RLISS)
- surveillance continue des indicateurs de rendement du RLISS pour l'intégration des programmes cliniques.

Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?

- Coût de la restructuration – la non-disponibilité d'un financement unique à des fins de restructuration pourrait entraver la participation
- technologie de l'information (TI) – la réussite est tributaire du partage de renseignements sur les patients; un investissement substantiel dans la cybersanté est nécessaire pour faciliter l'intégration
- obstacles liés à la pratique et à la culture – les différences inhérentes aux styles de pratique, à la culture et à l'administration peuvent engendrer des conflits.

Stratégies d'atténuation :

- s'assurer que les plans d'intégration sont neutres sur le plan des coûts
- suivre le plan de cybersanté
- intégrer les principes et procédures dans les plans de transition.

3d. Capacité des services de santé communautaire

PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés :
Capacité des services de santé communautaire
Description de la priorité du PSSI :
Mettre les services communautaires de santé, de mieux-être et de rétablissement en conformité avec les objectifs pour l'amélioration de la santé de la population.
Situation actuelle :
Le RLISS de HNNB compte 64 programmes de services de soutien communautaire, trois programmes pour personnes ayant une lésion cérébrale acquise et 21 programmes de logements avec services de soutien. Le PSC a cerné des enjeux dans les aspects suivants : • navigation au sein du système • transport • variation de la disponibilité et de l'accès • variation en ce qui a trait à l'évaluation, la planification des soins et les résultats • Le projet axé sur la capacité des services de santé communautaire sera conçu de manière à régler ces enjeux. Problèmes clés pour les clients des services communautaires : • distribution inéquitable des services dans le RLISS • peu de soutien à l'autogestion des soins. Réussites de la dernière année : • état de préparation cerné aux outils normalisés d'évaluation, d'acheminement et de placement • mise en œuvre d'un outil d'évaluation des besoins normalisé pour repérer les personnes à risque sur le plan de la nutrition qui sera utilisé par tous les services de repas à domicile financés par le RLISS • plan d'action cerné en vue d'améliorer l'accès aux programmes de transport financés par le RLISS.
PARTIE 2 : OBJECTIFS ET PLANS D'ACTION
Objectif(s) :
• renforcer les maillages entre les fournisseurs de services pour améliorer la continuité des soins • optimiser les ressources médicales communautaires • améliorer l'accès aux services et au soutien communautaires.

Conformité aux priorités gouvernementales :

La capacité des services de santé communautaire appuie les priorités du gouvernement :

- capacité des SU améliorée
- circulation des patients améliorée
- accès équitable aux services et au soutien
- population ontarienne en santé
- vie autonome.

Plans d'action/interventions :

Cette section explique comment vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir le détail des plans d'action/interventions pour les objectifs particuliers susmentionnés. Les plans d'action doivent inclure les activités des trois prochaines années et focaliser celles qui seront largement mises en œuvre au cours de la prochaine année.

Plans d'action/interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Mettre en œuvre des points d'accès aux services communautaires	10 %	20 %	70 %
Élaborer un plan d'activités pour l'éventail, la portée et la répartition des services d'aide à la vie autonome dans le RLIS	50 %	50 %	
Évaluer la stratégie Vieillir chez soi et des programmes particuliers	30 %	30 %	50 %
Mettre en œuvre l'initiative d'amélioration de la qualité <i>Priorité aux résidents - favoriser la qualité dans les foyers de soins de longue durée en Ontario</i> en association avec le Conseil ontarien de la qualité des services de santé	30 %	30 %	40 %
Utiliser les résultats des outils de modélisation de la demande du RLIS pour favoriser la planification proactive (p. ex., le modèle d'évaluation fondé sur le rendement, l'appariement des ressources et le renvoi)	50 %	50 %	
Mettre en œuvre des améliorations aux processus dans l'ensemble des programmes et services pour l'évaluation, la planification des soins, l'acheminement et l'évaluation des	30 %	30 %	40 %

Retombées attendues des principaux points d'action :

- les gens raconteront leurs antécédents une seule fois
- réduction des temps d'attente pour l'accès aux services communautaires
- expérience des résidents améliorée
- diminution des consultations à l'urgence et des hospitalisations dues aux chutes
- adoption par les services communautaires de pratiques exemplaires fondées sur des preuves pour la prestation des services.

Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?

- taux de mise en œuvre de la connectivité électronique dans le secteur des services communautaires.

Stratégies d'atténuation :

- suivre le plan de cybersanté et cerner des possibilités de mise en œuvre précoce.

3e. Santé des Autochtones

PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés :
Santé des Autochtones
Description de la priorité du PSSI :
Familles en santé, enfants en santé, collectivités en santé
Situation actuelle :
Le RLISS de HNHB compte deux réserves : le Territoire des Six-Nations de la rivière Grand et les Mississaugas of the New Credit First Nation. Environ la moitié des Autochtones du RLISS vivent dans les réserves. En date d'août 2006, le nombre total d'Autochtones vivant dans les réserves ou hors réserve était de 24 263 personnes, soit 1,7 % de la population totale du RLISS. Les données démographiques des Indiens non inscrits, des Métis et des Inuits ne sont pas précises; ces personnes sont mobiles, souvent sans abri et certains Autochtones préfèrent ne pas s'identifier. Principaux enjeux pour la santé des Autochtones : • les Autochtones ont un revenu moins élevé, une espérance de vie plus faible et un taux plus élevé de maladie, comparativement au Canadien moyen. Réussites de l'année dernière : • établissement de relations de travail avec le réseau local sur la santé des Autochtones • participation à une planification concertée en vue de l'élargissement des services de dialyse, des services aux diabétiques et des logements avec services de soutien.
PARTIE 2 : OBJECTIFS ET PLANS D'ACTION
Objectif(s) :
• Réduire les iniquités en santé • Améliorer la santé des familles et des enfants • Réduire les maladies chroniques
Conformité aux priorités gouvernementales :
La santé des Autochtones est conforme aux priorités du gouvernement : • La population autochtone est une population prioritaire.

Plans d'action/interventions :

Cette section explique comment vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir le détail des plans d'action/interventions pour les objectifs particuliers susmentionnés. Les plans d'action doivent inclure les activités des trois prochaines années et focaliser celles qui seront largement mises en œuvre au cours de la prochaine année.

Plans d'action/interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Établir des environnements accueillants dans les organismes de prestation de services de santé	25 %	25 %	50 %
Mettre en œuvre des logements avec services de soutien pour les Autochtones toxicomanes	75 %	25 %	
Mettre en route six postes de dialyse au White Pines Wellness Centre (Six-Nations)	75 %	25 %	
Établir un centre d'éducation sur le diabète au White Pines Wellness Centre (Six-Nations)	75 %	25 %	
Collaborer avec le réseau local sur la santé des Autochtones pour mettre en œuvre les recommandations de la conférence Search de 2008	25 %	25 %	50 %
Mettre plus d'Autochtones sans médecin de famille en rapport avec des fournisseurs de soins primaires	25 %	25 %	50 %

Retombées attendues des principaux points d'action :

- meilleur accès aux services de prévention et de gestion du diabète et des maladies chroniques du rein
- réduction des visites à l'urgence et des hospitalisations évitables
- prestation de programmes et de services jugés prioritaires par les communautés autochtones
- satisfaction des clients/patients améliorée
- les communautés, intervenants et réseaux autochtones sont inclus dans la planification et la prise de décision.

Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?

- mise en œuvre de la connectivité électronique
- inclusion des Six-Nations dans l'étape ClinicalConnect du CSC
- état de préparation des fournisseurs de services de santé à l'égard de la prestation de services sensibles à la culture.

Stratégies d'atténuation :

- continuer de travailler avec le réseau sur la santé des Autochtones pour accroître la sensibilité.

3f. Santé des Francophones

MODÈLE A :
PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés :
Santé des Francophones
Description de la priorité du PSSI :
Familles en santé, enfants en santé, collectivités en santé
Situation actuelle :
La <i>Loi sur les services en français</i> de l'Ontario (1986) garantit aux Ontariens de langue française le droit de communiquer avec le gouvernement et de recevoir des services en français. Le RLISS de HNNB compte plus de 28 000 Francophones (le RLISS compte 38 organismes identifiés et deux organismes désignés aux fins de la prestation de services en français). L'accès aux services est confronté aux enjeux suivants : les gens ne se sentent pas à l'aise lorsqu'ils demandent des services en français; les gens ne connaissent pas la nature ni l'emplacement des services en français offerts; il y a une pénurie de professionnels de la santé francophones; les programmes et services ne sont pas adaptés aux besoins des communautés francophones; les intervenants manifestent un engagement inégal à l'égard de la satisfaction des besoins des Francophones. Principaux enjeux pour cette population : - la population francophone est dispersée dans le RLISS - la population n'est pas homogène (nouveaux Canadiens, Canadiens francophones) et les comportements et les besoins de santé varient. Réussites de l'année dernière : - forum francophone à l'échelle du RLISS (juin 2009) auquel ont participé les fournisseurs de services de santé en français et autres intervenants - programme exhaustif d'équipe mobile focalisant les soins primaires et la santé et le mieux-être pour les aînés francophones vivant à Hamilton, Welland, Port Colborne, Niagara Falls et St. Catharines.
PARTIE 2 : OBJECTIFS ET PLANS D'ACTION
Objectif(s) :
Chaque porte donne accès à des services en français
Conformité aux priorités gouvernementales :
La santé des Francophones est conforme aux priorités du gouvernement : La population francophone est une population prioritaire tout comme les services en français.

Plans d'action/interventions :

Cette section explique comment vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir le détail des plans d'action/interventions pour les objectifs particuliers susmentionnés. Les plans d'action doivent inclure les activités des trois prochaines années et focaliser celles qui seront largement mises en œuvre au cours de la prochaine année.

Plans d'action/interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Mettre les fournisseurs de services de santé au courant des pratiques exemplaires qui créent des organismes accueillants et attentifs	30 %	30 %	40 %
Évaluer la capacité en français dans les organismes de services de santé communautaire	40 %	40 %	20 %
Établir un comité consultatif des services de santé en français pour le RLISS de HNHB	100 %		

Retombées attendues des principaux points d'action :

- prestation de programmes et services jugés prioritaires par les communautés francophones
- satisfaction des clients/patients améliorée
- les intervenants et réseaux francophones sont inclus dans la planification et la prise de décision
- plus de Francophones sans médecin de famille sont mis en rapport avec des fournisseurs de soins primaires sensibles à la culture
- satisfaction des clients/patients améliorée

Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?

- Manque de professionnels de la santé francophones.

Stratégies d'atténuation :

- travailler avec le comité consultatif des services en français à l'élaboration d'une stratégie de recrutement.

3g. Prévention et gestion des maladies chroniques

MODÈLE A : PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés :
Prévention et gestion des maladies chroniques
Description de la priorité du PSSI :
Améliorer le traitement et les résultats des personnes en mettant l'accent sur la prévention, la détection précoce et la gestion.
Situation actuelle :
Dans le RLISS, plus d'un million de personnes signalent une maladie chronique et ce nombre continue de croître à cause du vieillissement de notre population. Par suite de la demande importante de services liés à la gestion et à la prévention des maladies chroniques, bon nombre de nos fournisseurs offrent des services de gestion et de prévention des maladies chroniques. De nombreux diabétiques ont des complications; chaque année, plus de 200 personnes subissent une amputation du pied ou d'un membre inférieur due aux complications associées au diabète. Réussites de l'année dernière : • en 2009, le RLISS a animé deux séances de formation continue en sciences de la santé intitulées « Raising the Bar in Chronic Disease Prevention and Management » • le comité directeur de la collaboration en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques a formulé des principes directeurs, un cadre d'établissement des priorités et une démarche de mise en œuvre du modèle de prévention et de gestion des maladies chroniques à l'aide du cadre Triple Aim; il a aussi commencé à collaborer avec l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) à une analyse des sous-régions du RLISS visant à définir une population cible • le Centre de santé communautaire (CSC) de Hamilton Nord et les centres de dialyse du RLISS ont lancé des programmes de soins des pieds à la suite de l'identification d'une démarche de classification et de gestion des risques fondée sur les pratiques exemplaires - o Les examens des pieds ont été inclus dans les ententes sur la responsabilisation en matière de services intersectoriels des CSC.

MODÈLE A : PARTIE 2 : OBJECTIFS ET PLANS D'ACTION
Objectif(s) :
Le RLISS utilisera le cadre Triple Aim qui équilibre la santé de la population, la qualité des soins et le coût afin de : • réduire la prévalence des maladies chroniques • bâtir un système de santé local qui répond aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques • mettre en concordance les municipalités du RLISS et les autres ministères afin d'améliorer la santé de la population.

Le cadre Triple Aim met l'accent sur l'établissement de coalitions pour le changement dans des collectivités locales sélectionnées pour orienter une démarche locale à l'égard de l'intervention.

Conformité aux priorités gouvernementales :

Les objectifs de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète sont les suivants :

- améliorer l'accès
- diminuer la proportion de diabétiques qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires
- augmenter le nombre de diabétiques évalués par une équipe interdisciplinaire qualifiée spécialiste du diabète
- améliorer la gestion du diabète conformément aux directives de pratique clinique
- réduire les complications et améliorer les résultats.

Plans d'action/interventions :

Cette section explique comment vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir le détail des plans d'action/interventions pour les objectifs particuliers susmentionnés. Les plans d'action doivent inclure les activités des trois prochaines années et focaliser celles qui seront largement mises en œuvre au cours de la prochaine année.

Plans d'action/interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Élargir les centres d'éducation visant le diabète	50 %	50 %	
Élargir les services de podologie pour les personnes diabétiques à risque élevé	30 %	30 %	40 %
Installer des unités de dialyse péritonéale dans trois maisons de soins de longue durée	25 %	50 %	25 %
Continuer de parrainer la séance annuelle de formation continue en sciences de la santé pour encourager l'adoption des meilleures pratiques	100 %		
Mettre en œuvre des directives de pratique normalisées	30 %	30 %	40 %
Établir une coalition pour le changement pour atteindre les objectifs du cadre Triple Aim axés sur l'amélioration de la prévention et de la gestion des	75 %	25 %	

Retombées attendues des principaux points d'action :

- amélioration de l'expérience des clients/patients
- identification des facteurs de risque associés au diabète et à la MPOC dans des populations définies
- réduction des admissions à l'urgence et des hospitalisations évitables pour les personnes atteintes

- d'ici à 2013, diminution de 10 % du nombre d'amputations pratiquées sur des diabétiques dans le RLISS

Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?

- de nombreux fournisseurs de soins primaires ne sont pas reliés au système de dossiers médicaux électroniques (DME)
- adhérence à l'autogestion
- mode de vie actuel de nombreux résidents.

Stratégies d'atténuation :

- le RLISS collabore avec le responsable de la cybersanté pour augmenter le nombre de fournisseurs de soins primaires qui utilisent les DME
- le RLISS s'associe au nouveau centre régional de coordination du diabète pour élaborer une démarche intégrée à l'échelle du RLISS à l'égard de l'autogestion du diabète
- le RLISS participe aux démarches « collectivités en santé » avec les bureaux de santé publique de sa région pour traiter les facteurs de risque associés aux maladies chroniques.

3h. Santé mentale et dépendances

PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés :
Santé mentale et dépendances
Description de la priorité du PSSI :
Chaque porte est la bonne porte
Situation actuelle :
Le RLISS de HNHB compte 50 fournisseurs communautaires de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie et dix associations hospitalières dispensent ces services aux hospitalisés et aux malades externes. Une personne sur cinq au Canada est affectée par un trouble mental durant sa vie (280 000 personnes). Trois pour cent des gens consomment de l'alcool et des drogues illicites durant une année donnée (42 000 personnes dans le RLISS de HNHB). Entre 10 % et 20 % des résidents du RLISS auront un problème de dépendance durant leur vie. Environ 75 % des gens atteints de troubles mentaux sont diagnostiqués lorsqu'ils ont moins de 18 ans. Dans notre RLISS, 98 000 enfants et jeunes gens n'obtiennent pas le traitement dont ils ont besoin. Les principaux problèmes auxquels sont confrontées les personnes atteintes de troubles mentaux et de dépendances sont les stigmates sociaux, le manque d'accès aux services et au soutien de base, notamment logement, revenu et inclusion sociale. Réussites de l'année dernière : • 250 résidents/clients du RLISS et leurs familles ont participé à des groupes de discussion et repéré des moyens de répondre aux besoins de services et de logements communautaires pour les personnes atteintes de troubles mentaux et de problèmes de dépendances à long terme. • un réseau de santé mentale et de lutte contre les dépendances renouvelé pour le RLISS de HNHB • lancement d'un programme de soutien pour jeunes soignants afin d'appuyer la santé et le bien-être des jeunes vivant avec un parent atteint d'une maladie chronique, dont des troubles mentaux.

PARTIE 2 : OBJECTIFS ET PLANS D'ACTION
Objectif(s) :
Dispenser des services intégrés et reliés de prévention, de gestion et de rétablissement dans le secteur de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances et, pour ce faire : • mettre en œuvre des projets axés sur l'atteinte des objectifs de la stratégie décennale • réduire la prévalence des troubles mentaux et des dépendances • optimiser la prise en charge personnelle des soins et des choix.

Conformité aux priorités gouvernementales :

- « Chaque porte est la bonne porte » du plan stratégique décennal du ministère
- accès équitable
- Population ontarienne en bonne santé.

Plans d'action/interventions :

Cette section explique comment vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir le détail des plans d'action/interventions pour les objectifs particuliers susmentionnés. Les plans d'action doivent inclure les activités des trois prochaines années et focaliser celles qui seront largement mises en œuvre au cours de la prochaine année.

Plans d'action/interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Collaborer avec les réseaux de la région à la mise en œuvre du plan stratégique décennal du ministère	100 %		
Accroître la participation des personnes vivant avec des troubles mentaux et des dépendances à la gouvernance, à la conception et à l'évaluation des programmes	En cours		
Continuer de parrainer des forums sur les meilleures pratiques en association avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale	30 %	30 %	25 %
Renforcer l'adoption des outils de dépistage et des meilleures pratiques fondés sur des preuves dans le secteur des soins primaires	10 %	40 %	50 %
Aménager des logements avec services de soutien pour les personnes toxicomanes	75 %	25 %	
Élargir les services en cas de crise et les programmes d'intervention précoce en cas de	20 %	80 %	

Retombées attendues des principaux points d'action :

- réduction des admissions à l'urgence, des hospitalisations et des réadmissions évitables
- amélioration de l'expérience des clients/patients
- participation accrue des usagers à la gouvernance, à la conception et à l'évaluation des programmes
- dépistage précoce et intervention appropriée améliorés
- meilleur accès aux services gériatriques spécialisés de santé mentale à l'échelle locale
- participation accrue des personnes vivant avec des troubles mentaux et des dépendances à la gouvernance, à la conception et à l'évaluation des programmes.

Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?
• niveau de ressources affecté aux orientations prioritaires provinciales. Stratégies d'atténuation : • les plans de mise en œuvre sont axés sur la synchronisation et le niveau de ressources provinciales.

3i. Cybersanté

MODÈLE A :
PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés :
Cybersanté
Description de la priorité du PSSI :
Renseignements coordonnés pour un processus décisionnel efficace au regard des soins et du système de santé.
Situation actuelle :
Le RLISS de HNHB a publié son plan stratégique sur la cybersanté en octobre 2006. Ce plan explique comment le RLISS offrira un système électronique sécurisé, exhaustif et axé sur le patient. Progrès réalisés à ce jour : • outil de gestion commune de cas des CASC (CHRIS) (mars 2008) • système centralisé de signalement des incidents et de gestion des risques mis en œuvre dans les hôpitaux du RLISS et le CASC (2008) • Système intérimaire d'information sur le niveau de soins approprié (RLCIS) (novembre 2009) • Stratégie intégrée d'aide à la décision (IDS) (novembre 2009) • Provider-patient reminders in Ontario Multi-Strategy Prevention Tools (P-Prompt) – L'Équipe de santé familiale (ESF) Hamilton et 12 cabinets médicaux en milieu rural participent • visualiseur des profils pharmaceutiques – mise en œuvre en cours • visualiseur clinique commun (ClinicalConnect) – mise en œuvre en cours • dépôt régional d'imagerie diagnostique (DI-r) – participation entière (juin 2010).
PARTIE 2 : OBJECTIFS ET PLANS D'ACTION
Objectif(s) :
• Renforcer la capacité des gens à prendre des décisions éclairées • Améliorer la prestation de services aux patients • Améliorer la gestion du système de santé.
Conformité aux priorités gouvernementales :
• la cybersanté est un facteur essentiel de succès pour le renouvellement du système de santé ainsi qu'une priorité du gouvernement • en mars 2009, Cybersanté Ontario a annoncé ses trois priorités cliniques pour les trois prochaines années : gestion du diabète, gestion des médicaments, réduction des temps d'attente à l'urgence des hôpitaux.

Plans d'action/interventions :

Cette section explique comment vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir le détail des plans d'action/interventions pour les objectifs particuliers susmentionnés. Les plans d'action doivent inclure les activités des trois prochaines années et focaliser celles qui seront largement mises en œuvre au cours de la prochaine année.

Plans d'action/interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Participation au DI-r de tous les hôpitaux des RLISS de HNHB et de Waterloo-Wellington	75 %	25 %	
Participation au visualiseur clinique commun ClinicalConnect de tous les hôpitaux de HNHB, du CASC de HNHB, des CSC et des ESF	25 %	25 %	25 %
Mise en œuvre de la stratégie intégrée de cybersanté pour le cancer (Centre Juravinski, Centre Walker, cliniques des hôpitaux communautaires)	25 %	25 %	50 %
Poursuite de la mise en œuvre des initiatives énoncées dans le plan stratégique de cybersanté du	25 %	25 %	25 %

Retombées attendues des principaux points d'action :

- réduction des tests diagnostiques répétitifs
- amélioration du déroulement du travail
- meilleure communication entre les fournisseurs de services de santé
- amélioration de la sécurité des patients et diminution des erreurs médicales.

Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?

- synchronisation de l'accès des fournisseurs aux données et aux rapports de l'outil d'aide à la décision

Stratégies d'atténuation :

- rendre disponibles :
 - un plan de mise en œuvre pour assurer que les données clés soient à la disposition des fournisseurs
 - les ressources nécessaires pour renforcer la capacité de la cybersanté pour les fournisseurs de services et les principaux intervenants du RLISS
 - un plan de mise en œuvre axé sur la disponibilité des ressources.

3j. Collaboration interprofessionnelle

PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés :
Collaboration interprofessionnelle – un catalyseur de renouvellement
Description de la priorité du PSSI :
Améliorer l'accès aux soins primaires interprofessionnels pour améliorer l'expérience des clients, les résultats pour la santé et la satisfaction des fournisseurs.

Situation actuelle :
L'état de santé de la population est caractérisé par une population vieillissante, un fardeau de maladie lourd, une main-d'œuvre en évolution et une dépendance accrue à l'égard du filet de sécurité sociale. On constate un manque de communication et de coordination entre les fournisseurs et les organismes de services de santé et une hésitation à utiliser des pratiques exemplaires pour optimiser les résultats. Les lacunes sont particulièrement prononcées dans les secteurs de la gestion des maladies chroniques, de la santé mentale et des soins aux aînés frêles où aucun praticien ne peut à lui seul fournir des services optimaux. Les critères de dépistage provinciaux ne sont pas tous atteints dans le RLISS, les mandats des programmes de santé publique et les rôles des médecins concordent mal et les professionnels de la santé connaissent mal les champs d'exercice de leurs homologues. Bon nombre de praticiens de premier recours veulent avoir accès rapidement aux autres fournisseurs de services de santé, spécialistes, diagnostics appropriés et meilleures pratiques. Ils n'ont pas rapidement accès aux renseignements robustes sur les patients à des fins de prise de décision. Les résidents affirment qu'ils veulent prendre part aux décisions concernant leurs soins, adopter des modes de vie sains et participer à des équipes de soignants qui respectent la diversité. Enjeux clés pour la mise en œuvre d'une pratique interprofessionnelle : • obligations perçues pour les médecins exerçant dans un milieu de soins interprofessionnels. Réussites de la dernière année : • participation élevée des fournisseurs de soins primaires à la planification des services cliniques • cabinets médicaux et pharmaciens ont participé aux stratégies d'approche du RLISS, mettant des cartes de commentaires à la disposition des résidents aux fins de planification et de prise de décision • ouverture du campus de la faculté de médecine de St. Catharines.

PARTIE 2 : OBJECTIFS ET PLANS D'ACTION

Objectif(s) :

- Travail d'équipe pour des soins de qualité et une pratique efficace
- Renforcer la capacité des gens à prendre des décisions éclairées
- Améliorer les services aux patients
- Accroître la satisfaction des fournisseurs

Conformité aux priorités gouvernementales :

Le PAA du RLISS de HNHBB est conforme aux priorités du gouvernement de l'Ontario :

- Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : Un plan directeur provincial. ProfessionsSantéOntario (juillet 2007).
- Mettre plus de gens sans médecin de famille en rapport avec des fournisseurs de soins primaires
- Population ontarienne en santé.

Plans d'action/interventions :

Cette section explique comment vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir le détail des plans d'action/interventions pour les objectifs particuliers susmentionnés. Les plans d'action doivent inclure les activités des trois prochaines années et focaliser celles qui seront largement mises en œuvre au cours de la prochaine année.

Plans d'action/interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Mettre sur pied et évaluer un projet pilote de collaboration interprofessionnelle virtuelle entre les fournisseurs de services de santé	50 %	50 %	
Établir des objectifs de dépistage à l'échelle du RLISS	30 %	30 %	40 %
Élaborer une trousse de pratiques exemplaires en collaboration interprofessionnelle aux fins de diffusion et d'adoption	50 %	50 %	
Continuer de parrainer des séances de formation médicale continue (une séance par an)	100 %		

Retombées attendues des principaux points d'action :
• Les patients et leurs familles font partie de l'équipe de soins • Les patients ont confiance en la capacité de l'équipe de soins de répondre à leurs besoins • Les fournisseurs de services de santé collaborent et communiquent efficacement • Les milieux de soins embrassent la collaboration interprofessionnelle • Les infrastructures, les modèles de financement et les politiques à l'appui de la collaboration professionnelle sont en place • Un nombre accru d'apprenants du secteur de la santé connaît les modèles axés sur le travail interdisciplinaire, collectif et en équipe.
Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?
• taux de mise en œuvre de la connectivité électronique • plan de mise en œuvre misant sur la connectivité de la cybersanté existante • multiples interprétations du concept de soins axés sur le client ou dirigés par le client • élaboration de définitions communes dans le cadre du projet pilote.

3k. Transport

PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés :
Transport
Description de la priorité du PSSI :
Un modèle de services de transport sûrs, accessibles et efficaces.

Situation actuelle :
Les résidents du RLISS ont classé le transport parmi les trois principaux enjeux. Les services de transport permettent aux personnes qui n'ont pas de véhicule et n'ont pas accès à un véhicule facilement de se procurer des services de santé. Le transport permet aux gens de participer à la vie communautaire, favorisant ainsi leur santé, leur bien-être et leur autonomie. La répartition, les critères d'admissibilité, les frais d'utilisation et les horaires des programmes subventionnés par le RLISS varient considérablement. Les personnes ayant des problèmes de mobilité ou des troubles du comportement ainsi que les enfants et les jeunes de moins de 16 ans sont inadmissibles à beaucoup de services. Le manque de transport en commun régional abordable pose un obstacle à l'obtention de services de santé spécialisés à l'intérieur ou à l'extérieur d'une région. - Le sondage sur le transport du RLISS a identifié 58 programmes fournis par 38 organismes. Le RLISS subventionne 23 programmes, soit environ 40 %. Ces programmes comprennent des services communautaires fournis par des bénévoles et un nombre limité de services offerts par des conducteurs rémunérés. Les clients servis incluent : aînés et personnes handicapées (handicaps physiques, comportementaux et cognitifs). Le nombre de clients servis chaque année est estimé à plus de 4 000. Enjeux clés pour les groupes de clients : - nombre limité de véhicules pour les personnes ayant des problèmes de mobilité - manque de transport en commun infrarégional et interrégional - horaires limités, priorités qui favorisent le transport à des fins médicales au lieu de l'accès aux autres déterminants de la santé (p. ex., activités sociales) - obstacles comprenant critères d'admissibilité, frais, endroit et capacité limitée de certains services à répondre aux demandes de services - nombre limité de bénévoles. Réussites de l'année dernière : - le sondage sur le transport du RLISS de HNHB (à la fin du printemps 2009) a fourni des renseignements de base sur les programmes, enjeux et possibilités d'amélioration en matière de transport - stratégies de mesures rapides du forum sur le transport du RLISS de HNHB (novembre 2009).

PARTIE 2 : OBJECTIFS ET PLANS D'ACTION

Objectif(s) :

- promouvoir un accès équitable aux programmes de transport subventionnés par le RLISS
- optimiser les services de transport communautaire

Conformité aux priorités gouvernementales :

- Vie autonome (stratégie Vieillir chez soi).

Plans d'action/interventions :

Cette section explique comment vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir le détail des plans d'action/interventions pour les objectifs particuliers susmentionnés. Les plans d'action doivent inclure les activités des trois prochaines années et focaliser celles qui seront largement mises en œuvre au cours de la prochaine année.

Plans d'action/interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Relier la mise en œuvre des postes de dialyse communautaires aux régies de transport et aux fournisseurs de transport locaux	100 %		
Intégrer les normes d'accès au transport à la planification des services cliniques	20 %	40 %	40 %
Intégrer les bailleurs de fonds et les planificateurs des services de transport à la planification du système de santé local	80 %	20 %	
Définir des directives pour les programmes de transport devant être financés dans les ententes sur la responsabilisation en matière de services multisectoriels en suspens	60 %	40 %	
Harmoniser les critères d'admissibilité des clients	30 %	70 %	
Mettre en place des procédures administratives améliorées pour améliorer la capacité, l'efficacité et l'efficience du secteur	20 %	40 %	40 %
Utiliser les résultats des outils de modélisation de la demande à l'échelle du RLISS pour faciliter une planification proactive (p. ex., PBAM)	50 %	50 %	
Réduire les visites à l'urgence et les hospitalisations évitables	20 %	40 %	40 %
Mettre les services de transport subventionnés par le RLISS en concordance avec les objectifs relatifs à la	40 %	60 %	

Retombées attendues des principaux points d'action :
• accès équitable aux services de transport subventionnés par le RLISS • satisfaction accrue des clients • meilleure coordination des services de transport dans et entre les municipalités du RLISS.
Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?
• manque de collaboration entre les multiples fournisseurs et bailleurs de fonds des services de transport • importance du facteur temps pour une collaboration fondée sur la confiance • recours à un secteur bénévole changeant • exploitation des services subventionnés par le RLISS pour assurer une certaine stabilité.

4. Dotation et opérations du RLISS

Équivalents temps plein (ETP) du plan de dotation du RLISS

Titre du poste	Nombre réel d'ETP pour 2009-2010 en date du 31 mars 2009	Nombre d'ETP prévu pour 2010-2011	Nombre d'ETP prévu pour 2011-2012	Nombre d'ETP prévu pour 2012-2013	Nombre d'ETP prévu pour 2013-2014
Directeur général	1	1	1	1	1
Directeur principal	2	2	2	2	2
Chef d'équipe	4	4	4	4	4
Directeur des opérations	1	1	1	1	1
Coordonnatrice générale	1	1	1	1	1
Adjoint de direction	2	2	2	2	2
Adjoint administratif	1	1	1	1	1
Adjoint de programme	3	3	3	3	3
Réceptionniste	1	1	1	1	1
Adjoint de bureau	1	1	1	1	1
Contrôleur de l'information	1	1	1	1	1
Conseiller, Financement et affectations	3	3	3	3	3
Contrôleur/conseiller, Financement et affectations	1	1	1	1	1
Conseiller, Participation communautaire	2	2	2	2	2
Conseiller, Rendement et gestion des contrats	3	3	3	3	3
Conseiller, Planification et intégration	4	4	4	4	4
Adjoint aux communications	1	1	1	1	1
Médecin responsable	0	0	0,4	0,4	0,4
Nombre total d'ETP	32	32	32,4	32,4	32,4

Plan de dépenses pour les opérations du RLISS					
Sous-catégorie d'opérations du RLISS (\$)	Prévision pour 2010-2011	Affectation pour 2010-2011	Dépenses prévues pour 2011-2012	Dépenses prévues pour 2012-2013	Dépenses prévues pour 2013-2014
Salaires et traitements	2 848 544	2 848 544	2 905 514	2 963 625	3 022 897
Avantages sociaux des employés					
Régime de rentes des hôpitaux de l'Ontario	250 922	250 922	255 940	261 059	266 280
Autres	370 356	370 356	377 763	385 318	393 025
<i>Montant total des avantages sociaux des employés</i>	<i>621 278</i>	<i>621 278</i>	<i>633 703</i>	<i>646 377</i>	<i>659 305</i>
Transport et communications					
Déplacements du personnel	49 400	49 400	50 388	51 396	52 424
Déplacements des dirigeants	21 750	21 750	22 185	22 629	23 081
Communications	47 412	47 412	48 360	49 327	50 314
Autres	4 555	4 555	4 646	4 739	4 834
<i>Montant total des frais de transport et de communications</i>	<i>123 117</i>	<i>123 117</i>	<i>125 579</i>	<i>128 091</i>	<i>130 653</i>
Services					
Hébergement	272 594	272 594	278 045	283 606	289 278
Publicité					
Services bancaires					
Participation communautaire					
Frais de consultation	299 325	299 325	305 312	311 418	317 646
Location de matériel	10 364	10 364	10 571	10 783	10 998
Indemnité journalière des dirigeants	130 000	130 000	132 600	135 252	137 957
Assurance	18 171	18 171	18 534	18 905	19 283
Coûts du Bureau des services communs des RLISS	359 495	359 495	366 685	374 019	381 499
Partenariat des RLISS	50 000	50 000	51 000	52 020	53 060
Autres dépenses liées aux réunions	64 500	64 500	65 790	67 106	68 448
Autres frais de gouvernance	7 700	7 700	7 854	8 011	8 171
Impression et traduction	42 481	42 481	43 331	44 197	45 081
Perfectionnement du personnel	64 600	64 600	65 892	67 210	68 554
<i>Montant total des frais d'administration</i>	<i>1 319 230</i>	<i>1 319 230</i>	<i>1 345 614</i>	<i>1 372 526</i>	<i>1 399 977</i>
Fournitures et matériel					
Matériel de TI	70 180	70 180	71 584	73 015	74 476
Fournitures de bureau et matériel acheté	123 524	123 524	125 994	128 514	131 085
<i>Montant total des frais de fournitures et de matériel</i>	<i>193 704</i>	<i>193 704</i>	<i>197 578</i>	<i>201 530</i>	<i>205 560</i>
Opérations du RLISS : dépenses totales prévues	5 105 872	5 105 872	5 207 989	5 312 149	5 418 392
Cible de financement annuel			5 207 989	5 312 149	5 614 842
Variance			0	0	0

5. Plans de communications

Ce plan de communications décrit les méthodes que le RLISS de HNHB pourrait utiliser pour publier le PAA postbudgétaire, approuvé par le ministère, y compris des renseignements sur le financement et les affectations. Le ministère fournira au RLISS des lignes directrices concernant les communiqués de presse, les annonces de financement, etc. portant sur le PAA.

Objectif : Démontrer la réactivité du RLISS aux besoins de la collectivité.

Informar les intervenants et la collectivité des activités et projets de renouvellement du RLISS.

Auditoire : Il y a des auditoires primaire et secondaire à considérer.

Auditoire primaire : secteur de la santé élargi y compris fournisseurs de services de santé et organismes médiatiques.

Auditoire secondaire : collectivités de Hamilton, Niagara, Haldimand, Brant, Norfolk et Burlington y compris représentants élus (députés provinciaux, maires et présidents régionaux).

Messages : Le PAA aidera le public à comprendre comment le RLISS de HNHB entend répondre aux besoins de sa collectivité.

Le PAA repose sur de nombreuses discussions entre le RLISS et les membres du public, les fournisseurs de services de santé et les intervenants.

Le RLISS a publié son PSSI de 2010-2013 en décembre 2009. Il s'agit d'un plan stratégique de trois ans conforme aux orientations stratégiques du ministère provincial. Il orientera les PAA, les priorités d'intégration et les décisions de financement du RLISS à l'égard du système de santé local.

Stratégie : Souligner les points saillants du PAA et toute considération spéciale requise pour répondre aux besoins identifiés du RLISS, des fournisseurs de services de santé et des intervenants communautaires.

Tactiques : Les RLISS et le ministère devront coordonner de nombreuses tactiques à l'échelle de la province pour que les annonces soient publiées le même jour (date de publication à confirmer).

Conformément à la directive ministérielle à ce jour : aucune orientation ni information n'a été fournie.

Matin du jour en question : Le RLISS avisera ses fournisseurs de services de santé et groupes d'intervenants communautaires par courriel. Celui-ci les avisera de la publication du PAA et fournira un lien vers le document sur son site Web.

Après-midi du jour en question : Le RLISS de HNHB affichera le PAA sur son site Web.

Le RLISS de HNHB publiera un communiqué de presse. Le modèle sera fourni par l'équipe des communications des RLISS du ministère.

Suivi :

- Le RLISS de HNHB organise des réunions communautaires avec les fournisseurs de services de santé et les groupes d'intervenants communautaires.
- Un article général est fourni aux fournisseurs de services de santé et aux hôpitaux pour inclusion dans leurs bulletins.
- Le comité éditorial se réunit pour discuter de l'élaboration d'une feuille de renseignements.
- Une séance sur place est organisée pour le personnel du RLISS.

Échéancier : À confirmer selon le moment choisi par le ministère.

Le PAA sera un document public et, par conséquent, il devra être fourni en français et en anglais.