Hamilton Niagara Haldimand Brant **LHIN**
RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Plan d'activités annuel 2014-2015

Juin 2014

Ontario
Local Health Integration Network
Réseau local d'intégration des services de santé

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant
Plan d'activités annuel 2014-2015

TABLE DES MATIÈRES

1.	**Lettre d'accompagnement**	**2**
2.	Texte narratif	4
2a.	Mandat et orientations stratégiques	4
2b.	Aperçu des activités et programmes actuels et futurs des organismes	4
2c.	Évaluation des enjeux auxquels l'organisme est confronté (analyse contextuelle des possibilités et des risques)	5
3.	Priorités du PSSI 2013-2016	7
3.1	Améliorer considérablement l'expérience du patient en enchâssant une culture de qualité dans l'ensemble du système	7
3.2	Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services	12
	i. Maillons santé	12
	ii. Programmes cliniques intégrés à l'échelle du RLISS	18
	iii. Stratégies axées sur la population à l'échelle du RLISS	29
	iv. Système intégré de service de soutien	53
3.3	Améliorer considérablement l'expérience du patient en élargissant le rôle du RLISS pour qu'il devienne un commissaire à la santé	60
4.	Plan de dépenses pour les activités du RLISS de HNHB	67
5.	Dotation et opérations du RLISS de HNHB : Équivalents temps plein (ETP) du plan de dotation du RLISS	68
6.	Stratégie intégrée de communication	70
7.	Annexe	76
7a.	Glossaire des acronymes	76

Hamilton Niagara Haldimand Brant **LHIN**
RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant

264 Main Street East,
Grimsby, ON L3M 1P8
Tel: 1.905.945.4930
1.866.363.5446
Fax: 1.905.945.1992
www.hnhblhin.on.ca

264, rue Main Est,
Grimsby, ON L3M 1P8
Tel: 1.905.945.4930
1.866.363.5446
Téléc: 1.905.945.1992
www.hnhblhin.on.ca

Le 12 juin 2014

Madame Nancy Naylor
Sous-ministre adjointe
Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé
Édifice Hepburn
5e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 1R3

Objet : Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant – Plan d'activités annuel 2014-2015

Madame,

Notre Plan d'activités annuel (PAA) 2014-2015 représente la deuxième année de notre Plan de services de santé intégrés (PSSI) triennal, fondé sur notre Plan stratégique pour le système de santé (PSSS), approuvé en décembre 2012 par le conseil d'administration (Conseil) du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB). Le PAA 2014-2015 respecte les lignes directrices fournies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ministère), mettant l'accent sur les objectifs et les plans d'action relatifs au changement du système et aux résultats.

Afin de miser sur le Plan d'action de la ministre de la Santé et des Soins de longue durée et les priorités provinciales collectives des RLISS, l'objectif global du RLISS de HNHB au cours des prochaines années est de poursuivre ses efforts en vue d'améliorer considérablement l'expérience du patient grâce à la qualité, à l'intégration et à la valeur. Nos trois principales orientations stratégiques découlant de cet objectif sont les suivantes :

1. Améliorer considérablement l'expérience du patient en enchâssant une culture de qualité dans l'ensemble du système.
2. Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services.
3. Améliorer considérablement l'expérience du patient en élargissant le rôle du RLISS pour qu'il devienne un commissaire à la santé.

Madame Nancy Naylor

L'établissement de l'objectif visant à améliorer « considérablement » l'expérience du patient témoigne du désir du RLISS de HNHB de voir l'adoption de mesures audacieuses et urgentes relatives au programme de transformation.

Ces orientations stratégiques sont définies en matière d'objectifs précis et de mesures à prendre, avec un accent particulier mis sur la période 2014-2015, soit la deuxième année d'opération de notre PSSI actuel. Les plans d'action pour chacune des priorités indiquées dans le PSSI sont présentés, suivant le modèle fourni par le Ministère et en intégrant les commentaires émis par ce dernier sur l'ébauche du PAA. Celui-ci décrit également les dotations en personnel et les opérations proposées du RLISS de HNHB, suivant les modèles fournis par le Ministère.

Nous sommes ravis des possibilités que présentent ces orientations stratégiques et plans d'action, et nous avons hâte d'obtenir l'approbation du Ministère avant d'afficher en ligne notre PAA.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

Michael P. Shea
Président du conseil d'administration

c. c. Kathryn McCulloch, directrice, Direction de la liaison avec les RLISS
Donna Cripps, directrice générale, RLISS de HNHB

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. Le PSSI est un plan triennal pour le RLISS et le présent PAA (2014-2015) représente la deuxième année du troisième PSSI du RLISS.

L'an dernier, en préparation du PSSI, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB) a entrepris un processus de planification stratégique pour définir ces orientations clés qui, mises en œuvre ensemble, transformeront le système.

Le PAA n'a pas pour objet de répéter les renseignements détaillés contenus dans d'autres documents de planification et rapports du RLISS. Il définit les mesures et les changements envisagés prévus au cours du prochain exercice financier. Les renseignements ci-dessous résument le mandat du RLISS et le système de santé local au sein duquel il fonctionne. On trouvera une discussion plus complète dans le PSSI et le Plan stratégique pour le système de santé (PSSS).

2a. Mandat et orientations stratégiques

Les 14 RLISS de l'Ontario ont le mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local.

Le PSSS du RLISS de HNHB, approuvé par le conseil d'administration (le conseil) en décembre 2012, reconnaît la nécessité de transformer le système de santé afin de réaliser 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. » La vision du plan d'action de la ministre de la Santé et des Soins de longue durée, ***« Faire de l'Ontario l'endroit le plus sain en Amérique du Nord pour grandir et vieillir »***, a consolidé l'engagement envers la transformation.

Afin de tirer profit des orientations de la ministre, de la lancée du rapport de la Commission de la réforme des services publics de l'Ontario préparé par Don Drummond et des priorités provinciales des RLISS, le RLISS de HNHB a retenu les services de PricewaterhouseCoopers (PwC) pour l'aider à élaborer un plan stratégique. Pour bien préciser le fait que ce PSSS n'était pas un plan pour planifier, mais bien un plan d'action, on a intitulé ce projet : **ACTION – A Call To IntegratiON Now** Plan stratégique pour le système de santé 2012-2017. Le Plan stratégique pour le système de santé (PSSS) avait pour objet de bâtir un système de santé fondé sur des données probantes, intégré et axé sur les personnes.

L'objectif global du RLISS de HNHB durant la période triennale en cours est d'améliorer de façon considérable l'expérience du patient grâce à la qualité, à l'intégration et à la valeur.

Nos trois principales orientations stratégiques découlant de cet objectif sont les suivantes :

1. Améliorer considérablement l'expérience du patient en enchâssant une culture de qualité dans l'ensemble du système.
2. Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services.
3. Améliorer considérablement l'expérience du patient en élargissant le rôle du RLISS pour qu'il devienne un commissaire à la santé.

Ces orientations stratégiques sont définies plus en détail en matière d'objectifs précis et de mesures à prendre, qui constituent la base du plan de mise en œuvre au cours des trois prochaines années. Le plan de mise en œuvre est décrit plus en détail dans le processus du PAA du RLISS. Puisque 2014-2015 représente la deuxième année du PSSI, un bon nombre des objectifs et stratégies demeurent en place et tirent profit des réussites de la première année.

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

Le RLISS de HNHB alloue environ 2,8 milliards de dollars aux programmes et services offerts par l'entremise de fournisseurs de services de santé (FSS). Le RLISS a conclu 192 ententes de responsabilisation avec ces fournisseurs (96 ERS-M, 86 ERS-SLD et 9 ERS-H).

Ces ententes décrivent l'étendue et la portée des services offerts, les ressources financières du RLISS nécessaires pour maintenir ces services ainsi que les résultats attendus.

Tous les organismes sont orientés par les priorités du PSSI pour l'amélioration du système de santé. Au cours des dernières années, les FSS ont collaboré avec le RLISS pour améliorer le roulement des patients, intégrer la prestation de services, diminuer la prévalence de maladies chroniques et se concentrer sur la santé des groupes de populations prioritaires, par exemple les personnes âgées, les francophones et les Autochtones.

Le PSSI actuel concentre notre attention collective sur l'amélioration de l'expérience et des résultats pour les personnes qui cheminent dans le système grâce à l'amélioration de la qualité, au remaniement du système et à la réforme du financement et de la responsabilisation. Le présent PAA décrira les objectifs détaillés et les mesures à prendre qui se fonderont sur les réussites des dernières années et qui nous mèneront à un système transformé.

2c. Évaluation des enjeux auxquels l'organisme est confronté (analyse contextuelle des possibilités et des risques)

Le territoire du RLISS de HNHB couvre les régions de Brant, Burlington, Haldimand, Hamilton, Niagara et la majeure partie du comté de Norfolk, et son territoire a une superficie d'environ 7 000 kilomètres carrés. Le territoire desservi par le RLISS de HNHB compte plus de 1,4 million de personnes, et plus de 70 % de la population réside dans la ville de Hamilton et la municipalité régionale de Niagara (MRN).

Les données qui suivent résument les principales caractéristiques du système de santé local :

Données démographiques :

- Le territoire desservi par le RLISS de HNHB compte environ 11 % de la population de l'Ontario. Il s'agit du troisième RLISS en importance en Ontario. La population desservie par le RLISS devrait croître de 7,4 % au cours des dix prochaines années.[1]
- La population du RLISS de HNHB est vieillissante. Les personnes âgées de 65 à 74 ans sont celles dont le nombre total croît le plus vite. Au cours des dix prochaines années, les changements les plus importants se produiront chez les gens âgés de 65 à 74 ans (45,2 %) et de 85 ans ou plus (33,4 %).
- On prévoit que le nombre de personnes âgées du RLISS de HNHB sera l'un des plus importants de tous les RLISS de l'Ontario de 2011 à 2017. On prévoit que le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans sur le territoire du RLISS de HNHB grandira chaque année au cours des six prochaines années, passant de 230 000 à l'heure actuelle à plus de 275 000 en 2017. Pendant cette période, le RLISS de HNHB comptera une proportion de personnes âgées plus élevée que la moyenne de l'Ontario, et d'ici 2017, près d'un résident sur cinq sur le territoire du RLISS de HNHB sera âgé de 65 ans ou plus.[2]

Caractéristiques sociodémographiques :

- Le RLISS compte une population très diversifiée. L'anglais et le français ne constituent pas la langue maternelle de 18 % des résidents. Les francophones, les Premières Nations et les Autochtones en milieu urbain et rural constituent des groupes de populations reconnus du RLISS de HNHB. En comparaison avec le reste de l'Ontario, le RLISS compte un pourcentage moins élevé d'immigrants et de minorités visibles.

[1] Projections de population, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, savoirSANTÉ ONTARIO
[2] Projections de population, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, savoirSANTÉ ONTARIO

- Plus de 35 000 francophones habitent sur le territoire desservi par le RLISS de HNHB, et représentent la plus importante population francophone du Sud de l'Ontario. Au sein du territoire du RLISS de HNHB, les plus importantes concentrations de populations francophones se situent à Hamilton et dans la région de Welland/Port Colborne, qui sont toutes les deux des municipalités désignées en vertu de la *Loi sur les services en français (LSF).*
- Le territoire du RLISS de HNHB compte deux réserves des Premières Nations – la bande Six Nations of Grand River, qui compte la plus importante population de toutes les communautés des Premières Nations au Canada, et la Première Nation Mississaugas of the New Credit. La population totale d'Autochtones inscrits sur le territoire du RLISS est d'environ 24 000 personnes (1,7 % de la population totale du RLISS) et environ la moitié de cette population habite sur une réserve. Les Indiens non inscrits, les Métis, et les Inuits ne sont pas inclus dans ces estimations de la population.[3]
- Le RLISS de HNHB compte un pourcentage plus élevé de familles monoparentales et un pourcentage moins élevé d'adultes ayant fait des études postsecondaires que la moyenne de l'Ontario. Le taux de chômage est légèrement inférieur à la moyenne de l'Ontario, et fluctue avec le temps.
- Le pourcentage de familles dont la situation économique se situe sous le seuil de faible revenu (SFR) sur le territoire du RLISS de HNHB, soit 13,8 %, est légèrement inférieur à celui de la moyenne en Ontario. Les niveaux d'instruction sont aussi légèrement inférieurs à la moyenne (secondaire et université), en particulier dans les secteurs ruraux du territoire desservi par le RLISS.

État de la santé :

- L'état de santé autodéclaré peut révéler des aspects de la santé non relevés dans d'autres mesures. De façon semblable aux taux du reste de l'Ontario, plus de 61,5 % des résidents sur le territoire du RLISS qualifient leur santé d'« excellente » ou de « très bonne ».[4] Toutefois, un nombre substantiellement plus important de résidents du territoire du RLISS affirment qu'ils sont limités dans leurs activités en raison d'un problème physique ou mental ou d'un problème de santé, et qu'ils souffrent de douleur ou d'inconfort qui les empêchent de faire certaines activités.
- Un nombre substantiellement plus élevé de résidents du territoire desservi par le RLISS de HNHB souffrent d'arthrite ou de rhumatisme en comparaison avec la province dans son ensemble. Les taux d'asthme et d'hypertension sont légèrement supérieurs à ceux du reste de l'Ontario, mais non de façon significative. En revanche, les taux de diabète se comparent à ceux du reste de la province.[5] D'autres conclusions incluent une proportion plus élevée de résidents souffrant d'un surplus de poids ou d'obésité que la moyenne de l'Ontario, une incidence plus élevée d'arthrite, de consommation excessive d'alcool et d'hospitalisations en raison de blessures (p. ex. chutes, accident de voiture); l'espérance de vie est aussi plus faible sur le territoire du RLISS.
- Les taux de mortalité sont représentatifs de la santé générale de la population. Des taux de décès inférieurs montrent la réussite de la prévention, de la détection et du traitement des maladies et de la diminution des suicides. Le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le RLISS de HNHB est substantiellement plus élevé que la moyenne de l'Ontario (572 par 100 000 comparativement à 522 par 100 000). Les maladies du cœur, le cancer du poumon et les AVC constituaient les trois principales causes de décès.
- Les taux d'années potentielles de vie perdues sont utiles pour évaluer le nombre d'années de vies perdues pour cause de décès prématurés (c.-à-d. avant l'âge de 75 ans). Les taux de décès, d'années potentielles de vie perdues et d'hospitalisation sur le territoire du RLISS de HNHB sont plus élevés que les taux provinciaux.[6]

[3] First Nations Peoples in Ontario : A Demographic Portrait. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé Direction de l'analytique en matière de santé, janvier 2009
[4] Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010
[5] Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010
[6] Death, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, savoirSANTÉ ONTARIO

Hygiène de vie et soins préventifs :

- Une mauvaise hygiène de vie augmente le risque de maladies chroniques, d'invalidité et de décès. Comparativement à la province dans son ensemble, un plus grand nombre de personnes sur le territoire du RLISS de HNHB fument chaque jour ou à l'occasion, ont une consommation excessive d'alcool et sont obèses.[7]
- Des services de soins de santé préventifs peuvent aider à détecter rapidement les maladies, et à long terme réduire le nombre de maladies et de décès. Parmi les indicateurs de soins de santé préventifs sélectionnés, aucun n'est substantiellement différent de l'Ontario dans son ensemble.
- Chez les femmes du RLISS de HNHB, 71,7 % avaient subi un test Pap (pour le dépistage du cancer du col utérin) au cours des trois années précédentes, 73,1 % avaient subi une mammographie de routine au cours des deux années précédentes et 31,7 % avaient été vaccinées contre la grippe au cours de la dernière année.[8]

La plupart des personnes consultent leur médecin de famille pour obtenir des soins. Les médecins jouent un rôle clé dans la coordination des soins et la prise en charge des maladies chroniques. La plupart des gens (81,3 %) sur le territoire du RLISS ont parlé, en personne ou au téléphone, avec un médecin au cours de la dernière année. Ce taux est semblable à celui du reste de l'Ontario, qui se situe à 82,2 %.[9]

3. Priorités du PSSI 2013-2016 :

1. Améliorer considérablement l'expérience du patient en enchâssant une culture de qualité dans l'ensemble du système.

2. Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services.

3. Améliorer considérablement l'expérience du patient en élargissant le rôle du RLISS pour qu'il devienne un commissaire à la santé.

3.1. Améliorer considérablement l'expérience du patient en enchâssant une culture de qualité dans l'ensemble du système.

PARTIE 1 : DÉFINITION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés :
Améliorer considérablement l'expérience du patient en enchâssant une culture de qualité dans l'ensemble du système.
Description de la priorité du PSSI :
Le RLISS de HNHB offrira un leadership à l'échelle du système en lien avec la qualité, et responsabilisera les fournisseurs pour la mise en œuvre locale. Cette priorité sera orientée par une philosophie commune dans tout le RLISS et une approche en matière de qualité, avec pour cible la réduction de l'écart et l'augmentation de la normalisation au sein du système de santé. <u>Deux stratégies clés feront progresser cet objectif :</u> 1. Tirer profit des ententes de responsabilisation en matière de services (ERS) pour l'amélioration de la qualité et la participation des intervenants. 2. Établir un plan à l'échelle du système en matière de qualité grâce au leadership du conseil directeur de qualité du

[7] Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010
[8] Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, 2008 et 2009-2010
[9] Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010

RLISS de HNHB.

Situation actuelle :

La théorie d'amélioration de la qualité du RLISS de HNHB est influencée par les travaux du Dr Ross Baker et de ses recherches sur les systèmes de santé très performants. Pour faire progresser les travaux à grande échelle, il faut établir une stratégie pour définir les orientations et les priorités, une harmonisation des incitatifs et des leviers, ainsi que la capacité de créer et de maintenir l'amélioration.

Certaines de ces principales pierres d'assise pour une amélioration à haut niveau du système incluent :

- Leadership du RLISS de HNHB à l'échelle du système.
- Mise en œuvre locale pour accroître la participation.
- Cibler la réduction de l'écart et une normalisation accrue pour améliorer la qualité.
- Faire progresser et soutenir les pratiques exemplaires courantes.
- Cibler des secteurs ayant besoin d'attention.
- Offrir des mesures incitatives aux dirigeants et aux habilitants organisationnels pour faire progresser l'amélioration de la qualité.

Au cours de la dernière année, le RLISS a fait participer les FSS dans tout le continuum pour axer nos efforts sur l'amélioration de la qualité à l'échelle du système. Notre RLISS a à cœur de faire progresser la qualité des soins dans le spectre des FSS.

Offrir des soins de qualité constitue un principe de base fondamental pour tout fournisseur de soins de santé. Ce principe est soutenu par les exigences législatives définies dans la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* (*LEST*).

Le PSSS du RLISS de HNHB demandait que l'on établisse un conseil directeur de la qualité formé d'experts de tout le système afin d'orienter la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité. Ce conseil est coprésidé par les directeurs généraux du RLISS de HNHB et du CASC de HNHB. Les membres du conseil directeur de la qualité ont été sélectionnés pour représenter chaque secteur des services de santé et chaque zone du RLISS.

Le conseil directeur de la qualité se compose de représentants des FSS de tous les secteurs de toutes les zones du RLISS. Il fournit des conseils éclairés sur les impératifs de mise en œuvre de la stratégie en matière de qualité du RLISS de HNHB. Le comité offre des conseils dans les secteurs suivants :

- Politique en matière de gouvernance et participation.
- Mesures de bilan et déploiement équilibrés
- Élaboration, mise à l'essai et mise en œuvre des plans de qualité (PQ).
- Viabilité de l'amélioration de la qualité.

De façon globale, le conseil directeur de la qualité facilite l'élaboration des plans de qualité triennaux à l'échelle du RLISS. Ces plans seront mis en œuvre par étape sur une période de trois ans :

Année 1 – Structure :

- Plans de qualité à l'échelle du RLISS en place d'ici le1er avril 2014, afin d'améliorer de façon collaborative un indicateur commun à tous les FSS dans tous les secteurs.

Année 2 – Étendue :

- Veiller à ce que l'indicateur commun améliore la cible, s'en approche ou l'excède.

Année 3 – Viabilité :

- Des mécanismes sont en place pour maintenir les gains découlant des efforts d'amélioration et les apprentissages sont partagés pour être mis en application dans d'autres secteurs.

Le conseil directeur de la qualité orientera la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité en fournissant des conseils éclairés et un leadership; de plus, il tirera profit et fera la promotion du travail de chaque FSS concernant les exigences liées à son ERS. Le conseil directeur de la qualité verra à harmoniser les FSS afin d'améliorer la qualité des soins dans les secteurs et le système de soins de santé.

Les principaux indicateurs de succès pour le conseil directeur de la qualité incluent :

- Offrir une orientation sur les stratégies de participation et de gestion des changements pour l'amélioration de la qualité.
- Établir les risques et les habilitants pour faire progresser l'amélioration de la qualité dans tout le RLISS de HNHB.
- Offrir un soutien par les pairs aux FSS et agir à titre de ressource dans l'élaboration de l'amélioration de la qualité au niveau de la gouvernance et de l'organisme.
- Collaborer avec le RLISS de HNHB pour offrir conseils et orientation sur l'adoption de processus et d'outils d'amélioration des pratiques exemplaires émanant du Ministère, de Qualité des services de santé Ontario (QSSO) et d'autres organismes internationaux.
- Repérer les FSS ayant des pratiques exemplaires afin de les présenter à des fins d'échanges de renseignements et de modélisation.
- Porter une attention particulière aux stratégies à l'échelle du système afin d'améliorer le parcours du patient dans le continuum des soins de santé.
- Porter une attention particulière aux initiatives et pratiques qui améliorent l'expérience du patient et du client.
- Prodiguer des conseils pour éclairer les plans de qualité du RLISS de HNHB.
- Prodiguer des conseils sur la mise en œuvre des obligations en matière de qualité contenues dans l'Accord de rendement MSSLD-RLISS.

En plus des travaux du conseil directeur de la qualité, le RLISS de HNHB facilitera la stratégie en matière de qualité en collaborant avec tous les fournisseurs afin de respecter les exigences de l'ERS et les impératifs provinciaux en matière de qualité.

Les pierres d'assise qui suivent constituent les bases de l'exigence de qualité de chaque ERS conclue par le RLISS de HNHB :

- Politique sur la qualité approuvée par le conseil d'administration
- Bilan équilibré.
- Plans de qualité pour faire le suivi des écarts et définir des stratégies d'amélioration.

Ces pierres d'assise ont été conçues pour soutenir les différentes expertises en qualité et les ressources actuellement à la disposition des FSS. Les hôpitaux, les CSC et le CASC planifient actuellement la qualité en se servant des Plans d'amélioration de la qualité comme l'exigent le Ministère et QSSO. Le RLISS collabore avec ces fournisseurs pour assurer l'harmonisation entre leur planification au niveau organisationnel et les priorités régionales et provinciales.

Dans le cas d'autres FSS, il faudra consacrer plus d'efforts afin d'établir une base solide de capacité en matière d'amélioration de la qualité, maintenant et dans l'avenir. Pour ces FSS, qui se trouvent principalement dans les secteurs des

services communautaires de soutien (CSS) et des soins de longue durée (SLD), le RLISS participera directement afin de les aider à respecter les attentes des ERS.

Principaux enjeux :

- Nouvelle exigence en matière d'amélioration de la qualité demandant aux CASC et aux maisons de soins de longue durée de présenter leurs plans d'amélioration de la qualité à QSSO d'ici le 1er avril 2014.
    - Favoriser des stratégies de gestion du changement afin de mettre en œuvre avec succès les plans de qualité à l'échelle du RLISS.

Réussites de la dernière année :

- Engagement envers la qualité :
    - Le RLISS a fait participé ses FSS et partenaires à l'avancement de l'amélioration de la qualité dans tout le système. Au cours de la dernière année, les employés du RLISS ont fait des présentations dans le cadre de différentes réunions et séances de secteur et de réseau pour présenter le programme visant l'amélioration de la qualité du RLISS de HNHB. On a demandé la participation des FSS de tous les secteurs au conseil directeur de la qualité. La sélection des membres s'est faite sur la base de leur expérience passée dans la mise en œuvre réussie de stratégies d'amélioration de la qualité au sein de leurs organismes et dans tout le système de santé. Le conseil directeur de la qualité s'est réuni trois fois en 2013, et a discuté de la façon dont les priorités provinciales s'harmoniseront au plan de la qualité du RLISS de HNHB. Plus précisément, le conseil directeur de la qualité veut s'assurer de l'harmonisation avec les objectifs communs en matière de qualité de QSSO. À ce titre, le groupe a établi une liste restreinte d'indicateurs à partir des objectifs communs en matière de qualité afin de sélectionner un indicateur commun qui sera mis en œuvre à l'échelle du RLISS. De façon globale, le RLISS continuera de veiller à ce que l'amélioration de la qualité soit axée sur l'amélioration de l'expérience pour le patient.

Le RLISS de HNHB a fait participer son groupe de référence de citoyens afin que ses membres discutent de leurs points de vue et de leur rôle possible pour offrir un avis en tant que citoyens et patients pour éclairer la planification de la qualité. Cette planification se fera avec une participation de ce groupe :

- Le RLISS a collaboré avec des partenaires du secteur afin de mettre au point des outils permettant de renforcer la capacité des principales pierres d'assise en matière d'amélioration de la qualité, notamment :
- Pratiques exemplaires de gouvernance
    - Utilisation des données pour faire progresser l'amélioration au moyen d'un bilan équilibré.
    - Sélection et mise en œuvre de pratiques exemplaires pour améliorer la qualité.

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectif (s) :

- Le conseil directeur de la qualité continuera de conseiller le RLISS sur l'étendue de la qualité au sein du RLISS.
- Les FSS recevront de la rétroaction du RLISS sur les plans de qualité dans un effort constant d'amélioration.
- On investira dans le leadership au sein du RLISS (tant pour le personnel du RLISS que pour les FSS) en vue de favoriser une gestion du changement et une planification de la capacité.

Conformité aux priorités gouvernementales :

Offrir des soins de qualité constitue un principe de base fondamental pour tout fournisseur de soins de santé. Ce principe est appuyé par des exigences législatives établies dans la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. Il s'harmonise

également avec le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé. Les RLISS ont travaillé en collaboration avec le Ministère pour intégrer des éléments d'amélioration de la qualité aux ERS.

Les ERS conclues récemment comprennent des obligations en matière de qualité afin de bonifier les activités d'amélioration tant à l'échelle du système qu'au niveau organisationnel. Les obligations en matière de qualité du RLISS s'harmonisent avec les initiatives de QSSO et de la Direction de la qualité des services de santé du Ministère.

Plans d'action et interventions : **« Nous obtiendrons les résultats suivants »**	Indiquez l'état d'avancement du projet (Non commencé, En cours, Repoussé ou Terminé) et, le cas échéant, le pourcentage d'achèvement prévu 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, inscrivez 25 % dans chaque colonne.					
	2014-2015		**2015-2016**		**2016-2017**	
Exemples :	État	%	État	%	État	%
Les plans de qualité à l'échelle du RLISS seront en place d'ici le 1er avril 2014.	Terminé	100				
Le plan de qualité à l'échelle du RLISS étendra les méthodologies d'amélioration chez les fournisseurs			Terminé	100		
Les plans de qualité à l'échelle du RLISS soutiendront le progrès chez les fournisseurs.					Terminé	100
Les RLISS évalueront les plans de qualité et formuleront des commentaires significatifs afin de renforcer la capacité des FSS et de mettre en valeur les pratiques exemplaires.	Terminé	100				
Le RLISS collaborera avec les FSS afin de définir les principaux agents de changement et de faciliter l'étendue et la viabilité du plan de la qualité.	Terminé	100				
Le RLISS collaborera avec les FSS afin de renforcer la capacité des agents du changement.	En cours	50	En cours	50		
Le RLISS travaillera à intégrer le renforcement de la capacité du personnel interne à son plan de durabilité.	En cours	50	En cours	50		

Comment évaluerons-nous la réussite?

- On déterminera un indicateur de la qualité que tous les FSS devront surveiller.
- Le RLISS élaborera un processus d'évaluation lui permettant d'examiner et d'évaluer les plans de la qualité des FSS.
- On formera un « conseil de mentors » qui offrira une orientation au RLISS sur des stratégies d'investissement en leadership pour faire progresser l'amélioration de la qualité à l'échelle du système. Cette orientation comprendra des recommandations sur une formation ciblée en leadership pour les dirigeants des FSS.
- Créer des occasions permettant au personnel du RLISS d'approfondir leurs compétences en leadership.

Quels sont les risques ou obstacles à une mise en œuvre réussie?

• Fardeau administratif; • Résistance à la normalisation; • Résistance au changement; • Défis liés aux technologies de l'information (TI); • Compréhension des outils, des techniques et des méthodes pour réaliser l'amélioration de la qualité; • Participation des médecins.
Pour chaque risque ou obstacle, décrivez la stratégie d'atténuation du risque
• Le RLISS de HNHB continuera de travailler directement avec les fournisseurs, le Ministère et QSSO afin d'exploiter les outils et modèles communs, d'aider les FSS à se concentrer sur leur travail de qualité plutôt que sur la recherche de méthodologies de pratiques exemplaires. • Grâce au conseil directeur de la qualité et aux groupes de pairs, le RLISS de HNHB favorisera un dialogue sur la nécessité de normaliser afin de rehausser l'expérience et la valeur pour le patient. • Le RLISS de HNHB se servira de la gestion du changement pour faciliter l'adhésion des fournisseurs et transformera la stratégie en réalisation. • Le RLISS de HNHB s'assurera de la participation des médecins à toutes les étapes de conception de la stratégie d'amélioration de la qualité.
Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif?
• Méthodes et techniques de gestion du changement; • Systèmes de technologie et d'information efficaces; • Participation du personnel et des médecins; • Participation des patients; • Partage de données, de pratiques exemplaires et d'expériences; • Comités efficaces sur la participation des médecins et étendue de l'expérience du personnel;
Autres commentaires (c.-à-d. renseignements supplémentaires appuyant la mise en œuvre ou la réussite de l'objectif).

3.2. Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services.

i. Maillons santé

PARTIE 1 : DÉFINITION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés :
Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services : Maillons santé
Description de la priorité du PSSI :

La prestation de services intégrés signifie que l'on procédera à un remaniement du système pour veiller à ce que la personne se situe au centre des soins. Ce remaniement comprendra ce qui suit :

- Maillons santé - les services appropriés englobent la personne grâce à la création de Maillons santé. Plus près d'elle, la personne trouvera son fournisseur de soins primaires, qui sera appuyé par un réseau de services communautaires diversifié et compétent comprenant les services de soutien communautaires, les services de toxicomanie et de santé mentale dans les hôpitaux locaux et les soins de longue durée.
- Les Maillons santé représentent un nouveau modèle de prestation des soins, où tous les fournisseurs d'une région géographique coordonnent les plans au niveau du patient ou du client.

Les initiatives planifiées et mises en œuvre dans le cadre de ces stratégies incluront les populations autochtone et francophone du territoire desservi par le RLISS, et solliciteront leur collaboration.

Situation actuelle :

En décembre 2012, le Ministère a annoncé les Maillons santé, et que celui de Hamilton Centre était l'un des premiers créés. Les Maillons santé relèveront des RLISS afin d'instaurer des initiatives de collaboration qui permettront d'obtenir un impact mesurable et positif sur les soins prodigués aux personnes résidant sur le territoire du Maillon santé. Les Maillons santé se concentreront d'abord sur la population de grands utilisateurs de leur région géographique. Cette cohorte s'entend des personnes ayant subi au moins trois admissions non planifiées en soins actifs et ayant effectué au moins cinq visites non planifiées aux services d'urgence au cours de la dernière année. Même si le nombre de personnes de cette cohorte varie selon les Maillons santé (de moins de 100 à plus de 300), leurs caractéristiques sont remarquablement semblables – leur âge médian se situe dans la mi-soixantaine, elles souffrent de maladies chroniques multiples (y compris de maladie pulmonaire obstructive chronique, d'insuffisance cardiaque congestive (ICC) et de diabète, parmi les diagnostics les plus courants) et de problèmes sous-jacents de toxicomanie et de santé mentale.

Chaque Maillon santé pourra s'occuper de personnes en particulier dans sa région, et élaborer des plans coordonnés qui amélioreront leurs résultats et diminueront l'utilisation inutile du système.

Principaux enjeux :

- Les Maillons santé doivent inclure :
  - Une population minimale de 50 000 personnes;
  - Un minimum de 65 % de fournisseurs de soins primaires dans la région;
  - Une masse critique de fournisseurs désireux de conclure une entente de partenariat.

Réussites de la dernière année :

- Depuis l'annonce des Maillons santé en décembre 2012 :
  - Le premier Maillon santé du RLISS de HNHB – le Maillon santé de Hamilton Centre – a été créé avec succès, et son plan d'activités a été préparé et approuvé.
  - Des évaluations de l'état de préparation ont été présentées pour les dix autres Maillons santé, et neuf ont été approuvés par le Ministère.
  - Le Maillon santé de Niagara Nord-Ouest a présenté son plan d'activités.
  - La planification des activités est bien entamée dans les Maillons santé restants, et l'accent est particulièrement mis sur la coordination régionale de nouvelles initiatives de soutien.
  - Un modèle unique et novateur de leadership en soins primaires a été établi pour faire en sorte que le point de vue des médecins de famille soit intégré de façon appropriée au modèle en évolution.

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectif (s) :

Pour 2014-2015 :

- Les 11 Maillons santé feront approuver leurs évaluations de l'état de préparation par le Ministère.
- Les 11 Maillons santé auront préparé et présenté au Ministère un plan d'activités révisé par le RLISS.
- La planification des soins se fera dans tous les Maillons santé pour les patients jugés comme étant de « grands utilisateurs **».**

Un cadre sera établi pour aider la planification concernant :

- Les travailleurs migrants;
- Les réfugiés;
- Les sans-abri.

Élaborer une vision 2.0 pour les Maillons santé :

- Établir des objectifs et des résultats.
- S'occuper de la population au-delà des premiers 5 %.
- Commencer à étudier comment les Maillons santé pourraient évoluer, passant d'une vision réactive à une vision proactive et d'intervention.
- Élaborer un plan sur la façon dont les Maillons santé pourraient offrir des conseils actifs au RLISS sur les besoins de la population et les services nécessaires.

Conformité aux priorités gouvernementales :

- Le Ministère a fait l'annonce des Maillons santé en décembre 2012. Le PSSS du RLISS a prévu les Maillons santé et, par conséquent, nos orientations stratégiques s'harmonisent à celles du Ministère.
- Les Maillons santé représentent un nouveau modèle de prestation des soins, où tous les fournisseurs d'une région géographique coordonnent les plans au niveau du patient ou du client.

Plans d'action et interventions : **« Nous obtiendrons les résultats suivants »**	Indiquez l'état d'avancement du projet (Non commencé, En cours, Repoussé ou Terminé) et, le cas échéant, le pourcentage d'achèvement prévu 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, inscrivez 25 % dans chaque colonne.					
	2014-2015		**2015-2016**		**2016-2017**	
	État	%	État	%	État	%
• Garantir l'approbation du Ministère pour la création de 11 Maillons santé au sein du RLISS de HNHB.	Terminé	100				
• Soutenir le Maillon santé de Hamilton Centre dans la mise en œuvre de son plan d'activités approuvé.	Terminé	100				
• Offrir de l'orientation, du soutien et un leadership aux autres Maillons santé pour veiller à ce qu'ils	Terminé	100				

présentent leur plan d'activités d'ici la fin du premier trimestre (2014-2015).						
• Offrir du leadership, de la coordination et du soutien pour la mise en œuvre des plans d'activités approuvés des Maillons santé, en mettant particulièrement l'accent sur la régionalisation, la réalisation d'économies et l'exploitation des atouts existants.	En cours	30	En cours	30	En cours	30
• Collaborer avec les partenaires locaux et provinciaux pour la mise en œuvre d'une solution de connectivité complète.	En cours	30	En cours	30	En cours	30
• Veiller à ce que les plans de soins soient préparés pour les patients grands utilisateurs du RLISS.	En cours	40	En cours	30	En cours	30
• Collaborer avec les partenaires locaux et provinciaux afin de donner forme à la vision et à un plan de travail pour la prochaine évolution des Maillons santé (c.-à-d. « Maillons santé 2.0 »).	En cours	75	En cours	25		
• Collaborer avec le Ministère, les Maillons santé et les ressources locales à l'élaboration d'un système de gestion du rendement au moyen duquel il sera possible de faire le suivi des progrès en fonction du plan d'activités et des objectifs en matière de planification des soins.	Terminé	100				
• Élaborer les déterminants sociaux du cadre de santé pour aider la planification.	Terminé	100				

Comment évaluerons-nous la réussite?

Le Ministère a déterminé 11 indicateurs que tous les Maillons santé évalueront :

1. Assurer l'élaboration de plans de soins coordonnés pour tous les patients à l'état de santé complexe.
2. Augmenter le nombre de personnes à l'état de santé complexe et de personnes âgées ayant un accès régulier et rapide à un fournisseur de soins primaires.
3. Réduire le délai pour l'obtention d'un rendez-vous avec un spécialiste demandé par un médecin de soins primaires.
4. Réduire le nombre de réadmissions à l'hôpital dans un délai de 30 jours.
5. Réduire le nombre de visites évitables aux services d'urgence pour les patients dont les problèmes de santé peuvent être pris en charge ailleurs.
6. Réduire le délai écoulé à partir de l'aiguillage jusqu'à la visite à domicile.
7. Réduire le nombre d'admissions inutiles à l'hôpital.
8. Assurer un suivi en soins primaires dans les sept jours suivant le congé d'un établissement de soins actifs.
9. Rehausser l'expérience du système de santé pour les patients ayant les plus grands besoins en matière de soins.
10. Atteindre un taux d'ANS de 9 pour cent ou moins.

11. Réduire le coût moyen de prestation des services de santé aux patients sans compromettre la qualité des soins.

Au début, les Maillons santé se concentreront sur ce qui suit en lien avec les « grands utilisateurs » :

1. Élaborer et mettre en œuvre des plans de soins coordonnés pour les patients à l'état de santé complexe.
2. Augmenter le nombre de personnes à l'état de santé complexe et de personnes âgées ayant un accès régulier et rapide à un fournisseur de soins primaires.
3. Entreprendre des initiatives pour faire participer les patients et les familles.

Quels sont les risques ou obstacles à une mise en œuvre réussie?

- Les participants multisectoriels (soins primaires et spécialisés, hôpitaux, CASC, partenaires communautaires) ont de la difficulté à comprendre (et par conséquent à adopter) la vision de l'initiative.
- Les demandes existantes en temps et en ressources (en lien avec les pressions financières ou le nombre de cas ou volume de patients) se traduisent par des préoccupations concernant la capacité ou la volonté des intervenants à participer aux activités de collaboration nécessaires et aux aspects liés à la coordination.
- La réticence d'un partenaire mandaté peut avoir des conséquences sur la capacité du Maillon santé à évoluer (peu importe si la majorité des partenaires ont accepté la vision).
- La composante médicale du Maillon santé ne relève pas du RLISS (ce qui pourrait potentiellement miner la capacité du RLISS à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre du Maillon santé).
- La volonté ou capacité des médecins à soutenir les Maillons santé peut être affectée si leur participation n'était pas considérée comme étant sans incidence sur leurs revenus.
- Les participants mettent en doute leur capacité à soutenir avec succès la vision des Maillons santé, étant donné que les patients et les services touchent à différentes régions géographiques des Maillons santé.
- L'absence d'un cadre technologique commun et unifié soutenant la connectivité nécessaire est perçue comme étant une menace à un principe fondamental des Maillons santé (la coordination).
- L'absence d'un plan de travail sur la cybersanté clair, uniforme et accepté de façon universelle.
- Le manque de clarté concernant la responsabilisation chez les Maillons santé – en particulier ceux qui sont financés directement par le Ministère, dans le contexte de l'Accord de rendement MSSLD-RLISS et du RLISS.

Pour chaque risque ou obstacle, décrivez la stratégie d'atténuation du risque

- Chaque possibilité d'engagement avec les participants est utilisée de façon à explorer les défis, les obstacles et les lacunes qu'ils vivent concernant le soutien des soins aux patients. On prend soin de mettre en relief comment la vision des Maillons santé a évolué en réponse directe à un grand nombre de ces défis. La proposition de valeur est établie pour mettre en évidence comment les Maillons santé ont le potentiel de répondre de façon tangible à ces défis établis.
- Les Maillons santé ne représentent pas uniquement une réaffirmation importante de l'engagement envers les soins aux patients. Il s'agit également d'une occasion importante de redéfinir la façon dont les participants collaborent et communiquent entre eux. Les nouvelles aides technologiques (c.-à-d. la portée et la prévalence toujours croissante du Réseau Télémédecine Ontario (RTO)) ainsi qu'un intérêt dans l'interaction non conventionnelle (p. ex. « caucus ») sont mis en vitrine à titre d'indicateur de la façon dont les Maillons santé évolueront afin de réduire la demande traditionnellement associée à la logistique derrière la collaboration et la coordination.
- Le RLISS continue d'élaborer des propositions de valeur attrayantes et à accueillir les champions précoces dans un effort visant à mettre en lumière la pertinence et l'importance des Maillons santé.

Le RLISS visite les petites comme les grandes communautés afin de comprendre et de dissiper les doutes,

préoccupations et incertitudes concernant la façon dont les Maillons santé pourraient avoir un impact positif sur les soins aux patients.

- En respectant les mécanismes de responsabilisation existants au sein d'autres organismes, le RLISS se concentre sur les défis et incertitudes tout à fait uniques qui pourraient émerger de la composante médicale du modèle. Une évaluation émergente d'une plus grande participation du système et des partenaires encourage à aller de l'avant.

  Le RLISS désigne des médecins champions et s'associe à eux si possible pour mobiliser le milieu élargi des fournisseurs.

- En rencontrant des fournisseurs de soins primaires dans de nombreuses communautés, grandes et petites, le RLISS démontre sa compréhension et sa reconnaissance de l'engagement des médecins envers la pratique et les obligations en matière de soins. À ce titre, le RLISS visite les fournisseurs là où ils travaillent et résident, et à des heures plus adaptées à leurs préférences en matière d'horaires. En plus de redéfinir la façon dont se font la collaboration et la coordination, les Maillons santé travailleront à réunir des partenaires d'une façon pratique, pertinente et utile.
- Le RLISS a insisté sur le fait que la capacité des fournisseurs à aiguiller des patients dans les Maillons santé ne sera pas touchée. De plus, le RLISS a reconnu que le soutien des patients dans différents secteurs et avec différents fournisseurs constitue certainement un défi. Le RLISS continue de mettre en relief l'importance de la connectivité et des différentes aides associées avec une telle communication émergeant de l'initiative des Maillons santé.
- Les Maillons santé offriront aux intervenants de participer à l'élaboration de solutions au défi constant de la technologie se rapportant à la connectivité dans le continuum des soins.
- On invitera les experts locaux et les ressources du Ministère à explorer des enjeux précis et des défis présentés et, en conséquence, à miser sur les actifs locaux et émergents pour élaborer une solution.
- On met l'accent sur une gestion précoce pour surmonter ces défis. On comprend cependant que la voie menant à une connectivité complète du système constitue un objectif à long terme.
- Continuer à communiquer le besoin de clarté, d'uniformité et d'orientation au Ministère concernant l'aspect gestion de projet des Maillons santé.

Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif?

- Un message clair et uniforme sur ce qu'offrent les Maillons santé concernant le soutien aux patients et aux familles dans le continuum des soins.
- Positionner le RLISS comme étant l'organisme redevable et un habilitant et facilitateur du travail des partenaires et des fournisseurs qui sont intimement conscients des réussites, des défis, des possibilités et des obstacles au sein de leurs propres régions géographiques.
- Faire participer les champions de différents secteurs pour soutenir l'initiative des Maillons santé.
- Insister davantage sur l'action que sur la planification; insister sur le fait que le véritable changement – qui découle de solutions locales – n'est pas seulement une possibilité, mais plutôt un élément inévitable.
- Soutenir l'élaboration d'un plan de gestion de projet clair, englobant et accepté de tous dans tous les aspects du réseau des Maillons santé. Ceci inclut, sans s'y limiter, la composante connectivité/cybersanté, les indicateurs de rendement et processus, et une définition standard d'un patient d'un Maillon santé.

Autres commentaires (c.-à-d. renseignements supplémentaires appuyant la mise en œuvre ou la réussite de l'objectif).

- L'accent demeure sur la création d'un système viable et adaptatif avec le temps (comparativement à la fabrication de solutions à court terme pour une cohorte en particulier).
- Soutenir les patients et leurs familles en offrant des services à l'échelle locale, dans le but d'améliorer la santé de la

population et la satisfaction des patients et des familles.

- Éduquer et sensibiliser à l'existence de tels services, pour permettre aux patients et aux familles de faire des choix éclairés en matière de soins de santé.
- Se doter d'un système simplifié, pertinent et puissamment coordonné, dans l'intérêt du patient.

ii. Programmes cliniques intégrés à l'échelle du RLISS

PARTIE 1 : DÉFINITION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS

Priorité en matière de services de santé intégrés :

Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services : Maillons santé

Description de la priorité du PSSI :

La prestation de services intégrés signifie que l'on procédera à un remaniement du système pour veiller à ce que la personne se situe au centre des soins. Ce remaniement comprendra :

- Des programmes cliniques intégrés à l'échelle du RLISS offrant des services spécialisés aux résidents du RLISS. Les programmes cliniques intégrés à l'échelle du RLISS coordonneront et normaliseront la prestation des services cliniques dans tout le RLISS, notamment :
    - Définitions et processus de cheminement des patients communs
    - Modèle de soins et approches en matière d'amélioration de la qualité communs en fonction des pratiques exemplaires.
    - Besoins prévus et répartition des services (en fonction de la population).
    - Résultats, réalisations et objectifs communs.
    - Normalisation accrue et diminution des écarts cliniques chez les fournisseurs du RLISS.
    - Le concept clé derrière les programmes cliniques intégrés à l'échelle du RLISS est « un programme clinique - emplacements multiples », ce qui permet à tous les résidents sur le territoire du RLISS d'avoir accès à un programme coordonné, qui suit les mêmes normes en matière de prestation des services et de qualité.

Les initiatives planifiées et mises en œuvre dans le cadre de ces stratégies incluront les populations autochtone et francophone du territoire desservi par le RLISS, et solliciteront leur collaboration.

Situation actuelle :

À l'heure actuelle, la plupart des programmes cliniques en milieu hospitalier sont offerts au niveau de l'organisme, avec divers degrés de lien entre les hôpitaux et dans le continuum des soins.

Le PSSS du RLISS de HNHB a constaté un écart dans les résultats pour la santé sur le territoire du RLISS, en raison d'un accès inéquitable aux services de santé et d'un écart dans la mise en application des pratiques exemplaires. Dans de nombreux cas, les hôpitaux sont devenus le système de santé par défaut pour soigner les personnes souffrant de problèmes de santé évitables, et pour qui d'autres mesures de soutien et des soins autogérés auraient pu éviter une maladie grave. L'intégration et la coordination d'une approche normalisée à la prestation de services dans des secteurs sélectionnés de programmes cliniques constituent un objectif clé pour cette priorité du PSSI.

Principaux enjeux :

- Des taux élevés de visites aux services d'urgence pour des problèmes de santé qui auraient pu être pris en charge

ailleurs, et des taux élevés d'hospitalisation pour soins ambulatoires dans des conditions sensibles.

- Écart dans l'accès au continuum de soins en entier, y compris aux services de santé spécialisés, et écarts dans l'utilisation des pratiques exemplaires.
- Le taux actuel d'utilisation des hôpitaux sur le territoire du RLISS de HNHB est élevé comparativement au reste de la province, et l'utilisation prévue n'est pas viable.

Réussites de la dernière année :

À la suite de la parution du Plan des services cliniques (PSC) des RLISS en 2009, des travaux ont été entamés pour l'élaboration de plusieurs programmes à l'échelle du RLISS. Voici les faits saillants de certaines des réussites récentes :

- Oncologie : le plan des services intégrés de cancérologie (PSIC) du RLISS de HNHB a permis d'organiser les services de cancérologie au sein du RLISS en créant une approche normalisée dans tout le RLISS pour des traitements propres à la maladie et des plans de soins aux patients. Les principales réalisations du PSIC incluent :
    - Création et conclusion d'ententes de partenariat et d'engagement.
    - Formation de conseils sur le cancer : Joseph Brant Hospital (JBH), Brantford Community Health System (BCHS), Niagara Health System (NHS) et St. Joseph's Healthcare Hamilton (SJHH)
    - Ouverture du nouveau Walker Family Cancer Centre, incluant une nouvelle salle de chimiothérapie à la fine pointe de la technologie, le recrutement d'un oncologue médical et d'un hématologue à temps plein (ETP).
    - Mise en place d'un programme intégré de radiothérapie.
    - Mise en place des réseaux régionaux ColonCancerCheck (dépistage du cancer du côlon) de neuf hôpitaux, en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité et du rendement des endoscopies.
    - Mise en place du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS), d'un groupe d'imagerie diagnostique de dépistage chez les personnes à risque élevé pour évaluer le rendement trimestriel et les enjeux liés aux procédures d'imagerie par résonance magnétique (IRM) chez les personnes à risque élevé.
    - Création d'une boîte à outils éducative pour le programme ColonCancerCheck à l'intention des médecins et des infirmières qui font de la sensibilisation dans un contexte de soins primaires afin d'améliorer l'implantation de modalités de dépistage appropriées pour le cancer du côlon.
    - Lancement d'un conseiller mobile en dépistage du cancer
    - Création d'un programme thoracique pour la région de HNHB
    - Création d'un programme d'évaluation diagnostique pulmonaire aux établissements SJHH, NHS et BCHS
    - Mise en œuvre d'un projet de soins intégrés complets pour le cancer du poumon (diminution de la durée des séjours, du nombre de visites à l'urgence et de réadmissions, et augmentation de la satisfaction des patients)
    - Le responsable des soins primaires d'Action Cancer Ontario (ACO) est devenu un membre actif du réseau des soins primaires du RLISS de HNHB
- Services de laboratoire : En juin 2012, les hôpitaux du RLISS de HNHB ont formé un Conseil des laboratoires du RLISS, qui a déployé un leadership central pour l'administration des services de laboratoire offerts par chacun des laboratoires d'hôpitaux participants. Six des dix établissements hospitaliers participent, ce qui représente environ 90 % des 12,7 millions de tests réalisés dans les laboratoires d'hôpitaux du RLISS. Un leadership administratif centralisé a permis la mise en œuvre d'un cadre de programme intégré, avec pour résultat un plan d'amélioration de la qualité ayant notamment pour objectifs de meilleurs délais d'exécution pour les tests liés à la troponine, une diminution des écarts et une amélioration de la qualité, ainsi qu'un meilleur suivi du rendement. Un protocole d'entente est en cours de préparation afin de prolonger et d'élargir l'engagement existant au-delà de juin 2014. Achèvement de l'intégration du Réseau régional de microbiologie grâce à la consolidation et à la supervision du Comité régional de microbiologie, et les services en microbiologie de JBH sont maintenant achetés au moyen du

Programme régional de médecine de laboratoire de Hamilton (HRLMP). Le déploiement complet de la technologie d'automatisation de la microbiologie à l'emplacement de HHSC à Hamilton General Hospital est prévu en 2014, avec l'établissement en ligne du système de traitement autonome des échantillons afin d'améliorer la normalisation.

Les directeurs médicaux de laboratoires ont établi des résultats de tests à valeur essentielle à l'échelle du RLISS et ont normalisé la préparation de rapports pour de nombreux tests courants.

- Services de soins vasculaires : Afin de soutenir la mise en œuvre d'un service intégré de soins vasculaires, un protocole d'entente est conclu dans tous les hôpitaux du RLISS de HNHB. Afin de permettre la prestation de soins à proximité du lieu de résidence, des cliniques externes de soins vasculaires ont été mises sur pied sur le territoire du RLISS de HNHB avec une reconnaissance à l'échelle du RLISS des titres des chirurgiens vasculaires. Les deux lits régionaux consacrés aux patients hospitalisés pour des soins vasculaires ainsi qu'une politique de non-refus à l'échelle du RLISS ont fait en sorte que les patients reçoivent des soins de qualité en temps opportun. De plus, le nombre d'interventions de réparation endovasculaire des anévrysmes aortiques (EVAR) réalisées atteint la cible prévue.
- Le Plan de services cliniques vasculaires intégrés en est actuellement à la troisième année du plan de mise en œuvre. La planification de la viabilité est en cours et des réalisations ont été définies pour les années quatre et cinq. Le groupe provincial de planification des soins vasculaires prépare un plan provincial de soins vasculaires, et se sert du Plan de services cliniques vasculaires intégrés du RLISS de HNHB comme modèle à inclure dans ce plan provincial. De plus, la politique de non-refus des malades en phase critique dans tout le RLISS a été mise en place avec succès sur tout le territoire du RLISS de HNHB.
- Services de soins thoraciques : Tous les hôpitaux du RLISS de HNHB ont mis en place des définitions normalisées de chirurgie thoracique bénigne et un algorithme de soins urgents à titre d'importante composante du Plan de services cliniques thoraciques. Afin de permettre la prestation de soins à proximité du lieu de résidence et faire en sorte qu'on ne refuse pas de patients ayant besoin de soins tertiaires, une entente de rapatriement a également été signée par tous les hôpitaux du RLISS de HNHB. L'établissement SJHH, à titre de responsable du Plan de services cliniques thoraciques, a conçu un site Web à l'intention des patients et des professionnels de la santé qui offre des renseignements se rapportant spécifiquement à la chirurgie thoracique. Le Plan de services cliniques thoraciques a été entièrement déployé et SJHH surveille actuellement ce plan pour en assurer la viabilité.
- Imagerie diagnostique : Tous les hôpitaux du RLISS de HNHB ont participé à la planification afin d'améliorer les économies en se concentrant sur les paramètres définis dans le tableau de bord Access to Care PIP 3 (Accès aux soins, Plan d'amélioration du rendement) et la cible de l'Accord de rendement MSSLD-RLISS. Les FSS participent activement à la création d'un cadre de financement éclair pour s'occuper des patients de priorité quatre qui attendent depuis longtemps de subir une IRM. Des améliorations ciblant la réservation de blocs, les protocoles d'évaluation rapide, l'échange de pratiques exemplaires (au sein du RLISS et entre les RLISS), la vérification de la qualité des données et les stratégies de sensibilisation ont joué un rôle essentiel dans l'amélioration de la normalisation pour la prestation de services d'imagerie diagnostique cette année. La désignation de dirigeants des FSS à des postes de médecins responsables et responsables administratifs est en cours pour aider à la planification stratégique et à l'atteinte des objectifs.
- Santé mentale et toxicomanie : SJHH a été désigné comme le responsable à l'échelle du RLISS pour préparer un programme destiné à l'ensemble du RLISS concernant les services en santé mentale et toxicomanie pour les patients adultes hospitalisés. Grâce à la construction du nouveau campus West 5th de SJHH (février 2014) et le nouvel emplacement du NHS à St. Catharines (mars 2013), le RLISS pourra accueillir un nombre beaucoup plus élevé de patients hospitalisés en psychiatrie tertiaire et dans des établissements psychiatriques de l'annexe 1. Il existe également une capacité liée à l'annexe 1 dans les établissements BCHS et JBH. Un groupe consultatif en santé mentale a été formé en 2013, et SJHH a été désigné comme étant l'organisme responsable à l'échelle du RLISS. Le groupe consultatif a défini quatre domaines d'intérêt pour 2014-2015 :
    - Améliorer la collaboration médicale.
    - Améliorer le rendement du système.

- Cibler les populations prioritaires.
- Améliorer la collaboration et l'intégration.

- Orthopédie et arthroplastie totale de la hanche et du genou : Le Plan de capacité orthopédique intégrée est terminé (PCOI), et se traduit par l'élaboration et la mise en place de stratégies d'amélioration à l'échelle du RLISS. Ces stratégies se composent de blocs d'ordonnances de médecins préopératoires et postopératoires normalisés à l'échelle du RLISS, d'accès aux soins pour les patients et de matériel éducatif destiné aux patients.
- Cardiologie : services de cathétérisme et d'intervention coronarienne percutanée (ICP) : Le 16 avril 2013, l'Integrated Heart Investigation Unit (IHIU) (unité intégrée de recherche en cardiologie) a été inauguré à l'emplacement du NHS de St. Catharines afin d'offrir des services de cathétérisme diagnostic cardiaque aux résidents de la région de Niagara. L'IHIU au NHS constitue un partenariat intégré entre Hamilton Health Sciences Corporation (HHSC) et NHS. En date du 30 novembre 2013, le programme a réalisé 739 cathétérismes cardiaques à l'emplacement du NHS, et on prévoit réaliser 1 212 cathétérismes cardiaques d'ici le 31 mars 2013.

  Le programme intégré IHIU fonctionne sous le modèle d'un programme à plusieurs emplacements. Les réussites incluent :

  - Aiguillage et triage centralisés au HHSC.
  - Normalisation des politiques, des procédures, des protocoles, de la sensibilisation des patients, de la sensibilisation du personnel et de la documentation dans tout le programme.
  - Un directeur médical et gestionnaire clinique pour les deux emplacements (NHS et HHSC).
  - Entente de mentorat et d'affectation entre les deux hôpitaux en place.
  - Cardiologues interventionnels aux deux emplacements.
  - Création d'un comité de la qualité de l'IHIU.
  - Plan de transfert imminent (PTI) pour les transferts conclus entre NHS et HHSC.
  - Entente de service conclue en avril 2013 entre les établissements NHS et HHSC pour un modèle partagé de soins, la gouvernance et la gestion, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, la santé et la sécurité et les relations de travail.
  - Le RLISS de HNHB a géré le transfert de fonds de façon trimestrielle entre HHSC et NHS.
  - Élaboration d'un programme pour mettre en œuvre les services d'ICP en avril 2014.

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectif (s) :

- On préparera un modèle pour l'élaboration de programmes hospitaliers à l'échelle du RLISS afin :
  - D'élaborer les principes
  - D'élaborer la politique
  - D'élaborer un guide de procédure ou une boîte à outils
- Les programmes hospitaliers ci-dessous à l'échelle du RLISS continueront d'être mis en œuvre :
  - Ophtalmologie
  - Orthopédie
  - Cancer
  - Médecine de laboratoire
  - Imagerie diagnostique
  - Cardiologie (services d'ICP)
- On démarrera les programmes hospitaliers ci-dessous à l'échelle du RLISS :
  - Gastroentérologie
  - Santé mentale et toxicomanie (milieu hospitalier et communautaire)
- Les programmes hospitaliers ci-dessous à l'échelle du RLISS subiront une évaluation de référence se rapportant à l'accès aux soins et à la rapidité du traitement :
  - Soins vasculaires
  - Soins thoraciques
  - Soins de l'accident vasculaire cérébral
  - Soins complexes

Les indicateurs de rendement à l'échelle du RLISS en lien avec les programmes (2 et 3) atteindront les cibles prévues établies dans l'Accord de rendement MSSLD-RLISS.

Conformité aux priorités gouvernementales :

Les programmes cliniques intégrés à l'échelle du RLISS :

- Feront la promotion d'un accès équitable à la santé et aux soins de santé pour tous les résidents
- Amélioreront la qualité en diminuant les écarts et en normalisant les modèles de prestation des soins
- Amélioreront les transitions dans les procédures courantes de cheminement des patients
- Favoriseront des soins appropriés, au bon moment et au bon endroit.

Plans d'action et interventions : **« Nous obtiendrons les résultats suivants »**	Indiquez l'état d'avancement du projet (Non commencé, En cours, Repoussé ou Terminé) et, le cas échéant, le pourcentage d'achèvement prévu 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, inscrivez 25 % dans chaque colonne.		
	2014-2015	**2015-2016**	**2016-2017**

	État	%	État	%	État	%
Terminer le modèle pour l'élaboration de programmes hospitaliers à l'échelle du RLISS	Terminé	100				
Services d'oncologie : **Renforcer le programme régional intégré en cancérologie :** • Élaborer et mettre en œuvre un réseau régional d'aide à la décision. • Élaborer et mettre en œuvre des bilans propres à chaque emplacement pour les conseils de la qualité des soins oncologiques en milieu hospitalier de la région. • Définir et agir en fonction de trois possibilités de collaboration clinique au sein du RLISS de HNHB. • Évaluer la transition du modèle de soins pour le cancer du sein, et la possibilité d'un modèle pour le cancer colorectal. • Élaborer une nouvelle structure organisationnelle du programme intégré d'oncologie adaptée au programme intégré de cancérologie entre le Walker Family Cancer (WFCC) Centre et le Juravinski Cancer Centre (JCC) orienté par le rapport du conseiller externe. **Améliorer l'expérience du patient** : • Faire participer les patients aux conseils sur le cancer, aux comités ou aux réseaux le cas échéant. • Accroître l'utilisation des outils électroniques de prise en charge de la douleur et des symptômes (c.-à-d. échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EESE), échelle de rendement palliatif (ERP) dans tout le RLISS pour assurer l'accès aux services appropriés. • Évaluer l'attitude des patients concernant l'administration de la chimiothérapie répartie sur plusieurs jours. • Mettre en œuvre des cartes d'évaluation « Quel a été notre rendement aujourd'hui? » au Juravinski Cancer Centre (JCC) et évaluer les avantages de cette approche. **Renforcer les programmes de prévention du cancer, de dépistage et d'évaluation diagnostique :** • Élaborer et mettre en œuvre un programme pilote	En cours	50	En cours	25	En cours	25

d'abandon du tabac au JCC. • Élaborer le plan d'opération pour le Centre d'évaluation du sein de la Banque Canadienne Impériale de Commerce (CIBC). • Élargir le Programme d'évaluation diagnostique pulmonaire et le modèle d'infirmière pivot à Brantford. • Évaluer la possibilité d'un programme régional d'évaluation diagnostique pour le cancer colorectal, de la prostate et de l'œsophage. • Diriger un 3e atelier régional sur le CCC afin d'accroître la capacité en coloscopie dans tout le RLISS. • Évaluer l'efficacité de la trousse d'outils éducatifs pour le CCC dans les cadres de pratique des soins primaires. • Élaborer et mettre en œuvre un plan pour augmenter le dépistage du cancer chez les Autochtones dans les trois modalités de dépistage. • Superviser des stratégies pour atteindre les cibles en matière de temps d'attente à l'échelle du RLISS pour les chirurgies liées au cancer (en cours).						
Services de laboratoire : • Système intégré d'information de laboratoire. • Coordonner le transport d'échantillons à l'échelle du RLISS. • Consolider les tests spécialisés si possible dans l'espace existant. • Poursuivre le plan d'une installation laboratoire centralisée (à la suite de la demande de subvention au Ministère et du processus d'examen). • Ajouter les hôpitaux restants au Programme de services de laboratoire intégrés. • Normaliser les résultats de tests à valeur essentielle et les rapports. • Former un groupe de travail sur la génétique et les diagnostics moléculaires afin de définir les besoins en services et accès, effectuer une évaluation des besoins régionaux et une analyse des écarts, et par la suite réaliser un plan de mise	En cours	50	En cours	25	En cours	25

en œuvre et d'exécution de la stratégie. • Mise en œuvre de mesures d'évaluation du rendement du Plan d'amélioration de la qualité dans tout le RLISS. • Mise en œuvre complète de la technologie d'automatisation en microbiologie avec une diminution des tests bactériologiques effectués dans les emplacements. • Élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité pour 2014. • Mise en œuvre de tests normalisés pour la médecine transfusionnelle et consolidation à deux emplacements, avec la réalisation des tests nécessaires sur place dans tous les laboratoires d'hôpitaux.						
Gastroentérologie : • Former des groupes dirigeants et lancer un processus intégré de planification de programme.	En cours	25	En cours	50	En cours	25
Santé mentale et toxicomanie : • Former un groupe consultatif intégré en santé mentale et toxicomanie; réaliser une évaluation de la situation actuelle; préparer un cadre pour la prestation de programmes et services intégrés. • Former un groupe de médecins en santé mentale et toxicomanie qui définira et mettra en œuvre des initiatives particulières de pratiques exemplaires. • Élaborer un bilan normalisé en santé mentale pour tous les fournisseurs en milieu hospitalier et communautaire. • Élaborer et mettre en œuvre à l'échelle du RLISS des progrès en intervention précoce et soins de troubles concomitants. • Étudier des possibilités d'intégration des services en santé mentale et toxicomanie à l'échelle de la zone. • Créer un programme de gestion du sevrage en milieu communautaire dans le comté de Brant comportant des éléments de programme intégrés et normalisés à l'échelle du RLISS. • Superviser des stratégies pour atteindre les objectifs à l'échelle du RLISS en matière de visites répétées aux services d'urgence pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.	En cours	25	En cours	50	En cours	25

Services d'orthopédie (arthroplastie totale) : • Mettre en œuvre des blocs d'ordonnances de médecins préopératoires et postopératoires normalisés à l'échelle du RLISS, un accès aux soins pour les patients et du matériel éducatif destiné aux patients. • Former un comité de dirigeants en orthopédie pour le RLISS de HNHB ayant des objectifs clairs. • Concrétiser les recommandations formulées par le comité de dirigeants • Superviser les stratégies pour atteindre les cibles en matière de temps d'attente à l'échelle du RLISS pour une arthroplastie de la hanche et du genou.	En cours	60	En cours	40		
Cardiologie (services d'ICP) : • Mettre en place les services d'ICP à l'emplacement du NHS à St Catharines grâce au modèle intégré avec le HHSC.	Terminé	100				
Imagerie diagnostique : • Radiologie interventionnelle : former un groupe de travail pour le programme intégré; réaliser une évaluation de la situation actuelle; préparer un cadre pour la prestation de programmes et services intégrés. • Désigner les organismes responsables et membres d'équipe qui participeront à un programme d'imagerie diagnostique à l'échelle du RLISS. • Mettre en œuvre des protocoles normalisés d'évaluation rapide en IRM dans tout le RLISS. • Mettre en œuvre un Plan d'amélioration de la qualité à l'échelle du RLISS en IRM et technologie informatisée. • Examiner la possibilité d'une coordination et d'une planification stratégique entre RLISS. • Réaliser un examen des possibilités d'amélioration en IRM pédiatrique et d'accès à la technologie informatisée pour les cas de priorité 4 (paiement en fonction des résultats). • Examiner la possibilité d'un accès centralisé à l'imagerie diagnostique. • Superviser les stratégies pour atteindre les cibles en matière de temps d'attente à l'échelle du	En cours	50	En cours	25	En cours	25

RLISS en IRM et technologie informatisée.						
Ophtalmologie – cataractes : • Former un comité de dirigeants en ophtalmologie pour le RLISS de HNHB ayant des objectifs clairs. • Préparer un PSC en ophtalmologie pour le RLISS de HNHB. • Concrétiser les recommandations formulées par le comité de dirigeants • Superviser des stratégies pour atteindre les cibles en matière de temps d'attente à l'échelle du RLISS pour les chirurgies de la cataracte.	En cours	60	En cours	20	En cours	20
Services vasculaires : • Créer des cliniques externes qui se situeront dans les hôpitaux du RLISS de HNHB. • Conclure un protocole d'entente entre les hôpitaux. • Définir de futures possibilités d'harmonisation des services et s'orienter vers un plus grand nombre d'interventions à invasion minimale. • Établir et mettre en œuvre des protocoles en matière de soins vasculaires normalisés et fondés sur des données probantes. • Réaliser une évaluation de référence de l'accès aux soins et des échéanciers.	En cours	75	En cours	25		
Services thoraciques : • Surveiller chaque paramètre établi pour le plan des services cliniques thoraciques. • Faire un suivi de la satisfaction des patients concernant le programme d'évaluation diagnostique pulmonaire, le programme d'évaluation diagnostique de l'œsophage et les programmes de chirurgie thoracique. • Mettre en œuvre des stratégies d'amélioration à la suite de mauvais résultats obtenus pour certains paramètres. • Mettre en œuvre des stratégies d'amélioration définies par les résultats du sondage sur la satisfaction des patients. • Réaliser une évaluation de référence de l'accès aux soins et des échéanciers.	En cours	75	En cours	25		
Comment évaluerons-nous la réussite?						

- En adoptant des critères communs d'évaluation, d'aiguillage, de placement/admission et de congé pour les programmes intégrés à l'échelle du RLISS, à commencer par ceux mentionnés précédemment.
- En mettant en œuvre des normes et lignes directrices cliniques exemplaires dans tout le RLISS.
- En adoptant des rôles et responsabilités clairs.
- Grâce à la mise en œuvre et au suivi constant des paramètres d'évaluation et de suivi du rendement, y compris les indicateurs de l'Accord de rendement MSSLD-RLISS :
    - Augmenter le pourcentage de chirurgies réalisées par cible de priorité pour les temps d'attente (cancer, pontage coronarien, cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou).
    - Augmenter le pourcentage d'analyses diagnostiques (IRM et tomodensitométrie) réalisées par cible de priorité pour les temps d'attente.
    - Diminuer le nombre de visites répétées et non planifiées aux services d'urgence dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.
- En définissant la taille, la portée et la répartition du programme pour les services cliniques, avec un plan de mise en œuvre défini.
- En éliminant les services dédoublés de grande complexité et peu utilisés.
- En améliorant l'accès grâce à des soins offerts à proximité du lieu de résidence.
- Tous les services de laboratoire des hôpitaux font partie du programme intégré.
- Les services d'ICP sont offerts au NHS (St. Catharines) grâce au modèle intégré – un programme, deux emplacements.

Quels sont les risques ou obstacles à une mise en œuvre réussie?

- TI – la réussite dépend de l'accès aux renseignements partagés sur le patient; il faut réaliser un important investissement en cybersanté pour faciliter l'intégration.
- Obstacles culturels et liés à la pratique – différents styles de pratique, de culture et d'administration peuvent mener à des conflits.
- Les conventions collectives des ressources humaines peuvent avoir un impact sur le calendrier de mise en œuvre lorsque des ressources doivent être déplacées.
- Un nombre insuffisant de ressources pourrait être affecté aux stratégies de gestion du changement et pour la création de nouvelles équipes et unités uniformes.
- Les priorités de l'année en cours du Ministère peuvent retarder ou reporter les activités et objectifs décrits.

Pour chaque risque ou obstacle, décrivez la stratégie d'atténuation du risque

- S'assurer que les plans intégrés n'entraînent pas de coûts supplémentaires.
- Suivre le plan local en matière de cybersanté et tirer avantage des possibilités externes.
- Intégrer des principes, des procédures et une durabilité aux plans de transition.
- Faire participer les médecins et les dirigeants des ressources humaines aux procédures.
- Les activités et objectifs seront priorisés si de nouvelles priorités pour l'année en cours sont ajoutées.

Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif?

- Participation des médecins.

- L'utilisation d'outils d'intégration, de modèles et de procédures uniformes pour chaque processus de planification et d'intégration garantira l'atteinte de nos objectifs.

Autres commentaires (c.-à-d. renseignements supplémentaires appuyant la mise en œuvre ou la réussite de l'objectif).

iii. Stratégies axées sur la population à l'échelle du RLISS

PARTIE 1 : DÉFINITION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS

Priorité en matière de services de santé intégrés :

Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services : Stratégies axées sur la population à l'échelle du RLISS.

- Description de la priorité du PSSI :

- Les stratégies axées sur la population à l'échelle du RLISS font référence aux initiatives (modèles et programmes de prestation de services) qui soutiennent les besoins en soins de santé ou optimisent l'état de santé (bien-être) de « groupes ciblés de la population » en offrant une approche coordonnée et intégrée en matière de prestation de services. Cette approche comprendra ce qui suit :
    - Un accès équitable aux stratégies axées sur la population.
    - Des modèles de soins normalisés qui suivent des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes ou des recommandations d'experts qui diminueront les écarts, amélioreront les résultats pour les clients et favoriseront l'efficacité du système.
    - Une optimisation des possibilités d'offrir des soins en milieu communautaire (soins appropriés au bon endroit).
    - L'offre d'une ressource pour les soins primaires, les hôpitaux et autres FSS.
    - Une complémentarité ou coordination avec d'autres initiatives.
    - Une démonstration de résultats communs.
    - Des transitions efficaces et sans heurs entre les différents soins.
- Les groupes de population ciblés incluent :
    - Les adultes plus âgés, leurs familles et leurs soignants :
        - Interventions pour prévenir ou diminuer le déclin fonctionnel ou cognitif.
        - Élargissement des programmes de bien-être au sein de milieux communs.
        - Améliorer l'accès des soignants à des programmes qui offrent des soins de répit.
        - Améliorer les transitions efficaces, opportunes et sans heurs.
    - Les personnes qui ont besoin d'un accès rapide aux services d'urgence des hôpitaux.
    - Les personnes à l'état de santé complexe ou souffrant de maladies chroniques, en particulier soins de l'AVC, diabète, BPCO, ICC, lésion cérébrale acquise (LCA) et troubles du développement.
    - Les personnes ayant besoin de soins palliatifs.
    - Les initiatives planifiées et mises en œuvre dans le cadre de ces stratégies incluront les populations

autochtone et francophone du territoire desservi par le RLISS, et solliciteront leur collaboration.

Situation actuelle :

Stratégies axées sur la population à l'échelle du RLISS

Priorités :

1. **Adultes plus âgés - leurs familles et soignants :**
   - L'un des principaux objectifs de la stratégie du RLISS en matière de cheminement des patients est le soutien de la transition des personnes vers le bon niveau de soins.
   - D'août 2012 à avril 2013, les hôpitaux du RLISS de HNHB ont maintenu un taux d'ANS (dossiers ouverts) de 12,1 % à 12,9 %, à l'exception de janvier 2013, où le taux a augmenté à 13,7 %[10].
   - En avril 2013, le RLISS a observé une augmentation du nombre de personnes en attente d'un autre niveau de soins (ANS) dans les hôpitaux du RLISS (409 en avril 2013 et 535 en novembre 2013). Cette augmentation, jumelée avec le nombre de personnes en attente depuis longtemps d'être transférées à certaines destinations (le FSLD choisi par le patient, logements avec services de soutien et foyers de groupe) a eu des répercussions négatives sur le taux d'ANS actif (jusqu'à 16,9 % en novembre 2013). Un facteur ayant contribué aux pressions exercées sur le roulement des patients pour le RLISS fut l'augmentation observée dans le nombre de patients admis à l'hôpital par l'entremise des services d'urgence, en particulier à Hamilton (veuillez consulter la section sur les urgences).
   - Les FSS du RLISS de HNHB continuent de travailler en collaboration afin de faciliter une transition rapide des patients vers le niveau de soins le plus approprié, en mettant l'accent sur la population plus âgée et présentant un risque élevé.
   - Chez soi avant tout : - Le CASC du HNHB a permis à un plus grand nombre de patients de retourner à leur domicile en profitant de hauts niveaux de soins (plus de 8 heures par jour) afin de soulager et d'éliminer les pressions exercées sur le roulement des patients dans les hôpitaux. Au cours des cinq premiers mois de 2013-2014, le CASC a retourné 434 personnes à la maison avec des niveaux de soins supérieurs à huit heures par jour (augmentation de 65 % par rapport à la même période en 2012-2013)[11]. Des 434 patients retournés à la maison, 239 ont reçu des niveaux de soins supérieurs à 16 heures par jour. Sur ce nombre, 175 (73 %) ont obtenu leur congé des établissements HHSC, SJHH et JBH.
   - En 2013-2014 le RLISS de HNHB a octroyé au CASC de HNHB plus de 22 millions de dollars en nouveau financement (de base et ponctuel).
   - Programme d'évaluation et de rétablissement - Soins de rétablissement : Afin de soutenir les personnes ayant besoin d'un accès à des programmes de rétablissement pour regagner leurs capacités fonctionnelles optimales à la suite d'une maladie aiguë, le RLISS a continué de financer 124 lits de rétablissement dans sept emplacements sur son territoire. En date de septembre 2013, 488 personnes ont reçu leur congé de ces programmes, et 78 % d'entre elles sont retournées à la maison[12]. De plus, le RLISS a élargi sa capacité en soins de convalescence avec l'ajout de 28 lits, faisant ainsi passer à 63 le nombre total de lits du programme de soins de convalescence du

[10] Rapports de déclenchement des hôpitaux du RLISS de HNHB, 2012-2013

[11] Données maximales sur les services du CASC de HNHB fournies en octobre 2013

[12] Rapports de rendement du deuxième trimestre des hôpitaux, octobre 2013

RLISS.

- Équipe d'intervention rapide en soins de transition (EIRST) : L'EIRST est une stratégie complète visant à soutenir les populations adultes et pédiatriques ayant des problèmes de santé complexes à faire la transition à la maison afin de réduire le nombre de réadmissions à l'hôpital. L'EIRST se concentre sur la prévention des visites aux urgences ou admissions à l'hôpital évitables, ainsi que sur la simplification du retour à la maison des clients à risque d'avoir besoin d'ANS ou ceux déjà désignés comme ayant besoin d'ANS. L'équipe EIRST comporte 14 infirmières d'intervention rapide, six infirmières de soins de transition et quatre infirmières praticiennes. L'équipe a accès à des professionnels et à des préposés aux services de soutien à la personne ainsi qu'à des pharmaciens qui offrent des visites à domicile pour réaliser un bilan comparatif des médicaments, à la suite d'un congé de l'hôpital, à l'intention des personnes qui ne sont pas en mesure de se rendre à la pharmacie de leur communauté.
- Programme de séances d'exercice et de prévention des chutes : Le RLISS de HNHB, au moyen de sa stratégie Vieillir chez soi, a financé un programme de prévention des chutes qui incluait des séances d'exercice ciblant la population de personnes âgées à risque élevé. En 2013-2014, le RLISS de HNHB, dans le cadre des changements apportés aux services de physiothérapie financés par le secteur public de l'Ontario, a financé plus de 150 emplacements (programmes de séances d'exercice ou de prévention des chutes). La majorité de ces séances ont remplacé des cours existants et ciblaient les personnes âgées. L'échéancier pour mettre en œuvre les nouveaux programmes n'a pas permis de normaliser les procédures et les critères d'admission.
- Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (OSTC) : Le Projet OSTC est axé sur l'amélioration des soins en facilitant les transitions et le cheminement dans le système et en coordonnant les services destinés aux adultes plus âgés (et leurs soignants) qui présentent ou sont à risque de présenter des comportements réactifs. Le RLISS a participé à des efforts continus pour intégrer et conserver les modèles de services du Projet OSTC (résumés plus bas) à sa pratique tout au long de l'exercice 2013-2014. Ces modèles de services soutiennent le continuum des soins, rejoignent la communauté, les SLD et les transitions clés à partir de l'hôpital. Parmi les façons de faire favorisant l'amélioration des soins, notons une collaboration entre les organismes, une participation constante des intervenants, ainsi qu'un souci constant d'amélioration de la qualité pour repérer les lacunes du système et explorer des occasions de repenser le système. Les modèles de services du Projet OSTC incluent les suivants :
    - BSO Connect (Connexion Projet OSTC) – Un point d'entrée pour les clients, les soignants et les fournisseurs pour accéder à de l'aide; offre un lien chaleureux avec l'organisme le plus adéquat; oriente les services vers les clients.
    - Équipes d'intervention communautaire pour le Projet OSTC – Cinq équipes possédant une expertise en gériatrie offrent un soutien « juste à temps » (en situation de crise) aux clients et les aiguillent vers un soutien à plus long terme; intégrées aux équipes de gestion de crise en santé mentale.
    - Responsable de la communauté intégrée – Lorsqu'un organisme constitue l'unique point de contact (pour les clients du Projet OSTC et les autres fournisseurs qui desservent le client), et oriente le client dans le système de santé; ses fonctions sont intégrées à des rôles existants.
    - Équipe mobile de SLD pour le Projet OSTC - Mise en œuvre dans tout le RLISS et dessert les 86 FSLD sur le territoire du RLISS.
- Soignants – Accès à des services de répit (programmes de jour pour les adultes et de soins de répit). Les services de jour pour adultes et les programmes de soins de répit offrent des activités thérapeutiques, des séances d'exercice, de l'information et un soutien aux soignants. La population cible comprend les personnes âgées et les soignants qui vivent dans la communauté. Les FSS du RLISS de HNHB ont observé une pression grandissante pour répondre aux besoins de la population ayant besoin de niveaux de soins excédant leurs ressources. On procédera à un examen des programmes financés par le RLISS en 2014.

2. Accès des clients aux services d'urgence :

- Le RLISS de HNHB compte 12 services d'urgence en milieu hospitalier dans les huit établissements hospitaliers. Huit services d'urgence participent au Programme de financement axé sur les résultats (PAR) du Ministère. Le service des urgences à l'emplacement McMaster du HHSC est consacré aux enfants et aux jeunes. Au cours des six premiers mois de 2013-2014, les services d'urgence du RLISS ont déclaré 269 330 visites; il s'agit de 27 477 visites déclarées de plus que durant la même période en 2012-2013 (241 853). Cette augmentation est une continuité de la tendance observée en 2012-2013[13].
- Le RLISS a été mis au défi d'améliorer la durée de séjour aux services d'urgence des patients admis. Un examen des données des services d'urgence comparant les données de la période comprise entre le 1er avril 2013 et le 30 juin 2013 aux données de la même période en 2012 pour ce groupe a révélé [14]:
    - Une tendance à la hausse dans le nombre des patients admis à l'hôpital en passant par le service des urgences (18 027 comparativement à 17 157) Les personnes admises en passant par le service des urgences sont évaluées en fonction de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) pour les départements d'urgence à cinq échelons, dont le premier est pour les cas les plus graves. On a observé une croissance parmi la population ayant une acuité accrue; ÉTG 1 à 3 de 9,6 %, 7,9 % et 4,3 % respectivement, tandis que les échelons ÉTG 4 et 5 ont diminué respectivement de 13,9 %-19,5 %.
    - La région du RLISS affichant la plus forte augmentation des admissions aux services d'urgence a été la région de Hamilton (72 %).
    - Le groupe d'âge ayant connu la plus forte augmentation a été celui des personnes âgées de 64 ans et plus.
    - Une augmentation de 14 % des admissions en passant par le service des urgences chez les personnes âgées de 75 ans et plus recevant des services de CASC au moment de l'inscription.
- En date du 30 septembre 2013, le 90e percentile de la durée des séjours sur le territoire du RLISS pour les trois grands regroupements aux services d'urgence était :[15]
    - Patients admis – 35,5 heures (33,4 heures à la fin du T2 en 2012-2013).
    - Patients non admis ayant une acuité accrue – 7,4 heures (7,8 heures à la fin du T2 en 2012-2013, et inférieur à l'objectif de l'Accord de rendement MSSLD-RLISS 2013-2014 du RLISS).
    - Patients non admis ayant une faible acuité – 4,4 heures (4,8 heures à la fin du T2 in 2012-2013, et inférieur à l'objectif de l'Accord de rendement MSSLD-RLISS du RLISS).

3. Maladies complexes ou chroniques :

3.1. Diabète :

- En date du 31 mars 2011, le RLISS de HNHB comptait sur son territoire 121 559 personnes atteintes de diabète. Ce nombre représente 10,44 % de la population du RLISS de HNHB et est le troisième en importance en comparaison avec tous les autres RLISS[16].

[13] Source : ER Public Reporting and Pay for Results Hospital Comparison Report. Access to Care, Action Cancer Ontario.

[14] Source : SNISA, STDI du RLISS de HNHB. Consulté le 25 novembre 2013. (À noter qu'une comparaison des volumes déclarés par le programme ATC d'ACO dans le rapport Public Reporting and P4R Report 2013-03 et le rapport 2013-08 montre une augmentation de1 070 personnes dans le groupe de la population admise).

[15] Source : ER Public Reporting and Pay for Results Hospital Comparison Report. Access to Care, Action Cancer Ontario.

[16] Source : Institut de recherche en services de santé : Regional Measures for Diabetes Burden in Ontario, avril 2012.

- En 2013, le Ministère a transféré la responsabilité de neuf programmes d'éducation sur le diabète (PED) pour adultes, quatre programmes pédiatriques et un centre régional de coordination au RLISS de HNHB. Les programmes d'éducation sur le diabète pour adultes sont offerts aux emplacements suivants : CSC Bridges, CSC du Nord de Hamilton, Centre de santé communautaire Hamilton-Wentworth-Niagara Inc., BCHS, HHSC, NHS, SJHH, et à l'Hôpital général de Norfolk (HGN). Les programmes pédiatriques sont offerts aux emplacements suivants : HHSC, NHS, BCHS et JBH.
- Les programmes d'éducation sur le diabète des équipes de santé familiale (ESF) ont été transférés à la Direction des soins primaires du Ministère, et les autres programmes ont été transférés à la Direction de la mise en œuvre du Ministère. Les programmes d'éducation sur le diabète des ESF au sein du RLISS de HNHB sont offerts par l'ESF de Caroline, l'ESF de Garden City et l'ESF du groupe médical de Niagara. Les programmes d'éducation sur le diabète sur le territoire du RLISS de HNHB et transférés à la Direction de la mise en œuvre incluent : Centre de santé autochtone De dwa da dehs nye>s, Services de santé des Six Nations et Initiative de lutte contre le diabète chez les Autochtones du Sud de l'Ontario.

3.2. Accident vasculaire cérébral :

- La publication du bulletin 2012 de l'Ontario en matière d'accidents vasculaires cérébraux a permis d'observer que, pour une deuxième année consécutive, le RLISS de HNHB se situait sous le point de référence de tous les 20 indicateurs d'accidents vasculaires cérébraux, ce qui a servi de catalyseur du changement. Le RLISS de HNHB, en collaboration avec le Réseau de l'AVC de la région Centre-Sud (RAVCCS), a établi des occasions d'améliorer les soins de l'AVC et les résultats à court et à long terme. Le RLISS, en collaboration avec le coordonnateur du RAVCCS, le directeur médical régional des soins de l'AVC et les dirigeants d'hôpitaux, a intégré des services de soins de l'AVC aux établissements de Brant, Haldimand-Norfolk et BCHS en juin 2013.
  Le RLISS, le RAVCCS, les dirigeants des hôpitaux et le CASC de HNHB ont collaboré à la mise sur pied d'un modèle communautaire de réadaptation à la suite d'un AVC. Le projet-pilote de ce modèle a été lancé dans la région de Brant et Haldimand-Norfolk en décembre 2013.

3.3. BPCO et ICC :

- Le taux de réadmission à l'hôpital dans un délai de 30 jours sur le territoire du RLISS de HNHB est grandement influencé par les patients atteints de BPCO et d'ICC. En 2013-2014 :
- Le RLISS a approuvé un financement de base de 2 millions de dollars pour mettre sur pied un programme communautaire de gestion intégrée de la BPCO dans tout le RLISS. Au début, les programmes cibleront la population à risque d'être réadmise à l'hôpital.
- Les hôpitaux du RLISS ont mis en œuvre un groupe de transition qui simplifie la transition entre l'hôpital et la communauté pour les patients ayant un diagnostic principal de BPCO et d'ICC.

3.4. Troubles du développement et lésion cérébrale acquise (LCA) :

- On a établi que l'accès aux niveaux appropriés de soins constituait un obstacle à la sortie d'un petit nombre de personnes en attente à l'hôpital. En date du 16 septembre 2013, 15 personnes attendaient à l'hôpital d'avoir accès à des services de soutien, dont neuf ayant reçu un diagnostic de troubles du développement et deux souffrant de LCA. Le nombre de jours d'attente à l'hôpital allait d'un mois à quatre ans[17].
- Le Comité directeur du RLISS sur le cheminement des patients (autrefois appelé comité directeur des ANS), a formé un groupe de travail qui élaborera des stratégies visant à réduire les temps d'attente pour les personnes hospitalisées qui attendent d'avoir une place dans un logement ou un établissement avec services de soutien supervisés.

[17] Sondage du RLISS de HNHB auprès des hôpitaux du RLISS, septembre 2013.

3. Soins palliatifs et en fin de vie :

- Offerts dans la communauté, dans les hôpitaux et maisons de soins de longue durée. Le RLISS subventionne cinq maisons de soins palliatifs au moyen d'un financement octroyé au CASC, pour un total de 42 lits. En date d'octobre 2013, 437 personnes[18]avaient reçu des soins dans ces cinq centres. Le RLISS finance aussi la résidence Good Shepherd's Emmanuel House, un programme de dix lits qui offre des soins palliatifs.

4.1. Services de soins palliatifs communautaires :

- Comprend le programme de conseillers en gestion des soins palliatifs, les programmes interdisciplinaires de sensibilisation communautaire et des médecins et le programme de visites bénévoles en soins palliatifs.
- Les autres atouts en soins palliatifs dans la région de HNHB incluent :
    - Des équipes interdisciplinaires d'intervention spécialisées en soins partagés et soins spécialisés officialisées.
    - Prévalence d'autres modes de rémunération des médecins, ce qui convient mieux au modèle de soins communautaire (comparativement à une rémunération à l'acte).
    - Liens vers le Département de médecine familiale et la Division des soins palliatifs de l'Université McMaster.
    - Deux centres de cancérologie.
    - Équipes-conseils en soins tertiaires existant depuis longtemps.
    - Soins complexes désignés en milieu hospitalier – lits pour soins en fin de vie.
    - Réseau de soins palliatifs (existant avant la Stratégie d'amélioration des soins en fin de vie du Ministère de 2004).

Principaux enjeux :

Le RLISS de HNHB a démontré une tendance croissante dans le nombre de patients admis en passant par les services d'urgence. En 2012-2013, les services d'urgence du RLISS de HNHB ont déclaré 2 758 admissions supplémentaires par rapport à 2011-2012. Cette tendance continue d'être observée en 2013-2014. Au premier trimestre de 2013-2014, les hôpitaux du RLISS de HNHB ont admis 870 patients de plus comparativement au premier trimestre de 2012-2013 (18 027 comparativement à 17 157).

- Au cours du premier trimestre de 2013-2014, le RLISS de HNHB a déclaré le troisième taux le plus élevé d'admission aux services d'urgence par tranche de 1 000 personnes chez les 75 ans et plus de tous les RLISS de l'Ontario (57,5 par tranche de 1 000 personnes)[19].
- Personnes qui attendent à l'hôpital une place en soins de longue durée et qui ont des choix limités ou qui ont choisi une maison de soins de longue durée ayant une longue liste d'attente (se comptant en années).
- Accès limité aux logements ou établissements avec services de soutien pour les patients ayant un comportement difficile en attente à l'hôpital.
- Certains hôpitaux du RLISS ayant un nombre limité de chambres privées sont confrontés au nombre de personnes admises en passant par les services d'urgence et nécessitant que l'on prenne des précautions d'isolement.
- Absence d'approches normalisées dans les services de soins palliatifs, et manque de communication et de

[18] CASC de HNHB, 17 janvier 2014

[19] SavoirSanté Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Tableau principal des congés des patients et projections de population 2013 par tableau du RLISS

collaboration entre les fournisseurs (en silos).

- Soins palliatifs - mal compris par le milieu médical élargi et le public en général.
- Soutien à la poursuite des programmes de séances d'exercice et de prévention des chutes dans des emplacements qui n'offrent pas l'espace optimal ou dont l'accès empêche l'utilisation optimale des ressources (programmes existants offerts dans des emplacements qui ne peuvent accueillir 35 personnes).
- Projet OSTC - Taux de roulement élevé du personnel des FSLD, ce qui a des conséquences sur le renforcement des capacités en lien avec la gestion des personnes ayant des comportements réactifs difficiles.
- Problèmes de collaboration entre les organismes, ce qui nuit aux transitions en douceur pour la population cible du Projet OSTC.

Réussites de la dernière année :

- En date de novembre 2013, malgré les pressions exercées par le roulement des patients et une tendance croissante dans le nombre de patients admis aux services d'urgence, le RLISS a maintenu le nombre de patients en attente à l'hôpital d'une place en SLD dans tous les hôpitaux du RLISS de HNHB à moins de 200, comparativement aux 360 personnes déclarées en août 2010.[20]
- On a démontré une diminution de 2 640 jours ANS (33 %) chez les personnes âgées de 75 à 84 ans et de 620 jours ANS (8 %) chez les personnes âgées de 85 ans entre le 1er avril 2013 et le 30 juin 2013, comparativement à la même période en 2012.[21]
- Dépistage et intervention précoce dans les services d'urgence du RLISS. En date de novembre 2013, 2 461 personnes ont été définies comme étant à risque élevé et aiguillées vers le CASC. 1 052 personnes étaient actuellement connues du CASC et reliées à leur coordonnateur de soins, et 1 409 n'étaient pas connues du CASC et ont été reliées à un coordonnateur de soins. Parmi ces personnes, 454 ont été admises au CASC et ont reçu des services[22]. On a ouvert 28 autres lits de soins de convalescence en 2013-2014 (20 dans la région de Niagara et huit autres à Hamilton) permettant ainsi un accès aux patients hospitalisés de tout le RLISS.
- Le programme d'équipe transitionnelle d'intervention rapide (R2T2) a desservi 1 731 patients, dont 1 206 ont été admis de l'hôpital.[23]
- Programme de soins complexes intégrés mis en œuvre dans tous les hôpitaux du RLISS.
- Projet de lien critique entre les services d'urgence (un projet du RLISS de HNHB où les services d'urgence des hôpitaux plus petits sont reliés, grâce à un protocole d'entente, aux services d'urgence d'un plus gros hôpital pour des consultations rapides et le transfert de patients ayant besoin de soins au-delà de ce que peuvent leur offrir les petits hôpitaux) mis en œuvre dans tous les services d'urgence du RLISS. En date de décembre 2013, ce programme a permis d'effectuer 39 aiguillages qui se sont traduits par 28 transferts. Dans 93 % des transferts, le temps de transport était inférieur à quatre heures; tous les transferts se sont faits en moins de six heures.[24]
- En date du 30 septembre 2013, le RLISS avait respecté l'indicateur de l'Accord de rendement MSSLD-RLISS concernant la population non admise aux services d'urgence.
- Le projet pilote d'équipe d'accompagnement des services d'urgence a été préparé et mis en œuvre. L'équipe d'accompagnement a visité l'établissement JBH les 30 et 31 janvier 2014. Le rapport final de l'équipe d'accompagnement est en cours de préparation.

[20] CASC de HNHB.
[21] Source : Système d'information sur les temps d'attente - Autres niveaux de soins, consulté en novembre 2013
[22] Rapport sur le dépistage et l'intervention précoce du CASC de HNHB, novembre 2013.
[23] CASC de HHNB, Équipes transitionnelles d'intervention rapide du CASC de HNHB – Rapport du deuxième trimestre 2013-2014.
[24] CritiCall, 17 janvier 2014

- Mise en œuvre du protocole normalisé de traitement des migraines fondé sur des pratiques exemplaires élaboré sur la base de recherches effectuées à l'Université McMaster dans les services d'urgence du RLISS.
- Aiguillages dans la communauté par les secours médicaux d'urgence (SMU) mis en œuvre par les SMU desservant le RLISS de HNHB. En 2013, les SMU de Hamilton ont aiguillé 226 personnes au CASC au moyen grâce à ce programme d'aiguillage.[25]
- En date de juin 2013, les services de soins de l'AVC actifs et de réadaptation ont été intégrés dans les régions de Brant Haldimand et de Norfolk à l'établissement BCHS afin d'améliorer l'accès aux soins intégrés de l'unité de l'AVC fondé sur des pratiques exemplaires.
- Un CRSM a été conçu et lancé dans les régions de Brant, Haldimand et Norfolk en décembre 2013.
- Élargissement du groupe de leaders en matière de diabète du RLISS de HNHB afin d'y inclure des représentants de tous les programmes d'éducation sur le diabète (PED) (financés par le Ministère et le RLISS).
- Élaboration de paramètres de qualité normalisés pour les PED qui seront déclarés et examinés de façon trimestrielle.
- Recensement des PED potentiellement sous-utilisés ou de la duplication de services.
- Mise en œuvre du groupe de transitions à l'échelle du RLISS pour les personnes ayant reçu un diagnostic de BPCO dans tous les hôpitaux du RLISS.
- Élaboration et planification du programme de gestion intégrée de la BPCO, qui sera offert dans chacune des trois zones du RLISS et dont la mise en œuvre commencera d'ici le 31 mars 2014.
- Programmes de séances d'exercice et de prévention des chutes : demande de propositions terminée; remplacement de 129 séances dans des maisons de retraite et milieux de vie en collectivité qui avaient déjà reçu des séances d'exercice et de prévention des chutes facturées au Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Agrandissement de 39 nouveaux emplacements et cinq emplacements où se déroulent des séances de remplacement et d'agrandissement.
- FSLD : Les 86 FSLD ont tous un plan intérimaire ou ont sollicité une DP pour garantir des services de physiothérapie à leurs résidents.
- CASC à domicile – le CASC est maintenant le seul fournisseur de tous les services de physiothérapie personnalisés à domicile. Le CASC est relié à toutes les maisons de retraite de la région de HNHB et a fait la transition de tous les résidents ayant besoin de physiothérapie continue.
- Cliniques de physiothérapie désignées – Examen terminé des DP reçues par le Ministère, et les recommandations d'emplacements et de candidats ont été transmises au Ministère en fonction des besoins de la population.
- Observation d'une tendance à la baisse dans les jours ANS en soins palliatifs à partir de la période de référence 2011-2012 (10 386 jours), (9 284 jours), en 2012-2013 et en date du13 décembre 2013 (- 7 371 jours).[26]
- Mise en œuvre d'une boîte à outils sur la planification de soins avancés et le consentement pour les soins de santé et d'un module de cyberapprentissage qui ont servi à former plusieurs champions dans les organismes FSS. Ces deux outils ont également été intégrés à l'Entente sur la responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée (ERS-SLD) en tant qu'indicateur de rendement.
- Réalisation de quatre cartographies de la chaîne de valeur (CCV) pour éclairer la préparation d'un programme régional de soins palliatifs pour la région de HNHB et réalisation d'une vaste consultation.

[25] SMU de Hamilton, 15 janvier 2014

[26] Extrait du système d'information sur les temps d'attente, 10 décembre 2013

- Quatre modèles de Projet OSTC entièrement déployés : En date du 30 septembre 2013, les programmes ci-dessous ont déclaré les activités suivantes :
    - Connexion Projet OSTC a relié 329 clients à des services.
    - Les équipes d'intervention communautaire du Projet OSTC ont desservi 539 clients.
    - Connexion Projet OSTC et les équipes d'intervention communautaire du Projet OSTC ont aiguillé 830 clients dans le système.
    - L'Équipe mobile de SLD du Projet OSTC a desservi 889 clients et offert 13 725 services axés sur le client.
- Le modèle de service Responsable de la communauté intégrée est actif dans les 41 organismes communautaires répertoriés au moyen des Ententes de responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERSM), et a participé aux réunions du regroupement régional tout au long de l'exercice 2013-2014.
- Les initiatives d'amélioration de la qualité se poursuivent tout au long de la mise en oeuvre et de la durabilité des modèles du Projet OSTC, notamment : 39 essais de changement Planifier-Exécuter-Étudier-Agir (PEÉA) et l'élaboration de 13 nouveaux outils aux premier et deuxième trimestre de 2013-2014.

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectif (s) :

Les stratégies axées sur la population à l'échelle du RLISS pour 2014-2015 sont en place et ont les objectifs suivants :

Adultes plus âgés, leurs familles et soignants :

- Interventions pour prévenir ou diminuer le déclin fonctionnel ou cognitif.
    - Évaluer l'impact du projet pilote d'équipes d'évaluation et de rétablissement de la mobilité chez les personnes âgées, réalisé en février et mars 2014, et en fonction des résultats, intégrer ce programme au modèle de lits en évaluation et rétablissement dans la région de HNHB. Projet défini comme étant une initiative pour rendre les hôpitaux accueillants pour les personnes âgées et que les autres hôpitaux devraient adopter.
    - Créer un groupe d'experts qui analysera une petite cohorte de patients du Projet OSTC à risque élevé en SLD pour définir d'autres stratégies permettant d'éviter un transfert inutile à l'hôpital.
    - Réviser les programmes de séances d'exercice et de prévention des chutes financés par le RLISS afin d'accroître la normalisation entre ces programmes.
- Élargissement des programmes de bien-être au sein de milieux communs.
    - Définir des possibilités pour élargir les programmes d'évaluation et de rétablissement ou de soins de transition dans la communauté.
    - Favoriser la création d'une procédure normalisée grâce à laquelle les clients admissibles peuvent effectuer la transition d'un CASC vers des fournisseurs de services d'assistance et logements avec services de soutien dans la communauté.
- Améliorer l'accès des soignants à des programmes qui offrent des soins de répit.
    - Réaliser un examen des programmes des programmes de jour pour adultes et des programmes de soins de répit financés par le RLISS afin de dresser un portrait de la situation actuelle et de définir les populations desservies, les obstacles, les enjeux, les lacunes et les dédoublements d'ici juillet 2014.
- Améliorer les transitions efficaces, opportunes et sans heurs (paramètres sur le cheminement des patients)
    - Diminuer le nombre de jours ANS pour certaines destinations après la sortie de l'hôpital, qui engloberont

les soins de longue durée et les services d'assistance ou supervisés, ce qui diminuera le taux global d'ANS du RLISS, dans le but d'atteindre l'objectif de 12 % fixé dans l'Accord de rendement MSSLD-RLISS du RLISS.

Accès aux services d'urgence des hôpitaux :

- Diminuer de façon générale la durée du séjour aux services d'urgence chez les patients admis afin d'atteindre les cibles établies dans l'Accord de rendement MSSLD-RLISS en :
    - Définissant et réglant les problèmes dans les emplacements hospitaliers peu performants
    - Diminuant la durée du séjour aux services d'urgence à partir de l'inscription jusqu'à la décision d'admettre le patient afin d'atteindre la moyenne provinciale, en se concentrant particulièrement sur deux établissements hospitaliers.
- Élaborer et mettre en œuvre un protocole de traitement pour l'infarctus aigu du myocarde (IAM).
- Collaborer avec un service des urgences en milieu hospitalier et les principaux organismes communautaires afin d'étudier des façons d'améliorer la communication, la planification des sorties d'hôpital et la coordination des soins pour la population du Projet OSTC.

Problèmes de santé complexe ou maladies chroniques, en particulier les soins de l'AVC, diabète, BPCO, ICC, lésion cérébrale acquise (LCA) et troubles du développement :

- Accident vasculaire cérébral :
    - Améliorer l'accès des résidents aux services de réadaptation communautaires pour l'AVC dans les régions de Haldimand, Norfolk et Brant.
    - Relancer l'établissement NHS pour mettre sur pied une unité de l'AVC intégrée.
- Diabète :
    - Améliorer l'utilisation de tous les programmes d'éducation sur le diabète financés par le RLISS. Tous les programmes d'éducation sur le diabète financés par le RLISS devront déclarer un point de référence minimal en matière de charge de travail > 50 % de la cible provinciale.
    - Améliorer l'accès aux programmes d'éducation sur le diabète grâce à des processus d'aiguillage normalisés.
    - Éliminer les doublons en déplaçant les ressources vers les besoins.
- BPCO et ICC :
    - Diminuer le taux de réadmission à l'échelle du RLISS pour les cas de BPCO à 30 jours et un an suivant la sortie de l'hôpital (taux de référence en matière de réadmission pour 2012-2013 : 30 jours - 20 %; un an – 49 %)
    - Mettre en œuvre un programme communautaire pour les patients atteints de BPCO dans chacune des trois zones du RLISS, soit Hamilton/Burlington, Brantford/Haldimand/Norfolk et Niagara.
    - Accroître la normalisation des procédures et pratiques de prise en charge de l'ICC dans tous les hôpitaux du RLISSΔ.
- Lésions cérébrales acquises (LCA) et troubles du développement :
    - Élaboration d'un processus au moyen duquel les personnes atteintes de BPCO ou de troubles du développement admises à l'hôpital peuvent conserver leurs liens avec leurs ressources communautaires (lorsque ces liens existent) pour faciliter une transition sans heurs au moment de leur sortie de l'hôpitalΔ.
    - Élaboration d'un processus normalisé visant à créer une plateforme pour l'étude des personnes atteintes de BPCO et d'ICC qui font face à des obstacles pour leur sortie de l'hôpital.

Soins palliatifs :

- Soutien au respect de l'engagement du RLISS pris en vertu de la Déclaration de partenariats, notamment :
    - Le RLISS de HNHB sera doté d'une structure régionale pour les soins palliatifs, et cette structure régionale aura été mise en place depuis au moins 12 mois.
    - Un conseil d'experts sur les programmes régionaux de soins palliatifs sera créé pour conseiller le RLISS sur les services de soins palliatifs.

Effectuer un examen des services de soins palliatifs sur tout le territoire du RLISS. L'examen comprendra les types de programmes et de services, leur utilisation, les temps d'attente, l'accès géographique, les résultats, les données sur les ANS, l'utilisation des services d'urgences et des hôpitaux et l'analyse des coûts.

Δ ***Indique un objectif pouvant être repoussé si un autre projet prioritaire provincial est établi (dont nous ignorons l'existence à l'heure actuelle).***

Conformité aux priorités gouvernementales :

Chacun de ces objectifs est conforme au :

- Plan d'action en matière de soins de santé du Ministère, dont les trois orientations incluent :
    1. Garder l'Ontario en santé – grâce à une détection précoce et à une meilleure prise en charge des maladies chroniques, et en s'assurant que les soins sont axés sur le patient, axés sur les résultats et fondés sur des données probantes.
    2. Un accès rapide à des soins de santé familiale renforcés - en amélioration le cheminement dans le système (en particulier pour les personnes âgées), en soutenant les patients aux principaux points de transition et en s'assurant qu'ils sont reliés aux soins primaires.
    3. De bons soins, au bon moment, au bon endroit – en offrant les bons soins prodigués par le fournisseur de soins le plus approprié et au bon endroit, en priorisant toujours les soins à domicile.
- Le PSSS du RLISS et la santé intégrée
- Plan d'action de l'Ontario pour les personnes âgées du Ministère (2013).
- Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement.
- Alliance des soins de réadaptation.

Plans d'action et interventions : **« Nous obtiendrons les résultats suivants »**	Indiquez l'état d'avancement du projet (Non commencé, En cours, Repoussé ou Terminé) et, le cas échéant, le pourcentage d'achèvement prévu 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, inscrivez 25 % dans chaque colonne.					
	2014-2015		**2015-2016**		**2016-2017**	
Exemples :	État	%	État	%	État	%
Adultes plus âgés, leurs familles et soignants • Évaluer l'impact du projet pilote d'équipes d'évaluation et de rétablissement de la mobilité chez les personnes âgées, réalisé en février et mars 2014, et en fonction des résultats, intégrer ce	En cours	75	En cours	25		

programme au modèle de lits en évaluation et rétablissement dans la région de HNHB. Projet défini comme étant une initiative pour rendre les hôpitaux accueillants pour les personnes âgées et que les autres hôpitaux devraient adopter.						
Adultes plus âgés, leurs familles et soignants • Créer un groupe d'experts qui analysera une petite cohorte de patients du Projet OSTC à risque élevé en SLD pour définir d'autres stratégies permettant d'éviter un transfert inutile à l'hôpital.	Terminé	100				
Adultes plus âgés, leurs familles et soignants • Réviser les programmes de séances d'exercice et de prévention des chutes financés par le RLISS afin d'accroître la normalisation entre ces programmes.	Terminé	100				
Adultes plus âgés, leurs familles et soignants • Définir des possibilités pour élargir les programmes d'évaluation et de rétablissement ou de soins de transition dans la communauté.	En cours	75	En cours	25		
Adultes plus âgés, leurs familles et soignants • Favoriser la création d'une procédure normalisée grâce à laquelle les clients admissibles peuvent effectuer la transition d'un CASC vers des fournisseurs de services d'assistance et logements avec services de soutien dans la communauté.	En cours	75	En cours	25		
Adultes plus âgés, leurs familles et soignants • Réaliser un examen des programmes des programmes de jour pour adultes et des programmes de soins de répit financés par le RLISS afin de dresser un portrait de la situation actuelle et de définir les populations desservies, les obstacles, les enjeux, les lacunes et les dédoublements d'ici juillet 2014.	Terminé	100				
Adultes plus âgés, leurs familles et soignants • Diminuer le nombre de jours ANS pour certaines destinations après la sortie de l'hôpital, qui engloberont les soins de longue durée et les services d'assistance ou supervisés, ce qui diminuera le taux global d'ANS du RLISS, dans le but d'atteindre l'objectif de 12 % fixé dans l'Accord de rendement MSSLD-RLISS du RLISS.	Terminé	100				
Accès aux services d'urgence des hôpitaux • Diminuer de façon générale la durée du séjour aux	Terminé	100				

services d'urgence chez les patients admis afin d'atteindre les cibles établies dans l'Accord de rendement MSSLD-RLISS en : o Définissant et réglant les problèmes dans les emplacements hospitaliers peu performants o deux établissements hospitaliers.						
Accès aux services d'urgence des hôpitaux • Élaborer et mettre en œuvre un protocole de traitement pour l'infarctus aigu du myocarde (IAM).	En cours	75	En cours	25		
Accès aux services d'urgence des hôpitaux • Collaborer avec un service des urgences en milieu hospitalier et les principaux organismes communautaires afin d'étudier des façons d'améliorer la communication, la planification des sorties d'hôpital et la coordination des soins pour la population du Projet OSTC.	En cours	75	En cours	25		
Maladies chroniques ou complexes - AVC : • Améliorer l'accès des résidents aux services de réadaptation communautaires pour l'AVC dans les régions de Haldimand, Norfolk et Brant.	En cours	50	En cours	50		
Maladies chroniques ou complexes - AVC : • Relancer l'établissement NHS pour mettre sur pied une unité de l'AVC intégrée.	En cours	75	En cours	25		
Maladies chroniques ou complexes - diabète : • Améliorer l'utilisation de tous les programmes d'éducation sur le diabète financés par le RLISS. Tous les programmes d'éducation sur le diabète financés par le RLISS devront déclarer un point de référence minimal en matière de charge de travail > 50 % de la cible provinciale.	Terminé	100				
Maladies chroniques ou complexes - diabète : • Améliorer l'accès aux programmes d'éducation sur le diabète grâce à des processus d'aiguillage normalisés.	Terminé	100				
Maladies chroniques ou complexes - diabète : • Éliminer les doublons en déplaçant les ressources vers les besoins.	Terminé	100				
Maladies chroniques ou complexes - BPCO :	Mettre en œuvre un	100				

•	programme communautaire pour les patients atteints de BPCO dans chacune des trois zones du RLISS, soit Hamilton/Burlington, Brantford/Haldimand/Norfolk et Niagara. Terminé					
Maladies chroniques ou complexes - BPCO et ICC : • Accroître la normalisation des procédures et pratiques de prise en charge de l'ICC dans tous les hôpitaux du RLISS.	En cours	25	En cours	75		
Maladies chroniques ou complexes - lésions cérébrales acquises (LCA) et troubles du développement • Élaboration d'un processus au moyen duquel les personnes atteintes de BPCO ou de troubles du développement admises à l'hôpital peuvent conserver leurs liens avec leurs ressources communautaires (lorsque ces liens existent) pour faciliter une transition sans heurs au moment de leur sortie de l'hôpitalΔ.	En cours	50	En cours	50		
Soins palliatifs • Le RLISS de HNHB sera doté d'une structure régionale pour les soins palliatifs, et cette structure régionale aura été mise en place depuis au moins 12 mois.	Terminé	100				
Soins palliatifs • Un conseil d'experts sur les programmes régionaux de soins palliatifs sera créé pour conseiller le RLISS sur les services de soins palliatifs.	Terminé	100				
Soins palliatifs • Effectuer un examen des services de soins palliatifs sur tout le territoire du RLISS. L'examen comprendra les types de programmes et de services, leur utilisation, les temps d'attente,	En cours	75	En cours	25		

l'accès géographique, les résultats, les données sur les ANS, l'utilisation des services d'urgences et des hôpitaux et l'analyse des coûts.						

Comment évaluerons-nous la réussite?

- Diminution du taux d'ANS du RLISS à <12 %.
- Diminuer le nombre de jours ANS associés aux personnes aux personnes en attente à l'hôpital d'une place dans des programmes de rétablissement (évaluation et rétablissement, réadaptation lente, soins de convalescence, soins de rétablissement complexe -- référence pour 2012-2013 = 18 211 jours ANS).
- Diminuer le nombre de jours ANS associés aux personnes en attente à l'hôpital d'une place en soins palliatifs (2012-2013 : - 9 284)
- Le nombre de personnes en attente à l'hôpital d'une place en SLD sera < 200.
- Procédures normalisées définies pour les programmes de séances d'exercice et de prévention des chutes financés par le RLISS.
- Augmenter le nombre de milieux communs de rétablissement qui donnent accès à un soutien permanent dans la communauté (référence 5).
- Préparation d'un rapport détaillant la capacité du RLISS en matière de programmes de jour pour adultes et de programmes de soins de répit, la population desservie, les services offerts, leur utilisation, les lacunes dans les services, les ressources du RLISS et les mesures recommandées (le cas échéant).
- La durée de séjour dans les services d'urgence du RLISS à partir du moment où le patient se présente jusqu'à son admission sera réduite afin d'être équivalente ou inférieure à la moyenne provinciale.
- Les services d'urgence du RLISS prépareront et déploieront un protocole standard pour le traitement de l'IAM.
- Diminution de la durée du séjour aux services d'urgence du RLISS pour les patients admis afin de respecter la cible établie dans l'Accord de rendement MSSLD-RLISS (28 heures).
- Diminution du taux de réadmission au RLISS pour des cas d'AVC, de BPCO et d'ICC, ce qui aura un impact sur la cible établie dans l'Accord de rendement MSSLD-RLISS du RLISS en matière de réadmission pour certains groupes de maladies analogues (GMA).
- Tous les programmes d'éducation sur le diabète financés par le RLISS devront déclarer un point de référence minimal en matière de charge de travail > 50 % de la cible provinciale.
- Le RLISS améliorera l'accès aux programmes d'éducation sur le diabète grâce à la réaffectation ou au déplacement des ressources.
- Proportion accrue de personnes ayant souffert d'un AVC chez le groupe de patients ayant souffert d'un AVC ou d'un accident ischémique transitoire (AIT) traitées dans une unité de soins de l'AVC en tout temps durant leur séjour à l'hôpital dans la région de Brant, Haldimand et Norfolk, comme mentionné sur le bulletin de l'AVC propre à l'emplacement.
- Établissement de trois programmes de gestion intégrée de la BPCO sur le territoire du RLISS.
- Atteindre les nombres cibles de patients suivant en entier le programme de gestion intégrée de la BPCO (Cible pour 2014 : 15 850).
- La structure du programme régional de soins palliatifs de la région de HNHB sera approuvée par le conseil d'administration du RLISS de HNHB.
- Rapport du groupe d'experts concernant les clients à risque élevé atteint de BPCO dans les FSLD et contenant des recommandations à envisager dans l'avenir.

- Rapport sur les obstacles et les procédures éventuelles pour améliorer la communication et la planification des sorties d'hôpital pour les personnes atteintes de BPCO aux services d'urgence à présenter au comité directeur des services d'urgence du RLISS (CDSU).

Quels sont les risques ou obstacles à une mise en œuvre réussie?

- Établissement de nouveaux projets prioritaires nécessitant l'affectation de ressources du RLISS (c.-à-d. réforme des services de physiothérapie en 2013-2014). Les projets du RLISS qui pourraient alors être repoussés incluent les suivants : pratiques normalisées en matière d'insuffisance cardiaque dans tous les hôpitaux du RLISS, facilitation de la procédure pour effectuer la transition des clients du CASC qui pourraient être desservis par des organismes de SCS, procédure pour conserver le lien avec les organismes communautaires dans le cas des personnes souffrant d'une LCA et de troubles du développement lorsqu'elles sont hospitalisées.
- Élaborer une procédure de plateforme normalisée pour examiner le dossier des personnes.
- Capacité des fournisseurs de services communautaires de répondre à la demande (CASC, services communautaires de soutien).
- Accès aux soins primaires pour offrir des services le soir et les week-ends.
- Capacité de l'hôpital à présenter de nouveaux processus ou protocoles dans le délai proposé.
- Poursuite de la tendance croissante observée dans le nombre de personnes admises à l'hôpital en passant par les services d'urgence.
- Demande exercée sur les services d'urgence découlant d'éclosions comme celle de la grippe.
- Nombre de personnes admises au moyen des services d'urgence qui nécessite un protocole d'isolement.
- Impact du contrôle des éclosions de maladie sur le flux des patients.
- Synchronisation et impact de la réforme du financement du Ministère (actes médicaux fondés sur la qualité pour l'AVC) sur l'intégration des programmes.
- Nombre de personnes en attente à l'hôpital d'une place dans le FSLD de leur choix.
- Disponibilité d'un foyer de groupe ou d'un logement avec services de soutien pour les personnes atteintes d'une LCA ou de troubles du développement.
- Disponibilité des ressources humaines en soins de santé;

Pour chaque risque ou obstacle, décrivez la stratégie d'atténuation du risque

- Accroître l'étendue et la portée d'autres milieux de groupe offerts dans la communauté.
- Optimiser les possibilités pour tous les milieux d'ANS dans la communauté.
- Accroître les possibilités permettant au CASC et aux organismes de SCS de travailler dans un modèle de soins partagés.
- Le CASC et les hôpitaux collaborent pour conserver un système de gestion des lits qui soutient le flux du système.
- Les hôpitaux doivent augmenter le lien avec les partenaires communautaires pouvant aider avec le cheminement dans le système et permettre des sorties rapides de l'hôpital.
- ProfessionsSantéOntario et autres stratégies de recrutement.
- Plus grande sensibilisation du public concernant la prévention contre la grippe et les choix de traitement.
- Collaborer avec le conseiller médical des services d'urgence du RLISS et les hôpitaux du RLISS ayant des taux élevés de réadmission afin de définir les obstacles précis et la méthodologie pour modifier les taux d'admission tout en maintenant des normes cliniques élevées.

- BPCO : Évaluation mensuelle continue du programme intégré de prise en charge de la BPCO pendant la première année de mise en œuvre. Évaluation plus importante après six mois d'activités afin d'évaluer les possibilités d'élargir les sources d'aiguillage pour y inclure les soins primaires, les Maillons santé et les services d'urgence, et offrir des services d'intervention aux communautés rurales.

Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif?

- Soutien financier constant pour les investissements dans la communauté et les initiatives PAR.
- Augmentation de l'offre de différentes options de soins de santé, y compris la disponibilité de soins primaires le soir et le week-end.
- Mise en œuvre et fonctionnement des Maillons santé sur tout le territoire du RLISS.
- Accès à des données exactes et opportunes.
- Politiques qui soutiennent et font progresser les programmes de bien-être au sein des milieux communs.
- Partenariats engagés entre les fournisseurs de services communautaires.
- Leadership de la part du RLISS et du représentant du conseil des réseaux de FSLD sur le comité de gestion du Projet OSTC.
- Connectivité des dossiers médicaux électroniques (DME).

Autres commentaires (c.-à-d. renseignements supplémentaires appuyant la mise en œuvre ou la réussite de l'objectif).

PARTIE 1 : DÉFINITION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS

Priorité en matière de services de santé intégrés :

Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services : stratégies axées sur la population à l'échelle du RLISS : Santé des Autochtones.

Description de la priorité du PSSI :

Familles en santé, enfants en santé, communautés en santé

Situation actuelle :

Selon un rapport de 2009 préparé par la Direction des données sur la santé du Ministère, en 2006 on comptait 24 456 personnes définies comme étant Autochtones sur le territoire du RLISS de HNHB (sur réserve et hors réserve). De ce nombre, 11 947 habitaient sur une réserve et 12 509 habitaient à l'extérieur d'une réserve. Selon les données d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, la répartition de l'âge des Autochtones qui habitent sur une réserve est considérablement plus jeune. Les personnes âgées représentent environ 6,1 % de la population autochtone habitant sur une réserve chez les Premières Nations qui cohabitent sur le territoire du RLISS de HNHB. Les personnes âgées représentent environ 12,7 % des personnes autochtones habitant hors réserve, comparativement à 15,8 % de personnes âgées habitant sur le territoire du RLISS dans son ensemble. De façon générale, la population autochtone a un profil d'âge plus jeune comparativement à la population du RLISS de HNHB.

Le RLISS alloue actuellement un financement aux deux FSS autochtones comme suit :

- De dwa da dehs nye>s (Centre autochtone d'accès aux soins de santé).
- Centre de traitement Native Horizons.

Le RLISS alloue également du financement aux deux Premières Nations comme suit :

- Six Nations of the Grand River.
- Mississaugas of the New Credit

Il existe d'autres FSS autochtones au sein de notre RLISS qui, même s'ils ne sont pas financés par le RLISS, collaborent avec lui par l'entremise du Réseau de santé des Autochtones. Ces FSS incluent trois centres de l'amitié, ainsi que plusieurs organismes autochtones de logement et de services destinés aux femmes.

En 2013-2014, le financement de l'équipe de développement du bien-être communautaire du Centre de traitement Native Horizons a continué à recevoir un financement pour la deuxième année.

Principaux enjeux

- Il existe des défis inhérents à l'utilisation des données du recensement pour procéder à une représentation de la population autochtone en raison de la sous-couverture dans le recensement des populations autochtones habitant sur les réserves.[27]
- Le profil démographique des populations autochtones diffère de celui des populations non autochtones en raison d'une structure d'âge plus jeune, d'un taux de fécondité plus élevé et d'une plus grande mobilité.[28] Les études canadiennes ont démontré de façon constante l'espérance de vie réduite et le mauvais état de santé des populations autochtones en comparaison avec la population canadienne en général, ainsi que des taux plus élevés de maladies chroniques.[29] Les données de l'IRSS révèlent des taux plus élevés de maladies chroniques comme le diabète chez les Autochtones habitant sur des réserves sur le territoire du RLISS de HNHB.[30]
- Comme le décrit le rapport de la communauté de Hamilton sur les adultes et enfants des Premières Nations de la Ville de Hamilton en 2011, les Premières Nations qui habitent à Hamilton vivent avec un fardeau disproportionné d'invalidité et de maladies chroniques. Les principaux enjeux pour l'état de santé des Autochtones en comparaison avec les autres résidents de Hamilton sont décrits ci-dessous.[31] L'application globale des données décrivant les problèmes de santé des Autochtones est limitée en raison de l'accent mis sur les résidents de Hamilton.
    - Aspect socioéconomique - La population autochtone possède des taux plus élevés de logements transitoires, de personnes sans-abri et de logements surpeuplés. Les Autochtones doivent dépenser plus pour se loger, devant ainsi laisser tomber des éléments importants pour réussir à payer leur logement, et sont plus nombreux que les non-Autochtones à ne pas avoir suffisamment à manger. Leur niveau d'instruction est moins élevé et leurs revenus sont beaucoup moins élevés.
    - État de santé - Les Autochtones déclarent un état de santé beaucoup moins bon. Ils comptent également trois fois plus de personnes diabétiques, deux fois plus de personnes asthmatiques et ont des taux plus élevés d'hypertension, d'arthrite et d'hépatite C.

[27] Rapport de la Direction de l'analytique en matière de santé du MSSLD intitulé « First Nations Peoples in Ontario : A Demographic Portrait » (janvier 2009)

[28] Rapport de la Direction de l'analytique en matière de santé du MSSLD intitulé « First Nations Peoples in Ontario : A Demographic Portrait » (janvier 2009)

[29] Santé Canada. Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Déterminants de la santé, de 1999 à 2003. Ministère de la Santé : Ottawa, 2009. Disponible à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/2009-stats-profil/index-fra.php

[30] IRSS. Chronic Conditions in Ontario. Données du RLISS de HNHB de 2006-2007.

[31] Smylie, J. et al. « Our Health Counts. Community Report. First Nations Adults and Children City of Hamilton » (avril 2011).

- Comportements liés à la santé - Les Autochtones comptent trois fois plus de fumeurs et deux fois plus de personnes qui consomment des quantités excessives d'alcool.
- Utilisation du système de santé – plus de 50 % des Autochtones ont visité les services d'urgence sur une période de deux ans. Au cours de cette même période, 10,6 % d'entre eux ont déclaré six visites ou plus aux services d'urgence.

- On a fait remarquer le manque d'accès aux méthodes de guérison traditionnelles des Autochtones dans le sommaire des recommandations pour améliorer l'expérience du patient autochtone.[32]

Réussites de la dernière année :

En janvier 2012, **l**e Réseau sur la santé des Autochtones a établi trois priorités stratégiques pour son plan de travail quinquennal, notamment : santé mentale des jeunes et taux de suicide élevés chez les jeunes; prise en charge des maladies chroniques et taux élevés de diabète; renforcement de l'unité familiale et taux élevés de violence familiale. En 2013-2014, le Réseau sur la santé des Autochtones a réalisé les activités qui suivent pour faire progresser ses priorités :

- A fait appel à des formateurs ayant reçu l'an dernier la formation ASIST (Applied Suicide Intervention Skills Training) version 10 et la formation Safe Talk Suicide Prevention pour commencer à offrir des ateliers aux FSS autochtones et aux communautés de la région HNHB. Les premiers projets ciblés pour 2013-2014 incluaient 201 et 480 personnes formées respectivement. En date de mars 2014, environ 30 % des objectifs initiaux de formation avaient été atteints. Les cibles ont donc été prolongées jusqu'en 2014-2015.
- Tous les formateurs ont également reçu une formation supplémentaire durant l'année pour se mettre à jour avec la version 11 du programme ASIST.
- En date de mars 2014, 13 séances ciblées de formation sur la sensibilité à la culture autochtone ont été données grâce à un financement ponctuel octroyé par le RLISS. Le Réseau sur la santé des Autochtones, ainsi que l'organisme responsable Centre de santé autochtone De dwa da dehs nye>s ont offert des séances de formation sur la sensibilité culturelle par l'entremise de la Fédération ontarienne des centres d'amitié autochtones sur le territoire du RLISS d'août 2013 à mars 2014, y compris au conseil d'administration et personnel du RLISS, aux directeurs généraux des principaux FSS, aux directeurs exécutifs et coordonnateurs des Maillons santé, aux services d'urgence, aux cliniques de soins d'urgence, aux fournisseurs de services médicaux d'urgence, de soins primaires et de services de première ligne pour continuer à sensibiliser à la réalité culturelle et permettre l'acquisition permanente d'une compétence culturelle et d'une sécurité dans tout le système.
- En date de mars 2014, 88 % des organismes membres du Réseau sur la santé des Autochtones ont participé au programme conjoint Walk the Talk Health and Wellness Program du Réseau sur la santé des Autochtones et de la région HNHB. Ce programme les aide à personnifier le leadership pour promouvoir la santé des Autochtones auprès des bénéficiaires de leurs services sur le territoire desservi par le RLISS de HNHB.
- En septembre 2013, le Réseau sur la santé des Autochtones, en collaboration avec le Centre de santé autochtone De dwa da dehs nye>s, a reçu un financement de base du RLISS pour l'embauche de trois navigateurs en soins de santé ETP destinés aux patients autochtones de la région de HNHB.
- Le 5 février 2014, le Réseau sur la santé des Autochtones a utilisé le fonds pour la participation autochtone pour poursuivre les consultations en cours avec les populations autochtones habitant sur les réserves et à l'extérieur des réserves afin d'explorer des stratégies visant à inclure des façons de faire culturelles appropriées pour améliorer les résultats sur la santé des Autochtones.
- En 2013-2014, le financement ponctuel du RLISS au Centre de traitement Native Horizons a servi à former 10

[32] Sommaire des recommandations pour améliorer l'expérience du patient autochtone. Rapport sommaire préparé pour le RLISS de Niagara Haldimand Brant (mars 2013).

formateurs en premiers soins en santé mentale.

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectifs(s) :

Santé mentale (Priorité du Réseau de santé des Autochtones de la région de HNHB et priorité provinciale) :

- Réduire le taux de suicide chez les Autochtones sur le territoire du RLISS de HNHB en poursuivant la formation des 201 Autochtones qui suivent la formation ASIST et des 480 autres qui suivent la formation Safe TALK, et évaluer les résultats.
- Diminuer le taux de personnes autochtones qui développent un problème de santé mentale ou qui vivent une situation de crise en santé mentale sur le territoire du RLISS de HNHB en faisant appel aux 10 formateurs en premiers soins en santé mentale pour former 200 Autochtones, et évaluer les résultats.

Maladies chroniques (Priorité du Réseau de santé des Autochtones de la région de HNHB) :

- Diminuer le taux de maladies chroniques chez les Autochtones en continuant de mettre en œuvre le projet Aboriginal Walk the Talk dans la région de HNHB, en appuyant 15 organismes autochtones qui mettront en œuvre des activités pour personnifier le leadership pour promouvoir la santé et le bien-être auprès des bénéficiaires de leurs services sur le territoire desservi par le RLISS de HNHB. Cette démarche inclura également l'élaboration continue d'une trousse de ressources et de stratégies pour soutenir le projet et évaluer les résultats.

Formation sur la sensibilité aux réalités culturelles (Priorité du Réseau de santé des Autochtones de la région de HNHB et priorité provinciale) :

- Réaliser une évaluation concernant l'impact et l'efficacité de la formation sur la sensibilisation aux réalités culturelles offerte jusqu'à maintenant et déterminer les besoins en formation future et les auditoires cibles.

Cheminement des patients (Priorité du Réseau de santé des Autochtones de la région de HNHB) :

- Évaluer l'impact de l'amélioration de l'expérience du patient grâce à l'accès aux navigateurs en soins de santé destinés aux patients autochtones, et définir la demande et l'utilisation de méthodes de guérison traditionnelles.

Conformité aux priorités gouvernementales :

Les objectifs définis se conforment au Plan d'action en matière de soins de santé du Ministère, axé sur les éléments suivants :

- Garder l'Ontario en santé
- Un accès rapide à des soins de santé familiale renforcés
- De bons soins, au bon moment, au bon endroit

La population autochtone constitue une population prioritaire.

Plans d'action et interventions : **« Nous obtiendrons les résultats suivants »**	Indiquez l'état d'avancement du projet (Non commencé, En cours, Repoussé ou Terminé) et, le cas échéant, le pourcentage d'achèvement prévu 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, inscrivez 25 % dans chaque colonne.		
	2014-2015	**2015-2016**	**2016-2017**

	État	%	État	%	État	%
• Poursuivre la formation des 201 Autochtones qui suivent la formation ASIST et des 480 autres qui suivent la formation Safe TALK, et évaluer les résultats.	Terminé	100				
• Faire appel aux 10 formateurs en premiers soins en santé mentale pour former 200 Autochtones, et évaluer les résultats.	En cours	50	En cours	50		
• Diminuer le taux de maladies chroniques chez les Autochtones en continuant de mettre en œuvre le projet Aboriginal Walk the Talk dans la région de HNHB, en appuyant des organismes autochtones qui mettront en œuvre des activités pour personnifier le leadership pour promouvoir la santé et le bien-être auprès des bénéficiaires de leurs services sur le territoire desservi par le RLISS de HNHB. • Cette démarche inclura également l'élaboration continue d'une trousse de ressources et de stratégies pour soutenir le projet et évaluer les résultats.	En cours	30	En cours	60	En cours	10
• Réaliser une évaluation concernant l'impact et l'efficacité de la formation sur la sensibilisation aux réalités culturelles offerte jusqu'à maintenant et déterminer les besoins en formation future et les auditoires cibles.	Terminé	100				
Évaluer l'impact de l'amélioration de l'expérience du patient grâce à l'accès aux navigateurs en soins de santé destinés aux patients autochtones, et définir la demande et l'utilisation de méthodes de guérison traditionnelles.	En cours	50	En cours	50		

Comment évaluerons-nous la réussite?

- Plus grand nombre de personnes ayant reçu les formations ASIST et Safe TALK.
- Plus grand nombre de personnes ayant reçu une formation sur les premiers soins en santé mentale.
- Améliorer l'expérience des patients autochtones grâce au travail du navigateur en soins de santé destiné aux patients autochtones et du programme Walk the talk health and wellness.
- Sensibiliser davantage les fournisseurs de services de santé du RLISS à la culture autochtone.

Quels sont les risques ou obstacles à une mise en œuvre réussie?

- Ressources humaines et capacité financière limitées des organismes autochtones.

Pour chaque risque ou obstacle, décrivez la stratégie d'atténuation du risque

- Collaborer avec le Réseau sur la santé des Autochtones pour définir, prioriser et résoudre les obstacles organisationnels et systémiques.

Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif?

- Participation active et dialogue continus avec les intervenants autochtones pour définir, concevoir et mettre en œuvre des solutions.

Autres commentaires (c.-à-d. renseignements supplémentaires appuyant la mise en œuvre ou la réussite de l'objectif).

PARTIE 1 : DÉFINITION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS

Priorité en matière de services de santé intégrés :

Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services : stratégies axées sur la population à l'échelle du RLISS : Santé des francophones

Description de la priorité du PSSI :

La santé de la population francophone de notre RLISS, y compris son accès aux services de santé, continue d'être une priorité pour le RLISS.

Situation actuelle :

La *Loi de 1986 sur les services en français* (LSF) garantit au public le droit de communiquer avec le gouvernement et de recevoir des services en français.

Selon la nouvelle Définition inclusive de francophone (DIF), le RLISS de HNHB compte plus de 35 000 francophones. La DIF élargit l'indicateur de la langue maternelle et ajoute les personnes qui parlent français et dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais et pour qui le français est l'une des langues parlées à la maison. Cette définition inclusive correspond mieux à l'évolution et à la diversité des communautés francophones. Le RLISS compte deux organismes désignés en vertu de la *LSF* et 30 organismes identifiés pour offrir plus de 40 programmes ou services en français.

L'accès aux services est difficile pour les raisons suivantes : les gens ne sont pas à l'aise de demander des services en français; les gens ignorent quels services sont offerts en français et à quel endroit. De plus, les professionnels de la santé qui parlent français ne sont pas nombreux; l'engagement parmi les intervenants à répondre aux besoins de la population francophone est variable.

Principaux enjeux :

- La population francophone est répartie sur le territoire du RLISS, avec des concentrations à Hamilton et dans la région de Welland/Port Colborne.
- La population n'est pas homogène (c.-à-d. nouveaux Canadiens provenant de différents pays francophones, Canadiens-Français originaires de l'Ontario et d'autres provinces où les francophones sont minoritaires) - l'état de santé, les besoins en santé et les comportements adoptés pour recevoir des soins de santé sont variables.

Réussites de la dernière année :

L'Entité de planification des services de santé en français de Waterloo, Wellington, Hamilton, Niagara, Haldimand, Brant, qui est l'entité de planification des services de santé en français (EPSF) des RLISS de HNHB et de Waterloo-Wellington (WW), est fonctionnel :

- Le Comité mixte de liaison (CML), dont le mandat consiste à élaborer des mécanismes appropriés de collaboration et de dialogue continu, se réunit régulièrement tout au long de l'année pour discuter de questions de planification.
- Le CLM a participé et a collaboré avec l'EPSF afin d'atteindre les objectifs établis dans le Plan d'action conjoint annuel (PACA) 2013-2014.

Les RLISS et l'EPSF continuent de créer des relations de travail positives qui faciliteront l'atteinte de l'objectif mutuel d'améliorer l'accès aux services en français pour nos communautés francophones. Des présentations et discussions continues avec les organismes désignés pour offrir des services en français ont permis de sensibiliser et de faire connaître davantage la LSF, le rôle et le mandat des RLISS et les obligations des FSS. Cela s'est traduit par :

- Une augmentation du niveau de participation du personnel et des divisions dont témoignent les réponses dans les rapports et la demande accrue de renseignements sur les services en français.

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectif (s) :

Population francophone :

- Accroître la connaissance et la capacité des FSS concernant les services en français.
- Continuer de collaborer avec l'EPSF afin de définir des stratégies visant à améliorer l'accès aux services en français pour les personnes qui parlent français.
- Élaborer et mettre en œuvre une stratégie pour accroître l'accès aux lits en FSLD pour les personnes francophones de Hamilton.
- Collaborer avec l'EPSF pour tirer profit de la trousse existante de ressources en offre active à la disposition des FSS du RLISS de HNHB.

Conformité aux priorités gouvernementales :

- Accès :
    - Faire en sorte que la population francophone ait accès à des services de santé en français dans une portée raisonnable.
- Accessibilité :
    - Garantir l'offre active de programmes de santé en français ainsi que la disponibilité de ressources humaines en soins de santé francophones.
- Participation de la communauté :
    - Soutenir la participation active des francophones aux consultations publiques et aux activités de participation citoyenne et communautaire.
- Intégration et coordination :
    - Répondre aux besoins des francophones, et s'assurer que les programmes et les FSS intègrent les principes de la LSF et de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (LISSL) dans leurs procédures d'affaires afin de répondre aux besoins et aux préoccupations de la clientèle francophone.
- Élaboration de programmes et de politiques fondés sur des données probantes :
    - Utiliser les meilleurs renseignements disponibles sur les besoins des francophones, les tendances

démographiques et l'amélioration des études axées sur les francophones pour éclairer l'élaboration de programmes et de politiques.						
Plans d'action et interventions : **« Nous obtiendrons les résultats suivants »**	Indiquez l'état d'avancement du projet (Non commencé, En cours, Repoussé ou Terminé) et, le cas échéant, le pourcentage d'achèvement prévu 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, inscrivez 25 % dans chaque colonne.					
	2014-2015		**2015-2016**		**2016-2017**	
Exemples :	État	%	État	%	État	%
• Accroître la connaissance et la capacité des FSS concernant les services en français : o Promouvoir l'utilisation des ressources existantes pour les services en français. o Projets précis de renforcement des capacités. o Constitution d'une offre active. o Surveillance des progrès et du rendement des FSS concernant la mise en œuvre de services en français.	En cours	25	En cours	25	En cours	25
• Continuer de collaborer avec l'EPSF afin de définir des stratégies visant à améliorer l'accès aux services de santé en français (SSF) pour les personnes qui parlent français : o Coordonner les efforts « conjoints de liaison » avec l'EPSF pour garantir la réalisation appropriée du Plan d'action conjoint annuel 2014-2015. o Étudier et coordonner la réponse aux présentations annuelles exigées de l'EPSF.	Terminé	100				
• Collaborer avec le RLISS et coordonner sa participation aux projets conjoints : o Accès à des lits en FSLD à Hamilton	En cours	50	En cours	25	En cours	25
Comment évaluerons-nous la réussite?						
• Rapport sur l'état d'avancement du plan de mise en œuvre : o Nombre d'organismes désignés pour offrir des services en français qui ont mis en place des mécanismes pour repérer les clients francophones. o Nombre d'organismes désignés pour offrir des services en français qui ont des employés ou des professionnels de la santé francophones.						

• Une stratégie est mise en œuvre pour améliorer l'accès aux lits en FSLD à Hamilton pour les francophones.
Quels sont les risques ou obstacles à une mise en œuvre réussie?
• Manque de professionnels de la santé francophones pouvant offrir des services en français. • Engagement variable parmi les intervenants à répondre aux besoins de la population francophone.
Pour chaque risque ou obstacle, décrivez la stratégie d'atténuation du risque
• Évaluer la capacité des fournisseurs. • Faire connaître ces enjeux aux fournisseurs et les sensibiliser davantage à ceux-ci. • Travail continu avec l'EPSF. • Travail avec les différents intervenants et partenaires.
Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif?
• L'EPSF est fonctionnel et peut aider le RLISS à faire participer la communauté, à cerner les lacunes, à trouver des solutions grâce à la participation aux tables de planification du RLISS. • Formation des professionnels de la santé francophones. • Accès à des services de traduction. • Collaboration étroite avec le CASC. • Plus de renseignements fournis par la communauté francophone.
Autres commentaires (c.-à-d. renseignements supplémentaires appuyant la mise en œuvre ou la réussite de l'objectif).

iv. Système intégré de service de soutien

PARTIE 1 : DÉFINITION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés :
Système intégré de service de soutien
Description de la priorité du PSSI :
• Système intégré de service de soutien - les services qui soutiennent la prestation de soins seront coordonnés afin de réduire les dédoublements au sein des hôpitaux et du secteur communautaire. Cette coordination pourrait inclure : o Soutien fonctionnel (c.-à-d. achats, finances, ressources humaines). o La gestion intégrée de l'information et l'aide à la décision tireront avantage des approches à l'échelle du RLISS concernant cyberSanté Ontario, RTO, l'évaluation commune (c.-à-d. l'Instrument d'évaluation des résidents-Évaluation de la santé communautaire (RAI-CHA)), et le Dossier d'évaluation intégré (DÉI) connexe. o Soutient clinique (p. ex. laboratoire, imagerie diagnostique). o Gestion de l'information et aide à la décision.

Situation actuelle :

Le RLISS de HNHB a conclu 9 ERS-H, 86 ERS-SLD et 96 ERSM avec des fournisseurs. Bien qu'il existe différentes ententes dans diverses parties du système en matière de services de soutien partagés, ces ententes ne sont pas exhaustives et, dans le secteur communautaire, sont grandement ponctuelles.

Mohawk Shared Services Corporation offre actuellement de nombreux services de soutien partagés en milieu hospitalier et explore d'autres possibilités.

Il existe de nombreuses ententes localisées pour des services partagés dans le secteur communautaire.

Principaux enjeux :

- Dans un contexte où les ressources sont limitées, tous les FSS doivent pouvoir concentrer leur attention et leurs ressources sur les soins aux patients et aux clients.
- Effectuer un examen global de l'intégration des services de soutien peut constituer une façon de permettre cette orientation, en offrant des solutions économiques qui permettent une meilleure uniformité du processus décisionnel et de l'amélioration de la qualité.

Réussites de la dernière année :

- Mohawk Hospital Services prépare actuellement un plan de fonctions partagées de comptes débiteurs et de comptes créditeurs dans tous les établissements hospitaliers.
- En tant qu'organisme détenu et exploité par les hôpitaux du RLISS, Mohawk étudie aussi une façon de partager les services de soutien d'autres hôpitaux au moyen de leur structure.

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectif (s) :

Un plan a été élaboré pour déterminer la meilleure façon de réduire le dédoublement des services de soutien administratifs dans les hôpitaux et le secteur communautaire.

Conformité aux priorités gouvernementales :

Conforme à l'orientation du Ministère concernant le rapport avantages-coûts.

Plans d'action et interventions : **« Nous obtiendrons les résultats suivants »**	Indiquez l'état d'avancement du projet (Non commencé, En cours, Reepoussé ou Terminé) et, le cas échéant, le pourcentage d'achèvement prévu 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, inscrivez 25 % dans chaque colonne.					
	2014-2015		**2015-2016**		**2016-2017**	
Exemples :	État	%	État	%	État	%
Travailler avec Mohawk Shared Services pour élaborer un plan de services de soutien intégrés pour le secteur hospitalier, incluant : • Évaluation de la situation actuelle et besoins et	En cours	50	En cours	25	En cours	25

possibilités supplémentaires. • Définition du modèle de prestation de services en fonction de l'examen de la pratique exemplaire. • Élaboration d'une analyse de rentabilité et d'un plan de mise en œuvre.						
Collaborer avec le CASC et d'autres FSS communautaires pour élaborer un plan de services de soutien intégrés pour le secteur communautaire, incluant : • Évaluation de la situation actuelle et besoins et possibilités supplémentaires. • Définition du modèle de prestation de services en fonction de l'examen de la pratique exemplaire. • Élaboration d'une analyse de rentabilité et d'un plan de mise en œuvre.	En cours	25	En cours	25	En cours	25

Comment évaluerons-nous la réussite?

Diminution du dédoublement des services de soutien.

Quels sont les risques ou obstacles à une mise en œuvre réussie?

- TI : la réussite dépend de la disponibilité de renseignements partagés sur le patient; il faut d'importants investissements en cybersanté pour faciliter l'intégration.
- Obstacles culturels et liés à la pratique : différents styles de pratique, de culture et d'administration peuvent mener à des conflits.
- Les conventions collectives des ressources humaines peuvent avoir un impact sur le calendrier de mise en œuvre lorsque des ressources doivent être déplacées.
- Un nombre insuffisant de ressources pourrait être affecté aux stratégies de gestion du changement

Pour chaque risque ou obstacle, décrivez la stratégie d'atténuation du risque

- S'assurer que les plans intégrés n'entraînent pas de coûts supplémentaires.
- Suivre le plan local en matière de cybersanté et tirer avantage des possibilités externes.
- Intégrer des principes, des procédures et une durabilité
- Faire participer les médecins et les dirigeants des ressources humaines aux procédures.

Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif?

- L'utilisation d'outils d'intégration, de modèles et de procédures uniformes pour chaque processus de planification et d'intégration garantira l'atteinte de nos objectifs.
- Évaluation objective des possibilités et modèles de prestation de services.

Autres commentaires (c.-à-d. renseignements supplémentaires appuyant la mise en œuvre ou la réussite de l'objectif).

MODÈLE A :

PARTIE 1 : DÉFINITION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS

Priorité en matière de services de santé intégrés :

Cybersoins de santé (cybersanté)

Description de la priorité du PSSI :

Information reliée pour permettre une prise de décision efficace en matière de soins et de système de santé.

Situation actuelle :

Le plan stratégique en matière de cybersanté du RLISS de HNHB et son orientation définissent l'exploitation des solutions de cybersanté pour améliorer la façon dont les patients reçoivent des soins. Les principes pour orienter la planification des activités et faire croître la cybersanté incluent :

- Se baser sur des solutions existantes et adaptables.
- Saisir les occasions et s'harmoniser avec les initiatives et ressources actuelles ou planifiées.
- Choisir des solutions qui favorisent la simplicité d'intégration et de fonctionnement avec d'autres systèmes.
- Doter les intervenants d'un niveau minimal d'informatisation pour permettre leur participation.
- Répartir les coûts de mise en œuvre entre tous les fournisseurs qui espèrent améliorer les soins aux patients et les faire profiter de ces solutions.

Réussites de la dernière année :

- ClinicalConnect (visualisateur commun de renseignements cliniques qui intègre les données de 28 hôpitaux du RLISS de HNHB et du RLISS de Waterloo-Wellington (WW) plus deux CASC et le JCC).
- Plus de 6 000 médecins et fournisseurs sont maintenant inscrits à ClinicalConnect (soit 2 000 de plus que l'année précédente).
- Poursuite du projet financé par cyberSanté Ontario (3,6 millions de dollars pour le RLISS de HNHB et 1,6 million de dollars octroyé au RLISS de WW) pour soutenir une plus grande adoption, une gouvernance évoluée, pour améliorer l'infrastructure de soutien et la gestion des services.
- cyberSanté Ontario offre des fonds supplémentaires pour l'élargissement de ClinicalConnect à deux autres RLISS (RLISS 1 et 2) et pour l'adoption et la gestion du changement.
- Le projet d'Inforoute Santé du Canada, d'une valeur d'un million de dollars, pour déployer la version mobile de ClinicalConnect et pour évaluer l'amélioration des soins aux patients et du cheminement est presque terminé (plus de 650 fournisseurs utilisent maintenant la version mobile – soit 250 de plus que l'année précédente).
- Planification de l'élargissement de ClinicalConnect aux RLISS (1 et 2) dans le cadre de l'intégration du regroupement du Sud-Ouest de l'Ontario (SOO) prévue pour 2014-2015). Le CASC des RLISS 1 et 2 sera intégré à ClinicalConnect au début de 2014. D'autres données du CASC seront aussi disponibles.
- Meilleure interfonctionnalité avec les systèmes des hôpitaux et les dossiers médicaux d'urgence de la communauté grâce à l'identification unique et au lancement contextuel de ClinicalConnect maintenant en fonction dans les établissements HHS, NHS, JBH et de Brantford. On prévoit ajouter d'autres dossiers médicaux d'urgence d'hôpitaux et de médecins des RLISS de HNHB et de WW.
- L'intégration des données de laboratoires publics et privés du Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) en est à l'étape des essais de conformité. Des retards liés aux ressources et à des changements aux

spécifications du SILO reportent la date de lancement en 2014.

- Les données de la pharmacie de Grand River ont été ajoutées et sont maintenant opérationnelles.
- Les évaluations infirmières des Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins (RSAIS) sont presque terminées et devraient être opérationnelles en janvier 2014.
- Les travaux d'intégration du Dépôt d'imagerie diagnostique (d-ID) progressent, avec une date de lancement prévue en 2014.
- La planification pour soutenir les Maillons santé (améliorer la connectivité et permettre les améliorations) est commencée. ClinicalConnect affichera les cohortes et visiteurs fréquents. Les travaux sont en cours. La date de lancement est prévue pour le début de 2014.
- Planification du projet pilote d'aiguillage électronique (soins actifs vers le CASC), exploitation du système de renseignements concernant la santé du client (CHRIS) du CASC et ClinicalConnect.
- La planification du soutien de la nouvelle norme provinciale sur le Système de gestion des rapports hospitaliers sera terminée d'ici la fin de 2013.
- Le référentiel de données sur l'aide intégrée à la décision (AID) et solution de renseignements d'affaires – ensembles de données entièrement opérationnels et en croissance. Mise en œuvre au RLISS de Toronto-Centre (TC) et planifiée au RLISS du Sud-Ouest (SO).
- La mise à niveau du système d'information sur les temps d'attente - ANS planifiée et en attente d'un financement.

Principaux enjeux liés à la mise en œuvre de la cybersanté :

- Changements (échéanciers, ressources et spécifications provinciales).
- Défis à l'échelle locale pour recruter des ressources et pour répondre au nombre croissant de demandes.
- Les procédures et politiques ne sont pas toujours harmonisées ou ne soutiennent pas toujours la nouvelle situation.
- Dans certains cas en lien avec l'utilisation de la version mobile de ClinicalConnect, les appareils ne sont pas fournis, ne sont pas autorisés ou sont désuets.
- Disponibilité d'un réseau Wi-Fi ou d'un plan de données.
- Changement dans la façon de faire.
- Le financement est en grande partie basé sur les projets et ne couvre pas la pérennité, bien que le programme ConnexionSOO doit être couvert dans la prochaine Entente de paiement de transfert.
- Importants coûts administratifs pour gérer les rapports.
- Les politiques en matière d'approvisionnement prolongent les échéanciers.
- Les contraintes financières des FSS pour équilibrer les budgets ont un impact sur la disponibilité des fonds pour soutenir la cybersanté locale.
- Impact ou changements dans les priorités, politiques et budgets de la province liés aux soins de santé.

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectif (s) :

- Améliorer l'accès aux renseignements sur la santé dans tout le continuum des soins de santé.
- Améliorer la prestation des soins aux patients grâce à un accès amélioré et opportun à l'information.
- Améliorer la capacité des professionnels de santé à avoir accès aux renseignements pour leur permettre de prendre

des décisions éclairées.

- Améliorer la qualité des soins et diminuer le nombre d'erreurs.
- Améliorer la gestion du système de santé.

Conformité aux priorités gouvernementales :

- La cybersanté permettra ou assurera l'échange de renseignements sur les patients entre les organismes de soins de santé et les cliniciens.
- La cybersanté est un facteur essentiel de réussite pour la transformation du système de santé, et constitue une priorité du gouvernement.
- cyberSanté Ontario est le chef de file pour mobiliser les TI et l'innovation afin d'améliorer l'accès, la sécurité et les soins du patient en appui à la stratégie gouvernementale en matière de santé.
- Harmonisation avec les orientations et normes de cyberSanté Ontario, y compris le projet de prestation de soins infirmiers au moyen de la télémédecine en Ontario.

Plans d'action et interventions : **« Nous obtiendrons les résultats suivants »**	Indiquez le pourcentage d'achèvement prévu 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, inscrivez 25 % dans chaque colonne.					
	2014-2015		**2015-2016**		**2016-2017**	
	État	%	État	%	État	%
• Adoption de ClinicalConnect par un plus grand nombre de médecins, fournisseurs, FSS du RLISS de HNHB, y compris l'éducation et la gestion des changements et de la transformation - comprend le déploiement de la version mobile.	En cours	50	En cours	25	En cours	25
• Poursuite du déploiement et amélioration de l'interfonctionnalité (identification unique et lancement des renseignements contextuels sur le patient provenant de l'hôpital et des DME communautaires).	En cours	30	En cours	60	En cours	10
• Amélioration des services et du soutien.	En cours	50	En cours	50	En cours	
• Soutien des Maillons santé – affichage des cohortes fréquentes dans ClinicalConnect. Soutien des fonctionnalités avancées et autre intégration (p. ex. plans de soins).	En cours	50	En cours	25	En cours	25
• Notification électronique – tirer profit de ClinicalConnect pour soutenir les notifications électroniques de patients provenant des soins actifs et dirigés vers le CASC et les médecins de la communauté.	En cours	25	En cours	50	En cours	25

• Intégration et exploitation des atouts provinciaux (One-ID, registres de clients et de fournisseurs) – Projet pilote de preuve de concept sur le point de commencer.	En cours	50	En cours	50		
• Élargissement de ClinicalConnect aux RLISS du SO et d'Erie St. Clair (ESC) (RLISS 1 et 2).	En cours	75	En cours	25		
• Intégration des données du CASC du SO et d'ESC et ajout des données du CASC à ClinicalConnect.	Terminé	100				
• Intégration du d-ID à ClinicalConnect.	Terminé	100				
• Élargir le téléchargement des rapports aux dossiers médicaux d'urgence des médecins et offrir un soutien au Système de gestion des rapports hospitaliers (SGRH) (mise en œuvre et transition à partir du système existant). (Ajout prévu des données du SILO au SGRH).	En cours	50	En cours	25	En cours	25
• Profiter de l'intégration de ClinicalConnect pour acheminer au SILO les données de laboratoires des hôpitaux par opposition à de nombreuses connexions distinctes d'hôpitaux au SILO.	En cours	25	En cours	50	En cours	25
• Introduction d'un système de messagerie sécuritaire.	En cours	25	En cours	50	En cours	25
• Projet pilote et approche sur les orientations de la notification électronique.	En cours	25	En cours	50	En cours	25
• Élargir et améliorer l'aide intégrée à la décision (AID), élargir les ensembles de données pour inclure d'autres secteurs des soins de santé.	En cours	55	En cours	25	En cours	20
• Élargir le d-ID et en accroître l'adoption.	En cours	25	En cours	25	En cours	25
• Jumelage des ressources et orientation (Phase I) - Le RLISS de HNHB est l'un des quatre RLISS du regroupement ConnexionSOO à participer à la transformation du processus d'aiguillage : o Projet pilote d'aiguillage électronique du CASC, de l'établissement HHSC et de cybersanté de HNHB pour éclairer le jumelage des ressources et l'orientation.	En cours	80	En cours	20		

Comment évaluerons-nous la réussite?

- Diminution du nombre de répétition des tests de diagnostic.
- Cheminement amélioré.
- Meilleure communication entre les fournisseurs de soins de santé.
- Sécurité accrue des patients et diminution du nombre d'erreurs médicales.
- Meilleure qualité des soins.

Quels sont les risques ou obstacles à une mise en œuvre réussie?

- Rapidité des décisions ou délais dans les procédures
- Synchronisation de l'accès des fournisseurs aux données et rapports de l'outil intégré d'aide à la décision.
- L'élargissement des projets de cybersanté pourrait diminuer la disponibilité des ressources.
- Défis liés au recrutement (salaires non concurrentiels, emplacement).
- Réaliser les priorités en matière de soins aux patients dans une période de contraintes économiques et financières.

Stratégies d'atténuation :

- Disponibilité d'un :
  - Plan de mise en œuvre pour assurer la disponibilité des données de fournisseurs clés.
  - Plan de mise en œuvre axé sur la disponibilité des ressources.
  - Établissement d'autres partenariats (p. ex. Collège Mohawk, Université McMaster, détachements de partenaires).
  - Continuer d'ajuster et de faire évoluer le programme de cybersanté mature/établir de nouveaux rôles ou revoir les responsabilités et rôles existants/augmenter la rémunération pour attirer et conserver les employés.
  - Négocier un financement plus approprié de cyberSanté Ontario et du MSSLD (dans le cadre du projet ConnexionSOO).

Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif?

- Une annonce rapide des affectations prévues pour les hôpitaux facilitera la planification de leur budget.
- Disponibilité de fonds pour embaucher des ressources afin de renforcer la capacité en cybersanté.
- Créer des attentes de participation à des ERS-H.

3.3. Améliorer considérablement l'expérience du patient en élargissant le rôle du RLISS pour qu'il devienne un commissaire à la santé.

PARTIE 1 : DÉFINITION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS

Priorité en matière de services de santé intégrés :

Améliorer considérablement l'expérience du patient en élargissant le rôle du RLISS pour qu'il devienne un commissaire à la santé

Description de la priorité du PSSI :

Pour faire évoluer son rôle dans le cadre de son mandat actuel en vertu de la loi, le RLISS de HNHB :

- Deviendra un commissaire du système de santé axé sur la qualité, le volume, le prix et la responsabilisation.
- La mise en service est un processus complexe comportant des responsabilités allant de l'évaluation des besoins de la population et priorisation des résultats pour la santé à l'acquisition de produits et services et financement d'offres de services. En que commissaires du système de santé, les employés du RLISS de HNHB et son conseil d'administration prendront des décisions concernant le système de santé fondées sur des données probantes et le rendement.
- Le renforcement des capacités du système de santé pour faire progresser l'amélioration de la qualité exige un engagement continu et un renforcement des capacités des FSS en matière d'amélioration du rendement pour garantir que l'on atteigne les résultats pour les patients.

Situation actuelle :

Les citoyens s'attendent à de la valeur de la part des services publics – y compris l'efficacité, l'abordabilité et la qualité. En comparaison avec d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le système de santé canadien n'a pas offert de façon constante des services de grande qualité au prix arrondi le plus raisonnable. Le ralentissement économique mondial a exercé une plus grande pression sur les services financés par le gouvernement, nécessitant des efforts encore plus axés sur l'atteinte d'une grande valeur pour les services de santé.

Une priorité stratégique clé du RLISS de HNHB consiste à assurer des services accessibles, axés sur le patient qui ont aussi un bon rapport avantages-coûts.

Le RLISS de HNHB a conclu 192 ERS avec des fournisseurs et exerce une surveillance du rendement financier et opérationnel. Le RLISS de HNHB a aussi la responsabilité de travailler avec chacun des fournisseurs sur les principales priorités à l'échelle du système, y compris les listes d'attente aux services d'urgence, les ANS et une transition des services actifs vers les services communautaires.

Afin d'accentuer l'orientation sur le rapport avantages-coûts, le RLISS de HNHB adopte les pratiques exemplaires de la mise en service des services de santé (une pratique exemplaire éprouvée en gestion des soins de santé).

Une orientation stratégique des principes de la mise en service se traduira par :

- L'accent mis sur la santé de la population et les lacunes dans les services, et non sur les fournisseurs.
- L'accent mis sur des solutions communes qui traversent les silos et diffèrent des relations de travail traditionnelles.
- Une prise de décisions concernant le système de santé fondée sur des données probantes et le rendement.
- La garantie que les besoins des patients sont au cœur du processus décisionnel.

Parallèlement à sa progression vers l'adoption d'une stratégie de mise en service, le RLISS de HNHB poursuivra et améliorera sa relation avec les FSS. Le RLISS travaillera en partenariat avec les FSS afin qu'ils respectent leurs obligations juridiques.

Cette collaboration inclura un cadre de gestion du rendement qui tentera de répondre aux questions suivantes :

- Les FSS offrent-ils ce qu'ils sont supposés offrir? (Efficacité)
- Les FSS offrent-ils les services de la manière la plus efficiente possible? (Efficience)
- Y a-t-il des éléments que les FSS peuvent mieux faire? (Qualité)

Ce travail soutiendra et fera progresser les impératifs de mise en œuvre de la Réforme du financement des services de santé, axée sur le financement des fournisseurs en fonction de leur efficacité et l'activité des patients plutôt que sur des augmentations au budget de base.

Le nombre et la complexité des FSS de notre RLISS exigent une priorisation en fonction du risque de ne pas respecter les obligations de rendement. La gestion du risque d'entreprise constitue une approche stratégique pour définir, évaluer, atténuer et communiquer les principaux risques à l'organisme. Un risque stratégique clé pour le RLISS de HNHB consiste à s'assurer que les FSS offrent des services de grande qualité de façon efficace et efficiente, conformément aux ententes de responsabilisation. Le RLISS de HNHB tirera profit des procédures actuelles en appliquant de façon plus rigoureuse le programme de gestion du risque d'entreprise à la gestion des ERS.

Évaluation du risque	Gestion de l'ERS
Définition du risque (Qu'avons-nous découvert?)	Surveillance et évaluation mensuelles et trimestrielles des données financières, sur le rendement et la qualité.
Évaluation du risque (Qu'est-ce que cela signifie?)	Détermination du niveau de risque – vert, jaune et rouge Analyse axée sur : • Rendement (cibles/volumes) • Excédent des FSS • Résultats de qualité à l'échelle du système
Atténuation et contrôle du risque (Que pouvons-nous faire à ce sujet?)	• Renforcement des capacités • Rapports financiers et sur le rendement supplémentaires • Vérifications • Hiérarchisation de la gestion du rendement • Examen opérationnel et examen de la gouvernance • Autres exigences liées au rendement • Réaffectation
Évaluation et communication du risque (Comment savons-nous que cela a fonctionné? Qui doit-on informer?)	• Évaluation de l'impact • Communication aux intervenants et au public

La participation des fournisseurs constituera une stratégie clé pour faire progresser le rôle du RLISS dans la mise en service. Pour ce faire, il faudra la participation du conseil d'administration, des dirigeants et des employés pour définir les nouvelles attentes et des façons d'offrir les services.

Le RLISS de HNHB concevra et mettra en œuvre un plan de participation suivi d'échéanciers de négociation d'ERS pour s'assurer que l'on aborde les principaux enjeux liés au rendement au moment de conclure les ententes. Le plan de participation inclura des stratégies pour mettre l'accent sur ce qui suit :

- Qualité des données – financières et statistiques.
- Gouvernance – garantir une compréhension claire des responsabilités fiduciaires du conseil d'administration pour la gestion des ERS.
- Rendement – les principaux éléments organisationnels devant être en place pour offrir des services offrant un bon rapport coûts-avantages
- Communications – message clair et uniforme sur l'amélioration du rendement, les conséquences du non-respect des obligations contenues dans l'ERS et les négociations liées aux transferts et à la fin du financement.

Réussites de la dernière année :

- Le RLISS a attribué sa part du 4 pour cent de financement communautaire au moyen d'un processus de DP pour cibler les principaux groupes de population prioritaires. Cet exercice a permis au RLISS de concentrer le financement directement sur des besoins particuliers des patients et de lier le financement à des propositions de grande qualité.

- Le RLISS a collaboré avec les hôpitaux à l'octroi du financement pour les volumes de temps d'attente en interventions chirurgicales et ID. Cet effort de collaboration était axé sur l'octroi de financement afin d'avoir un impact plus direct sur des objectifs clés comme la réduction des temps d'attente pour les patients.

- Le conseil d'administration a approuvé une politique de responsabilisation du rendement conçue pour énoncer des principes visant à orienter la gestion du rendement. Cette politique établit un lien clair entre le RLISS et les fournisseurs, le rôle de la gouvernance dans la gestion du rendement et énonce toutes les étapes à suivre pour régler les problèmes de rendement.
- Le RLISS a mis sur pied une méthodologie pour évaluer le risque d'un organisme afin d'être en mesure de définir et d'atténuer de façon plus proactive les problèmes de rendement et contractuels. Le cadre se fonde sur l'évaluation des risques liés aux composantes suivantes : conformité contractuelle, indicateurs de rendement et principaux indicateurs financiers.

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectif (s) :

- Un cadre d'exécution stratégique est en place pour faire progresser l'intégration de méthodologies de planification des activités et le processus décisionnel fondé sur des données probantes d'un organisme à rendement élevé.
- Mise en œuvre de cliniques spécialisées définies par le Ministère pour garantir que les services offerts correspondent aux besoins, intègrent les résultats appropriés en matière de qualité, s'intègrent aux programmes à l'échelle du RLISS et constituent un bon rapport coûts-avantages.
- Le cadre de la gestion du risque d'entreprise continuera d'être élargi pour faire progresser le RLISS vers l'adoption d'un modèle de mise en service.
- Étendre davantage le concept de mise en service du RLISS au siège social du RLISS.
- La Réforme du financement des services de santé continuera d'évoluer conformément aux objectifs du Ministère.
- Les coûts administratifs dans le secteur de la santé seront continuellement réduits.

Conformité aux priorités gouvernementales :

- Réforme du financement des services de santé
- Optimisation de l'utilisation des ressources.
- Optimisation du rapport coûts-avantages.
- Amélioration de la rentabilité pour la prestation de services.

Plans d'action et interventions : **« Nous obtiendrons les résultats suivants »**	Indiquez l'état d'avancement du projet (Non commencé, En cours, Repoussé ou Terminé) et, le cas échéant, le pourcentage d'achèvement prévu 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, inscrivez 25 % dans chaque colonne.					
	2014-2015		**2015-2016**		**2016-2017**	
Exemples :	État	%	État	%	État	%

On élaborera un cadre d'exécution stratégique : • Analyse des causes fondamentales orientée données. • Modèle logique. • Boîte à outils pour un plan de mise en œuvre et d'évaluation.	En cours	50	En cours	50		
Mise en œuvre des cliniques spécialisées définies par le Ministère : • S'assurer que les services offerts correspondent aux besoins de la population. • Intégration des résultats appropriés liés à la qualité. • Intégration aux programmes à l'échelle du RLISS. • Bon rapport coûts-avantages.	En cours	50	En cours	50		
Évolution du cadre de gestion du risque d'entreprise pour évaluer : • Coût par cas. • Comparaisons entre fournisseurs. • Ajout des hôpitaux et CASC au cadre.	En cours	50	En cours	50		
Boîte à outils pour la gestion du risque d'entreprise destinée à la gestion du risque dans le secteur des FSLD.	Terminé	100				
Étendre davantage le concept de mise en service du RLISS au siège social du RLISS. Concevoir un outil de rendement du capital investi (RCI) afin de soutenir la mise en service : • Élaboration d'un programme ou d'un plan de pérennité du service si le service ou les résultats actuels ne peuvent être soutenus à l'aide des ressources actuelles. • Faire en sorte que toutes les décisions en matière de financement sont liées aux priorités du RLISS.	En cours	50	En cours	50		
La RFSS continuera d'évoluer conformément aux objectifs du Ministère : • Soutien du déploiement continu de la RFSS • Partenariats locaux • Perfectionnement des compétences des employés du RLISS sur l'utilisation du Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAFS) et des	En cours	50	En cours	50		

actes médicaux fondés sur la qualité en tant que stratégies pour l'amélioration du rendement						
Les coûts administratifs dans le secteur de la santé seront continuellement réduits. • Un plan a été élaboré pour déterminer la meilleure façon de réduire le dédoublement des services de soutien administratifs dans les hôpitaux et le secteur communautaire. o Évaluer la situation actuelle. • Résultats, conclusions et recommandations réalisables.	Terminé	100				

Comment évaluerons-nous la réussite?

- Les employés et fournisseurs du RLISS de HNHB collaborent de façon efficace au sein du cadre de gestion du rendement.
- Les cliniciens participent activement à la conception et à la prestation de soins de santé efficaces et efficients.
- Le financement des soins de santé offre des services de grande qualité au meilleur prix.
- Les services correspondent aux besoins de la communauté locale.
- L'expérience des patients est améliorée grâce à une plus grande collaboration.

Quels sont les risques ou obstacles à une mise en œuvre réussie?

- Absence d'incitatif naturel pour favoriser la collaboration.
- La qualité des données est mauvaise pour certains fournisseurs.
- Certains fournisseurs ignorent les procédures nécessaires pour mettre en œuvre une qualité efficace à un coût raisonnable.
- Manque de clarté en lien avec le non-respect des exigences de l'ERS.
- Processus de financement (internes et externes) moins efficients.
- Les objectifs du programme et organisationnels manquent de clarté (ne correspondent pas à la philosophie S.M.A.R.T. (Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes, adoptés à Temps)).
- Les conseils d'administration ne sont pas certains de leur rôle fiduciaire dans la gestion des ERS.
- Nombre important de fournisseurs comptant un nombre limité d'employés pour procéder à la révision.
- Risques en matière de communication en raison de la réduction possible du financement ou fin de programmes moins performants.
- Écart important du coût par cas.

Pour chaque risque ou obstacle, décrivez la stratégie d'atténuation du risque

- Le RLISS de HNHB fera progresser les systèmes de mesures incitatives au rendement grâce à de nouvelles initiatives comme les Maillons santé et des instruments de responsabilisation novateurs (protocoles d'entente).

- Le plan de participation du RLISS de HNHB sera axé sur les principales lacunes répertoriées, y compris : qualité des données, gestion du rendement, gouvernance et responsabilité fiduciaire.
- Les ERS constitueront des instruments précis en matière d'incitation et de dissuasion pour l'atteinte des objectifs.
- Des procédures efficaces de gestion du risque d'entreprise classeront les fournisseurs en fonction du rendement, permettant aux employés de se concentrer sur les secteurs à plus grand risque.
- Un processus plus clair et transparent concernant les réductions de financement aidera à formuler les objectifs de communication décrivant l'importance de la continuité et de la sécurité des soins pour le patient.
- Le RLISS de HNHB continuera de tirer profit de la RFSS au cours des prochaines années afin de soutenir les objectifs en matière de réduction d'écart et de coûts par cas.
- Réorienter l'examen du financement pour les fournisseurs à risque élevé augmentera l'efficacité des affectations et transferts en cours d'exercice.

Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif?

- Réforme du financement des services de santé
- Classement du risque et établissement des priorités.
- Qualité des données.
- Participation des FSS.
- Fiches d'information.
- Sensibilisation du personnel et participation à la réflexion et aux procédures concernant la vérification et le rapport coûts-avantages.

Autres commentaires (c.-à-d. renseignements supplémentaires appuyant la mise en œuvre ou la réussite de l'objectif).

4. Plan de dépenses pour les activités du RLISS de HNHB

Sous-catégorie d'opérations du RLISS ($)	Dépenses prévues réelles pour 2013-2014	Allocation pour 2014-2015	Dépenses prévues pour 2015-2016	Dépenses prévues pour 2016-2017
Salaires et traitements	3 689 612	3 677 781	3 677 781	3 677 781
Avantages sociaux des employés				
Régime de pension des hôpitaux de l'Ontario (HOOP)	343 436	353 317	353 317	353 317
Autres avantages	448 375	450 438	450 438	450 438
Montant total des avantages sociaux des employés	**791 811**	**803 755**	**803 755**	**803 755**
Transport et communications				
Déplacements du personnel	40 000	45 000	45 000	45 000
Déplacements des dirigeants	12 000	13 700	13 700	13 700
Communications	48 000	58 000	58 000	58 000
Autres avantages	4 500	5 000	5 000	5 000
Montant total des frais de transport et de communications	**104 500**	**121 700**	**121 700**	**121 700**
Services				
Hébergement	334 686	347 470	347 470	347 470
Publicité		0	0	0
Services bancaires	12 000	12 000	12 000	12 000
Participation communautaire	20 000	30 000	30 000	30 000
Frais de consultation	381 144	436 047	436 047	436 047
Location de matériel	15 000	20 000	20 000	20 000
Indemnités journalières des dirigeants	83 220	83 220	83 220	83 220
Coûts du Bureau des services communs des RLISS	660 000	510 000	510 000	510 000
Autres dépenses liées aux réunions	15 000	25 000	25 000	25 000
Autres frais de gouvernance	6 000	6 000	6 000	6 000
Impression et traduction	25 000	45 000	45 000	45 000
Perfectionnement du personnel	23 000	23 000	23 000	23 000
Montant total des frais de services	**1 575 050**	**1 537 737**	**1 537 737**	**1 537 737**
Fournitures et matériel				
Matériel de TI	45 000	35 000	35 000	35 000
Fournitures de bureau et matériel acheté	50 000	50 000	50 000	50 000
Montant total des frais de fournitures et de matériel	95 000	85 000	85 000	85 000
Opérations du RLISS : dépenses totales prévues	**6 255 973**	**6 225 973**	**6 225 973**	**6 225 973**
Cible de financement annuel	6 255 973	6 225 973	6 225 973	6 225 973
Écart	0	0	0	0

L'exercice 2013-2014 constitue estimation à la clôture de l'exercice basée sur le 31 décembre 2013 et projetée jusqu'au 31 mars 2014. Le financement est affiché comme suit :

	2013-2014	2014-2015
Opérations	4 916 172	4 916 172
Participation communautaire autochtone	37 500	37 500
Services en français	106 000	106 000
Responsable des soins primaires du RLISS	75 000	75 000
Responsable des soins intensifs*	75 000	75 000
Responsable des services d'urgences et d'ANS*	100 000	100 000
Responsable des services d'urgence*	75 000	75 000
Centre de coordination régional de lutte contre le diabète (CCRLD) – financement unique	30 000	
Centre de coordination régional de lutte contre le diabète (CCRLD) – financement de base	841 301	841 301
Total	**6 255 973 $**	**6 225 973 $**

* le financement des responsable des soins est indiqué comme étant payé en frais de consultation
Remarque : ce qui précède n'inclut pas le financement de l'entité

5. Dotation et opérations du RLISS de HNHB : Équivalents temps plein (ETP) du plan de dotation du RLISS

Titre du poste	Estimations du nombre d'ETP pour 2013-2014 en date du 31 mars 2014	Nombre d'ETP prévu pour 2014-2015	Nombre d'ETP prévu pour 2015-2016	Nombre d'ETP prévu pour 2016-2017
Directrice générale	1	1	1	1
Médecin responsable	1	1	1	1
Directeur	5	5	5	5
Conseiller, Accès aux soins	4	4	4	4
Conseiller, Transformation du système de santé	6	6	6	6
Conseiller, Gestion de la qualité et du risque	3	3	3	3
Conseiller, Finances	4	4	4	4
Conseiller, Information sur la santé	3	3	3	3
Analyste financier	1	1	1	1
Analyste de la gestion de la qualité et du risque	1	1	1	1
Coordonnateur des services en français	1	1	1	1
Conseiller, Communications	1	1	1	1
Adjoint aux communications	1	1	1	1
Coordonnateur des opérations	1	1	1	1
Adjoint de direction	2	2	2	2
Adjoint de projet	1	1	1	1
Adjoint de programme	1	1	1	1
Réceptionniste	1	1	1	1
Adjoint des services	1	1	1	1
Responsable de la mise en œuvre	1	1	1	1

des Maillons santé				
Nombre total d'ETP	**40**	**40**	**40**	**40**

6. Stratégie intégrée de communication

Objectifs

Objectif opérationnel :

La poursuite de la mise en œuvre du PSSS au cours des quatre prochaines années et la réalisation du PAA au cours de la prochaine année continueront de mener le RLISS de HNHB sur la voie d'un nouveau système de santé qui améliorera de façon importante l'expérience du patient grâce à la qualité, à l'intégration et à la valeur. Cet objectif stratégique continue d'être atteint grâce à la réalisation de trois orientations stratégiques :

1. Améliorer considérablement l'expérience du patient en enchâssant une culture de qualité

   dans l'ensemble du système.

2. Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services.

3. Améliorer considérablement l'expérience du patient en élargissant le rôle du RLISS pour qu'il devienne un commissaire à la santé.

Le PSSI 2013-2016 du RLISS de HNHB, le PSSS quinquennal et les initiatives contenues dans le présent PAA nécessiteront une approche délibérée en matière de communication et de participation. Il est essentiel de se doter d'un plan et d'une stratégie de communication solides afin de soutenir la réalisation d'un programme de transformation. Ces éléments viendront soutenir et améliorer la participation entamée. Le plan et la stratégie de communication devront :

- Favoriser une compréhension du besoin de transformer le système de santé tant à l'interne qu'à l'externe.
- Soutenir le modèle de système de santé en insistant sur les avantages de la transformation du système de santé pour la création d'un système de soins de santé fondé sur des données probantes, intégré et axé sur la personne.
- Orienter les FSS vers la vision partagée et l'orientation commune.
- Démontrer comment les organismes et personnes peuvent contribuer à la réussite de la transformation du système de santé.
- Atténuer les risques de publicité négative grâce à une planification proactive de la diminution des risques.
- Fournir des renseignements sur le rendement et les progrès de mise en œuvre – documenter les réussites et les communiquer.

Contexte

- Le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé, annoncé par le Ministère en janvier 2012, qui correspond aux principes de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, place les RLISS au cœur de la transformation du système de santé.
- Le RLISS de HNHB a un rôle essentiel à jouer dans les principales initiatives provinciales introduites, par exemple la RFSS, les Maillons santé, la stratégie des soins aux personnes âgées et l'élargissement des plans d'amélioration de la qualité aux secteurs des soins primaires et communautaires.
- Le PSSI 2013-2016 du RLISS de HNHB, le PSSS quinquennal et les initiatives contenues dans le présent PAA sont stratégiquement harmonisés avec les orientations et priorités gouvernementales, et reconnaissent la responsabilité conjointe du Ministère et des RLISS pour servir l'intérêt public et superviser de façon efficace l'utilisation des fonds publics.
- Le système de soins de santé a évolué au point où les RLISS sont reconnus comme étant les gestionnaires locaux du système qui jouent un rôle central pour diriger la transformation du système de santé.

Objectif de communication :

- Orienter les communications et activités de participation du RLISS de HNHB (conseil d'administration et employés) et des FSS partenaires qui participent aux initiatives contenues dans le PAA 2014-2015.
- Veiller à ce que tous les intervenants comprennent le rôle des organismes respectifs pour repérer les possibilités d'intégrer les services au système de santé local afin d'offrir des services adéquats, coordonnés, efficaces et efficients en fonction du financement disponible et en effectuant un suivi du rendement en fonction des ententes de responsabilisation conclues.
- Offrir des renseignements exacts et opportuns à tous les auditoires.
- Être transparents et responsables envers nos auditoires communs concernant : les échéanciers, les résultats et la possibilité de participer et de formuler des commentaires.

Public cible

Selon la situation, les auditoires primaires et secondaires incluront, sans s'y limiter :

- Les FSS et les principaux intervenants (à l'échelle du RLISS, entre RLISS et à l'échelle de tous les RLISS) :
    - FSS du RLISS de HNHB – Administration et gouvernance
    - Fournisseurs de soins primaires, y compris les médecins
    - Patients, clients, consommateurs et résidents
    - Associations professionnelles (comme l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA), l'Association médicale de l'Ontario (OMA) et HAM [Hamilton Academy of Medicine])
    - Réseau sur la santé des Autochtones
    - Entité de planification pour les services en français
- Gouvernement – Dirigeants administratifs et représentants élus :
    - Municipal
    - Régional
    - Provincial – y compris les intervenants du Ministère
- Public
    - Résidents
    - Groupe de référence de citoyens (GRC) :
        - Public élargi
        - Populations autochtones
        - Francophones
    - Organismes communautaires
- Médias :
    - Écrits – quotidiens, hebdomadaires et journaux et publications communautaires
    - Électroniques – télévision, radio et en ligne
    - Médias sociaux – Twitter, Facebook
- Autres RLISS, en particulier les RLISS situés à proximité – Sud-Ouest, Waterloo Wellington et Mississauga Halton (MH)

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et d'autres ministères (le cas échéant) :
    - Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé – Unité des relations et de la coordination (DRPSS-URC)
    - Division des communications et du marketing (DCM)
    - Bureau du ministre (BM)

Approche stratégique

Pour soutenir la stratégie de communication pour le PSSS et le rapport annuel, le RLISS de HNHB se servira du cadre de la stratégie de communication ci-dessous pour chaque orientation stratégique.

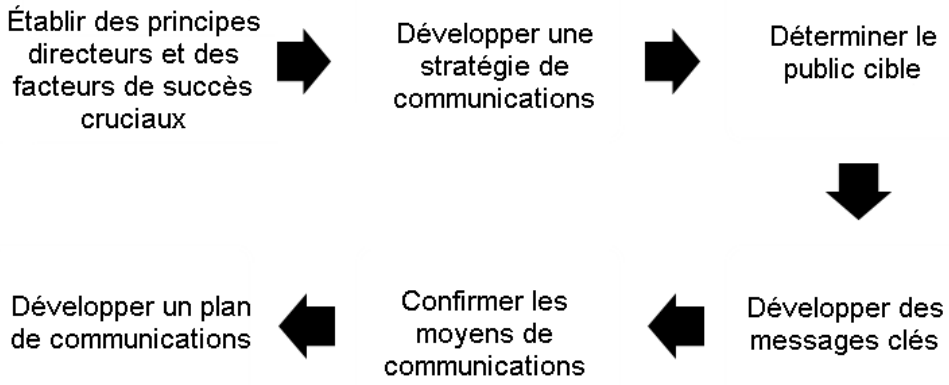
Ce cadre permettra au RLISS d'établir une procédure claire et réduira les risques au minimum en définissant les principaux intervenants, les messages clés et les véhicules de communication dès le début.

Une utilisation efficace de la stratégie de communication viendra soutenir les objectifs stratégiques suivants :

1. Faire comprendre aux intervenants la justification du changement, le modèle de transformation et les plans de mise en œuvre.
2. Les dirigeants agissent à titre de champions pour orchestrer le changement dans toute la région.
3. Le RLISS de HNHB joue un rôle de chef de file et, à ce titre, est en mesure de s'approprier les changements à la suite de la mise en œuvre « d'une manière habituelle ».

Le plan et la stratégie de communication est un document évolutif qui sera révisé et mis à jour par le RLISS de HNHB pour s'adapter et traiter de tout changement, enjeu ou évolution.

Cadre : Approche et stratégie en matière de communications



Messages clés

- Le RLISS de HNHB est un partenaire clé dans la transformation du système de santé afin d'offrir des soins de qualité qui répondent aux besoins des Ontariens aujourd'hui et dans l'avenir.
- Nous passons d'un ancien système conçu pour soigner les gens une fois qu'ils sont malades vers un modèle plus coordonné et axé sur la valeur faisant la promotion du bien-être.
- La population du RLISS de HNHB grossit et vieillit. Les taux de maladies chroniques sont à la hausse.
- Les réalités financières actuelles créent un plus grand nombre de défis.
- Le RLISS de HNHB et ses fournisseurs ont déjà apporté des changements importants et positifs dans la façon dont les services de santé sont offerts, et nous devons poursuivre ces travaux. En fait, nous devons exploiter de façon dynamique ce travail, parce que le statu quo n'est ni acceptable, ni viable.
- Chacun a un rôle important à jouer pour la concrétisation d'un changement sain, y compris les fournisseurs de services de santé, les RLISS, les dirigeants des collectivités et le public.
- Le RLISS de HNHB et ses partenaires de soins de santé continuent d'apporter des changements importants et positifs pour garantir de meilleurs résultats pour les patients.
- Le RLISS de HNHB a à cœur de rendre l'expérience des soins plus harmonieuse et simple.
- Le RLISS de HNHB réunit des partenaires de la santé pour mettre en place des solutions novatrices et de collaboration menant à un modèle plus coordonné et axé sur la valeur, qui favorise le bien-être et une expérience améliorée pour le patient.
- Le RLISS de HNHB collabore avec ses partenaires pour passer d'un ancien système conçu pour soigner les gens une fois qu'ils sont malades vers un modèle plus coordonné et axé sur la valeur faisant la promotion du bien-être.
- Le RLISS de HNHB est l'organisme principal dans ce secteur qui réunit les partenaires de soins de santé comme les hôpitaux et les organismes communautaires pour mettre sur pied des solutions novatrices et de collaboration menant à un accès amélioré à des soins de grande qualité pour tous les résidents.

Tactiques – de haut niveau si possible

Les tactiques de communication et de participation découleront d'un plan de communication principal qui orientera l'harmonisation de tous les plans de communication s'adressant à des auditoires ou à des initiatives en particulier. L'équipe de direction et les employés donneront leur avis sur le plan de communication, la façon dont il sera mis en œuvre, et sur un plan de processus décisionnel.

Le tableau ci-dessous fournit un ensemble préliminaire des rôles et responsabilités en matière de communication. Pour assurer l'uniformité et éviter la désinformation, toutes les communications doivent être approuvées par le directeur général et l'équipe des communications.

Public cible	Responsable	Moyen
Conseils d'administration des fournisseurs	Conseil d'administration du RLISS	• Séances dirigeants à dirigeants
Représentants élus – municipaux et provinciaux – et leurs employés	Président(e) du conseil d'administration du RLISS et directrice générale ou directeur général du RLISS	• Les réunions de toutes les parties • Réunions des députés provinciaux • Réunion des employés de circonscription
Membres des GRC	Directrice générale ou directeur général du RLISS	• Séances de groupe • Twitter
Public (y compris les mêmes auditoires mentionnés ici)	Responsable des communications/directeur général du RLISS	• Médias • Site Web du RLISS • Bulletins • Blogues • Twitter
Réunions du conseil de rédaction	Responsable des communications, directrice générale ou directeur général du RLISS	• Réunions, médias sociaux
Comité consultatif de professionnels de la santé (CCPS)	Directrice générale ou directeur général du RLISS	• Réunions
Médecins	Directrice générale ou directeur général du RLISS, responsable des soins du RLISS	• Réunions/blogues • Bulletin à l'intention des médecins • Twitter
Communauté francophone	RLISS	• Réunions, médias
Communauté autochtone	RLISS	• Réunions, médias
RLISS à proximité	Directrice générale ou directeur général du RLISS	• Réunions, médias
Ministère, DRPSS-URC	Directrice générale ou directeur général du RLISS, président du conseil d'administration	• Réunions • Téléconférences
Organismes ayant un mandat provincial ou national (c.-à-d. Association canadienne pour la santé mentale (ACSM))	RLISS	• Réunions, médias

Évaluation

La définition des facteurs de réussite essentiels en communication permettra au RLISS de HNHB de déterminer de façon plus efficace si les activités de participation des intervenants ont réussi. Les facteurs de réussite essentiels peuvent inclure :

- Participation visible des hauts dirigeants et soutien du projet et des communications connexes.
- Les hauts dirigeants et les comités à l'échelle du RLISS jouent un rôle visible et actif pour soutenir les communications et le changement auprès de leurs équipes.
- Les principaux intervenants comprennent clairement le besoin de changement et quelles seront les conséquences pour eux de la mise en œuvre du PSSS.
- Les fournisseurs de soins de santé de tout le RLISS de HNHB sont mobilisés tôt et fréquemment et peuvent constater l'impact de leur participation sur la mise en œuvre de la situation future.
- Les citoyens du RLISS de HNHB sont mobilisés et collaborent avec lui à l'aide de différentes tactiques, y compris les médias traditionnels, les médias en ligne (p. ex. sites Web, blogues) et les véhicules de communication du RLISS (bulletins).
- Le programme de communication exploite différents moyens de communication adaptés à différents groupes d'intervenants.
- Les mécanismes de rétroaction et une évaluation continue sont en place pour surveiller l'efficacité des véhicules de communication et des messages, et le RLISS est en mesure d'apporter des modifications rapides sur la base des changements et des leçons tirées à mesure que le projet se déploie.

7. Annexe

7a. Glossaire des acronymes

ACO	Action Cancer Ontario
ANS	Autre niveau de soins
ASIST	Applied Suicide Intervention Skills Training
BCHS	Brant Community Healthcare System
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
CCPS	Comité consultatif de professionnels de la santé
CHRIS	Système de renseignements concernant la santé du client
CSC	Centre de santé communautaire
DÉI	Dossier d'évaluation intégré
d-ID	Dépôt d'imagerie diagnostique
DME	Dossiers médicaux électroniques
DP	Demande de propositions
DRPSS-URC	Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé – Unité des relations et de la coordination
ESC	Erie St. Clair
ÉTG	Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence
ETP	Équivalent temps plein
ERS	Ententes de responsabilisation en matière de services
ERS-H	Ententes sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers
ERS-SLD	Ententes de responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée
ESESE	Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton
EVAR	Réparation endovasculaire des anévrysmes aortiques
FSLD	Foyer de soins de longue durée
FSS	Fournisseur de services de santé
GRC	Groupe de référence de citoyens
HNHB	Hamilton Niagara Haldimand Brant
HHSC	Hamilton Health Sciences Corporation
HOOPP	Hospitals of Ontario Pension Plan
HRLMP	Hamilton Regional Laboratory Medicine Program
IAM	Infarctus aigu du myocarde

ICC	Insuffisance cardiaque congestive
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ID	Imagerie diagnostique
IRM	Imagerie par résonance magnétique
JBH	Joseph Brant Hospital
JCC	Juravinski Cancer Centre
LCA	Lésion cérébrale acquise
MRN	Municipalité régionale de Niagara
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PAA	Plan d'activités annuel
PACA	Plan d'action conjoint annuel
PAR	Programme de financement axé sur les résultats
PED	Programme d'éducation sur le diabète
Projet OSTC	Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement
PSSS	Plan stratégique pour le système de santé
QSSO	Qualité des services de santé Ontario
RAID	Ressources en matière d'aide à la décision
RCI	Rendement du capital investi
RFSS	Réforme du financement des services de santé
RH	Ressources humaines
RTO	Réseau Télémédecine Ontario
R2T2	Équipe transitionnelle d'intervention rapide
SCS	Services communautaires de soutien
SILO	Système d'information de laboratoire de l'Ontario
SJHH	St. Joseph's Healthcare Hamilton
SLD	Soins de longue durée
S.M.A.R.T.	Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes, adoptés à Temps
SO	Sud-Ouest
SOO	Sud-Ouest de l'Ontario
TI	Technologies de l'information
WW	Waterloo Wellington