

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU NORD-EST

Plan de services annuel

2008-2009



Ontario

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

Table des matières

1. LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL DU RLISS

2. INTRODUCTION

2.1. But du PSA

2.2. Vision et mission du RLISS

2.3. Activités du RLISS du Nord-Est

2.3.1. Activités courantes

2.4. Priorités en cours de développement

2.4.1. Ressources humaines en santé (RHS) et prévention et gestion des maladies chroniques (PGMC)

2.4.2. Sommets de planification

2.4.3. Participation communautaire et cycle de planification

3. ANALYSE DU CONTEXTE DES OPPORTUNITÉS ET DES RISQUES

3.1. Méthodes d'analyse

3.1.1. Groupes de travail et sommet sur les ANS

3.1.2. Tables rondes des directeurs généraux du système de santé

3.1.3. Technologie de l'information et des communications (TIC)

3.1.4. Groupe consultatif sur les temps d'attente

3.1.5. Forums sur la gouvernance/forums des intervenants

3.1.6. Participation communautaire et communications

3.2. Principaux inducteurs de coût

3.3. Évaluation de la conjoncture locale, des préoccupations et des besoins régionaux

3.3.1. Population du RLISS du Nord-Est

3.3.2 État de santé de la population du RLISS du Nord-Est

3.4. Incidence sur le PSSSI et/ou sur l'entente sur la responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS

3.4.1. Temps d'attente et autres niveaux de soins (ANS)

3.4.2. Secteur hospitalier

4. PLANS DÉTAILLÉS EN VUE DE LA MISE EN ŒUVRE DES PRIORITÉS DU PSSSI AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL

4.1. Participation communautaire

4.1.1. Principes directeurs

4.1.2. Partenariats avec les intervenants

4.1.3. Mobiliser le PSSSI

4.1.4. Engager les Autochtones, les Premières nations et les Métis

4.1.5. Services de santé en français

4.2. Plan financier pluriannuel (secteurs)

5. PLANIFICATION DES ACTIVITÉS DU RLISS

6. STRATÉGIES DE GESTION DES RISQUES

6.1. Risques associés aux priorités du PSSI

6.1.1. Pressions exercées par les ANS dans la région du Nord-Est

6.1.2. Stratégie de réduction des temps d'attente

6.1.3. TIC

6.2. Risques ayant une incidence sur le système de santé du RLISS du Nord-Est

6.2.1. Ententes de responsabilisation des hôpitaux

6.2.2. Fonds de roulement déficitaires

6.2.3. Priorités locales

6.2.4. Activités du RLISS du Nord-Est

7. PLAN DE COMMUNICATIONS

NOTE DE SERVICE

DESTINATAIRE : Sous-ministre adjoint

EXPÉDITRICE : Mathilde Gravelle Bazinet, présidente du conseil

DATE : Le 31 mai 2008

OBJET : Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est – Plan de services annuel

Le RLISS du Nord-Est est ravi de présenter la version définitive de son Plan de services annuel (PSA) pour 2008-2009 exigé en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et défini dans le protocole d'entente et l'entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS.

Le PSA annuel pour 2008-2009 présente le détail de la mise en œuvre du Plan de services de santé intégrés (PSSI) du RLISS du Nord-Est datant de décembre 2006. Le PSSI énonce l'orientation stratégique des services de santé du Nord-Est pour une période de trois ans et présente le détail du plan d'action nécessaire à l'avancement de l'intégration des services.

Les priorités pour 2008-2009 décrites dans le PSA concernent les autres niveaux de soins, la technologie de l'information et des communications (cybersanté) et la réduction des temps d'attente. Un enjeu critique pour le système de santé du Nord-Est à l'heure actuelle est le nombre croissant de patients des ANS. Les récentes statistiques provinciales révèlent que les hôpitaux du Nord-Est affichent le pourcentage le plus élevé de journées consacrées aux ANS en Ontario. Il est donc impératif que nous mettions en œuvre des stratégies visant à régler ce problème et à libérer les ressources en soins actifs tout en dispensant aux patients le niveau de soins approprié.

Le RLISS du Nord-Est a établi plusieurs tables rondes et groupes de travail mandatés pour traiter les priorités énoncées dans son PSSI. Ces groupes sont en place depuis un an et aideront le RLISS du Nord-Est à mettre en œuvre son Plan de services annuel de 2008-2009.

Si vous avez des questions concernant le Plan de services annuel du RLISS du Nord-Est, veuillez communiquer avec M. Rémy Beaudoin, directeur général, par courriel à remy.beaudoin@lhins.on.ca ou, par téléphone, au 1 705 840-2872, poste 214.

Cordialement,

Mathilde Gravelle Bazinet
Présidente du conseil

2. Introduction

Ce document répond aux exigences de l'entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS, selon lesquelles le RLISS du Nord-Est est tenu de présenter un Plan de services annuel final énonçant son plan d'activités pour 2008-2009.

2.1. But du PSA

Le Plan de services annuel (PSA) du RLISS du Nord-Est est un plan pluriannuel qui cerne les priorités et les ressources nécessaires à la mise en œuvre de son Plan de services de santé intégrés (PSSI). Il présente également le plan établi pour atteindre les buts et objectifs de l'entente de responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS (ERMR). Le PSA énonce les risques et les enjeux qui, dans le Nord-Est, ont une incidence sur ces buts et objectifs.

2.2. Vision et mission du RLISS

Au début de 2007, le conseil d'administration a assisté à une séance de réflexion axée sur l'élaboration de la mission et de la vision du RLISS du Nord-Est. La vision « Santé et bien-être pour tous » reflète l'objectif d'assurer la prestation de services de santé équitables à tous les résidents de la région du RLISS du Nord-Est. Pour réaliser cette vision, le RLISS a formulé un énoncé de mission, à savoir créer dans le Nord-Est un système de soins de santé « innovateur, viable et responsable ». Une fois la vision et la mission établies, le RLISS du Nord-Est a commencé à mettre en place les structures nécessaires à la mise en œuvre du PSSI.

2.3. Activités du RLISS du Nord-Est

2.3.1. Activités courantes

TABLES RONDES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le conseil d'administration du RLISS a approuvé les tables rondes des directeurs généraux en mars 2007 dans six des sept régions de planification. L'objectif principal de ces tables, qui comptent des représentants de chacun des secteurs de FSS du RLISS, est de mettre en œuvre les priorités du PSSI et d'offrir des conseils d'envergure systémique en ce qui a trait, notamment, aux besoins, aux efficacies, à l'efficacité, à l'affectation et à la réaffectation dans le RLISS du Nord-Est, suivant le cas. Les tables rondes resteront un mécanisme clé pour l'avancement des priorités du RLISS au cours de la prochaine année.

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS (DR) ANNUELLE

Conformément à l'engagement à l'égard de la transparence, chaque table ronde a reçu un sommaire des demandes de financement de sa région de planification. On a demandé aux membres de prioriser les besoins de leur région en gardant à l'esprit qu'ils doivent aider le RLISS du Nord-Est à mettre en œuvre les priorités du PSSI et à atteindre les objectifs de l'ERMR. Mais, avant tout, les priorités devaient concorder avec la vision du RLISS « Santé et bien-être pour tous ». Pour faciliter la priorisation, le RLISS du Nord-Est s'est penché sur trois domaines clés pour 2008-2009 : ANS, réduction des temps d'attente et technologie de l'information et des communications (TIC). Le RLISS s'adressera de nouveau aux tables rondes pour déterminer la meilleure façon de mettre en œuvre le programme et le mandat nouveaux du gouvernement.

PRIORITÉS POUR 2008-2009

Chacune des priorités susmentionnées exige une collaboration intersectorielle, intrasectorielle et entre les RLISS. Le RLISS du Nord-Est félicite les particuliers et les organismes qui ont élaboré des initiatives

axées sur ces trois priorités pour leur consentement à travailler ensemble pour le bien commun. Cette approche de collaboration favorise de meilleurs services de santé pour les gens du Nord-Est de l'Ontario.

AUTRES NIVEAUX DE SOINS (ANS)

Les ANS exercent des pressions significatives dans le Nord-Est. En effet, notre RLISS affiche le nombre de journées d'ANS le plus élevé de la province. Or, le problème des ANS entrave souvent la réalisation des autres objectifs comme la réduction des temps d'attente.

Le RLISS du Nord-Est a organisé un Sommet régional sur les ANS en juin 2007 et, à cette occasion, il a mis sur pied quatre groupes de travail dans les collectivités les plus touchées par ce problème. Les groupes de travail ont élaboré des stratégies à court et à long terme en vue de soulager les pressions au sein du réseau hospitalier.

Le principal obstacle à la réduction des pressions des ANS est le manque de services de soutien communautaire dans les collectivités du Nord-Est. Les groupes de travail ont d'ailleurs recommandé une hausse de la capacité du secteur du soutien communautaire pour permettre aux gens de vivre dans leur propre domicile plus longtemps. Une augmentation permettra de dispenser des soins aux aînés dans un lieu plus approprié, à proximité de leur domicile et en temps opportun. Bon nombre des stratégies élaborées concordent avec la stratégie ministérielle Vieillir chez soi. L'établissement et le maintien de services de soutien communautaire dans le Nord-Est permettront au RLISS de maintenir et de réduire l'objectif en matière d'ANS de l'ERMR. Ils soulageront également les pressions sur les hôpitaux et leur permettront de se concentrer sur les soins actifs. L'affectation de ressources au secteur communautaire représente une utilisation plus judicieuse des ressources limitées, laquelle mènera à un système de santé plus viable. À son tour, le RLISS du Nord-Est pourra réduire les temps d'attente et aider les hôpitaux à maintenir un budget équilibré.

Sur réception et examen du rapport final sur les ANS, le RLISS a adopté un Plan d'action sur les ANS qui engage le système du Nord-Est à réduire les jours-patient consacrés aux ANS de 25 % par an sur trois ans. Cette réduction sera accomplie grâce à une hausse de la capacité du secteur communautaire et à l'introduction d'un cadre d'amélioration des processus. Le RLISS effectue également un examen des maisons de soins de longue durée afin de déterminer si les patients sont placés dans le milieu le plus approprié. L'examen sera terminé d'ici août 2008.

TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS (TIC)

La distance entre les collectivités et les fournisseurs de services de santé est un des principaux enjeux dans le Nord-Est. Les RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest ont élaboré un projet de TIC commun, dont les étapes 1 et 2 sont terminées. Ces étapes ont porté sur une évaluation de l'ensemble des ressources de chaque secteur dans le Nord. L'étape 3 (achevée en juillet 2007) a abouti à un plan tactique détaillé qui orientera la mise en œuvre d'un cadre exhaustif pour la technologie de l'information et des communications. Le groupe du projet des TIC a mené des consultations régionales avec les fournisseurs de services de santé et les usagers du système. La mise en œuvre du projet de TIC dans le Nord revêt une importance critique. En effet, un système commun permettra aux organismes de services de santé de partager une même plate-forme et favorisera la communication, le partage de ressources, un soutien aux petits organismes, l'amélioration des soins aux patients et l'efficacité du système.

STRATÉGIE DE RÉDUCTION DES TEMPS D'ATTENTE

Les temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou dans le Nord-Est sont les plus élevés de la province et les hôpitaux ont de la difficulté à respecter les indicateurs de rendement dans les autres secteurs. Les pressions exercées par les ANS et les problèmes de recrutement sont les enjeux les plus graves que les hôpitaux doivent relever pour atteindre leurs objectifs. Trois des principaux hôpitaux du Nord-Est ont entrepris d'importants projets d'immobilisations qui devraient être terminés en 2010-2011.

Le RLISS du Nord-Est a établi un groupe consultatif sur les temps d'attente en 2007. Le groupe a pour fonction de surveiller le rendement et de proposer au RLISS la façon la plus efficace d'utiliser les ressources pour atteindre les objectifs en matière de temps d'attente.

Au début de 2008, le groupe s'est réuni pour déterminer la répartition des volumes dans le Nord-Est. Le financement unique supplémentaire de 11,2 millions de dollars reçu pour l'exercice 2008-2009 permettra au RLISS de réduire les temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte et les examens par IRM et tomodensitométrie. Le groupe tente de trouver des moyens de diminuer les temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou et, pour ce faire, il se penche sur les pratiques exemplaires élaborées par le groupe d'experts en orthopédie et les opportunités de partager les ressources limitées.

Le RLISS du Nord-Est a reçu 70 000 \$ en financement unique pour piloter une demande de réservation de salle d'opération. Les hôpitaux concernés mettront cette interface à l'essai pour s'assurer que le système facilite l'accès au service de réservation des salles d'opération et aux systèmes de temps d'attente. L'interface fournira également des renseignements de meilleure qualité. Le premier projet pilote devrait prendre fin à la fin de juin 2008 et, s'il réussit, il sera déployé dans les autres établissements.

2.4. Priorités en voie de développement

2.4.1. Ressources humaines en santé (RHS) et prévention et gestion des maladies chroniques (PGMC)

Le RLISS du Nord-Est a formulé des chartes de projet pour les ressources humaines en santé (RHS) et la prévention et la gestion des maladies chroniques (PGMC).

Ces secteurs sont importants pour un milieu comme celui du Nord-Est qui est marqué par une population plus âgée et une incidence élevée de maladies chroniques. On doit promouvoir un mode de vie sain et prévenir les maladies et les blessures pour améliorer l'état de santé de la population de la région. Les problèmes de recrutement et de rétention des professionnels de la santé entravent la prestation des services. Le Nord-Est connaît une pénurie de ressources humaines en santé. De concert avec nos fournisseurs de services de santé et les centres universitaires du Nord, nous élaborerons une stratégie axée sur le recrutement et la rétention de ces précieuses ressources. Le RLISS du Nord-Est déploiera son projet de RHS et de PGMC en 2008-2009.

2.4.2. Sommets de planification

Le RLISS a organisé les trois sommets mentionnés dans son Plan de services de santé intégrés en 2007-2008. Les sommets portaient sur les ANS, la toxicomanie et la santé mentale et les aînés (Vieillir chez soi). Un quatrième sommet sur la santé des Autochtones a eu lieu au premier trimestre de 2008-2009. Les renseignements recueillis lors de ces sommets constituent une source de données utile qui sert présentement à la mise en œuvre des stratégies sur les ANS, oriente l'intégration des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie dans le Nord-Est, contribue à la mise en route de la stratégie Vieillir chez soi et, enfin, contribue aux travaux de planification effectués par le RLISS et les communautés des Autochtones, des Premières nations et des Métis.

2.4.3. Participation communautaire et cycle de planification

Le RLISS du Nord-Est poursuivra ses forums sur la gouvernance et ses forums des intervenants durant l'automne 2008. Les membres des conseils d'administration des fournisseurs de services de santé auront, encore une fois, l'occasion de se renseigner sur le cycle de planification et les activités du RLISS, les orientations stratégiques du ministère, l'avancement de la mise en œuvre du PSSI et leur propre participation au cycle de planification du RLISS. Ce dernier espère également obtenir des renseignements concernant les préoccupations/besoins de chaque région de planification dans la perspective d'un membre du conseil d'un FSS et d'un usager.

ENTITÉS DE PLANIFICATION DU SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL

Les services aux Autochtones, aux Premières nations et aux Métis et les services de santé en français sont deux priorités du PSSI du RLISS du Nord-Est qui continueront d'occasionner beaucoup d'activités en 2008-2009. Toute stratégie mise en place dans le RLISS doit préciser son apport pour ces deux populations cibles. Un des buts de cette approche est de repérer les ressources actuelles pour cerner les lacunes des services offerts à ces populations distinctes.

Le RLISS du Nord-Est établira des groupes de planification intérimaire pour les Autochtones, les Premières nations et les Métis en attendant la mise sur pied des groupes de planification du système de santé local de la province. Le rôle de ces groupes de planification sera précisé en 2008-2009.

3. Analyse du contexte des opportunités et des risques

3.1. Méthodes d'analyse

3.1.1. Groupes de travail et Sommet sur les ANS

Le RLISS a activement traité les problèmes des ANS dans la région par le truchement de ses quatre groupes de travail sur les ANS et du Sommet sur les ANS tenu en juin 2007 à Sudbury (environ 125 participants). Ces deux initiatives ont mené à l'élaboration du Plan d'action sur les ANS qui a été adopté par le conseil en décembre 2007 et orientera d'autres activités destinées à réduire le nombre de jours-patient en 2008-2009. Les ANS restent une priorité pour le RLISS.

3.1.2. Tables rondes des directeurs généraux du système de santé

Le RLISS a établi une table ronde des directeurs généraux du système de santé dans six de ses sept régions de planification. Ces tables rondes sont essentielles à la réussite de la participation communautaire, de la planification de services de santé intégrés et du renouvellement du système de santé dans le Nord-Est.

3.1.3. Technologie de l'information et des communications (TIC)

En association avec le RLISS du Nord-Ouest, la troisième étape (élaboration d'un plan tactique) du projet de planification de la technologie de l'information et des communications (TIC) du Nord de l'Ontario visant l'ensemble du système de santé a pris fin à la fin de juillet 2007. Parmi les autres activités accomplies, mentionnons les consultations régionales avec les fournisseurs de services de santé et les usagers ainsi que l'examen du plan tactique final. Un bureau de gestion de projet commun établi en octobre 2007 continuera de diriger les activités liées à la cybersanté l'an prochain.

3.1.4. Groupe consultatif sur les temps d'attente

Dans son PSSI de décembre 2006, le RLISS a proposé l'établissement d'un groupe consultatif sur les temps d'attente pour la région du Nord-Est composé des hôpitaux participant à la Stratégie de réduction des temps d'attente. Le groupe a pour fonction d'aviser le RLISS de la façon la plus efficace d'utiliser les ressources pour mettre en œuvre cette stratégie dans la région.

3.1.5. Forums sur la gouvernance et forums des intervenants

Dans le cadre de son cycle de planification annuelle, le RLISS a constaté qu'il importait de consulter les dirigeants des fournisseurs de services de santé de la région afin d'établir des orientations stratégiques pour le système de santé (ces orientations constitueraient en quelque sorte des conseils de planification présentés par les tables rondes des directeurs généraux mentionnées précédemment). Le premier forum a eu lieu les 15 et 16 juin 2007 à North Bay et y ont participé les présidents du conseil d'administration (ou les délégués) de près de 100 FSS. Une deuxième série de six forums a eu lieu à l'automne 2007 et d'autres forums sont prévus pour l'automne 2008..

3.1.6. Participation communautaire et communications

Le RLISS a actualisé sa stratégie de communication en établissant les cinq principaux objectifs pour 2008-2009 :

- *Faire connaître le RLISS et s'assurer que l'on comprend sa raison d'être*
- *Gérer les attentes du RLISS du Nord-Est*

- Faciliter la mise en œuvre du PSSI
- Doter le conseil et le personnel des ressources requises pour traiter les impondérables
- Créer une culture fondée sur la communication et la collaboration

Initiatives clés constituant le fondement de la stratégie :

- Cadre amélioré pour le partage d'articles sur le RLISS par l'entremise d'un bulletin électronique destiné aux fournisseurs de services de santé et d'un bulletin bimensuel
- Établissement d'un réseau de communication pour partager les messages clés, les plans stratégiques et établir un protocole de communication dans le Nord-Est
- Communications électroniques améliorées, y compris les sites Web externes et internes du RLISS
- Évaluation et suivi du rendement des outils de communication
- Formulation d'un plan global de communications en temps de crise pour le RLISS
- Élaboration d'un rapport annuel
 - Déploiement de la nouvelle identité visuelle du RLISS
 - Mise en route d'un programme de prix annuel pour le secteur de la santé afin de mettre en valeur les histoires de réussite du secteur dans le Nord-Est de l'Ontario.

Le RLISS s'est également attaché à engager ses intervenants et le public en tenant les réunions du conseil d'administration en rotation à divers endroits de la région et en rencontrant divers groupes de santé locaux à la même occasion. Le RLISS a continué de présenter aux réseaux, aux organismes et lors de conférences (p. ex. AMO, OHA, groupes d'aînés, organismes communautaires locaux, etc.) des exposés sur les activités de planification en cours et les activités connexes (mettant en valeur, en particulier, une sensibilisation au cycle conjoncturel et de planification).

3.2. Principaux inducteurs de coût

Le manque de services de soutien et de ressources communautaires (p. ex. logements avec services de soutien) entraîne une surutilisation des lits pour malades hospitalisés et des tensions de coûts connexes.

Les améliorations au problème des ANS qui ont été financées à l'aide d'un montant unique en 2007-2008 seront financées au titre du financement prioritaire du RLISS en 2008-2009. Ces améliorations, notamment les lits de transition et l'accroissement des services du CASC, sont essentielles à la réussite de la stratégie sur les ANS et à la mise en œuvre de la stratégie Vieillir chez soi dans la région du RLISS.

Les petits hôpitaux et les fournisseurs communautaires n'ont pas suffisamment de ressources pour améliorer et maintenir leurs systèmes informatiques et adopter un dossier médical électronique régional. Pareillement, l'infrastructure de la cybersanté nécessaire à la mise en route du dossier médical électronique dans la région exige des investissements à grande échelle. Or, à défaut de disposer des ressources nécessaires à cette fin, on n'améliorera pas les services directs ni l'efficacité des services administratifs au sein du système de santé.

Les organismes et les services communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie recevront une hausse de 2,25 % de leur financement de base cette année. Le RLISS du Nord-Est travaillera avec le secteur communautaire pour assurer l'équilibre budgétaire grâce à la création d'efficacités internes ou à l'exploitation d'opportunités d'intégration.

La région a constamment de la difficulté à atteindre ses objectifs de réduction des temps d'attente à cause des pressions exercées par les ANS, du manque de médecins spécialistes et la vétusté de l'équipement et des installations.

3.3. Évaluation de la conjoncture locale, des préoccupations et des besoins régionaux

3.3.1. Population du RLISS du Nord-Est

Le RLISS du Nord-Est englobe une vaste région d'environ 400 000 kilomètres carrés. En 2006, il comptait environ 560 000 habitants et sa densité de population atteignait seulement 1,4 habitant/km². Si l'on compare ce chiffre à la densité de la population à l'échelle provinciale, soit 13,4 habitants/km² (le sud de l'Ontario affiche une densité de population d'environ 100 habitants/km²), il n'est pas étonnant que la prestation de services de santé pose des enjeux énormes dans le Nord-Est.

Selon le recensement de 2006, le RLISS du Nord-Est compte :

- un plus fort pourcentage d'Autochtones que l'Ontario (10 % et 2 % respectivement)
- un plus fort pourcentage de Francophones que l'Ontario (23 % et 4 % respectivement)
- une plus forte proportion d'aînés que la province (16 % des résidents de la région ont 65 ans et plus, comparativement à 13 % pour l'Ontario).

En outre, le taux de croissance démographique est presque stagnant dans la région, tandis que celle de la province est supérieure à 6 %. Enfin, le taux de chômage dans la région du RLISS du Nord-Est est supérieur à celui de la province et le taux de participation (pourcentage de la population qui travaille) est inférieur. Cette conjoncture géographique, démographique et socioéconomique pose des enjeux aux fournisseurs de services de santé du Nord-Est.

3.3.2 État de santé de la population du RLISS du Nord-Est

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 3.1, 2005) signale que le RLISS du Nord-Est affiche un pourcentage plus élevé de personnes ayant des pratiques sanitaires qui compromettent leur santé. Ce sont :

- fumeurs quotidiens
- adultes qui signalent une consommation excessive d'alcool
- adultes obèses ou ayant un excès de poids.

En outre, l'ESCC révèle un taux inférieur de consultations médicales au cours des 12 derniers mois dans la région du RLISS du Nord-Est. Il n'est donc pas étonnant que la région affiche une incidence supérieure de restrictions d'activités et de maladies chroniques signalées par l'intéressé, notamment :

- arthrite/rhumatisme
- hypertension
- diabète
- maladie du cœur.

Une analyse des taux de mortalité et d'hospitalisation normalisés selon l'âge, ainsi que du nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) liés à tous les chapitres de l'ICM-10, pour 2002 à 2004 effectuée par la Direction de l'analytique en matière de santé du MSSLD (anciennement Projet d'analyse des données sur le système de santé) est également très révélatrice. Elle indique que dans la région du RLISS du Nord-Est :

- l'APVP est beaucoup plus élevé que dans l'ensemble de la province
- les principales causes de mortalité sont les maladies du système circulatoire et les néoplasmes (cancer)
- l'espérance de vie à la naissance pour les hommes et les femmes est beaucoup moins élevée que celle de l'Ontario (2001)
- les taux d'hospitalisation liés à tous les chapitres de l'ICM-10, à l'exception des affections maternelles, sont significativement plus élevés que dans l'ensemble de la province (2003-2004).

L'Hôpital général de Sudbury est le seul centre du Nord-Est qui pratique des pontages en vertu de la Stratégie de réduction des temps d'attente. La forte prévalence de maladies du cœur chroniques – mise en lumière par l'ESCC et les rapports et les données du MSSLD – impose un fardeau au système de santé du Nord-Est tout en diminuant la qualité de vie des personnes atteintes.

Enfin, selon le Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS), les programmes cliniques de soins actifs du RLISS du Nord-Est affichent le volume le plus élevé de cas pondérés pour 10 000 habitants. Le RLISS se classe au premier rang pour les néoplasmes, les troubles endocriniens, alimentaires et

métaboliques, les troubles oculaires et les mastoïdites, les maladies du système circulatoire, respiratoire et digestif, les dermatoses et les inflammations du tissu sous-cutané, les troubles de l'appareil génito-urinaire, les blessures et les empoisonnements et les causes étrangères.

¹ Les taux d'APVP aident à quantifier le nombre d'années de vie « perdues » en raison des décès « prématurés » (c.-à-d., avant 75 ans).

Rendement du système de santé

Divers indicateurs du rendement du système de santé sont mesurés en Ontario, notamment jours consacrés aux ANS, consultations à l'urgence pouvant avoir lieu ailleurs, affections traitables en soins ambulatoires (des soins ambulatoires appropriés pourraient prévenir ou réduire les admissions à l'hôpital et les temps d'attente pour des interventions sélectionnées).

1. Les journées d'ANS calculées en proportion du nombre total de journées d'hospitalisation pour l'exercice 2006-2007 atteignaient 20,6 jours dans le RLISS du Nord-Est contre 12,1 pour l'ensemble de la province. En outre, la durée moyenne du séjour (DMS) des patients ANS dans le Nord-Est était de 23,9 jours contre 16,9 pour l'ensemble de la province. Le problème des ANS dans la région a plusieurs origines, dont l'une est le manque de solution de rechange (c.-à-d. logements avec services de soutien) dans la région.

2. Le pourcentage de consultations à l'urgence pouvant avoir lieu ailleurs pour l'exercice 2006-2007 s'élevait à 9,8 % contre 6,8 % pour la province. Le taux du Nord-Est se traduit par un taux ajusté selon l'âge de 82,1 pour 1 000 habitants. Aucune donnée sur le taux provincial de 2006-2007 n'est disponible, mais les taux pour 100 résidents pour le Nord-Est et l'Ontario s'élevaient à 77,5 et à 27,0 respectivement en 2004-2005.

3. La mesure applicable aux affections traitables en soins ambulatoires est un taux standardisé pour l'âge pour 100 000 habitants âgés de moins de 75 ans. Le taux du Nord-Est pour l'exercice 2006-2007 était le deuxième plus élevé de la province, soit presque 600 pour 100 000 habitants, et près du double du taux provincial.

4. Les temps d'attente en jours pour des interventions sélectionnées dans le RLISS du Nord-Est comparés à ceux de l'Ontario (exercice 2007-2008) sont présentés dans le tableau suivant :

Indicateurs des temps d'attente pour le 90 ^e centile, RLISS du Nord-Est et Ontario		
Intervention	RLISS du Nord-Est Temps d'attente en jours 90 ^e centile	Ontario Temps d'attente en jours 90 ^e centile
Pontage coronarien	57	50
Chirurgie du cancer	57	65
Chirurgie de la cataracte	134	135
Arthroplastie de la hanche	405	216
Arthroplastie du genou	380	282
Examen diagnostique par IRM	94	113
Examen diagnostique par tomodensitométrie	37	55
Source : Portail d'échange d'information sur le système de santé, MSSLD, affiché le 15 mai 2008. « May 15 2008 MLAA-PI Reported Data.xls. » N.B. Les valeurs représentent les jours réels pour l'exercice 2007-2008; elles ne servent pas de point de repère pour l'Ontario, de ligne de référence pour le RLISS ni d'objectifs pour le RLISS.		

3.4. Incidence sur le PSSI et/ou sur l'entente de responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS

3.4.1. Temps d'attente et autres niveaux de soins (ANS)

Le nombre élevé de jours consacrés aux ANS cause des retards considérables dans les salles d'urgence et des annulations de chirurgies dans les hôpitaux du Nord-Est. Leur capacité à maintenir un budget équilibré ou à réduire les temps d'attente restera donc compromise (p. ex. arthroplasties de la hanche et du genou) si le problème des ANS n'est pas réglé.

Incidence sur l'ERMR : Le problème pourrait empêcher le RLISS du Nord-Est de réduire les ANS qui représentaient 20,6 % des journées d'hospitalisation en soins aigus en 2006-2007 et les arthroplasties de la hanche et du genou qui atteignaient respectivement 405 et 380 jours pour 2008-2009. Il pourrait également entraver directement la capacité du RLISS à mettre en œuvre les priorités du PSSI (ANS, temps d'attente).

Pour soulager les pressions exercées par les ANS, le CASC du Nord-Est a augmenté les services à domicile et deux hôpitaux ont ajouté des lits de transition grâce à un financement unique du RLISS. Le financement doit être annualisé pour que les lits puissent rester ouverts jusqu'à ce que les projets au titre de Vieillir chez soi soient réalisés dans la collectivité et entièrement mis en œuvre pour offrir les niveaux de service requis au domicile du client. Une réduction du nombre de journées consacrées aux ANS permettra au RLISS du Nord-Est d'atteindre les objectifs en matière de temps d'attente de l'ERMR et de mettre en œuvre les priorités énoncées dans le PSSI. Une hausse des services de soutien communautaire fera en sorte que le RLISS pourra continuer de mettre en œuvre la stratégie Vieillir chez soi du ministère.

3.4.2. Secteur hospitalier

Tel qu'indiqué dans la PPHA pour 2008-2010, de nombreux hôpitaux du Nord-Est prévoient des déficits, particulièrement au cours de l'exercice 2009-2010. Les hôpitaux devront élaborer des plans d'amélioration pour réaliser des efficacités, s'associer à des partenaires communautaires pour trouver des opportunités ou envisager des projets d'intégration.

Conformément à la démarche d'amélioration des processus, le RLISS du Nord-Est a demandé à chaque hôpital de soumettre d'ici à septembre 2008 un plan décrivant des moyens de réduire les consultations à l'urgence pouvant avoir lieu ailleurs.

Le financement de 704 400 \$ octroyé en avril 2008 aux petits hôpitaux n'a pas entièrement répondu aux besoins de ces derniers. Bon nombre d'entre eux ont été incapables d'assumer les frais découlant des récentes ententes avec les syndicats et les frais de recrutement et de rétention des médecins.

Incidence sur l'ERMR : Cet enjeu a une incidence directe sur l'objectif de l'ERMR, à savoir fonctionner dans les limites de l'affectation actuelle et aura également une incidence sur l'entente de responsabilisation conclue entre le RLISS et les hôpitaux.

De nombreux hôpitaux du Nord-Est affichent un fonds de roulement déficitaire qui atteint plus de 100 millions de dollars pour la région et les oblige à emprunter des fonds pour financer leurs activités. Ce déficit les empêche également de remplacer le matériel. En effet, de nombreux petits établissements utilisent leurs fonds de roulement pour financer leur déficit d'exploitation, ce qui les empêchera de maintenir leurs installations et d'acheter du matériel au cours des prochaines années. Le RLISS du Nord-Est a été affecté à ces hôpitaux en avril 2007, même s'ils ne respectaient pas l'indicateur de rendement relatif au ratio du fonds de roulement de l'Entente sur la responsabilisation des hôpitaux (ERS). Le RLISS n'a pas suffisamment de ressources pour régler cette dette.

Incidence sur l'ERMR : Cet enjeu pourrait affecter l'atteinte des objectifs de l'ERMR, à savoir fonctionner dans les limites de l'affectation actuelle et aura également une incidence sur l'entente de

responsabilisation conclue entre le RLIS et les hôpitaux. Le RLIS ne pourra pas négocier un ratio du fonds de roulement équilibré/positif.

4. Plans détaillés en vue de la mise en œuvre des priorités du PSSI au sein du système de santé local

4.1. Participation communautaire

4.1.1. Principes directeurs

Le RLIS du Nord-Est est responsable de communiquer ouvertement et de participer à un système de consultations vastes et inclusives. Il a adopté les principes suivants pour s'assurer que les activités de participation communautaire sont fondées sur un processus juste et équitable.

En qualité de responsable du processus, le RLIS doit :
donner la parole à tous les intervenants, assurant ainsi une contribution exhaustive de la part de tous les secteurs du système de santé;
veiller à ce que les usagers apportent une contribution exhaustive et significative au processus/cycle de planification et de responsabilisation;
faire connaître le RLIS et s'assurer que l'on comprend sa raison d'être;
adopter une démarche géographique à l'égard de la planification.

4.1.2. Partenariats avec les intervenants

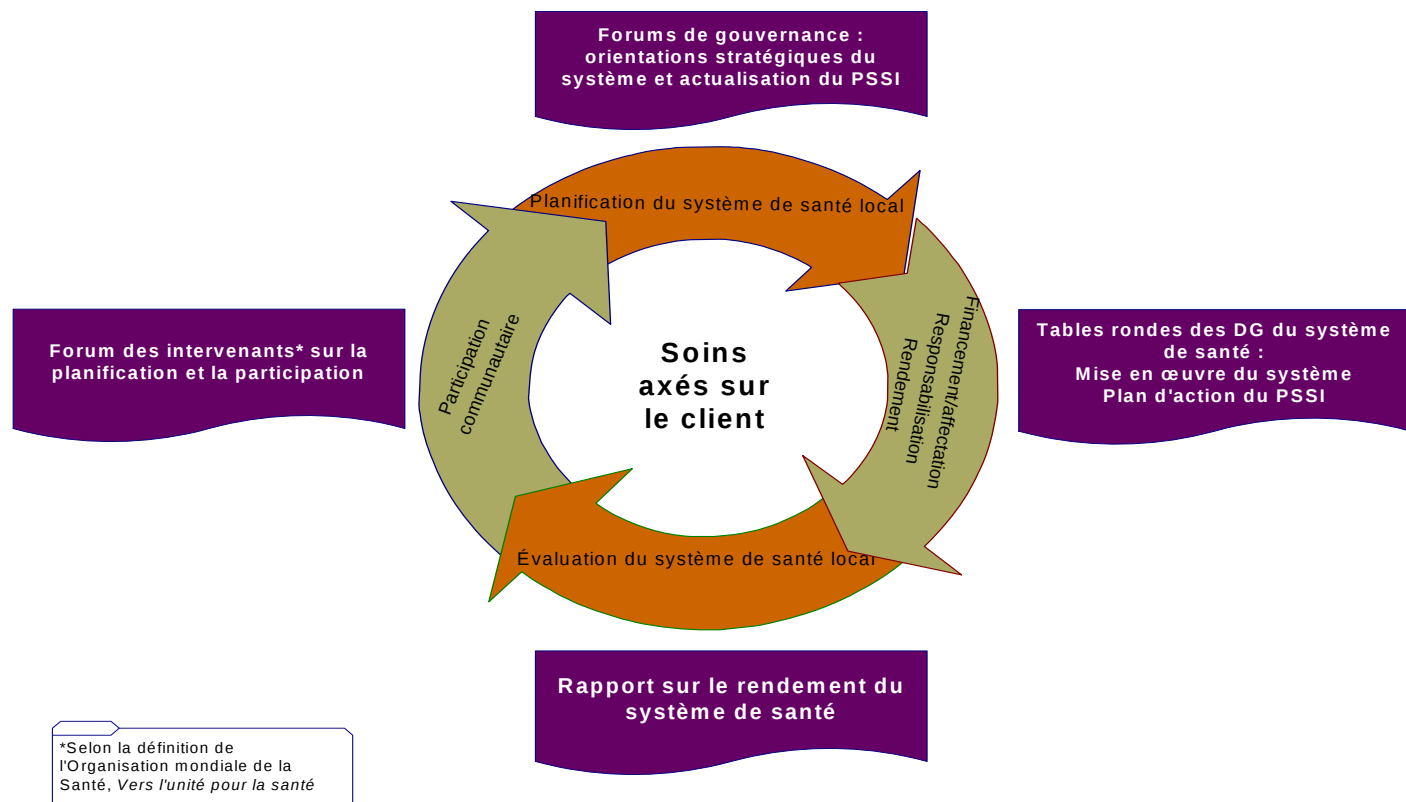
Le cadre de l'Organisation mondiale de la santé, énoncé dans le document « Vers l'unité pour la santé », est enchâssé dans la stratégie de participation communautaire du RLIS. Le cadre soulève l'importance d'élaborer des stratégies et d'établir des conditions qui expriment la volonté commune de plusieurs partenaires de façonner un système de santé viable axé sur les besoins des gens et conforme aux principes de qualité, d'équité, de pertinence et de rentabilité². L'OMS identifie les cinq partenaires clés du système de santé : décideurs, professionnels médicaux, établissements d'enseignement, collectivités et gestionnaires de la santé. L'objectif général du RLIS est d'intégrer chacun de ces partenaires sectoriels dans le processus de participation communautaire.

4.1.3. Mobiliser le PSSI

La participation communautaire implique un vaste éventail de techniques et d'activités qui servent à cibler des auditoires particuliers ou à traiter certaines questions complexes. À l'étape initiale de la participation communautaire, le RLIS a focalisé ses activités sur des consultations et des séances d'information regroupant les intervenants et le public en vue de recueillir des renseignements pour l'élaboration du PSSI. La deuxième étape était axée sur le partage avec les intervenants des principales composantes de la démarche de participation communautaire et de planification, ainsi que du cycle d'activités du RLIS. En plus de maintenir une approche destinée à accentuer le point de vue des intervenants et du public, les activités de participation communautaire pour 2008-2009 viseront à appuyer la mise en œuvre du PSSI et de ses activités (voir la figure 1 ci-après).

² Vers l'unité pour la santé : défis et opportunités pour les partenariats pour le développement de la santé, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse, 2000

Figure 1 – Cycle de planification et de mise en œuvre du RLSS du Nord-Est



4.1.4. Engager les Autochtones, les Premières nations et les Métis

Un élément clé du PSA de 2008-2009 est la participation avec les Autochtones, les Premières nations et les Métis des régions urbaines et rurales et la création d'un système de planification et de communication. Le RLISS entend consulter ces peuples, forger des liens avec eux et, dans la mesure du possible, avec les emplacements des projets provinciaux de stratégie autochtone en matière de santé (Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones (SRMA), Stratégie de lutte contre le diabète chez les Autochtones de l'Ontario, stratégie de lutte contre le cancer chez les Autochtones et Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones), les dirigeants des Premières nations et des Métis ayant le portefeuille de la santé et les représentants chargés de la gouvernance des services de santé aux Autochtones en milieu urbain. Une séance de planification spéciale axée sur la stratégie Vieillir chez soi a eu lieu avec les aînés autochtones, métis et des Premières nations. Le RLISS organisera des séances de participation sur des questions précises avec les intervenants en santé de ces trois groupes lorsqu'il élaborera ses plans pour chacune des priorités du PSSI : santé mentale et toxicomanie et gestion des maladies chroniques.

On établira une méthode pour déterminer les priorités en matière de santé et formuler les procédures de planification et de partage des processus. Le RLISS doit établir des normes et des processus qui régiront la communication entre les FSS autochtones, métis et des Premières nations, les planificateurs des services de santé en milieu urbain et les emplacements des projets provinciaux de stratégie autochtone, les tables rondes des directeurs généraux du système de santé et autres initiatives sectorielles du RLISS. D'ici à l'été 2008, le MSSLD rédigera le règlement législatif sur l'entité de planification des services de santé aux Autochtones. Ce groupe sera le comité consultatif central qui conseillera le RLISS du Nord-Est sur la prestation de services de santé aux Autochtones. Une entité intérimaire de planification des services de santé aux Autochtones a été établie et deviendra l'entité de planification des services de santé aux Autochtones.

En outre, le RLISS a animé un Sommet régional sur la santé des Autochtones (les 14 et mai 2008) à l'intention des FSS aux Autochtones, aux Premières nations et aux Métis et des FSS traditionnels ayant une nombreuse clientèle autochtone. Le Sommet avait pour but d'ouvrir la communication entre les secteurs, de déterminer comment formaliser le groupe de planification intérimaire actuel et d'utiliser la technologie pour combler le manque de données aux fins de planification. Environ 120 personnes y ont assisté.

Autant que possible, durant l'exercice 2008-2009 des données de référence sur les Autochtones, les Premières nations et les Métis seront compilées, analysées et rendues publiques dans la région du RLISS. Ce dernier proposera des options visant à combler le manque de renseignements sur la santé aux fins de planification future des services de santé aux Autochtones, aux Premières nations et aux Métis.

4.1.5. Services de santé en français

Notre RLISS participe régulièrement avec ses intervenants francophones dans le cadre de ses activités de participation communautaire. Tous les documents publics du RLISS sont publiés dans les deux langues officielles, notre site Web est disponible en français, le Forum sur la gouvernance et le Forum des intervenants ont eu lieu dans les deux langues officielles et les sondages et groupes de discussion sont toujours menés en français et en anglais. Nous sollicitons la participation et les commentaires des Francophones à tous les événements publics. Enfin, les tables rondes des directeurs généraux du RLISS consultent régulièrement les partenaires en santé francophones de leur région de planification.

Parallèlement aux activités de participation communautaire, nous posons les fondements d'un processus de planification qui portera sur les besoins particuliers de notre population francophone. Un groupe de travail intérimaire sur les services en français a été mis sur pied à cette fin. Ce groupe s'est réuni cinq fois depuis l'automne 2007 pour formuler un plan de collaboration intérimaire énonçant leurs rôles et responsabilités en tant que partenaires clés de la planification. Il a également cerné trois grands objectifs qui orienteront les activités de l'entité de planification des services en français. Ces objectifs sont les suivants :

- Amélioration continue de la qualité, de l'accès, de l'accessibilité et de l'intégration des services de santé en français.
- Autonomisation et participation continue de la collectivité afin d'influencer le système de santé et d'améliorer l'état de santé.
- Redevabilité des fournisseurs de services de santé à l'égard de leur collectivité.

En attendant la création de l'entité de planification des services en français du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le RLIS du Nord-Est a créé une entité intérimaire qui fera fond sur les travaux accomplis à ce jour par le groupe de travail sur les services en français. Ce dernier a reçu le mandat de formuler pour l'entité une charte de projet que le RLIS établira au printemps 2008.

L'inclusion de l'indice de l'équité des services en français dans l'Entente sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H) est une réalisation majeure pour le RLIS et elle est le fruit d'une collaboration avec le Bureau du Nord des Services de santé en français. Vingt-deux des 25 hôpitaux du RLIS du Nord-Est sont identifiés ou désignés en vertu de la Loi sur les services en français et leur ERS-H comporte un indice de l'équité. La réponse des hôpitaux fournie dans la Présentation de planification hospitalière annuelle (PPHA) a été exceptionnelle. Nous sommes fiers de rapporter que deux de nos hôpitaux, l'Hôpital Notre-Dame de Hearst et l'Hôpital de Smooth Rocks Falls, ont signalé un indice de l'équité des services en français de « 1 ». Les hôpitaux n'ayant pas atteint ce chiffre doivent tenter d'améliorer leur indice 2007-2008 de 10 % d'ici au 31 mars 2010. L'indice de l'équité des services en français sert à mesurer l'équité d'accès aux programmes et services hospitaliers en français et l'accessibilité de ceux-ci pour la population francophone.

Le RLIS et le Réseau francophone de santé du Nord ont conclu l'année par un Sommet sur la santé en français intitulé Francophones bien portants dans nos collectivités : Direction santé... ensemble. Le sommet portait sur trois thèmes :

- La gestion et la prévention des maladies chroniques
- La santé des Francophones et l'importance de la compétence culturelle
- L'engagement et la participation des citoyens.

Plus de 175 personnes de toutes les régions du Nord-Est ont assisté au sommet tenu à Timmins. Les résultats aideront le RLIS et l'entité intérimaire de planification à tenir compte des besoins de santé des Francophones.

4.2. Plan financier pluriannuel (secteurs)

Le Plan de services de santé intégrés du RLIS du Nord-Est a été publié en décembre 2006. Il énonce diverses priorités et se fonde sur le contexte et les directives provinciaux (à cette date), les commentaires des intervenants communautaires et les constatations d'une séance d'établissement des priorités tenue à Sudbury en novembre 2004.

Les priorités du PSSI sont les suivantes :

Services de santé pour les Autochtones, les Premières nations et les Métis
 Prévention et gestion des maladies chroniques
 Technologie de l'information et des communications et gestion de l'information
 Services de santé en français
 Ressources humaines en santé
 Réforme des soins primaires
 Réduction des temps d'attente

Outre ces sept priorités, le Plan d'action du PSSI focalise les questions d'accès aux services de santé, s'engage à traiter le problème des ANS dans le Nord-Est et aborde les services aux aînés.

En fonction des événements survenus durant la première année d'activité du RLISS et de l'affectation anticipée des ressources au cours des trois prochaines années, le RLISS renforcera la capacité du système de santé grâce à :

- De nouvelles ressources en vue d'exécuter les stratégies du ministère et, indirectement, le PSSI*
- L'exploitation des ressources actuelles pour intégrer le système de services de santé et en améliorer le rendement (accès renforcé, meilleure expérience pour le client et efficacies et efficacité accrues).*

Étant donné que nous ne recevrons pas de nouveaux fonds pour exécuter notre PSSI, le défi consistera à tirer parti des investissements du ministère et à utiliser des fonds discrétionnaires limités à cette fin.

Par conséquent, le RLISS continuera de focaliser les priorités énoncées dans le PSSI. Celles-ci guideront l'adoption de démarches systémiques et intégratives visant à choisir des options globales qui joindront les services et les secteurs en un système cohésif. Trois démarches spécifiques à l'égard de l'intégration systémique seront :

- Intégration horizontale (fonctionnelle) des fournisseurs de services de santé une région de planification à la fois (intrasectorielle);*
- Intégration verticale des fournisseurs de services de santé une collectivité hospitalière à la fois (intersectorielle);*
- Intégration des programmes de services de santé une affection à la fois.*

Le RLISS du Nord-Est reconnaît que l'intégration du système de santé est aussi importante qu'un nouveau financement lorsqu'il s'agit d'améliorer la capacité du système de santé à répondre aux besoins des clients. Par conséquent, il adoptera une politique d'intégration systémique claire pour renforcer la capacité du système de santé et effectuer un alignement intersectoriel des services de santé en se fondant sur les trois démarches d'intégration susmentionnées.

Pour 2008-2009, il utilisera le financement prioritaire de 2,9 M\$ pour soulager les pressions exercées par les ANS dans la région. Le financement permettra de maintenir 32 lits de transition, d'améliorer les services du CASC, d'accroître les logements avec services de soutien pour les aînés et les personnes handicapées et d'appuyer un programme gériatrique régional.

Le financement au titre de Vieillir chez soi pour 2008-2009 réglera de nombreux enjeux associés aux ANS en augmentant les systèmes de soutien dans les secteurs communautaires. Au cours des deux années ultérieures de la stratégie, d'autres programmes et services seront dispensés dans la collectivité dans le but de réduire le nombre de journées consacrées aux ANS.

5. Planification des activités du RLISS

En 2008-2009, le RLISS du Nord-Est a pourvu à des postes clés au sein de l'organisme et a atteint un effectif de 24 employés. Il a pourvu aux postes suivants : conseiller administratif en communication, responsable de l'aide à la décision, analyste financier et administrateur des services Web. Ces quatre postes contribueront à la réussite du RLISS.

Le personnel a participé activement aux activités des groupes de travail sur les ANS, du groupe consultatif sur les temps d'attente et des tables rondes des directeurs généraux du système de santé. Ces comités ont fourni au RLISS des renseignements indispensables sur chaque région de planification, notamment les services offerts, les besoins et lacunes du système et ont proposé des opportunités d'efficacies. Au cours de l'automne 2008, le RLISS sera appelé à négocier plus de 180 ententes de responsabilisation en matière de services avec les secteurs communautaires. En outre, il surveillera activement les nouvelles ententes sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers. Pour s'acquitter de ces tâches, le personnel et le conseil d'administration effectueront de nombreux déplacements dans la vaste région du RLISS.

Le RLISS du Nord-Est concourt au perfectionnement du personnel et du conseil. Il a organisé une séance de réflexion en février 2008 et mettra en œuvre les suggestions reçues à cette occasion au cours

de la prochaine année. Une étude de l'efficacité portant sur tous les RLISS a été effectuée au printemps 2008. Les RLISS évalueront les constatations dès que le rapport sera terminé au cours de l'été 2008. Des cours de perfectionnement des compétences à l'intention du personnel seront également offerts durant l'année.

Le conseil a participé à une séance de réflexion en janvier 2008 pour formuler ses orientations stratégiques de l'année. La direction et le personnel du RLISS ont formulé un plan opérationnel qui cerne les principales priorités de l'année. Dès qu'il connaîtra son affectation budgétaire interne pour 2008, le RLISS réalisera le plus grand nombre possible de projets du plan opérationnel dans les limites des ressources déterminées.

Les priorités énoncées dans le Plan opérationnel 2008-2009 sont les suivantes :

1. Entente de responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS du Nord-Est

- a. Actualisation de l'entente*
- b. Atteinte des résultats visés*
- c. Fidélité au budget – externe et interne*
- d. Gestion du risque*
- e. Plan de services annuel*
- f. Rapport annuel*
- g. Actualisation du PSSI*
- h. Actualisation de la Stratégie de cybersanté*

2. Priorités du Plan de services de santé intégrés (PSSI) du RLISS du Nord-Est

- a. Équité et accès*
- b. Autres niveaux de soins*
- c. Stratégie Vieillir chez soi*
- d. Services de santé pour les Autochtones, les Premières nations et les Métis*
- e. Services de santé en français*
- f. Ressources humaines en santé*
- g. Technologie de l'information et des communications et gestion de l'information*
- h. Gestion et prévention des maladies chroniques; soins primaires*
- i. Temps d'attente*

3. Nouvelles priorités locales

- a. Toxicomanie et santé mentale*
- b. Optimisation des chirurgies*
- c. Optimisation des laboratoires*
- d. Programme de traumatologie*
- e. Augmentation subite de la surcapacité des hôpitaux*
- f. Accès aux spécialistes*
- g. Entente-cadre tripartite d'intégration des services de santé de la région de Weeneebayko Système de prestation de services pédiatriques intégrés*
- i. Dialyse*
- j. Projets d'immobilisations*
- k. Ordonnances d'intégration*

4. Stratégies du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (en cours et nouvelles)

- a. Temps d'attente dans les salles d'urgence*
- b. Optimisation des unités de soins intensifs*
- c. Couverture des services d'urgence*
- d. Soins de qualité dans les maisons de soins de longue durée*
- e. Accès aux services de santé familiale*
- f. Stratégie concernant les hôpitaux ruraux et du nord*
- g. Logement abordable (sans but lucratif, coopérative d'habitation)*

6. Stratégies de gestion des risques

6.1. Risques associés aux priorités du PSSI :

6.1.1. Pressions exercées par les ANS dans la région du Nord-Est :

En 2007-2008, les journées d'ANS représentaient en moyenne environ 20,6 % du nombre total de journées d'hospitalisation en soins actifs dans les hôpitaux du Nord-Est.

L'investissement du financement au titre de la stratégie Vieillir chez soi et du financement prioritaire dans le secteur communautaire permettra à un plus grand nombre d'aînés de vieillir chez eux et libérera des lits réservés aux soins actifs. Le RLISS du Nord-Est ne sera pas en mesure de mettre en œuvre tous les projets mentionnés dans le Rapport des groupes de travail sur les ANS en 2008-2009 à cause des contraintes de financement. Toute nouvelle initiative devra être financée par les ressources actuelles.

La mise en œuvre de ces initiatives permettra d'améliorer les soins au terme de la vie et les soins palliatifs dans la région, de diminuer le recours aux milieux de soins actifs, de promouvoir l'autogestion des soins par les patients, d'aider les aînés à vieillir chez eux, de diminuer les temps d'attente pour les personnes atteintes de troubles mentaux exigeant une gestion de cas, d'atteindre les objectifs en matière de temps d'attente et de réduire le recours à la politique Crisis 1-A.

6.1.2. Stratégie de réduction des temps d'attente

Les pressions exercées par les ANS ont une incidence énorme sur les temps d'attente dans le Nord-Est. Cette incidence est due à divers facteurs, notamment le manque d'espace dans les hôpitaux actuels, les problèmes de ressources humaines en santé et le manque de soutien communautaire. La demande accrue d'examen par IRM exacerbe également le problème des temps d'attente. Le RLISS a créé un groupe consultatif sur les temps d'attente qui surveillera les temps d'attente et cernera des stratégies de réduction.

6.1.3. TIC

Un risque majeur associé à l'intégration de la cybersanté consiste en ce que les partenaires du système de santé doivent collaborer à l'échelle de la région pour normaliser l'infrastructure, établir des services de soutien des TIC communs, minimiser le nombre de demandes et réclamer des investissements pour que tous les fournisseurs de services de santé aient les outils électroniques dont ils ont besoin pour gérer les renseignements sur les patients. Bon nombre de projets tirent parti des investissements actuels, mais la mise en œuvre du plan de TIC prendra au moins trois ans et exigera un financement et des ressources considérables.

La cybersanté peut être un catalyseur clé d'objectifs transformationnels axés sur la prestation de services de santé de qualité équitables, viables, efficaces et efficaces. La technologie informatique rend possible un vaste éventail d'activités à l'appui des services de santé (cybersanté) qui pourraient ouvrir la voie à l'intégration des services et des secteurs et dégager d'énormes bienfaits pour le système, les organismes individuels, le personnel et les patients. Les priorités de changements énoncées dans le PSSI du RLISS du Nord-Est courraient un risque énorme si elles ne reposaient pas sur la cybersanté.

6.2. Risques ayant une incidence sur le système de santé du Nord-Est

6.2.1. Ententes de responsabilisation des hôpitaux :

Certains hôpitaux déménageront dans de nouvelles installations au cours des deux prochaines années. Or, le maintien de plusieurs emplacements jusqu'à la construction des nouvelles installations entraîne des déficits budgétaires.

Les petits hôpitaux ont de la difficulté à équilibrer leur budget à cause des frais élevés découlant des ententes avec les syndicats, des frais de recrutement et de déplacement des médecins et du personnel infirmier et des frais de laboratoire des unités de dialyse satellites.

On a établi une surveillance mensuelle de la position financière des hôpitaux. Ces derniers doivent tenir une séance de participation communautaire pour examiner les consultations à l'urgence qui pourraient avoir eu lieu ailleurs. Ils doivent également soumettre au RLISS un plan renfermant des propositions en vue de réduire ces consultations d'ici à septembre 2008 et collaborer avec leurs partenaires communautaires au repérage de milieux de soins plus appropriés.

6.2.2. Fonds de roulement déficitaires :

Le MSSLD a affecté des ententes de responsabilisation aux hôpitaux qui ne respectaient pas l'indicateur de rendement relatif au ratio du fonds de roulement. Les hôpitaux utilisent leurs fonds de roulement pour financer les déficits d'exploitation de 2008-2009 et de 2009-2010, ce qui les empêchera de remplacer le matériel et d'effectuer des rénovations.

Le RLISS du Nord-Est n'a pas suffisamment de ressources pour régler ce problème. Les hôpitaux lui rappellent constamment que le MSSLD s'est engagé en 2003-2004 à financer les fonds de roulement déficitaires dans la province.

6.2.3. Priorités locales

Un groupe qui ne sera pas traité dans le cadre des récentes annonces budgétaires est celui des personnes handicapées. Le Nord-Est requiert des logements avec services de soutien pour ces personnes (y compris celles ayant une lésion cérébrale acquise). Cette année, le RLISS a été en mesure d'appuyer des services de logements avec soutien pour ces deux groupes grâce aux capitaux que FedNor et Héritage Canada ont octroyés pour des travaux de construction.

Le manque de fonds d'exploitation empêche le RLISS de financer ses initiatives essentielles dans le Nord-Est.

6.2.4. Activités du RLISS du Nord-Est

Dès que l'affectation budgétaire sera annoncée, le RLISS formulera un budget équilibré qui fera en sorte que nous aurons suffisamment de ressources pour atteindre nos objectifs et priorités de l'année.

Le RLISS mettra en œuvre les orientations stratégiques clés suivantes dans les limites des ressources allouées.

1. Participation communautaire et planification

Dresser un profil des fournisseurs de services de santé pour chacune des régions de planification et des collectivités (à l'aide des données disponibles à ce moment-ci).

Établir les orientations stratégiques « Santé et bien-être pour tous » souhaitées en tirant parti de nos structures « Forum de planification et de participation des intervenants ».

Appuyer la participation des collectivités locales (projets de coordination communautaire et d'amélioration des processus) dans les régions de planification.

Mobiliser tous les intervenants (Cadre OMS) en vue du processus de participation communautaire.

Focaliser les Premières nations, Autochtones et Métis et les Francophones.

Miser sur les données et les éléments probants du système de santé pour mobiliser les intervenants.

Mettre à jour le Plan de services de santé intégrés du RLISS du Nord-Est.

2. Communications

Intégrer la mission et la vision du RLISS du Nord-Est dans toutes les communications.

Formuler un cadre pour le partage des articles du RLISS du Nord-Est avec les auditoires cibles identifiés dans le Cadre OMS.

Développer un réseau de communication pour le Nord-Est afin de partager les messages et communications clés et de rendre la communication plus efficace.

Fournir un soutien aux communications au conseil et au personnel.

Améliorer le site Web du RLISS du Nord-Est et la fonctionnalité du portail.

Formuler des stratégies de communication dans les secteurs clés, y compris, mais non de façon limitative : ERS-H/PPSA, ANS, Vieillir chez soi, communications en temps de crise, etc.

Déployer la nouvelle identité visuelle du RLISS du Nord-Est.

3. Financement et responsabilisation

Gérer le changement culturel (au ministère de la Santé et des Soins de longue durée et avec les hôpitaux) relativement à la PPSA et la ERS-H dans les secteurs suivants :

- *Accroître la transparence de la reddition de comptes publics en élaborant des présentations graphiques conviviales sur l'atteinte des objectifs (financiers et autres).*
- *Établir des méthodes d'amélioration continue fondées sur une surveillance mensuelle et des plans correctifs à court et à long cycle.*
- *Faire preuve de leadership en ce qui a trait à la participation communautaire et à la planification.*

Élaborer des ententes sur la responsabilisation en matière de services (ERS) avec les autres secteurs de la santé relevant de la compétence du RLISS.

Élaborer un système axé sur l'optimisation des ressources au sein du RLISS du Nord-Est et dans les limites de l'affectation accordée aux fournisseurs de services de santé.

4 Partage des connaissances

Prévoir des procédures de partage des meilleures pratiques et des solutions nordiques innovatrices.

Dresser un profil des fournisseurs de services de chaque région de planification et rédiger un rapport sur le rendement du système de santé pour la région et chaque région de planification (et pour chaque collectivité si les données le permettent).

5. Démarche systémique à l'égard du changement

Formuler un cadre décisionnel à l'intention des tables rondes des DG (et des autres groupes, le cas échéant).

Fixer des résultats visés pour chaque priorité du PSSI et les fonctions à l'appui.

Aligner les résultats visés :

- *Cinq intervenants clés*
- *Fonctions à l'appui du RLISS*
- *Plan de services de santé intégrés*
- *Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS*

Entamer l'élaboration d'une fiche d'évaluation (fiche d'évaluation équilibrée) pour le RLISS.

6. Structure organisationnelle du RLISS du Nord-Est

Formuler un plan qui maintiendra la capacité et soutiendra la croissance.

Examiner les rôles et responsabilités rattachés aux postes.

7. Plan de communications

Le RLISS a formulé un plan de communications stratégique de trois ans à l'appui de ses activités. Le plan a cinq objectifs principaux :

faire connaître le RLISS et s'assurer qu'on comprend sa raison d'être;

gérer les attentes des intervenants et du public du RLISS du Nord-Est;

faciliter et accentuer la mise en œuvre du PSSI;

doter le conseil et le personnel des ressources requises pour traiter les impondérables, notamment l'anticipation, la prévention et la gestion des risques;

créer une culture fondée sur la communication et la collaboration pour le traitement des questions relatives à la prestation de services de santé parmi les fournisseurs de services et le public.

Cette section souligne les éléments clés de la stratégie de communication du RLISS en ce qui a trait au Plan de services annuel. Elle met en relief les messages et les tactiques clés que nous utiliserons lorsque nous communiquerons avec nos divers auditoires cibles.

CONTEXTE

Le PSA opérationnalise le Plan de services de santé intégrés et étaye le processus de planification ministériel fondé sur les résultats.

Les RLISS sont tenus, aux termes de leur PSA, de justifier les objectifs de renouvellement régionaux et les réalignements du financement connexe (au besoin). Ces plans pour le système de santé local aident le public à mieux comprendre comment le RLISS entend répondre aux besoins de ses collectivités individuelles.

CALENDRIER

À déterminer

Conforme aux activités du MSSLD

OBJECTIFS

Démontrer une sensibilité aux besoins communautaires et donner le détail des activités et des initiatives de renouvellement aux intervenants et à la collectivité.

AUDITOIRE PRINCIPAL

Secteur de la santé élargi

AUDITOIRES SECONDAIRES

Collectivités locales et usagers du système de santé

Messages

Le PSA aidera le public à comprendre comment le RLISS entend répondre aux besoins de santé de ses collectivités.

Le PSA se fonde sur les discussions entre le RLISS et les membres du public, les fournisseurs et les intervenants et, par conséquent, il reflète les besoins de santé de la population du Nord-Est de l'Ontario.

STRATÉGIE

Les priorités en matière de santé pour 2008-2009 sont les ANS, les temps d'attente, la cybersanté, la gestion des maladies chroniques, la santé mentale et la lutte contre la toxicomanie et l'amélioration de l'accès aux services de santé.

Le RLISS consultera les groupes de travail sur les ANS, le groupe consultatif sur les temps d'attente, le groupe de planification des TIC et les tables rondes des directeurs généraux du système de santé pour prioriser les stratégies de 2008-2009 et formuler un plan de mise en œuvre des stratégies provinciales dans les limites des ressources allouées.

TACTIQUES

Organiser une diffusion coordonnée le même jour pour tous les RLISS (date à déterminer).

Distribuer le PSA aux intervenants par le truchement du bulletin électronique des FSS et du bulletin du RLISS du Nord-Est et l'afficher sur le site Web du RLISS.

Engager des discussions sur le PSA lors des forums des intervenants et des forums sur la gouvernance et aux réunions du conseil d'administration.

Aviser à l'avance la présidente et les membres du conseil, le personnel et les partenaires de la planification de la publication du PSA et leur fournir un sommaire des points saillants.