

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

Plan de services annuel 2010-2011

Le 30 juin 2010

COPIE FINALE

Plan de services annuel 2010-2011

CONTEXTE.....	3
Section 1 : Lettre d'accompagnement du président du conseil d'administration du RLISS du Nord-Est.....	3
Section 2 : Mandat et orientation stratégique.....	5
Section 4 : Évaluation des enjeux auxquels fait face le RLISS du Nord-Est	9
CONTENU DE BASE.....	19
Section 5 : Plan de mise en œuvre	19
SERVICES DE SANTÉ POUR LES AUTOCHTONES, LES MÉTIS ET LES PREMIÈRES NATIONS	19
SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES	24
VIEILLIR CHEZ SOI	29
TRAITEMENT DU DIABÈTE	38
TEMPS D'ATTENTE À L'URGENCE.....	45
SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS	49
RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ	53
OPTIMISATION DES SERVICES CHIRURGICAUX.....	56
Cybersanté.....	60
INTÉGRATION.....	66
Section 6 : Dépenses de fonctionnement proposées, revenus projetés et exigences en matière de financement	70
Section 7 : Dotation du RLISS du Nord-Est, impact sur le plan d'activités et la stratégie de rémunération	71
PLAN DE COMMUNICATIONS	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
Section 8 : Renseignements sur la participation communautaire axée sur le PSA.....	73

CONTEXTE

Section 1 : Lettre d'accompagnement du président du conseil d'administration du RLISS du Nord-Est

Note de service

DESTINATAIRE : Ken Deane, sous-ministre adjoint, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

EXPÉDITEUR : Peter Vaudry, président du conseil par intérim

DATE : Le 30 juin 2010

OBJET : Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est
Plan de services annuel 2010-2011

Conformément aux obligations prévues par la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, le protocole d'entente conclu par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le RLISS et l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS, le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Est a le plaisir de vous faire parvenir son Plan de services annuel (PSA) de 2010-2011.

Le PSA pour 2010-2011 présente le détail de la mise en œuvre du Plan de services de santé intégrés (PSSI) du RLISS du Nord-Est datant du 30 novembre 2009. Le PSSI repose sur les commentaires directs de centaines de personnes du Nord-Est de l'Ontario. Il énonce les priorités de santé locales pour les trois prochaines années.

Les priorités pour 2010-2013 cernées dans le PSSI sont également décrites dans ce PSA, y compris la situation actuelle et les plans d'action visant à atteindre les objectifs de chacune de nos neuf priorités. La mise en œuvre réussie de notre PSSI est tributaire d'un engagement à envisager et à mettre en œuvre des projets d'intégration avec les plus de 200 fournisseurs de services de santé de notre région.

En 2010-2011, le RLISS du Nord-Est se concentrera sur la réduction des temps d'attente aux services des urgences (SU) et du nombre de patients en attente d'autres niveaux de soins (ANS) dans nos hôpitaux de soins actifs. Les ANS sont un enjeu critique qui doit être abordé si nous voulons que nos hôpitaux remplissent leur mandat en matière de soins actifs. Un élément clé de la réduction du nombre de patients en attente d'ANS consiste à rediriger les patients dès qu'ils arrivent aux services des urgences. Cette mesure, ainsi que la mise en œuvre du programme Chez soi avant tout, aideront notre RLISS à atteindre ses cibles en matière d'ANS.

Pour voir à l'exécution de ces plans, notre RLISS a établi un comité régional composé des directeurs généraux et des présidents de conseil des quatre grands hôpitaux, du Centre d'accès aux soins communautaires et du RLISS. Au niveau local, nous avons également mis sur pied des groupes de travail pour veiller à la mise en œuvre des plans locaux et surveiller l'effet des changements systémiques sur les niveaux d'ANS à l'hôpital. Le

RLISS du Nord-Est a établi des indicateurs de rendement clés qui seront inclus dans les ententes de responsabilisation des hôpitaux et du CASC et rencontrera ces organismes à tous les trimestres pour revoir leurs résultats. Nous sommes confiants qu'en travaillant ensemble et mettant en œuvre le programme Chez soi avant tout, nous réussirons à réduire le nombre de patients en attente d'ANS dans nos hôpitaux.

Le RLISS du Nord-Est compte aussi de nombreux petits hôpitaux et hôpitaux en milieu rural qui sont essentiels à nos communautés. Un sommet rural, intitulé « Intégrer les idées innovatrices », a eu lieu en septembre pour traiter des défis et des opportunités qui se présentent à ces communautés. Un sommaire des faits saillants de ce sommet sera partagé avec vous à l'automne.

N'hésitez pas à discuter de ce PSA avec moi ou avec Louise Paquette, directrice générale du RLISS du Nord-Est, à louise.paquette@lhins.on.ca ou au 1 705 840-2872, poste 214.

Cordialement,

Peter Vaudry
Président du conseil par intérim

Section 2 : Mandat et orientation stratégique

Le Plan de services annuel (PSA) du RLISS du Nord-Est 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.

La vision du RLISS « **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** ».

Un élément essentiel à la réalisation du RLISS du Nord-Est est la **Stratégie d'intégration** (septembre 2008). Cette stratégie appuie la planification et les changements au système et aux services en vue de :

- renforcer l'accès aux services et la qualité de ceux-ci;
- améliorer les résultats pour la santé individuelle et la population en général;
- améliorer l'expérience du système de santé pour les patients en diminuant la fragmentation et le recoupement;
- réaliser des efficacies en utilisant les ressources disponibles le plus efficacement possible.

La mise en œuvre réussie de la vision du RLISS relève d'une responsabilité partagée à l'égard de la prestation de programmes et services de santé de qualité dans l'ensemble du Nord-Est ontarien. La réalisation d'un système de santé intégré, axé sur le patient exige que tous les fournisseurs de services de santé et les organismes travaillent ensemble et adoptent une démarche. En 2010, le RLISS continuera de renforcer ses partenariats afin de favoriser une approche cohésive à l'égard de la vision **santé et bien-être pour tous**.

Le RLISS du Nord-Est a participé à plusieurs activités d'intégration volontaire qui ont mené à des changements positifs. En outre, en 2009, il a financé dix projets d'intégration dans la région. Ces projets serviront de fer de lance à d'autres activités et projets d'intégration dans divers secteurs.

Section 3 : Survol des activités/programmes actuels et futurs des organismes

Les neuf priorités du Plan de services de santé intégrés (PSSI) du RLISS du Nord-Est énumérées ci-après ne sont pas dissociées; elles se recoupent et, ensemble, elles contribueront à assurer la viabilité à long terme de notre système de santé tout en permettant aux gens du Nord-Est de l'Ontario d'avoir plus facilement accès à des soins de qualité. Elles seront mises en œuvre au moyen de technologies de l'information et des communications et de procédures électroniques novatrices – la cybersanté.

Les priorités du RLISS pour les trois prochaines années sont les suivantes :

- Vieillir chez soi
- Stratégies et solutions concernant les autres niveaux de soins
- Temps d'attente à l'urgence
- Optimisation des services chirurgicaux
- Services de santé mentale et lutte contre les dépendances
- Services de santé pour les Autochtones, Métis et Premières nations
- Traitement du diabète
- Services de santé en français – une approche intégrée
- Ressources humaines en santé

Une des grandes orientations du RLISS n'est pas mentionnée dans cette liste de neuf priorités – ***l'intégration***. Il en est ainsi parce que l'intégration est une approche qui fera partie de tous nos travaux collectifs. Elle est une responsabilité partagée. La seule façon d'accroître la coordination au sein du système de santé local est de renforcer la collaboration entre les partenaires. Notre engagement à l'égard de la participation communautaire et de l'établissement de partenariats se maintiendra tandis que nous continuerons à donner suite aux priorités suivantes de notre PSSI.

La cybersanté et l'intégration ne sont pas énoncées comme des priorités indépendantes dans le PSSI, mais aux fins du présent PSA on a rempli le modèle A de la section 5 pour ces deux éléments étant donné leur apport à l'ensemble des travaux du RLISS du Nord-Est.

Vieillir chez soi

L'amélioration des services communautaires destinés aux aînés et la diminution des temps d'attente à l'urgence et des pressions dues aux ANS seront les points saillants de la troisième année. Le RLISS du Nord-Est continue d'afficher le pourcentage de journées d'ANS dans les milieux de soins actifs le plus élevé de la province. Conformément à la directive de la province, à savoir régler le problème des temps d'attente à l'urgence et des pressions dues aux ANS, le RLISS s'efforcera d'améliorer les services destinés aux aînés frêles à faible revenu dans le cadre de chacune des quatre priorités suivantes :

- Logements avec services de soutien
- Programme Chez soi avant tout
- Services gériatriques spécialisés du Nord-Est
- Lits de soins de longue durée pour Timmins et Wawa

Stratégies et solutions concernant les autres niveaux de soins

Comparativement aux autres régions des RLISS, le Nord-Est affiche le pourcentage de lits pour soins actifs occupés par des patients en attente d'ANS le plus élevé. La situation actuelle dans la région est insoutenable et reste une priorité pour tous les dirigeants de nos collectivités qui font un effort concerté pour mettre en œuvre de nouvelles initiatives et améliorations. Le RLISS s'est donné pour but de diminuer le pourcentage de journées consacrées aux ANS de 10 % par an en mettant en route des initiatives axées sur les ressources/la capacité, la prestation plus efficace des soins et la normalisation du suivi de la performance. Il a centré les ressources de la troisième année de Vieillir chez soi sur l'élargissement des logements avec services de soutien dans la région et sur le renforcement de la capacité pour atténuer les pressions dues aux ANS dans les hôpitaux et les collectivités.

Temps d'attente à l'urgence

L'objectif du RLISS du Nord-Est est de diminuer le nombre de visites à l'urgence pour l'obtention de soins non urgents et moins urgents et de continuer à améliorer les temps d'attente à l'urgence ainsi que la satisfaction des patients dans sa région. Pour atteindre les repères de son entente de responsabilisation avec le ministère, il continuera de mettre en œuvre des stratégies axées sur la circulation des patients et l'utilisation des lits au sein du réseau hospitalier. Le projet d'acheminements électroniques et d'appariement des ressources favorisera une meilleure utilisation des urgences de nos hôpitaux. Le RLISS élargira également les projets communautaires et appuiera son réseau de services des urgences au cours des trois prochaines années. Il évaluera les projets mis en route pour améliorer les temps d'attente à l'urgence afin de renforcer la coordination et la synergie des programmes et, au besoin, de réaffecter les fonds aux projets qui amélioreront notre rendement.

Optimisation des services chirurgicaux

Conformément aux orientations provinciales et par suite des discussions avec les intervenants clés du Nord-Est de l'Ontario, le RLISS a effectué un examen des services chirurgicaux actuellement dispensés dans les hôpitaux de la région pour assurer le maintien de l'accès et de la qualité des services.

Le projet avait pour but d'examiner les volumes chirurgicaux, les diagnostics et les ressources nécessaires pour répondre aux besoins du Nord-Est. Un comité directeur du projet d'optimisation des services chirurgicaux a été mis en place pour examiner les tendances d'utilisation des services chirurgicaux dans la région et identifier les spécialités chirurgicales nécessitant un examen plus approfondi et des discussions avec les intervenants. La mise en œuvre du rapport sur l'optimisation des services chirurgicaux du RLISS du Nord-Est se poursuivra en 2010-2011.

Services de santé mentale et lutte contre les dépendances

Le RLISS du Nord-Est mettra en œuvre la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de la province, contribuant ainsi à la création d'un système qui offre à tous les gens qui ont besoin de soins un accès équitable à des services sûrs, respectueux et efficaces. Pour atteindre cet objectif, le RLISS élaborera un système plus intégré qui renforcera l'intégration et la normalisation des services et améliorera les services dispensés.

Services de santé pour les Autochtones, Métis et Premières nations

Dans le cadre de cette priorité, le RLISS continuera de s'efforcer d'améliorer l'état de santé des Autochtones, Métis et Premières nations dans l'ensemble du Nord-Est. Il appuie la prestation de services de santé conformes aux structures régionales, provinciales et fédérales relatives à la planification et à la prestation de programmes et de services de santé visant à améliorer les résultats pour la santé des Autochtones, Métis et Premières nations.

Traitement du diabète

Selon un rapport publié en octobre 2007, la prévalence du diabète dans le RLISS du Nord-Est est plus élevée que celle de la province. En effet, la prévalence s'établit à 4,8 % pour l'ensemble de la province et à 7,2 % pour le RLISS (le taux augmente lorsque l'on tient compte de l'âge). Pour régler ce problème, le RLISS entend améliorer l'accès aux soins intégrés et aux programmes éducatifs en matière de diabète dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.

Services de santé en français

La mobilisation des intervenants francophones est une importante priorité pour le RLISS du Nord-Est. Les récentes consultations centrées sur la validation des priorités du PSSI ont révélé qu'une approche intégrée pour régler les enjeux liés aux services de santé en français est requise, notamment l'intégration de ces derniers dans chaque priorité et l'inclusion d'une approche intégrée dans la mission et la vision du RLISS.

En collaboration avec le Bureau des services en français et ses partenaires communautaires, le RLISS a élaboré un plan d'action provisoire décrivant des activités dans le secteur des services de santé en français liées au processus de planification axé sur les résultats. Le comité de planification des services de santé en français du RLISS du Nord-Est veillera à ce que l'on utilise un processus juste et équitable lors de l'établissement d'une entité francophone qui appuiera les activités de mobilisation des Francophones du RLISS.

Ressources humaines en santé (RHS)

Chaque priorité du PSSI a une dimension de ressources humaines. Le RLISS travaillera avec la province, les fournisseurs de services de santé locaux, les collectivités et les particuliers pour trouver des façons novatrices d'utiliser notre main-d'œuvre actuelle et attirer des professionnels dans notre région et les retenir. Nous collaborerons avec tous les intervenants pour créer un cadre systémique qui permettra d'anticiper les besoins de RHS et atténuer les enjeux de la prestation des services se rapportant aux travailleurs de la santé du Nord-Est.

Cybersanté

La cybersanté et, particulièrement, les technologies de l'information et des communications (TIC) sont des catalyseurs clés de chacune de nos neuf priorités et elles seront utilisées à l'appui de l'intégration des services et de la prestation de services de qualité. Le ministère a fait de la cybersanté et des TIC des domaines d'intérêt clés que le RLISS du Nord-Est appuie actuellement par le truchement des priorités et activités stratégiques de son PSSI. Le RLISS poursuivra de nombreuses stratégies, notamment la mise en œuvre du plan tactique communautaire sur la cybersanté, du plan stratégique de cybersanté, du système d'harmonisation des ressources et d'aiguillage pour les autres niveaux de soins (HRA-ANS) et d'un plan de communications sur la cybersanté.

Intégration

Le RLISS du Nord-Est appuie les projets d'intégration axés sur l'action, l'établissement de priorités et la planification coordonnée des services de santé. Quelques priorités d'intégration continueront d'être dirigées par le RLISS du Nord-Est (p. ex., temps d'attente), mais d'autres relèveront d'une démarche axée sur la collectivité et la zone de planification visant à mettre en place des services de santé intégrés et centrés sur le patient qui sont planifiés et appuyés par des partenariats.

La Stratégie d'intégration du RLISS vise principalement l'atteinte des résultats suivants au niveau de la collectivité, de la zone de planification et de la région : unité de gouvernance, planification, action et évaluation menant à l'amélioration de la prestation et de la viabilité des services.

Section 4 : Évaluation des enjeux auxquels fait face le RLISS du Nord-Est

Profil de la population

Comme le précise le PSSI, le RLISS du Nord-Est englobe plus 40 % du territoire et 4,5 % de la population de l'Ontario. Le taux de croissance démographique est inférieur à 1 % dans la région, tandis que celui de la province atteint presque 8 % depuis le recensement de 2001. Ces réalités géographiques et démographiques posent des enjeux qui ont toujours obligé les planificateurs et les fournisseurs de services de santé à adopter des démarches novatrices pour assurer que les citoyens ont accès à des soins de qualité en temps opportun.

En outre, comparativement à la province, le Nord-Est compte une population plus âgée et une proportion plus élevée d'Autochtones, de Métis, de Premières nations et de Francophones. Ces populations prioritaires sont touchées par des iniquités sur le plan de la santé comparativement à la population en général.

Par rapport à l'Ontario, le Nord-Est de l'Ontario affiche également une proportion supérieure de personnes vivant en milieu rural, des taux de chômage plus élevés et un niveau de scolarité inférieur.

Ces facteurs sociaux et économiques constituent des déterminants de la santé.

Comportements en matière de santé et état de santé

Comparativement à la province, le Nord-Est compte un pourcentage supérieur d'adultes obèses ou ayant un excès de poids et de fumeurs actuels.

La prévalence de nombreuses maladies chroniques (y compris les maladies du cœur, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète) et les taux de mortalité connexes sont considérablement plus élevés dans le Nord-Est. En outre, l'espérance de vie pour les hommes et les femmes du Nord-Est de l'Ontario est plus faible que celle de l'ensemble de la province.

Les deux causes majeures d'hospitalisation (au regard des volumes) sont les maladies du système circulatoire et les troubles du système digestif. Le taux d'hospitalisations dues à des blessures en 2006 était considérablement plus élevé pour les citoyens du Nord-Est de l'Ontario que pour le reste de la province.

Le RLSS du Nord-Est est également marqué par un pourcentage inférieur de personnes ayant un médecin régulier ou ayant consulté un médecin dans la dernière année.

Il n'est pas étonnant que le pourcentage de personnes qualifiant leur santé de très bonne ou excellente soit inférieur à celui de l'ensemble de l'Ontario, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2007).

Nouveaux inducteurs de changements systémiques

Structure par âge

La structure par âge du Nord-Est diffère de celle de la province en général, mais on prévoit qu'elle sera encore plus différente dans un avenir rapproché. Par exemple, selon les estimations de la population de 2008 (ministère des Finances), le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus dans le RLSS du Nord-Est s'élève à environ 16,5 %, comparativement à 13,4 % pour l'ensemble de l'Ontario, soit une différence de 3,1 %, mais ce groupe d'âge devrait atteindre 20,8 % en 2017, comparativement à 16,0 % pour l'Ontario. On s'attend à ce que cet écart de près de 5 % augmente.

Pour le RLISS du Nord-Est, cette population vieillissante se traduira par une hausse :

- des maladies chroniques (avec comorbidités connexes);
- de la demande pour de nombreux services de santé;
- de la demande de soins de longue durée;
- de la demande d'opportunités au titre de Vieillir chez soi.

Croissance des Autochtones, des Métis et des Premières nations

Étant donné la proportion d'Autochtones, de Métis et de Premières nations dans le RLISS du Nord-Est (10 % est une estimation prudente), il importe d'envisager la structure par âge unique associée à cette population et l'impact qu'elle pourrait avoir en tant qu'inducteur clé de changement.

On peut présumer que les tendances de la population et de l'état de santé qui caractérisent les Autochtones, Métis et Premières nations du Canada sont les mêmes dans le RLISS du Nord-Est. Les études locales, particulièrement celles qui ont été effectuées dans la région des côtes de la baie James et de la baie d'Hudson où quelque 98 % de la population est d'origine autochtone, ont démontré que cette hypothèse est vraie.

Au Canada, la population autochtone est plus jeune et affiche un taux de fécondité beaucoup plus élevé que la population non autochtone (près du double). C'est une constatation importante, car dans la région des côtes de la baie James et de la baie d'Hudson, les taux d'incidence et les problèmes de ressources sont élevés pour les maladies transmissibles sexuellement, les blessures et les empoisonnements, la mortalité infantile et les complications durant la grossesse ainsi que les grossesses chez les adolescentes.

De plus, le risque de suicide chez les jeunes des Premières nations est entre cinq et six fois plus élevé que dans la population en général; un tiers des décès chez les adolescents est attribuable au suicide. En 2000, le taux de suicide chez les membres des Premières nations de tous âges s'élevait à 24 par tranche de 100 000 habitants, comparativement à 12 par tranche de 100 000 habitants pour la population en général.

Les recherches préliminaires du RLISS du Nord-Est révèlent que parmi les quelque 100 décès par suicide dans la région en 2005, 20 % sont survenus dans des collectivités des côtes de la baie James et de la baie d'Hudson. Cependant, en 2006, la zone de planification des côtes de la baie James et de la baie d'Hudson représentait seulement environ 1,3 % de la population du RLISS.

Selon Santé Canada, par rapport à la population canadienne, chez les Premières nations :

- l'incidence de maladies du cœur est 1,5 fois plus élevée;
- l'incidence du diabète type 2 est entre trois et cinq fois plus élevée;
- le taux de tuberculose est de huit à dix fois plus élevé.

Santé Canada signale également qu'en 2000 l'espérance de vie à la naissance pour les Indiens inscrits était estimée à 68,9 ans pour les hommes et à 76,6 ans pour les femmes. Ces chiffres représentent une différence de 8,1 ans et de 5,5 ans respectivement par rapport à l'espérance de vie de la population canadienne en 2001.

Clairement, un système de santé axé sur le patient exige des investissements et des stratégies pour éliminer ces disparités de santé.

L'économie de ressources du Nord-Est : déterminant de la santé

L'emploi et le revenu gagné sont d'importants contributeurs à l'état de santé. Malheureusement, la récente récession mondiale a eu des retombées négatives graves pour bon nombre d'industries de ressources (y compris la foresterie et l'exploitation minière) sur lesquelles le Nord-Est de l'Ontario dépend. L'emploi dans ces industries est dix fois plus élevé dans le Nord de l'Ontario (6,5 %) que dans la province en général (0,6 %). Or, la reprise continue d'être lente et l'on s'attend à ce que l'augmentation des taux de chômage et de pauvreté entraîne au bout du compte des résultats négatifs pour la santé des résidents du Nord-Est de l'Ontario.

Indicateurs de rendement dans le RLISS du Nord-Est

La section suivante illustre les indicateurs de rendement mesurés les plus récents, à compter du 23 juin 2010. Dans la dernière version des rapports d'indicateurs de l'ERMRL produits par le MSSLD, les valeurs utilisées pour déterminer si une cible a été atteinte ou non dépendaient des critères établis dans le tableau de notes ci-dessous (section 3). Les valeurs de rendement contre lesquelles le RLISS a été mesuré sont indiquées dans les tableaux ci-dessous **en caractères gras et surlignés**.

Les résultats proviennent des fichiers MSSLD/ERMRL suivants, qui se trouvent dans le portail MIKE :

- *Final Individual LHIN Vs All PIs (FY2009-10) – Revised June 3, 2010 Final.xls*, et
- *MLAA-PIs Reported Data FY 2009-10 (May 14, 2010) Final.xls*

NOTES

Les notes suivantes sont essentielles à la compréhension de l'évaluation du rendement du RLISS par le MSSLD. Selon les critères énumérés ci-dessous, certains indicateurs ont été mesurés contre la fin d'exercice et d'autres contre le quatrième trimestre de 2009-2010. Les valeurs utilisées pour mesurer le rendement du RLISS du Nord-Est sont en **caractères gras et surlignés** dans les tableaux connexes.

Définitions des échéances par rapport aux données dans les tableaux

1. Indicateurs par rapport aux temps d'attente et à l'urgence

1.1 Résultats annuels du RLISS pour l'exercice 2009-2010 = valeur de rendement annuel actuelle d'avril 2009 à mars 2010.

2. Indicateurs non liés aux temps d'attente :

2.1 Indicateur de placement en foyer de soins de longue durée : Résultats annuels du RLISS pour l'exercice 2009-2010 = valeur de rendement annuel actuelle d'avril 2009 à mars 2010.

2.2 Indicateur des ANS : le pourcentage de journées d'ANS pour le quatrième trimestre est une

estimation fondée sur les données des premier, deuxième et troisième trimestres de 2009-2010. Les résultats annuels du RLIS pour l'exercice 2009-2010 sont aussi estimés selon les données des premier au quatrième trimestres de 2009-2010.

3. Valeur de rendement utilisée – exercice 2009-2010

3.1 Pour tous les indicateurs de temps d'attente au 90^e percentile, si la valeur de départ du RLIS en 2009-2010 est **SUPÉRIEURE** au repère provincial, le rendement de fin d'exercice du RLIS sera évalué contre la valeur de rendement actuelle au quatrième trimestre de 2009-2010.

3.2 Pour tous les indicateurs de temps d'attente au 90^e percentile, si la valeur de départ du RLIS en 2009-2010 est **INFÉRIEURE** au repère provincial, le rendement de fin d'exercice du RLIS sera évalué contre la **valeur de rendement annuel actuelle pour l'exercice 2009-2010**.

3.3 Pour le pourcentage de journées d'ANS, et le temps moyen d'un placement en foyer de soins de longue durée, le rendement du RLIS sera évalué contre les résultats du RLIS disponibles dans le quatrième trimestre de l'exercice (c.-à-d. les **données des premier, deuxième et troisième trimestres de 2009-2010**).

3.4. Pour les 3 indicateurs d'attente à l'urgence, le rendement de fin d'exercice du RLIS sera évalué contre le rendement du RLIS pour tout l'exercice (**valeur de rendement annuel actuelle pour l'exercice 2009-2010**).

Évaluation des repères

OUI = Le RLIS a atteint le repère/est dans le corridor

NON = le RLIS n'a pas atteint le repère/n'est pas dans le corridor

Indicateurs de rendement atteints ou à l'intérieur du corridor

Le RLIS du Nord-Est a atteint les repères pour quatre indicateurs de l'ERMR 2009-2010. Le tableau 1 illustre les quatre repères d'indicateurs qui ont été atteints ou qui sont à l'intérieur du corridor, comprenant deux indicateurs pour les temps d'attente en chirurgie, un indicateur pour la visualisation diagnostique et un indicateur pour les soins de longue durée. Les quatre indicateurs ont été mesurés contre les valeurs de fin d'exercice pour déterminer si le repère a été atteint (voir le point 3 dans le tableau de notes ci-dessus).

Tableau 1. Indicateurs de l'ERMR 2009-2010 pour lesquels le RLIS du Nord-Est a atteint les repères ou est à l'intérieur du corridor

Indicateur de rendement	Valeur de départ du RLIS du Nord-Est 2009-2010	Repère du RLIS du Nord-Est 2009-2010	TR1 2009-2010	TR2 2009-2010	TR3 2009-2010	TR4 2009-2010	Fin d'exercice 2009-2010	Atteint le repère – dans le corridor
Temps d'attente pour une chirurgie d'un cancer – 90 ^e percentile	55	50	52	46	53	46	51	Oui
Temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte – 90 ^e percentile	130	130	86	118	125	112	115	Oui
Temps d'attente pour un examen diagnostique par tomodensitométrie – 90 ^e percentile	29	28	26	27	29	33	29	Oui
Temps d'attente moyen pour un placement en foyer de soins de longue durée – tous les placements	141	135	130	104	177	151	133	Oui

Temps d'attente pour une chirurgie du cancer

Le repère du RLISS du Nord-Est pour les chirurgies du cancer en 2009-2010 était de 50 jours, ce qui est plus bas que le repère provincial de 84 jours. La valeur de fin d'exercice 2009-2010 du RLISS du Nord-Est – se chiffrant à 51 jours – est bien à l'intérieur du corridor et inférieure à la valeur de départ de 55 jours. Le RLISS du Nord-Est travaille vers l'atteinte du repère de 48 jours pour 2010-2011.

Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte

Le repère 2009-2010 du RLISS pour la chirurgie de la cataracte est de 130 jours, ce qui est inférieur au repère provincial de 182 jours. Sa valeur de 115 jours pour le fin de l'exercice 2009-2010 est à l'intérieur du corridor et sous la valeur de départ de 130 jours. Le RLISS du Nord-Est continuera à maintenir le temps d'attente de 115 jours pour 2010-2011.

Temps d'attente pour un examen diagnostique par tomodensitométrie

Le repère 2009-2010 du RLISS pour les examens diagnostiques par tomodensitométrie est identique au repère provincial (28 jours). La valeur de 29 jours du RLISS du Nord-Est pour la fin de l'exercice 2009-2010 est identique à la valeur de départ, légèrement plus haute que le repère, mais à l'intérieur du corridor. Le repère du RLISS du Nord-Est pour 2010-2011 est 28 jours.

Temps d'attente moyen pour un placement en foyer de soins de longue durée – tous les placements

Le repère de l'exercice 2009-2010 pour le temps d'attente moyen pour un placement en foyer de soins de longue durée est de 135 jours (tous les placements), alors que le repère de la province est de 50 jours seulement. Bien que le RLISS du Nord-Est ait atteint son repère de rendement, la valeur de fin d'exercice de 133 jours est supérieure au temps d'attente provincial de 113 jours pour la même période. Les valeurs trimestrielles pour 2009-2010 varient considérablement dans le RLISS, allant de 104 à 177 jours.

Le manque de lits de SLD et de logements avec services de soutien est le défi majeur dans le Nord-Est de l'Ontario. Comme l'indiquait l'étude sur les logements avec services de soutien du RLISS (2009), le Nord-Est requiert entre 2 300 et 5 000 logements avec services de soutien de plus pour répondre à la demande actuelle selon les projections jusqu'en 2011.

Le RLISS a obtenu une autorisation pour trois stratégies de renouvellement de foyers de soins de longue durée. Le projet de Timmins permettra d'augmenter le nombre de lits de SLD dans cette collectivité. Sudbury aura un nouveau foyer de SLD de 128 lits d'ici à décembre 2010, ce qui contribuera à une diminution du délai de placement.

Indicateurs de rendement non atteints ou ne figurant pas dans le corridor

Le RLISS du Nord-Est n'a pas atteint sept de ses repères en matière d'indicateurs de rendement. Deux des indicateurs se rapportent aux temps d'attente pour des chirurgies, l'un aux temps d'attente pour l'imagerie diagnostique et un autre pour les ANS (tableau 2). Trois autres repères non atteints se rapportent à la durée du séjour à l'urgence (tableau 3).

Tableau 2. Indicateurs de l'ERMR 2009-2010 pour lesquels le RLISS du Nord-Est n'a pas atteint les repères ou n'est pas à l'intérieur du corridor								
Indicateur de rendement	Valeur de départ du RLISS du Nord-Est 2009-2010	Repère du RLISS du Nord-Est 2009-2010	TR1 2009-2010	TR2 2009-2010	TR3 2009-2010	TR4 2009-2010	Fin d'exercice 2009-2010	Atteint le repère – dans le corridor
Temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche – 90 ^e percentile	371	320	372	353	394	<u>393</u>	386	Non
Temps d'attente pour une arthroplastie du genou – 90 ^e percentile	423	320	341	399	399	<u>403</u>	382	Non
Temps d'attente pour un examen par IRM – 90 ^e percentile	73	69	80	89	89	<u>94</u>	88	Non
Pourcentage de jours en attente d'autres niveaux de soins (ANS) – par RLISS	27,60 %	17,00 %	27,41 %	23,66 %	27,91 %	26,33 %	<u>26,43 %</u>	Non

Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche et du genou

Le repère 2009-2010 du RLISS pour l'arthroplastie de la hanche (320 jours) est considérablement supérieur au repère provincial de 182 jours. La valeur utilisée pour mesurer le rendement du RLISS du Nord-Est est la valeur du quatrième trimestre (393 jours) qui est légèrement plus élevée que la valeur de fin d'exercice (386 jours). Peu importe la valeur utilisée, le résultat demeure à l'extérieur du corridor de rendement.

Le repère 2009-2010 du RLISS pour l'arthroplastie du genou (320 jours) est considérablement supérieur au repère provincial de 182 jours. Étant donné les critères établis dans le tableau de notes susmentionné, le quatrième trimestre de 2009-2010 a été utilisé pour déterminer le succès. La valeur de 403 représente plus du double du temps d'attente provincial de 176 jours pour la même période, et augmente depuis le premier trimestre de 2009. La valeur de fin d'exercice de 382 jours est également à l'extérieur du corridor de rendement. Bien que ces valeurs soient supérieures au repère, elles représentent une amélioration de presque 5 % par rapport à la valeur de départ de 423 jours en 2009.

En dépit de la tendance, le RLISS a pu traiter tous les volumes visés par les temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou en 2009-2010. Le problème des ANS dans le Nord a contribué à l'annulation de chirurgies à cause du manque de lits.

Le repère du RLISS du Nord-Est pour 2010-2011 en matière d'arthroplasties de la hanche et du genou est 300 jours. Afin d'atteindre ce repère, les hôpitaux du Nord-Est et le RLISS du Nord-Est mettent en œuvre un réseau d'évaluation des articulations et un registre central. Sudbury et Parry Sound ont lancé un centre d'évaluation des articulations en 2009-2010 et ont réduit les temps d'attente considérablement. North Bay et Timmins créeront des centres en 2010-2011. L'Hôpital régional de Sudbury a réussi à recruter deux nouveaux chirurgiens qui entreront en fonctions en 2010-2011. Timmins perdra un chirurgien pendant l'été. Les hôpitaux travaillent ensemble pour élaborer des stratégies afin de dépanner l'Hôpital de Timmins. De plus, le RLISS du Nord-Est a reçu 170 autres chirurgies de la hanche et du genou en 2010-2011. Ces stratégies aideront le RLISS du Nord-Est à atteindre son repère de 300 jours pour 2010-2011.

Temps d'attente pour un examen par IRM

Le repère 2009-2010 du RLISS pour les temps d'attente pour un examen par IRM est de 69 jours, comparativement au repère provincial de 28 jours. Bien que la tendance trimestrielle du Nord-Est continue de progresser, la valeur du dernier trimestre étant de 94 jours, la valeur du Nord-Est est néanmoins considérablement meilleure que la valeur trimestrielle de la province (116 jours). La capacité d'IRM dans le RLISS du Nord-Est augmentera lorsque l'Hôpital général de North Bay ouvrira ses nouvelles installations en 2011. L'Hôpital régional de Sudbury a également demandé l'autorisation d'exploiter un appareil d'IRM additionnel qui l'aidera à assumer ses fonctions régionales. Ces deux appareils, ainsi que les volumes additionnels, aideront le RLISS du Nord-Est à atteindre son repère de 69 jours.

Autres niveaux de soins

Le repère du RLISS pour 2009-2010 est 17 % tandis que le repère provincial est 9,46 %. La valeur de fin d'exercice pour le RLISS du Nord-Est est 26,43 %. Bien que la tendance se soit améliorée depuis la valeur de départ de 27,60 %, elle reste largement supérieure au corridor de rendement. Le RLISS du Nord-Est aura un nouvel établissement de soins de longue durée à Sudbury vers la fin de 2010-2011. Nous mettrons en œuvre des programmes d'aide à la vie autonome et augmenterons la capacité en logements avec services de soutien partout dans le Nord-Est en vue de réduire les pressions liées aux ANS sur le système hospitalier et l'infrastructure communautaire. Le RLISS du Nord-Est espère que les programmes mis en œuvre avec le financement Vieillir chez soi aideront à diminuer le nombre de journées d'ANS à 20 % en 2010-2011.

Indicateurs pour la durée du séjour à l'urgence

Bien que le rendement du RLISS du Nord-Est ait légèrement diminué par rapport à la durée du séjour à l'urgence, les valeurs sont meilleures que celles de la province.

Tableau 3. Indicateurs de l'ERMR 2009-2010 quant à la durée du séjour à l'urgence, pour lesquels le RLISS du Nord-Est n'a pas atteint les repères ou n'est pas à l'intérieur du corridor								
Indicateur de rendement	Valeur de départ du RLISS du Nord-Est 2009-2010	Repère du RLISS du Nord-Est 2009-2010	TR1 2009-2010	TR2 2009-2010	TR3 2009-2010	TR4 2009-2010	Fin d'exercice 2009-2010	Atteint le repère – dans le corridor
Proportion de patients admis traités selon la cible de durée du séjour de ≤ 8 heures	60,00 %	64,00 %	60,58 %	61,34 %	59,99 %	53,83 %	<u>58,98 %</u>	Non
Proportion de patients dans un état grave non admis (ECTG I-III) traités selon leurs cibles respectives de ≤ 8 heures pour les catégories de l'ECTG I et II et de ≤ 6 heures pour la catégorie de l'ECTG III	92,00 %	95,00 %	92,33 %	89,70 %	88,54 %	86,90 %	<u>89,41 %</u>	Non
Proportion de patients dont l'état n'est pas grave non admis (ECTG IV et V) traités selon la cible de durée du séjour de ≤ 4 heures	90,00 %	91,00 %	91,49 %	87,21 %	87,72 %	86,83 %	<u>88,38 %</u>	Non

Proportion de patients admis traités selon la cible de durée du séjour de ≤ 8 heures

Un secteur qui a besoin d'amélioration est la proportion de patients admis traités selon la cible de durée du séjour de huit heures. Même si la valeur de presque 59 % est inférieure au repère de 65 %, il s'agit d'une amélioration considérable par rapport à la valeur provinciale d'environ 41 %.

Le nombre élevé de patients classés ANS attendant un placement empêche les hôpitaux d'admettre les patients dans le délai de huit heures. Les foyers de soins de longue durée des quatre grandes régions ont peu de vacances, ce qui entrave le placement des patients dans un milieu approprié. Le RLISS utilisera le financement de la troisième année de Vieillir chez soi et les fonds du Programme de financement axé sur les résultats dans les quatre grands hôpitaux pour améliorer le rendement de notre RLISS.

Proportion de patients dans un état grave non admis (ECTG I-III) traités selon leurs cibles respectives de ≤ 8 heures pour les catégories de l'ECTG I et II et de ≤ 6 heures pour la catégorie de l'ECTG III et

Proportion de patients dont l'état n'est pas grave non admis (ECTG IV et V) traités selon la cible de durée du séjour de ≤ 4 heures

Tant les valeurs pour les patients non admis dont l'état est grave et non grave sont très proches des repères provinciaux et des cibles plus agressives du RLISS du Nord-Est. Il va sans dire que les valeurs du RLISS du Nord-Est pour les patients non admis – de 90 % et de 88 % (pour les états graves et non graves respectivement) sont meilleures que les valeurs provinciales de 88 % et de 85 % (encore pour les états graves et non graves respectivement).

Tableau Indicateurs de l'ERM 2009-2010 où l'atteinte du repère pour le RLIS du Nord-Est n'est pas indiquée								
Indicateur de rendement	Valeur de départ du RLIS du Nord-Est 2009-2010	Repère du RLIS du Nord-Est 2009-2010	TR1 2009-2010	TR2 2009-2010	TR3 2009-2010	TR4 2009-2010	Fin d'exercice 2009-2010	Atteint le repère – dans le corridor
Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien – 90 ^e percentile	182	182	32	40	41	78	49	s/o

Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien

Le repère 2009-2010 du RLIS pour le pontage aortocoronarien est identique au repère provincial (182 jours). La valeur de fin d'exercice de 49 jours pour le RLIS du Nord-Est est inférieure à la valeur de fin d'exercice provinciale de 54 jours et, évidemment, beaucoup plus basse que le repère. Le repère pour 2010-2011 est 49 jours.

CONTENU DE BASE

Section 5 : Plan de mise en œuvre

SERVICES DE SANTÉ POUR LES AUTOCHTONES, LES MÉTIS ET LES PREMIÈRES NATIONS

MODÈLE A : SERVICES DE SANTÉ AUX AUTOCHTONES/MÉTIS/PREMIÈRES NATIONS PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés
Le RLISS du Nord-Est s'attache à améliorer l'état de santé des Autochtones, des Métis et des Premières nations dans l'ensemble du Nord-Est.
Description de la priorité du PSSI
Le RLISS s'attache à améliorer l'état de santé des Autochtones, des Métis et des Premières nations qui représentent 10 % de la population de sa région (il s'agit d'une estimation prudente). Les besoins de santé des communautés autochtones du Nord-Est ont une portée et une envergure énormes. Le RLISS appuie la prestation de services de santé conformes aux structures régionales, provinciales et fédérales relatives à la planification et à la prestation de programmes et de services de santé visant à améliorer les résultats pour la santé des Autochtones, Métis et Premières nations. Le processus de participation au PSSI a révélé clairement que la santé et les services de santé des Autochtones, Métis et Premières nations sont une priorité en eux-mêmes, mais ils doivent également faire partie intégrante et être mesurés en fonction des autres priorités du PSSI.
Situation actuelle
Depuis la mise en route du RLISS du Nord-Est, la participation des dirigeants, des collectivités et des fournisseurs de services de santé autochtones, métis et des Premières nations à un dialogue continu a tenu compte des langues, de la culture et des croyances spirituelles des particuliers servis. Par conséquent, le RLISS s'est attaché à nouer des relations à long terme et à collaborer avec les Autochtones, les Métis et les Premières nations afin d'améliorer l'état de santé de ces communautés. Le comité local sur la santé des Autochtones du RLISS a été mis sur pied pour conseiller ce dernier sur les priorités des communautés autochtones (Premières nations, Métis, résidents des régions urbaines, rurales). Il doit, entre autres, cerner les possibilités d'intégration et de coordination des services de santé. Le comité et le RLISS travaillent en collaboration pour axer les séances de participation sur les besoins particuliers des peuples autochtones.

À l'heure actuelle, 75 partenaires des Autochtones, Métis et Premières nations participent à la planification et à la prestation des services destinés à la population autochtone. La population autochtone totale vivant dans les régions urbaines, semi-urbaines, rurales et dans les collectivités éloignées isolées du territoire du Nord-Est est estimée à plus de 55 000 personnes (estimation prudente). La population autochtone est diversifiée, comprenant des groupes culturels identifiés tels les Cri, Ojibwa, Odawa, Algonquin et Métis, notamment 41 Premières nations et 19 communautés autochtones urbaines et rurales.

Le RLISS du Nord-Est octroie actuellement un peu plus de 10 millions de dollars à 34 fournisseurs de services de santé autochtones, métis et des Premières nations qui dispensent des services de soutien communautaire, des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et les programmes et services au titre de Vieillir chez soi.

MODÈLE A : PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectif (s)

Améliorer l'état de santé et l'accès aux services de santé dispensés aux Autochtones, Métis et Premières nations dans le RLISS du Nord-Est en mettant l'accent sur la santé mentale et les dépendances.

Préconiser un continuum de services de santé holistiques déterminés par les Autochtones, Métis et Premières nations en vue de promouvoir et d'appuyer des programmes et services appropriés à la culture qui renforcent l'accessibilité et les options.

Mettre en valeur des processus de collaboration axés sur l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies qui renforcent et intègrent les services de santé locaux offerts aux Autochtones, Métis et Premières nations. Appuyer l'avancement, la mise en concordance et l'intégration des services de santé offerts aux communautés des Autochtones, Métis et Premières nations.

Soutenir l'avancement, la mise en concordance et l'intégration des services de santé pour les fournisseurs de services de santé aux Autochtones et les communautés des Autochtones, Métis et Premières nations.

Promouvoir et dispenser des services appropriés à la culture à l'appui des fournisseurs de service de santé pour assurer la compréhension et l'observation des exigences en matière de rapport énoncées dans l'ERS-M.

Conformité aux priorités gouvernementales

La santé des Autochtones, Métis et Premières nations et les services de santé qui leur sont offerts sont une priorité du Nord-Est conforme aux initiatives gouvernementales clés comme la Politique de santé applicable aux Autochtones de l'Ontario et la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones.

La Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones a les objectifs suivants :

- améliorer la santé des particuliers, familles, communautés et nations autochtones grâce à l'équité d'accès aux services de santé;
- prévoir des établissements de santé réservés aux Autochtones;
- énoncer des normes de soin;
- dispenser des services appropriés à la culture;
- fournir un environnement sain.

La Stratégie d'intégration du RLISS du Nord-Est (2008) cerne plusieurs principes qui seront respectés et feront en sorte que les activités d'intégration dans les communautés des Autochtones, des Premières nations et des Métis respecteront les éléments suivants :

- La Cadre stratégique en matière de santé des Autochtones et le droit des Autochtones à l'autodétermination en matière de santé.
- La reconnaissance et l'appréciation des processus d'intégration actuellement en cours dans les communautés des Premières nations, des Métis et des communautés autochtones urbaines et des structures sanitaires qui améliorent l'état de santé de ces populations.
- Le droit qu'ont les Premières nations, les Métis et les communautés autochtones urbaines de choisir des services adaptés à la culture et traditionnels.

Plans d'action / interventions

Cette section énonce les objectifs et les éléments des plans d'action / interventions se rapportant aux trois objectifs susmentionnés. Les plans d'action doivent inclure les activités des trois prochaines années et focaliser celles qui seront largement mises en œuvre au cours de la prochaine année.

Plans d'action / interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Améliorer l'accès aux soins primaires pour les Autochtones, les Métis et les Premières nations en reconnaissant les obstacles et les restrictions.	20 %	20 %	20 %
Améliorer l'accès à des services intégrés pour les diabétiques par le truchement de la stratégie de lutte contre le diabète.	30 %	30 %	
Évaluer les soins appropriés à la culture et les services de guérison traditionnels en tant que question clé ayant un impact sur les Autochtones, Métis et Premières nations du	20 %	20 %	20 %

Nord-Est et animer un séminaire de participation régional.			
Mettre en valeur des processus de collaboration axés sur l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies visant à renforcer et à intégrer les services de santé locaux avec les Autochtones, Métis et Premières nations.	25 %	25 %	25 %
Continuer de travailler avec les partenaires sur le projet d'intégration de Weeneebayko sur les côtes de la baie James et de la baie d'Hudson.	50 %	50 %	
Respecter les exigences en matière de rapport énoncées dans l'Entente sur la responsabilisation en matière de services multisectoriels en offrant le soutien et les ressources nécessaires.	33 %	33 %	33 %
Terminer les projets au titre du Fonds de transition pour la santé des Autochtones comprenant l'analyse du contexte autochtone et la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances.	100 %		

Retombées attendues des points d'action principaux

En élaborant une relation de travail plus claire avec les Autochtones, Métis et Premières nations durant les procédures de participation et d'intégration des services, le RLISS espère appuyer l'amélioration de l'état de santé, l'élimination des disparités et un meilleur accès aux pratiques de médecine et de guérison naturelles.

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

Le vaste territoire du Nord-Est de l'Ontario présente un enjeu pour les stratégies de planification et de participation avec les communautés autochtones.

Le financement des services autochtones n'est pas proportionnel à la population d'Autochtones, de Métis et de Premières nations vivant dans les régions urbaines, rurales et isolées qui est prudemment estimée à 10 % de la population totale du Nord-Est.

Le RLISS du Nord-Est respecte le droit des Autochtones, des Métis et des Premières nations à l'autodétermination en matière de santé et utilise la Politique de santé applicable aux Autochtones de l'Ontario s'il y a lieu; cependant, la Politique sur la santé des Indiens reconnaît la relation juridique et traditionnelle entre le gouvernement fédéral et les peuples autochtones découlant de la constitution, des traités et des pratiques coutumières.

Le RLISS du Nord-Est reconnaît les conditions de vie désavantageuses de nombreuses communautés autochtones par rapport au reste du Canada, particulièrement en ce qui touche la cote médicale et les services de santé. Le problème est énorme. Les disparités en matière de santé, la pauvreté, le statut socioéconomique peu élevé et le taux de chômage élevé entravent l'amélioration du bien-être culturel, social, émotionnel et mental des peuples autochtones.

SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES

MODÈLE A : SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES
PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés
Améliorer les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances.
Description de la priorité du PSSI
Environ 20 % des Ontariens et Ontariennes - une personne sur cinq - auront un grave problème de santé mentale ou de consommation de drogues durant leur vie et 5 % auront un problème de jeu sérieux. Non seulement la prévention et le traitement des troubles mentaux et des dépendances occasionnent des dépenses de santé pour la province, mais ces maladies engendrent des coûts pour la société liés à la productivité perdue et autres coûts sociaux. Le RLISS du Nord-Est mettra en œuvre la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de la province, contribuant ainsi à la création d'un système qui offre à tous les gens qui ont besoin de soins un accès équitable à des services sûrs, respectueux et efficaces.
Situation actuelle
L'éventail de services actuellement dispensés comprend le continuum complet de traitements pour les dépendances, les problèmes de jeu et les troubles mentaux (services communautaires et aux hospitalisés) y compris les troubles de l'alimentation. Le Centre de santé mentale du Nord-Est (CSMNE) offre également une gamme de services tertiaires spécialisés. À l'heure actuelle, 52 fournisseurs de services de santé offrent 77 programmes de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances dans le Nord-Est. Pour l'année terminée le 31 mars 2009, les organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances de la région ont servi 54 858 personnes. Ce nombre inclut les particuliers ayant des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des problèmes de consommation de drogues ou une dépendance au jeu. Bon nombre de ces personnes vivent dans la pauvreté, ont un logement inadéquat, éprouvent de la difficulté à obtenir et à conserver un emploi et reçoivent souvent des prestations du programme Ontario au travail ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées. Des études révèlent qu'environ un Canadien sur cinq aura un problème de santé mentale ou de toxicomanie durant sa vie, mais ces problèmes ne sont pas toujours traités. En effet, les personnes qui cherchent à obtenir des services de santé mentale ou de traitement des dépendances ont souvent de la difficulté à obtenir l'aide dont elles ont besoin ou n'essaient même pas d'obtenir de l'aide à cause des stigmates associés à ces troubles. Les programmes de traitement distincts pour les troubles de santé mentale et de toxicomanie, les enveloppes de financement séparées et les approches différentes à l'égard du traitement peuvent empêcher de traiter efficacement les personnes atteintes de troubles

concomitants (la moitié des personnes atteintes de troubles mentaux ont également un problème de toxicomanie). Un système de santé mentale et de traitement des dépendances intégré dans le Nord-Est de l'Ontario contribuerait à répondre aux besoins des particuliers et des collectivités de la région.

Réussites de l'année dernière :

Le RLISS du Nord-Est a collaboré avec les fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances du Nord-Est pour créer le comité consultatif régional sur les toxicomanies et la santé mentale (CCR) et ses trois sous-comités et a siégé à plusieurs groupes de planification du district.

Avec l'aide de GISC et du personnel du RLISS, les fournisseurs de services de santé mentale du Nord-Est ont mis en œuvre l'Évaluation commune des besoins en Ontario (ECBO). Le RLISS du Nord-Est est le premier RLISS de la province à mettre en œuvre cette évaluation dans l'ensemble de sa région. À cet effet, des plans sont en cours dans la région en vue de piloter un processus d'évaluation commune et un portail d'évaluation intégré qui minimiseront pour l'utilisateur la nécessité de répéter les renseignements sur les évaluations et rendront l'information plus accessible aux membres du « cercle de soins ».

Dans le district d'Algoma, le RLISS du Nord-Est a financé une étude portant sur la possibilité d'intégrer les services de santé mentale et de traitement des dépendances dans le district.

La province a approuvé l'octroi d'un financement sur cinq ans pour les 72 logements subventionnés pour toxicomanes dans le Nord-Est et pour les neuf responsables de cas de toxicomanie. Le RLISS a travaillé avec les responsables du système pour déterminer l'emplacement des logements et des responsables de cas connexes.

Le RLISS, de concert avec le MSSLD, a établi huit lits pour soins actifs de santé mentale pour enfants et adolescents dans la région.

Plus de douze consultations animées par le RLISS ont eu lieu dans le Nord-Est. Elles avaient pour but de recueillir des commentaires en vue de l'élaboration du plan stratégique décennal de santé mentale et de lutte contre les dépendances du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Principaux groupes consultés : usagers, familles, fournisseurs de services, intervenants francophones et autochtones.

Le RLISS a participé à la mise en œuvre des lignes directrices sur les troubles concomitants par le truchement des comités régionaux de coordination des services de santé et de la justice.

À la fin de 2009, l'Hôpital général de North Bay et le Centre de santé mentale du Nord-Est ont annoncé leur intention d'intégrer leurs activités pour mieux servir leurs clients. Le conseil conjoint continue à rencontrer le RLISS du Nord-Est et la division des immobilisations du ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour planifier cette intégration.

MODÈLE A : SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES
PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectif (s)

Mieux intégrer le système de traitement des troubles mentaux et des dépendances dans le Nord-Est au cours des trois prochaines années et, pour ce faire :

A) Intégration des services :

- Analyser et mettre en œuvre les principales recommandations financièrement réalisables énoncées dans le rapport sur l'intégration dans la région d'Algoma (qui sera présenté au conseil du RLISS en avril 2010).
- Travailler avec le CCR et ses sous-comités pour améliorer l'accès aux traitements tertiaires régionaux pour adultes.
- Travailler avec le CSMNE, le MSEJ et les principaux intervenants pour décentraliser le programme de services tertiaires de santé mentale pour enfants et adolescents.
- Fusionner le CSMNE et l'HGNB.
- Travailler avec les tables de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour mettre en œuvre des plans visant à réduire le nombre de réadmissions.

B) Normalisation des services :

- Achever le projet pilote et l'évaluation de l'ECBO et mettre en œuvre le projet pilote d'« évaluation commune ».
- Planifier et mettre en œuvre le projet de portail d'évaluation intégré à l'échelle du Nord-Est en collaboration avec le responsable de la cybersanté du RLISS.

C) Amélioration des services :

- Mettre en œuvre 72 logements subventionnés pour toxicomanes et des services de gestion de cas dans le RLISS du Nord-Est.
- Examiner l'analyse de cas soumise par l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie à l'appui du maintien de 30 lits de soins actifs de santé mentale pour malades hospitalisés à Sault Ste. Marie.
- Déménager 31 lits de traitement de longue durée pour adultes du CSMNE.
- Établir deux lits de soins actifs de santé mentale pour enfants et adolescents dans les quatre hôpitaux de l'annexe 1 de la région (terminé).
- Travailler avec les partenaires dans le secteur pour accroître l'accès aux honoraires à la séance permettant d'offrir des services de consultation psychiatrique aux organismes qui n'y ont pas accès.
- Mettre en œuvre le programme « Rebound » dans la région du RLISS du Nord-Est.

Conformité aux priorités gouvernementales

Ces objectifs sont conformes à la nouvelle stratégie décennale de santé mentale et de lutte contre les dépendances de l'Ontario et appuient le principe de redressement de la prestation des services. Les activités d'intégration sont directement liées au mandat du RLISS du Nord-Est, à savoir intégrer les services au moment et à l'endroit appropriés. La mise en œuvre de l'intégration, de la normalisation et de l'amélioration des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances mènera à une légère diminution des taux d'ANS et de visites à l'urgence.

Plans d'action / interventions

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

Plans d'action / interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Mise en œuvre complète de l'ECBO.	100 %		
Mise en œuvre du portail d'évaluation intégré.	100 %		
Intégration du système de traitement des troubles mentaux et des dépendances d'Algoma.	30 %	30 %	40 %
Mise en œuvre des logements pour toxicomanes.	25 %	25 %	25 %
Décentralisation des lits de soins tertiaires pour enfants.	75 %	25 %	
Amélioration de l'accès aux soins tertiaires de santé mentale pour adultes (projet du CCR).	75 %	25 %	
Déménagement de 31 lits de soins tertiaires pour adultes du CSMNE (projet du CCR).	100 %		
Elaboration de pratiques de congé pour les patients ayant des troubles mentaux en attente d'ANS (projet du CCR).	75 %	25 %	
Ouverture de deux lits de soins actifs de santé mentale pour enfants et adolescents dans les quatre hôpitaux de l'annexe 1 du Nord-Est.	100 %		
Fermeture de l'emplacement de North Bay du CSMNE et placement	100 %		

approprié des usagers qui doivent être renvoyés.			
Fusion du CSMNE et de l'HGNB.	75 %	25 %	
Honoraires à la séance	100%		
Mise en œuvre du programme « Rebound »	100%		
Décentraliser le programme tertiaire pour enfants	50 %	50 %	

Retombées attendues des points d'action principaux

Étant donné le taux relativement élevé de visites répétées à l'urgence par les usagers ayant des troubles mentaux et des dépendances, les améliorations aux logements et à la gestion de cas, un partage plus efficace des renseignements entre fournisseurs ainsi qu'un meilleur accès aux soins actifs et tertiaires devraient avoir des répercussions positives sur le nombre de visites à l'urgence, les taux d'ANS et la durée du séjour en soins actifs dans la région.

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

- Ressources financières insuffisantes pour mettre en œuvre l'intégration.
- Refus des groupes d'intérêt (usagers, organismes et commissions) qui veulent maintenir le statu quo au lieu de mettre en œuvre un système plus intégré.
- Personnel restreint au RLISS du Nord-Est pour appuyer les changements nécessaires.
- Fatigue des fournisseurs de services et incapacité de participer aux projets pilotes ou aux activités d'intégration.
- Problèmes logistiques liés à l'intégration de nombreux petits organismes fragmentés.
- Manque de soutien politique local à l'égard de l'intégration.
- Soutien communautaire insuffisant lorsque le CSMNE réduira ses volumes au moment du déménagement au nouvel emplacement.
- La nouvelle stratégie décennale de santé mentale et de lutte contre les dépendances de la province pourrait avoir pour effet de modifier les priorités du RLISS (particulièrement si un financement est octroyé).

VIEILLIR CHEZ SOI

MODÈLE A : VIEILLIR CHEZ SOI
PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés
Vieillir chez soi
Description de la priorité du PSSI
L'objectif premier pour les deux premières années de la stratégie Vieillir chez soi du RLIS du Nord-Est était de créer un continuum de services communautaires pour les aînés et leurs soignants afin de permettre aux aînés de vivre indépendamment et en sécurité dans leur propre domicile le plus longtemps possible. L'amélioration des services communautaires destinés aux aînés et la diminution des temps d'attente à l'urgence et des pressions dues aux ANS sont les points saillants de la troisième année. Le RLIS du Nord-Est continue d'afficher le pourcentage de journées d'ANS dans les milieux de soins actifs le plus élevé de la province. Conformément à la directive de la province, à savoir régler le problème des temps d'attente à l'urgence et des pressions dues aux ANS, le RLIS s'efforcera d'améliorer les services destinés aux aînés frêles à faible revenu dans le cadre de chacune des quatre priorités suivantes : • Logements avec services de soutien • Programme Chez soi avant tout/services complémentaires d'ANS du Nord-Est • Services gériatriques spécialisés du Nord-Est • Lits de soins de longue durée pour Timmins et Wawa
Situation actuelle
Le RLIS du Nord-Est a adopté une démarche de regroupement des programmes qui reflète le cadre d'évaluation provincial. Il a regroupé les projets Vieillir chez soi selon les catégories suivantes : • Logements avec services de soutien • Équipes dirigées par du personnel infirmier dans la collectivité • Programmes de type enfin chez soi / services complémentaires • Programmes gériatriques spécialisés • Systèmes de coordination des services de rechange, éventail de services et déplacements au sein du système • Gestion des urgences gériatriques / identification des aînés à risque (ISAR) • Soutien aux soignants – Premier lien • Réadaptation lente • Soutien aux usagers / soignants – autres modèles • Prévention des chutes À l'heure actuelle, 43 fournisseurs de services de santé dispensent des services au titre de Vieillir chez soi à 21 100 aînés frêles à faible revenu dans le Nord-Est. On doit préciser que

ce total pourrait inclure des clients servis deux fois, car certains aînés reçoivent des services de plusieurs programmes/fournisseurs de Vieillir chez soi. On estime que les services de Vieillir chez soi rejoignent jusqu'à 20 % de la population totale d'aînés du Nord-Est (92 000).

Les initiatives comme Chez soi avant tout, les lits de soins de transition à délai déterminé à Sudbury et l'accroissement des services communautaires mises en œuvre grâce au Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes et au financement des deux premières années de Vieillir chez soi semblent avoir des répercussions sur les ANS. Cependant, les retards apportés au financement de Vieillir chez soi continuent d'entraver la mise en œuvre de plusieurs programmes axés sur les ANS. Étant donné que l'on compte principalement sur les quatre grands centres pour régler le problème des ANS (Sault Ste. Marie, Sudbury, North Bay et Timmins), les sommes provenant du Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes sont moins accessibles aux régions rurales du Nord-Est.

Le RLISS du Nord-Est continue de travailler avec les hôpitaux et le CASC au niveau régional, ainsi qu'avec les partenaires communautaires des zones de planification, pour cerner des occasions et des stratégies en vue de diminuer les ANS. Le RLISS du Nord-Est concentrera ses efforts sur l'amélioration de l'évaluation de rendement des programmes Vieillir chez soi existants (années 1 et 2) ainsi que de ceux qui seront mis en œuvre dans la troisième année.

MODÈLE A : VIEILLIR CHEZ SOI PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectif (s)

Améliorer les services communautaires destinés aux aînés et diminuer les temps d'attente à l'urgence et les pressions dues aux ANS en investissant dans les quatre priorités suivantes :

Logements avec services de soutien

- Affecter le financement disponible de la troisième année de Vieillir chez soi aux logements avec services de soutien.
- Élaborer une démarche régionale à l'égard des logements avec services de soutien pour les aînés afin de tirer parti de toutes les occasions de maximiser les ressources au-delà du court terme pour adapter la stratégie Vieillir chez soi au Programme Canada-Ontario de logement abordable dans la région.

Programme Chez soi avant tout du Nord-Est

- Améliorer les déplacements des patients au sein du système et, pour ce faire :
 - voir à ce que les aînés frêles qui reçoivent leur congé à la suite d'un séjour en soins actifs reçoivent un soutien à domicile approprié;
 - éviter les hospitalisations inutiles en assurant la prestation de services de soutien à domicile appropriés.

Services gériatriques spécialisés du Nord-Est

- Aider les aînés ayant des besoins multiples à rester chez eux plus longtemps.
- Continuer d'élargir les services gériatriques spécialisés du Nord-Est (on prévoit une discussion avec l'EMNO concernant les possibilités de maillages et d'élargissement).

Lits de soins de longue durée pour Timmins et Wawa

- Augmenter le nombre de lits de soins de longue durée pour les aînés.

Évaluer la stratégie Vieillir chez soi en mettant en œuvre le cadre d'évaluation du rendement. La stratégie Vieillir chez soi sera évaluée pour déterminer si :

- Elle atteint la population cible des aînés de 65 ans et plus.
- Elle atteint les buts et objectifs cernés.
- Les fonds sont investis judicieusement.
- Elle fournit des modèles viables.
- Elle est conforme aux objectifs du MSSLD.

L'évaluation de la stratégie Vieillir chez soi se fondera sur des mesures de rendement systémiques clés, à la l'aide de données administratives. De plus, des mesures propres aux FSS seront liées aux activités clés. La collecte de données de référence est en cours et les mesures de rendement systémiques clés seront mis à jour à partir des séries de données. Pour les mesures propres aux FSS, on a envoyé de la correspondance aux FSS leur demandant des données de référence ainsi que des données continues. Le RLISS du Nord se penchera sur la réaffectation des fonds s'il juge que les cibles ne sont pas atteintes.

Le RLISS utilisera le financement de la troisième année de Vieillir chez soi pour appuyer la mise en œuvre de ces projets. Pour qu'il puisse augmenter le nombre de logements avec services de soutien au niveau cerné dans son étude sur le logement, il devra recevoir des fonds en sus de l'affectation de la troisième année. Le RLISS du Nord-Est continue de travailler en collaboration avec les municipalités afin d'accroître les logements avec services de soutien.

Conformité aux priorités gouvernementales

La stratégie Vieillir chez soi mise en œuvre par le RLISS du Nord-Est atteint les objectifs du gouvernement provincial pour cette initiative.

Plans d'action / interventions

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

Plans d'action / interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Élargissement des logements avec services de soutien pour les aînés dans la région à l'aide des ressources de l'année 3 de Vieillir chez soi.		40 %	60 %
Élargissement des services gériatriques spécialisés du Nord-Est.	20 %	20 %	
Mise en œuvre de Chez soi avant tout	50 %	50 %	
Construction de lits de soins de longue durée à Timmins et Wawa.		40 %	60 %
Ouverture de nouveaux lits de soins de longue durée à Timmins et Wawa.		10 %	90 %
Mise en œuvre du cadre d'évaluation du RLISS du Nord-Est et de la province.	100%		

Retombées attendues des points d'action principaux

La mise en œuvre de la stratégie Vieillir chez soi devrait avoir les retombées suivantes :

- Réduction des ANS.
- Élargissement des services communautaires destinés aux aînés frêles.
- Meilleure circulation des patients à l'hôpital et dans les secteurs communautaires.
- Réduction des temps d'attente à l'urgence.

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

- Les ressources sont insuffisantes pour dégager les résultats requis, c'est-à-dire répondre aux besoins en matière de logements avec services de soutien. Selon le rapport *Senior's Residential Housing Options – Capacity Assessment and Projections* du RLISS, publié le 16 mars 2009, entre 2 300 et 5 000 logements avec services de soutien additionnels seront requis d'ici à 2011. Les investissements de Vieillir chez soi permettront au RLISS d'ajouter 200 nouveaux logements d'ici 2011.
- La lenteur des approbations du MSSLD qui a empêché les FSS de mettre en œuvre les projets de Vieillir chez soi en temps opportun.
- Les changements d'orientation du MSSLD au regard de la stratégie Vieillir chez soi

depuis la mise en œuvre initiale.

- Les problèmes de recrutement et de rétention liés aux besoins additionnels, particulièrement pour les préposés aux services de soutien à la personne.
- La fermeture de foyers de retraite dans le Nord-Est exacerbe les pressions sur le système.
- On ignore quel sera le financement pour les exercices ultérieurs à la troisième année de Vieillir chez soi en 2010-2011.
- La gestion du changement et le temps requis pour réaliser les projets d'amélioration des processus sont plus importants que l'on avait prévu à l'origine.
- Des facteurs hors de la portée des investissements de Vieillir chez soi ont des répercussions sur le niveau et l'intensité des services de santé requis par les aînés (c.-à-d. taux de croissance de la population d'aînés dans le RLISS, déterminants sociaux de la santé).
- Une non-concordance entre Vieillir chez soi et le Programme Canada-Ontario de logement abordable.
- Les obstacles d'ordre politique et législatif ont retardé la mise en œuvre des programmes.

STRATÉGIES et SOLUTIONS CONCERNANT LES AUTRES NIVEAUX DE SOINS

MODÈLE A : STRATÉGIES et SOLUTIONS CONCERNANT LES AUTRES NIVEAUX DE SOINS
PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés
Stratégies et solutions concernant les autres niveaux de soins (ANS)
Description de la priorité du PSSI
Si l'on compare les régions des RLISS, le Nord-Est affiche le pourcentage le plus élevé de lits pour soins actifs occupés par des patients en attente d'ANS. Le problème est insoutenable dans la région et la situation demeure prioritaire pour tous les dirigeants de nos collectivités qui font un effort concerté pour lancer de nouvelles initiatives et apporter des améliorations. La complexité du problème est évidente. Il n'y a pas de solution unique et il faudra prendre des démarches variées et propres à la collectivité pour stabiliser la situation et renverser la tendance avec le temps. Le Plan d'action de décembre 2007 présente diverses stratégies et approches pour régler la question des ANS dans le Nord-Est. Le plan d'action du RLISS aborde le problème des ANS à l'aide de six stratégies axées sur les questions de ressources et de capacité et le processus de prestation des services. Stratégies axées sur les ressources et la capacité : Les stratégies suivantes portent sur le continuum de services requis pour transférer les patients en attente d'ANS au niveau et au milieu de soins appropriés. 1. Programmes de santé améliorés pour les aînés vivant à domicile. 2. Prévention des admissions des aînés aux services des urgences des hôpitaux. 3. Renvoi accéléré des aînés après un séjour en soins actifs à l'hôpital. 4. Configuration optimale des options résidentielles communautaires et des programmes appropriés à ces établissements. Amélioration du processus de prestation des services : 5. Rendement hospitalier amélioré en ce qui a trait aux aînés. 6. Rendement amélioré du système de santé et cheminements cliniques intégrés.
Situation actuelle
Comme l'indiquent les rapports d'inventaires habituels, le RLISS du Nord-Est continue de faire face à d'énormes enjeux dus aux ANS (en général, entre 25 % et 30 % des journées de soins actifs dans le Nord-Est sont consacrées aux ANS). En particulier, les quatre grands centres, soit Sault Ste. Marie, Sudbury, North Bay et Timmins, affichent des taux élevés d'ANS qui semblent se stabiliser, tandis que plusieurs hôpitaux communautaires semblent confrontés à des pressions croissantes. Une analyse approfondie de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) 2008-2009 de l'ICIS révèle que plusieurs

hôpitaux ont modifié la façon de compter les ANS et que ce changement affecte considérablement les pourcentages. Cette question fera l'objet de discussions avec les hôpitaux au cours des prochains mois.

Les initiatives comme Chez soi avant tout, les lits de soins de transition à délai déterminé à Sudbury et l'accroissement des services communautaires mises en œuvre grâce au Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes et au financement des deux premières années de Vieillir chez soi semblent avoir des répercussions sur les ANS. Cependant, les retards apportés au financement de Vieillir chez soi continuent d'entraver la mise en œuvre de plusieurs programmes axés sur les ANS.

Le RLISS du Nord-Est continue de travailler avec les hôpitaux et les partenaires communautaires des zones de planification de sa région pour cerner des occasions et des stratégies en vue de diminuer les ANS. Ces tables sont axées sur les ANS, comme le comité directeur communautaire des ANS de Sudbury qui a élaboré dix démarches prioritaires, le nouveau partenariat pour les ANS de Nipissing ou des comités d'aînés / Vieillir chez soi (p. ex., Sault Ste. Marie, Timmins et Parry Sound).

Les principales sources de tension en ce qui a trait aux ANS sont les trois grands centres de Sudbury, Sault Ste. Marie et North Bay, qui assumeront des configurations à emplacement unique entre mars 2010 et la fin de 2011 (comportant moins de lits que les configurations actuelles à emplacements multiples). Un financement unique sera requis pour combler l'écart pendant la transition à un seul emplacement alors que le RLISS du Nord-Est, par le truchement de la stratégie Vieillir chez soi, renforcera la capacité communautaire.

MODÈLE A : STRATÉGIES et SOLUTIONS CONCERNANT LES AUTRES NIVEAUX DE SOINS PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectif (s)

Démontrer une réduction soutenue des ANS dans les services de soins actifs au cours des trois prochaines années. Cet objectif sera atteint grâce aux démarches suivantes :

Stratégies axées sur les ressources et la capacité :

- Affecter le financement disponible de la troisième année de Vieillir chez soi aux logements avec services de soutien.
- Élaborer une démarche régionale à l'égard des logements avec services de soutien pour les aînés afin de tirer parti de toutes les occasions de maximiser les ressources au-delà du court terme pour adapter la stratégie Vieillir chez soi au Programme Canada-Ontario de logement abordable dans la région.
- Évaluer les programmes des deux premières années de Vieillir chez soi et procéder à des réaffectations au besoin.
- Surveiller la conjoncture des lits d'hôpitaux à Sudbury, Sault Ste. Marie et North Bay à mesure qu'elle se déroule et est rectifiée au cours des 18 prochains mois.
- Continuer d'élargir les services gériatriques spécialisés du Nord-Est (on prévoit une

discussion avec l'EMNO concernant les possibilités de maillages et d'élargissement).

- Étudier la possibilité d'ajouter des lits de soins de transition à délai déterminé et des lits de soins intermédiaires dans des collectivités clés du Nord-Est (p. ex., North Bay, Sault Ste. Marie).

Amélioration du processus de prestation des services :

- Poursuivre la mise en œuvre du Projet de concertation pour la transition dans le Nord-Est.
- Élaborer et mettre en œuvre des cheminements cliniques (le RLISS du Nord-Est a financé un projet à Sault Ste. Marie portant sur l'élaboration d'un cheminement clinique pour l'insuffisance cardiaque congestive – ce plan sera prêt à être diffusé en 2010).
- Travailler avec le CASC du Nord-Est pour mettre en œuvre la directive provinciale sur le projet de cheminements cliniques dirigé par le CASC (le CASC du Nord-Est a été choisi pour mener un projet pilote sur le cheminement clinique en matière de plaies liées au diabète)

Surveillance du rendement

- Le RLISS du Nord-Est travaillera avec les hôpitaux de la région afin d'élaborer une démarche et une conception normalisées pour le dénombre des patients en attente d'ANS dans les services de soins actifs.
- Le RLISS du Nord-Est participera aux activités de surveillance des SU/ANS de la province (p. ex., rapport d'inventaire).

Le RLISS du Nord-Est est déterminé à créer des partenariats avec les municipalités locales, les fournisseurs de soins primaires, les fournisseurs de soins de longue durée et autres organismes communautaires pour relever les enjeux associés aux ANS.

Conformité aux priorités gouvernementales

Les activités liées aux ANS sont conformes à la Stratégie SU/ANS du gouvernement qui affirme que l'utilisation plus efficace des lits accélère la circulation des patients et maximise la capacité des hôpitaux. La diminution des ANS aura une incidence positive sur les temps d'attente à l'urgence dans le Nord-Est.

Plans d'action / interventions

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

Plans d'action / interventions:	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Élargir les logements avec services de soutien pour les aînés dans la région à l'aide des ressources de l'année 3 de Vieillir chez soi et des réaffectations de l'année antérieure.	20 %	20 %	20 %
Élaborer des solutions locales aux consolidations et aux réductions des lits de soins actifs à Sudbury, Sault Ste. Marie et North Bay.	50 %	50 %	
Élargir les services gériatriques spécialisés du Nord-Est (nécessitant le recrutement d'un autre gériatre pour la région)	20 %	20 %	20 %
Mettre en œuvre le Projet de concertation pour la transition dans trois hôpitaux de plus.	33 %	33 %	33 %
Assurer la mise en œuvre de trois cheminements cliniques intégrés dans le RLISS.	33 %	33 %	33 %
Mettre en œuvre une approche régionale à l'égard de la désignation et de la consignation des ANS.	50 %	50 %	

Retombées attendues des points d'action principaux

En partant du taux actuel de 27 % pour les patients en attente d'ANS dans les lits de soins actifs, le RLISS du Nord-Est prévoit des diminutions selon l'échéancier suivant :

- 23 % en décembre 2010
- 20 % en juin 2011
- 17 % en décembre 2011

Nota – les pourcentages susmentionnés sont prévus pour les quatre grands hôpitaux. Les petits hôpitaux de la région ne sont pas visés.

Toutefois, le RLISS du Nord-Est aura besoin de fonds supplémentaires pour alléger les pressions liées aux ANS dans le Nord-Est et pour atteindre les niveaux ciblés. Les demandes des services du CASC et les pressions exercées sur les hôpitaux ne cessent d'augmenter. Le RLISS du Nord-Est utilise toutes les ressources disponibles pour aborder les pressions liées aux ANS; cependant, il faut du financement additionnel pour faire des

réductions considérables.

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

- Les ressources disponibles sont insuffisantes pour avoir l'effet voulu.
- On ignore quel sera le financement pour les exercices ultérieurs à la troisième année de Vieillir chez soi en 2010-2011.
- La gestion du changement et le temps requis pour réaliser les projets d'amélioration des processus sont plus importants que l'on avait prévu à l'origine.
- On ignore quel financement sera accordé à l'emplacement à délai déterminé Memorial de Sudbury après le 3 mars 2010. La stratégie doit être en place jusqu'au début de 2011.

TRAITEMENT DU DIABÈTE

MODÈLE A : DIABÈTE

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

Priorité en matière de services de santé intégrés

Prévention et gestion des maladies chroniques – traitement du diabète

Supporter le fardeau élevé des maladies chroniques causées par le diabète dans la région du Nord-Est et améliorer/optimiser la santé et le bien-être des résidents de la région.

Description de la priorité du PSSI

La Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète contribuera à relever un défi croissant – et coûteux – pour le système de santé. En 2008, environ 900 000 Ontariennes et Ontariens vivaient avec le diabète (8,8 % de la population de la province). Le nombre de personnes atteintes du diabète a augmenté de 69 % en Ontario au cours des dix dernières années et l'on prévoit qu'il atteindra 1,2 million d'ici à 2020. Le traitement du diabète et des troubles connexes (notamment maladie du cœur, accident vasculaire cérébral et néphropathie) coûte actuellement à la province plus de 5 milliards de dollars.

La Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète améliorera l'accès aux programmes de prévention et aux soins dispensés en équipe. Elle comprend le Registre des cas de diabète, outil électronique d'information, de diagnostic et d'éducation qui permettra aux fournisseurs de surveiller les patients diabétiques. Le registre inclura également les lignes directrices des meilleures pratiques, avertira les cliniciens si des tests diagnostiques périodiques sont nécessaires et donnera aux patients accès à des renseignements et des outils éducatifs qui les aideront à mieux gérer leur diabète.

Résultats attendus :

- La Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète contribuera à prévenir, à gérer et à traiter le diabète en fournissant un meilleur accès aux renseignements, à la formation

et aux meilleures pratiques en matière de soins.

- La Stratégie de cybersanté de l'Ontario pour 2009-2012 a inclus la gestion du diabète parmi ses priorités cliniques. Quatre solutions seront formulées :
 - L'Initiative des données de base sur le diabète identifiera les diabétiques de l'Ontario et les mettra en rapport avec les soins appropriés.
 - Le Registre des cas de diabète surveillera électroniquement la conformité aux meilleures pratiques et la prestation aux patients d'interventions appropriées.
 - Un dossier de santé électronique compatible avec le Registre des cas de diabète permettra aux médecins de partager des données.
 - Les résultats des analyses de laboratoire seront reliés au Registre des cas de diabète et serviront de ressource pour les traitements.
- On octroiera des fonds pour améliorer l'accès aux pompes à injection d'insuline et aux fournitures.
- On élargira les services de traitement des maladies chroniques du rein, y compris l'accès à la dialyse.
- On mettra en œuvre une stratégie visant à élargir l'accès aux interventions contre l'obésité.
- On améliorera l'accès aux soins fournis en équipe à proximité du domicile pour combler les lacunes de services.
- On mettra en œuvre des campagnes éducatives de prévention du diabète axées sur la sensibilisation au risque de diabète chez les populations à haut risque comme les Autochtones, Métis et Premières nations. Un important premier pas consiste à obtenir la participation de ces communautés à la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.
- On investira dans l'infrastructure d'information et de technologie requise à l'appui de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.

Situation actuelle

Selon un rapport publié en octobre 2007, la prévalence du diabète dans le RLIS du Nord-Est est plus élevée que celle de la province. En effet, la prévalence s'établit à 4,8 % pour l'ensemble de la province et à 7,2 % pour le RLIS (le taux augmente lorsque l'on tient compte de l'âge¹). Ce même rapport révèle que, comparativement aux taux provinciaux, le RLIS du Nord-Est affiche des taux considérablement plus élevés associés au diabète

¹ Projet d'analyse des données sur le système de santé, octobre 2007

pour :

- Congé des patients hospitalisés
- Mortalité
- Visites à l'urgence

Programmes de gestion du diabète :

Comparativement aux autres RLISS, le territoire du RLISS du Nord-Est est vaste et compte des collectivités isolées dont les ressources de santé sont limitées. À l'heure actuelle, les services aux diabétiques sont fournis de diverses façons. Ce sont : les programmes d'éducation en matière de diabète, les équipes de santé familiale et les centres de soins primaires. Voici une liste des principaux types de services actuellement fournis dans le RLISS :

- 20 programmes d'éducation en matière de diabète pour les adultes
- 4 programmes pour les jeunes et les enfants
- 15 équipes de santé familiale
- Centres de soins primaires / pharmaciens

À cause de l'immensité du territoire du Nord-Est de l'Ontario et de son profil démographique unique, la prestation de services de gestion du diabète varie considérablement dans le RLISS. Par exemple, les collectivités plus peuplées ont accès à des équipes interdisciplinaires solides qui offrent des soins primaires et des programmes d'éducation en matière de diabète, tandis que les autres sont servies par des équipes d'approche et ont un accès restreint aux professionnels de la santé.

Élargissement des équipes de services aux diabétiques :

En juillet 2009, le RLISS du Nord-Est a été invité à présenter au MSSLD une recommandation concernant l'élargissement des équipes (c.-à-d. personnel infirmier autorisé, diététiste autorisé) chargées des services aux adultes diabétiques dans la région. Lors de consultations exhaustives avec le comité directeur de gestion du diabète du RLISS, on a cerné plusieurs programmes dont on a recommandé l'élargissement au MSSLD.

MODÈLE A : DIABÈTE PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectifs (s)

Le RLISS du Nord-Est appuiera la mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète dans la région en vue d'améliorer l'accès aux soins intégrés et aux programmes d'éducation pour diabétiques.

Le RLISS a cerné deux objectifs :

1. Cerner les programmes de soins aux diabétiques dans le RLISS.
2. Améliorer la prestation et la gestion des soins aux diabétiques.

Conformité aux priorités gouvernementales

La Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète de trois ans renferme des repères relatifs à la prévention, à l'autogestion et à un accès accru aux soins et aux traitements pour diabétiques. En tant que partenaire, le RLISS contribuera à l'atteinte des objectifs de la stratégie en cernant et en déterminant les besoins de la population locale.

Voici quelques-uns des objectifs en matière de diabète :

- Réduire les facteurs de risque modifiables – se pencher sur l'expansion des programmes offerts aux populations à risque en réduisant les facteurs de risque modifiables.
- Élargir les services – amener les équipes de diabète dans les régions ayant une forte prévalence/indice de diabète.
- Améliorer les services – améliorer les services en adoptant des lignes directrices sur la pratique clinique et des outils d'autogestion pour les patients et les fournisseurs.
- Gestion du rendement du système – établir des cibles, augmenter le nombre de patients qui reçoivent trois tests clés (test de l'hémoglobine glycosylée pour la surveillance de la glycémie, analyse du cholestérol LDL-C, examen de la rétine); Ontario 35,9 % contre la cible du RLISS du Nord-Est de 32,6 %; cible de la stratégie = 80 %).

Le RLISS du Nord-Est entend :

- Travailler en collaboration pour organiser un forum de planification et d'intégration des services pour diabétiques par le truchement de la participation communautaire.
- Identifier et accroître le nombre de programmes d'autogestion dans le RLISS.
- Encourager l'utilisation des lignes directrices des meilleures pratiques dans le continuum des soins aux diabétiques.
- Renforcer l'utilisation de la technologie de l'information en encourageant les intervenants à partager les données cliniques plus efficacement à l'aide des outils ou portails normalisés.

Plans d'action / interventions

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

Plans d'action / interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Élaborer un plan de lutte contre le diabète conforme à la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète, la Stratégie sur le diabète chez les Autochtones et la stratégie sur le diabète chez les enfants (type 1).	100 %		
Élaborer un plan de communications et un plan de mobilisation des intervenants.	100 %		
Identifier les projets d'autogestion des patients dans le RLISS du Nord-Est.	100 %		
Identifier de nouvelles équipes d'éducation en matière de diabète composées de personnel infirmier autorisé, de diététistes autorisés et de spécialistes en réponse à l'élargissement des équipes de soins aux diabétiques.	100 %		
Cerner des occasions d'élargir les programmes d'autogestion dans la région.	50 %	50 %	
Appuyer la mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète (25 % de la mise en œuvre a été accomplie en 2009-2010).	50 %	25 %	
Évaluer l'élargissement des équipes de soins aux diabétiques à la demande du MSSLD (p. ex., document sur les leçons apprises).	50 %	50 %	
Évaluer le programme pilote de soins interdisciplinaires aux diabétiques et le projet pilote sur la population à risque élevé pour la côte de la baie James (p. ex., document sur les leçons apprises). Le programme pilote	25 %	25 %	25 %

doit encore être approuvé par le MSSLD.			
---	--	--	--

Retombées attendues des points d'action principaux

À l'automne 2009, le MSSLD a publié son rapport Provincial/LHIN Diabetes Care qui cerne les écarts entre les lignes directrices fondées sur des données probantes et les soins que les diabétiques ont reçus. Les deux objectifs cernés dans le présent document visent à combler ces écarts et à contribuer à l'atteinte des objectifs à court terme, à moyen terme et à long terme de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.

Objectif 1 : Cerner les programmes de soins aux diabétiques dans le RLISS du Nord-Est.

- Étant donné qu'une proportion des diabétiques a recours à un fournisseur de soins primaires, il importe de cerner les programmes pour diabétiques offerts dans le RLISS.
- Cet objectif permettra au RLISS d'améliorer l'accès aux traitements et à la gestion de la maladie.
- Appuyer les programmes qui aident les clients à gérer leurs soins.
- Encourager les programmes communautaires de prévention tertiaire (p. ex., cessation du tabac, groupe de travail local qui examine le problème de l'obésité chez les enfants d'âge scolaire).
- Augmenter la participation des intervenants pour renforcer les initiatives de cybersanté et la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.

Objectif 2 : Améliorer la prestation et la gestion des soins aux diabétiques.

- Par le truchement des documents sur les leçons apprises, cerner les écarts de prestation des programmes et les réussites des initiatives actuelles.
- En mobilisant les intervenants, déterminer comment la gestion du diabète sera améliorée conformément aux indicateurs de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.

Les directions de la mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète du MSSLD s'attachent à renforcer les indicateurs de diabète et les LHIN attendent actuellement l'établissement de nouveaux centres régionaux de coordination des services aux diabétiques qui contribueront à planifier et à cerner les initiatives en matière de diabète.

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

- Le niveau de participation du RLISS relève des directives du MSSLD.
- La Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète n'est pas encore achevée et son plan de travail est en voie d'élaboration. Les résultats prévus et les initiatives sont en constante évolution.
- Refus des groupes d'intérêt (usagers, organismes et commissions) qui appuient le statu quo ou préfèrent élaborer leurs propres programmes plutôt que de travailler avec d'autres intervenants.
- Le cloisonnement actuel prévient la réalisation de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.
- Ressources humaines – pouvoir recruter et retenir les fournisseurs de services de santé nécessaires.

TEMPS D'ATTENTE À L'URGENCE

MODÈLE A : TEMPS D'ATTENTE À L'URGENCE	
PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS	
Priorité en matière de services de santé intégrés	
Temps d'attente à l'urgence	
Description de la priorité du PSSI	
Diminuer le nombre de visites à l'urgence pour l'obtention de soins non urgents et moins urgents et continuer à améliorer les temps d'attente à l'urgence ainsi que la satisfaction des patients dans la région du RLISS du Nord-Est.	
Situation actuelle	
• Il y a 25 services des urgences dans le Nord-Est de l'Ontario. Neuf associations d'hôpitaux représentant onze emplacements font partie du Système de production de rapports sur les services des urgences du Nord-Est. • Globalement, les temps d'attente aux services des urgences du RLISS du Nord-Est pour les patients dont l'état est grave ou peu grave (admis et non admis) atteignent ou avoisinent les repères provinciaux. • Le pourcentage par tranche de 1 000 habitants de visites non planifiées à l'urgence dans le Nord-Est de l'Ontario est deux fois plus élevé que celui de la province en général. Ce résultat reflète le manque de services de soins primaires (surtout après les heures normales de bureau) et de services de soutien communautaire dans nos collectivités qui pourraient contribuer à éviter les visites aux SU. • Selon les données de 2008-2009, les SU dans le Nord-Est de l'Ontario ont enregistré 442 294 visites, dont 269 162 ou 60,9 % étaient non urgentes ou moins urgentes. • Les principaux problèmes qui entravent la réduction des visites non urgentes ou moins urgentes à l'urgence sont les suivants : manque de services de soins primaires; manque de services de soutien communautaire; pénurie de personnel; et manque de logements à l'intention de ces patients. • Interventions du RLISS à ce jour : présence de responsables de cas dans les SU qui contribuent au triage des patients et au renvoi de ceux-ci chez eux ou dans un milieu approprié; renforcement du soutien communautaire et meilleur accès aux services du CASC du Nord-Est et des autres FSS par le truchement des ressources de Vieillir chez soi; grâce aux ressources de Vieillir chez soi et du Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes, octroi de 2 016 637 \$ aux services complémentaires de Chez soi avant tout pour éviter les visites à l'urgence et les admissions à l'hôpital de patients en attente d'autres niveaux de soins.	

MODÈLE A : TEMPS D'ATTENTE À L'URGENCE

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectifs (s)

- 1) Maintenir et Améliorer le rendement des SU du RLISS du Nord-Est sur le plan des temps d'attente dans les hôpitaux individuels et dans le RLISS en général.
- 2) Diminuer le pourcentage de visites au SU non planifiées, particulièrement les visites pour l'obtention de soins moins urgents et non urgents.

Notre PSSI de 2010-2013 a planifié les démarches/résultats suivants pour les trois prochaines années afin d'atteindre les objectifs susmentionnés :

- Élaborer l'acheminement électronique et l'appariement des ressources pour accélérer le départ des patients des soins actifs et éviter les visites au SU; le système d'information sur les temps d'attente qui fournira des renseignements précis sur les temps d'attente pour les soins postactifs; le système de rapport sur les SU qui recueillera des renseignements sur la durée des séjours à l'urgence des hôpitaux pour faciliter la gestion du rendement.
 - Assurer l'utilisation appropriée des lits et des ressources des hôpitaux.
 - Améliorer la gestion de la capacité y compris la circulation dans les services chirurgicaux.
 - Assurer la disponibilité de services communautaires pour permettre aux patients, dans toute la mesure du possible, d'éviter de se rendre à l'urgence.
 - Élargir les projets communautaires pour gérer des maladies chroniques sélectionnées.
 - Appuyer une formation exhaustive en amélioration du rendement au regard de la circulation des patients aux SU.
 - Augmenter la gestion de cas et accélérer les déplacements au sein du système.
 - Soutenir le réseau des services des urgences du RLISS du Nord-Est (qui élaborera, entre autres, un plan de services de garde coordonnés pour les 25 SU du Nord-Est de l'Ontario).
 - Améliorer les procédures de triage et d'admission.
-
- Mettre en œuvre des stratégies visant à réduire les pressions dues aux ANS.
 - Précisément pour les quatre hôpitaux recevant des fonds du Programme de financement axé sur les résultats dans la troisième année (Sault Ste. Marie, Sudbury, North Bay et Timmins), le rendement est censé s'améliorer ou se maintenir s'il dépasse 90 %, par rapport aux trois repères pour les cas non admis graves et non graves, et pour les patients admis à partir de l'urgence.

Conformité aux priorités gouvernementales

Les activités liées aux SU sont conformes à la Stratégie SU/ADNS du gouvernement qui affirme ce qui suit :

- 1) La réduction du nombre de cas non urgents qui se présentent au SU permettra aux urgentologues de se concentrer sur les patients ayant des besoins critiques.
- 2) L'amélioration des procédures de triage et d'admission et la diminution du temps de déchargement des ambulances permettront aux urgentologues de dispenser des soins plus efficaces.

Plans d'action / interventions

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

Plans d'action / interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Acheminement électronique – voir la section sur la cybersanté pour le détail.			
Assurer l'utilisation appropriée des lits et des ressources des hôpitaux.	20 %	20 %	20 %
Améliorer la gestion de la capacité y compris la circulation dans les services chirurgicaux – voir la section sur l'optimisation des services chirurgicaux pour le détail.			
Assurer la disponibilité de services communautaires pour permettre aux patients, dans toute la mesure du possible, d'éviter de se rendre à l'urgence.	20 %	20 %	20 %
Élargir les projets communautaires pour gérer des maladies chroniques sélectionnées – voir la section sur le diabète pour le détail.			
Appuyer une formation exhaustive en amélioration du rendement au regard de la circulation des patients aux SU.	33 %	33 %	33 %
Augmenter la gestion de cas et accélérer les déplacements au sein du système.	33 %	33 %	33 %
Soutenir le réseau des services des urgences du RLISS du Nord-Est (qui	33 %	33 %	33 %

élaborera, entre autres, un plan de services de garde coordonnés pour les 25 SU du Nord-Est de l'Ontario).			
Améliorer les procédures de triage et d'admission (surtout pour les quatre hôpitaux participant au Programme de financement axé sur les résultats, selon leur plan d'action approuvé).	33 %	33 %	33 %
Mettre en œuvre des stratégies visant à réduire les pressions dues aux ANS – voir la section sur les ANS pour le détail.			
Retombées attendues des points d'action principaux			
• Diminution du pourcentage de visites au SU non planifiées (particulièrement pour les cas moins urgents et non urgents). • Réduction des temps d'attente à l'urgence (tous les indicateurs). • Circulation accélérée des patients dans les secteurs hospitalier et communautaire. • Gestion du diabète améliorée.			
Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?			
• Diverses stratégies ont été mises en œuvre pour alléger les pressions sur les SU et les ANS et réduire les temps d'attente par le truchement des fonds de Vieillir chez soi et du Fonds pour initiatives prioritaires urgentes, mais la demande croissante de services excède le financement disponible. Le manque de personnel, d'espace et de financement entrave l'atteinte de cet objectif. • De nombreux petits hôpitaux ont recours à des médecins suppléants pour assurer la garde permanente de leur SU. Cette stratégie, bien que nécessaire, pose un risque pour les services de garde continus des SU. • Bon nombre d'interventions au niveau communautaire ont recours à des partenariats avec des fournisseurs de soins primaires qui, pour la plupart, ne relèvent pas du mandat du RLISS.			

SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS

MODÈLE A : SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS
PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés
Services de santé en français – une approche intégrée
Description de la priorité du PSSI
Le RLISS du Nord-Est considère comme prioritaires les activités de participation avec ses intervenants francophones. De récentes consultations axées sur la validation des priorités du PSSI ont indiqué qu'il faut adopter une approche intégrée pour relever les enjeux liés aux services de santé en français, notamment l'intégration des services en français à chacune des priorités et l'inclusion d'une approche intégrée dans la mission et la vision du RLISS. Le RLISS et ses fournisseurs de services en français ont cerné trois objectifs qui orienteront les activités de planification futures : • Amélioration continue de la qualité, de l'accès, de l'accessibilité et de l'intégration des services de santé en français. • Habilitation de la communauté et participation communautaire continue afin d'avoir une incidence sur le système de santé global et d'améliorer l'état de santé. • Redevabilité des fournisseurs de services de santé à l'égard de leur collectivité.
Situation actuelle
Le RLISS du Nord-Est a participé à ces activités avec le Bureau des services de santé en français et ses partenaires communautaires. Ces activités incluent les suivantes : • Élaboration d'une politique sur les services de santé en français qui aidera le RLISS à définir une orientation globale pour les services de santé en français dans le Nord-Est. Le comité intérimaire de planification des services de santé en français examine actuellement la politique. • Établissement d'un rapport sur les services en français pour tous les fournisseurs de services de santé. À ce jour, 97 % des fournisseurs ont préparé leur rapport. • Inclusion d'un indice d'équité des services en français dans les ententes de responsabilisation des fournisseurs de services de santé du RLISS. • Mise en œuvre d'un comité intérimaire de planification des services de santé en français en octobre 2008. • Organisation d'activités de participation communautaire francophones. Quatre séances ont eu lieu l'an dernier, en conjugaison avec l'élaboration du PSSI.

- Participation de consultants du *Bureau des services de santé en français* au processus de Présentation de planification hospitalière annuelle (PPHA). La participation se poursuit.
- Création d'un poste de conseiller principal sur les services en français pour le RLISS, dont la responsabilité principale sera de conseiller le directeur général sur la façon d'engager les Francophones dans les initiatives et les projets du RLISS. Le titulaire du poste travaillera également de près avec l'entité de planification.

Le RLISS se concentrera sur la mise en œuvre du règlement sur les entités de planification des services de santé en français.

MODÈLE A : SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectifs (s)

De concert avec le Bureau des services de santé en français et ses partenaires communautaires, le RLISS a formulé un plan d'action provisoire portant sur les services de santé en français dans un contexte de planification fondée sur les résultats :

- Connaissance de la *Loi sur les services en français* – conseil, personnel et public.
- Capacité en services de santé en français.
- Participation de la communauté francophone.
- Intégration des services de santé en français.

Les objectifs énoncés dans le plan d'action provisoire sont les suivants :

- Améliorer la qualité et l'accessibilité des services de santé en français et l'accès à ces services.
- Formuler une démarche intégrée à l'égard des services de santé en français.
- Maximiser la contribution des Francophones aux séances de participation communautaire.
- Élaborer des mécanismes de responsabilisation à l'égard des services de santé en français avec les fournisseurs de services de santé du RLISS.

L'entité de planification des services de santé en français examinera et approuvera le plan d'action.

De plus, le RLISS du Nord-Est recevra trois employés des services en français en août 2010. Ces personnes nous aideront à mettre en œuvre des stratégies en matière de services en français.

Conformité aux priorités gouvernementales

Le plan d'action du RLISS du Nord-Est a été élaboré en collaboration avec le Bureau des services de santé en français du nord du MSSLD. Les activités liées aux services de santé en français sont organisées en fonction des directives et des priorités du ministère.

Plans d'action / interventions

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

Plans d'action / interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Élaboration et mise en œuvre d'une démarche qui favorisera l' <i>offre active</i> de services de santé en français dans le RLISS et parmi les FSS.	25 %	25 %	25 %
Finalisation et mise en œuvre de la politique en matière de services de santé en français du RLISS.	100 %		
Inclusion d'un indice d'équité des services en français dans les ententes de responsabilisation des fournisseurs de services de santé du RLISS (processus de surveillance continu).	100 %		
Identification des FSS qui peuvent réclamer une désignation d'organisme de services de santé en français.	10 %	10 %	10 %
Évaluation des demandes de désignation d'organismes offrant des services de santé en français.	10 %	10 %	10 %
Achèvement des plans de mise en œuvre des services de santé en français des FSS.	100 %		
Mise en œuvre d'un processus de surveillance des FSS qui entreprennent les activités prévues dans leur plan de mise en œuvre des services de santé en français.	25 %	75 %	
Établissement d'une entente avec l'entité de planification des services de santé en français.	100 %		
Établissement d'un processus pour engager la participation des Francophones aux séances de participation communautaire.	25 %	25 %	50 %

Embauche du conseiller principal sur les services en français du RLIS.	100 %		
Retombées attendues des points d'action principaux • Démarche intégrée à l'égard de la prestation des services de santé en français dans le Nord-Est. • Services de santé en français équitables et accessibles pour les Francophones. • Communauté francophone informée et proactive en autogestion de sa santé. • FSS redevables à la population francophone qu'ils servent.			
Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie? • Les services et les ressources humaines disponibles sont insuffisants pour avoir l'effet nécessaire sur le système. • Financement requis pour appuyer les activités de l'entité de planification.			

Retombées attendues des points d'action principaux

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

RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

MODÈLE A : RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ
PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés
Ressources humaines en santé
Description de la priorité du PSSI
Les ressources humaines en santé et l'accès rapide aux professionnels de la santé dans le Nord-Est sont les enjeux les plus souvent mentionnés par le personnel de la santé. Chacune des priorités du PSSI a un volet consacré aux ressources humaines. Les enjeux auxquels notre système de santé et nos fournisseurs sont confrontés sont bien documentés. Le RLISS travaillera donc avec la province, les fournisseurs de services de santé locaux, les collectivités et les particuliers pour trouver des façons innovatrices d'utiliser sa main-d'œuvre actuelle et pour attirer et retenir les professionnels dans la région.
Situation actuelle
Le comité directeur sur les ressources humaines en santé du Nord-Est a été créé au début de 2009. Ce comité dirige dans une perspective systémique l'élaboration du plan de ressources humaines en santé de la région. Ce plan tient compte des enjeux locaux, culturels et linguistiques associés aux ressources humaines en santé. Il faudra mettre en œuvre un éventail d'activités de planification et de coordination à l'appui de la prestation des services de santé dans le Nord-Est, notamment : • Inventaire des ressources humaines en santé dans le Nord-Est • Liste des vacances actuelles et leurs antécédents récents • Projections des besoins de ressources humaines en santé • Stratégies de recrutement et de rétention des ressources humaines en santé.

MODÈLE A : RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ
PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION
Objectifs (s)
Collaborer avec les intervenants pour créer un cadre systémique visant à anticiper les

besoins en matière de ressources humaines en santé et à atténuer les enjeux de la prestation des services liés au personnel médical du RLISS.

Conformité aux priorités gouvernementales

La vision du système de santé de l'Ontario englobe l'objectif d'avoir le nombre et l'ensemble appropriés de professionnels de la santé au moment et à l'endroit voulu.

Comparativement à l'Ontario et au reste du Canada, la région du Nord-Est affiche des pénuries importantes de ressources humaines en santé, notamment médecins spécialistes, physiothérapeutes et ergothérapeutes. Dans certaines instances, le nombre de professionnels exerçant dans le Nord-Est fait bonne figure à côté de l'Ontario et du Canada par habitant; néanmoins, il y a une mauvaise répartition dans la région et de nombreuses collectivités ont des pénuries continues. Les vacances chroniques actuelles sont exacerbées par le vieillissement de la main-d'œuvre médicale et de la population en général. Il s'ensuit une hausse de la demande de services.

L'information concernant le nombre de travailleurs de la santé est généralement difficile à obtenir et il n'y a aucune source de données sur les vacances actuelles à l'échelle régionale. Cependant, certaines composantes de base valables sont en place et contribueront à régler les questions de ressources humaines en santé à long terme.

La définition de la portée des ressources humaines à cette étape des activités de planification du RLISS englobe, notamment, recrutement et rétention, partenariats et collaboration, formation et perfectionnement et santé et sécurité au travail. La planification des ressources humaines en santé vise les dirigeants, les médecins et autres professionnels, le personnel, les étudiants et les bénévoles.

Plans d'action / interventions

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

Plans d'action / interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Élaborer un plan d'orientation pour les ressources humaines en santé du Nord-Est.	100%		
Dresser un inventaire du personnel médical du Nord-Est.	100 %		
Élaborer et mettre en œuvre une	75 %	25 %	

méthodologie systémique pour documenter les activités de recrutement et de rétention dans le Nord-Est ainsi que l'utilisation des étudiants et des bénévoles.			
Étudier et appliquer une méthode prévisionnelle pour les ressources humaines en santé.	50 %	50 %	
Élaborer et établir un service de recrutement commun.	50 %	25 %	25 %
Établir des maillages formels avec les structures autochtones et les services de santé en français.	100 %		
Étudier et élaborer un système intranet (portail) de ressources humaines en santé.	30 %	70 %	
Élaborer une structure à l'appui de la mise en œuvre des recommandations du groupe de travail sur les préposés aux services de soutien à la personne.	100 %		
Analyser les exigences fonctionnelles et élaborer un plan systémique concernant un système d'information sur les ressources humaines.	40 %	60 %	
Formuler un plan qui tire parti des ressources de ProfessionsSantéOntario et mobilise les efforts de recrutement et de rétention de l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario.	50 %	50 %	
Élaborer et établir une structure de participation communautaire axée sur les soins primaires dans chacune des zones de planification du.	50 %	50 %	

Retombées attendues des points d'action principaux

- Première démarche de planification cohésive et concertée pour atténuer les pressions en matière de ressources humaines en santé du Nord-Est.
- Meilleur accès aux possibilités de recrutement et de formation pour diverses occupations, y compris les préposés aux services de soutien à la personne.
- Lancement d'une démarche prévisionnelle pour les ressources humaines en santé qui tient compte des caractéristiques uniques du système de santé du Nord-Est.
- Données et informations valables sur notre personnel médical et sur les pratiques

de ressources humaines (et leur efficacité) utilisées par nos fournisseurs de services de santé.
Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?
• Disponibilité des ressources. • Ralliement des divers intervenants (locaux et provinciaux).

OPTIMISATION DES SERVICES CHIRURGICAUX

MODÈLE A : OPTIMISATION DES SERVICES CHIRURGICAUX
PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité en matière de services de santé intégrés
Optimisation des services chirurgicaux
Description de la priorité du PSSI
Conformément à la stratégie de la province et par suite des entretiens avec des intervenants clés du Nord-Est, le RLISS a entrepris un examen des services chirurgicaux dispensés dans les hôpitaux de la région. Cette analyse assurera le maintien de l'accès et de la qualité des services chirurgicaux à l'avenir. Le projet visait à examiner les volumes chirurgicaux, les diagnostics et les ressources requises pour répondre aux besoins du Nord-Est. Un comité directeur du projet d'optimisation des services chirurgicaux créé pour analyser les tendances de l'utilisation des services chirurgicaux dans le Nord-Est a cerné les spécialités chirurgicales exigeant un examen plus approfondi et des consultations avec les intervenants. Un groupe de travail a été établi pour chacune des spécialités suivantes : • Gynécologie • Chirurgie orthopédique • Chirurgie thoracique • Accès urgent et émergent aux services chirurgicaux spécialisés • Urologie • Chirurgie vasculaire.
Situation actuelle
La première étape du projet d'optimisation des services chirurgicaux est maintenant terminée et le comité directeur s'apprête à mettre en œuvre un plan d'action de trois ans axé sur les 33 recommandations contenues dans le <i>Rapport sur l'optimisation des services chirurgicaux</i> publié le 22 mai 2009. Une réunion a eu lieu le 9 juin 2010 avec des chirurgiens orthopédistes pour discuter de

diverses façons de traiter les temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou. Un consensus a été atteint pour établir :

- Un registre central pour le Nord-Est
- Des centres d'évaluation des articulations dans 5 centres offrant des chirurgies orthopédiques (HRSRH, NGNB, Hôpital de SSM, Hôpital de Timmins et WPSHC)

D'autres points ont été discutés :

- Une accréditation commune
- Le recrutement et la rétention des ressources humaines en santé

Des groupes de travail ont été formés pour mettre en œuvre les recommandations en orthopédie.

MODÈLE A : OPTIMISATION DES SERVICES CHIRURGICAUX PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectifs (s)

Le comité directeur du projet d'optimisation des services chirurgicaux a formulé un plan d'action de trois ans axé sur les 33 recommandations contenues dans le Rapport sur l'optimisation des services chirurgicaux. Les démarches sont les suivantes :

Année 1 – 2009-2010

- Chirurgie thoracique oncologique – respecter les normes d'Action Cancer Ontario
- Chirurgie orthopédique – se pencher sur les cibles des temps d'attente et les questions de transfert
- Horaires de garde – identifier les mécanismes de coordination
- Chirurgiens itinérants – établir les paramètres d'utilisation
- Répartition du financement – surveiller la prestation des services chirurgicaux par les hôpitaux du Nord-Est
- Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAFS) – veiller à ce que les besoins du Nord-Est soient pris en compte
- Honoraires – accès à des honoraires appropriés pour les spécialistes suppléants
- Neurologie – accès aux services neurochirurgicaux
- Traumatologie – accès aux soins traumatologiques
- Lits de chirurgie pour malades hospitalisés – accès à un nombre approprié de lits à l'Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital

Année 2 – 2010-2011

- Ressources humaines en santé – inventaire des ressources chirurgicales et élaboration d'un plan de ressources humaines chirurgicales
- Chirurgie vasculaire – plan de regroupement des services
- Horaires de garde – mise en œuvre d'un horaire de garde pour les services chirurgicaux du district et de la région pour combler les lacunes et réduire les temps d'attente
- Gynécologie – élaboration de protocoles pour gynécologues et urologues pour des

interventions particulières

Année 3 – 2011-2012

- Ressources humaines en santé – déploiement d'un plan de ressources humaines chirurgicales pour améliorer l'accès aux chirurgiens généralistes dans le Nord-Est
- Analyse d'impact – analyse de la capacité des hôpitaux à remplir le rôle qui leur a été désigné
- Chirurgiens itinérants – mise en œuvre des paramètres d'utilisation dans les hôpitaux du Nord-Est
- Cheminements cliniques intégrés – élaboration de cheminements cliniques normalisés pour les interventions chirurgicales courantes.

Conformité aux priorités gouvernementales

À l'échelle provinciale, le gouvernement de l'Ontario a mis en œuvre un plan visant à améliorer l'accès à cinq principaux services chirurgicaux et à réduire les temps d'attente pour l'obtention de ces services : chirurgie du cancer, chirurgie cardiaque, chirurgie de la cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou et certains examens diagnostiques. Bon nombre de recommandations énoncées dans le Rapport sur l'optimisation des services chirurgicaux s'adressent directement aux priorités provinciales.

Plans d'action / interventions

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

Plans d'action / interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Formaliser les éléments diagnostiques et chirurgicaux régionaux du programme régional d'oncologie thoracique.	100 %		
Organiser un forum pour élaborer un plan d'action avec les chirurgiens orthopédistes du Nord-Est et planifier la mise en œuvre des recommandations sur les temps d'attente.	100 %		
Élaborer un cadre d'orientation pour la mise en œuvre d'un horaire régional	50 %	50 %	

de services de garde 24 heures sur 24, sept jours par semaine.			
Élaborer des principes directeurs pour la surveillance des services chirurgicaux offerts dans le Nord-Est.	50 %	50 %	
Formuler un plan de ressources humaines pour les services chirurgicaux du Nord-Est.		100 %	
Mettre en œuvre des horaires de garde pour les services chirurgicaux urgents/émergents.		100 %	
Mettre en œuvre un seul programme de chirurgie vasculaire dans le Nord-Est.		100 %	
Élaborer une approche intégrée à l'égard des cheminements cliniques des hôpitaux du Nord-Est.			100 %
Recenser les services chirurgicaux dans le Nord-Est en ciblant la répartition adéquate des ressources et la disponibilité des services.			100 %

Retombées attendues des points d'action principaux

Par suite du projet d'optimisation des services chirurgicaux, on s'attend aux retombées suivantes :

- Réduction des temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche et du genou.
- Programme de chirurgie thoracique oncologique dans le Nord-Est conforme aux normes d'ACO.
- Mise en œuvre d'un horaire régional de services de garde 24 heures sur 24, sept jours par semaine pour les soins chirurgicaux urgents / émergents dans le Nord-Est.
- Répartition appropriée des ressources et disponibilité des services chirurgicaux dans le Nord-Est.

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

- Manque de ressources financières pour la mise en œuvre des recommandations.
- Manque de personnel pour répondre aux besoins chirurgicaux du Nord-Est et manque de capacité pour rapatrier les patients.
- Résistance des médecins à la modification du mode de prestation des services chirurgicaux dans le Nord-Est.

CYBERSANTÉ

MODÈLE A : CYBERSANTÉ	
PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS	
Priorité en matière de services de santé intégrés	
Les technologies de l'information et des communications (TIC) sont des catalyseurs clés de nos neuf priorités et elles seront utilisées à l'appui de l'intégration des services et de la prestation de services de qualité. Comme c'est le cas pour la plupart des initiatives en matière de services de santé, les projets de TIC dégagent des bienfaits lorsqu'ils : • Réduisent les pressions aux autres niveaux de soins (ANS) au sein du RLISS; • améliorent les services aux patients ou l'accès aux services; • s'inscrivent dans un plan stratégique régional de TIC; • utilisent une démarche axée sur des partenariats entre organismes ou des partenariats intersectoriels; • reposent sur une analyse de rentabilisation solide; • peuvent servir de fondements à la création d'un dossier de santé électronique. Le ministère a fait de la cybersanté et des technologies de l'information et des communications des domaines d'intérêt clés que le RLISS du Nord-Est appuie actuellement par le truchement des priorités et activités stratégiques de son PSSI.	
Description de la priorité du PSSI	
La cybersanté et les TIC favorisent l'habilitation électronique des services de santé pour : • améliorer les processus de mise en congé pour les patients en attente d'ANS dans le RLISS du Nord-Est; • permettre aux particuliers et à leurs familles de gérer leur propre santé; • améliorer l'harmonisation et l'intégration des soins dispensés aux patients; • permettre la mise en œuvre en temps opportun d'initiatives axées sur la santé de la population, notamment le mappage des maladies chroniques (p. ex., le diabète); • assurer la surveillance en temps opportun des maladies chroniques afin d'améliorer les résultats pour les patients; • permettre et améliorer la communication entre les fournisseurs de services de santé, les patients et les soignants. Miser sur un cadre de la cybersanté En mars 2009, le gouvernement de l'Ontario a publié une stratégie de cybersanté portant sur trois priorités : gestion du diabète, gestion des médicaments et temps d'attente. Les	

investissements du ministère dans les technologies de l'information et des communications qui appuient la collaboration clinique et la prestation de services intégrés visent à améliorer l'accès aux renseignements cliniques et à appuyer la prestation de services de santé de qualité aux patients de la province.

Situation actuelle

- **Projet d'appariement des ressources et de renvoi dans le secteur ANS** – priorité clé de la stratégie de réduction des temps d'attente à l'urgence et en matière d'ANS qui vise à : réduire les pressions sur les services des urgences (SU), augmenter la capacité et le rendement des SU, acheminer les patients qui ne reçoivent plus de soins actifs vers d'autres niveaux de soins, plus rapidement.
- **ONE Network** – est axé sur la demande prévue découlant des initiatives suivantes : la télémédecine, l'élargissement du Système d'information sur les temps d'attente et la mise en œuvre des systèmes de gestion clinique des médecins.
- **ONE Mail** – la mise en œuvre du système ONE Mail aux premier et deuxième trimestres de 2008-2009 visait les petits organismes qui souhaitaient communiquer avec les grands organismes qui utilisaient déjà ONE Mail.
- **Projet de mise à niveau des réseaux** – cyberSanté Ontario a effectué des mises à niveau dans 70 établissements.
- **Visualiseur des profils pharmaceutiques** – Les 33 hôpitaux ciblés dans le RLISS du Nord-Est ont installé le visualiseur.
- **Adoption du DES par les médecins** – Il y a d'excellents exemples d'adoption et de fervents du DES dans le Nord-Est et, d'après l'inventaire d'OntarioMD datant du 31 août 2008, 40 % des médecins de soins primaires admissibles avaient reçu un financement pour la TI/le DES.
- **Sondage sur les TIC en cybersanté dans le Nord de l'Ontario, 2008** – Le sondage des fournisseurs de services de santé a démontré que le Nord a d'excellentes synergies.
- **WTIS / EDRS / SISI** – Les hôpitaux du RLISS du Nord-Est prennent part à la mise en œuvre de ces projets dans la province; six hôpitaux participent au WTIS, 15 hôpitaux participent au EDRS et onze hôpitaux prennent part au SISI.
- **Plan tactique communautaire du RLISS du Nord-Est** – Le plan énonce l'état de préparation et les prochaines étapes pour assurer que le RLISS est prêt pour la mise en œuvre massive de la cybersanté.
- **Comité de gestion du diabète** – Mis sur pied en réponse à la demande croissante de services pour diabétiques dans le RLISS du Nord-Est.
- **Registre des cas de diabète** – Le RLISS du Nord-Est est reconnu pour son adoption précoce de la Stratégie ontarienne de cybersanté.
- **Info-Méd** – L'Hôpital de Timmins et du district et l'Équipe de santé familiale (ESF) de Timmins se sont associés pour mettre en œuvre une interface électronique entre le

système d'information de l'hôpital et le DSE de l'équipe de santé familiale.

- **Projet pilote d'ordonnances électroniques** – Le Group Health Centre (GHC) est un des deux établissements qui ont participé au projet pilote d'ordonnances électroniques dirigé par le MSSLD et Cybersanté Ontario. Le projet est conforme à la priorité donnée à la gérance des médicaments dans la Stratégie ontarienne de cybersanté (gestion électronique des ordonnances).
- **Services de gestion de réseau** – Intégration de 29 FSS dans un service commun de gestion de réseau et de normalisation du matériel.
- **Mise en œuvre du réseau de l'ASIS** – Élaboration d'un tableau de bord pour aider Cybersanté Ontario à mettre en œuvre des interconnexions réseau sécurisées.
- **Pan Northern Ontario PACS (« PNOP »)** – Le projet PNOP a récemment été élargi pour inclure le RLISS de Champlain. Par suite de cet élargissement, l'organisme est maintenant appelé **Northern and Eastern Ontario Diagnostic Imaging Network (NEODIN)**. Ce réseau permettra le partage d'images dans les RLISS du Nord-Est, du Nord-Ouest et de Champlain.
- **Mise en œuvre et modernisation de l'automatisation** – Se poursuit dans tous les secteurs, notamment les équipes de santé familiale, les établissements de santé autonomes, la santé publique, les centres de traitement pour enfants, les foyers de soins de longue durée et les organismes participants de la phase 2 qui utilisent les systèmes de TIC des hôpitaux régionaux (p. ex., North East Ontario Network (NEON), Hôpital général de North Bay).
- **Réseau Télémédecine Ontario (RTO)** – Se poursuit et permet à un nombre croissant de fournisseurs de services de santé d'avoir accès à ses services; p. ex., la télépsychiatrie a été élargie à Timmins, notamment à la Community Mental Health Association.

MODÈLE A : Cybersanté PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectifs (s)

- Mettre en œuvre un système d'appariement des ressources et de renvoi dans le secteur des ANS.
- Établir un système formel de collaboration intersectorielle, interrégionale en matière de cybersanté.
- Mettre à jour le plan stratégique sur la TIC en cybersanté du RLISS du Nord-Est.
- Formuler un plan de communications sur la cybersanté.
- Élaborer un service de soutien de réseau pour les fournisseurs du RLISS.
- Élaborer un modèle de gouvernance de services communs intégré, viable dans le Nord-Est.
- Mettre en œuvre le plan tactique communautaire du RLISS.

- Mettre en œuvre le plan stratégique sur la cybersanté.

Conformité aux priorités gouvernementales

Les objectifs en matière de cybersanté et de TIC sont conformes à la stratégie de réduction des temps d'attente SU/ANS et la Stratégie ontarienne de cybersanté.

Plans d'action / interventions

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

Plans d'action / interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Mettre sur pied un conseil consultatif de la cybersanté intersectoriel, interrégional.	100 %		
Mettre à jour le plan stratégique sur la TIC en cybersanté du RLISS du Nord-Est à la lumière des stratégies de la province et du RLISS.	100 %		
Formuler un plan de communications sur la cybersanté.	100 %		
Élaborer un modèle viable pour les services de soutien de réseau actuels.	100 %		
Élaborer un plan de gouvernance de services communs intégré, viable dans le Nord-Est.	100 %		
Mettre en œuvre un système d'appariement des ressources et de renvoi dans le secteur des ANS : établir les procédures de base requises à l'appui de l'exécution et de la mise en œuvre du projet d'appariement des ressources et de renvoi.	100 %		
Revoir la faisabilité de la mise en œuvre des recommandations du	50 %	50 %	

comité directeur du RLISS sur le système d'appariement des ressources et de renvoi dans le secteur ANS, au sein des hôpitaux, du CASC et des foyers de soins de longue durée.			
Mettre en œuvre un système d'appariement des ressources et de renvoi dans le secteur des ANS : définition de l'état futur, planification du modèle et de la mise en œuvre, déploiement et adoption, période postérieure au déploiement et transition.	25 %	40 %	35 %
Projet de mise en œuvre et d'adoption : effectuer une évaluation des possibilités et une analyse des besoins des fournisseurs de services de santé pour assurer la mise en concordance des méthodes de gestion des projets et de gestion du changement.	100 %		
Projet Info-Méd : commencer à élargir le système d'intégration des cabinets médicaux pour inclure 22 associations d'hôpitaux (plus de 90 % des hôpitaux) et les cinq fournisseurs d'interface CMS aux médecins de soins primaires par le truchement d'un gestionnaire de rapport dirigé par le RLISS ou le gestionnaire de rapport d'OntarioMD.	40 %	60 %	
Portes d'accès – projet d'intégration de 4 RLISS : notamment, établir une intégration verticale entre systèmes par l'entremise d'un portail des fournisseurs dans les RLISS du Nord-Est, du Nord-Ouest, de SNM et de Champlain.	70 %	30 %	
Retombées attendues des points d'action principaux			
• Atteindre une approche intégrée pour la mise en œuvre de la technologie de l'information dans le secteur hospitalier. • Susciter la coopération du personnel hospitalier par rapport au partage de services de technologie de l'information. • Améliorer les processus de mise en congé des patients en attente d'ANS dans le secteur hospitalier.			

- Améliorer le cheminement des patients au sein des secteurs des hôpitaux, des foyers de soins de longue durée et des services à domicile.
- Assurer la satisfaction du patient et des fournisseurs en améliorant les processus de mise en congé des patients en attente d'ANS.
- Rencontres sur l'état d'avancement entre le chef de la mise en œuvre de cyberSanté Ontario, le gestionnaire/coordonnateur des projets et le responsable de la cybersanté.
- Examen trimestriel du statut du RLISS (responsable de la cybersanté, chef de la mise en œuvre et gestionnaire/coordonnateur des projets).
- Participation à un groupe de travail provincial du BGP.
- Mise à jour mensuelle du rapport de situation sur la cybersanté du RLISS.
- Mise à jour mensuelle des initiatives des FSS.
- Nombre d'interactions avec les FSS.
- Conformité à la Stratégie ontarienne de cybersanté.
- Quantité de bulletins distribués.
- Achèvement du plan de communications sur la cybersanté du RLISS.
- Mesures du Web – nombre total de visiteurs.
- Achèvement des résultats prévus du projet de cyberSanté Ontario.

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

- On attend une décision du ministère concernant le financement qui sera accordé durant la période 2010-2013. Le plan de travail sera révisé au besoin.
- cyberSanté Ontario doit définir les futurs résultats prévus en matière de cybersanté.

INTÉGRATION

MODÈLE A : INTÉGRATION	
PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS	
Priorité en matière de services de santé intégrés	
Intégration	
Description de la priorité du PSSI	
Le RLISS du Nord-Est appuie les projets d'intégration axés sur l'action, l'établissement de priorités et la planification coordonnée des services de santé. Quelques priorités d'intégration continueront d'être dirigées par le RLISS du Nord-Est (p. ex., temps d'attente), mais d'autres relèveront d'une démarche axée sur la collectivité et la zone de planification visant à mettre en place des services de santé intégrés et centrés sur le patient planifiés et appuyés par des partenariats. La Stratégie d'intégration du RLISS vise principalement l'atteinte des résultats suivants au niveau de la collectivité, de la zone de planification et de la région : unité de gouvernance, planification, action et évaluation menant à l'amélioration de la prestation et de la viabilité des services.	
Situation actuelle	
- Le RLISS du Nord-Est a adopté une stratégie d'intégration en septembre 2008 (voir http://www.nelhin.on.ca/WorkArea/showcontent.aspx?id=2574). - En 2009-2010, le RLISS du Nord-Est a financé dix projets par le truchement de la Stratégie d'intégration afin de stimuler et d'élargir les activités d'intégration. Les projets sont les suivants :	
Titre du projet	Description
Mise en œuvre de l'International Resident Assessment Instrument	Ce projet ajoutera une autre dimension à l'étude sur les logements pour les aînés en cernant les besoins et les cheminements cliniques des aînés dans le continuum de services à l'aide de l'interRAI dans la zone de planification de Nipissing.
Demande de consultation sur l'intégration proposée des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances dans la région d'Algoma	Ce projet commencera à éliminer la fragmentation de longue date du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances du district. Il faut pleinement intégrer les services et les programmes pour contrebalancer la diminution de la capacité en lits pour hospitalisés.
Combiner efficacement les programmes de réadaptation dans le RLISS 13... réseau de réadaptation du Nord-Est de	Élaborer un concept axé sur un réseau de réadaptation intégré pour la région (y compris rationaliser l'accès aux lits de réadaptation).

l'Ontario (NEORN)	
Intégration des services régionaux d'oncologie du Nord-Est	Créer un plan stratégique de services d'oncologie régionaux comprenant des données sur l'évaluation des besoins, une analyse du marché de la prestation des services, des recommandations concernant l'emplacement le plus favorable à une intégration verticale et horizontale et à une concordance des services d'oncologie et une liste des démarches nécessaires à la réalisation de cette intégration.
Initiative de planification stratégique de la zone de planification de Cochrane	Élaborer un plan stratégique pour tous les secteurs du district de Cochrane et de Timiskaming Nord. Ce projet sera d'une grande utilité pour le RLISS, car il générera des idées d'intégration qui pourraient être mises en œuvre dans la région de Cochrane et au-delà. Il peut être considéré comme un processus de planification exhaustif relativement à la stratégie de mise en œuvre du RLISS du Nord-Est.
Coordination de la prévention et de la gestion des maladies chroniques pour Sault Ste. Marie	Élaborer le cadre de prestation de services axé sur des groupes de patients, les résultats prévus pour chaque organisme et une entente provisoire sur les services.
Passerelle vers le bien-être mental de la côte de la baie James	Ce projet vise à améliorer la planification, la gestion et la prestation des programmes de santé mentale destinés à la côte de la baie James, en commençant par l'accueil et l'acheminement centralisés.
Initiative de la collectivité de Lakeland	Ce projet donne suite au rapport sur le logement des aînés au niveau local et élabore un plan de services intégrés pour les aînés.
Cadre de planification des services de santé communautaire de Sault Ste. Marie	Élaborer une vision et un plan exhaustif pour le système de santé local à la lumière des enjeux qui confrontent actuellement l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie et la ville de Sault Ste. Marie.
Partenariat axé sur les ANS de Nipissing	Cette étude de faisabilité a pour but d'examiner des solutions axées sur la collectivité qui permettront aux patients de recevoir les soins à l'endroit et au moment voulu.

MODÈLE A : STRATÉGIES et SOLUTIONS CONCERNANT LES AUTRES NIVEAUX DE SOINS PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectifs (s)

- Déterminer l'orientation à long terme du système en ce qui a trait à l'intégration.
- Cerner des occasions d'accroître la coordination et la collaboration au sein du système et en tirer profit.
- Établir des maillages internes et externes entre les fournisseurs et les programmes et projets du RLISS.

Conformité aux priorités gouvernementales

Comme l'énonce la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, l'intégration est un catalyseur clé du renouvellement du système de santé et une responsabilité partagée du RLISS, des FSS et du MSSLD.

Plans d'action / interventions

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

Plans d'action / interventions :	Indiquez le pourcentage d'achèvement anticipé au cours de chacune des trois prochaines années. Par exemple, si l'objectif doit être atteint à 75 % après trois ans et mis en œuvre dans une proportion égale chaque année, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Le processus et les attentes du RLISS concernant la Stratégie d'intégration seront formulés et communiqués annuellement aux FSS.	100 %	100 %	100 %
Le RLISS appuiera la mise en œuvre des projets d'intégration terminés en 2009-2010 dans les limites des ressources disponibles.	100 %		
Les ressources et les pratiques exemplaires en matière d'intégration (p. ex., Projet de concertation pour la transition) seront partagées et diffusées dans l'ensemble du système de santé.	20 %	20 %	20 %
Le RLISS appuiera les projets d'intégration volontaire, s'il y a lieu, et facilitera l'intégration lorsqu'on lui en fera la demande.	20 %	20 %	20 %

Retombées attendues des points d'action principaux

- Renforcement de l'accès aux services de santé et de la qualité de ceux-ci.
- Amélioration des résultats pour la santé individuelle et la population en général.
- Amélioration de l'expérience du système de santé pour les patients grâce à une

diminution de la fragmentation et du recoupement.

- Augmentation des efficiences grâce à l'optimisation des ressources disponibles.

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

- Ressources financières insuffisantes pour mettre en œuvre l'intégration.
- Refus des groupes d'intérêt (usagers, organismes et commissions) qui veulent maintenir le statu quo au lieu de mettre en œuvre un système plus intégré.
- La gestion du changement requise est plus importante que l'on avait prévu.

DOTATION ET OPÉRATIONS DU RLISS DU NORD-EST

Section 6 : Dépenses de fonctionnement proposées, revenus projetés et exigences en matière de financement

Template B: LHIN Operations Spending Plan					
LHIN Operations Sub-Category (\$)	2009/10 Actual	2009/10 Budget	2010/11 Planned Expenses	2011/12 Planned Expenses	2012/13 Planned Expenses
Salaries and Wages	2,421,825	2,477,303	2,734,474	3,068,690	3,068,690
Employee Benefits					
HOOPP	222,485	230,605	251,207	281,910	281,910
Other Benefits	285,762	270,624	322,653	362,089	362,089
Total Employee Benefits	508,247	501,229	573,860	643,999	643,999
Transportation and Communication					
Staff Travel	193,788	242,104	130,000	80,000	80,000
Governance Travel	83,021	76,266	60,000	20,000	20,000
Communications	83,200	99,414	90,000	90,000	90,000
Other	104,598	126,694	50,000	30,000	30,000
Total Transportation and Communication	464,607	544,478	330,000	220,000	220,000
Services					
Accommodation	161,681	160,745	213,931	230,681	230,681
Advertising	37,171	44,159	40,000	30,000	30,000
Banking	5	5	-	-	-
Community Engagement	-	-	-	-	-
Consulting Fees	234,161	172,318	178,602	50,000	50,000
Equipment Rentals	17,236	19,581	18,000	18,000	18,000
Board Chair Per Diems	67,008	70,868	36,750	27,563	27,563
Other Governance Per Diems	52,898	61,574	88,050	66,038	66,038
Insurance	15,930	15,930	17,307	17,307	17,307
LSSO Shared Costs	362,715	330,000	359,495	359,495	359,495
LHIN Collaborative	12,285	50,000	50,000	50,000	50,000
Other Meeting Expenses	33,919	43,852	50,000	30,000	30,000
Other Governance Costs	11,403	25,397	20,000	10,000	10,000
Printing & Translation	61,627	68,441	65,000	40,000	40,000
Staff Development	71,084	40,000	40,000	15,000	15,000
Total Services	1,139,123	1,102,870	1,177,135	944,083	944,083
Supplies and Equipment					
IT Equipment	74,972	33,678	30,000	20,000	20,000
Office Supplies & Purchased Equipment	71,055	45,435	48,512	32,210	32,210
Total Supplies and Equipment	146,027	79,113	78,512	52,210	52,210
Capital Expenditures	244,826	223,988	35,000	-	-
LHIN Operations: Total Planned Expense	4,924,655	4,928,981	4,928,981	4,928,981	4,928,981
Annual Funding Target			4,928,981	4,928,981	4,928,981
Variance			0	0	0

Section 7 : Dotation du RLISS du Nord-Est, impact sur le plan d'activités et la stratégie de rémunération

Template C: LHIN Staffing Plan (Full-Time Equivalents)

Position Title	2008/09 Actual as of Mar. 31	2009/10 Actual as of Mar. 31	2010/11 Forecast	2011/12 Forecast	2012/13 Forecast
CEO	1	1	1	1	1
Sr. Director, PICE	1	1	1	1	1
Sr. Director, PCA	1	1	1	1	1
Sr. Director, Francophone and Aboriginal	0	0	1	1	1
EA – CEO	1	1	1	1	1
AA – PICE Team	1	1	0	0	0
AA – PCA Team	1	1	1	1	1
Corporate Coordinator	1	1	1	1	1
Board Liaison	1	1	1	1	1
Controller/Business Support Manager	1	1	1	1	1
Financial Analyst	1	1	3	3	3
Consultant, PICE	1	3	3	3	3
Senior Aboriginal, First Nations, & Métis Advisor	1	1	1	1	1
Junior Aboriginal Health Officer	1	1	1	1	1
Senior Consultant, PICE	3	3	2	2	2
Planning and Decision Support Consultant	1	1	1	1	1
Consultant, PCA	2	3	2	2	2
Senior Consultant, PCA	2	2	2	2	2
Consultant, Performance Management	0	1	1	1	1
Senior Corporate Advisor	1	1	1	1	1
Communications Officer-Multi Media	1	1	1	1	1
Communications Officer	0	1	1	1	1
Receptionist/Communications Assistant	1	1	1	1	1
Chief Information Officer	0	1	1	1	1
Senior Project Manager	0	1	1	1	1
Project Manager	0	1	1	1	1
Assistant, Project Management Office	0	1	1	1	1
French Language Services Advisor	0	0	3	3	3
Total FTEs	24	33	36	36	36

Incidence sur les opérations

Le budget opérationnel interne du RLISS du Nord-Est pour 2010-2011 ne compte pas d'augmentation fondée sur l'inflation. Afin d'afficher un budget équilibré et de respecter la politique de restriction du ministère, nous n'avons pas inclus d'augmentation de salaire et avons réduit nos frais de déplacement.

En 2010-2011, le RLISS du Nord-Est comptera un effectif en personnel de 36 équivalents temps plein (ETP), y compris trois postes à temps plein pour les services en français. Ces trois postes seront transférés du ministère au RLISS du Nord-Est en août 2010. Nous recruterons également un directeur principal pour gérer les dossiers des services en français et des services aux Autochtones ainsi que pour s'occuper des fournisseurs de services de santé des communautés rurales éloignées dans les régions de Cochrane et de Timmins. Notre RLISS embauchera deux autres analystes financiers, en profitant de récentes vacances, qui aideront les conseillers à mieux surveiller le rendement des fournisseurs de services de santé. Le RLISS du Nord-Est profite aussi de l'occasion pour s'assurer que nos ressources sont bien alignées et que nous avons le personnel approprié en place pour mettre en œuvre et suivre les stratégies en matière de SU/ANS.

Étant donné notre très grand nombre de fournisseurs de services de santé, le personnel passe beaucoup de temps à négocier des ententes de responsabilisation et à en surveiller l'application. D'ici le 30 juin, 41 ententes de responsabilisation en matière de soins de longue durée auront été négociées. Au cours de l'été, les conseillers travailleront avec nos 26 hôpitaux pour modifier leur entente de responsabilisation 2010-2011. De plus, à l'automne, le processus de négociation des ententes de responsabilisation en matière de services multisectoriels débutera. En tout, notre RLISS négociera 220 ententes.

Le RLISS du Nord-Est s'engage à mettre en œuvre des mesures de réduction des coûts. Par exemple, en 2010-2011, les réunions du conseil auront lieu par vidéoconférence ou téléconférence et nous réduirons le nombre de rencontres face à face. De plus, étant donné l'étendue de notre région, le RLISS du Nord-Est a établi des bureaux satellites à Sudbury, Timmins et Sault Ste. Marie, afin de favoriser une relation plus étroite avec les fournisseurs de services de santé et les communautés, d'aborder des défis importants en matière de recrutement et de réduire le temps et les coûts associés aux déplacements.

Section 8 : PLAN DE COMMUNICATIONS

Objectifs :
Les objectifs globaux du RLISS du Nord-Est en matière de communications sont : • Sensibiliser le secteur de la santé et le public au RLISS et viser leur participation active. • Établir et renforcer des relations et augmenter la participation active au travail du RLISS du Nord-Est en partageant des renseignements et en appliquant les pratiques de participation communautaire avec les communautés du Nord-Est, les gestionnaires de la santé, les décideurs, les professionnels de la santé, les établissements d'enseignement et les populations francophones et autochtones. • Faciliter et renforcer la mise en œuvre des priorités du PSSI de 2010-2013 et les initiatives de communication continues faisant partie du plan. • Fournir des outils de communication appropriés pour appuyer le travail du conseil et du personnel concernant les priorités du RLISS du Nord-Est.
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. Le PSA deviendra un document public annexé à l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS.
Auditoire :
• Secteur de la santé élargi • Communautés et chefs communautaires • Autorités élues • Établissements d'enseignement • Parties intéressées autochtones et francophones
Stratégie :
• Le RLISS consultera ses comités et groupes de travail existants sur le PSA, et utilisera des moyens comme le forum de gouvernance annuel, les réunions des grandes régions, les réunions du conseil et d'autres véhicules continus.
Tactiques :
• La sensibilisation au PSA sera assurée par le biais de séances de participation communautaire du RLISS, y compris : • Une stratégie pour faire participer les intervenants de secteurs non liés à la santé au travail du RLISS du Nord-Est. Cette stratégie comprendra une série de rencontres avec des chefs des communautés du Nord-Est.

Les lieux comprendront : les clubs Rotary, les chambres de commerce, les réunions de conseils municipaux, les conférences communautaires et régionales, etc.

- Le PSA sera affiché sur le site web du RLISS du Nord-Est et sera accessible via un lien créé sur la page d'accueil. La date d'affichage sera coordonnée entre le ministère et tous les RLISS. L'affichage inclura une composante interactive et encouragera des commentaires sur le PSA et les priorités du PSSI. Le personnel des communications surveillera les commentaires reçus et s'assurera de les incorporer dans de futures activités de participation communautaire concernant le PSA.
- La disponibilité du PSA et l'invitation à afficher des commentaires seront « annoncées » avec les véhicules de communication existants, tels que les bulletins électroniques aux fournisseurs de services de santé, le bulletin trimestriel, l'infoRLISS minute et la page sur Facebook qui sera bientôt créée.