

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

Plan d'activités annuel 2011-2012

31 mai 2011

Plan d'activités annuel 2011-2012

CONTEXTE.....	3
Lettre d'accompagnement du président du conseil d'administration du RLISS du Nord-Est	3
Mandat et orientations stratégiques.....	5
Survol des activités/programmes actuels et futurs	5
Évaluation des enjeux auxquels fait face le RLISS du Nord-Est (analyse du contexte des opportunités et des risques).....	9
 PLAN DE MISE EN ŒUVRE	 19
STRATÉGIES et SOLUTIONS CONCERNANT LES AUTRES NIVEAUX DE SOINS	19
TEMPS D'ATTENTE À L'URGENCE	22
VIEILLIR CHEZ SOI	25
SERVICES DE SANTÉ POUR LES AUTOCHTONES, LES MÉTIS ET LES PREMIÈRES NATIONS	29
SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS	32
SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES.....	38
TRAITEMENT DU DIABÈTE	40
RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ	45
OPTIMISATION DES SERVICES CHIRURGICAUX	47
CYBERSANTÉ.....	51
INTÉGRATION	58
 DOTATION ET ACTIVITÉS DU RLISS DU NORD-EST.....	 62
Dépenses de fonctionnement proposées, revenus projetés et exigences en matière de financement.....	61
Dotation du RLISS du Nord-Est, impact sur le plan d'activités et la stratégie de rémunération.....	62
 PLAN DE COMMUNICATIONS ET DE PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE.....	 64

CONTEXTE

LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU RLISS DU NORD-EST

Le 31 mai 2011

Monsieur Alexander Bezzina
Sous-ministre adjoint
Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Monsieur,

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 (ERMR), le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Est a le plaisir de vous faire parvenir son Plan d'activités annuel (PAA) de 2011-2012.

Le PAA pour 2011-2012 présente le détail de la situation actuelle et des plans d'action visant à respecter les neuf priorités de notre PSSI pour 2010-2013. L'intégration est essentielle à notre réussite alors que nous examinons et mettons en œuvre les possibilités avec les 186 fournisseurs de services de santé de notre région.

Le RLISS du Nord-Est a complété deux importantes intégrations d'hôpitaux. En 2010-2011, la WAHA a été créée grâce à l'intégration des hôpitaux fédéral et provincial de la côte de la baie James et de la baie d'Hudson. L'intégration volontaire de l'Hôpital général de North Bay et du Centre de santé mentale du Nord-Est en une association hospitalière a eu lieu au début de 2011-2012. Les ententes de responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERS-M) ont présenté une autre opportunité d'intégration. Durant ce processus, le RLISS a ramené le nombre total d'ERS-M de 132 à 119. Lors des séances de participation communautaire qui auront lieu au printemps et en été, nous appliquerons les leçons dégagées par ces intégrations et le projet en cours axé sur l'intégration de 18 organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances dans la région d'Algoma pour cerner de nouvelles activités d'intégration dans le Nord-Est de l'Ontario.

L'inventaire hebdomadaire du RLISS confirme que nous avons réussi à réduire le pourcentage de journées consacrées aux ANS de 25 % en mars 2010 à 19 % en mars 2011. Nous abandonnons un système axé sur les soins institutionnels – centrés principalement sur les hôpitaux – pour un système plus axé sur la collectivité. Ce réalignement inclut les mesures suivantes :

- diminuer la demande de services hospitaliers en investissant dans la collectivité;
- améliorer la façon dont les patients sont évalués et traités à l'hôpital à partir de l'arrivée à l'urgence jusqu'au congé;
- gérer notre capacité communautaire en ressources humaines et physiques.

Les ANS restent la priorité majeure de notre RLISS et nous entendons éduquer et informer le public, travailler avec nos partenaires communautaires locaux pour régler les problèmes systémiques et assurer le placement rapide et approprié des patients en attente d'ANS dans nos collectivités. Nous sommes également déterminés à travailler avec le ministère pour élaborer des solutions et investir dans l'infrastructure et le soutien communautaire nécessaires pour régler le problème des ANS et libérer les ressources en soins actifs requises pour dispenser aux patients les bons soins, au moment voulu, à l'endroit approprié et en tenant compte des coûts.

N'hésitez pas à discuter de ce PAA avec notre directrice générale Louise Paquette ou moi.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma haute considération.

Le président du conseil par intérim,

Peter Vaudry

MANDAT ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

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** ».

La vision et la mission du RLISS du Nord-Est sont conformes aux orientations stratégiques du ministère et définies dans le plan opérationnel du RLISS pour 2010-2011 :

- des gens plus sains;
- des collectivités plus saines;
- un système de santé plus sain.

Notre mission et notre vision respectent également les objectifs stratégiques énoncés par le ministère et sont également mentionnées dans notre Plan de services de santé intégrés (PSSI) :

- amélioration des services à l'urgence;
- réduction des ANS;
- amélioration des services aux diabétiques;
- amélioration des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
- cybersanté.

Un élément essentiel à la réalisation du RLISS du Nord-Est est la **Stratégie d'intégration**. Cette stratégie appuie la planification et les changements au système et au niveau des 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 efficiences 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 communautaires travaillent ensemble. En 2011, le RLISS continuera de renforcer ses partenariats et ses programmes d'éducation afin de favoriser une approche encore plus cohésive à l'égard de la vision **santé et bien-être pour tous**.

Le RLISS continuera de diriger des activités d'intégration volontaire pour bâtir un système de santé local plus axé sur le patient et durable. Les activités d'intégration axées sur le patient faciliteront les déplacements au sein du système et favoriseront le maintien ou l'amélioration des niveaux de service actuels.

SURVOL DES ACTIVITÉS/PROGRAMMES ACTUELS ET FUTURS

Les neuf priorités du Plan de services de santé intégrés (PSSI) 2010-2013 du RLISS du Nord-Est ne sont pas dissociées, mais plutôt interreliées. Elles ont une portée régionale et leur gestion a des retombées pour l'amélioration des services de santé dans la province. Elles seront mises en œuvre au moyen de technologies de l'information et des communications et de procédures électroniques novatrices (la cybersanté).

Les priorités de notre PSSI actuel peuvent être regroupées comme suit :

(1) Stratégies et solutions concernant les autres niveaux de soins

- *Temps d'attente à l'urgence*
- *Vieillir chez soi*

(2) Approche intégrée à l'égard de la diversité culturelle

- *Services de santé aux Autochtones, Premières nations et Métis*
- *Service de santé en français*

(3) Services de santé mentale et de lutte contre les dépendances

Élaborer un système plus intégré pour répondre aux besoins de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances des particuliers et des collectivités de la région.

(4) Traitement du diabète

Identifier et planifier des initiatives locales en matière de diabète qui appuient l'objectif d'autogestion des personnes diabétiques du Nord-Est de l'Ontario.

(5) Ressources humaines en santé

Dialoguer avec 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 et retenir des professionnels additionnels pour le Nord-Est ontarien.

(6) Optimisation des services chirurgicaux

Assurer un accès équitable aux services chirurgicaux dans la région.

La cybersanté et l'intégration sont des processus de changement nécessaires à l'établissement d'un système de santé plus axé sur le patient et efficace. *(Elles ne sont pas énoncées comme des priorités indépendantes dans le PSSI, mais aux fins du présent PAA on a rempli le modèle A (Contenu de base) de la section 5 pour ces deux éléments étant donné leur apport à l'ensemble des travaux du RLISS du Nord-Est.)*

Priorités du PSSI :

Stratégies et solutions concernant les autres niveaux de soins (ANS)

Comparativement aux autres régions des RLISS, le Nord-Est affiche un des pourcentages de lits d'hôpital occupés par des patients en attente d'ANS les plus élevés. Les pressions dues aux ANS dans la région sont insoutenables et restent une priorité pour tous les dirigeants de nos collectivités qui font un effort concerté pour mettre en œuvre de nouvelles solutions. Le RLISS s'est donné pour but de diminuer constamment les journées consacrées aux ANS dans les services de soins actifs au cours des trois prochaines années en mettant en route

des initiatives axées sur les ressources/la capacité, la prestation plus efficace des soins et le suivi du rendement.

Outre ses partenariats avec les fournisseurs de services de santé et le CASC du Nord-Est, le RLISS du Nord-Est est déterminé à travailler 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.

À l'échelle provinciale, le RLISS du Nord-Est travaille avec ses RLISS partenaires aux huit projets hautement prioritaires des RLISS dont on a convenu à la suite de la réunion sur l'inventaire de septembre 2010 : *Loi 2010 sur l'excellence des soins pour tous*; stratégie des hôpitaux adaptés aux aînés; programme provincial de prévention des chutes; groupe d'experts en réadaptation et en soins continus complexes; réduction des ANS dans un délai de deux jours; appariement des ressources et renvoi; et accès aux soins – améliorer l'exactitude des données sur les services des urgences (SU)/ANS.

Le RLISS du Nord-Est est également un des quatre RLISS qui ont participé au projet pilote d'amélioration de la circulation des patients en attente d'ANS parrainé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le projet appuyait l'élaboration de solutions axées sur les patients en attente d'ANS depuis longtemps et de solutions de rechange immédiates en matière de logement. Le RLISS mettra en œuvre les stratégies cernées dans le cadre du projet à Sudbury et Sault Ste. Marie.

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. Les démarches/résultats suivants ont été prévus pour les trois prochaines années :

- Accroître l'acheminement électronique et l'appariement des ressources pour accélérer le départ des patients des soins actifs et éviter les visites au service des urgences (SU); élaborer un système d'information sur les temps d'attente qui fournira des renseignements précis sur les temps d'attente pour les soins postactifs ainsi qu'un 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 axée sur 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 27 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.

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 étaient les points saillants de la troisième

année. 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, particulièrement ceux qui sont à faible revenu, dans le cadre de chacune des quatre priorités suivantes :

- Mettre en œuvre la stratégie du Nord-Est Chez soi avant tout dans les hôpitaux des quatre grandes régions, dans un premier temps, puis dans les 20 hôpitaux restants de la région.
- Élargir les services gériatriques spécialisés dans le Nord-Est.
- Installer des lits intérimaires et permanents de soins de longue durée et des lits d'évaluation/de rétablissement.
- Renforcer la capacité des services d'aide à la vie autonome pour les aînés.

En 2011-2012, le RLISS du Nord-Est continuera de surveiller les investissements des trois premières années de la stratégie Vieillir chez soi pour s'assurer qu'ils contribuent toujours à régler les enjeux liés aux SU/ANS dans la région.

Approche intégrée à l'égard de la diversité culturelle

Services de santé pour les Autochtones, Métis et Premières nations

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 de planification et de prestation de programmes et de services de santé visant à améliorer les résultats pour la santé des Autochtones, Métis et Premières nations.

Services de santé en français

Les consultations communautaires 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. La participation des intervenants francophones continuera à l'intérieur de l'organisme, grâce à l'équipe des services en français du RLISS, et à l'extérieur grâce à la nouvelle entité de planification des services de santé en français annoncée récemment et avec laquelle le RLISS a conclu une entente. Le RLISS du Nord-Est intègre les services en français dans chaque priorité de même que dans sa mission et sa vision. Les trois objectifs suivants orienteront les activités de planification des services francophones en 2011-2012 :

- 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 avec le soutien, l'aide et les conseils de la nouvelle entité de planification des services de santé en français 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.

Services de santé mentale et de lutte contre les dépendances

Le RLISS du Nord-Est contribuera à la mise en œuvre de 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 dans le Nord-Est de l'Ontario pour répondre aux besoins des particuliers et des

collectivités de la région. Un système intégré créera éventuellement de meilleurs liens avec d'autres secteurs clés comme le logement, le revenu, l'emploi et les soutiens sociaux – importants éléments d'une approche exhaustive de traitement et de soutien en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Par exemple, à Algoma, nous travaillerons à l'établissement d'une organisation mère de services intégrés de santé mentale et de lutte contre les dépendances au cours des deux prochaines années. Ce modèle innovant, qui repose sur le regroupement de 129 services dispensés par 13 organismes différents, sera étroitement surveillé en vue d'une éventuelle mise en œuvre dans d'autres régions et secteurs du RLISS. Le RLISS travaillera également de concert avec le MSSLD pour mettre en œuvre les services cernés dans le plan stratégique décennal et mettra tout d'abord l'accent sur les jeunes en transition, les troubles de l'alimentation, les initiatives de dépistage précoce, les logements subventionnés pour toxicomanes et les déplacements au sein du système.

Traitement du diabète

Selon un rapport publié en octobre 2007, la prévalence du diabète est plus beaucoup plus élevée dans le RLISS du Nord-Est que dans l'ensemble de la province. Le rapport a révélé que, comparativement aux taux provinciaux, le RLISS affiche des taux beaucoup plus élevés associés au diabète pour :

- les congés de l'hôpital de malades hospitalisés;
- la mortalité;
- les visites à l'urgence.

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.

Les deux objectifs du RLISS pour le traitement du diabète sont les suivants : 1) cerner et planifier des initiatives locales dans sa région; 2) appuyer l'autogestion pour les diabétiques.

Ressources humaines en santé (RHS)

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

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. Un comité directeur du projet d'optimisation des services chirurgicaux a été mis en place. La première phase du projet est maintenant terminée et le comité directeur a commencé à mettre en œuvre un plan d'action de trois ans. Voici les priorités immédiates du comité :

- chirurgie thoracique oncologique;

- chirurgie orthopédique axée sur l'arthroplastie de la hanche et du genou;
- horaires de garde pour les soins chirurgicaux urgents/émergents.

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 RLISS mettra en œuvre le plan stratégique de cybersanté élaboré en consultation avec les fournisseurs de services de santé, cyberSanté Ontario et conformément à son PSSI.

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. Durant l'été 2011, il tiendra plus de 20 séances de participation communautaire. L'objectif est de cerner des possibilités d'intégration additionnelles et de voir à ce que les investissements du RLISS concordent avec les besoins locaux. Le RLISS réalise actuellement les intégrations suivantes en partenariat avec ses fournisseurs de services de santé :

- La création d'une organisation mère à Algoma pour intégrer 129 services de santé mentale et de lutte contre les dépendances actuellement administrés par 13 fournisseurs. On s'attend à ce que l'organisation améliore l'accès aux services pour les usagers et leurs familles. Le RLISS surveillera étroitement la création du modèle et anticipe que le savoir-faire pourrait éventuellement mener à la mise en œuvre de modèles similaires dans la région.
- Le transfert volontaire de l'Esprit Place Sexual Assault Program du Conseil d'administration de district des services sociaux de Parry Sound à Muskoka Parry Sound Coordinated Sexual Assault Services. Une fois approuvée par le RLISS, cette intégration rationalisera la prestation des programmes pour victimes de violence sexuelle à Parry Sound.

ÉVALUATION DES ENJEUX AUXQUELS FAIT FACE LE RLISS DU NORD-EST (ANALYSE DU CONTEXTE DES OPPORTUNITÉS ET DES RISQUES)

Notre population

Le RLISS du Nord-Est englobe une vaste région d'environ 400 000 kilomètres carrés. En 2006, il comptait environ 551 691 habitants et sa densité de population atteignait seulement 1,4 habitant/km². Si l'on compare ce chiffre à la densité de la population à l'échelle provinciale, soit 13,4 habitants/km² (le sud de l'Ontario affiche une densité de population d'environ 100 habitants/km²), il n'est pas étonnant que la prestation de services de santé pose des enjeux énormes dans le Nord-Est.

Selon le recensement de 2006 de Statistique Canada, le RLISS du Nord-Est affiche :

- un plus fort pourcentage d'Autochtones que l'Ontario (9,4 % et 2 % respectivement)
- un plus fort pourcentage de Francophones que l'Ontario (22,7 % et 4 % respectivement)
- une plus forte proportion d'aînés que la province (16,5 % des résidents de la région ont 65 ans et plus, comparativement à 13,6 % pour l'Ontario).

- Le ratio des inactifs âgés aux actifs (pourcentage de gens de 65 ans et plus relativement à la population d'âge actif de 15 à 64 ans) est de 24,5 % comparativement à 19,9 % pour l'Ontario.
- un niveau de scolarité inférieur au reste de la province
 - seulement 50,3 % de la population du Nord-Est âgée de 25 ans et plus a terminé des études postsecondaires comparativement à 56,8 % pour la province;
 - 25,9 % de la population du Nord-Est âgée de 25 ans et plus n'a pas de certificat ni de diplôme comparativement à 18,7 % pour la province.
- un statut d'emploi inférieur
 - un taux de chômage supérieur à celui de la province (8,4 % et 6,4 % respectivement);
 - un taux de participation (pourcentage de la population qui travaille) inférieur à celui de l'Ontario (60,1 % et 67,1 % respectivement).

En outre, la population du RLISS a diminué de 0,3 % entre 2001 et 2006, tandis que celle de l'Ontario a augmenté de 13,1 %. Ces réalités géographiques, démographiques et socioéconomiques sont quelques-uns des enjeux que doivent relever les fournisseurs de services de santé dans le Nord-Est de l'Ontario.

Profil de la santé de la population du RLISS du Nord-Est

Le Profil de la santé 2010 de Statistique Canada (Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009) signale qu'une plus faible proportion de résidents du Nord-Est mentionnent que leur santé est très bonne ou excellente comparativement à la population de l'Ontario. L'ESCC révèle également une incidence plus élevée de restrictions d'activités dans le Nord-Est que dans la province (34,8 % et 27,8 % respectivement) et de restrictions d'activités dues à une douleur ou à un inconfort signalées par l'intéressé (17,4 % et 13,2 % respectivement).

En outre, le RLISS du Nord-Est compte un pourcentage plus élevé de personnes ayant des habitudes de vie qui compromettent leur santé que la province. Ce sont, notamment :

- fumeurs quotidiens (20,2 % et 14,4 %) et exposition à la fumée secondaire à la maison (7,6 % et 5,3 %)
- adultes qui consomment une quantité excessive d'alcool (18,6 % et 15,6 %)
- adultes obèses (26,5 % et 17,4 %).

Il n'est donc pas étonnant que la région affiche une incidence plus élevée de maladies chroniques que la province, notamment :

- arthrite/rhumatisme (24 % et 16,8 %)
- asthme (10,0 % et 8,2 %)
- hypertension artérielle (23 % et 17,2 %)
- diabète (7,2 % contre 6,4 %)
- taux d'hospitalisation pour un infarctus aigu du myocarde - 314 contre 216 par tranche de 100 000 habitants.

En outre, l'ESCC révèle un taux inférieur de consultations médicales au cours des 12 derniers mois dans le Nord-Est (79,7 % contre 82,9 %) et une proportion inférieure de personnes qui affirment avoir un médecin (86,0 % contre 91,5 %). La proportion de personnes ayant un médecin de famille est considérablement inférieure à la moyenne provinciale (Access to Primary Care in Ontario: 2009; Direction de l'analytique en matière de santé, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, septembre 2010).

Mortalité, années potentielles de vie perdue et hospitalisation

Une analyse des taux de mortalité (moyenne pour 2000-2011) et d'hospitalisation (2003-2004) normalisés selon l'âge, ainsi que du nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP¹) lié à tous les chapitres de l'ICM-10 (moyenne pour 2000-2001) effectuée par la Direction de l'analytique en matière de santé du MSSLD (anciennement Projet d'analyse des données sur le système de santé) est également très révélatrice. Elle indique que dans la région du RLSS du Nord-Est :

- l'APVP toutes causes confondues et l'APVP pour des causes sélectionnées, notamment les maladies du système respiratoire, les maladies du système circulatoire, les néoplasmes globalement et les néoplasmes malins en particulier, sont significativement plus élevés que pour l'ensemble de la province;
- les taux de mortalité normalisés selon l'âge toutes causes confondues ainsi que les taux de mortalité normalisés selon l'âge pour les maladies du système circulatoire, les maladies du système respiratoire et les néoplasmes sont significativement supérieurs aux taux respectifs de la province. Les principales causes de mortalité dans le Nord-Est sont les maladies du système circulatoire (245,3/100 000) et les néoplasmes (cancer) (203,9/100 000);
- l'espérance de vie à la naissance pour les hommes et les femmes est beaucoup moins élevée que celle de l'Ontario (2001);
- les taux d'hospitalisation liés à tous les chapitres de l'ICM-10 en 2003-2004 sont supérieurs à ceux de l'ensemble de la province.

La forte prévalence de troubles cardiaques chroniques – mise en lumière par l'ESCC et les rapports et les données du MSSLD – impose un fardeau au système de santé du Nord-Est tout en diminuant la qualité de vie des personnes atteintes.

Rendement du système de santé

Divers indicateurs de rendement du système de santé sont mesurés en Ontario, notamment le temps d'attente pour l'obtention d'autres niveaux de soins (ANS), le temps d'attente moyen pour un placement en SLD, les indicateurs du rendement des services des urgences, les conditions propices au traitement ambulatoire – conditions pour lesquelles des soins ambulatoires appropriés préviennent une hospitalisation ou en diminuent la nécessité – et les temps d'attente pour des interventions sélectionnées.

1. Le pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS) mesurées en proportion du nombre total de jours-patient pour le troisième trimestre de 2010-2011 était de 31,0 % comparativement à 16,3 % pour l'ensemble de l'Ontario. La proportion de journées consacrées aux ANS et la durée du séjour des patients en attente d'ANS dans le Nord-Est ontarien étaient les plus élevées de la province. Le problème des ANS est attribuable à de nombreuses causes, dont les taux d'hospitalisation élevés et le manque de capacité pour les patients nécessitant un placement.
2. Au quatrième trimestre de 2010-2011, la proportion de patients admis traités dans le délai provincial de ≤ 8 heures était de 53 % comparativement à 39 % pour l'Ontario. La proportion de patients gravement atteints non admis (niveaux 1 et 2 sur l'ÉTG) traités dans le délai provincial de ≤ 8 heures était de 90 % comparativement à 91 % pour l'Ontario. La proportion de patients non gravement atteints non admis (niveaux 4 et 5

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

sur l'ÉTG) traités dans le délai provincial de ≤ 4 heures était de 87 % comparativement à 86 %.

3. La mesure des conditions propices au traitement ambulatoire est un taux normalisé selon l'âge par tranche de 100 000 habitants de moins de 75 ans. En 2009-2010, le taux du RLIS du Nord-Est était le plus élevé de la province (679 par tranche de 100 000 personnes) et très supérieur au taux provincial (330 par tranche de 100 000 personnes).
4. Le tableau suivant présente les temps d'attente en jours pour des interventions sélectionnées dans le Nord-Est et en Ontario (exercice 2010-2011).

Temps d'attente pour les indicateurs d'accès (90^e percentile), RLIS du Nord-Est et Ontario pour l'exercice 2010-2011		
Intervention	Temps d'attente en jours (90 ^e percentile) RLIS du Nord-Est	Temps d'attente en jours (90 ^e percentile) Ontario
Pontage aortocoronarien	62	49
Chirurgie du cancer	62	60
Chirurgie de la cataracte	125	123
Arthroplastie de la hanche	301	181
Arthroplastie du genou	426	197
Examen diagnostique par IRM	105	116
Examen diagnostique par tomodensitométrie	33	33
Source : Directory of Networks (DoN), MSSLD, affiché le 13 mai 2011. « MLAA-Pls Reported Data FY 2011/11 (May 13, 2011) Final.xls » N.B. Les valeurs représentent les jours réels pour l'exercice 2010-2011; elles n'indiquent pas le repère de l'Ontario, les valeurs de départ du RLIS ni les cibles du RLIS.		

Inducteurs de changements systémiques nouveaux ou changeants

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 2009 (ministère des Finances), le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus dans le RLIS du Nord-Est s'élève à environ 17 %, comparativement à 13,7 % pour l'ensemble de l'Ontario, soit une différence de 3,3 %, mais ce groupe d'âge devrait atteindre 20,5 % en 2016, comparativement à 16,0 % pour l'Ontario. On s'attend à ce que cet écart de 4,5 % augmente.

Pour le RLIS 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 services au titre de Vieillir chez soi.

Croissance des Autochtones, des Métis et des Premières nations

Étant donné la proportion plus élevée d'Autochtones, de Métis et de Premières nations dans le RLIS du Nord-Est (9,4 %), 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.

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 plus élevé que dans la population en général et une proportion importante des décès chez les adolescents est attribuable au suicide.

Selon Santé Canada, par rapport à la population canadienne, les Premières nations présentent un risque plus élevé :

- de diabète type 2;
- de VIH et de sida;
- de tuberculose.

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) dont le Nord-Est de l'Ontario dépend économiquement. L'emploi dans ces industries est beaucoup plus élevé dans le Nord de l'Ontario (7,3 %) que dans la province en général (2,9 %). 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.

Tendances des indicateurs de rendement dans le RLIS du Nord-Est

La section suivante illustre les dernières tendances des indicateurs de rendement mesurés. Elle focalise les indicateurs de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLIS pour souligner les éventuels inducteurs de changements systémiques dans le RLIS du Nord-Est.

Service des urgences et autres niveaux de soins

Le rendement du RLIS pour 2010-2011 en ce qui a trait à ces deux indicateurs affiche une tendance à la baisse et n'atteint pas la cible pour 2010-2011. Le tableau 1 résume ces résultats. Le RLIS continue d'avoir de la difficulté à placer les patients en attente d'ANS, particulièrement ceux qui attendent un placement dans un foyer de soins de longue durée (SLD). Il s'ensuit une accumulation de patients à l'urgence, ce

qui entrave l'atteinte des cibles de rendement. Les hôpitaux de North Bay et de Timmins ont mis en œuvre des projets pour réduire les temps d'attente à l'urgence. Ces projets ont eu du succès et les hôpitaux ont reçu des primes pour leurs accomplissements. Deux grands hôpitaux urbains (Sudbury et Sault-Sainte-Marie) ont affiché une surcapacité pendant plusieurs semaines, le taux d'occupation excédant 100 % et les admissions à l'urgence entravant la circulation des patients.

Tableau 1. Variation du rendement des indicateurs de l'ERMR – SU/ANS

Indicateur de rendement	Cible provinciale	Cible du RLISS du NE	Valeur de départ 2009-2010	1 ^{er} trimestre 2010-2011	2 ^e trimestre 2010-2011	3 ^e trimestre 2010-2011	4 ^e trimestre 2010-2011	Tend.
Pourcentage de journées consacrées aux ANS	9,5 %	17,0 %	28,0 %	34,1 %	34,1 %	31,1 %	Données pas encore publiées	▲
Durée du séjour à l'urgence pour les patients admis (90^e percentile)	25,0	20,7	21,8	27,1	28,9	28,8	29,1	▲
Durée du séjour à l'urgence des patients ayant un trouble complexe non admis (niveaux 1 à 3 sur l'ÉTG) (90^e percentile)	7,0	6,5	6,9	6,9	7,1	6,9	7,9	▲
Durée du séjour à l'urgence des patients ayant un trouble mineur ou non compliqué non admis (niveaux 4 et 5 sur l'ÉTG) (90^e percentile)	4,0	4,0	4,3	4,2	4,3	4,3	4,4	▲

1. Résultats préliminaires

Le RLISS du Nord-Est fait un suivi hebdomadaire des journées consacrées aux ANS à l'aide d'une méthode modifiée qui démontre les journées accumulées chaque semaine. Cette approche diffère de celle de la province qui se fonde sur les données trimestrielles sur les congés. Le RLISS a commencé à effectuer ce suivi en décembre 2010. Les données locales révèlent que le pourcentage de journées consacrées aux ANS dans les unités de soins actifs a diminué de 25 % en janvier 2011 à 19 % à la fin de mars 2011 pour les quatre grands hôpitaux urbains. Les taux des hôpitaux ruraux ont baissé de 31 % à 28 %, tandis qu'à l'échelle du RLISS ils ont diminué de 25 % à 21 %.

Le RLISS a commencé (en septembre et en novembre 2010) à augmenter la capacité en lits temporaires, notamment en lits d'évaluation/de rétablissement, dans deux collectivités qui affichent des taux d'ANS élevés (Sault Ste. Marie et Sudbury). Les résultats préliminaires à Sault Ste. Marie révèlent une diminution du nombre de patients en attente d'ANS occupant des lits de soins actifs. La stratégie Chez soi avant tout est mise en œuvre dans les quatre grands hôpitaux communautaires et la planification intégrée des congés en fait partie. Un nouveau foyer de soins de longue durée a ouvert ses portes à Sudbury en mars-avril 2011 et les permis et le

financement de lits intérimaires de court séjour additionnels seront octroyés au premier trimestre de 2011-2012, ce qui contribuera à atténuer les pressions dues aux ANS.

Santé mentale et lutte contre les dépendances

Les indicateurs de rendement les plus récents révèlent une hausse des visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des troubles mentaux et des problèmes dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues. Le tableau 2 résume ces résultats.

Tableau 2. ERMR – Visites évitables répétées à l'urgence pour des troubles mentaux et des problèmes dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues								
Indicateur de rendement	Cible provinciale	Cible du RLISS du NE 2010-2011	Valeur de départ (3 ^e et 4 ^e trim. 2008-2009 et 1 ^{er} et 2 ^e trim. 2009-2010)	3 ^e trimestre 2009-2010	4 ^e trimestre 2009-2010	1 ^{er} trimestre 2010-2011	2 ^e trimestre 2010-2011	Tend.
Visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des troubles mentaux	17,1 %	14,8 %	16,0 %	16,6 %	18,1 %	17,5 %	18,9 %	▲
Visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des problèmes dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues	25,8 %	19,0 %	20,6 %	24,6 %	23,5 %	24,9 %	29,2 %	▲

Les organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances du Nord-Est ont formulé des stratégies visant à réduire les visites non planifiées à l'urgence. Le RLISS révisé actuellement les plans pour déterminer lesquels peuvent être mis en œuvre à l'échelle régionale rapidement pour contribuer à diminuer les visites répétées. On s'attend à ce qu'un plus grand nombre d'utilisateurs aient recours aux programmes communautaires en cas de crise et évitent de se rendre à l'urgence grâce à un soutien précoce.

Excellents soins pour tous

Le rendement le plus récent en ce qui a trait aux taux de réadmission dans un délai de 30 jours pour des groupements de maladies analogues sélectionnées révèle une hausse depuis le premier trimestre de 2010-2011. Le tableau 3 résume ces résultats.

Tableau 3. ERMR – Réduire les réadmissions à l'hôpital évitables							
Indicateur de rendement	Cible provinciale	Cible du RLISS du NE 2010-2011	Valeur de départ 2008-2009	4 ^e trimestre 2009-2010	1 ^{er} trimestre 2010-2011	2 ^e trimestre 2010-2011	Tend.

Réadmission dans un délai de 30 jours pour des groupements de maladies analogues sélectionnées	14,7 %	14,4 %	16,6 %	16,1 %	16,3 %	17,4 %	▲
--	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---

Plusieurs priorités du PSSI contribueront à améliorer le rendement de cet indicateur, en particulier l'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète. En outre, un meilleur accès aux soins primaires (grâce aux trois cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et aux six ESF récemment annoncées) contribuera à réduire le recours aux hôpitaux dans de nombreuses collectivités. Des cheminements cliniques fondés sur des données probantes pour l'insuffisance cardiaque congestive, la BPCO et le traitement des plaies dues au diabète et des cliniques de soins ambulatoires sont en voie d'établissement à Sudbury. Dès qu'ils entreront en activité, le RLISS favorisera leur mise en œuvre dans d'autres collectivités.

Temps d'attente pour les chirurgies et les tests diagnostiques

Le rendement le plus récent dans ce secteur révèle généralement une tendance à la hausse défavorable, sauf dans le cas des pontages aortocoronariens et des examens diagnostiques par tomodensitométrie. Le tableau 4 résume ces résultats.

Tableau 4. ERMR – Réduire les temps d'attente pour les chirurgies et les tests diagnostiques par imagerie

Indicateur de rendement	Cible provinciale	Cible du RLISS du NE 2010-2011	Valeur de départ 2009-2010	1 ^{er} trimestre 2010-2011	2 ^e trimestre 2010-2011	3 ^e trimestre 2010-2011	4 ^e trimestre 2010-2011	Tend.
Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90 ^e percentile	84	48	51	61	67	54	63	▲
Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90 ^e percentile	182	115	115	105	121	133	141	▲
Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien – 90 ^e percentile	84	49	49	105	27	49	28	▼
Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche – 90 ^e percentile	182	300	386	233	365	301	302	▼
Temps d'attente pour l'arthroplastie du genou – 90 ^e percentile	182	300	382	378	449	409	414	▼
Temps d'attente pour un examen diagnostique par IRM – 90 ^e percentile	28	69	69	91	102	112	122	▲
Temps d'attente pour un examen diagnostique par tomodensitométrie – 90 ^e percentile	28	29	29	36	35	31	30	▼

Chirurgie du cancer

Les temps d'attente pour la chirurgie du cancer ont augmenté pour le 4^e trimestre de 2010-2011 et sont en deçà de la cible du RLISS, mais ils restent très inférieurs à la cible provinciale. Les déménagements à de nouveaux hôpitaux dans deux grands centres urbains ont contribué à l'accroissement des temps d'attente durant cette période.

Chirurgie de la cataracte

Le rendement a été défavorable parce que les hôpitaux ont excédé leur volume cible, limitant le nombre de chirurgies par suite des contraintes de financement visant à régler les temps d'attente. Si les volumes ne sont pas augmentés, il est peu probable qu'il y ait des améliorations importantes lors des prochains trimestres. Le RLISS reste en deçà de la cible provinciale (182 jours). Les volumes affectés pour 2011-2012 sont inférieurs à ceux de 2010-2011, ce qui accroîtra les pressions sur les temps d'attente d'ici à la fin de 2011-2012.

Pontages aortocoronariens

L'Hôpital régional de Sudbury est le seul hôpital de la région qui pratique des pontages aortocoronariens. À la fin de 2009-2010, l'hôpital a emménagé dans un nouvel emplacement unique qui est maintenant entièrement opérationnel. Ce déménagement a causé le rendement médiocre au 1^{er} trimestre de 2010-2011 qui s'est amélioré dans les trimestres subséquents. Le temps d'attente au 4^e trimestre de 2010-2011 (28 jours) est le deuxième meilleur de la province.

Arthroplastie de la hanche

Des cas additionnels par le truchement du processus de réaffectation intra-RLISS au 4^e trimestre de 2010-2011 ont contribué à une réduction des temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche dans le RLISS. Le programme d'arthroplastie de la hanche et du genou du RLISS comprendra un registre central (d'ici au 4^e trimestre de 2010-2011) et cinq centres d'évaluation des articulations d'ici au 1^{er} trimestre de 2011-2012. Les centres d'évaluation contribuent à accélérer la circulation des patients et à réduire les temps d'attente et, par suite du succès qu'ils ont obtenu à Sudbury, ils seront mis en place à quatre autres endroits dans le RLISS.

Arthroplastie du genou

Les temps d'attente pour une arthroplastie du genou restent élevés dans le RLISS à cause des problèmes de capacité chirurgicale. On anticipe que les programmes intensifs de recrutement à North Bay et Timmins attireront des chirurgiens dans le RLISS d'ici aux 2^e et 3^e trimestres de 2011-2012. De plus, les préférences des patients en ce qui a trait au chirurgien contribuent aux temps d'attente dans deux collectivités du RLISS. Pour la deuxième année, le RLISS a pu traiter tous les volumes visés par les temps d'attente et a la capacité nécessaire pour pratiquer plus d'interventions. La mise en œuvre du registre central permettra aux résidents d'obtenir des services chirurgicaux à l'extérieur de leur collectivité et contribuera à réduire les temps d'attente. Les centres d'évaluation des articulations effectuent des évaluations rapides et identifient les personnes aptes à obtenir une chirurgie dans le RLISS.

Examen diagnostique par IRM

Le piètre rendement est lié à la demande accrue de services d'IRM conjuguée à l'atteinte de la capacité opérationnelle des hôpitaux. Pour réduire les temps d'attente les hôpitaux devront prolonger les horaires d'examen par IRM. Le RLISS a obtenu des

heures additionnelles pour 2011-2012 et la mise en route du premier appareil d'IRM à North Bay avec des heures de base et incrémentielles améliorera les temps d'attente d'ici au 2^e trimestre de 2011-2012. Cependant, les experts diagnostiques locaux signalent une demande accrue d'examens de la part des médecins.

Examen diagnostique par tomodensitométrie

Les temps d'attente pour les examens par tomodensitométrie restent stables et modérément supérieurs à la cible. Le rendement est affecté par la demande accrue de services de tomodensitométrie conjuguée à l'atteinte de la capacité opérationnelle des hôpitaux. Pour réduire les temps d'attente les hôpitaux devront prolonger les horaires d'examen. L'affectation du RLSS pour 2011-2012 est inférieure à celle de 2010-2011 et exercera des pressions sur les temps d'attente d'ici à la fin de l'exercice alors que les hôpitaux atteindront leurs volumes cibles.

PLAN DE MISE EN ŒUVRE

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

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 :

- 1) Rendement hospitalier amélioré en ce qui a trait aux aînés.
- 2) Rendement amélioré du système de santé et cheminements cliniques intégrés.

Nous continuerons de nous concentrer sur un éventail de stratégies qui régleront collectivement le problème des ANS en ajoutant des services et en améliorant les procédures utilisées dans notre continuum de services.

À l'échelle provinciale, le RLISS du Nord-Est travaille avec ses RLISS partenaires aux huit projets hautement prioritaires des RLISS dont on a convenu à la suite de la réunion sur l'inventaire de septembre 2010 : *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*; stratégie des hôpitaux adaptés aux aînés; programme provincial de prévention des chutes; groupe d'experts en réadaptation et en soins continus complexes; réduction des ANS dans un délai de deux jours; appariement des ressources et renvoi; et accès aux soins – améliorer l'exactitude des données sur les SU/ANS.

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).

Les initiatives comme Chez soi avant tout et la planification intégrée des congés sont mises en œuvre dans les hôpitaux des quatre grandes régions pour commencer; les lits d'évaluation/de rétablissement à Sudbury et à Sault Ste. Marie, les lits de soins de transition à délai déterminé à Sudbury et l'accroissement des services communautaires et des services d'aide à la vie autonome pour les aînés 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.

Le RLISS du Nord-Est continue de travailler avec les hôpitaux et les partenaires communautaires de la région pour cerner des occasions et des stratégies en vue de diminuer les ANS. Des groupes ont été créés dans les collectivités où les pressions dues aux ANS sont les plus fortes. Ce sont : le comité directeur communautaire des ANS de Sudbury, le partenariat pour les ANS de Nipissing, le comité directeur communautaire des SU/ANS de Parry Sound/du RLISS du Nord-Est, le groupe des solutions aux problèmes des ANS de Sault Ste. Marie/du RLISS du Nord-Est et le groupe de travail sur le niveau approprié de soins/les aînés de Cochrane.

Le RLISS examinera les sondages des hôpitaux adaptés aux aînés pour cerner d'autres stratégies susceptibles d'améliorer les soins aux aînés hospitalisés.

Objectifs

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.
- Évaluer les programmes des trois 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 dans des collectivités clés du Nord-Est.

Amélioration du processus de prestation des services :

- Mettre en œuvre la stratégie Chez soi avant tout et la planification intégrée du congé dans les hôpitaux des quatre grandes régions.
- Travailler avec le CASC du Nord-Est pour mettre en œuvre la directive provinciale sur le projet de cheminements cliniques dirigé par le CASC.
- Élaborer un plan de travail pour le renforcement du rôle du CASC.

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/ADNS 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	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.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Élaborer une démarche régionale à l'égard des services d'aide à la vie autonome pour les aînés pour maximiser les ressources de la région.	20 %	20 %	20 %
Élaborer des solutions locales aux consolidations des lits de soins actifs dans un nouvel emplacement unique à Sudbury, Sault Ste. Marie et North Bay.	100 %		
Élargir les services gériatriques spécialisés du Nord-Est.	20 %	20 %	20 %
Effectuer une évaluation des hôpitaux du RLISS pour déterminer s'ils sont adaptés aux aînés.	100 %		
Mettre en œuvre des solutions pour les longs séjours en attente d'ANS et les patients en attente de placement en SLD difficiles à servir dans les quatre grandes régions.	33 %	33 %	33 %
Effectuer la désignation en attente d'ANS dans un délai de deux jours à compter de l'admission et cerner/mettre en œuvre des solutions	50 %	50 %	

pratiques.			
Élaborer un programme de prévention des chutes cohérent et exhaustif pour la région (faisant partie d'un programme provincial plus vaste).	50 %	50 %	
Mettre en œuvre une démarche à l'échelle du RLSS à l'égard des rapports hebdomadaires sur les ANS.	100 %		

Retombées attendues des points d'action principaux

L'ajout de plusieurs nouveaux programmes (Chez soi avant tout; lits d'évaluation/de rétablissement, etc.) et les améliorations aux services (services d'aide à la vie autonome renforcés, etc.) auront des retombées positives pour le taux d'ANS, mais il est peu probable que le RLSS atteigne la cible de l'ERMR, à savoir 17 % des jours consacrés aux ANS dans les services de soins actifs d'ici au 1^{er} avril 2011.

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

- Les ressources disponibles sont insuffisantes pour avoir l'effet voulu, par exemple en ce qui a trait aux logements avec services de soutien. Comme l'indiquait notre rapport du 16 mars 2009, *Seniors Residential/Housing Options – Capacity Assessment and Projections*, pour que le nombre de logements pour aînés suive le rythme de la croissance projetée de la population d'aînés, il faudra ajouter 8 409 lits ou logements au cours des 25 prochaines années, soit en moyenne 336 par an, dans le RLSS du Nord-Est.
- Les enjeux de recrutement et de rétention susceptibles d'entraver l'obtention du personnel additionnel requis, notamment de préposés aux services de soutien à la personne.
- 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 non visés par les 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 Nord-Est, déterminants sociaux de la santé).
- Il faudra mettre en œuvre des initiatives interministérielles pour aider les aînés à faible revenu (ministère des Affaires municipales et du Logement et ministère de la Santé et des Soins de longue durée).

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

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 27 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 reste près de deux fois plus élevé que celui de la province en général. Ce résultat reflète l'absence 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 2009-2010, les SU dans le Nord-Est de l'Ontario ont enregistré 455 000 visites, dont 250 000 ou 55 % 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 du CASC dans les SU qui contribuent au triage des patients et au renvoi de ceux-ci chez eux ou dans un milieu approprié; personnel infirmier spécialisé en gestion des urgences gériatriques; équipes d'approche dirigées par du personnel infirmier dans les foyers de soins de longue durée; et 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 et du Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes.
- Les hôpitaux des quatre grandes régions qui ont reçu un financement au titre du Programme de financement axé sur les résultats pour 2010-2011 ont mis en œuvre les initiatives suivantes pour réduire les temps d'attente à l'urgence : coordonnateur de la circulation des patients; infirmière clinique spécialiste de l'amélioration de la circulation/la mise en œuvre des directives médicales; service de soins actifs pour les aînés; service de diagnostic gériatrique et de suivi des traitements non planifiés; infirmière d'admission/de congé; unité de court séjour; aire de traitement rapide; programme de congé précoce; programme de responsable de la circulation des patients; et services de transport des patients non urgents.

Objectifs

- 1) 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 :

- Accroître l'acheminement électronique et l'appariement des ressources pour accélérer le départ des patients des soins actifs et éviter les visites au SU; élaborer un système d'information sur les temps d'attente qui fournira des renseignements précis sur les temps d'attente pour les soins postactifs et un 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 axée sur 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 RLSS 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.

Conformité aux priorités gouvernementales

Les activités liées aux SU sont conformes à la Stratégie SU/ANS 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	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.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
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 axée sur 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 élaborera, entre autres, un plan de services de garde coordonnés pour les 25 SU du Nord-Est de l'Ontario).	33 %	33 %	33 %
Améliorer les procédures de triage et d'admission.	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.			

VIEILLIR CHEZ SOI

MODÈLE A : VIEILLIR CHEZ SOI	
PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS	
L'objectif premier pour les deux premières années de la stratégie Vieillir chez soi du RLISS 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 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 :

- Augmenter les services d'aide à la vie autonome pour les aînés.
- Mettre en œuvre la stratégie Chez soi avant tout du Nord-Est dans les hôpitaux des quatre grandes régions, puis aux 20 hôpitaux généraux restants dans la région.
- Élargir les services gériatriques spécialisés du Nord-Est.
- Établir des lits intérimaires et permanents de soins de longue durée et d'évaluation/de traitement.

Pour 2011-2012, le RLISS continuera de veiller à ce que les investissements des trois années de Vieillir chez soi contribuent à atténuer les enjeux liés aux SU/ANS dans la région.

Situation actuelle

Le RLISS du Nord-Est continue de travailler avec les hôpitaux et les partenaires communautaires de la région pour cerner des occasions et des stratégies en vue de diminuer les ANS. Des groupes ont été créés dans les collectivités où les pressions dues aux ANS sont les plus fortes. Ce sont : le comité directeur communautaire des ANS de Sudbury, le partenariat pour les ANS de Nipissing, le comité directeur communautaire des SU/ANS de Parry Sound/du RLISS du Nord-Est, le groupe des solutions aux problèmes des ANS de Sault Ste. Marie/du RLISS du Nord-Est et le groupe de travail sur le niveau approprié de soins/les aînés de Cochrane.

Objectifs

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 :

(1) Services d'aide à la vie autonome pour les aînés

- Affecter le financement disponible de la troisième année de Vieillir chez soi aux services d'aide à la vie autonome.
- Élaborer une démarche régionale à l'égard des services d'aide à la vie autonome pour les aînés afin de tirer parti de toutes les occasions de maximiser les ressources au sein de la région. Un employé détaché pour un an a commencé à travailler au RLISS en janvier 2011 pour mettre en œuvre la nouvelle politique d'aide à la vie autonome.

(2) Stratégie 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.

(3) 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 d'autres discussions avec l'EMNO concernant les possibilités de maillages et d'élargissement).

(4) Lits intérimaires et permanents de soins de longue durée et d'évaluation/de rétablissement

- Augmenter le nombre de lits de soins de longue durée pour les aînés ayant des notes élevées selon la MAPle.
- Élargir les options du continuum de soins dans la région.

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.
- Elle appuie l'intégration du système de santé dans la perspective des aînés, des soignants, des fournisseurs de services de santé et du RLISS.
- Elle fournit des modèles viables.
- Elle est conforme aux objectifs du MSSLD et du RLISS concernant le rendement des SU/ANS.

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 pour former des partenariats axés sur l'accroissement des logements avec services de soutien et des services d'aide à la vie autonome.

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	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.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Élargir les logements avec services de soutien pour les aînés dans la région à l'aide des ressources de la troisième année de Vieillir chez soi.	20 %	20 %	20 %
Élargir les services gériatriques spécialisés du Nord-Est.	20 %	20 %	20 %

Mettre en œuvre Chez soi avant tout.	60 %	40 %	
Construire des lits de soins de longue durée à Timmins et Wawa.	40 %	50 %	10 %
Établir des lits intérimaires et permanents de soins de longue durée et d'évaluation/de traitement dans les quatre grands centres urbains.	50 %	50 %	
Mettre en œuvre le cadre d'évaluation du RLSS du Nord-Est.	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 disponibles sont insuffisantes pour avoir l'effet voulu, par exemple en ce qui a trait aux logements avec services de soutien. Comme l'indiquait notre rapport du 16 mars 2009, *Seniors Residential/Housing Options – Capacity Assessment and Projections*, pour que le nombre de logements pour aînés suive le rythme de la croissance projetée de la population d'aînés, il faudra ajouter 8 409 lits ou logements au cours des 25 prochaines années, soit en moyenne 336 par an, dans le RLSS du Nord-Est.
- Les enjeux de recrutement et de rétention susceptible d'entraver l'obtention du personnel additionnel requis, notamment de préposés aux services de soutien à la personne.
- 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 non visés par les 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 Nord-Est, déterminants sociaux de la santé).
- Il faudra mettre en œuvre des initiatives interministérielles pour aider les aînés à faible revenu (ministère des Affaires municipales et du Logement et ministère de la Santé et des Soins de longue durée).

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

Services de santé pour les Autochtones, les Métis et les Premières nations – une approche intégrée

La participation active des Autochtones, Métis et Premières nations est une priorité importante pour le RLISS du Nord-Est. Ce dernier s'attache à améliorer l'état de santé de ces groupes 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. Pour ces raisons, leur santé et leurs services de santé sont une priorité en eux-mêmes, mais ils doivent également faire partie intégrante des autres priorités du PSSI.

Situation actuelle

Des activités de participation qui respectent la langue, le statut de nation, la culture et les croyances spirituelles des communautés et des fournisseurs de services de santé des Autochtones, Métis et Premières nations restent une priorité dans la région. Le RLISS du Nord-Est s'est concentré sur le renforcement de la capacité et la viabilité des fournisseurs de services de santé aux Autochtones afin d'améliorer l'état de santé de cette population.

Le comité local sur la santé des Autochtones du RLISS continue de 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 organiser des séances de participation ciblées.

Des projets de recherche précis, notamment le cadre de santé mentale et de lutte contre les dépendances (terminé en 2010) et l'analyse de l'état de santé et du contexte axée sur les Autochtones, Métis et Premières nations (terminée en mars 2011) sont des exemples de réussite du comité local sur la santé des Autochtones. Le RLISS a reçu un financement du Fonds de transition pour la santé des Autochtones ainsi que les plans d'intégration et le soutien de la Weeneebayko Area Health Authority (WAHA). Tous les projets financés au titre du Fonds ont fait l'objet d'un rapport d'évaluation qui a été présenté lors d'un forum provincial en mars 2011.

La structure organisationnelle du RLISS prévoit actuellement la représentation suivante des Autochtones, Métis et Premières nations : un administrateur de la côte de la baie James et de la baie d'Hudson, un directeur principal responsable des services aux Autochtones, un conseiller principal sur la santé des Autochtones et un conseiller autochtone.

De plus, le Comité consultatif des professionnels de la santé du RLISS comprend deux membres autochtones. Ces derniers représentent une variété de professions de la santé, de secteurs de la santé et de régions géographiques du RLISS et ils donnent des conseils et des directives à l'appui des priorités de ce dernier.

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) répartie entre 42 Premières nations et 14 communautés autochtones urbaines et rurales. La population autochtone est diversifiée, comprenant des groupes culturels identifiés tels les Cri, Ojibwa (Anishnabe), Odawa, Algonquin et Métis.

Le RLISS du Nord-Est octroie actuellement un peu plus de 28,5 millions de dollars à 36 fournisseurs de services de santé aux Autochtones, Métis et Premières nations, notamment un hôpital, un foyer

de soins de longue durée, 30 organismes de services de soutien communautaire, sept organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances et un centre de santé communautaire. Ces 36 fournisseurs de services de santé sont répartis dans la région du Nord-Est et sont établis dans des centres urbains, des collectivités rurales, des régions éloignées et isolées et au sein de 38 Premières nations.

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.

Promouvoir et appuyer des programmes et services appropriés à la culture qui renforcent l'accessibilité et l'inclusion.

Collaborer à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies qui renforcent et intègrent les services de santé locaux offerts aux 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 des services appropriés à la culture à l'appui des fournisseurs de service de santé.

Assurer la compréhension et l'observation des exigences en matière de rapport énoncées dans l'ERS-M, l'ERS-H et l'ERS-FSLD.

Surveiller l'intégration de la WAHA pour assurer l'amélioration des services offerts aux résidents des côtes de la baie James et de la baie d'Hudson.

Conformité aux priorités gouvernementales

Les objectifs cernés sont conformes aux exigences de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et constituent une priorité pour le RLISS du Nord-Est.

D'autres 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 orientent la planification et la mise en concordance des services de santé et les objectifs suivants de la Politique de santé applicable aux Autochtones sont respectés :

- 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 orienteront les activités d'intégration dans les communautés des Autochtones, des Métis et des Premières nations. Les principes respectent les éléments suivants :

- Le 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 traditionnels et adaptés à la culture.			
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.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
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 ontarienne de lutte contre le diabète.	30 %	30 %	30 %
Reconnaître les soins adaptés à la culture et les services de guérison traditionnels au sein du système de santé actuel et déterminer comment ces services amélioreront les déterminants de la santé, notamment la gestion, le traitement et la prévention des maladies chroniques ainsi que l'éducation à cet égard au sein des communautés autochtones, métis et des Premières nations dans le Nord-Est de l'Ontario.	20 %	20 %	20 %
Élaborer des stratégies concertées visant à renforcer et à intégrer les services de santé locaux avec les Autochtones, Métis et Premières nations.	25 %	25 %	25 %
Surveiller la planification et le financement de l'intégration de la WAHA sur les côtes de la baie James et de la baie d'Hudson.	20 %	20 %	20 %
Veiller à ce que les fournisseurs de services de santé autochtones respectent les exigences en matière de rapport et les indicateurs énoncés dans l'ERS-M, l'ERS-H et l'ERS-FSLDA et leur offrir le soutien et les ressources nécessaires.	33 %	33 %	33 %
Partager les renseignements dégagés par	30 %	30 %	30 %

l'analyse de l'état de santé et du contexte autochtone dans la région du Nord-Est. Utiliser les données, les recherches et les renseignements sur la santé dégagés par l'analyse du contexte pour surveiller l'amélioration générale de l'état de santé des Autochtones, Métis et Premières nations.			
Élaborer une stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances axée sur les Autochtones, les Métis et les Premières nations à l'appui des recommandations du document de recherche du cadre de santé mentale et de lutte contre les dépendances (mars 2011).	30 %	30 %	30 %

Indicateurs de la réussite

Les communautés Autochtones, Métis et Premières nations du RLIS du Nord-Est participent dans toute la région. Les activités de participation entraînent une amélioration de l'état de santé des Autochtones, éliminent les disparités entre les communautés et tiennent compte des pratiques de médecine parallèle.

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 au sein des communautés autochtones. L'éloignement de certaines communautés peut empêcher les fournisseurs de services de santé autochtones d'élaborer des stratégies d'intégration.

Le RLIS du Nord-Est respecte le droit des Autochtones, des Métis et des Premières nations à l'autodétermination en matière de santé et met en œuvre 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 RLIS du Nord-Est reconnaît les conditions de vie désavantageuses de nombreuses communautés autochtones par rapport au reste du Nord-Est ontarien, particulièrement en ce qui touche la cote médicale et les services de santé. Le problème est énorme dans la région du Nord-Est. 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 et de l'état de santé global des peuples autochtones.

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

Le RLIS du Nord-Est considère comme prioritaire une participation efficace avec les intervenants

francophones, puisque ceux-ci représentent 24 % de la population du Nord-Est. 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. Une participation efficace avec les intervenants francophones découlera des travaux de l'équipe interne des services en français du RLISS et de la mise en œuvre de l'entité de planification des services de santé en français récemment nommée, avec laquelle le RLISS a signé une entente. Le RLISS veille à l'intégration des services en français à chacune des priorités, à sa mission et à sa vision.

Situation actuelle

Le RLISS du Nord-Est réalise d'importants progrès dans l'intégration des services de santé en français au sein du système de santé local.

Il a conclu une entente avec le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario qui sera l'entité de planification des services de santé en français des RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest. Le RLISS du Nord-Est est le RLISS responsable de l'entente avec l'entité. Des discussions sont en cours concernant l'élaboration d'un plan d'action conjoint RLISS/entité pour 2011-2012.

L'unité des services en français du RLISS comprend trois coordonnatrices des services en français et une directrice principale. Elle continue de mettre en œuvre des services en français dans le RLISS, en tant qu'organisme de la Couronne, et au sein du système de santé local. Elle aide également les fournisseurs de services de santé en français à préparer leurs plans de désignation aux fins de la prestation de services en français.

Des procédures internes révisées pour la mise en œuvre des services en français, une section actualisée sur les services en français sur le site Web du RLISS et un soutien et une formation continus pour les fournisseurs de services de santé sur les questions liées aux services en français sont quelques-unes des stratégies de communication qui permettent au RLISS de renforcer les connaissances et la sensibilisation aux services en français.

Le RLISS du Nord-Est compte actuellement 36 fournisseurs de services de santé (FSS) officiellement désignés en vertu de la *Loi sur les services en français* et a identifié 69 autres FSS qui travailleront à la mise en œuvre de services en français.

Pour favoriser et surveiller l'amélioration continue de la qualité et de l'intégration des services en français, on a perfectionné le processus de responsabilisation à cet égard. À l'heure actuelle, l'Entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels de 2011-2014, l'Entente de responsabilisation en matière de services liés aux foyers de soins de longue durée de 2010-2013 et l'Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers de 2011-2012 de 115 FSS comprennent un indicateur de rendement en matière de services en français.

Le personnel des services en français du RLISS continue de travailler avec les cinq centres de santé communautaire bilingues et francophones pour mettre en œuvre un plan d'action commun. Ce plan mènera à un meilleur accès au secteur des soins primaires pour les Francophones, à des initiatives d'intégration conjointes entre les CSC, à une sensibilisation accrue aux programmes et services offerts par les CSC à la population francophone et au repérage d'occasions d'améliorer les services en identifiant des priorités communes dans le secteur des soins primaires.

- L'unité des services en français participe activement à toutes les activités du RLISS, notamment intégration, participation communautaire, aide à la décision et communications, pour assurer l'utilisation d'une démarche intégrée lors de la mise en œuvre des services en français.

Objectifs

Avec l'aide de ses fournisseurs de services de santé en français, le RLISS a cerné les trois objectifs suivants pour guider la planification des services en français :

- Amélioration continue de la qualité, de l'accessibilité et de l'intégration des services de santé en français dans toutes les activités internes et externes du RLISS.
- Responsabilisation de la collectivité et participation communautaire continue avec la communauté francophone avec l'aide, le soutien et l'encadrement de la nouvelle entité de planification des services de santé en français afin d'avoir une incidence sur le système de santé en général et d'améliorer l'état de santé.
- Responsabilisation des fournisseurs de services de santé à l'égard de leur collectivité grâce à l'inclusion de l'indicateur de rendement en matière de services en français.

Conformité aux priorités gouvernementales

Ces objectifs respectent la *Loi sur les services en français* et les obligations relatives aux services en français énoncées dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*.

Le travail du RLISS du Nord-Est est également conforme aux domaines clés de la planification fondée sur les résultats du ministère en ce qui a trait aux services en français :

- 1) Élargir la capacité des services en français.
- 2) Accroître les connaissances et la sensibilisation à l'égard des services en français.
- 3) Engager la participation de la communauté francophone.
- 4) Intégrer/coordonner les services en français au sein du système de santé local.

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.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Capacité des services en français			
• Cibler chaque année 10 % des FSS identifiés aux fins de la mise en œuvre de services en français afin qu'ils travaillent à l'élaboration d'un plan de désignation.	25 %	25 %	25 %
• Inclure un indicateur relatif aux services en français dans 22 ententes de responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H).	100 %	s.o.	s.o.
• Inclure un indicateur relatif aux services en français dans 20 ententes de responsabilisation	25 %	75 %	s.o.

en matière de services liés aux foyers de soins de longue durée (ERS-SLD).			
Inclure un indicateur relatif aux services en français dans 73 ententes de responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERS-M).	75 %	25 %	s.o.
Surveiller l'indicateur relatif aux services en français dans 115 ententes de responsabilisation en matière de services (73 ERS-M, 22 ERS-H, 20 ERS-SLD).	100 %	100 %	100 %
Connaissance et sensibilisation			
Offrir une formation et surveiller la mise en œuvre des procédures internes relatives aux services en français.	50 %	25 %	25 %
Mettre en œuvre des stratégies externes axées sur la connaissance et la sensibilisation en matière de services en français, notamment une page consacrée aux services en français sur le site Web et des séances de formation à l'intention des FSS.	100 %	100 %	100 %
Élaborer et surveiller les procédures et les protocoles d'assurance de la qualité relatifs à la correspondance bilingue.	75 %	25 %	s.o.
Participation communautaire francophone – entité de planification des services de santé en français			
Élaborer un plan de travail annuel commun avec l'entité de planification des services de santé en français.	100 %	100 %	100 %
Établir un comité de liaison des RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest avec l'entité de planification des services de santé en français.	100 %	s.o.	s.o.

À titre de RLISS responsable, lancer et coordonner au moins deux réunions du comité de liaison des RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest.	100 %	100 %	100 %
Participation communautaire francophone – le RLISS en tant qu'organisme de la Couronne			
Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action avec cinq centres de santé communautaire (CSC) francophones/bilingues à l'appui des priorités du RLISS.	50 %	25 %	25 %
Intégration des services en français			
Élaborer un guide sur les services en français pour compléter et appuyer la stratégie et le processus d'intégration du Nord-Est.	100 %	s.o.	s.o.
Travailler avec le nouveau Centre régional de santé de North Bay (CRSNB) pour élaborer des politiques et procédures qui appuieront la mise en œuvre des services en français dans le nouvel hôpital et mèneront à la mise en œuvre d'un plan de désignation d'organisme de services en français.	50 %	50 %	s.o.
Travailler avec l'organisation mère proposée pour les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances à Algoma pour s'assurer que le processus de planification tienne compte des questions liées aux services en français.	50 %	50 %	s.o.
Collaborer avec les CSC à l'élaboration d'une initiative du RTO axée sur des services médicaux communs qui améliorera l'accès aux soins primaires pour la communauté francophone.	75 %	25 %	s.o.
Indicateurs de réussite			

Capacité des services de santé en français :

Sept FSS additionnels ont commencé à élaborer un plan de désignation.

Les 115 FSS identifiés ou désignés ont un indicateur relatif aux services en français dans leur entente de responsabilisation.

50 % des FSS affichent une amélioration de l'indicateur relatif aux services en français à la fin de la première année de leur entente et 75 % d'entre eux ont atteint leur indicateur cible à la fin de leur entente.

Connaissance et sensibilisation :

Tout le personnel du RLISS du Nord-Est a reçu une formation à propos des procédures internes relatives aux services en français.

Tout le personnel du RLISS du Nord-Est est au courant des obligations relatives aux services en français qui incombent au RLISS en tant qu'organisme de la Couronne.

On offre à tous les FSS identifiés et désignés des opportunités de connaissance et de sensibilisation.

Des procédures et des protocoles d'assurance de la qualité sont mis en œuvre pour la correspondance bilingue.

Participation communautaire francophone :

Un plan d'action commun est élaboré et approuvé par le RLISS du Nord-Est et l'entité de planification des services de santé en français d'ici au 30 septembre 2011.

Le RLISS et l'entité de planification des services de santé en français élaborent un plan de travail commun annuellement.

Un comité de liaison des RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest avec l'entité de planification des services de santé en français est mis sur pied et se réunit au moins deux fois l'an.

Un plan d'action commun est élaboré avec cinq CSC francophones/bilingues et des initiatives précises ont été accomplies.

Intégration des services en français :

Un guide sur les services en français est inclus dans la stratégie et le processus d'intégration.

Le CRSNB achève un plan de désignation d'ici à la fin de 2012 et soumet une demande de désignation au RLISS du Nord-Est d'ici à la fin de 2013.

La planification des services en français est incluse dans le plan de travail de l'organisation mère des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances d'Algoma.

Les CSC lancent une initiative du RTO commune en vue du partage des services médicaux.

Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?**Capacité des services en français :**

Les FSS pourraient participer à d'autres initiatives susceptibles de repousser l'élaboration d'un plan de désignation.

Les enjeux associés à la coordination des services, au recrutement et au maintien en poste de personnel francophone pourraient empêcher les FSS d'atteindre les indicateurs cibles prévus en matière de services en français.

Connaissance et sensibilisation :

Par suite du roulement du personnel au sein des FSS, le nouveau personnel pourrait ne pas avoir reçu la formation nécessaire concernant les exigences en matière de services en français.

Participation communautaire francophone :

Le recrutement de personnel pour la nouvelle entité de planification des services de santé en français pourrait être retardé à cause du manque de personnel francophone qualifié dans le Nord de l'Ontario.

Les initiatives cernées dans le plan d'action commun avec les CSC sont toujours à une étape exploratoire et seront mises en œuvre uniquement lorsque le consensus sera atteint.

Intégration des services en français :

Le CRSNB n'est pas en mesure d'atteindre les résultats prévus dans le plan de travail sur les services en français dans les délais prévus.

Les CSC ne sont pas en mesure de recruter un médecin pour leur initiative du RTO.

SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES

MODÈLE A : INTÉGRATION DU SYSTÈME DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES

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

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 posent des obstacles importants au traitement efficace des personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie (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. Il pourrait également favoriser l'établissement de liens plus étroits avec d'autres secteurs clés, notamment le logement, le revenu, l'emploi et le soutien social qui constituent des éléments importants d'une approche exhaustive à l'égard du traitement des troubles mentaux et de toxicomanie.

Dans la région d'Algoma, le RLIS travaille avec ses partenaires à l'établissement d'une organisation mère de services intégrés de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Situation actuelle

Un continuum complet de traitements pour les dépendances et les troubles mentaux est actuellement offert dans la région du RLIS.

Le RLIS finance 83 programmes qui offrent le continuum de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances y compris les problèmes de jeu. Dans la région d'Algoma, 13 organismes offrent 129 services dans diverses parties du district.

Les principaux besoins de ce groupe (outre une intervention clinique) sont les suivants : un meilleur accès aux services, un système de services moins fragmenté, une sensibilisation accrue aux services disponibles, un meilleur accès aux services en dehors des heures de bureau et un système de services plus axé sur le rétablissement et l'utilisateur.

En 2011-2012, un plan visant à décentraliser 12 lits de services tertiaires de santé mentale pour enfants sera achevé.

Le RLIS a fourni à l'ACSM de Sudbury un financement qui lui permettra de formuler un plan axé

sur le partage de services administratifs entre les fournisseurs de services de santé mentale.

Objectifs

En 2011-2012, le RLISS travaillera avec l'équipe du projet d'Algoma pour intégrer les services de 13 organismes en une seule organisation mère des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. L'objectif est d'intégrer les services afin d'améliorer l'accès aux soins pour les usagers et leurs familles. Le RLISS a embauché un coordonnateur qui dirigera cet important projet.

Le RLISS travaille avec des intervenants clés et GISC pour mettre en œuvre la deuxième version de l'ECBO. L'utilisation de la deuxième version de l'ECBO a été incluse dans l'ERS-M conclue entre les fournisseurs et le RLISS du Nord-Est.

Le RLISS travaillera avec le MSSLD pour mettre en œuvre/élargir le programme pilote Rebound à Sault Ste. Marie.

Grâce à un financement du RLISS, les fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances de la région ont reçu une formation sur l'évaluation rapide GAIN. Le processus de formation a fait l'objet d'une évaluation. Le RLISS travaille avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale et le RLISS de Champlain pour donner aux fournisseurs une version électronique de l'évaluation rapide GAIN.

Le RLISS continue de recueillir des renseignements et de travailler avec les fournisseurs pour mettre en œuvre des plans visant à réduire les taux de réadmission de clients atteints de troubles mentaux dans les services des urgences des hôpitaux.

Nous continuons de travailler avec le Centre régional de santé de North Bay, le MSSC/MSEJ et nos partenaires du système de santé mentale pour enfants afin de décentraliser les lits régionaux de soins tertiaires de santé mentale pour enfants.

Conformité aux priorités gouvernementales

- Améliore l'accès pour les usagers.
- Offre aux usagers qui ont besoin d'aide une solution de rechange viable (à l'urgence).
- Fournit un service plus axé sur l'utilisateur et la famille conformément à la stratégie décennale du MSSLD et au rapport du comité spécial.
- Réoriente les ressources vers le système pour combler les lacunes de services.
- Bâtit une masse critique de services solide qui contribuera au recrutement et à la rétention de professionnels spécialisés.
- Offre aux usagers et à leurs familles des options en dehors des heures de bureau, diminuant ainsi les visites fréquentes à l'urgence.

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.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Offrir des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances intégrés dans Algoma.	20 %	40 %	40 %
Mettre en œuvre le plan visant à décentraliser les 12 lits de soins tertiaires de santé mentale pour enfants.	70 %	30 %	
Mettre en œuvre le programme pilote de sensibilisation à la drogue Rebound dans la région du RLSS.	100 %		
Mettre en œuvre les systèmes RH & MID de GISC au sein de l'organisation mère intégrée d'Algoma.	25 %	75 %	
De concert avec les FSS, mettre en œuvre des mesures visant à réduire les visites répétées à l'hôpital.	100 %		
Indicateurs de réussite			
• Diminution du nombre de visites répétées à l'urgence dans Algoma • Diminution du nombre d'ententes de responsabilisation dans Algoma • Augmentation du nombre d'utilisateurs utilisant les services à Algoma (autres que les services hospitaliers) • Amélioration de l'expérience des utilisateurs des services • Identification des lacunes de traitement et réorientation des ressources selon les besoins • Augmentation des volumes dans certains centres fonctionnels			
Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?			
• Le processus d'intégration peut être lent et difficile. • Les efficacités peuvent être minimales. • Les frais initiaux d'établissement de l'organisation mère pourraient être élevés. • Il pourrait y avoir une résistance de la part de certains fournisseurs.			

TRAITEMENT DU DIABÈTE

MODÈLE A : TRAITEMENT DU DIABÈTE
PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS

Prévention et gestion des maladies chroniques – traitement du diabète

Alléger 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.

Le RLISS du Nord-Est est déterminé à améliorer l'accès aux soins pour diabétiques en appuyant le déploiement de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.

Les trois indicateurs de rendement clés de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète du MSSLD sont les suivants :

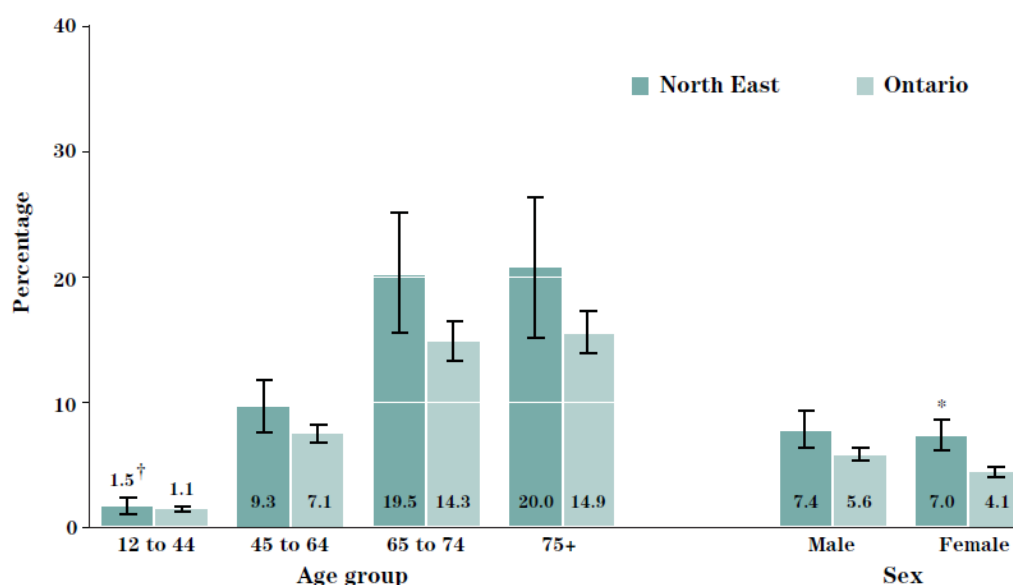
- Réduire le risque.
- Améliorer l'accès à des soins intégrés pour le diabète.
- Améliorer la gestion du diabète conformément aux lignes directrices des pratiques cliniques.

Situation actuelle

Selon le rapport du Projet d'analyse des données sur le système de santé publié en octobre 2007, la prévalence du diabète dans le RLISS du Nord-Est est plus élevée que celle du reste de la province. Ce même rapport révèle que, comparativement aux taux provinciaux, le RLISS du Nord-Est affiche des taux considérablement plus élevés associés au diabète pour :

- congé de l'hôpital des patients hospitalisés
- mortalité
- visites à l'urgence.

Figure 1 : Prévalence du diabète selon le groupe d'âge et le sexe, population âgée de 12 ans et plus, RLISS du Nord-Est et Ontario, 2005



Source: 2005 Canadian Community Health Survey, Statistics Canada, Ontario Share File.

† Coefficient of variation 16.6% to 33.3% - interpret with caution.

* Significantly different from provincial average based on assessment of 95% confidence intervals.

Programmes de gestion du diabète

Dans le RLISS du Nord-Est, les services aux diabétiques sont offerts selon plusieurs modèles de soins. La liste suivante englobe la majorité des programmes et services offerts dans le RLISS grâce à ces différents modèles :

- 29 programmes d'éducation en matière de diabète pour les adultes
- 4 programmes pour les jeunes et les enfants
- 27 équipes de santé familiale
- 6 centres de soins communautaires
- 3 centres d'accès aux soins pour les Autochtones
- 16 postes de soins infirmiers
- 7 cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien
- Sault Ste. Marie Group Health Centre
- Médecins 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 qui offrent des soins primaires et des programmes d'éducation en matière de diabète, tandis que les collectivités rurales et éloignées sont servies par des équipes d'approche ou par l'entremise de postes de soins infirmiers et de cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien.

Données des indicateurs cliniques sur le diabète pour le RLISS du Nord-Est

Comme l'a révélé le rapport sur le diabète de cyberSanté Ontario (novembre 2010), plus de 1 004 662 personnes vivent avec le diabète en Ontario. Le tableau 1 présente une comparaison des indicateurs de diabète pour le RLISS du Nord-Est et l'Ontario.

Tableau 1 : Comparaison des indicateurs cliniques de diabète pour le RLISS du Nord-Est et l'Ontario, 2010

	Personnes diabétiques	Test A1C au cours des six derniers mois	Test de LDL au cours des 12 derniers mois	Examen de la rétine au cours des 24 derniers mois	Respect des directives dans le cas des trois indicateurs
Ontario	1 004 662	55,9 %	68,2 %	66,1 %	37,8 %
RLISS du NE	55 793	46,4 %	52,9 %	70,6 %	31,8 %

Provincial/LHIN Diabetes Care Report, novembre 2010

Objectifs

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

Le RLISS a cerné deux objectifs :

- Effectuer une analyse du contexte des fournisseurs de services de santé qui offrent des services aux diabétiques.
- Appuyer la mise en œuvre de l'initiative d'autogestion.

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. Le RLISS travaillera avec les fournisseurs de services de santé qui offrent des services aux diabétiques; appuiera la mise en œuvre d'initiatives d'autogestion; et contribuera à l'atteinte des objectifs de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète en collaborant avec le centre régional de coordination pour cerner et déterminer les besoins de la population locale.

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

- Veiller à ce que tous les diabétiques aient accès à un fournisseur de soins primaires.
- Veiller à ce que 80 % des diabétiques âgés de 18 ans et plus subissent les trois tests pour le diabète énumérés ci-après dans le délai recommandé :
 - i. test de l'hémoglobine glycosylée pour la surveillance de la glycémie au cours des six derniers mois
 - ii. analyse du cholestérol LDL durant la dernière année
 - iii. examen de la rétine au cours des deux dernières années.

Plan d'action du RLISS du Nord-Est :

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.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Dialoguer avec les collectivités autochtones au sujet des soins primaires axés sur le diabète et les maladies chroniques.	25 %	25 %	25 %
Appuyer le déploiement de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.	50 %	50 %	s.o.
Collaborer avec le nouveau centre régional de coordination du diabète.	50 %	50 %	s.o.
Appuyer la mise en œuvre du Registre des cas de diabète dans le Nord-Est.	50 %	50 %	s.o.
Partager de l'expertise et de l'information sur les FSS et les données sur les maladies chroniques avec le responsable régional de la mise en œuvre de l'initiative d'autogestion.	50 %	50 %	s.o.
S'associer aux CSC et aux fournisseurs de services aux diabétiques pour animer un forum sur la prévention et la gestion des maladies chroniques dans le RLISS.	100 %	s.o.	s.o.
Tenir un forum sur la prévention et la gestion des maladies chroniques dans le RLISS.	100 %	s.o.	s.o.
Évaluer la valeur ajoutée du forum sur la prévention et la gestion des maladies chroniques dans le RLISS avec les	s.o.	100 %	s.o.

fournisseurs de services de santé.			
Cerner les priorités relatives à l'amélioration des services en association avec les fournisseurs de services de santé et ceux qui dispensent des soins aux diabétiques axés sur la prévention et la gestion des maladies chroniques.	s.o.	50 %	50 %

Indicateurs de réussite			
À l'automne 2010, 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. Deux objectifs cernés par le RLISS visent à combler les lacunes du système actuel 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 : Analyse du contexte • Compiler l'information sur la prestation des soins aux diabétiques. Partager l'information avec le centre régional de coordination du diabète en vue de planifier les futures initiatives liées à la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète. Objectif 2 : Autogestion • Travailler étroitement avec le responsable régional de l'autogestion du Nord-Est pour assurer la mise en concordance des programmes d'autogestion et des priorités du RLISS en matière de services aux diabétiques.			
Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?			
Risques pour l'objectif 1 : Analyse du contexte • La planification locale des initiatives axées sur le diabète ne concorde pas avec la priorité globale du RLISS. Risques pour l'objectif 2 : Autogestion • Étant donné que la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre le diabète sera terminée			

Indicateurs de réussite

Objectif 1 : Analyse du contexte

Objectif 2 : Autogestion

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

Risques pour l'objectif 2 : Autogestion

en 2012, la gestion continue des programmes et des initiatives pourrait être compromise par le manque de ressources financières à cette fin.

RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

MODÈLE A : RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

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

Les ressources humaines en santé (RHS) et l'accès rapide aux professionnels de la santé requis dans le Nord-Est de l'Ontario sont peut-être les enjeux les plus souvent mentionnés par les travailleurs du domaine de la santé.

Chaque priorité du PSSI a une dimension de ressources humaines. Les enjeux auxquels notre système de santé et ses fournisseurs sont confrontés sont bien documentés. 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.

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.

Objectifs

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. Le RLISS du Nord-Est est déterminé à travailler avec les municipalités, écoles de médecine, unités de recherche universitaire, autres ministères, collèges et universités.

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 RLSS 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	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.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
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 %		
Conserver un rôle de soutien lors de la mise en œuvre du plan d'action visant à renforcer les postes de préposés aux services de soutien à la personne dans le Nord-Est.	25 %	50 %	25 %
Étudier et appliquer une méthode prévisionnelle pour les ressources humaines en santé.	75 %	25 %	
Élaborer et établir un service de recrutement commun.	25 %	50 %	25 %
Établir des maillages formels avec les structures autochtones et les services de santé en français.	75 %	25 %	
Étudier et élaborer un système intranet (portail) de ressources humaines en santé.		25 %	50 %
Analyser les exigences fonctionnelles et élaborer un plan systémique concernant	50 %	50 %	

un système d'information sur les ressources humaines.			
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.	25 %	75 %	
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
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 besoins de ressources pour répondre aux besoins chirurgicaux du Nord-Est. Un comité directeur du projet d'optimisation des services chirurgicaux a été mis en place.
Situation actuelle
Le comité directeur du projet d'optimisation des services chirurgicaux procède à l'actualisation du plan d'action triennal visant à mettre en œuvre le 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. Le comité directeur du projet d'optimisation des services chirurgicaux a traité des quatre priorités suivantes : - chirurgie thoracique oncologique; - chirurgie vasculaire; - chirurgie orthopédique axée sur l'arthroplastie de la hanche et du genou; - horaires de garde pour les soins chirurgicaux urgents/émergents.

Chirurgie thoracique oncologique

Objectifs :

- L'HRSRH et l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie respectent les normes de qualité d'Action Cancer Ontario (ACO).
- L'HRSRH élabore un modèle diagnostic réparti.

Mise à jour :

- L'HRSRH a entrepris les démarches requises pour se conformer aux normes de chirurgie thoracique oncologique d'ACO et a obtenu sa désignation de niveau 1.
- L'HRSRH a mis en œuvre des conférences de cas multidisciplinaires mensuelles en oncologie thoracique auxquelles l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie peut participer par vidéoconférence. Une éventuelle augmentation de la fréquence des conférences de cas mensuelles sera envisagée dès qu'un troisième chirurgien thoracique pourra participer.
- L'HSSM n'est pas en mesure de respecter les normes d'ACO et devra décider comment améliorer les chirurgies thoraciques oncologiques pratiquées dans son établissement.

Chirurgie vasculaire

Objectif :

- Traiter la demande de l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie d'améliorer son programme de chirurgie vasculaire dans le contexte de la création d'un programme de chirurgie vasculaire unique dans le Nord-Est de l'Ontario.

Mise à jour :

- Les chirurgiens vasculaires de l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie et de l'Hôpital régional de Sudbury se sont réunis le 8 février 2011 pour discuter de la demande concernant la réparation endovasculaire de l'anévrisme (EVAR) de l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie.
- Les chirurgiens vasculaires ont convenu de maintenir le statu quo en ce qui concerne la répartition des chirurgies vasculaires dans le Nord-Est.
- Les procédures de réparation endovasculaire de l'anévrisme resteront à l'HRSRH.

Chirurgie orthopédique – hanches et genoux

Objectifs :

- Normaliser l'accès aux évaluations primaires de la hanche ou du genou en utilisant un formulaire d'acheminement commun.
- Mettre en œuvre un système de gestion des patients articulé sur le Web pour surveiller le temps d'attente 1 en fonction du système de suivi des acheminements.
- Voir à ce que les patients aient rapidement accès à une évaluation multidisciplinaire pour que le triage puisse être effectué en fonction de l'éventuelle nécessité d'une intervention chirurgicale.
- Réduire les temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou dans le RLSS.

Mise à jour :

- Le programme d'arthroplastie de la hanche et du genou a été mis en œuvre à l'échelle du RLSS. Il inclut cinq centres d'évaluation des articulations : Hôpital régional de Sudbury, Centre régional de santé de North Bay, Hôpital de Sault-Sainte-Marie, Hôpital de Timmins et du district et West Parry Sound Health Centre.

- On a embauché un coordonnateur qui sera responsable de structurer les activités du programme d'arthroplastie de la hanche et du genou du Nord-Est.
- On élaborera un système d'acheminement et de suivi articulé sur le Web pour le programme d'arthroplastie de la hanche et du genou. L'HRSRH en assure la direction. Dans l'interim, les hôpitaux utilisent une version modifiée du système élaboré par l'HRSRH.

Horaires de garde pour les soins chirurgicaux urgents/émergents dans les domaines suivants :

- Orthopédie
- Oto-rhino-laryngologie
- Plastie
- Urologie
- Ophtalmologie
- Chirurgie générale

Objectifs :

- Établir un mécanisme et une procédure de coordination relatifs aux horaires de garde régionaux.
- Établir un outil en ligne qui servira à annoncer les horaires de garde et à surveiller les lacunes à cet égard dans le Nord-Est de l'Ontario.
- Préciser le rôle des hôpitaux trop petits pour assurer une couverture permanente afin de maximiser la couverture fournie, y compris les jours de fête et les fins de semaine.

Mise à jour :

- Le RLISS du Nord-Est a embauché le D^r Isser Dubinsky, responsable du projet, et le D^r Tim Zmijowskyj, associé du projet, pour travailler au projet d'horaires de garde.
- Durant la première étape des travaux, les membres de l'équipe du projet ont communiqué avec plusieurs hôpitaux et médecins du RLISS pour obtenir plus de renseignements et organiser des entrevues pour recueillir des commentaires sur le processus.
- Les réunions avec les groupes de spécialisation sont presque terminées.
- Les travaux de la deuxième étape du projet ont débuté. Ils visent, notamment, l'élaboration d'un cadre pour un modèle d'horaires de garde et l'établissement d'un outil en ligne qui servira à annoncer les horaires de garde et à surveiller les lacunes à cet égard dans le Nord-Est ontarien.

Objectifs

Le comité directeur de l'optimisation des services chirurgicaux a élaboré un plan d'action triennal axé sur la mise en œuvre des 33 recommandations énoncées dans le Rapport sur l'optimisation des services chirurgicaux. En voici le détail :

Année 1 – 2011-2012

- Chirurgie thoracique oncologique – conformité aux normes d'Action Cancer Ontario (ACO)
- Orthopédie – traitement des questions liées aux temps d'attente cibles et au rapatriement

Année 2 – 2012-2013

- RHS – élaboration d'un plan de ressources humaines en chirurgie
- Chirurgie vasculaire – plan de consolidation des services
- Horaires de garde – mise en œuvre de stratégies relatives aux horaires de garde

- Horaires de garde – repérage de mécanismes de coordination

Année 3 – 2013-2014

- Chirugiens itinérants – prestation de directives sur l'utilisation de chirurgiens itinérants
- RHS – mise en œuvre du plan de ressources humaines en chirurgie pour traiter de l'accès aux chirurgiens généraux dans le Nord-Est de l'Ontario
- Analyse d'impact – analyse de la capacité des hôpitaux à remplir le rôle qui leur revient dans le domaine chirurgical
- Cheminements cliniques intégrés – mise en valeur de l'élaboration de cheminements cliniques intégrés 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

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.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Formaliser les éléments diagnostiques et chirurgicaux régionaux du programme régional d'oncologie thoracique se rapportant à l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie.	100 %		
Mettre en œuvre le programme d'arthroplastie de la hanche et du genou du Nord-Est.	100 %		
Élaborer un cadre d'orientation pour la mise en œuvre d'un horaire régional de services de garde.	50%	50%	
Formuler un plan de ressources humaines pour les services chirurgicaux du Nord-Est (voir la section sur les RHS pour plus de détail).		25%	25%
Mettre en œuvre des horaires de garde pour les services chirurgicaux			50%

urgents/émergents.				
Traiter la demande de l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie d'améliorer son programme de chirurgie vasculaire dans le contexte de la création d'un programme de chirurgie vasculaire unique dans le Nord-Est de l'Ontario.	100%			
Élaborer une approche intégrée à l'égard des cheminements cliniques des hôpitaux du Nord-Est.			25%	
Recenser les services chirurgicaux dans le Nord-Est en ciblant la répartition adéquate des ressources et la disponibilité des services.			25%	
Indicateurs de réussite				
- Programme d'arthroplastie de la hanche et du genou du Nord-Est – sera évalué selon les renseignements relatifs aux temps d'attente 1 et 2. - Horaires de garde régionaux – les lacunes des horaires de garde dans le Nord-Est de l'Ontario sont cernées et un modèle est élaboré pour régler les problèmes de services. - Chirurgie vasculaire – les chirurgiens vasculaires parviennent à une entente sur le modèle de prestation pour l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie et l'HRSRH.				
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
Le ministère a fait de la cybersanté et des technologies de l'information et des communications (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. En fait, le RLISS considère la cybersanté et les technologies de l'information et des communications comme des catalyseurs clés de ses neuf priorités. Tous ces domaines sont interreliés et interdépendants. Dans le cadre de ces priorités, nous tenterons de renforcer la prévention dans la mesure du possible, faciliterons l'innovation, rationaliserons les dépenses de santé et améliorerons l'accès aux services de santé. 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 :

- 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.

La **cybersanté et les TIC** favorisent l'habilitation électronique des services de santé pour :

- 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, notamment le Registre des cas de diabète, le système d'information sur les temps d'attente et les dossiers de santé électroniques, visent à améliorer l'accès aux renseignements cliniques et à appuyer la prestation de services de santé de qualité aux patients de la province. La cybersanté est un catalyseur de chaque programme de santé et des neuf priorités du PSSI.

Situation actuelle

Portée des services actuellement offerts

- **La cybersanté et les TIC** touchent tous les services de santé, notamment : hôpitaux, médecins, spécialistes, ESF, SSF, GSF, services de soutien communautaire, établissements de santé autonomes (laboratoires et imagerie diagnostique), santé publique, pharmacie, centres de santé communautaire, CASC, santé mentale, dépendances et soins de longue durée.

Nombre de fournisseurs de services

- **La cybersanté et les TIC** touchent tous les fournisseurs de services de santé, notamment : spécialistes, médecins, pharmacies, établissements de santé autonomes, centres de santé communautaire, personnel infirmier praticien, services de soutien communautaire, CASC, hôpitaux, bureaux de santé publique, soins de longue durée, ESF, santé mentale et dépendances. Elles s'appliquent à tous les FSS, financés ou non.

Nombre et type de clients servis annuellement

- **La cybersanté et les TIC** aident les fournisseurs de services de santé, les patients et les clients dans l'ensemble du continuum de soins, alors que les projets de cybersanté sont pilotés, mis en œuvre et adoptés.

Questions clés affectant ce groupe de clients

Questions liées aux patients et aux clients

- Collectes de renseignements répétées et redondantes
- Acheminements et appariements des ressources appropriés aux patients
- Manque d'intégration de l'information entre les hôpitaux, les cabinets médicaux/CSC, les CASC et les bureaux de santé publique, etc.
- Complexité de la prestation des services due à la géographie, au climat, au manque d'économies d'échelle et de masse critique, aux populations dispersées, aux pénuries de personnel et de ressources
- Protection, sécurité des renseignements et consentement
- Incompréhension de la cybersanté et de la technologie

Questions liées aux fournisseurs de services

- Manque d'outils électroniques pour communiquer entre eux
- Exigences variées des bailleurs de fonds en matière de gestion des renseignements et manque d'intégration entre les fournisseurs
- Cloisonnement de la gestion des renseignements dû aux procédures manuelles et au vaste éventail de systèmes autonomes et non intégrés
- Manque de ressources et de soutien pour cerner et exploiter les occasions d'élaborer un dossier de santé électronique ou un système d'information sur la santé, particulièrement pour les petits organismes
- Différences au niveau de l'ampleur et de l'utilisation de l'automatisation
- Complexité de la prestation des services due à la géographie, au climat, au manque d'économies d'échelle et de masse critique, aux populations dispersées, aux pénuries de personnel et de ressources
- Coûts d'établissement et de maintien de systèmes informatiques permettant aux petits hôpitaux et fournisseurs communautaires de participer à un dossier de santé électronique régional excédant leurs ressources.

Projets :

- **Projet d'appariement des ressources et de renvoi dans le secteur des ANS** – Le RLISS a effectué une analyse de la situation actuelle qui caractérise les procédures d'acheminement actuelles pour le transfert des patients en attente d'ANS dans sa région. Il a également recueilli les documents, outils et formulaires utilisés par les différents organismes à l'appui de l'acheminement et du transfert des patients en attente d'ANS et a défini et recueilli des indicateurs de base liés au transfert de ces patients. Enfin, une analyse des données recueillies a cerné les lacunes et les possibilités pour faciliter la conception d'un état futur. Le projet d'appariement des ressources et de renvoi dans le secteur des ANS portait initialement sur quatre cheminements :
 1. Des soins actifs aux lits de réadaptation
 2. Des soins actifs aux lits de soins continus complexes (SCC)
 3. Des soins actifs aux lits de soins de longue durée (SLD)
 4. Des soins actifs aux soins à domicile
- **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. Il servira de système auxiliaire pour les hôpitaux du Nord, mais sera la source principale de données pour le RLISS de Champlain. En date de mars 2011, tous les établissements du

RLISS sont en ligne.

- **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 membres du North East Ontario Network (NEON).
- **Réseau Télémédecine Ontario (RTO)** – Se poursuit et permet à un nombre croissant de fournisseurs de services de santé d'avoir accès à ses services. Durant le présent exercice, le RTO et le RLISS du Nord-Est ont formulé un plan régional commun.
- **Intégration des cabinets médicaux** – Nous avons entrepris des travaux avec le RLISS du Nord-Ouest en vue d'élargir le système d'intégration des cabinets médicaux pour inclure les hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires/fournisseurs d'interface CMS.
- **État de préparation à la mise en œuvre et à l'adoption** – Le RLISS a décidé qu'il devait renforcer la capacité de gestion de projet et de changement dans sa région. Ce projet comprend une étude des fournisseurs de services de santé partenaires et recense les méthodes et outils éprouvés dont on pourrait tirer parti.
- **Projet relatif à la protection de la vie privée des RLISS de l'Ontario** – Le RLISS a fourni du matériel relatif à la protection de la vie privée et à la sécurité et des observations concernant une démarche normalisée que les 14 RLISS utiliseront pour traiter des questions de vie privée, favorisant ainsi des discussions et une planification plus efficaces entre les fournisseurs de services de santé et les RLISS.
- **Projet Portes d'accès** – Diriger un projet d'intégration entre quatre RLISS (Nord-Est, Nord-Ouest, Simcoe Nord Muskoka et Champlain) et Gestion de l'information sur les soins communautaires (GISC) pour établir un portail permettant de partager et de consulter les renseignements sur la santé électroniquement et en toute sécurité. L'objectif est d'effectuer un projet pilote qui intègre les données sur la santé mentale et les dépendances dans un portail offrant des avantages d'ordre clinique et des leçons apprises grâce à l'intégration des systèmes. À l'heure actuelle, 22 fournisseurs de services de santé et 19 établissements emmagasinent des données et il y a 822 utilisateurs.
- **Conseil consultatif de la cybersanté du Nord-Est** – Ce conseil consultatif de la cybersanté intersectoriel, interrégional s'est réuni chaque mois pour planifier, orienter et appuyer les initiatives de cybersanté dans le RLISS du Nord-Est.
- **Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario** – Par le truchement de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, nous avons sensibilisé les réseaux d'échange de pratiques grâce à un Cyber-réseau d'entraide en soins infirmiers qui favorise la présentation de commentaires sur l'élaboration des initiatives et la mise en œuvre des activités de cybersanté.
- **Organisme de services communs** – Nous avons élaboré un modèle de services communs de haut niveau qui a été accepté par la majorité des directeurs généraux des hôpitaux et nous poursuivons nos travaux en vue de mettre en place un organisme de services communs.
- **L'équipe de la cybersanté a assuré la gestion et le soutien de projets relatifs aux technologies de cybersanté de pointe à l'appui des priorités du Plan de services de santé intégrés telles que :** 1) le programme d'acheminement du secteur de l'arthroplastie de la hanche et du genou du Nord-Est; 2) un emplacement de collaboration pour les fournisseurs de services de santé du RLISS du Nord-Est; 3) le matériel de soins au terme de la vie du Réseau Télémédecine Ontario; 4) le laboratoire de Temiskaming; 5) la participation du Giwednong Health Link Steering Committee (14 fournisseurs des Premières nations

élaborant un DSE).

- **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. Le rapport ponctuel ci-annexé identifie tous les établissements du RLISS et révèle que 351 établissements sont reliés par le truchement d'un circuit ONE Network en date du 31 mars 2010.
- **Visualiseur des profils pharmaceutiques** – 27 services des urgences et 32 autres services ont installé le visualiseur. Le visualiseur a pour but de réduire la communication de renseignements pharmaceutiques à plusieurs fournisseurs de soins; d'accélérer l'évaluation médicale et le diagnostic; d'éviter les réactions indésirables aux médicaments; d'évaluer l'obéissance aux traitements; et d'assurer la continuation des traitements préexistants, au besoin, lorsqu'un patient est traité à l'hôpital. Le rapport ci-joint identifie les hôpitaux du RLISS qui utilisent le visualiseur en date de mars 2010.
- **Projet de mise à niveau des réseaux** – Le projet a débuté en 2007 et devait se terminer à la fin de l'exercice 2008. Par suite de retards imprévus (p. ex., construction), la mise en œuvre complète a été repoussée, mais 73 établissements avaient été mis à niveau en date de mars 2010.
- **Adoption du dossier de santé électronique (DES) par les médecins** – À ce jour, 48 % des médecins de soins primaires admissibles et 8 % des spécialistes (OntarioMD) avaient reçu un financement pour la TI/le DSE. À titre d'exemple, le Group Health Centre à Sault Ste. Marie est informatisé depuis 13 ans.
- **Système d'information sur les temps d'attente/Système de production de rapports sur les services des urgences/Système d'information sur les soins aux malades en phase critique/Système national d'information sur les soins ambulatoires des services des urgences** – les hôpitaux du RLISS participent à la mise en œuvre de ces projets dans la province.
- **Communication** – La page Web sur la cybersanté est mise à jour régulièrement. Nous avons récemment ajouté une section « Did you know » sur la cybersanté qui fait partie des bulletins « Any News ».
- **Gestion de l'information sur les soins continus (GISC)** – Nous avons collaboré avec GISC à la mise en œuvre d'outils d'évaluation électronique et de systèmes administratifs comprenant SIG, SIRH, EBCO et GAIN dans les secteurs des services de soutien communautaire, de la santé mentale et des dépendances, des soins de longue durée, des services de santé communautaire et des petits hôpitaux.
- **Comité de gestion du diabète** – Mis sur pied en réponse à la demande croissante de services pour diabétiques dans le RLISS du Nord-Est. Composé de dirigeants cliniques et de responsables de systèmes informatiques de la région, le comité fournira une perspective systémique au RLISS en ce qui a trait à la planification et à la mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète et du Registre des cas de diabète qui s'inscrit dans la Stratégie ontarienne de cybersanté.
- **Registre des cas de diabète** – Le RLISS du Nord-Est a été reconnu pour son adoption précoce de la Stratégie ontarienne de cybersanté en 2008-2009. Le projet de Registre des cas de diabète a dégagé les résultats suivants : mise sur pied du comité directeur du projet, plan de travail sur le diabète, évaluation de l'état actuel, adoption et validation du modèle fonctionnel de registre des cas de diabète, choix des emplacements directeurs et présentation de rapports. Nous avons achevé le rapport sur le Système de gestion des maladies chroniques de cyberSanté Ontario et attendons un plan de mise en œuvre.

- **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 en 2009-2010. Le projet est conforme à la priorité donnée à la gérance des médicaments dans la Stratégie ontarienne de cybersanté (gestion électronique des ordonnances) et a été prolongé jusqu'à l'exercice 2010-2011.
- **Services de gestion de réseau** – Intégration de 29 FSS dans un service commun de gestion de réseau et de normalisation du matériel. Étaient inclus dans ce projet le projet de transition du RTO et le projet de renouvellement du réseau de l'ASIS. Le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay et l'Hôpital régional de Sudbury administrent les 29 établissements.

Objectifs

- Établir un modèle de services communs intégré, viable avec les hôpitaux du Nord-Est de l'Ontario.
- Mettre en œuvre les éléments d'un outil d'appariement des ressources et de renvoi dans le secteur des autres niveaux de soins.
- Favoriser l'intégration, l'accès et la participation communautaire grâce à l'élaboration d'un plan régional et d'une conférence sur le Réseau Télémédecine Ontario.
- Renforcer la participation communautaire et les procédures de consultation du personnel infirmier.
- Élargir les dossiers de santé électroniques aux fournisseurs de services de santé communautaire.
- Mettre en œuvre le plan stratégique et les extraits financiers de cyberSanté Ontario.

Conformité aux priorités gouvernementales:

Les objectifs en matière de cybersanté et de TIC sont conformes à la Stratégie ontarienne de cybersanté.

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.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Objectif 1 A Nous mettrons en œuvre un comité directeur de l'organisme de services communs qui fournira des directives stratégiques et une orientation opérationnelle ainsi qu'une démarche de mise en œuvre d'un tel organisme.	100 %		
Objectif 1 B Nous obtiendrons un financement à des fins de faisabilité, d'analyse et de mise en œuvre.	30 %	35 %	35 %

Objectif 1 C Nous élaborerons un organisme de services communs de technologie de l'information pour les hôpitaux.		50 %	50 %	
Objectif 2 Nous mettrons les recommandations de l'étape 1 du projet de gestion des ressources et de renvoi dans le secteur des autres niveaux de soins et poursuivrons la définition de l'état futur, la planification du modèle et de la mise en œuvre dans les hôpitaux, le Centre d'accès aux soins communautaires et les foyers de soins de longue durée.	40 %	35 %		
Objectif 3 Nous élaborerons un plan régional relatif au Réseau Télémédecine Ontario et coordonnerons un forum sur la télémédecine dans le Nord auquel participera le RLISS du Nord-Ouest.	100 %			
Objectif 4 Nous continuerons, par le truchement de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à sensibiliser les réseaux d'échange de pratiques grâce à un Cyber-réseau d'entraide en soins infirmiers qui favorisera la présentation de commentaires sur l'élaboration des initiatives et la mise en œuvre des activités de cybersanté.	100 %			
Objectif 5 Nous élargirons les dossiers de santé électroniques au sein des fournisseurs de services communautaires du RLISS.	50 %	50 %		
Objectif 6 A Projet d'intégration des cabinets médicaux : nous finaliserons l'élargissement de l'intégration des cabinets médicaux pour inclure les hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires.	50 %			
Objectif 6 B Projet Portes d'accès : nous finaliserons	65 %			

l'établissement d'une intégration verticale intersystèmes par le truchement d'un portail regroupant les RLISS du Nord-Est, du Nord-Ouest, de Simcoe Nord Muskoka et de Champlain avec les établissements pilotes en 2011-2012.				
Objectif 6 C Nous travaillerons avec cyberSanté Ontario pour mettre en œuvre le Registre des cas de diabète déployé dans les deux RLISS adoptants précoces.	S.O.	S.O.	S.O.	
Objectif 6 D Systèmes angulaires d'intégration régionale – nous travaillerons avec cyberSanté Ontario pour appuyer la planification de systèmes angulaires et régionaux appelés Connecting Northern and Eastern Ontario (cNEO).	100 %			

Indicateurs de réussite

Augmentation de l'adoption de la cybersanté mesurée par les nouveaux établissements, utilisateurs et systèmes

Conformité à la Stratégie ontarienne de cybersanté

Atteinte des résultats prévus des projets de cyberSanté Ontario

Augmentation du niveau de participation à la cybersanté des fournisseurs de services de santé (c.-à-d. champions, partenaires, comités et organismes)

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

Un risque concerne le financement qui sera accordé par le ministère durant l'exercice 2011-2013. Le plan de travail sera révisé au besoin.

Un risque découle de ce que cyberSanté Ontario doit définir les futurs résultats prévus en matière de cybersanté et/ou octroyer des fonds aux RLISS.

Un autre risque concerne l'obtention d'un financement pour l'organisme de services communs par le truchement d'AchatsOntario ou autres sources.

INTÉGRATION

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

En 2011, le RLISS du Nord-Est travaillera en partenariat pour mener à bien les projets suivants :

- La création d'une organisation mère pour intégrer 129 services de santé mentale et de lutte contre les dépendances actuellement offerts par 13 fournisseurs. On s'attend à ce que l'organisme améliore l'accès aux services pour les usagers et leurs familles. Le RLISS surveillera étroitement la création du modèle et s'attend à ce que les leçons apprises mènent à l'adoption de modèles semblables dans la région. Le RLISS a embauché un coordonnateur de projet pour diriger cette importante intégration.
- Le transfert volontaire du programme Esprit Place Sexual Assault Program du Conseil d'administration de district des services sociaux de Parry Sound à Muskoka/Parry Sound Coordinated Sexual Assault Services. Dès qu'elle sera approuvée par le RLISS, cette intégration rationalisera la prestation des programmes d'aide aux victimes d'agressions sexuelles à Parry Sound.

Le RLISS du Nord-Est a distribué un modèle de rapport d'intégration et un modèle d'autoévaluation à tous les fournisseurs de services de santé. Le modèle de rapport sera soumis au RLISS à la fin de juin 2011 et énumérera les projets d'intégration terminés et en cours.

Objectifs

Le RLISS a dressé le profil de chacune des collectivités de sa région ayant un hôpital. Ces profils serviront de fondement aux discussions sur l'intégration qui auront lieu dans chaque collectivité en mai et juin 2011. Ses séances ont pour but d'encourager les collectivités et les FSS à envisager des façons de faire concorder les services actuellement offerts avec les besoins de la collectivité. Elles mèneront à l'identification de nombreuses possibilités d'intégration.

Le RLISS travaillera avec les secteurs pour cerner des possibilités d'intégration des services administratifs. Ces intégrations permettront aux fournisseurs de services de santé de maintenir ou d'améliorer les services et elles faciliteront la présentation de renseignements financiers et statistiques qui constitue un enjeu pour bon nombre de nos fournisseurs.

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	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.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Hôpital général de North Bay et Centre de santé mentale du Nord-Est	100 %		
Esprit Place Sexual Assault et Parry Sound Coordinated Sexual Assault Services	100 %		
Intégration des services de santé mentale dans la région d'Algoma	100 %		
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 efficacies grâce à l'optimisation des ressources disponibles. • Amélioration des rapports.			
Quels sont les risques/obstacles inhérents à la mise en œuvre réussie?			
• Ressources financières insuffisantes pour mettre en œuvre les intégrations cernées. • Résistance 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

DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT PROPOSÉES, REVENUS PROJETÉS ET EXIGENCES EN MATIÈRE DE FINANCEMENT

Modèle B : Plan de dépenses pour les opérations du RLISS					
Sous-catégorie des opérations du RLISS (\$)	Nombre réel pour 2010-2011	Affectation pour 2010-2011	Dépenses prévues pour 2011-2012	Dépenses prévues pour 2012-2013	Dépenses prévues pour 2013-2014
Salaires et traitements	2 671 788	2 734 474	3 036 078	3 036 078	3 036 078
Avantages sociaux des employés					
Régime de rentes des hôpitaux de l'Ontario	252 040	273 447	303 608	303 608	303 608
Autres	279 041	300 413	333 969	333 969	333 969
Montant total des avantages sociaux des employés	531 081	573 860	637 576	637 576	637 576
Transport et communications					
Déplacements du personnel	190 375	130 000	165 000	165 000	165 000
Déplacements des dirigeants	55 156	60 000	65 300	65 300	65 300
Communications	93 224	90 000	60 000	60 000	60 000
Autres	49 792	50 000	30 000	30 000	30 000
Montant total des frais de transport et de communications	388 547	330 000	320 300	320 300	320 300
Services					
Hébergement	171 625	213 931	177 430	177 430	177 430
Publicité	18 092	40 000	12 500	12 500	12 500
Services bancaires	5	-	-	-	-
Frais de consultation	67 270	178 602	41 000	41 000	41 000
Location de matériel	16 085	18 000	20 000	20 000	20 000
Indemnité journalière du président du conseil	68 738	36 750	53 000	53 000	53 000
Indemnité journalière des dirigeants	29 532	88 050	41 800	41 800	41 800
Assurance	17 307	17 307	16 337	16 337	16 337
Coûts du Bureau des services communs des RLISS	409 495	359 495	359 495	359 495	359 495
Partenariat des RLISS	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
Autres dépenses liées aux réunions	36 987	50 000	50 000	50 000	50 000
Autres frais de gouvernance	40 991	20 000	29 800	29 800	29 800
Impression et traduction	68 855	65 000	77 500	77 500	77 500
Perfectionnement du personnel	20 778	40 000	30 000	30 000	30 000
Montant total des services	1 015 760	1 177 135	958 862	958 862	958 862
Fournitures et matériel					

Matériel de TI	40 544	30 000	25 000	25 000	25 000
Fournitures de bureau et matériel acheté	59 254	48 513	25 065	25 065	25 065
Montant total des frais de fournitures et de matériel	99 798	78 513	50 065	50 065	50 065
Dépenses en immobilisations	77 439	35 000	-	-	-
Opérations du RLISS : dépenses totales	4 784 413	4 928 982	5 002 882	5 002 882	5 002 882
Cible de financement annuel			5 002 882	5 002 882	5 002 882
Variance			-	-	-

DOTATION DU RLISS DU NORD-EST, IMPACT SUR LE PLAN D'ACTIVITÉS ET LA STRATÉGIE DE RÉMUNÉRATION

Modèle C : Plan de dotation du RLISS (équivalents temps plein)				
Titre du poste	Nombre réel d'ETP pour 2010-2011 en date du 31 mars	Nombre d'ETP prévu pour 2011-2012	Nombre d'ETP prévu pour 2012-2013	Nombre d'ETP prévu pour 2013-2014
Directeur général	1	1	1	1
Directeur principal	3	3	3	3
Soutien administratif	6	6	6	6
Conseiller	6	6	6	6
Conseiller principal	5	5	5	5
Agent de liaison avec le conseil	1	1	1	1
Contrôleur/directeur des services administratifs	1	1	1	1
Analyste financier	3	3	3	3
Conseiller principal, Autochtones, Métis et Premières nations	1	1	1	1
Agent de soins de santé des Autochtones	0	1	1	1
Rendement et aide à la décision	1	1	1	1
Directeur, Communications et participation communautaire	1	1	1	1
Agent des communications - multimédia	1	1	1	1
Chef de l'information	1	1	1	1
Chef principal de projet	1	1	1	1
Chef de projet	1	1	1	1
Coordonnatrices des services en français	3	3	3	3
Nombre total d'ETP	36	37	37	37

Incidence sur les opérations

Le RLISS du Nord-Est a mis en œuvre une nouvelle structure organisationnelle qui lui permettra de travailler plus efficacement avec les fournisseurs de services de santé

partenaires pour respecter les priorités de 2001. En outre, il a soigneusement divisé sa vaste région en cinq grandes régions :

1. Sudbury/Manitoulin/Parry Sound
2. Nipissing
3. Algoma
4. Cochrane/Temiskaming
5. Côtes de la baie James et de la baie d'Hudson

L'établissement de ces grandes régions repose sur les tendances d'acheminement des patients. De petits bureaux ont été établis dans chacune des quatre grandes régions (les côtes de la baie James et de la baie d'Hudson seront servies à partir de nos bureaux de Timmins et de North Bay). Ces bureaux permettront à notre personnel de rencontrer les fournisseurs de services de santé et les intervenants communautaires plus fréquemment.

Nous avons également embauché quatre experts additionnels à forfait pour nous aider à accomplir d'importants projets. Un chef de projet a été embauché pour un an pour diriger le projet d'intégration des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances dans la région d'Algoma. Deux médecins ont été recrutés pour nous aider à élaborer un système de services de garde régional. Un poste à forfait d'un an a été créé pour nous aider à mettre en œuvre la nouvelle politique d'aide à la vie autonome. Le titulaire de ce poste nous aidera à élaborer des solutions communautaires pour atténuer les pressions dues aux ANS dans notre RLISS.

En 2011, le RLISS animera des séances de participation communautaire dans le Nord-Est. Ces séances ont pour but de solliciter les commentaires des fournisseurs de services de santé et des intervenants concernant les services offerts dans leur région. Le RLISS cherchera des occasions de coordonner les services d'une manière plus intégrée et axée sur le patient avec le financement actuel. Ces séances exigeront beaucoup de déplacements dans le Nord-Est en mai et en juin.

Nous avons négocié les ERS-H et les ERS-M pour 2011-2012 et surveillerons les résultats trimestriellement. Des tableaux de bord pour chaque fournisseur de services de santé orienteront ces rencontres trimestrielles.

Outre les priorités énoncées dans notre Plan de services de santé 2010-2013, notre priorité principale pour 2011 reste les SU/ANS. Nous continuerons de travailler en partenariat avec les hôpitaux, les collectivités et le CASC du Nord-Est pour alléger les continuelles pressions dues aux ANS dans le Nord-Est de l'Ontario. Étant donné l'importance de ce dossier, nous avons affecté un directeur principal à ce portefeuille. Il continuera de travailler avec nos partenaires pour afficher un taux d'ANS global de 17 % en 2011-2012. Des groupes directeurs ont été établis dans les collectivités où les pressions dues aux ANS sont les plus fortes. Le RLISS est ravi d'avoir pu embaucher un conseiller pour travailler à la mise en œuvre des stratégies de logements avec services de soutien.

Les communications font partie intégrante du RLISS et nous veillons à ce que l'information soit fournie aux intervenants rapidement et facile à comprendre.

Toutes les stratégies mises en œuvre par le RLISS sont tributaires du soutien de notre Bureau de gestion des projets. Notre chef de l'information et son personnel s'attachent à mettre en œuvre des technologies visant à réduire les déplacements du personnel et des administrateurs. Ils contribuent également à de nombreux projets en mettant en œuvre des technologies qui offriront un accès intégré à l'information.

PLAN DE COMMUNICATIONS ET DE PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Objectifs : Quel est l'objectif du PAA?

Le PAA est un de deux documents directeurs essentiels au travail du RLISS; l'autre est le Plan de services de santé intégrés (PSSI) 2010-2013.

Le PSSI guide les activités et responsabilités des fournisseurs de services de santé locaux selon la définition de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. Plus précisément, il présente un aperçu du système de santé actuel, cerne des secteurs d'amélioration et établit des normes de réussite. Tout cela vise à réaliser la vision du PSSI du RLISS « Santé et bien-être pour tous ».

Le PAA démontre les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs stratégiques du PSSI, à savoir :

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

Il fournit également l'occasion de préciser les stratégies de l'année à venir. Il présente un cadre pour communiquer aux intervenants l'impact du processus décisionnel local sur la prestation des services de santé dans les collectivités locales.

Contexte : Pourquoi rédiger un PAA?

La Directive sur l'établissement et l'obligation de rendre compte des organismes oblige les RLISS à rédiger et à publier un plan d'activités annuel. Les RLISS sont tenus d'informer les intervenants des stratégies et initiatives qu'ils mettent en œuvre pour traiter des priorités du PSSI. Le Plan de communications du RLISS du Nord-Est assure que tous les intervenants ont pleinement et facilement accès aux plans stratégiques et opérationnels. Le document comprend également un aperçu des activités à l'appui des principales priorités provinciales et un plan de gestion indiquant les futurs enjeux du système de santé.

Les RLISS sont tenus d'engager la participation des fournisseurs de services de santé, des usagers et du public dans le travail requis pour bâtir un système de santé de qualité accessible et durable.

Le PAA présente également les exigences de financement du RLISS pour les trois prochaines années et particulièrement pour l'exercice 2011-2012.

Auditoires cibles

Internes

Cadres supérieurs; personnel, conseil d'administration; ministère de la Santé et des Soins de longue durée, notamment : bureau du ministre, Direction de la liaison avec les RLISS, Bureau des services communs des RLISS, Direction des communications et de l'information, autres RLISS

Externes

Collectivité

Citoyens, dirigeants communautaires, usagers du système de santé, clubs et organismes philanthropiques et médias locaux.

Groupes spéciaux

Francophones, Autochtones/Premières nations/Métis

Décideurs

Députés provinciaux du Nord-Est de l'Ontario; administration municipale; conseils, maires, préfets et directeurs généraux; Office des affaires francophones de l'Ontario; Commissariat aux services en français; ministère de la Promotion de la santé; Affaires municipales et Logement; Services de santé en français; ministère du Développement du Nord, des Mines et des Forêts; Secrétariat des affaires autochtones de l'Ontario; Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.

Établissements d'enseignement supérieur

Algoma University ; Collège Boréal; Cambrian College; Canadore College; Université Laurentienne; Nipissing University; École de médecine du Nord de l'Ontario; Northern College; Sault College of Applied Arts and Technology; Université de Sudbury

Gestionnaires et professionnels de la santé

Fournisseurs de services de santé financés par le RLISS : hôpitaux; établissement de santé mentale spécialisé; Centre d'accès aux soins communautaires; services de soutien communautaire; services communautaires de santé mentale, services de lutte contre les dépendances et les problèmes de jeu; foyers de soins de longue durée; centres de santé communautaire

Fournisseurs de services de santé non financés par le RLISS : médecins, personnel infirmier et de première ligne, services ambulanciers; équipes de santé familiale; Réseau de télésanté de l'Ontario; réseaux provinciaux (Action Cancer Ontario et autres); bureaux de santé publique

Organisations : groupes de défense des intérêts locaux; Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario; Ontario College of Family Physicians; Ontario Medical Association; Association pour la santé publique de l'Ontario; syndicats

Approche stratégique

Les RLISS coordonnent les activités pour que les PAA soient publiés le même jour (date de publication à confirmer).

Matin : Les RLISS avisent leurs fournisseurs de services de santé et groupes d'intervenants.
Après-midi : Les RLISS affichent le PAA sur leurs sites Web. Ils publient un communiqué de presse local (optionnel).

Les objectifs et plans d'action du PAA sont inclus dans toutes les communications et les activités de participation communautaires en cours.

Tactiques

- Partenariat en communication – responsables des communications des RLISS
- Élaborer des relations solides avec les administrations locales – communiquer les priorités du RLISS aux députés par le truchement de rencontres individuelles et de communications régulières
- Participation communautaire – focaliser les priorités du RLISS dans toutes les activités de participation communautaire avec les intervenants, notamment : médecins, dirigeants communautaires, citoyens, représentants élus, rencontres régulières avec les secteurs (grandes régions, petits hôpitaux, FSLD, CSC). En 2011, le RLISS met en œuvre son Plan de communications et de participation communautaire 2011-2012 qui vise à engager la participation des collectivités et des fournisseurs de services de santé de la région. D'ici à l'automne 2011, plus de 25 séances auront eu lieu dans le but de : 1) veiller à ce que les programmes et services financés par le RLISS concordent avec les besoins de santé des résidents du Nord-Est de l'Ontario; 2) voir à ce que les stratégies du RLISS soient en place pour améliorer l'accès aux services, notamment les soins communautaires pour les gens du Nord; et 3) tirer parti des possibilités d'intégration dans les grandes régions du RLISS afin d'axer le système de santé sur le patient.
- Rédiger des récits/articles qui démontrent que le PAA est réalisé au profit des populations locales – par le truchement des documents Info Minute RLISS, Nouvelles du Nord-Est, d'affichages sur le site Web et des médias sociaux.
- Maintenir une démarche proactive à l'égard des médias – souligner les activités du RLISS dans des médias locaux ciblés au moins une fois par semaine (toutes les activités relatives aux relations médiatiques sont surveillées et compilées).
- RLISS 101 – intégrer les initiatives et priorités du PAA dans la présentation RLISS 101 et les activités de participation communautaire.
- Organiser des activités de sensibilisation et de partage de renseignements
- Maintenir une boîte d'outils de moyens de communication
 - *Rapport annuel de 2010-2011*
 - *Communiqués de presse*
 - *Messages par courriel*
 - *Blogue de la directrice générale – Aux gens du nord (publication mensuelle)*
 - *Site Web du RLISS du Nord-Est*
 - Site public
 - Espaces de travail en collaboration des FSS
- Calendrier des événements affichés sur le site Web
- Info Minute RLISS – Publication mensuelle d'une page portant sur le travail du RLISS, ses bienfaits et son rôle dans la vie des gens
- Board Talk – points saillants mensuels électroniques des activités du RLISS pour les membres du conseil
- Points à l'ordre du jour des réunions du conseil
- Médias sociaux – Facebook et Twitter