

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

Plan d'activités annuel 2012-2013

30 juin 2012

Plan d'activités annuel 2012-2013

CONTEXTE	3
LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU RLISS DU NORD-EST	3
PLAN OPÉRATIONNEL DU RLISS DU NORD-EST, 2012-2013.....	5
MANDAT ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	6
ÉVALUATION DES ENJEUX AUXQUELS FAIT FACE LE RLISS DU NORD-EST (ANALYSE DU CONTEXTE DES OPPORTUNITÉS ET DES RISQUES)	6
INDUCTEURS DE CHANGEMENTS SYSTÉMIQUES NOUVEAUX OU CHANGEANTS	8
RENDEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	10
SURVOL ET MISE EN ŒUVRE DES PRIORITÉS DU PSSI COURANT.....	15
STRATÉGIES et SOLUTIONS CONCERNANT LES AUTRES NIVEAUX DE SOINS	15
TEMPS D'ATTENTE À L'URGENCE	21
VIEILLIR CHEZ SOI	24
SERVICES DE SANTÉ POUR LES AUTOCHTONES, LES MÉTIS ET LES PREMIÈRES NATIONS	27
SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS	31
SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES	37
TRAITEMENT DU DIABÈTE	40
RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ.....	44
OPTIMISATION DES SERVICES CHIRURGICAUX.....	46
CYBERSANTÉ	49
INTÉGRATION	55
DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT PROPOSÉES, REVENUS PROJETÉS ET EXIGENCES EN MATIÈRE DE FINANCEMENT	58
PLAN DE COMMUNICATIONS ET DE PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	61

CONTEXTE

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

Le 30 juin 2012

Rachel E. Kampus
Sous-ministre adjointe par intérim
Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Madame,

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 2012-2013.

Le PAA pour 2012-2013 présente le détail de la situation actuelle et des plans d'action visant à améliorer l'accès aux services de santé pour les gens du Nord. Notre PAA est conforme au Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé, à notre plan opérationnel de 2012-2013, au rapport sommaire des séances de participation communautaire du RLISS du Nord-Est et à notre Plan de services de santé intégrés (PSSI) de 2010-2013.

En 2012-2013, nous continuerons de travailler à la mise en œuvre des projets et démarches nécessaires à la réalisation de notre PSSI de 2010-2013. Ce PAA présente un compte rendu complet de l'état de nos travaux à cet égard. En outre, cette année nous focaliserons les priorités de notre plan opérationnel de 2012-2013 qui a été rédigé directement en réponse aux commentaires reçus de milliers de résidents du Nord lors de séances de participation communautaire tenues au cours des douze derniers mois (voir le plan en page 4). Le plan opérationnel pose de solides fondements pour l'élaboration cette année de notre PSSI de 2013-2016.

Nous continuons de nous concentrer sur l'édification d'un système de santé *local* plus axé sur le patient et intégré en collaboration avec les intervenants du Nord-Est de l'Ontario.

En juin 2012, le conseil d'administration du RLISS du Nord-Est a reçu deux plans de réalignement : un pour la grande région de Cochrane et l'autre pour le district de Temiskaming. Chacun d'eux a été rédigé à la suite de séances focalisées avec plus de 650 résidents du Nord et décrit les prochaines étapes vers la réalisation d'un système de santé plus axé sur le patient, aligné démographiquement et intégré dans ces deux régions de notre RLISS.

Les travaux de réalignement concentrés sur la réalisation d'un système de santé axé sur le patient à l'échelle de notre région se poursuivront pendant l'exercice 2012.

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

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

Le président du conseil par intérim,

Wally Wiwchar

PLAN OPÉRATIONNEL DU RLISS DU NORD-EST, 2012-2013

Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé

De meilleurs soins aux patients grâce à un meilleur rendement de nos dollars investis en santé

Voici les priorités : garder l'Ontario en santé; un accès rapide à des soins de santé familiale renforcés; de bons soins, au bon moment, au bon endroit



Objectif premier du RLISS du Nord-Est

Réaligner les fournisseurs de services du Nord-Est ontarien pour améliorer l'accès à des soins de qualité pour les gens du Nord et assurer un système plus axé sur le patient et centré sur la communauté.

Priorités pour 2012-2013

- Renforcer la coordination des soins primaires
- Améliorer la coordination et les transitions dans le secteur des soins
- Faciliter le réalignement et la transformation du système
- Rendre les programmes et services de santé mentale et de lutte contre les dépendances plus accessibles

Habilitateurs

- Cibler les besoins de groupements de population spéciaux
 - Francophones du Nord
 - Autochtones/Premières Nations/Métis du Nord
- Élargir les possibilités de cybersanté
- Faciliter le recrutement et conservation des professionnels de la santé
- Ententes de responsabilisation avec les fournisseurs de services de santé
- *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*



Résultats/mesures

Indicateurs du rendement de l'entente de responsabilisation MSSLD-RLISS

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.

Les éléments essentiels à la réalisation de la vision du RLISS du Nord-Est sont notre Plan d'activités annuel courant, notre plan opérationnel de 2012-2013, le rapport sommaire de 2011 sur les séances de participation communautaire du RLISS du Nord-Est et notre Plan de services de santé intégrés (PSSI) de 2010-2013. Chaque élément est essentiel à l'édification d'un système de santé plus intégré et axé sur le patient dans le Nord-Est ontarien.

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 2011, il comptait environ 551 042 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 environ 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 5,3 % entre 1996 et 2011, tandis que celle de l'Ontario a augmenté de 19,5 %. 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 2011 de Statistique Canada (Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, numéro 82-228-XWE au catalogue. Ottawa. Publié le 25 octobre 2011) 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 (19,8 % et 14,5 %) et exposition à la fumée secondaire à la maison (7,0 % et 5,2 %)
- adultes qui consomment une quantité excessive d'alcool (19,7 % et 15,9 %)
- adultes obèses (24,1 % et 18 %).

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

- arthrite/rhumatisme (24,1 % et 17,3 %)
- asthme (9,4 % et 8,3 %)
- hypertension artérielle (22,4 % et 17,4 %)
- diabète (8,0 % contre 6,8 %)
- taux d'hospitalisation pour un infarctus aigu du myocarde - 294 contre 207 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 (79,5 % contre 82,2 %) et une proportion inférieure de personnes qui affirment avoir un médecin (85,4 % contre 91,1 %). 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

Selon les indicateurs de santé publiés en mai 2012 par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le RLIS du Nord-Est a affiché un rendement inférieur (statistiquement significatif) à celui du Canada (et inférieur à celui de la plupart des RLIS de l'Ontario (signification statistique non mesurée dans ce cas)) dans plusieurs secteurs, dont les suivants :

- Rapport de dépendance
- Mortalité prématurée (taux de mortalité, nombre d'années potentielles de vie perdues)
- Mortalité potentiellement évitable
- Mortalité évitable de causes pouvant être prévenues
- Hospitalisation à la suite d'une blessure
- Mortalité évitable de causes traitables
- Événement d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation
- Événement d'accident vasculaire cérébral menant à une hospitalisation
- Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde
- Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral
- Réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde
- Réadmission dans les 30 jours suivant des soins médicaux
- Réadmission dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux
- Réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale
- Patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale
- Hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée
- Hospitalisation liée à la maladie mentale
- Jours-patients associés à une maladie mentale
- Revascularisation cardiaque
- Hystérectomie

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.

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 2011 (ministère des Finances), le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus dans le RLIS du Nord-Est s'élève à environ 17,8 %, comparativement à 14,1 % pour l'ensemble de l'Ontario, soit une différence de 3,7 %. Des projections plus poussées révèlent que 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 RLISS du Nord-Est, cette population vieillissante se traduira par une hausse :

- des maladies chroniques (avec comorbidités connexes);
- de la demande pour de nombreux services de santé;
- de la demande de soins de longue durée;
- de la demande 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 RLISS 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 entraîne au bout du compte des résultats négatifs pour la santé des résidents du Nord-Est de l'Ontario.

Rendement du système de santé

L'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS (ERMR) définit la relation entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et le RLISS du Nord-Est en ce qui a trait à la prestation de programmes et services de santé locaux. Les indicateurs en page suivante sont inclus dans l'ERMR de chaque RLISS. Il importe de noter que la dernière colonne du tableau est une estimation au moment de mettre sous presse, car les résultats définitifs pour le dernier trimestre de l'exercice 2011-2012 n'étaient pas disponibles. Les résultats préliminaires révèlent un changement favorable pour plusieurs indicateurs dû à la mise en œuvre des initiatives du RLISS, mais ils ne pouvaient pas être inclus au moment de mettre sous presse. Pour un rapport d'étape à jour sur les indicateurs, prière de communiquer avec le RLISS du Nord-Est ou de consulter www.nelhin.on.ca.

	Indicateur de rendement	Valeur de départ du RLISS 2011-2012	Cible de rendement du RLISS 2011-2012	Rendement du RLISS pour le plus récent trimestre de 2011-2012	Écart de la cible pour le résultat du plus récent trimestre*	Résultat annuel du RLISS pour 2011-2012
Service des urgences / autres niveaux de soins						
1	Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS) – par RLISS ou établissement***	33 %	17 %	25 %	47,5 %	32%
Des progrès ont été réalisés en 2011-2012; 27 000 jours consacrés aux ANS ont été éliminés du système entre le 1 ^{er} et le 3 ^e trimestre. On a mis l'accent sur l'élargissement des services suivants : Chez soi avant tout, services d'aide à la vie autonome, planification intégrée des congés, lits d'évaluation et de rétablissement. On a également renforcé la capacité des soins dispensés aux aînés et aux aînés frêles à l'extérieur de l'hôpital. Ces efforts se poursuivront en 2012-2013 et seront renforcés à l'aide d'un soutien additionnel pour les patients manifestant des troubles du comportement, de responsables de cas dans des équipes de santé familiale sélectionnées et du nouveau mandat du RLISS concernant la planification des soins primaires.						
2	Durée du séjour à l'urgence pour les patients admis – 90 ^e percentile	28	23,5	28	19 %	27
La durée du séjour à l'urgence pour les patients admis s'est améliorée en 2011-2012. Neuf des onze emplacements surveillés ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à 25 heures. Le nombre élevé de patients en attente d'ANS dans les hôpitaux de Sudbury et Timmins aux heures de pointe a exacerbé les temps d'attente.						
3	Durée du séjour à l'urgence des patients non admis ayant des troubles complexes (I-III sur l'ETG) – 90 ^e percentile	7	6,5	7	13 %	7
La durée du séjour au SU pour les patients non admis ayant des troubles complexes est restée stable durant l'année. Les patients ayant des troubles complexes appartiennent aux niveaux I à III de l'ETG et se présentent à l'urgence pour des affections virtuellement mortelles ou des problèmes de santé urgents. Neuf des onze emplacements surveillés ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à sept heures. Le nombre élevé d'admissions aux ANS et au SU à Sudbury, particulièrement, a contribué à une						

<i>augmentation des temps d'attente.</i>						
4	Durée du séjour à l'urgence des patients non admis ayant des troubles mineurs non compliqués (IV-V sur l'ETG) – 90 ^e percentile	4	4	4	10%	4
<i>La durée du séjour au SU pour les patients non admis ayant des troubles mineurs est restée stable durant l'année. Les patients ayant des troubles mineurs appartiennent aux niveaux IV ou V de l'ETG et se présentent à l'urgence pour des problèmes de santé non urgents, notamment une fièvre basse, le retrait de points de suture, etc. Sept des onze emplacements surveillés ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à quatre heures.</i>						
Temps d'attente pour une chirurgie						
5	Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90 ^e percentile	62	48	65	35 %	61
<i>Les temps d'attente pour une chirurgie du cancer sont restés relativement stables en 2011-2012.</i>						
6	Temps d'attente pour un pontage coronarien – 90 ^e percentile	62	49	29	-41 %	31
<i>Les temps d'attente pour les pontages coronariens se sont considérablement améliorés en 2011-2012 grâce à l'ajout d'un chirurgien et aux améliorations apportées à la circulation des patients à Horizon Santé-Nord à Sudbury.</i>						
7	Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90 ^e percentile	125	125	159	27 %	156
<i>Les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte ont augmenté en 2011-2012 par suite de l'augmentation des volumes (demande). Avant la fin de l'exercice, le RLISS a réaffecté des volumes aux emplacements chirurgicaux et augmenté la capacité pour diminuer les pressions.</i>						
8	Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche – 90 ^e percentile	301	215	332	54 %	306
<i>Les temps d'attente ont légèrement augmenté en 2011-2012. Tous les emplacements sauf Timmins ont atteint leurs volumes (Timmins n'a pu atteindre ses volumes par suite de l'indisponibilité des chirurgiens). Le RLISS a assigné des volumes additionnels pour diminuer les pressions au quatrième trimestre.</i>						
9	Temps d'attente pour l'arthroplastie du genou – 90 ^e percentile	426	300	367	22 %	402
<i>Les temps d'attente ont diminué en 2011-2012. Tous les emplacements sauf Timmins (par suite de problèmes d'approvisionnement chirurgical) ont atteint leurs volumes et le RLISS a assigné des volumes additionnels au quatrième trimestre. L'amélioration des temps d'attente est tributaire de volumes additionnels pour le RLISS du Nord-Est et du recrutement de chirurgiens (Timmins).</i>						
Temps d'attente pour un examen diagnostique						
10	Temps d'attente pour un examen diagnostique par IRM - 90 ^e percentile	105	80	75	-6 %	106
<i>Les temps d'attente pour un examen par IRM se sont améliorés en 2011-2012 grâce à l'ajout du premier appareil d'IRM à North Bay en mai 2011. On s'attend à ce que les temps d'attente continuent de s'améliorer grâce à ce nouvel appareil, mais la demande d'IRM continue d'augmenter, car elle reste la méthode diagnostique de choix des cliniciens.</i>						
11	Temps d'attente pour un examen diagnostique par tomographie –	33	33	27	-18 %	29

	90 ^e percentile					
Les temps d'attente pour un examen par tomodensitométrie se sont améliorés en 2011-2012 et l'on s'attend à ce qu'ils restent entre 28 et 30 jours en 2012-2013.						
Excellence des soins pour tous/qualité						
12	Réadmission dans un délai de 30 jours pour des groupements de maladies analogues sélectionnées**	17 %	14 %	16 %	14 %	16 %
Le rendement s'est légèrement amélioré. Des initiatives à Sudbury, notamment la clinique pour insuffisance cardiaque globale et l'unité des soins de transition, s'adressent à ce groupe de patients et devraient entraîner une réduction des réadmissions à l'hôpital. Les responsables de cas d'équipes de santé familiale sélectionnées accéléreront l'identification des aînés frères et la planification de leur traitement.						
Santé mentale et dépendances						
13	Visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des troubles mentaux**	19 %	18 %	18 %	-0,3 %	18 %
Le rendement au quatrième trimestre a atteint la cible. Les initiatives mises en œuvre au quatrième trimestre de 2011-2012, notamment un conseiller en toxicomanie au SU d'Horizon Santé-Nord, un soutien par les pairs au SU du Centre régional de santé de North Bay, un responsable de cas au SU de l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie et l'accès à des heures additionnelles pour les lits « sûrs » destinés aux patients en sevrage à Timmins, contribueront à diminuer les visites répétées inutiles au SU en 2012-2013.						
14	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**	30 %	27 %	30 %	10 %	26 %
Le rendement à la fin de l'exercice se rapprochait de la cible. Les initiatives mises en œuvre au quatrième trimestre de 2011-2012, notamment un conseiller en toxicomanie au SU d'Horizon Santé-Nord, un soutien par les pairs au SU du Centre régional de santé de North Bay, un responsable de cas au SU de l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie et l'accès à des heures additionnelles pour les lits « sûrs » destinés aux patients en sevrage à Timmins, contribueront à diminuer les visites répétées inutiles au SU en 2012-2013.						
Accès aux soins communautaires						
15	Temps d'attente au 90 ^e percentile pour les services de soins à domicile du CASC entre la demande en milieu communautaire et le premier service du CASC (gestion de cas exclue)***	73	66	61	-7%	56
Le rendement était inférieur à la cible pour 2011-2012 et cette tendance se poursuivra en 2012-2013, car on met l'accent sur le renforcement de la capacité communautaire dans la région pour prendre soin des gens à l'extérieur de l'hôpital. Le CASC du Nord-Est met en œuvre des lignes directrices normalisées pour les services de réadaptation (qui sont un secteur clé pour l'amélioration du rendement).						
* Un pourcentage négatif signifie que le RLSS est en deçà de sa cible. ** Les données pour l'exercice 2011-2012 portent sur les quatre derniers trimestres (3^e trimestre de 2010-2011 et 2^e trimestre de 2011-2012) pour des questions d'accessibilité. *** Les données pour l'exercice 2011-2012 portent les quatre derniers trimestres (4^e trimestre de 2010-2011 et 3^e trimestre de 2011-2012) pour des questions d'accessibilité.						

Rapport sur les indicateurs de rendement en vertu de l'ERMR

Histoires de réussite : Les temps d'attente pour plusieurs interventions se sont améliorés par rapport à l'exercice précédent – les temps d'attente pour un pontage coronarien étaient les deuxièmes parmi les plus bas à l'échelle de la province, les temps d'attente pour un examen par tomodensitométrie étaient très inférieurs à la cible, les temps d'attente pour un examen par IRM ont diminué, les temps d'attente pour une arthroplastie du genou se sont améliorés grâce à l'ouverture de centres d'évaluation des articulations financés par le RLSS.

Autres niveaux de soins (ANS) : Beaucoup de progrès ont été réalisés en 2011-2012; 27 000 jours consacrés aux ANS ont été éliminés du système entre le 1^{er} et le 3^e trimestre. Le RLSS du Nord-Est a focalisé les initiatives suivantes pour diminuer les taux de patients en attente d'ANS : Chez soi avant tout, services d'aide à la vie autonome, planification intégrée des congés, lits d'évaluation et de rétablissement. Les efforts se poursuivront en 2012-2013 et seront renforcés à l'aide d'un soutien pour les patients manifestant des troubles du comportement, de responsables de cas dans des équipes de santé familiale sélectionnées et de l'intégration continue des soins primaires dans la planification du RLSS.

Service des urgences (SU) : La durée du séjour à l'urgence pour les patients admis s'est améliorée en 2011-2012. Neuf des onze emplacements surveillés ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à 25 heures. Le nombre élevé de patients en attente d'ANS à Sudbury et à Timmins, en particulier, a entravé la circulation des patients et exacerbé les temps d'attente. Une vigilance continue en 2012-2013 améliorera les temps d'attente pour les patients admis au SU. La durée du séjour au SU pour les patients non admis ayant des troubles complexes est restée stable durant l'année. Neuf des onze emplacements surveillés ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à la cible provinciale de sept heures. Le nombre élevé d'admissions aux ANS et au SU à Sudbury, particulièrement, a contribué au manque d'amélioration en 2011-2012. La durée du séjour au SU pour les patients non admis ayant des troubles mineurs est restée stable durant l'année. Sept des onze emplacements surveillés ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à la cible provinciale de quatre heures. La circulation des patients aux SU de Sudbury et de Timmins a contribué au rendement sur le plan de la durée du séjour. L'amélioration des ANS et la réduction des admissions au SU, particulièrement à Sudbury, diminueront la durée du séjour au SU pour les patients non admis ayant des troubles mineurs en 2012-2013. Le RLSS du Nord-Est travaille étroitement avec Horizon Santé-Nord et ses partenaires communautaires pour diminuer la durée des séjours à l'urgence à Sudbury. On anticipe que ces efforts réduiront le surpeuplement à l'urgence, améliorant ainsi le rendement sur le plan des temps d'attente.

Temps d'attente pour une chirurgie

Chirurgie du cancer : Les temps d'attente pour une chirurgie du cancer sont restés relativement stables en 2011-2012. L'arrivée de nouveaux chirurgiens (urologie, oto-rhino-laryngologie) à Sault-Sainte-Marie a entraîné une augmentation des temps d'attente dans cette communauté, car auparavant les patients étaient envoyés à l'extérieur de la ville pour recevoir les soins spécialisés requis. Les temps d'attente pour une chirurgie du cancer sont considérés comme un secteur prioritaire pour l'obtention de meilleurs résultats à Sault-Sainte-Marie en 2012-2013 et cela entraînera une réduction des temps d'attente. On s'attend à ce que les temps d'attente à Sudbury diminuent en 2012-2013. La nomination d'un responsable de la participation communautaire et des médecins par le Centre régional de cancérologie contribuera à normaliser la priorisation des patients dans le RLSS et mènera à une amélioration du rendement sur le plan des temps d'attente.

Chirurgie du cœur : Les temps d'attente pour les pontages coronariens se sont considérablement améliorés en 2011-2012 grâce à l'ajout d'un chirurgien et à l'alignement de la circulation des patients à Horizon Santé-Nord à Sudbury.

Chirurgie de la cataracte : Les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte ont augmenté en 2011-2012 par suite du volume (demande). Tous les emplacements chirurgicaux ont répondu à la demande avec la capacité additionnelle disponible. On s'attend à ce que la diminution de 10 % des volumes pour 2012-2013 entraîne une augmentation des temps d'attente. Le RLISS continuera de faire pression sur le MSSLD pour obtenir des volumes additionnels.

Arthroplasties de la hanche : Les temps d'attente ont progressé légèrement en 2011-2012. Tous les emplacements sauf Timmins (par suite de problèmes d'approvisionnement chirurgical) ont atteint leurs volumes et le RLISS a assigné des volumes additionnels au quatrième trimestre. L'amélioration des temps d'attente dans le RLISS du Nord-Est est tributaire de volumes additionnels et du recrutement de chirurgiens (Timmins). Le RLISS continuera de faire pression sur le MSSLD pour obtenir des volumes additionnels. En 2011-2012, il a mis en place cinq centres d'évaluation des articulations, un dans chacun des centres de chirurgie orthopédique.

Les centres d'évaluation des articulations permettent aux patients d'avoir accès à un physiothérapeute de pratique avancée qui effectue des évaluations exhaustives et conseille le chirurgien sur le meilleur traitement. En 2011-2012, 1 500 patients ont été évalués et jugés aptes à subir un traitement conservateur, ce qui a évité une intervention et permis aux chirurgiens de se consacrer aux patients destinés à subir une intervention. En outre, les centres d'évaluation des articulations ont permis aux patients d'opter pour le prochain chirurgien libre dans le RLISS. En 2011-2012, 477 patients ont choisi cette option.

Arthroplasties du genou : Les temps d'attente ont diminué en 2011-2012. Tous les emplacements sauf Timmins (par suite de problèmes d'approvisionnement chirurgical) ont atteint leurs volumes et le RLISS a assigné des volumes additionnels au quatrième trimestre. L'amélioration des temps d'attente est tributaire de volumes additionnels pour le RLISS du Nord-Est et du recrutement de chirurgiens (Timmins). Le RLISS continuera de faire pression sur le MSSLD pour obtenir des volumes additionnels.

La mise en œuvre de centres d'évaluation des articulations, mentionnée précédemment (arthroplasties du genou), a également rendu énormément service aux gens du Nord qui ont des problèmes de genou.

Examens par IRM : Les temps d'attente pour un examen par IRM se sont améliorés en 2011-2012 grâce à l'ajout du premier appareil d'IRM à North Bay en mai 2011. Au quatrième trimestre de 2011-2012, le RLISS a atteint sa cible de rendement de 80 jours (le temps d'attente réel était de 75 jours). On s'attend à ce que les temps d'attente actuels de 75 à 80 jours se maintiennent en 2012-2013. Il y a une capacité additionnelle non financée à Sault-Sainte-Marie, Timmins et North Bay. La demande d'IRM continue d'augmenter, car elle reste la méthode diagnostique de choix des cliniciens.

Examens par tomodensitométrie : Les temps d'attente pour un examen par tomodensitométrie se sont améliorés en 2011-2012 et l'on s'attend à ce qu'ils restent entre 28 et 30 jours en 2012-2013.

Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous/qualité : Le rendement s'est légèrement amélioré. Des initiatives à Sudbury, notamment l'unité des soins de transition, s'adressent aux patients atteints d'une insuffisance cardiaque globale et d'une bronchopneumopathie

chronique obstructive et devraient entraîner une réduction des réadmissions à l'hôpital. Les responsables de cas d'équipes de santé familiale sélectionnées accéléreront l'identification des aînés frêles et la planification de leur traitement.

SURVOL ET MISE EN ŒUVRE DES PRIORITÉS DU PSSI COURANT

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.)*

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 au cours des dernières années, le Nord-Est affiche le pourcentage le plus élevé de lits pour soins actifs occupés par des patients en attente d'ANS. Des progrès importants ont été réalisés l'année dernière, mais 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 2012-2013 du RLISS présente diverses stratégies et approches pour régler la question des ANS dans le Nord-Est. Il focalise les facilitateurs et le continuum de services requis par les patients en attente d'ANS.

En juin 2011, le D^r David Walker et son équipe d'action provinciale sur les ANS ont rendu visite au RLISS et rencontré divers hôpitaux et fournisseurs de services de santé. Ils ont recommandé au RLISS d'actualiser annuellement son plan d'action sur les ANS. Un sommaire du plan d'action est présenté ci-après.

Sommaire du Plan d'action sur les ANS 2012-2013 du RLISS du Nord-Est

Habilitateurs	Continuum de services				
Gestion et surveillance des projets/programmes	Communauté	Service des urgences	Soins actifs aux hospitalisés	Soins ambulatoires	Soins postactifs
Comité exécutif des SUI/ANS du Nord-Est (grande région)	Services d'aide à la vie autonome pour les aînés	Unité de court séjour	Hôpitaux adaptés aux besoins des aînés	Élargissement des services gériatriques spécialisés du Nord-Est	Chez soi avant tout (et maximums de services du CASC)
Comité directeur des SUI/ANS du Nord-Est	Soins primaires	Unité de décision clinique	Unité de soins actifs aux aînés	Hôpital de soins gériatriques de jour	Planification intégrée des congés
	Soins au terme de la vie	Infirmière spécialisée en gestion des urgences gériatriques	Programme Elder Life Program	Infirmière itinérante en psychogériatrie	Capacité transitionnelle
	Prévention des chutes	Services de garde au SU		Cliniques sur la PGMC	Programmes d'évaluation / de rétablissement
	Modèle de prestation intégrée des services de soutien communautaire				Télésoins à domicile
					Soutien en cas de troubles du comportement
					Planification d'une unité spécialisée pour les FSLD

Situation actuelle					
Comme l'indiquent les rapports d'inventaires trimestriels, le RLISS du Nord-Est continue de faire face à d'énormes enjeux dus aux ANS (en général, environ 25 % des journées de soins actifs dans le Nord-Est sont consacrées aux ANS). On poursuit la mise en œuvre d'initiatives comme Chez soi avant tout et la planification intégrée des congés dans les hôpitaux des quatre grandes régions : lits d'évaluation/de rétablissement à Sudbury, Sault Ste. Marie, North Bay et Timmins; lits de soins de transition à délai déterminé à Sudbury et Sault Ste. Marie; services communautaires et services d'aide à la vie autonome pour les aînés renforcés dans l'ensemble de la région. Ces initiatives portent leurs fruits. La surveillance hebdomadaire des ANS dans les hôpitaux de la région effectuée par le RLISS révèle que le taux d'ANS atteint entre 10 % et 15 % des jours en lits de soins actifs dans les hôpitaux des quatre grandes régions.					
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 : • Dans la mesure du possible, concentrer les ressources disponibles sur l'élargissement de la capacité de l'aide à la vie autonome pour les aînés et mettre en œuvre une démarche régionale à cet égard pour tirer parti de toutes les occasions de maximiser les ressources dans la région. • Continuer d'élargir les services gériatriques spécialisés du Nord-Est. • Continuer de répandre les programmes axés sur les meilleures pratiques dans le continuum de services liés aux ANS. Amélioration du processus de prestation des services : • Poursuivre la mise en œuvre de la stratégie Chez soi avant tout et de la planification intégrée du congé dans les hôpitaux des quatre grandes régions. • Mettre en œuvre des initiatives centrées sur l'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés et les programmes d'amélioration des processus. • Renforcer les maillages avec les soins primaires grâce au travail du nouveau responsable des soins primaires du RLISS du Nord-Est qui contribuera à l'élaboration de stratégies visant à diminuer les pressions liées aux SU/ANS y compris les visites évitables au SU. • D'ici à la fin de 2012-2013, mettre en œuvre le rôle élargi du CASC. Gestion et surveillance du rendement : • Le RLISS du Nord-Est continuera de travailler 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 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 ontarien.

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.					
	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
Mettre en œuvre une démarche régionale à l'égard des services d'aide à la vie autonome pour les aînés pour tirer parti de toutes les occasions de maximiser les ressources dans la région, p. ex. l'élaboration du modèle de grande région décrit dans la Politique des services d'aide à la vie autonome pour les personnes âgées à risque élevé, 2011		20 %		20 %		20 %
Poursuivre la mise en œuvre de Chez soi avant tout et de la planification intégrée du congé dans les hôpitaux des quatre grandes régions.	Le programme a été mis en œuvre dans les hôpitaux des quatre grandes régions et est en voie de mise au point.	100 %				
Élargir les Services gériatriques spécialisés du Nord-Est.		20 %		20 %		20 %
Mettre en œuvre le plan du Projet ontarien de soutien en cas de troubles de décembre 2011.		100 %				

Élargir les options de soins au terme de la vie dans le RLSS.		33 %		33 %		33 %
Élargir les cliniques de soins ambulatoires et la télémedecine à domicile.		20 %		20 %		20 %
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 des postes d'intervenants pivots pour les patients en soins primaires.		100 %				
Placer des responsables de cas du CASC dans quatre des ESF de la région.		100 %				
Élaborer et mettre en œuvre des plans d'action axés sur la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés dans les hôpitaux du Nord-Est pour surveiller et traiter le déclin fonctionnel et le délire.		33 %		33 %		33 %
Mettre au point une démarche à l'échelle du RLSS à l'égard des rapports hebdomadaires sur les ANS.		100 %				

Retombées attendues des points d'action principaux

Vingt-quatre des hôpitaux généraux du Nord-Est sont petits et/ou ruraux. Comme l'indique le rapport du 30 juin 2011 du D^r Walker au MSSLD en page 19, « Dans de nombreux petits hôpitaux ruraux (souvent situés dans le nord) un très grand nombre de lits sont occupés par des patients reconnus comme ayant besoin d'un ANS, parfois plus de 50 p. cent de la capacité. Bon nombre de ces hôpitaux ont adapté leurs ressources afin de répondre aux besoins de la population à l'hôpital (réadaptation, comportement, soins palliatifs et parfois de rétablissement).

Après examen, il est clair que pour bon nombre de ces patients, il n'existe pas d'établissements de soins parallèles disponibles localement qui pourraient mieux répondre à leurs besoins. »

Il s'agit d'une considération unique pour le RLSS du Nord-Est qui s'attache à atteindre une cible de 17 % pour les ANS dans l'ensemble de sa région. La recommandation du D^r Walker, à savoir qu'il importe de reconnaître et d'appuyer le rôle des petits hôpitaux qui appuient les personnes âgées frêles dans leur communauté, est essentielle dans le Nord-Est, c'est-à-dire que ce ne sont

pas des patients en attente d'ANS, mais des patients qui sont au bon endroit au sein du continuum de leur communauté locale.

Néanmoins, les données sur les ANS fournies au RLISS par tous les hôpitaux chaque semaine indiquent que le nombre réel de journées consacrées aux ANS dans les lits de soins actifs se rapproche de la cible globale de 17 %.

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

- Les services essentiels dans la communauté sont insuffisants pour avoir l'effet voulu, par exemple en ce qui a trait aux besoins d'aide à la vie autonome des aînés. 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 RLISS 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.
- Il y a un manque de politiques et de processus à l'appui d'une réorientation des ressources vers la communauté et les soins à domicile.
- 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 ne relevant pas du système de santé 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).

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 26 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. • 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. En outre, plusieurs initiatives approuvées sont aux premières étapes de mise en œuvre, notamment : prestation intégrée de SSC en milieu hospitalier, travailleurs de la santé mentale aux SU et responsables de cas dans les ESF. • 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. Le détail du financement et des programmes au titre du Programme de financement axé sur les résultats pour 2012-2013 reste en suspens.
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/ADNS du gouvernement qui affirme ce qui suit :

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

Plans d'action/interventions	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.					
	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
Appariement des ressources et acheminement – voir la section sur la cybersanté pour le détail.						
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.						
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 traitera, entre autres, de l'accès aux services de santé mentale actifs et aux ressources et de la coordination des services de garde).		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.						
Travailler étroitement avec le MSSLD et les FSS pour traiter des constatations et des recommandations énoncées dans le document Améliorer le continuum des soins : Rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, novembre 2011.		25 %		25 %		25 %

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?

- 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. Comme l'indique le document Améliorer le continuum des soins : Rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, novembre 2011, ces partenariats et la responsabilisation accrue entre les partenaires sont essentiels pour éviter les séjours à l'urgence et à l'hôpital des patients médicalement complexes.

VIEILLIR CHEZ SOI

MODÈLE A : VIEILLIR CHEZ SOI

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

L'objectif premier 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.

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.

Situation actuelle

Comme l'indiquent les rapports d'inventaires trimestriels, le RLISS du Nord-Est continue de faire face à d'énormes enjeux dus aux ANS (en général, environ 25 % des journées de soins actifs dans le Nord-Est sont consacrées aux ANS).

On poursuit la mise en œuvre d'initiatives comme Chez soi avant tout et la planification intégrée des congés dans les hôpitaux des quatre grandes régions : lits d'évaluation/de rétablissement à Sudbury, Sault Ste. Marie, North Bay et Timmins; lits de soins de transition à délai déterminé à Sudbury et Sault Ste. Marie; services communautaires et services d'aide à la vie autonome pour les aînés renforcés dans l'ensemble de la région.

Ces initiatives portent leurs fruits. La surveillance hebdomadaire des ANS dans les hôpitaux de la région effectuée par le RLISS révèle que le taux d'ANS atteint entre 10 % et 15 % des jours en lits de soins actifs dans les hôpitaux des quatre grandes régions.

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

- Consacrer les fonds disponibles sur l'élargissement des services d'aide à la vie autonome pour les aînés.
- 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.
- 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.

(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'explorer des façons de financer l'élargissement des services gériatriques spécialisés du Nord-Est.

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

- Élargir les options du continuum de soins dans la région, notamment soutien en cas de troubles du comportement, capacité spécialisée et différenciée des FSLD.

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.

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.					
	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
Élargir les services d'aide à la vie autonome pour les aînés dans la région.		20 %		20 %		20 %

Élargir les Services gériatriques spécialisés du Nord-Est.		20 %		20 %		20 %
Mettre en œuvre la stratégie Chez soi avant tout dans les hôpitaux des quatre grandes régions.		60 %		40 %		
Construire des lits de soins de longue durée à Timmins et Wawa.		50 %		100 %		
Établir des lits intérimaires et permanents de soins de longue durée et d'évaluation/de traitement dans les quatre grands centres urbains.		100 %				
Élaborer un programme de prévention des chutes cohérent et exhaustif pour la région (faisant partie d'un programme provincial plus vaste).		50 %		50 %		

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 services essentiels dans la communauté sont insuffisants pour avoir l'effet voulu, par exemple en ce qui a trait aux besoins d'aide à la vie autonome des aînés. 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 RLIS 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.
- 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 ne relevant pas du système de santé 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).

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, leurs services de santé sont une priorité en eux-mêmes, mais ils doivent également faire partie intégrante des autres priorités du PSSI.
Situation actuelle
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. Des activités de participation dans tous les secteurs du RLISS du Nord-Est 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 ainsi que la prestation de soins par les fournisseurs de services de santé restent une priorité dans la région. Le comité local sur la santé des Autochtones du RLISS a récemment révisé son mandat. Il continuera 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 régler des questions ciblées et organiser des séances de participation qui répondent aux besoins des peuples indigènes de la région du Nord-Est. Le comité assure le partage du savoir entre les fournisseurs de services de santé aux Autochtones. Chaque membre transmet le savoir partagé à sa communauté, aux chefs et aux conseils pour avalisation. Les recommandations suivantes en vertu du cadre de santé mentale et de lutte contre les dépendances ont été approuvées par le comité pour 2012-2013 : (1) Créer des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances uniformes et intégrés pour les Autochtones. À cette fin, on doit renforcer l'intégration des services dans les secteurs suivants : guérison traditionnelle autochtone, santé mentale et lutte contre les dépendances, soins primaires, services provinciaux et fédéraux et organismes de services autochtones et conventionnels. (2) Renforcer l'intégration des approches traditionnelles autochtones et cliniques. On devrait encourager, appuyer et concevoir des mécanismes visant à appuyer l'intégration des approches traditionnelles et cliniques, suivant le cas et en partenariat avec les communautés autochtones et les organismes de services. (3) Augmenter le partage du savoir et l'accès à l'information grâce à la mise en œuvre d'un programme concernant les renseignements et les données sur la santé des Autochtones, Métis et Premières Nations, extrayant l'information des ensembles de données actuels afin d'élaborer de nouvelles bases de données et des ententes de partage des données.

(4) Appuyer l'élaboration de mécanismes de planification appropriés en créant une table ou un comité de planification autochtone dans le secteur de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances. Sa tâche sera de créer et de surveiller les systèmes et l'intégration des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les Autochtones dans le Nord-Est de l'Ontario.

L'analyse de l'état de santé et du contexte des Autochtones, Métis et Premières nations du Nord-Est (terminée en mars 2011) reste un document de travail alors que de nouvelles données et recherches sont compilées et distribuées à partir de ressources externes. Le RLISS a de la difficulté à établir des données statistiques exactes car les renseignements sur la santé, les ensembles de données et les identificateurs pour les Autochtones, Métis et Premières Nations sont limités.

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 41 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 35 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, 32 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 et des régions éloignées et isolées.

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-SLD.

Surveiller l'intégration de l'Autorité sanitaire de la région de Weeneebayko 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.
- Les 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.						
	2012-2013		2013-2014		2014-2015		
	Statut	%	Statut	%	Statut	%	
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		20 %		20 %		20 %	

autochtones, métisses et des Premières Nations dans le Nord-Est de l'Ontario.							
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 Weeneebayko Area Health Authority 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-SLD et leur offrir le soutien et les ressources nécessaires.		33%		33%		33%	
Partager les renseignements dégagés par 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.		50%		50%			
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).		33%		33%		33%	

Indicateurs de réussite

Les communautés Autochtones, métisses et des Premières Nations du RLISS 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. Le RLISS 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.

Un autre important obstacle à la mise en œuvre réussie des stratégies d'intégration et à l'accès aux services de santé est le mode de financement gouvernemental multiniveau et les relations juridictionnelles et gouvernementales complexes qui régissent les politiques et la gouvernance des Premières Nations.

Le RLISS 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 adoptée par le gouvernement fédéral reconnaît la relation juridique et traditionnelle entre le gouvernement fédéral et les peuples autochtones découlant de la constitution, des traités et des pratiques coutumières.

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 RLISS du Nord-Est considère comme prioritaire une participation efficace avec les intervenants francophones, puisque ceux-ci représentent 24 % de la population du Nord-Est. Des 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 nouvelle entité de planification des services de santé en français. 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.

Le RLISS a élaboré un plan d'action commun pour 2011-2012 avec l'entité de planification des services de santé en français – le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario. Un groupe de travail opérationnel composé des coordonnatrices des services en français du RLISS et des agents de planification du Réseau a été mis sur pied pour collaborer aux activités et initiatives de participation communautaire et mettre en œuvre le plan d'action en fonction des projets et priorités cernés. À la fin de 2011, le Réseau a soumis au RLISS un premier rapport comprenant un plan de participation communautaire. Conformément à l'entente de financement et de responsabilisation entre le Réseau et les RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest, un comité de liaison a été établi et les trois parties y seront représentées au niveau de la direction.

L'unité des services en français du RLISS comprend trois coordonnatrices des services en français et une directrice principale. L'unité 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 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. En 2010, le RLISS a accepté et approuvé des demandes de désignation en vertu de la *Loi sur les services en français* de deux FSS du Nord-Est et ces demandes sont en cours de traitement à l'Office des affaires francophones. De plus, le personnel du RLISS donne des conseils à sept autres FSS qui élaborent actuellement des plans de désignation.

Afin d'assurer et de surveiller l'amélioration continue de la qualité, de l'accessibilité et de l'intégration des services en français, on a mis au point le processus de responsabilisation en matière de services en français. À l'heure actuelle, 115 FSS ont un indicateur de rendement sur les services en français dans leur entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels de 2011-2014, leur entente de responsabilisation en matière de services liés aux foyers de soins de longue durée de 2010-2013 ou leur entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers de 2011-2012.

Le personnel des services en français du RLISS continue de travailler avec les cinq centres de santé communautaire (CSC) 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 communauté 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	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
Capacité des services en français						
Cibler chaque année 10 % des FSS identifiés aux fins de la mise en œuvre de services en français et de l'élaboration d'un plan de désignation à cette fin.		25 %		25 %		25 %
Travailler avec sept FSS pour les aider à finaliser leurs plans de désignation.		75 %		25 %		S.O
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 en matière de services liés aux foyers de soins de longue durée (ERS-SLD).		25 %		75 %		S.O
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 %
Mettre sur pied un groupe de travail opérationnel composé d'employés de l'unité des services en français du RLISS et de l'entité de planification des services de santé en français.		100 %		S.O		S.O
Utiliser le groupe de travail pour collaborer avec l'entité de planification des services de santé en français à la mise en œuvre des activités de participation de la communauté francophone.		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.

On met sur pied un groupe de travail opérationnel composé d'employés de l'unité des services en français du RLISS et de l'entité de planification des services de santé en français.

La participation communautaire francophone est renforcée par les activités de participation communautaire de l'entité de planification des services de santé en français, les activités de participation sont documentées et le processus décisionnel du RLISS tient compte des commentaires issus de ces séances.

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 :

Les rôles et responsabilités à l'égard de la participation communautaire francophone pourraient nécessiter des éclaircissements au moment où le plan d'action commun du RLISS et de l'entité de planification des services de santé en français est mis en œuvre.

Les initiatives cernées dans le plan d'action commun avec les CSC pourraient ne pas être mises en œuvre à cause de priorités concurrentes.

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, les mécanismes de rapport différents 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 RLISS 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 RLISS.

Le RLISS 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 des usagers (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 2012-2013, un plan visant à décentraliser 12 lits de services tertiaires de santé mentale pour enfants sera achevé et mis en œuvre.

Le RLISS a fourni à plusieurs FSS du Nord-Est un financement qui leur permettra d'offrir divers services spécialisés visant à diminuer le nombre de visites inappropriées aux services des urgences des hôpitaux et à réduire les besoins de services hospitaliers des usagers. Ces services incluent

une ligne de réconfort, des intervenants pivots pairs aux SU, un meilleur accès à des lits sûrs et la présence de conseillers communautaires en toxicomanie et de responsables de cas dans les SU. Le RLISS continuera de surveiller les résultats et d'orienter ou de réorienter les ressources au besoin.

Objectifs

En 2012-2013, le RLISS travaillera avec le conseil de l'organisation mère d'Algoma pour intégrer les services de 13 organismes en une organisation mère des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le but est d'intégrer les services pour 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 a travaillé avec le MSSLD pour mettre en œuvre/élargir le programme pilote Rebound à Sault Ste. Marie. Les deux organismes continueront de surveiller et d'évaluer ce programme.

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, les quatre hôpitaux de l'annexe 1 et nos partenaires du système de santé mentale pour enfants afin de décentraliser les lits régionaux de soins tertiaires de santé mentale pour enfants.

En collaboration avec Horizon Santé-Nord et le chapitre de Sudbury de l'Association canadienne pour la santé mentale, mettre en œuvre un service d'intervention en cas de crise à Sudbury. Cette initiative contribuera à diminuer les admissions au SU pour troubles de santé mentale.

Nous établirons un groupe de consultation régional qui conseillera le RLISS sur la mise en œuvre de la stratégie décennale du MSSLD. Le groupe aidera également le RLISS à planifier les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances à plus long terme et lui présentera des recommandations concernant les investissements de nouveaux fonds dans le système.

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 efficiences vers le système pour combler les lacunes de services.
- Bâtit une masse critique de services solide qui contribuera au recrutement et au maintien en poste 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.

	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
Offrir des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances intégrés dans Algoma.		25 %		30 %		45 %
Mettre en œuvre le plan visant à décentraliser les 12 lits de soins tertiaires de santé mentale pour enfants.		30 %		70 %		
Élaborer et mettre en œuvre un mécanisme pour rendre l'accès aux lits de soins de santé mentale actifs de l'annexe 1 plus rapide et équitable pour les petits hôpitaux de la région.		75 %		25 %		
Mettre en œuvre les systèmes RH & MID de GISC au sein de l'organisation mère intégrée d'Algoma.		50 %		50 %		
En collaboration avec Horizon Santé-Nord et le chapitre de Sudbury de l'Association canadienne pour la santé mentale, mettre en œuvre un service d'intervention en cas de crise centralisé au centre-ville de Sudbury. Le but est d'aider les services policiers du Grand Sudbury à aider plus facilement les usagers en situation de crise et à réduire les visites inappropriées au SU.		100 %				
De concert avec les FSS, mettre en œuvre des mesures visant à réduire les visites répétées à l'hôpital.		100 %				
Établir et mettre en place un groupe de consultation régional (santé mentale et lutte contre les dépendances) qui contribuera à la mise en œuvre de la stratégie décennale du MSSLD et à la planification d'un système de traitement plus cohérent et équitable dans le Nord-Est.		80 %		10 %		10 %
Travailler de concert avec le centre de toxicomanie et de santé mentale pour mettre en œuvre une formation axée sur les stigmates pour le personnel des SU de la région.		100 %				
Travailler avec les soins primaires pour piloter une initiative « enregistrement et transfert » de six mois avec le RTO.		75 %	25 %			

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. • La mise en œuvre d'« enregistrement et transfert », de la télémédecine à domicile et de CitiCall a engendré des discussions complexes avec les hôpitaux, médecins et autres FSS.

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 RLIS 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 : a) Réduire le risque. b) Améliorer l'accès à des soins intégrés pour le diabète. c) Améliorer la gestion du diabète conformément aux lignes directrices des pratiques cliniques. Le RLIS est également déterminé à aider ses fournisseurs de services de santé à identifier et à utiliser les services de PGMC dans le Nord-Est de l'Ontario.
Situation actuelle
Données des indicateurs cliniques de diabète pour le RLIS du Nord-Est Selon les indicateurs de rendement clés de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète (31 mars 2011), plus de 989 212 Ontariennes et Ontariens vivent avec le diabète. Le tableau 1 présente une comparaison des indicateurs de diabète pour le RLIS et l'Ontario.

Tableau 1 : Comparaison des indicateurs de diabète pour le RLISS du Nord-Est et l'Ontario, 2011

	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	989 212	56,9 %	69,1 %	67,6 %	39,6 %
RLISS du Nord-Est	54 051	46,9 %	53,7 %	72,0 %	33,1 %

Indicateurs de rendement clés de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète, rapport numéro 3, 31 mars 2011.

Tableau 2 : Patients diabétiques âgés de 18 ans et plus et statut sur le plan des tests au 31 mars 2011

	TOUTES LES PERSONNES DIABÉTIQUES				
Sous-région du RLISS	Trois tests subis	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	Tous les patients diabétiques
Algoma	5 248	7 026	7 456	9 220	11 990
Côtes des baies James et Hudson (1)	-	-	-	-	921
Nipissing	2 055	2 976	3 505	5 857	8 173
Parry Sound	1 494	2 034	2 186	2 531	3 268
Manitoulin-Sudbury	6 553	9 494	11 415	13 525	19 094
Timiskaming	981	1 426	1 583	2 355	3 222
Cochrane	1 528	2 338	2 764	4 993	7 294
13. RLISS du Nord-Est	17 869	25 314	28 937	38 873	53 962

Indicateurs de rendement clés de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète, rapport numéro 3, 31 mars 2011.

Maladies chroniques dans le Nord-Est de l'Ontario :

Le profil sanitaire du Nord-Est de l'Ontario révèle une prévalence accrue de maladies chroniques, notamment :

- arthrite/rhumatisme – 24 % c.17 %;
- asthme – 10 % c. 8 %;
- hypertension – 23 % c. 17 %;
- hospitalisations pour des troubles cardiaques – 314 c. 216 par tranche de 100 000 personnes.

Facteurs qui multiplient la prévalence de maladies chroniques dans la région du RLISS du Nord-Est :

- 17 % des gens de notre région ont 65 ans et plus. Ce pourcentage devrait passer à 30 % dans 20 ans. Les maladies chroniques sont plus prévalentes dans les groupes plus âgés.
- Le Profil de la santé de 2010 de Statistique Canada signale qu'une proportion inférieure de résidents du RLISS du Nord-Est signale une santé perçue très bonne ou excellente. Le profil révèle une limitation des activités supérieure à celle de l'Ontario – 34,8 % contre 27,8 % - et une proportion supérieure de personnes signalant des douleurs ou malaises empêchant des activités – 17,4 % contre 13,2 %.

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 services de PGMC et aider ses fournisseurs de services de santé à identifier ces services.

Le RLISS a cerné quatre objectifs :

- Appuyer la mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.
- Dresser un inventaire des services de PGMC dans le Nord-Est de l'Ontario.
- Animer un forum de suivi sur la PGMC.
- Tenir un premier forum sur la PGMC pour les Premières Nations.

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.

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.					
	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
	Statut	%	Statut	&	Statut	%
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.		100 %		s.o		s.o
Collaborer avec le nouveau centre régional de coordination du diabète.		100 %		s.o		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		50 %		50 %		s.o

données sur les maladies chroniques avec le responsable régional de la mise en œuvre du projet d'autogestion.						
En consultation avec le comité consultatif des professionnels de la santé et en association avec la santé publique et l'Ontario Medical Association, animer un forum de suivi sur la prévention et la gestion des maladies chroniques dans le RLISS.		100 %		S.O		S.O
Tenir le deuxième forum annuel 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 pour les Premières Nations.		100 %		S.O		S.O
Dresser un inventaire des services de PGMC.		100 %		S.O		S.O

Indicateurs de réussite

Le RLISS du Nord-Est a cerné quatre objectifs précis.

Objectif 1 : Continuer d'appuyer la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.

- Travailler avec les partenaires locaux pour assurer que le déploiement se poursuit.

Objectif 2 : Dresser un inventaire des services de PGMC dans la région du RLISS.

- Compiler les données sur la prestation des soins aux diabétiques. Partager l'information avec les intervenants du RLISS à l'aide du site Web du RLISS et d'un forum sur la PGMC.

Objectif 3 : Animer un forum de suivi sur la PGMC.

- Travailler étroitement avec le comité consultatif des professionnels de la santé pour assurer que le forum continue de répondre aux besoins et aux attentes des intervenants du RLISS.

Objectif 4 : Tenir un forum sur la PGMC pour les Premières Nations – le premier pour le RLISS du Nord-Est.

- Engager les intervenants des Premières Nations à discuter de l'impact des maladies chroniques dans leurs communautés.

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

Risques pour l'objectif 1 : Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète

- Étant donné que la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre le diabète sera terminée en mars 2012, la gestion continue des programmes et des initiatives pourrait être compromise par le manque de ressources financières à cette fin.

Risques pour les objectifs 2 à 4 : PGMC

- Assurer que l'inventaire est un outil valable et utile.
- Assurer que le forum de suivi répond aux attentes des intervenants en PGMC.
- Assurer que le forum sur la PGMC pour les Premières Nations répond aux besoins de cette communauté.

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.

En 2012, le comité directeur entreprendra un renouvellement et évoluera de manière à appuyer le renouvellement du système du RLISS. Ce dernier facilitera l'établissement de groupes sous-régionaux (ou utilisera les groupes établis) pour favoriser le dialogue et la mobilisation sur les priorités cernées en matière de RHS. L'effectif du comité se composera de représentants directs des sous-régions.

Les orientations clés pour 2011-2013 comprennent :

- Services de RH communs → analyse de cas examinant les principaux thèmes
 - Services de recrutement communs
 - Planification de la relève / mentorat
 - Département de RH virtuel
 - Services de planification de la main-d'œuvre/soutien et promotion de la carrière
- Plan d'action sur les PSSP → Aider les responsables des FSS identifiés à mettre en œuvre les stratégies clés cernées dans le plan d'action sur les postes de préposés aux services de soutien à la personne de 2011.

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 RLISS englobe, notamment, recrutement et rétention, partenariats et collaboration, formation et perfectionnement et santé et sécurité au travail. La planification des ressources humaines en santé vise l'ensemble des RH, notamment dirigeants, médecins et autres professionnels, employés, étudiants et 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.					
	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
Modifier la composition/le mandat du comité directeur de la planification des RHS du Nord-Est pour refléter la planification et le renouvellement du système axés sur les grandes régions (sous-régions) du RLISS. Actualiser le plan d'orientation de 18 mois sur les RHS du Nord-Est.		75 %		25 %		
Élargir/maintenir l'inventaire du personnel médical dans le Nord-Est.		25 %		25 %		25 %
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.		50 %		25 %		25 %
Élaborer une analyse de cas sur les services communs en ressources humaines en santé reflétant les thèmes suivants : - Services de recrutement		25 %		50 %		25 %

communs - Planification de la relève / mentorat - Département de RH virtuel - Services de planification de la main-d'œuvre/soutien et promotion de la carrière.						
Établir des maillages formels avec les structures autochtones et les services de santé en français.		100 %				
Dialoguer avec les groupes des grandes régions pour cerner des possibilités de collaboration en RHS, y compris, mais non de façon limitative : - Étudier les exigences fonctionnelles et élaborer un plan de système d'information sur les ressources humaines au niveau systémique - Formuler un plan qui tire parti des ressources de ProfessionsSantéOntario et mobilise les efforts de l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario.		50 % 25 %		25 % 75 %		25 %
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. - 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 les 33 recommandations contenues dans le *Rapport sur l'optimisation des services chirurgicaux* publié le 22 mai 2009.

Les travaux sont en cours sur les deux initiatives suivantes :

- Optimisation de la chirurgie générale pour les hôpitaux de la grande région de Cochrane
- Rapport sur l'horaire des services de garde pour les soins chirurgicaux urgents/de première urgence

Optimisation de la chirurgie générale :

Objectifs :

- Consolidation d'un nombre plus important de chirurgies pour améliorer les possibilités de recrutement
- Utilisation efficace des salles d'opération
- Activité suffisante pour appuyer les anesthésistes
- Prestation d'interventions chirurgicales mineures dans les communautés liées
- Prestation de consultations et de soutien préopératoires et postopératoires dans les communautés liées

Mise à jour :

- L'Hôpital Notre-Dame de Hearst dirige ce projet.
- Des réunions ont lieu avec les sept hôpitaux (Hôpital Notre-Dame, Hôpital Sensenbrenner, Hôpital de Smooth Rock, MICs Group of Health Services et Hôpital de Timmins et du district) participant au projet.
- On s'attend à ce que le modèle provisoire de chirurgie générale soit présenté au comité directeur de l'optimisation des services chirurgicaux d'ici à décembre 2012.

Rapport sur l'horaire des services de garde pour les soins chirurgicaux urgents/de première urgence

Objectifs :

- Identification des priorités à traiter conformément aux recommandations énoncées dans le rapport sur les services de garde de septembre 2001.
- Préparation d'un plan de travail énonçant les ressources et le financement requis.

Mise à jour :

- Un groupe de travail sera mis sur pied pour entamer la planification des activités suivantes :
- Normes de services de garde pour le Nord-Est
- Processus de services de garde centralisé
- Identification d'un programme articulé sur le Web pour les horaires des services de garde.

Objectifs						
Optimisation de la chirurgie générale • Consolidation d'un nombre plus important de chirurgies pour améliorer les possibilités de recrutement • Utilisation efficace des salles d'opération • Activité suffisante pour appuyer les anesthésistes • Prestation d'interventions chirurgicales mineures dans les communautés liées • Prestation de consultations et de soutien préopératoires et postopératoires dans les communautés liées						
Horaire des services de garde pour les soins chirurgicaux urgents/de première urgence • Établissement d'un mécanisme centralisé pour que les centres qui offrent des services de chirurgie après les heures de bureau puissent annoncer les services de garde et les lacunes à cet égard • Établissement d'un programme articulé sur le Web qui servira à annoncer les horaires de garde et à surveiller les lacunes à cet égard • Examen et établissement de normes concernant l'obligation des chirurgiens à offrir des services après les heures de bureau.						
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	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.					
	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
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 le détail).				25 %		25 %
Mettre en œuvre des horaires de garde pour les services chirurgicaux urgents/émergents.						50 %
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 %		25 %
Indicateurs de réussite						
• 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 générale – les hôpitaux travaillent en collaboration pour traiter des activités chirurgicales dans la grande région de Cochrane.						
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 RLIS du Nord-Est appuie actuellement par le truchement des priorités et activités stratégiques de son PSSI. En fait, le RLIS 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.

Description des priorités du PSSI

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 (bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque congestive) 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. Cybersanté Ontario a également défini le plan d'action de cybersanté 2015 de l'Ontario et l'architecture conceptuelle sur laquelle s'alignera la stratégie Connecting Northern and Eastern Ontario.

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, pharmacies,

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

Réussites de la dernière année

- 22 fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances ont mis en œuvre le DSE dans les RLIS du Nord-Est, du Nord-Ouest, de Champlain et de Simcoe Nord Muskoka. Ils partagent désormais un outil d'évaluation électronique commun.
- Tous les hôpitaux des trois RLIS (Nord-Est, Nord-Ouest et Champlain) partagent des images diagnostiques électroniques par le truchement du dépôt d'imagerie électronique du Northern and Eastern Ontario Diagnostic Imaging Network (NEODIN DI-r).

- 23 hôpitaux du Nord-Est partagent électroniquement les rapports des hôpitaux aux médecins, au personnel infirmier praticien et aux centres de santé communautaire.
- Plus de 100 coordonnateurs de la télémédecine ont assisté à une conférence du Réseau Télémédecine Ontario animée par ce dernier, le Nord-Est et le Nord-Ouest.
- Tous les secteurs ont participé à un récent sondage sur les technologies de l'information et des communications (TIC) dans lequel les fournisseurs ont déclaré que leurs priorités sont les suivantes : améliorer les résultats des soins offerts, faire concorder chaque organisme avec les priorités de cybersanté; améliorer l'intégration des renseignements entre les FSS; assurer la confidentialité et la protection des renseignements personnels sur la santé; améliorer l'accès aux soins.
- Un plan stratégique de cybersanté et de TIC pour 2011-2016 a été élaboré à la suite de consultations exhaustives avec les FSS. Quatre orientations stratégiques ont été cernées : établir le DSE au sein des organismes; élargir les données du DSE aux autres organismes; diriger le développement du DSE régional; utiliser la technologie pour répondre aux besoins des usagers.
- Les 25 hôpitaux du Nord-Est ont convenu de solliciter un financement pour effectuer une analyse et un plan de travail détaillés concernant un organisme de services communs.
- 21 535 patients ont été servis à l'aide de la télémédecine dans 207 emplacements du Nord-Est, une hausse de 120 % par rapport à 2010. Le RLISS du Nord-Est compte 207 emplacements de télémédecine et est le plus grand utilisateur de la télémédecine des 14 RLISS de l'Ontario.
- 40 FSS ont reçu des fonds pour des postes de coordonnateurs de la télémédecine, ce qui permettra à des emplacements nouveaux et existants d'élargir l'accès aux services de télémédecine et d'embaucher du personnel infirmier.
- Le RLISS est chargé d'appuyer plusieurs initiatives du PSSI, notamment : DSE pour 14 communautés autochtones, Métis et Premières Nations, conseil consultatif de la cybersanté du RLISS du Nord-Est, Cyber-réseau d'entraide en soins infirmiers (en association avec l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO)), programme d'acheminement du secteur de l'arthroplastie de la hanche et du genou du Nord-Est, élaboration d'une proposition axée sur les soins ambulatoires avec Inforoute Santé du Canada (acceptée), élaboration d'une stratégie/d'un programme de télésoins à domicile et travail avec cyberSanté Ontario et les FSS alors que cyberSanté Ontario rajuste les circuits actuels.

Objectifs :

1. Établir un service commun de technologie de l'information et des communications intégré, viable avec les hôpitaux du Nord-Est ontarien.
2. Mettre en œuvre les systèmes d'évaluation communs et de services administratifs de GISC dans le secteur communautaire.
3. Promouvoir un DSE pour les praticiens exerçant dans la communauté.
4. Établir un processus d'acheminement électronique entre médecins pour l'arthroplastie de la

hanche et du genou. - Appuyer l'élaboration d'un plan de mise en œuvre du portail cNEO, du HIAL et du dépôt de données cliniques – comme l'ont mentionné la cybersanté et NEO à l'appui du plan d'action en matière de cybersanté de 2015. - Planifier la mise en œuvre du Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) dans la région du RLISS. - Élargir le projet d'intégration des cabinets médicaux qui permet le partage des profils clients entre les secteurs communautaire et hospitalier. - Appuyer la mise en œuvre du projet de remaniement administratif pour les autres niveaux de soins et le jumelage clients-ressources et acheminement dans le groupe de RLISS du Nord-Est, du Nord-Ouest, du Sud-Est et de Champlain. - Élaborer et mettre en œuvre un programme de télésoins à domicile pour les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive et d'insuffisance cardiaque globale.							
Conformité aux priorités gouvernementales :							
Les objectifs en matière de cybersanté et de TIC sont conformes à la Stratégie ontarienne de cybersanté et au PSSI du RLISS du Nord-Est.							
Plans d'action/interventions « Nous ferons ce qui suit »	Indiquez le statut du projet (pas encore commenté, en cours, repoussé ou terminé) et, le cas échéant, 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.						
	2012-2013		2013-2014		2014-2015		
	Statut	%	Statut	%	Statut	%	
Objectif 1 Établir un service commun de technologie de l'information et des communications intégré, viable avec les hôpitaux du Nord-Est ontarien. A : Obtenir un financement fiable pour l'étude de faisabilité, l'analyse et la mise en œuvre de l'organisme de services communs.	En cours	70 %	Terminé	30 %			
B : Développer un organisme de services communs de technologie de l'information pour les hôpitaux.	En cours	30 %	En cours	35 %	Terminé	35 %	
Objectif 2 Mettre en œuvre les systèmes d'évaluation communs et de services	En cours	50 %	Terminé	50 %			

administratifs de GISC dans le secteur communautaire.							
Objectif 3 Promouvoir un DSE pour les praticiens exerçant dans la communauté.	En cours	30 %	En cours	35 %	Terminé	35 %	
Objectif 4 Établir un processus d'acheminement électronique entre médecins pour l'arthroplastie de la hanche et du genou.	Terminé	100 %					
Objectif 5 Appuyer le plan de mise en œuvre du portail Connecting Northern and Eastern Ontario, du HIAL et du dépôt de données cliniques.	En cours	80 %	Terminé	20 %			
Objectif 6 Planifier la mise en œuvre du Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) dans la région du RLISS.	Terminé	100 %					
Objectif 7 Élargir le projet d'intégration des cabinets médicaux qui permet le partage des profils clients entre les secteurs communautaire et hospitalier.	En cours	80 %	Terminé	20 %			
Objectif 8 Appuyer la mise en œuvre du projet de remaniement administratif pour les autres niveaux de soins et le jumelage clients-ressources et acheminement dans le groupe de RLISS du Nord-Est, du Nord-Ouest et de Champlain.	En cours	60 %	En cours	20 %	Terminé	20 %	
Objectif 9 Élaborer et mettre en œuvre un programme de télésoins à domicile pour les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive et d'insuffisance cardiaque globale.	En cours	80 %	En cours	10 %	Terminé	10 %	
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 2012-2015. 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.
Quels inducteurs clés nous permettraient d'atteindre notre objectif?
La réception du financement en temps voulu. CyberSanté Ontario n'a pas octroyé les fonds de l'exercice 2011-2012 aux RLISS en date de janvier 2012. La gouvernance des TIC convenue avec les RLISS et entre les projets de groupe. Reconnaissance des problèmes géographiques des régions rurales et du nord et des coûts additionnels de l'exploitation des projets de cybersanté compte tenu de ces facteurs.
Autres commentaires (c.-à-d. renseignements complémentaires à l'appui de la mise en œuvre/réussite de l'objectif)
Tous les fournisseurs de services de santé collaborent pour cerner des possibilités d'intégration. Un financement approprié doit être octroyé à l'appui de ces efforts pour éviter que les projets progressent en mode arrêt/démarrage.

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 2012-2013, le RLISS continuera de travailler en partenariat avec les fournisseurs de services de santé pour mener à bien les projets suivants :

- Une collaboration accrue entre trois hôpitaux locaux et les fournisseurs de services de santé du district de Timiskaming. On mettra l'accent sur la mise en œuvre d'un plan de réalignement qui mènera à un système local plus axé sur le patient, à une diminution des pressions sur les fournisseurs du système et à un meilleur accès aux soins dans le district.
- L'élaboration d'un plan d'intégration pour le réalignement des fournisseurs de services de santé dans la grande région de Cochrane. On mettra l'accent sur la mise en œuvre d'un plan de réalignement qui mènera à un système local plus axé sur le patient, à une diminution des pressions sur les fournisseurs du système et à un meilleur accès aux soins dans la grande région.
- Un groupe de fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances de la grande région de Cochrane travailleront sur une entente de collaboration pour l'intégration des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances qui inclura les services à la communauté francophone.
- L'organisation mère d'Algoma qui inclut actuellement 13 fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances a maintenant son premier conseil d'administration. L'organisation poursuivra son développement en 2012-2013.

Objectif

Réaligner les fournisseurs de services de santé du Nord-Est de l'Ontario pour améliorer l'accès à des soins de qualité pour les gens du Nord et mettre en place un système plus axé sur le patient et la communauté.

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.					
	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
Intégration des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances dans la région d'Algoma		100 %				
Collaboration entre les fournisseurs de services dans le district de Timiskaming		35 %		35 %		30 %
Collaboration entre les fournisseurs de services dans la grande région de Cochrane		35 %		35 %		30 %
Collaboration entre les fournisseurs de services de santé mentale dans le		35 %		35 %		30 %

district de Cochrane						
Retombées attendues des points d'action principaux						
• Renforcement de l'accès aux services de santé et de la qualité de ceux-ci • Amélioration des résultats pour la santé individuelle et la population en général • Amélioration de l'expérience du système de santé pour les patients grâce à une diminution de la fragmentation et du recoupement • Augmentation des efficiences grâce à l'optimisation des ressources disponibles • 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'intervenants qui veulent maintenir le statu quo au lieu de mettre en œuvre un système plus intégré • Crainte de perdre des services • Culture de changement exigeante en termes de ressources pour gérer le changement						

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 (\$)	Budget pour 2011-2012	Nombre réel pour 2011-2012	Dépenses prévues pour 2012-2013	Dépenses prévues pour 2013-2014	Dépenses prévues pour 2014-2015
Salaires et traitements	3 036 078	3 147 545	3 071 141	3 071 141	3 071 141
Avantages sociaux des employés					
Régime de rentes des hôpitaux de l'Ontario	303 608	277 710	299 438	299 438	299 438
Autres	333 969	324 458	329 383	329 383	329 383
Montant total des avantages sociaux des employés	637 577	602 168	628 821	628 821	628 821
Transport et communications					
Déplacements du personnel	165 000	178 767	140 000	140 000	140 000
Déplacements des dirigeants	65 300	18 524	30 000	30 000	30 000
Communications	60 000	66 264	50 000	50 000	50 000
Autres	30 000	11 938	8 000	8 000	8 000
Montant total des frais de transport et de communications	320 300	275 493	228 000	228 000	228 000
Services					
Hébergement	177 430	195 058	190 000	190 000	190 000
Publicité	12 500	46 969	15 000	15 000	15 000
Services bancaires	-	-	-	-	-
Frais de consultation	41 000	50 659	20 000	20 000	20 000
Location de matériel	20 000	18 997	20 000	20 000	20 000
Indemnité journalière du président du conseil	53 000	21 375	-	-	-
Indemnité journalière des dirigeants	41 800	17 510	-	-	-
Assurance	16 337	16 337	5 800	5 800	5 800
Coûts du Bureau des services communs des RLISS	359 495	382 525	341 520	341 520	341 520
Partenariat des RLISS	50 000	26 971	47 500	47 500	47 500
Autres dépenses liées aux réunions	50 000	44 154	50 000	50 000	50 000
Autres frais de gouvernance	29 800	36 440	24 000	24 000	24 000
Impression et traduction	77 500	55 895	60 000	60 000	60 000
Perfectionnement du personnel	30 000	18 896	20 000	20 000	20 000
Montant total des services	958 862	931 786	793 820	793 820	793 820
Fournitures et matériel					
Matériel de TI	25 000	20 895	13 000	13 000	13 000
Fournitures de bureau et	25 065	24 995	18 000	18 000	18 000

matériel acheté					
Montant total des frais de fournitures et de matériel	50 065	45 890	31 000	31 000	31 000
Dépenses en immobilisations	-	-	-	-	-
Opérations du RLISS : dépenses totales	5 002 882	5 002 882	4 752 782	4 752 782	4 752 782
Cible de financement annuel			4 752 782	4 752 782	4 752 782
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 2011-2012 au 31 mars	Nombre d'ETP prévu pour 2012-2013	Nombre d'ETP prévu pour 2013-2014	Nombre d'ETP prévu pour 2014-2015
Directeur général	1	1	1	1
Directeur principal	3	3	3	3
Soutien administratif	4	4	4	4
Agent	10	11	11	11
Rendement et aide à la décision	6	6	6	6
Adjoint administratif et liaison avec le conseil	1	1	1	1
Contrôleur/directeur des services administratifs	1	1	1	1
Directeur, Communications et participation communautaire	1	1	1	1
Agent des communications	2	2	2	2
Agent principal, Autochtones, Métis et Premières nations	1	1	1	1
Agent, Autochtones, Métis et Premières nations	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
Coordonnateurs des services en français	3	3	3	3
Nombre total d'ETP	37	38	38	38

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 et les membres de la communauté dans sa vaste région. La nouvelle structure

l'aidera à respecter des priorités pour 2011-2012 en favorisant une participation active et une collaboration.

Le RLISS a en outre soigneusement divisé sa vaste région en cinq grandes régions :

1. Sudbury/Manitoulin/Parry Sound
2. Nipissing
3. Algoma
4. Cochrane/Temiskaming
1. 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.

Le financement du RLISS du Nord-Est sera diminué de cinq pour cent en 2012-2013. Pour maintenir l'équilibre budgétaire, le RLISS devra réduire les frais de déplacement des membres du conseil et du personnel, ce qui pourrait affecter notre capacité de dialoguer efficacement avec nos communautés dans la région. Nous ajouterons un nouveau poste pour renforcer le dossier des soins primaires et, en même temps, avons réaligné des postes internes pour que notre effectif reste le même.

Le RLISS a tenu plus de 20 séances de participation communautaire durant l'été 2011. Ces séances ont souligné l'importance de réaligner le système et d'en accroître la coordination. En février et mars 2012, nous avons également tenu des séances de participation dans les communautés de la région de Cochrane et dans les trois communautés de Temiskaming. Ces séances avaient pour but de recueillir des renseignements afin d'élaborer un plan de réalignement axé sur la mise en œuvre d'un système plus intégré et axé sur le patient dans les communautés. Les deux plans ont été présentés au conseil du RLISS en juin 2012.

Outre les priorités énoncées dans notre Plan de services de santé 2010-2013, notre priorité principale pour 2012 reste la réduction des temps d'attente dans les services des urgences et la diminution des taux d'ANS pour les patients hospitalisés – stratégies sur les SU/ANS. Nous continuerons de travailler avec les hôpitaux, les communautés et le CASC du Nord-Est pour atténuer les pressions dans les secteurs des SU/ANS tout en améliorant les services communautaires.

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 et à diminuer les pressions financières pour nos fournisseurs de services de santé à l'aide de techniques innovantes. Ils contribuent également à de nombreux projets axés sur la mise en œuvre de technologies qui offriront un accès intégré à l'information. Par suite de la diminution du budget de la cybersanté du RLISS pour 2010-2013, un poste a été réduit.

PLAN DE COMMUNICATIONS ET DE PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Le PAA est un de quatre documents directeurs essentiels au travail du RLISS en 2012-2013. Les trois autres sont le *Rapport sommaire des séances communautaires du RLISS du Nord-Est* (novembre 2011), le *Plan de services de santé intégrés 2010-2013* (PSSI) et le *Plan de participation communautaire* de 2012-2013.

Le plan de participation communautaire reflète les commentaires de quelque 700 résidents du Nord qui ont participé à 25 séances de participation communautaire au printemps et à l'été de 2011. Chaque séance a porté sur l'obtention des commentaires des résidents du Nord concernant l'accès aux soins et la concordance entre les investissements en soins de santé et les besoins des résidents. Le rapport énonce des thèmes communs soulevés que le RLISS a intégrés aux priorités de son Plan opérationnel de 2012-2013.

Dans le cadre de l'élaboration du Plan de services de santé intégrés de 2013-2016, les priorités du Plan opérationnel de 2012 seront validées. Le PSSI définira les activités qui seront effectuées entre 2010 et 2013 pour nous rapprocher d'un système de soins de santé plus intégré et axé sur le patient.

Le Plan de participation communautaire de 2012-2013 décrit les plans de participation communautaire du RLISS pour l'année. Au cours du présent exercice, le RLISS mettra sur les résultats des séances de participation communautaire en validant les commentaires reçus et les priorités dérivées. Les séances de participation porteront sur trois grands domaines centrés sur le réalignment optimal des investissements du RLISS afin d'assurer des soins axés sur le patient et la viabilité du système.

- Objectif 1 – Actualiser le Plan de services de santé intégrés (PSSI) du RLISS – *Dialoguer avec les gens du Nord pour formuler le PSSI de 2013-2016.*
- Objectif 2 – Travailler en collaboration avec les gens du Nord pour porter les conversations avec les communautés au prochain niveau – *Mettre le processus de décision portant sur le système de santé local en action pour améliorer l'accès aux soins au moyen d'un système de soins plus intégré.*
- Objectif 3 – Améliorer l'accès aux soins primaires et l'intégration de ces derniers – *Accentuer notre dialogue sur les soins primaires.*

Le PAA démontre les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs stratégiques du RLISS et fournit 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 nos communautés.

Pourquoi rédiger un PAA?

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS (ERMR) obligent les RLISS à publier un plan d'activités annuel pour informer les intervenants des stratégies et initiatives qu'ils mettent en œuvre pour traiter des priorités du système de santé local. Le plan de communications et de participation communautaire du PAA assure que tous les intervenants ont pleinement et facilement accès aux plans stratégiques et opérationnels.

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, axé sur le patient, intégré et durable.

Auditoires cibles

Le RLISS du Nord-Est dialogue avec de nombreux auditoires d'intervenants qui ont une compréhension différente du système de santé local. Les intervenants peuvent être classés selon plusieurs catégories et sous-catégories.

Auditoires :

Externe

- Public (contribuables, patients/clients et parents)
- Fournisseurs de services de 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
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
- 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
- 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
- Groupes spéciaux - Francophones, Autochtones, Métis et Premières Nations
- Médias

Interne au RLISS du Nord-Est

- Conseil d'administration
- Équipe de direction
- Responsables des services de santé
- Groupes consultatifs et comités
- Personnel

Stratégie de communication

Le Plan d'activités annuel décrit de nombreuses initiatives clés destinées à promouvoir les priorités du RLISS et chacune d'entre elle a sa propre stratégie de communication. Le RLISS dispose également d'un plan stratégique global de communication et de participation communautaire qui énonce les diverses tactiques utilisées pour communiquer avec les groupes d'intervenants.

La section du PAA qui figure en page suivante portera donc sur la stratégie destinée à accroître la sensibilisation et la compréhension du PAA chez les groupes d'intervenants.

Intervenant	Calendrier	Tactique	Détails
PAA provisoire			
Conseil d'administration du RLISS du Nord-Est	Janvier 2012	Réunion publique du conseil	Présentation sommaire et texte intégral du PAA provisoire
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	31 janvier 2012	Soumission électronique	Soumission du PAA provisoire au MSSLD après l'approbation du conseil d'administration
PAA définitif			
Conseil d'administration du RLISS du Nord-Est	Juin 2012	Réunion publique du conseil	Présentation sommaire et texte intégral du PAA définitif
Groupes consultatifs et comités du RLISS du Nord-Est	À la suite de l'approbation du ministère	Réunions / présentations formelles	Présentation sommaire et texte intégral du PAA définitif
Hôpitaux/CASC/FSLD/CSC/organismes communautaires/organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances Députés provinciaux	À la suite de l'approbation du ministère	Avis par courriel	Courriel de la directrice générale du RLISS, y compris le texte intégral du PAA en annexe, précédant l'affichage public
Médias/public	À la suite de l'approbation du ministère	Communiqué de presse local Affichage sur le site Web du RLISS et alerte sur le Web	Affichage simultané de l'ERMR et du PAA par tous les RLISS

Tactiques continues du RLISS du Nord-Est :

- 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.
- Rédiger des récits/articles qui démontrent que le PAA est réalisé au profit des populations locales – par le truchement de communiqués, de matériel médiatique, du blogue de la directrice générale, d’envois de courriels, d’affichages Web et de médias sociaux.
- Organiser des activités de partage de renseignements et y participer.
- Réunions du conseil

Communications sur les priorités du ministère/RLISS

Le plan de communications est une responsabilité partagée par les 14 RLISS, le MSSLD et le bureau de la ministre. Il présente, outre une stratégie de communication, les activités communicationnelles et opérationnelles des RLISS portant sur un projet prioritaire du ministère/RLISS. Il offre aux RLISS une plateforme pour renforcer leur profil et décrire l’apport des organismes au renouvellement majeur du système de santé de l’Ontario.

Tandis que le système des RLISS favorise la planification axée sur les enjeux locaux, plusieurs initiatives et plateformes communes exigent une gestion coordonnée et cohérente. À l’appui de ces activités et pour sensibiliser les intervenants clés au rôle des RLISS, ceux-ci ont travaillé ensemble, avec le soutien du MSSLD, pour assurer un plan de communications global, cohérent et une démarche de marquage à l’appui des priorités provinciales clés.

Une collaboration soutenue entre les 14 RLISS assurera la diffusion d’un message cohérent sur les priorités provinciales dans la province; l’élaboration de plans de communications locaux à l’appui de projets ou programmes précis assurera le traitement des priorités locales.